Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira

Outsourcing no Sector Hospitalar: Análise à Luz de Diversas Perspectivas

FEP

Outsourcing no Sector Hospitalar: Análise à Luz de Diversas Perspectivas

Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira

Orientação: Professor Doutor Nuno Tiago Bandeira de Sousa Pereira

Julho, 2011

Dissertação de Doutoramento em Ciências Empresariais

U.PORTO
FEP FACULDADE DE ECONOMIA UNIVERSIDADE DO PORTO

NOTA BIOGRÁFICA

Susana Maria Sampaio Pacheco Pereira de Oliveira nasceu a 16 de Outubro de 1971 e concluiu a Licenciatura em Gestão, na Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP), em 1994, com média de 16 valores. Entre 1994 e 1998 desempenhou funções técnicas no Banco Borges & Irmão, actualmente integrado no Banco BPI. Em 1998, iniciou a sua actividade docente na FEP. Em Janeiro de 2001, defendeu com sucesso, na referida instituição, a Tese de Mestrado em Ciências Empresariais, trabalho que esteve na génese do livro "Outsourcing no Sector Bancário", publicado pela Vida Económica, em 2002. Em Novembro de 2003, foi nomeada vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, tendo regressado, em 2006, à actividade académica na FEP e formalizado a inscrição no Doutoramento em Ciências Empresariais. Já leccionou duas disciplinas de Microeconomia, assim como as disciplinas de "Economia da Tecnologia" e "Economia e Organização Industrial". É regente da disciplina de "Economia da Saúde II" do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde.

NOTA PRÉVIA

O estímulo inicial para a investigação do tema do *outsourcing* teve origem numa solicitação profissional, em meados dos anos 90, no sentido de avaliar a viabilidade e o interesse do recurso a esta ferramenta de gestão, num departamento do Banco onde trabalhava. A minha Tese de Mestrado foi, então, dedicada ao estudo do *outsourcing* no sector bancário. Curiosamente, em dois contextos distintos, fui incentivada a prosseguir a minha investigação, equacionando alguns problemas particulares que poderiam surgir no âmbito do *outsourcing* de serviços públicos. Desde logo, nas provas de defesa da Tese de Mestrado, pelo Senhor Professor Doutor Oliveira Marques e, mais tarde, pelo Senhor Dr. Magalhães Pinto, que, gentilmente, aceitou o meu convite para apresentar o livro a que a Tese deu origem.

Em 2001, numa conferência realizada na FEP, o Senhor Professor Doutor Manuel Antunes elencou, de modo fascinante, algumas das especificidades da gestão hospitalar. Este momento representou um marco na minha escolha do sector da saúde como objecto de investigação. A opção por esta área foi, também, vivamente encorajada pelo Senhor Professor Doutor José Costa, então Director da FEP, e foi facilitada pela compreensão dos múltiplos condicionalismos associados ao exercício da *actividade médica*, proporcionada pela existência de variados laços de amizade e familiares com diversos médicos (o meu avô paterno era médico, o meu pai e as minhas irmãs também são). Entretanto, em 2003, fui convidada a assumir as funções de vogal executiva do Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, funções que exerci até 2006 e que me permitiram conhecer a estrutura das organizações hospitalares, bem como dificuldades e problemas sentidos pelos *gestores* destas instituições.

Na sequência do exposto, o presente trabalho deixa transparecer, necessariamente, algumas das minhas reflexões, decorrentes não só do contexto familiar, mas, sobretudo, da experiência adquirida ao longo do meu percurso académico e profissional (em especial, na leccionação da disciplina de "Economia da Saúde" e na gestão hospitalar). Espero ter conseguido responder devidamente aos diversos reptos que me foram lançados.

AGRADECIMENTOS

O produto final deste trabalho é o resultado de múltiplos contributos de Professores, de Colegas (quer na academia, quer na gestão hospitalar), de Alunos, de Amigos e de Familiares, assim como de variadas instituições, a quem estou profundamente reconhecida. Gostaria, assim, de agradecer:

- Ao Senhor Professor Doutor Nuno Sousa Pereira, meu orientador, que me ajudou a conhecer autores e obras de referência no domínio da Economia e Gestão de Serviços de Saúde, que esteve sempre disponível para reflectir comigo e que me estimulou a prosseguir, nos inevitáveis momentos de desânimo que acompanham projectos desta natureza;
- À Senhora Professora Doutora Suzete Gonçalves, que me incentivou a estudar os problemas da gestão das organizações de saúde e me facilitou a "abertura de algumas portas", não só na literatura desta área, mas também no acesso a dados essenciais;
- Aos meus Amigos e Colegas na FEP: Fernanda Otília, Francisco Vitorino Martins, Helena Santos, Helena Szrek, João Ribeiro e Pedro Campos;
- À FEP, a minha "casa", pelas condições que me concedeu para a realização desta investigação;
- De modo muito especial, exprimo o meu apreço à Unidade Local de Saúde do Alto Minho e aos seus responsáveis, que permitiram a realização do estudo de caso sobre a Imagiologia que integra este trabalho. Agradeço, muito reconhecidamente, ao Senhor Dr. Franklim Ramos, ao Senhor Dr. Manuel Martins Alves e ao Senhor Dr. Manuel Amaro Ferreira. Uma menção particular é devida à Senhora Dr.ª Lúcia Novo, pela incansável e permanente vontade de colaborar, bem como ao Senhor Enf.º Baltasar Fernandes;

- Às empresas prestadoras de serviços de Imagiologia e, principalmente, ao Senhor Dr. Rui Pedroso, Director-Geral da "Dr. Campos Costa – Consultório de Tomografia Computorizada, SA";
- Aos meus Amigos e Colegas na Administração Regional de Saúde do Norte (ARS Norte), no Instituto Nacional de Estatística (INE) e na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), em particular, à Fernanda Oliveira, à Goretti Nunes e ao Luís Viana;
- À ACSS e ao INE, por me terem cedido alguns dos dados necessários, bem como à ARS Norte, pela "intermediação" junto da ACSS;
- Aos meus Amigos, Colegas e Alunos nas organizações hospitalares públicas e privadas que responderam ao inquérito, assim como aos que me ajudaram a obter respostas e a clarear ideias. Em especial, gostaria de manifestar a minha gratidão à Senhora Dr.ª Cristina Fiuza, ao Senhor Dr. Fernando Pereira, ao Senhor Dr. João Logarinho Monteiro, à Senhora Dr.ª Maria Barros, ao Senhor Dr. Rui Rocha, à Senhora Dr.ª Sónia Duarte e ao Senhor Dr. Victor Herdeiro. Outras referências individuais mereciam ser feitas, mas o dever de salvaguardar a confidencialidade das instituições envolvidas, obriga-me a omiti-las;
- Aos restantes responsáveis hospitalares que dispensaram parte do seu tempo (que eu sei quão valioso é) ao preenchimento dos questionários.

Por fim, uma palavra à minha família:

- Ao Luís, aos nossos Filhos e aos meus Pais, pelo tempo que lhes "roubei" e por acreditarem em mim. O esforço e o empenho que os meus pais dedicaram às suas profissões constituíram, para mim, um exemplo que desejo retransmitir aos nossos filhos;
- À "Vovó Viges", mãe do Luís, pelo indescritível carinho e devoção com que diariamente cuida dos nossos filhos, para além de ter sacrificado várias noites e fins-de-semana a corrigir, do ponto de vista linguístico, versões prévias deste trabalho.

A todos, o meu MUITO OBRIGADA!

RESUMO DA TESE

Nos últimos anos, tem-se assistido à intensificação e à diversificação das actividades que são realizadas em *outsourcing* e essa tendência também se faz sentir nas organizações hospitalares portuguesas. Este estudo, recorrendo a múltiplas perspectivas teóricas e utilizando dados qualitativos e quantitativos, procura identificar em que áreas e circunstâncias o estabelecimento de uma relação contratual (com uma entidade externa especializada) é preferível à integração vertical.

Realizou-se um inquérito, onde se concluiu que quase todos os hospitais portugueses recorrem ao *outsourcing*, existindo um vasto leque de actividades que são objecto de externalização. Foi efectuado um estudo de caso, onde se procuraram e discutiram hipóteses explicativas da recente opção pelo *outsourcing* na área da Imagiologia, por parte de algumas instituições, assim como dos resultados conseguidos e dos riscos envolvidos. Por fim, procedeu-se ao cruzamento de dados provenientes de diversas fontes (ACSS e INE), com o objectivo de avaliar o impacte do *outsourcing* nos custos e na qualidade apercebida de certos serviços hoteleiros.

Foram identificados vários factores a considerar no processo de tomada de decisão, designadamente, as características da envolvente, do hospital, da empresa prestadora de serviços e da transacção (entendida em sentido amplo, e abrangendo características da actividade e opções contratuais), bem como os diferentes relacionamentos entre empresas prestadoras de serviços, entre hospitais, entre actividades e entre profissionais.

ABSTRACT

In recent times, organizations have been intensifying and diversifying the range of activities that are outsourced and this trend is also evident in Portuguese hospitals. Building on multiple theoretical perspectives and the collection and analysis of qualitative and quantitative data, this study seeks to identify some areas and circumstances in which, through some kind of contractual relationship with an outside company, hospitals may eventually get better results than using vertical integration.

By conducting a survey, it was found that almost all Portuguese hospitals use outsourcing and that there is a wide range of externalized activities. A case study sought and discussed hypothesis to explain some institution's recent option to outsource in the area of imaging, as well as the results achieved and the risks involved. Finally, the crossing of data from different sources was used to assess the impact of outsourcing on cost and perceived quality of some hotel services.

The findings indicate that there are various factors to be considered in the decision making process, namely, the characteristics of the environment, of the hospital, of the supplier and of the transaction (in a broad sense, including the characteristics of the activity and the contractual options), and also the different relationships between service providers, between hospitals, between activities and between professionals.

ÍNDICE GERAL

NOTA BIOGRÁFICA ..... **i**
NOTA PRÉVIA ..... **ii**
AGRADECIMENTOS ..... **iii**
RESUMO DA TESE ..... **v**
ÍNDICE GERAL ..... **vii**
ÍNDICE DE ANEXOS ..... **xii**
ÍNDICE DE ESQUEMAS ..... **xii**
ÍNDICE DE GRÁFICOS ..... **xiii**
ÍNDICE DE QUADROS ..... **xv**
1. Introdução **1**
1.1. Importância do *outsourcing* 1
1.2. Relevância teórica do tema 2
1.2.1. Perspectivas teóricas sobre as fronteiras verticais das empresas 3
1.2.2. Especificidade do sector da saúde 7
1.3. Sector hospitalar e relevância prática da investigação 9
1.4. Questões de Investigação 13
1.5. Conclusão 16
2. Definição de *outsourcing* e distinção relativamente a conceitos próximos **18**
2.1. Conceito de *outsourcing* 18
2.2. *Outsourcing* como decisão de não internalização 20
2.3. Distinção relativamente ao conceito de privatização 21
2.4. Distinção relativamente a outras modalidades de colaboração 23
2.5. Reflexões finais e conclusão 28
3. Perspectivas teóricas sobre *outsourcing* **29**
3.1. Introdução 29
3.2. Teoria dos Custos de Transacção 30
3.2.1. Aspectos fundamentais 30
3.2.2. Aplicações e estudos empíricos na área da saúde 37
3.2.3. Crítica e breve comparação com outras teorias explicativas 44

3.3. Teoria da Agência 48
3.3.1. Aspectos Fundamentais 48
3.3.2. Evidência empírica 53
3.4. Teoria Baseada nos Recursos 54
3.4.1. Do conceito de recursos ao conceito de competências nucleares 55
3.4.2. Visão Baseada no Conhecimento e Perspectiva das Competências 61
3.4.3. Problema das "inflexibilidades nucleares" 66
3.4.4. Comparação com a Teoria dos Custos de Transacção 67
3.4.5. Comparação com a Teoria Evolucionista 72
3.4.6. Comparação com a Teoria das Opções Reais 74
3.4.7. Comparação com a Teoria da Dependência dos Recursos 76
3.4.8. Conclusão 79
3.5. Perspectiva Política das Organizações 80
3.5.1. Fontes de poder 81
3.5.2. Estratégias e tácticas políticas 83
3.5.3. Aplicações e estudos empíricos 85
3.5.4. "Armadilhas" do *status quo* e dos custos irreversíveis 87
3.5.5. Conclusão 88
3.6. Teoria Institucional 89
3.6.1. Aspectos fundamentais 89
3.6.2. Aplicações e estudos empíricos na área da saúde 90
3.6.3. Conclusão 95
3.7. Teoria dos Direitos de Propriedade 96
3.7.1. Aspectos Fundamentais 96
3.7.2. Aplicações 98
3.8. Outros factores a considerar 104
3.8.1. Ao nível dos decisores individuais 104
3.8.2. Dimensão das organizações, economias de escala e de gama 105
3.8.3. Estrutura de propriedade dos hospitais 107
3.8.4. Nível de concorrência actual e potencial no mercado 108
3.9. Conclusão 110

4. Especificidade do sector da saúde e prestação de serviços públicos por parte de instituições privadas 112
4.1. Introdução 112
4.2. "Falhas" do mercado 114
4.3. Indução da procura 117
4.4. Variações de prática clínica e medicina defensiva 119
4.5. Importância da medicina e da gestão baseada na evidência 123
4.6. Saúde gerida 128
4.7. Diferentes tipos de intervenção governamental 129
4.8. Problemas associados à prestação pública (falhas do governo) 132
4.9. *Outsourcing* como eventual solução 134
4.10. Mercados internos e separação entre financiador e prestador 137
4.11. Problema do intuito da maximização do lucro 140
4.12. Conclusão 142
5. Reflexões metodológicas sobre a investigação 144
5.1. Introdução 144
5.2. Processo de investigação em ciências empresariais 145
5.2.1. Introdução 145
5.2.2. Filosofias e paradigmas de investigação 146
5.2.3. Abordagens de investigação: dedutiva, indutiva ou abdutiva 154
5.2.4. Esboço ou Plano da investigação 155
5.2.5. Métodos: técnicas e procedimentos de recolha e análise dos dados 161
5.2.6. Redacção das conclusões 174
5.2.7. Critérios de avaliação da qualidade da investigação 175
5.3. Questões e objectivos de investigação 177
5.4. Estratégia de investigação 178
5.5. Tácticas e métodos e utilizados 181
5.6. Conclusão 184
6. Caracterização do *outsourcing* no sector hospitalar português 185
6.1. Introdução e questões de investigação 185
6.2. Medidas tomadas para minimizar possíveis erros 186
6.2.1. Minimização do erro de cobertura 187

6.2.2. Minimização do erro de medição 190
6.2.3. Minimização do erro de não resposta 194
6.3. Caracterização dos respondentes 195
6.3.1. Atendendo ao tipo de instituição 195
6.3.2. Atendendo à sua localização 197
6.3.3. Atendendo à sua dimensão 197
6.4. Extensão e intensidade do recurso a meios externos 199
6.4.1. Leque de actividades objecto de externalização 200
6.4.2. Actividades gerais onde há maior utilização de recursos externos 202
6.4.3. Actividades clínicas onde há maior utilização de recursos externos 205
6.4.4. Teste de Kruskal-Wallis 208
6.5. Análise por actividade 209
6.5.1. Actividades e Serviços de natureza clínica 209
6.5.2. Actividades e Serviços de natureza geral 229
6.5.3. Conclusão 240
6.6. Motivação para a realização do *outsourcing* 243
6.6.1. A nível internacional 243
6.6.2. Em Portugal 250
6.7. Motivação para a não realização do *outsourcing* 254
6.8. Impacte do *Outsourcing* 258
6.8.1. A nível internacional 258
6.8.2. Em Portugal 263
6.9. Importância de diferentes factores na tomada de decisão 264
6.9.1. Factores relacionados com a Teoria Baseada nos Recursos, a Teoria dos Custos de Transacção e a Teoria da Agência 269
6.9.2. Problema da incerteza tecnológica 274
6.9.3. "Armadilha" dos custos irreversíveis 275
6.9.4. Factores relacionados com a Perspectiva Política das organizações e com a Teoria Institucional 277
6.9.5. Empresarialização e integração em centros hospitalares 278
6.10. Limitações do estudo 279
6.11. Discussão e Conclusões 280

7. *Outsourcing* da Imagiologia na Unidade Local de Saúde do Alto Minho 283

7.1. Introdução 283

7.2. Reflexão sobre problemas e tendências do sector da Imagiologia em alguns países desenvolvidos 286

7.2.1. Introdução e identificação dos principais problemas do sector 286

7.2.2. Indução da procura e problema da auto-referenciação 287

7.2.3. Progresso tecnológico e tendência de subespecialização 290

7.2.4. Conclusão e implicações para o presente estudo 293

7.3. Estratégia e tácticas de investigação 294

7.4. Apresentação e história da ULSAM 296

7.5. Decisão inicial de *outsourcing* e problemas judiciais subsequentes: análise à luz da Teoria dos Custos de Transacção 297

7.5.1. Procedimento por Negociação inicial 297

7.5.2. Breve síntese das decisões judiciais 300

7.5.3. Discussão à luz da Teoria dos Custos de Transacção 302

7.6. Motivações para a realização do *outsourcing* e alterações nos documentos dos procedimentos 304

7.7. Propriedade dos equipamentos, modalidade de pagamento e outras cláusulas contratuais: análise à luz da Teoria dos Direitos de Propriedade 314

7.8. Resultados obtidos 321

7.8.1. Evolução dos custos e a hipótese de indução da procura 321

7.8.2. Melhoria da qualidade e aumento da satisfação: análise à luz da Perspectiva das Competências 343

7.9. Conclusões 355

8. Impacte do *outsourcing* nos serviços hoteleiros 361

8.1. Introdução 361

8.2. Revisão de literatura 362

8.2.1. A experiência do Reino Unido 366

8.2.2. A experiência da Austrália 371

8.2.3. A experiência dos EUA 372

8.2.4. Conclusão 373

8.3. Funções estimadas e caracterização das variáveis 374

8.3.1. Proveniência dos dados 375

8.3.2. Justificação da escolha de algumas variáveis 377
8.4. Resultados: Efeitos na eficiência 381
8.4.1. Análise prévia dos dados e resultados obtidos com diferentes métodos 381
8.4.2. Discussão dos resultados em termos de eficiência 390
8.5. Resultados: Efeitos na qualidade apercebida 393
8.6. Potenciais problemas e limitações do estudo 396
8.7. Conclusões e pistas de investigação futura 397
9. Conclusões, contributos e direcções de pesquisa futura 399
Referências Bibliográficas 414

ÍNDICE DE ANEXOS

I. Caracterização da organização interna de um hospital
II. Inquérito
III. O problema da identificação dos hospitais em Portugal Continental
IV. Gráficos adicionais com resultados do inquérito

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1.1: Estrutura da Tese 17
Esquema 3.1: Modos de coordenação e domínio de controlo dos recursos 32
Esquema 3.2: A Teoria dos Custos de Transacção e o *outsourcing* 37
Esquema 3.3: A Teoria da Agência e o *outsourcing* 52
Esquema 3.4: Importância estratégica dos recursos e capacidades 58
Esquema 3.5: A Teoria Baseada nos Recursos e o *outsourcing* 68
Esquema 3.6: A Teoria da Dependência dos Recursos e o *outsourcing* 78
Esquema 4.1: Esquema do capítulo 113
Esquema 4.2: Decisões de prestação e financiamento de intervenções 131
Esquema 6.1: Síntese do impacte esperado à luz de várias perspectivas 268
Esquema 7.1: Possíveis justificações para o aumento dos custos 341
Esquema 7.2: Síntese do estudo de caso 356
Esquema 9.1: Factores com influência na decisão de *outsourcing* e nos resultados 401

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1: Tipos de serviços hospitalares 11
Figura 5.1: Processo de Investigação 145
Figura 5.2: *Puzzle* de Tese 145
Figura 5.3: Paradigmas de investigação 151
Figura 5.4: Escolhas de investigação 158
Figura 5.5: Manutenção da cadeia de evidência 163

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 6.1: Hospitais públicos - Actividades de natureza geral onde há maior recurso ao exterior 203
Gráfico 6.2: Hospitais privados com fins lucrativos - Actividades de natureza geral onde há maior recurso ao exterior 204
Gráfico 6.3: Hospitais privados sem fins lucrativos - Actividades de natureza geral onde há maior recurso ao exterior 204
Gráfico 6.4: Hospitais públicos - Actividades de natureza clínica onde há maior recurso ao exterior 206
Gráfico 6.5: Hospitais privados com fins lucrativos - Actividades de natureza clínica onde há maior recurso ao exterior 207
Gráfico 6.6: Hospitais privados sem fins lucrativos - Actividades de natureza clínica onde há maior recurso ao exterior 207
Gráfico 6.7: Laboratórios clínicos – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas 210
Gráfico 6.8: Laboratórios clínicos – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas 211
Gráfico 6.9: Imagiologia – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas 217
Gráfico 6.10: Imagiologia – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas 217
Gráfico 6.11: Outros serviços de (suporte à) prestação de cuidados – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas 219
Gráfico 6.12: Outros serviços de (suporte à) prestação de cuidados – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas 219
Gráfico 6.13: Serviços de apoio à gestão e logística – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas 230
Gráfico 6.14: Serviços de apoio à gestão e logística – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas 230

Gráfico 6.15: Serviços hoteleiros – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas 233

Gráfico 6.16: Serviços hoteleiros – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas 235

Gráfico 6.17: Serviços de apoio geral e às instalações – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas 237

Gráfico 6.18: Serviços de apoio geral e às instalações – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas 238

Gráfico 6.19: Serviços gerais - benefícios esperados (valores médios) 251

Gráfico 6.20: Serviços clínicos - benefícios esperados (valores médios) 251

Gráfico 6.21: Serviços gerais – motivação para não efectuar (valores médios) 255

Gráfico 6.22: Serviços clínicos – motivação para não efectuar (valores médios) 255

Gráfico 6.23: Impacte do *outsourcing* (valores médios) 263

Gráfico 6.24: Nível médio de importância atribuída a cada factor 265

Gráfico 6.25: Influência esperada sobre as decisões de externalização *versus* internalização 266

Gráfico 7.1: Evolução dos custos directos "corrigidos" com o centro de custo de Imagiologia 323

Gráfico 7.2: Evolução do número de exames realizados – Parte I 330

Gráfico 7.3: Evolução do número de exames realizados – Parte II 330

Gráfico 7.4: Evolução do número de actos complementares de diagnóstico, nos hospitais oficiais – Parte I 331

Gráfico 7.5: Evolução do número de actos complementares de diagnóstico, nos hospitais oficiais – Parte II 331

Gráfico 7.6: Evolução do número de actos complementares de diagnóstico, nos hospitais oficiais – Parte III 331

Gráfico 7.7: Evolução da Actividade Hospitalar na ULSAM – I: Consultas, urgências e doentes atendidos 332

Gráfico 7.8: Evolução da Actividade Hospitalar na ULSAM – Internamentos, cirurgias e hospital de dia 332

Gráfico 7.9: Evolução do índice de *case-mix* na ULSAM 333

Gráfico 7.10: Evolução do número de exames por doente - global 335

Gráfico 7.11: Evolução do número de exames por doente – discriminação I 335

Gráfico 7.12: Evolução do número de exames por doente – discriminação II 335

Gráfico 7.13: Evolução do número de análises clínicas 339

Gráfico 7.14: Evolução do número de exames de Imunohemoterapia 339

Gráfico 7.15: Evolução do número de exames de Anatomia Patológica 339

Gráfico 7.16: Evolução da Qualidade Apercebida nos Exames e Tratamentos 343
Gráfico 8.1: Custos directos unitários - relação com o nível de *outsourcing* 383
Gráfico 8.2: Qualidade apercebida – relação com o nível de *outsourcing* 393

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.1: Variáveis relevantes e relação com o nível de *outsourcing* 6
Quadro 1.2: Comparação da estrutura de custos dos Hospitais SPA e EPE 10
Quadro 2.1: Principais tipos de colaboração entre o sector público e privado 24
Quadro 3.1: Percentagem de participantes que opta pelo *outsourcing* 41
Quadro 3.2: Atributos dos recursos 58
Quadro 3.3: Tipos de conhecimento 62
Quadro 3.4: Fontes de poder e estratégias políticas 81
Quadro 3.5: Contributos de várias teorias para o estudo do *outsourcing* 110
Quadro 5.1: Comparação de quatro filosofias na investigação em gestão 150
Quadro 5.2: A influência das diferenças de paradigmas na construção teórica 152
Quadro 5.3: Comparação entre abordagem dedutiva e indutiva 154
Quadro 5.4: Finalidades da investigação 156
Quadro 5.5: Situações relevantes para diferentes estratégias de investigação 156
Quadro 5.6: Forças e fraquezas de alguns métodos 163
Quadro 5.7: Tipos de questões na realização da entrevistas 166
Quadro 5.8: Questões e objectivos de investigação 177
Quadro 5.9: Vantagens e desvantagens da utilização de gravadores em entrevistas 183
Quadro 5.10: Tácticas utilizadas no estudo de caso 184
Quadro 6.1: Tipos de erro nos inquéritos 186
Quadro 6.2: Tipologia de hospitais 189
Quadro 6.3: Hospitais em funcionamento em Portugal Continental, em 2009 190
Quadro 6.4: Designação habitual dos serviços hospitalares 191
Quadro 6.5: Comparação internacional dos níveis de *outsourcing* nas actividades de natureza geral 192
Quadro 6.6: Comparação internacional dos níveis de *outsourcing* nas actividades de natureza clínica 193
Quadro 6.7: Representatividade da amostra – tipo de instituição 196
Quadro 6.8: Representatividade da amostra – modelo jurídico 196

Quadro 6.9: Representatividade da amostra – localização 197
Quadro 6.10: Representatividade da amostra – dimensão 198
Quadro 6.11: Dimensão média da amostra e do universo – hospitais públicos..... 198
Quadro 6.12: Dimensão média da amostra e do universo – hospitais privados 198
Quadro 6.13: Actividades cuja transferência ocorreu há menos de dois anos..... 201
Quadro 6.14: Teste de Kruskal-Wallis para o escalão de utilização de meios externos nas actividades clínicas 208
Quadro 6.15: Teste de Kruskal-Wallis para o escalão de utilização de meios externos nas actividades gerais..... 208
Quadro 6.16: Número e percentagem de hospitais que efectuam o *outsourcing* de actividades laboratoriais por dimensão 212
Quadro 6.17:Vantagens dos laboratórios internos e dos laboratórios externos 216
Quadro 6.18: Cronologia dos acontecimentos mais relevantes associados ao contrato celebrado entre o Hospital de São João e a empresa Bragaparques 239
Quadro 6.19: Comparação internacional do nível de satisfação com o *outsourcing*.... 242
Quadro 6.20: Comparação internacional da motivação para realizar *outsourcing*..... 244
Quadro 6.21: Comparação internacional da motivação para não realizar *outsourcing* 254
Quadro 6.22: Evidência internacional sobre o impacte do *outsourcing* 258
Quadro 6.23: Influência esperada sobre as decisões de externalização ou internalização consoante o tipo de instituição 267
Quadro 7.1: Valor das propostas iniciais (Procedimento por Negociação Nº 1/ 2004) 297
Quadro 7.2: Classificação das propostas iniciais 298
Quadro 7.3: Valor das propostas englobando o Serviço de Urgência 299
Quadro 7.4: Classificação final das propostas 299
Quadro 7.5: Várias sentenças judiciais relacionadas com este processo 300
Quadro 7.6: Caracterização dos procedimentos, critérios de adjudicação e valor dos contratos 309
Quadro 7.7: Determinação do preço implícito por exame no primeiro procedimento . 317
Quadro 7.8: Discriminação do valor da factura de acerto relativa ao segundo ano 318
Quadro 7.9: Número de exames realizados 318
Quadro 7.10: Preços dos exames adicionais 319
Quadro 7.11: Outras cláusulas na documentação dos procedimentos e sua evolução ao longo do tempo 320
Quadro 7.12: Percentagem de exames realizados no exterior 321
Quadro 7.13: Dados da contabilidade analítica – centro de custo de Imagiologia..... 322
Quadro 7.14: Custos com exames imagiológicos realizados interna e externamente .. 323

Quadro 7.15: Comparação da evolução dos custos directos da Imagiologia no CHAM e nos restantes hospitais públicos 324

Quadro 7.16: Comparação entre valores efectivos e previsionais no segundo ano 325

Quadro 7.17: Comparação entre valores efectivos e previsionais (Concurso Público Nº 1/2007) 326

Quadro 7.18: Comparação entre valores efectivos e previsionais (Concurso Público Nº 1/2008) 326

Quadro 7.19: Evolução do preço dos exames (com IVA) 327

Quadro 7.20: Comparação entre o número de exames registados no Sonho e no SIIMA, no período entre 16 Março de 2005 e 15 de Março de 2006 328

Quadro 7.21: Comparação das propostas do Concurso Público Nº 1/2009 348

Quadro 8.1: Conclusões de vários estudos sobre o impacte do *outsourcing* e da adjudicação concorrencial (*competitive tendering*) na qualidade e nos custos da alimentação 363

Quadro 8.2: Conclusões de vários estudos sobre o impacte do *outsourcing* e da adjudicação concorrencial na qualidade e nos custos de limpeza (*domestic services*) . 364

Quadro 8.3: Conclusões de vários estudos sobre o impacte do *outsourcing* e da adjudicação concorrencial (*competitive tendering*) na qualidade e nos custos de vários serviços 365

Quadro 8.4: Afirmações com diferenças estatisticamente significativas quanto ao desempenho apercebido por parte dos gestores de nutrição clínica, relativamente aos serviços externalizados e aos mantidos internamente 373

Quadro 8.5: Factores utilizados para o agrupamento dos hospitais 379

Quadro 8.6: Síntese das variáveis usadas neste estudo 380

Quadro 8.7: Quadro resumo (valores médios (e desvios-padrão)) 382

Quadro 8.8: Custos directos unitários - relação com o nível de *outsourcing* (estimação por *pooled* OLS) 383

Quadro 8.9: Custos directos unitários (em log) - relação com o nível de *outsourcing* (estimação com efeitos fixos seccionais e temporais) 384

Quadro 8.10: Efeitos temporais nas várias actividades 384

Quadro 8.11: Custos da Alimentação - Estimação por EGLS (*cross section weights*) 386

Quadro 8.12: Custos da Roupa - Estimação por EGLS (*cross section weights*) 387

Quadro 8.13: Custos da Segurança - Estimação por EGLS (*cross section weights*) 388

Quadro 8.14: Custos da Limpeza - Estimação por EGLS (*cross section weights*) 389

Quadro 8.15: Qualidade apercebida - relação com o nível de *outsourcing* (estimação por *pooled* OLS) 393

Quadro 8.16: Qualidade apercebida - Estimação por EGLS (*cross-section weights*) .. 394

Quadro 8.17: Custos da Alimentação - Estimação por EGLS (*cross section weights*) 395

ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde
AVAC – Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado
BDEA – Base de dados dos elementos analíticos (da ACSS)
CA – Conselho de Administração
CAP – Comissão de Análise de Propostas
CDT – Custos Directos Totais
CHAM – Centro Hospitalar do Alto Minho
EPE – Entidade Pública Empresarial
EUA – Estados Unidos da América
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
FS(E) – Fornecimentos e Serviços (Externos)
HPP – Hospitais Privados de Portugal
I&D – Investigação e Desenvolvimento
INE – Instituto Nacional de Estatística
IPO – Instituto Português de Oncologia
IPQ – Instituto Português da Qualidade
JCC – "Dr. João Carlos Costa - Diagnóstico por Imagem, Lda"
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica
NHS – *National Health Service*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde
MRSA - *Staphylococcus Aureus* resistente à meticilina (*Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus)*
PACS – Sistema de comunicação e arquivo de imagens (*picture archiving and communication system*)
PCFL – Privados com fins lucrativos
PSFL – Privados sem fins lucrativos
PET – Tomografia por Emissão de Positrões (*positron emission tomography*)
PFI – *Project Finance Initiative*
PPP – Parceria(s) Público-Privada(s)
RM – Ressonância Magnética
RU – Reino Unido
SIIMA – Sistema Informático de Imagiologia
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Sector Público Administrativo
STA – Supremo Tribunal Administrativo
SU – Serviço de Urgência
SUCH – Serviços de Utilização Comum dos Hospitais
TAC – Tomografia axial computorizada
TAFB – Tribunal Administrativo e Fiscal de Braga
TCAN – Tribunal Central Administrativo Norte
ULS – Unidade Local de Saúde
ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho
UNL – Universidade Nova de Lisboa

1. Introdução

1.1. Importância do *outsourcing*

A nível mundial, nos últimos anos, tem-se assistido à intensificação e à diversificação do leque de actividades que são objecto de *outsourcing* por parte das empresas (Friedman (2005); Grant (2008)[1]). Na verdade, se, há alguns anos atrás, as organizações revelavam bastante receio em confiar a terceiros o controlo operacional de várias tarefas tradicionalmente realizadas por colaboradores e outros recursos da própria instituição (excepto em determinados casos pontuais, como o da segurança e limpeza), hoje em dia, a nível internacional, observam-se inúmeras situações em que as empresas "entregam" a organizações externas a totalidade das funções anteriormente desempenhadas pelo seu Departamento de Sistemas de Informação, ou mesmo pelo seu Departamento de Recursos Humanos (Drucker (2002); McIvor (2005)).

Uma tendência análoga verifica-se ao nível dos serviços públicos: os governos de vários países começaram a questionar a realização de determinadas actividades por instituições ou funcionários públicos, considerando, inclusivamente, a hipótese de confiar a entidades privadas a própria gestão dessas instituições[2].

Transformações deste género têm vindo a observar-se no sector hospitalar português, nos anos mais recentes. A contratação de serviços de terceiros para assegurar a prestação de certas tarefas de apoio geral é um dado adquirido dentro dos hospitais portugueses (Delgado (1994)); tem havido um alargamento do âmbito das actividades realizadas em *outsourcing*, e, nalgumas iniciativas de parcerias público-privadas (PPP), as entidades privadas detêm um papel importante na gestão de instituições públicas[3].

---

[1] Como afirma Grant (2008), p. 357: *"Outsourcing has extended from components to a wide range of business services including payroll, IT, training, and customer service and support. Increasingly outsourcing involves not just individual components and services, but whole chunks of the value chain."*

[2] Em Inglaterra, na apresentação de uma "Private Finance Initiative", em 1993, o Secretário de Estado das Finanças questionou: "*We ask ourselves, 'what is the core activity of the NHS?' It is not the management of hospitals – that is essentially a secondary activity. The core activity of the NHS is to secure a universal healthcare system available on the basis of clinical need rather than on the basis of ability to pay.*" (Artigo do *Health Services Journal* de 24/07/1993, Londres, p. 22, referido por Ovretveit (1996), p. 84).

[3] O papel das instituições privadas na gestão de instituições públicas poderá, até, ser alargado, de acordo com o estabelecido no Programa do XIX Governo Constitucional (eleito no passado dia 5 de Junho): "Avaliar oportunidades da concessão da gestão de hospitais a operadores dos sectores privado e social sempre que se revele mais eficiente (…)" (página 81).

De um ponto de vista económico, a decisão de externalizar ou não uma actividade pode ser encarada como um "mero" problema de "comprar ou fazer", sendo várias as perspectivas teóricas que contribuem, embora apenas parcialmente, para dar resposta a esta questão. Todavia, no caso particular dos serviços de saúde, a opção torna-se mais complexa, atendendo não apenas à especificidade do sector, como também, no caso particular dos hospitais públicos, aos aspectos de natureza ideológica associados a decisões de transferência de actividades do sector público para o sector privado e à convicção generalizada de que esta transferência pode acarretar uma diminuição da sua qualidade (Sclar (2000); Pollock (2004)), ou mesmo fenómenos de *cream-skimming* ou selecção de doentes (Hart *et al* (1997)). Apesar de se invocarem argumentos de eficiência para este tipo de opções (Domberger e Jensen (1997)), os opositores contrapõem problemas de equidade, garantia de acesso universal e assimetria de informação, o que torna mais interessante o estudo deste tema no sector da saúde.

1.2. Relevância teórica do tema

Na sequência do exposto, a literatura relevante para o tema em estudo pode englobar-se em dois grandes domínios:

- Principais perspectivas teóricas sobre as fronteiras verticais da empresa e o *outsourcing*, enquanto problema de "comprar ou fazer" (a revisão desta literatura é aprofundada no capítulo 3);
- Especificidade do sector da saúde e considerações sobre a prestação destes serviços públicos por parte de instituições privadas (aspectos que são desenvolvidos no capítulo 4).

De acordo com Hart (2003), existe um grande paralelismo entre a(s) teoria(s) da empresa e a teoria da privatização (entendida em sentido amplo). Como ambas se preocupam em saber se é melhor regular uma relação através de um contrato ou através de uma transferência de propriedade, seria de esperar que se tivessem desenvolvido de modo semelhante[4]. Contudo, com excepção da Teoria dos Direitos de Propriedade, os

[4] Como refere Sclar (2000), p.18, se as decisões de *outsourcing* forem tomadas por preocupações de gestão, e não por questões ideológicas, constituem um tipo de decisão "comprar ou fazer" que exige uma análise semelhante.

percursos teóricos têm sido distintos, como se expõe nos referidos capítulos. Antes, porém, de se proceder a uma sistematização destas perspectivas, importa clarificar o conceito de *outsourcing* e de várias expressões ou termos relacionados, designadamente os de "privatização" e de "introdução de concorrência", o que se efectua já no segundo capítulo.

1.2.1. Perspectivas teóricas sobre as fronteiras verticais das empresas

De entre as várias perspectivas que permitem estudar o problema da integração vertical nas empresas, apresentadas com mais profundidade no capítulo 3, merecem destaque:

- a Teoria dos Custos de Transacção (Williamson (1979); Williamson (1991a); Williamson (1991b); Williamson (1999));
- a Teoria Baseada nos Recursos (Wernerfelt (1984); Wernerfelt (1995); Barney (1986); Barney (1991); Barney (1999); Conner (1991); Collis e Montgomery (1995)) e a Perspectiva das Competências (Loasby (1998a); Loasby (1998b); Langlois (1992));
- a Teoria da Agência (Eisenhardt (1989));
- a Perspectiva Política das Organizações (Pfeffer (1992));
- a Perspectiva Institucional (DiMaggio e Powell (1983));
- a Teoria dos Direitos de Propriedade (Grossman e Hart (1986); Hart (1995)).

A *Teoria dos Custos de Transacção*, para além de ser a mais desenvolvida das várias abordagens teóricas existentes para o estudo deste problema, é simples e tem recebido suporte empírico (Williamson (1999) e Barney (1999)). Contrariamente à Teoria dos Custos de Transacção, a explicação encontrada pela *Teoria Baseada nos Recursos* para a integração vertical não se encontra na especificidade dos activos (isto é, na ausência de oportunidades de utilização alternativa que os recursos encontram no mercado), mas, sim, no papel que os recursos desempenham nas actividades das empresas e na facilidade com que podem ser substituídos por outros, equivalentes ou similares, no caso de não ser possível continuar a utilizá-los (Kay (1997)). Esta perspectiva defende, assim, que o *outsourcing* pode permitir aceder a capacidades que não estariam disponíveis de outra forma, mas não deixa de advertir que, havendo transferência de

recursos para empresas externas, as organizações devem efectuar previamente uma análise das suas competências nucleares, de modo a não "delapidarem a fortuna". As relações de *outsourcing* podem também ser encaradas como relações de *agência* (Geis (2007)), sendo possível distinguir situações em que é preferível optar por contratos baseados no comportamento de outras, em que é preferível optar por contratos baseados em resultados (Eisenhardt (1989)).

A *Perspectiva Política das Organizações* enfatiza o papel desempenhado por receios de diminuição de poder dos agentes organizacionais, ou pela procura da sua obtenção, na colocação e avaliação de hipóteses de *outsourcing*. Já a *Perspectiva Institucional* (DiMaggio e Powell (1983)) releva a importância de factores não económicos, como fenómenos de imitação, na adopção de determinadas inovações ou estruturas organizacionais. Por fim, a *Teoria dos Direitos de Propriedade* (Hart (1995)) salienta o facto de o *outsourcing* acarretar a perda de direitos residuais de controlo sobre activos físicos, o que é prejudicial, quando esses activos são complementares dos pertencentes à empresa.

Relativamente aos estudos empíricos existentes sobre estas perspectivas teóricas, em geral, podem retirar-se algumas conclusões:

- a questão das fronteiras verticais da empresa continua a atrair o interesse da investigação quer em economia, quer em gestão (tal como afirmam Mota e De Castro (2004), p. 295);
- a especificidade dos activos é uma determinante importante das relações contratuais verticais, mas não é a única (Klein (2005)). Mesmo em situações de incerteza, a contratação pode proteger os investimentos específicos à relação. Segundo David e Han (2004) (que revêem 63 artigos), a Teoria dos Custos de Transacção consegue apenas um apoio global misto (cerca de 47%) na previsão da escolha "comprar ou fazer";
- a Perspectiva Baseada nos Recursos é importante, talvez até dominante na literatura de gestão estratégica, mas ainda não deu origem a um corpo substancial de trabalho empírico (Klein (2005)), pelo que poucos estudos têm investigado o seu poder explicativo das decisões de *outsourcing* (Mahnke *et al* (2005), p. 239);

- a dificuldade em realizar trabalho empírico com base na literatura dos contratos incompletos de Grossman e Hart pode limitar a sua popularidade (Klein (2005));
- muitos hospitais tomam opções, em termos de integração vertical ou de adopção de inovações de gestão, apenas porque "todos o fazem"(Arndt e Bigelow (1992); Walston e Kimberly (2001)), tal como prevê a Teoria Institucional;
- "comprar" ou "fazer" são os extremos de um leque de opções com muitas variantes de cinzento: as relações verticais são, muitas vezes, subtis e complexas. Assim, "*[although] the literature on hybrids has grown dramatically in the last ten years, (…) there are fewer studies of mundane issues such as outsourcing versus in house production per se*" (Klein (2005), p. 456).

A conclusão principal de vários estudos é a necessidade de realizar mais trabalhos comparativos entre as diferentes perspectivas, procurando distinguir as várias explicações rivais (Klein (2005), p. 456). Para explicitar melhor esta questão, identificam-se no Quadro 1.1, as principais variáveis que, à luz destas teorias, influenciam as decisões de *outsourcing* e o sinal esperado dessa relação. Facilmente se deduz que a consideração isolada de apenas alguma(s) destas teorias pode conduzir a uma perspectiva parcial e incompleta do *outsourcing*. Como sustentam Mahnke *et al* (2005) , p. 245: "*The first pathway for future research should aim at developing a better understanding of the complementarities of the current theories used in empirical outsourcing studies (…)"*. De modo análogo, Mol (2007), p. 100-101, afirma:

"(…) outsourcing decisions are subject to multiple realities simultaneously. These include, but are probably not limited to, economic, social, psychological and political rationalities. (…) If we want to understand outsourcing as a phenomenon better, we need to draw upon each of these rationalities and understand the various functions for which outsourcing may be used."

Quadro 1.1: Variáveis relevantes e relação com o nível de *outsourcing*

Nível de *Outsourcing*									
Factores / Variáveis relevantes	Teoria dos Custos de Transacção	Teoria da Agência	Teoria Baseada nos Recursos	Teoria da Dependência dos Recursos	Teoria das Opções Reais	Perspectiva Política das Organizações	Teoria Institucional	Teoria dos Direitos de Propriedade	Outros
Baixo nível de concorrência actual e potencial (*ex-ante* e *ex-post*)	(-)								(-)
Frequência das transacções	(-)								
Especificidade dos activos	(-)								
Magnitude dos investimentos específicos									(-)
Incerteza									
Tecnologia	(-)	(-)	(+)		(+) ou (-)				
Custos	(-)	(-)							
Procura	(-)	(-)		(+) (nec. flexibilidade)			(+) imitação		
Complexidade da tarefa/função/actividade	(-)	(-)							
Complexidade da organização (hospital)									(+)
Dimensão do hospital									(-) / (+)
Dimensão mínima eficiente da actividade a externalizar (relativamente à do hospital)									(+)
Facilidade de medição (da actividade/resultados)	(+)	(+)							
Facilidade de programação		(-)							
Facilidade de monitorização		(+)							
Aversão ao risco da empresa prestadora de serviços		(-)							
Aversão ao risco da empresa cliente		(+)							
Duração do contrato		(-)							
Necessidades de coordenação com outras actividades ou recursos da empresa	(-)		(-)						
Complementaridade dos activos								(-)	
Valor dos activos/recursos			(-)						
Importância dos recursos externalizados				(-)					
Raridade dos activos/recursos			(-)						
Facilidade de substituição dos activos/recursos			(+)	(+)					
Possibilidade de imitação dos activos/recursos			(+)						
Proximidade da actividade do núcleo assistencial do hospital			(-)						
Facilidade em explicitar a um fornecedor as propriedades desejadas			(+)						
Vantagem relativa do mercado em termos de conhecimento/competências	(+)	(-)	(+)						
Características de qualidade muito relevantes e não passíveis de contratação			(-)					(-)	
Poder dos membros do departamento em causa						(-)			
Poder dos gestores						(+)			
Pressões da envolvente para diminuir custos							(+ *outsourcing* / inovação)		
Proporção de hospitais da envolvente que optam pelo *outsourcing*							(+)		
Discricionariedade do fornecedor para determinar afectação e uso dos recursos				(-)					
Idade dos gestores									(-)
Hospitais privados (relativamente aos públicos)									(+) ou (-)

Apesar das várias tentativas de integração que têm estado a ser propostas por autores como Williamson (1999) e Foss (1996), ainda não está disponível uma teoria da empresa unificada (Garrouste e Saussier (2005)) que permita compreender plenamente este instrumento de gestão, sendo necessário testar em simultâneo as várias teorias (Dragonetti *et al* (2003)). Saliente-se, também, que, quer a Teoria dos Custos de Transacção, quer a Teoria Baseada nos Recursos se têm empenhado em demonstrar as virtudes da hierarquia, quando a tendência das empresas tem sido a de desintegração e concentração, o que, no entender de Poppo e Zenger (1998) e de Holmstrom e Roberts (1998), exige uma investigação adicional.

Em suma, não existe, actualmente, um modelo teórico integrado que explique de modo cabal a tendência de desintegração vertical que se tem vindo a observar a nível internacional.

1.2.2. Especificidade do sector da saúde

No caso particular do sector da saúde, Luke e Walston (2003) defendem que nenhuma das perspectivas teóricas existentes é suficientemente robusta para explicar as opções de integração vertical tomadas pelos hospitais americanos, sendo fundamental compreender as características específicas deste sector (p. 293). No ponto 1.3. serão apresentadas as diferentes opções que têm sido tomadas em vários hospitais do mundo em termos de integração ou desintegração vertical, enquanto neste ponto se esboça, em traços gerais, a problemática da especificidade do sector da saúde e da controvérsia em torno da prestação de serviços públicos por parte de entidades privadas.

As questões relacionadas com a prestação de serviços públicos por parte de empresas privadas continuam a ser controversas, como refere Shleifer (1998), p. 133:

"*What kind of goods and services should be provided by government employees as opposed to private firms? (…) Should teachers and doctors be publicly employed or should they work for private schools and practices? (…) Although these are age-old questions in economics, the answers economists give to them, as well as the reasons for arriving at these answers, have been changing.*"

No debate quanto à possibilidade de organizações privadas prestarem serviços tradicionalmente realizados por organizações do sector público, há, regra geral, duas perspectivas antagónicas (Ovretveit (1996)):

- Uma defende que as organizações não públicas, independentemente de terem ou não intuitos lucrativos, não podem e não devem prosseguir fins públicos. Para que os objectivos públicos sejam alcançados é necessário que as organizações, os gestores e os funcionários sejam públicos. Para esta perspectiva, a contratação e a regulação não podem assegurar que as organizações privadas irão prosseguir fins públicos, por existir um óbvio conflito de interesses, com sobreposição dos interesses privados.
- Outra perspectiva alega que está em causa apenas uma questão de eficiência. Este ponto de vista relaciona-se com a ideia de que as questões de financiamento e de prestação são distintas. O financiamento público não implica, nem exige, uma propriedade e uma gestão pública.

No caso da prestação de cuidados de saúde, argumenta-se que estamos perante um sector muito específico, onde se verificam várias falhas de mercado que impedem a possibilidade de confiar a realização destas actividades, na íntegra, ao sector privado, sem qualquer intervenção por parte do sector público. Como se demonstrará no capítulo 4, existe alguma controvérsia em torno da possibilidade de confiar a prestação de serviços públicos a entidades privadas, mantendo o financiamento público e uma regulação independente. Os debates sobre a superioridade de um modelo de cuidados de saúde predominantemente público ou privado têm mais de 20 anos, mas, de acordo com Saltman (2003), a divisão público-privado existe sobretudo em termos teóricos e tem sido dominada por convicções ideológicas. Na realidade, observa-se a emergência de situações em que o sector público e privado se inter-relacionam, de modo complexo e único. Lundsgaard (2002), p. 47, afirma que o processo de aprendizagem com estas experiências está restringido pela fraca disponibilidade de dados relativos a serviços financiados pelo sector público. Assim, prossegue Lundsgaard, continuamos, provavelmente, a saber ainda pouco em relação às diferentes alternativas possíveis de prestação de serviços financiados por fundos públicos, não existindo respostas teóricas universais, uma vez que dependem da ponderação de diferentes objectivos e circunstâncias.

1.3. Sector hospitalar e relevância prática da investigação

No ponto anterior, defendeu-se a inexistência de um modelo teórico que permita explicar cabalmente a tendência de desintegração vertical que se tem vindo a observar a nível internacional, bem como a necessidade de mais respostas teóricas sobre as diferentes alternativas de *public-private mix* quanto à prestação de serviços de saúde. Neste ponto, procura-se justificar a relevância de um estudo sobre o *outsourcing* no sector hospitalar, em particular.

Em vários países do mundo, as despesas em saúde têm revelado, nas últimas décadas, uma tendência crescente, fruto de factores como o aumento do rendimento e a inovação nos domínios de diagnóstico e terapêutica, entre outros (Simões *et al* (2007)). Segundo dados da OCDE[5], o peso das despesas em saúde no PIB, nos países para os quais existe informação disponível, passou de 3,8%, em 1960, para cerca de 8,9%, em 2008. Em 2002, os hospitais ainda representavam 41% das despesas em saúde dos países membro (OCDE (2006)), apesar de as transformações tecnológicas recentes terem privilegiado os tratamentos em ambulatório (McKee e Healy (2002)). Em Portugal, de acordo com o último Relatório e Contas do SNS, relativo ao ano de 2008, os hospitais receberam cerca de 50,35% dos fundos (p. 5)[6]. Neste contexto, a procura de mecanismos que aumentem a eficiência das instituições hospitalares assume a maior relevância, sobretudo quando são conhecidas as crescentes restrições orçamentais a que estão sujeitas. Uma das opções que tem sido equacionada é a entrega a empresas privadas de actividades acessórias à prestação de cuidados. Esta hipótese mostra-se muito atractiva, já que a gestão hospitalar é "extraordinariamente específica e complexa" (Vaz (1998))[7].

[5] *Health Data 2010*, dados acedidos, em Dezembro de 2010, em www.oecd.org/health/healthdata.
[6] Relatório acedido no site da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em "Downloads e Publicações", "SNS", "Informação de Gestão", a 31 de Maio de 2011.
[7] De igual modo, Glouberman e Mintzberg (2001) afirmam: "*Hospitals, in particular, are considered to be extraordinarily complicated organizations*". São vários os factores que contribuem para a complexidade da gestão deste tipo de instituições: a dimensão das instituições, a diversidade de produtos e a multiplicidade de saberes e poderes (Vaz (1998)); o processo de inovação tecnológica constante e uma dependência cada vez maior de conhecimentos estranhos e externos (Vaz (1998)); finalmente, o facto de os médicos serem, muitas vezes, simultaneamente, empregados, fornecedores, compradores e parceiros das instituições hospitalares, existindo inter-relações de concorrência, assim como de cooperação, entre os profissionais e as organizações (Luke e Walston (2003), p. 310).

O *outsourcing* no sector hospitalar é habitual noutros países[8], designadamente: países anglo-saxónicos, Holanda, Finlândia, Suécia (Vining e Globerman (1999)), França (Bach (2000)), Itália (Macinati (2008)), Grécia (Moschuris e Kondylis (2006)), Turquia (Yigit *et al* (2007)) e Espanha (Alcántara *et al* (2006)).

De modo a obter uma primeira ideia quanto à importância dos contratos de *outsourcing* na estrutura de custos das instituições hospitalares públicas portuguesas, é de salientar que, no ano de 2009, as despesas com fornecimentos e serviços externos representavam 15,5% dos custos, nos hospitais EPE, e 20,7% dos custos, nos hospitais SPA[9]. Considerando apenas a rubrica FS III, para a qual contribuem, fundamentalmente, os contratos de *outsourcing* nos serviços de apoio geral e às instalações, conclui-se que o seu peso é de 6,7% dos custos, nos hospitais EPE, e de 12,5%, nos hospitais SPA.

Quadro 1.2: Comparação da estrutura de custos dos Hospitais SPA e EPE

	EPE	%	SPA	%
Custos com o pessoal	2612,7	**51,4%**	275,2	**50,0%**
Remunerações base	1650,8		174,3	
Produtos Farmacêuticos	995,3	**19,6%**	92,4	**16,8%**
Medicamentos	865,4		82,6	
F.S. Externos	788,8	**15,5%**	114	**20,7%**
Subcontratos	298,3	5,9%	22,4	4,1%
FS I	70,9	1,4%	10,3	1,9%
FS II	69,7	1,4%	9,1	1,7%
FS III	341,3	6,7%	68,7	12,5%
Outros	8,6	0,2%	3,6	0,7%
Outros	689,9	**13,6%**	69,06	**12,5%**
Total	5086,7	100,0%	550,66	100,0%

Fonte: Execução Económico-Financeira do SNS (Dezembro de 2009)[10]. Valores em milhões de euros.

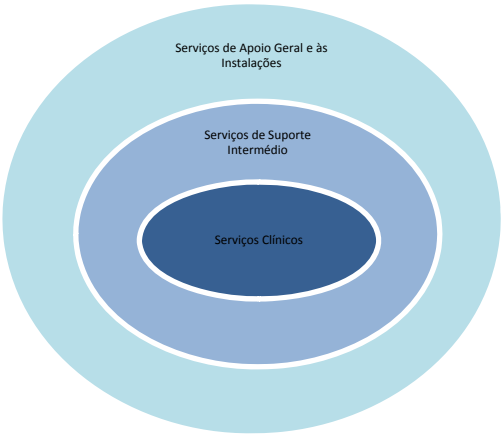
[8] Atun (2007) afirma que, nos países europeus onde a privatização não era aceite politicamente, se procedeu, no início, ao *outsourcing* dos serviços junto de prestadores privados.

[9] Os hospitais SPA pertencem ao Sector Público Administrativo e os EPE são Entidades Públicas Empresariais. Os "fornecimentos e serviços externos" abrangem os "subcontratos" e os "fornecimentos e serviços". De acordo com o Plano Oficial de Contabilidade do Ministério da Saúde (POCMS), publicado na Portaria nº 898/2000, de 28 de Setembro, a rubrica 621 (Subcontratos), "compreende os trabalhos necessários ao processo produtivo próprio, relativamente aos quais se obteve cooperação de outras entidades, submetidos a compromissos formalizados ou a simples acordos. Não abrange pessoal em regime de prestação de serviços (profissionais liberais) e que efectua trabalhos de carácter regular". Há, ainda, três contas principais de fornecimentos e serviços. A conta FS I é utilizada para contabilizar itens como electricidade, água, livros, material de escritório, etc. A FS II para registar despesas de representação, comunicações, seguros, transportes, deslocações e estadas. Finalmente, a FS III é usada para o registo de serviços de "contencioso e notariado", "publicidade e propaganda", "limpeza, higiene e conforto" e "trabalhos especializados" (de alimentação, lavandaria, informática e outros).

[10] Acedida no site da ACSS, em "downloads e publicações", "execução económico-financeira do SNS", informação do 4º trimestre de 2009, a 20 de Janeiro de 2010.

Os denominados "Serviços de Apoio Geral e às Instalações" (Figura 1.1) são de "natureza complementar ou auxiliar", sendo a sua prestação necessária ou útil para a prestação de cuidados de saúde, apesar de não assumirem, eles próprios, a natureza de prestação de cuidados de saúde[11]. Nestes serviços, há uma tradição de entrega a empresas privadas de pelo menos algumas destas actividades, que "parece ser consensual, porque permitirá aumentar "competências" específicas e libertar a gestão corrente de áreas de natureza geral e para as quais há quem faça melhor." (Delgado (1994), p. 45).

Figura 1.1: Tipos de serviços hospitalares



Porém, também a um nível intermédio (em áreas assistenciais e não assistenciais), têm surgido experiências de *outsourcing* hospitalar, quer em Portugal, quer no resto do mundo. Os serviços de suporte não assistenciais[12] englobam o Aprovisionamento, a Gestão de Doentes, a Informática, etc., enquanto os serviços de suporte assistenciais compreendem os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica (por exemplo, Imagiologia), assim como os serviços de suporte à prestação de cuidados (por exemplo, Farmácia ou Esterilização).

[11] "São considerados serviços de apoio, designadamente, os seguintes: lavandaria; higiene e limpeza; segurança de pessoas e bens; portaria; alimentação; manutenção de redes; manutenção do edifício; jardinagem e manutenção de espaços verdes; estacionamentos; abastecimentos: vapor e energia térmica, electricidade, águas e gases; comunicações; recolha e transporte de resíduos gerais; recolha e transporte de resíduos hospitalares; disposição e tratamento de resíduos gerais; disposição e tratamento de resíduos hospitalares; recolha e tratamento de efluentes líquidos; transportes; outros". Esta definição consta do artigo 1º do Anexo do Decreto Regulamentar nº 14/2003, de 30 de Junho, que define o caderno de encargos tipo dos contratos de parcerias público-privadas na saúde.

[12] Estes serviços são, frequentemente, designados por "Serviços de (Apoio Técnico à) Gestão e Logística", como se justifica no Anexo I.

A um nível mais nuclear, existe a prestação de cuidados de saúde propriamente ditos[13]. Num esforço para diminuir as listas de espera, um número considerável de cirurgias electivas (i.e., não emergentes, nem urgentes) tem vindo a ser transferido para prestadores privados, em países como Portugal[14] ou o Reino Unido (Atun (2007)). Alguns hospitais, como o "Kingston Hospital", equacionaram, inclusivamente, a hipótese de concessionar a uma empresa privada o próprio controlo dos blocos operatórios, através de um contrato com uma duração de 10 anos (Taylor (2007)). De igual modo, também noutros países, o *outsourcing* tem vindo a abranger alguns serviços clínicos (como, por exemplo, a anestesiologia, nos EUA (Peisch (1995)) e os cuidados médicos e de enfermagem, em Itália (Macinati (2008))).

Verifica-se, assim, que, quer em Portugal, quer no resto do mundo, os hospitais estão a desintegrar actividades que eram tradicionalmente consideradas como "centrais" para a missão e definição do conceito de hospital (incluindo cirurgias, laboratórios e serviços de Imagiologia). Todavia, por outro lado, e paralelamente a este fenómeno, os hospitais têm vindo a integrar os cuidados primários[15] e alguns cuidados intermédios (Mick (1990), p. 227). Revela-se, então, necessário um enquadramento teórico que possa acomodar a simultaneidade da integração vertical com a desintegração, já que, perante a mesma envolvente, num mesmo momento do tempo, estas organizações estão quer a internalizar, quer a externalizar actividades (Mick (1990), p. 227).

[13] Realizada no âmbito dos designados Serviços de Acção Médica (cf. Anexo I).

[14] Veja-se a Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, publicada no Diário da República de 24 de Junho, que implementou o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), bem como a Portaria n.º 45/2008, publicada no Diário da República de 15 de Janeiro, que prevê a emissão de um vale-cirurgia que habilita o utente a marcar a cirurgia directamente numa das "entidades privadas prestadoras de cuidados de saúde convencionadas para o efeito ou num hospital público que se tenha disponibilizado para receber utentes por transferência", decorrida a totalidade dos tempos máximos de espera (estabelecidos por níveis de prioridade ou patologias), sem que o hospital de origem consiga garantir a realização da cirurgia (n.os 89, 108 e 111). Sendo previsível que o sector privado se limite a aceitar os casos clínicos mais simples, haverá talvez um aumento da complexidade, em termos médios, das situações tratadas nos hospitais públicos, o que poderá ter reflexos nas taxas de mortalidade, no *case-mix* e no financiamento hospitalar. Porém, estas eventuais implicações só serão visíveis a médio prazo.

[15] Considere-se, em Portugal, a recente aposta na criação de Unidades Locais de Saúde (ULS). Em 1999, foi criada a ULS de Matosinhos; em 2007, foi criada a ULS do Norte Alentejano; em Junho de 2008, as ULS da Guarda, Alto Minho e Baixo Alentejo; e, em Setembro de 2009, a ULS de Castelo Branco.

Apesar de existir alguma investigação sobre *outsourcing* no sector hospitalar[16], que será sintetizada nos próximos capítulos, são vários os autores (Mills (1998); Finkler e Ward (2003); Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003); Boardman e Hewitt (2004)) a assinalar a inexistência de evidência relevante sobre as áreas e as circunstâncias em que algum tipo de relação contratual (com uma entidade externa) possa permitir a obtenção de melhores resultados, relativamente à prestação interna de serviços[17]. Atendendo à dimensão e complexidade das organizações hospitalares, bem como ao peso crescente das despesas em saúde, na generalidade dos países desenvolvidos, e às crescentes restrições orçamentais, a obtenção de alguma evidência, relativamente aos eventuais benefícios e riscos destas opções, é, certamente, da maior relevância, quer para os gestores hospitalares, quer para os decisores em termos de políticas de saúde. Como realça Maarse (2006), p. 1011: "*the impact of privatization on health system parameters in Europe should be identified as a highly relevant research topic, both politically and scientifically. Privatization should not only be conceptualized as a dependent variable in health policy research, (…), but also as an independent variable.*"

1.4. Questões de Investigação

De acordo com o que se expôs nos pontos anteriores, com o presente trabalho de investigação, pretende-se contribuir para uma resposta à questão "Quais as áreas e as circunstâncias em que algum tipo de relação contratual com empresas especializadas

[16] Sobretudo a nível internacional. Em Portugal, foram identificados apenas quatro trabalhos dedicados ao tema do *outsourcing* no sector hospitalar. Estes foram realizados no âmbito da pós-graduação em Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa. O principal, de Bernardino (1994), concluiu que as actividades mais externalizadas eram a alimentação (36%), as cafetarias (20%), a lavandaria (16%), a limpeza (8%) e a segurança (8%). Os restantes estudos procuram equacionar o interesse de uma eventual opção pelo *outsourcing*, na área da alimentação (Josué (1988)), da patologia clínica (Fonseca (2001)) e da imagiologia (Fialho (2007)).

[17] Na verdade, Mills (1998) defende a existência de muito pouca evidência sobre as circunstâncias em que é preferível a subcontratação junto do sector privado, em vez do fornecimento directo por parte dos hospitais; Finkler e Ward (2003) advogam a necessidade de mais investigação sobre a importância e eficiência potencial do *outsourcing* em vários serviços hospitalares; Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003), p. 35, afirmam que: "*La contratación externa como instrumento de mejora de la gestión (especialmente en el sector público) exige mejorar el conocimiento de su impacto sobre el nivel de eficiencia de los servicios contratados (coste y cantidad/calidade del servicio) para poder extraer implicaciones útiles para la toma de decisiones y basadas en la mejor evidencia disponible.")*. Finalmente, Boardman e Hewitt (2004), p. 918, alegam que os decisores têm necessidade de conhecer as circunstâncias em que a prestação interna de serviços é preferível a algum tipo de relação de mercado ou acordo contratual. Em particular, têm necessidade de uma melhor compreensão dos problemas potenciais associados à contratação externa dos serviços governamentais.

poderá permitir a obtenção de melhores resultados, relativamente à prestação interna de serviços?", considerando como objecto de estudo vários serviços hospitalares, com diferentes níveis de proximidade ao nível assistencial da instituição, e recorrendo à utilização de múltiplas perspectivas teóricas.

As questões, a que se procura responder com a realização deste trabalho, são, então, as seguintes:

1. Quais são as áreas confiadas a empresas externas pelos hospitais portugueses?
2. Como é que a consideração de múltiplas perspectivas teóricas e as alterações recentes no contexto hospitalar permitem compreender melhor a origem e racionalidade dos relacionamentos de *outsourcing*, em diferentes áreas?
3. Quais os resultados conseguidos com as decisões de (des)integração vertical, em diferentes áreas?

Em primeiro lugar, caracteriza-se a extensão e intensidade do recurso ao *outsourcing*, no sector hospitalar, em Portugal, e identificam-se as áreas mais nucleares onde determinadas actividades ou serviços são confiados a empresas externas. Procura-se, ainda, avaliar se existem diferenças entre a natureza e extensão do *outsourcing* hospitalar, no sector público e no sector privado.

Em segundo lugar, como se demonstrou, é reconhecida a necessidade de realizar mais trabalhos comparativos entre as diferentes perspectivas teóricas, tentando distinguir e integrar as várias explicações rivais para a integração vertical, bem como contribuir para uma teoria unificada da empresa. Na realidade, são raros os estudos empíricos que utilizam mais do que um enquadramento teórico para analisar este fenómeno. Por outro lado, as razões para a realização do *outsourcing* podem ser diferentes consoante os vários tipos de actividades já identificados (ou conforme a estrutura de propriedade dos hospitais). Alguns estudos (por exemplo, Coles e Hesterly (1998b); Macinati (2008)), embora não analisem especificamente essa questão, indiciam que poderá haver diferenças entre a motivação das instituições públicas e das instituições privadas, assim como entre as motivações para a realização do *outsourcing* de actividades de carácter

geral e de actividades de natureza clínica (em particular, dos serviços complementares de diagnóstico e terapêutica)[18].

Por fim, mostra-se relevante determinar quais os resultados que têm sido conseguidos com o *outsourcing* de alguns serviços hospitalares. Recentemente, tem vindo a ser enfatizada a necessidade de os gestores aplicarem de modo sistemático a melhor evidência disponível, na avaliação de estratégias de gestão, de modo a conseguirem melhorar o desempenho das organizações (Kovner e Rundall (2006), p. 6). Reconhece-se, porém, que nem sempre tal informação está disponível, pelo que importa proceder ao tratamento de evidência que permita avaliar e comparar os resultados conseguidos com diferentes políticas de integração.

Com o intuito de responder às primeiras questões de investigação, "Qual a extensão e a intensidade do *outsourcing* nos hospitais portugueses?" e "Como é que a consideração de múltiplas perspectivas teóricas permite compreender melhor a origem e a racionalidade dos relacionamentos de externalização?", foi realizado um inquérito por questionário, cujos resultados se apresentam no capítulo 6, sendo comparados com outra evidência internacional disponível.

Procurando analisar mais profundamente as motivações e os resultados obtidos com uma experiência de *outsourcing*, numa área mais próxima da actividade nuclear dos hospitais, efectuou-se um estudo de caso sobre o Serviço de Imagiologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (capítulo 7). Estando em causa uma actividade mais complexa e nuclear, os riscos para os compradores podem ser maiores, pelo que importa identificar a sua natureza e possíveis salvaguardas a adoptar[19]. Este sector mostra-se merecedor de atenção, porque tradicionalmente estas unidades eram detidas pelos hospitais[20], tendo surgido, nos últimos anos, escassas experiências de concessão da

[18] De modo simplificado, os serviços de apoio geral e às instalações, assim como os serviços de suporte não assistenciais serão designados por "Serviços Gerais", enquanto os serviços clínicos propriamente ditos, bem como os serviços de suporte assistenciais (compreendendo os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e, também, os serviços de suporte à prestação de cuidados) serão designados por "Serviços Clínicos".

[19] Para alguns autores, "*At the moment the lack of such knowledge is probably the most serious barrier to effective contracting out*" (Vining e Globerman (1999)).

[20] Robinson (1994) questionava: sendo suficiente uma relação contratual entre o hospital e uma empresa fornecedora, porque é que as unidades de radiologia são geralmente detidas pelos hospitais?

gestão a empresas privadas. A experiência da ULSAM revelou-se particularmente interessante, porque, tendo-se iniciado em 2004, já decorreu um período de tempo suficiente para obter algumas conclusões.[21]

Finalmente, no processo de avaliação do impacte do *outsourcing*, de alguns serviços hoteleiros dos hospitais públicos, nos custos e na qualidade apercebida pelos utentes, foi possível obter um painel de dados, que cruzou informação proveniente de várias fontes, relativa a custos, qualidade e produção hospitalar. Os resultados obtidos através da análise destes dados são apresentados no capítulo 8.

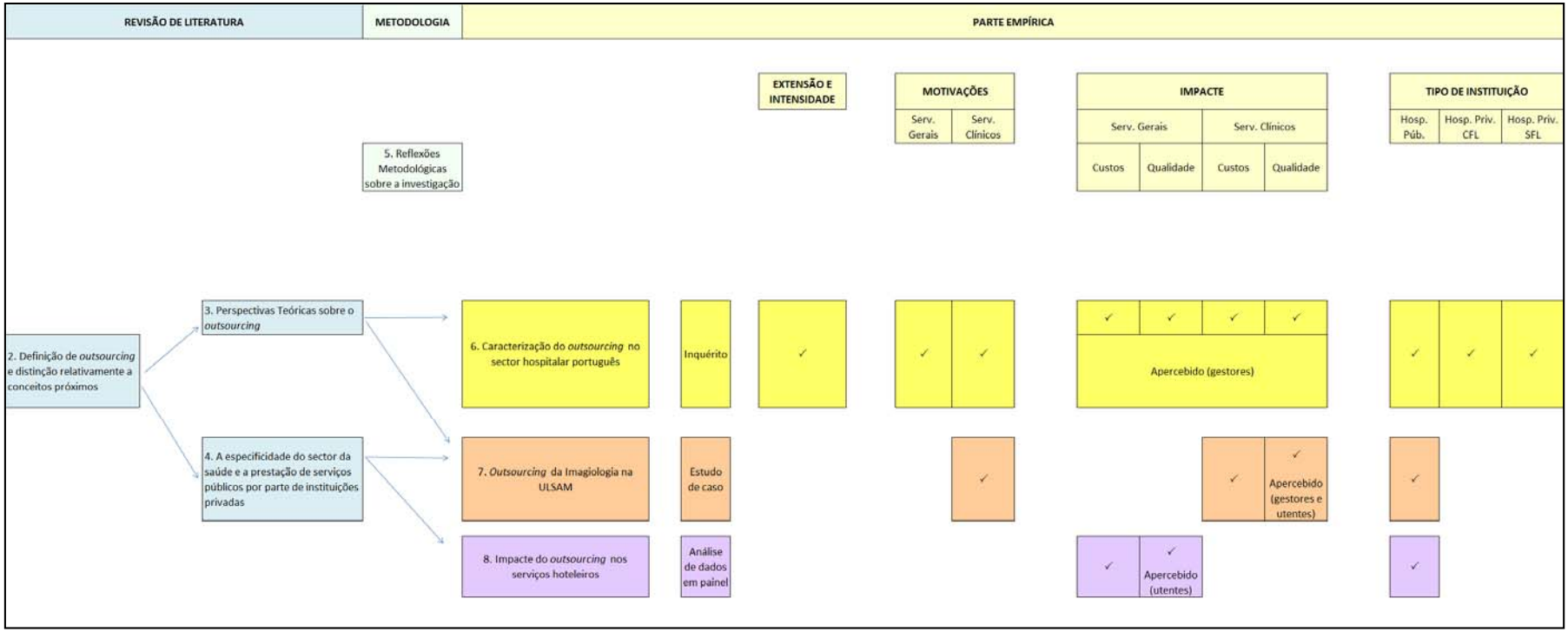
Atendendo à diversidade de métodos de investigação usados, assim como à utilização de múltiplas perspectivas teóricas, mostrou-se imprescindível reflectir um pouco sobre a investigação em ciências empresariais e sobre as opções metodológicas tomadas, o que se sintetiza no capítulo 5.

1.5. Conclusão

Analisando algumas alterações recentes no contexto hospitalar internacional e nacional, conclui-se que o *outsourcing* tem vindo a abranger actividades mais próximas da actividade nuclear dos hospitais (que é a prestação de cuidados de saúde), apesar de não existir muita evidência (na literatura) sobre as áreas e as circunstâncias em que algum tipo de relação de mercado ou acordo contratual (com uma empresa especializada) permite obter melhores resultados relativamente à prestação interna de serviços. Pretende-se, assim, contribuir para uma resposta a esta questão, considerando diferentes níveis de proximidade à actividade nuclear dos hospitais. O Esquema 1.1 procura sintetizar a estrutura do trabalho.

[21] Como explicou Domberger (1998), p. 209, a propósito do *outsourcing* em geral: "(...) *our understanding of what makes some contracts successful and others a failure is bound to improve over time. Yet more time is required to gather additional evidence; some contracts have such a long gestation period that the results will not be known for quite a number of years. But with so many contractual experiments being undertaken in the private and in the public sectors, the empirical harvest is going to be a very rich one indeed.*"

Esquema 1.1: Estrutura da Tese



2. Definição de *outsourcing* e distinção relativamente a conceitos próximos

"Outsourcing today means many different things to many executives. It may mean a single system contract for a relatively small percentage of the budget, or it may span multiple-systems and represents a significant transfer of assets, leases and staff to a vendor who operates, manages and controls the company's information systems functions."

Saunders *et al* (1997), p. 64

Neste capítulo, procura-se clarificar o conceito de *outsourcing*, distinguindo-o de situações a que, em alguns casos, é equiparado. A título de exemplo, considera-se, por vezes, que o *outsourcing* é uma "mera" decisão de aquisição de serviços, ou que, se realizado por empresas públicas, corresponde a uma privatização.

2.1. Conceito de *outsourcing*

A definição de *outsourcing* não é consensual, podendo o termo ser entendido com um sentido mais amplo ou mais restrito. Inclusivamente, o facto de esta palavra nem sequer constar de alguns dicionários de língua inglesa contribui para a dificuldade na clarificação do seu significado e na sua utilização de uma forma coerente.

No âmbito desta dissertação, o termo *outsourcing* designa a contratação de uma instituição externa, para realizar actividades que, tradicionalmente, seriam executadas por colaboradores e por outros activos da própria empresa[22]. Consiste em transferir, para uma entidade externa à organização, a prestação de todas as actividades e serviços relacionados com uma função ou área, abrangendo a sua gestão diária.

[22] Definições semelhantes são apresentadas por Domberger (1998): "*Outsourcing refers to the process whereby activities traditionally carried out internally are contracted out to external providers.*" (p.12) e por Geis (2007): *the defining feature of an outsourcing transaction is that a firm contracts with another entity to take over activity that was previously produced inside the firm* (p. 122). Nos EUA, utiliza-se, por vezes, a expressão "gestão por contrato" (*contract management* ou *contract service)* nas situações em que se contrata com uma empresa externa a prestação de certos serviços, como a alimentação, a limpeza, o processamento de dados ou mesmo a própria gestão da instituição, na sua globalidade (como esclarece Griffin (2006), p. 276). Nalguns casos, as empresas prestadoras de serviços são designadas por *Contract Management Groups* (Meyers (2004)).

Frequentemente, este processo é acompanhado pela transferência dos sistemas, equipamentos ou pessoal para a empresa prestadora de serviços (designada *outsourcer*), e, nalguns casos, é criada uma nova entidade legal, independente da empresa cliente e da empresa prestadora de serviços, que se torna proprietária desses activos transferidos[23].

De acordo com a definição apresentada, o conceito de *outsourcing* distingue-se das situações em que se recorre à assessoria e à consultoria, bem como de outros meros contratos de prestação de serviços, tais como desenvolvimento de *software* específico e acções de formação. Estes são apenas acontecimentos pontuais, em que é habitual confiar a entidades externas a sua realização, já que as empresas não dispõem de competências de que só irão necessitar durante um período limitado.

A definição proposta permite ainda distinguir "*outsourcing*" de "subcontratação". Normalmente, as empresas recorrem à subcontratação para responderem a picos de procura ou a uma actividade sazonal. Além disso, como esclarecem Wood *et al* (1996), não há uma transferência da gestão diária da actividade[24]:

"[outsourcing] comprises the delegation of the day to day management of the outsourced activity to third parties. It is the element of delegation of management which differentiates outsourcing from subcontracting. Once the price and service levels have been established, in-house responsibility is to manage the contract rather than the activity."

[23] Uma definição análoga é referida por Bravard e Morgan (2006), p. 3: "*Outsourcing is the contracting use and leverage of third-party resources, assets and skills; with guaranteed levels of quality, resilience and value to cost criteria and measurement; to deliver services previously provided in-house; possibly involving the transfer of existing staff to the service provider and/or transformation/rejuvenation of the business support processes and technology.*"

[24] Também Burkholder (2006), p. 256, realça esta ideia ao afirmar: "*outsourcing is the transfer(or delegation) to an external service provider of the operation and day-to-day management of a business process (…)*". Por seu turno, Hammer e Champy (1993), p. 35, definem "business process" como um conjunto de actividades que transformam um ou mais *inputs* num *output* que tem valor para o cliente. Um exemplo é a entrega em mão de um bem encomendado por um cliente. Muitas vezes, os gestores centram a sua atenção nas tarefas individuais necessárias para satisfazer esta encomenda (recebimento do pedido, recolha dos bens no armazém, etc.), esquecendo-se da finalidade principal (que é entregar o bem ao cliente). Já McIvor *et al* (2010) observam que o "*business process outsourcing*" (BPO) tem crescido à medida que as organizações têm vindo a transferir, para empresas prestadoras de serviços, a responsabilidade integral de determinadas funções, como as associadas aos recursos humanos, aos serviços financeiros e aos serviços de informação. A gestão financeira, a gestão de recursos humanos, a gestão do aprovisionamento, etc. constituem "processos de negócio" que abrangem diferentes funções ou actividades. A gestão de recursos humanos, por exemplo, envolve actividades associadas ao recrutamento, formação, remuneração e dispensa de funcionários.

Neste contexto, a tradução de "*outsourcing*" acarreta dificuldades acrescidas. Entre as traduções mais vulgarizadas registam-se "externalização", "recurso a fontes externas", "mandar fazer fora" ou mesmo "subcontratação" (Santos (1998))[25]. O termo português que mais se aproxima daquele será "externalização", embora acarrete dois inconvenientes: para além de ter um sentido mais amplo, também não consta do dicionário de língua portuguesa[26]. Assim sendo, optou-se pela manutenção, ao longo da tese, da palavra original, em língua inglesa.

Em suma, como explicita Busi (2008) no Editorial do primeiro número da revista *Strategic Outsourcing: an International Journal*, o *outsourcing* é:

"*(…) the strategic decision of a business to stop carrying out (or not to carry out) an activity in-house, but to transfer the responsibility, staff and infrastructures for that activity to one or more specialist providers outside the same business, i.e. outsourcing is the act of 'sourcing from the outside'.*"

2.2. *Outsourcing* como decisão de não internalização

Deve-se elucidar que o *outsourcing* não constitui uma mera aquisição no exterior (como, por exemplo, aquando da compra de componentes e matérias-primas). Como sugerem Gilley e Rasheed (2000), o *outsourcing* é uma decisão de rejeição da internalização de uma actividade, representando uma decisão estratégica com efeitos potenciais em toda a organização. Os autores distinguem duas situações. Em primeiro lugar, o *outsourcing* pode significar a descontinuação da produção interna (de bens ou serviços). Na medida em que, neste caso, há uma redução do envolvimento da empresa em sucessivos estádios de produção, este tipo de *outsourcing* pode ser considerado como uma desintegração vertical. Todavia, no entender destes autores, também estaremos perante uma situação de *outsourcing* quando uma empresa adquire bens e serviços que nunca foram produzidos internamente no passado, mas cuja internalização estaria ao alcance das competências de gestão e/ou financeiras da empresa adquirente. Por esta razão, as organizações que não têm outra alternativa que não a aquisição no

[25] No Brasil, o *outsourcing* é designado por "terceirização", definido como o processo de permitir a gestão das "actividades-meio" de uma empresa por empresas especializadas, procurando uma qualidade superior, flexibilidade, ganhos económicos e a concentração nas "actividades-fim" (Boeger (2005), p.75).
[26] Foi consultado o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea da Academia das Ciências de Lisboa.

exterior (por escassez de capital, por exemplo) não efectuam o *outsourcing*, porque a internalização dessa actividade não constitui uma escolha possível.

2.3. Distinção relativamente ao conceito de privatização

Nos EUA, como explica Savas (2000), p. 173, o termo privatização abrange quer as situações em que há contratação da prestação de um serviço com uma entidade externa privada (o designado *outsourcing* por parte do sector público), quer as situações em que ocorre a transferência de propriedade dos activos físicos[27] de entidades públicas para entidades privadas. No presente trabalho, o termo "privatização" é usado em sentido restrito, isto é, visando apenas o segundo significado. Distingue-se, assim, de situações em que há a transferência da prestação de um serviço por parte de uma entidade pública para uma organização externa.

Na verdade, mesmo que o governo decida manter os activos essenciais no sector público, pode haver a transferência da responsabilidade da gestão do activo para o sector privado, existindo, por isso, uma separação entre propriedade do activo e prestação do serviço. Por outras palavras, podemos estar perante uma situação de *outsourcing* sem que haja privatização (em sentido estrito).

A utilização do termo privatização, nos EUA, como equivalente à designada contratação externa por parte de entidades públicas junto de entidades privadas, advém do facto de, neste país, existirem poucas agências governamentais a fornecer bens privados puros, ao contrário do que acontecia no Reino Unido, na Austrália, na Nova Zelândia ou nos países de Leste, pelo que foram escassas as situações de privatização, em sentido estrito (Jensen e Stonecash (2005)).

Esta distinção assume relevância, já que, para além de o *outsourcing* não envolver, necessariamente, a transferência de activos físicos, o que acontece com a privatização, e de não ser "eterno" (Jensen e Stonecash (2005)), há diferenças importantes em termos de grau de controlo (Domberger (1998), pp. 159-160). O *outsourcing* permite ao governo manter um razoável controlo sobre as actividades realizadas pelo prestador,

[27] Saliente-se que as empresas não detêm a propriedade sobre os activos não físicos (como o capital humano, por exemplo) pelo que uma eventual transferência destes activos terá de ser voluntária (Jensen e Stonecash (2005)).

através da monitorização do desempenho, imposição de penalizações e renovação (ou não) dos contratos, o que não se passa com a privatização, em que, após a transferência de propriedade, a principal forma de controlo é através da regulação.

Apesar desta distinção, o certo é que, em muitos contextos, o conceito de privatização tem sido entendido num sentido ainda mais amplo, incluindo todos os "esforços" no intuito de encorajar a participação, por parte do sector privado, na prestação de serviços públicos (Rondinelli e Iacona, 1996)[28]. Assim, o termo tem abrangido não apenas situações de *outsourcing*, mas também de criação de mercados internos ou quase-mercados, situações de parcerias público-privadas ou de liberalização. Inclusivamente, Saltman (2003) defende a necessidade de distinguir o conceito de privatização de situações em que, por exemplo, é concedida maior autonomia de gestão aos hospitais e aos centros de saúde, diminuindo, portanto, a abordagem de comando e controlo que, tradicionalmente, tem caracterizado as entidades públicas[29]. Autores como Kay e Thompson (1986) e Sclar (2000) preconizam, ainda, que, para a obtenção de melhorias de desempenho a questão fundamental não reside tanto na prestação privada em alternativa à prestação pública, mas sim na estrutura de mercado. É necessário clarificar a associação, habitualmente efectuada, entre concorrência/sector privado e monopólio/sector público. Pode existir concorrência apenas entre empresas do sector público, como acontecia nos hospitais do Reino Unido e da Suécia, que rivalizam entre si pela celebração de contratos com as autoridades regionais de saúde[30]. Por outro lado, é possível ter uma empresa privada a prestar serviços públicos, numa situação de monopólio. Estas questões serão aprofundadas no capítulo 4.

[28] Rondinelli, D. e Iacona, M. (1996), *Policies and Institutions for Managing Privatization*, Geneva: International Labour Organization. Referido por Bach (2000). De modo semelhante, Sclar (2000), p. 3, define privatização como todas as iniciativas destinadas a introduzir relações de mercado na produção de serviços públicos com o objectivo de obrigar as burocracias públicas a serem governadas pelas mesmas forças competitivas que tornam os mercados privados benéficos de um ponto de vista social.

[29] Maarse (2006), p. 1001, designa estas situações de "privatização cultural": "*The penetration of a private businesslike management style into healthcare – which may be termed cultural privatization -, (…) can be observed in many areas of health care*." Em Portugal, tais transformações estão associadas à criação dos hospitais empresa e à reforma dos cuidados de saúde primários, nomeadamente à criação das Unidades de Saúde Familiares.

[30] Também pode existir concorrência entre empresas externas e as agências públicas que, até ao momento do concurso, prestavam os serviços, prática designada por "*managed competition*" (Savas (2000), p. 174).

2.4. Distinção relativamente a outras modalidades de colaboração

O *outsourcing* e outras modalidades de colaboração entre o sector público e privado podem ser localizados num eixo contínuo de alternativas de prestação de serviços em que, num extremo, se encontra a prestação directa por parte do sector público e, no outro extremo, a privatização (Hrab (2004)). O *outsourcing* estará próximo da prestação directa, enquanto as "parcerias público-privadas" estarão junto da privatização.

Importa realçar que também o conceito de "Parceria Público-Privada" (PPP) não é consensual. Como refere Pessoa (2010), p. 8, embora exista uma literatura abundante sobre possíveis definições de PPP, "*few people agree on what a PPP actually is*"[31]. Uma ideia semelhante é apresentada por Grout (2008), que afirma não haver uma definição aceite de PPP. Em alguns países, qualquer tipo de intervenção do sector privado, na prestação de um serviço público, é classificado como PPP (este conceito abrangeria, por isso, o conceito de *outsourcing*). Noutro extremo, alguns economistas pensam nas PPP em termos do modelo de *Project Finance Initiative* (PFI)[32], em que há um investimento inicial significativo, realizado pelo sector privado, seguido de pagamentos do serviço, a longo prazo, por parte do sector público. Grout (1997) explicita que, no modelo tradicional, o sector público contrata com o sector privado a construção de um activo que será propriedade do primeiro; existe um controlo directo ou indirecto da prestação de um fluxo de serviços; e o investimento é financiado "à cabeça", influenciando, consequentemente, os limites de endividamento do sector público. No modelo *Project Finance Initiative* (PFI), por outro lado, o sector privado financia, constrói e possui os activos. O fluxo de serviços é adquirido gradualmente pelo sector público, à medida que eles vão sendo prestados, apesar de existir um compromisso de longo prazo, assumido no momento da construção. Como o activo é financiado e é detido pelo sector privado, esse investimento pode ser realizado sem influenciar os limites de endividamento do sector público, ainda que o valor actual do compromisso financeiro do governo seja idêntico (ou muito semelhante) em ambas as situações. De certo modo, estas dificuldades conceptuais estão, mais uma vez,

[31] Hodge, G. e C. Greeve (2009), "Public-Private Partnerships: An International Performance Review", *Public Administration Review*, pp. 545-558.
[32] Como esclarece Grout (2008), p. 17, no Reino Unido passou a utilizar-se a designação PPP, porque o termo PFI estava muito conotado com o governo conservador.

relacionadas com diferenças de significado entre regiões. Enquanto, na Europa ocidental, a expressão PPP se refere, especificamente, a este mecanismo de repartição do risco, de obtenção de financiamento *off-balance sheet* e de aumento da inovação na concepção, construção e funcionamento dos projectos de infra-estrutura, nos EUA, o conceito é mais abrangente e engloba todos os instrumentos através das quais o governo envolve instituições privadas com ou sem intuitos lucrativos na persecução de objectivos de política pública (Skelcher (2007), p. 348). Na prática, os diferentes tipos de colaboração e parceria entre o sector público e privado podem ser classificados do modo exposto no Quadro 2.1[33].

Quadro 2.1: Principais tipos de colaboração entre o sector público e privado

Contratos de prestação de serviços	São celebrados para a prestação de um serviço definido (por exemplo, serviços de laboratório ou alimentação). Procura-se beneficiar das vantagens comparativas do parceiro privado, tais como experiência ou tecnologia avançada.
Contratos de gestão	Envolvem a transferência da autoridade para gerir instalações públicas e prestar serviços, incluindo total responsabilidade e autoridade para gerir todas as funções e pessoal necessário (por exemplo, contratar e gerir pessoal, adquirir medicamentos e equipamentos).
Contratos de construção, manutenção e equipamento	São contratos celebrados para o desenvolvimento, renovação ou manutenção de instalações de saúde.
Contratos híbridos	Incluem vários elementos dos contratos acima referidos e pretendem responder a uma necessidade ou situação específica. Um possível exemplo é o dos grandes contratos de infra-estrutura de tecnologias de informação e contratos de serviços.
Leasings	O parceiro privado paga uma comissão ao parceiro público para gerir e operar uma instalação pública em troca das receitas geradas pelo funcionamento das instalações. Habitualmente, o objectivo é o de melhorar a situação financeira do parceiro público através da introdução de uma melhor gestão. Tipicamente, o governo mantém-se responsável pela realização dos grandes investimentos nas instalações.
Concessões	Os activos continuam a ser propriedade do parceiro público, mas o parceiro privado é responsável pela realização de novos investimentos, assim como pelo funcionamento e manutenção dos activos existentes. As concessões também podem ser utilizadas na construção de novos activos, sendo o parceiro do sector privado responsável pela concepção, construção e funcionamento. É usual as concessões transferirem muito do risco de investimento para o sector privado, embora o governo, frequentemente, ofereça uma garantia explícita ou implícita de protecção ao parceiro privado contra rendimentos inferiores aos esperados ou outros riscos.
Iniciativas de financiamento privado	Regra geral, envolvem um contrato de concessão, mas o financiamento é realizado pelos parceiros privados.
Outras	Um exemplo é a privatização total (venda de activos ao sector privado), em que o risco de investimento e operacional é assumido pelo parceiro privado.

Fonte: Nikolic e Maikisch (2006), p. 2.

[33] Note-se que, aqui, se faz referência à realização de contratos ou acordos entre organizações do sector público e do sector privado.

De acordo com Nikolic e Maikisch (2006), o que distingue as situações de *contracting out* das restantes é a realização de investimentos financiados publicamente. Assim, enquanto nos vários tipos de contratos considerados (incluindo os de *leasing*), os investimentos são públicos, nos restantes casos (concessões, parcerias e outros) existem investimentos realizados pelos parceiros privados. As durações destes tipos de relacionamento podem ser, também, muito distintas. Os contratos de prestação de serviço têm, por norma, uma duração inferior a 2 anos, ao passo que os contratos de gestão duram entre 3 a 5 anos e as concessões se prolongam por 25 a 30 anos (Pessoa (2009)).

Maarse (2006) defende, assim, que o *outsourcing* pode ser encarado como uma privatização das operações, enquanto as parcerias público-privadas são, de certa forma, privatizações do investimento. A título de exemplo, as *Private Finance Initiative*, no Reino Unido, são, muitas vezes, justificadas com base na incapacidade do sector público em financiar todos os investimentos que se revelam necessários (para além da expectativa de aumento da eficiência). Este financiamento por parte do sector privado envolve, necessariamente, algum grau de propriedade privada (Hrab (2004)).

Para além da duração dos contratos, há também diferenças significativas em termos da sua complexidade (Cabral (2009), p. 46):

"(…), embora as PPP possam figurar no conceito de privatização em sentido muito amplo, elas não se confundem com a privatização em sentido estrito (que implica, como se disse, a transferência de propriedade de uma empresa ou entidade pertença do sector público para o sector privado). Aqui, sempre que uma empresa seja privatizada, ela assume completamente a responsabilidade pelo serviço de cuja provisão se ocupe. Já nas PPP, o sector público não deixa de ter uma parte de responsabilidade, mais ou menos significativa, pela provisão do serviço (e pela satisfação da necessidade colectiva subjacente). As PPP também não são confundíveis com o *contracting out* e com o *outsourcing*, embora partilhem elementos comuns (justamente pela ideia de contratualização externa e de abertura à concorrência e ao mercado). (…) As PPP envolvem a criação de uma dada infra-estrutura, o que não sucede – por via de regra – com estas duas figuras. Por outro lado, as PPP são muito mais complexas na sua implementação, envolvendo arranjos organizacionais, contratuais e de financiamento, muito elaborados, contrariamente ao que se passa com aquelas duas outras figuras. Tendencialmente à menor complexidade organizacional e contratual do *contracting out* e do *outsourcing* corresponde também uma menor duração da relação negocial estabelecida entre o parceiro público e privado (diversamente, (…), as PPP traduzem uma relação contratual duradoura)."

Hrab (2004) acrescenta que as parcerias se distinguem por ambas as partes contribuírem com recursos, designadamente financeiros, para as mesmas, havendo uma partilha de riscos e de recompensas. Uma ideia essencial das PFI, como explicita Grout (2008), é que o processo de produção envolve actividades que são diferentes ao longo do tempo (concepção do projecto, financiamento do projecto, construção da infra-estrutura e gestão das actividades correntes) e em que a qualidade de um dos estágios influencia a qualidade e os custos dos estágios seguintes. Assim, ao contrário da contratação tradicional, em que face a uma construção (de um edifício ou estrada) de reduzida qualidade, o governo terá de enfrentar uma complexa batalha jurídica para o demonstrar e provar que não existiu uma especificação mal feita ou uma incorrecta manutenção, no modelo de PPP, o governo limita-se a pagar pelo serviço que recebe. Num elucidativo exemplo apresentado por este autor, se a estrada é de má qualidade e exige reparações caras, então o construtor, para além de ter de pagar estas obras, sofre uma diminuição de receitas durante o período de realização das mesmas, porque os utentes escolhem outras alternativas. A empresa construtora tem um forte incentivo para realizar atempadamente as obras e para assegurar a qualidade da concepção e da construção. Os benefícios principais das PPP advêm da junção da construção com a prestação de serviços. Para este autor, as PFI envolvem a concentração de todas essas funções num parceiro privado, criando-se, pois, uma relação de longo prazo entre o governo e o fornecedor.

Em suma, segundo Turrini (2004), para que uma relação entre o sector público e o sector privado seja qualificada como uma PPP, há quatro elementos que parecem ser necessários:

1. O projecto deve abranger a construção ou funcionamento de activos físicos em áreas caracterizadas por uma forte presença pública e envolver o sector público como principal comprador;
2. Necessidade de escolher uma empresa exterior ao governo (muitas vezes, privada) como principal operador, isto é, como agente que executa o projecto;
3. A principal fonte de financiamento do projecto não deverá vir do sector público (impostos, por exemplo), mas de outras fontes como empréstimos privados;
4. Existe transferência de risco do sector público para o sector privado.

Para concluir este ponto, é de realçar que, muitas vezes, os contratos celebrados no âmbito das parcerias público-privadas prevêem o *outsourcing* de parte das actividades operacionais (alimentação, lavandaria, segurança, etc.)[34]. Em Portugal, até Março de 2008, eram celebrados, simultaneamente, dois contratos, nas parcerias público-privadas para a construção/remodelação de hospitais. Um dos contratos, para além das actividades clínicas, abrangia as designadas *soft facilities* (lavandaria, alimentação e equipamentos não muito pesados), enquanto outro integrava as operações de infra-estrutura (construção, manutenção e equipamento pesado). Esta abordagem diferia da prática habitual noutros países que recorrem a PPP para construir hospitais, que era, segundo Barros e Martinez-Giralt (2009), a de celebrar um contrato único. Os autores reconhecem, porém, a existência de grandes diferenças relativamente ao âmbito dos contratos. No Reino Unido, tipicamente o contrato inclui a construção, manutenção e as *soft facilities*, mas as actividades clínicas são retidas pelo NHS. Em França e em Itália, apenas a componente de infra-estruturas básicas (construção e manutenção) é contemplada no contrato de PPP (embora, nalguns casos, a Itália tenha adoptado o modelo do RU). Em Espanha, existe um modelo semelhante ao do RU, mas também um modelo mais integrado (em que a gestão das actividades clínicas é inserida no contrato) e, inclusivamente, há um caso em que os cuidados primários são também englobados no contrato com o parceiro privado. De qualquer forma, em todos os casos, é usado apenas um contrato[35].

[34] Em Portugal, os contratos de Parcerias Público-Privadas também prevêem situações semelhantes. Com efeito, no Nº 1, do artigo 12º do Decreto-Regulamentar Nº 14/2003, publicado no Diário da República de 30 de Junho, prevê-se que "as entidades gestoras poderão recorrer à prestação de serviços por terceiras entidades para a execução das actividades objecto do contrato de gestão, designadamente para a prestação dos serviços de apoio."

[35] Há experiências de concessão da gestão dos serviços clínicos a entidades privadas, em determinados países, nomeadamente, na Austrália, no Brasil e na Suécia (Taylor e Blair (2002)). Assim, na Austrália, desde os anos 90, vários estados confiaram a entidades privadas a construção, propriedade e funcionamento (incluindo a prestação de serviços clínicos) de alguns hospitais públicos, de pequena dimensão. Apesar do sucesso inicial de algumas destas experiências (caso do Hospital Mildura, referido por Taylor e Blair (2002)), com o decorrer do tempo, surgiram dificuldades contratuais, tendo as actividades clínicas regressado ao domínio governamental. Embora alguns problemas possam ser atribuídos a uma mudança do partido no poder, parece ser consensual que o modelo tinha imperfeições (Sturgess *et al* (2007a), p. 33). No Brasil, o Estado da Baia celebrou contratos com empresas privadas para a gestão de 12 novos hospitais públicos, construídos e financiados pelo governo, enquanto na Suécia, o Conselho de Estocolmo (*Stockholm Council*) concessionou a gestão do hospital público St. Goran a uma empresa privada, desde 1999.

2.5. Reflexões finais e conclusão

Em jeito de conclusão, importa salientar alguns aspectos. De acordo com o exposto, o *outsourcing* não consiste numa mera contratação de indivíduos para colmatar lacunas de pessoal, mas sim na transferência de uma actividade ou função, habitualmente realizada internamente, para uma empresa externa, especializada nessa actividade. Há, portanto, uma decisão de não realizar uma determinada actividade. Esta reflexão é importante, porque, em muitas situações, os hospitais adquirem, ao exterior, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica, apenas porque isso lhes é imposto, através, por exemplo, das redes de referenciação hospitalar[36]. Neste caso, não existe uma decisão estratégica de não efectuar internamente uma determinada actividade, pelo que não está em causa uma situação de *outsourcing*. Por outro lado, o conceito de *outsourcing* não deve ser confundido com o conceito de privatização, nem com o conceito de parceria público-privada.

[36] De acordo com a definição no artigo 1º do Decreto-Regulamentar Nº 14/2003, publicado no Diário da República de 30 de Junho, as "redes de referenciação hospitalar" são o "dispositivo que regula as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições hospitalares pertencentes a determinada área, de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e às instituições prestadoras dos cuidados de que eles necessitam. Esta rede visa a complementaridade técnica e a continuidade de cuidados, num contexto de rentabilização da capacidade instalada."

3. Perspectivas teóricas sobre *outsourcing*

3.1. Introdução

"Much has been written recently in the management literature about outsourcing and 'virtual organizations', and in the economics literature about contracting, markets and firms. Yet the two fields of knowledge rarely intersect. Experts who profess to belong to one or other of the disciplines write for their designated audience, using a specialist lexicon that is largely meaningless to the rival group. Indeed, management academics like to make fun of economists for their propensity to theorize excessively. There is an amusing story about an economist who, seeing something working in practice, immediately asked whether it would work in theory."

Domberger (1998), p.12

Neste ponto, são brevemente apresentados os principais modelos teóricos utilizados na investigação do *outsourcing* ou outros cujas implicações podem ser relevantes para as empresas que a ele recorrem. Na sua maioria, os modelos referidos inserem-se nas denominadas "Teorias da Empresa", que procuram responder às seguintes questões: "Porque existem empresas?", "O que influencia a sua dimensão?", "O que determina o âmbito das suas actividades?". É a resposta à terceira pergunta que, neste trabalho, assume especial relevância.

Pinto dos Santos (1999) defende que os gestores, mesmo não tendo consciência disso, "sabem" uma determinada teoria que condiciona a sua posição sobre múltiplas questões. Assim, muitas vezes, os desentendimentos que ocorrem entre os gestores de uma empresa (por exemplo, face ao *outsourcing* de uma área) têm origem nessas diferentes perspectivas. Embora estas Teorias sejam de natureza positiva (descrevem a realidade tal como ela é), como esclarece Pinto dos Santos (1999), acabam por acarretar, necessariamente, implicações normativas (isto é, quanto ao que a realidade deveria ser). Por conseguinte, as questões "o que deve determinar o âmbito da empresa?" e "qual deve ser o âmbito da actividade da empresa?" são também consideradas nesta parte do trabalho.

Tradicionalmente, estes problemas têm sido analisados por Teorias Económicas, em particular pela Teoria dos Custos de Transacção, pela Teoria dos Direitos de Propriedade e pela Teoria da Agência.

Todavia, mais recentemente, as Teorias de Estratégia Empresarial[37] têm-se interessado muito por estes problemas, enfatizando que as decisões relacionadas com o âmbito da actividade da empresa podem envolver sérios riscos. Como explicita Barney (1999):

"Firms that bring the wrong business activities within their boundaries risk losing strategic focus and becoming bloated and bureaucratic. Firms that fail to bring the right business activities within their boundaries risk losing their competitive advantages and becoming 'hollow corporations'."

Entre as várias abordagens existentes para a determinação das fronteiras da empresa, a mais desenvolvida é a Teoria dos Custos de Transacção. Para além de ser muito simples, esta perspectiva tem recebido um significativo apoio empírico[38]. Não surpreende, por isso, que segundo Espino-Rodríguez e Padrón-Robaina (2006), constitua a principal explicação teórica do *outsourcing*, sendo, assim, uma boa escolha para iniciar a apresentação destes modelos.

3.2. Teoria dos Custos de Transacção

"Those too numerous people who believe that transactions between firms are expensive and those within firms are free…"

Stigler (1951), p. 192

3.2.1. Aspectos fundamentais

A abordagem teórica foi desenvolvida sobretudo por Williamson[39], que, em várias obras publicadas a partir dos anos 70 ((1971); (1979); (1991a); (1991b); (1999)) tem vindo a propor a seguinte hipótese básica (Williamson (1991b)):

"*… transactions, which differ in their attributes, are aligned with governance structures, which differ in their costs and competencies, in a discriminating (mainly, transaction-cost-economizing) way.*"

[37] As decisões de "estratégia empresarial" incluem as opções em termos de integração vertical, de diversificação e de dimensão (Grant (2008), p. 19).
[38] Williamson (1999), p. 102, após mencionar vários estudos empíricos, prossegue: *"I have no hesitation, (…) in declaring that transaction cost economics is an empirical success story"*. De igual modo, Barney (1999) afirma: *"To date, the simplest conclusion one can make about transactions cost economic analysis of firm boundaries is that it seems to work."*. Saliente-se, porém, que, recentemente, alguns estudos levantam dúvidas sobre este veredicto tão "triunfalista" e concluem que o apoio empírico a esta teoria é apenas "misto" (Carter e Hodgson (2006); David e Han (2004)).
[39] Neste trabalho, considera-se a versão da Teoria dos Custos de Transacção proposta por Williamson, uma vez que é a versão mais utilizada academicamente (Ghoshal e Moran (1996)).

A exposição das ideias essenciais desta Teoria passa, então, pela consideração dos:

- meios alternativos de organização da actividade económica;
- custos associados a cada um deles;
- atributos das transacções.

Meios alternativos de organização da actividade económica. As ideias embrionárias da Teoria dos Custos de Transacção foram formuladas por Coase (1937), que distinguiu o mercado e a empresa como meios alternativos de coordenação da produção:

"*Outside the firm, price movements direct production, which is co-ordinated through a series of exchange transactions on the market. Within a firm, these market transactions are eliminated and in place of the complicated market structure with exchange transactions is substituted the entrepeneur-co-ordinator, who directs production. It is clear that these are alternative methods of co-ordinating production."*

As transacções[40] efectuadas no mercado ocorrem entre duas entidades autónomas, cuja identidade é irrelevante, e são coordenadas pelos preços, enquanto as transacções na empresa ocorrem entre indivíduos dependentes uns dos outros e são reguladas através da autoridade (a coordenação e a tomada de decisão são da responsabilidade do nível hierárquico superior). Daqui resulta que se utiliza com frequência o termo "hierarquia" como sinónimo de empresa[41].

Geralmente, considera-se (e.g. Cheon *et al* (1995)) que a Teoria dos Custos de Transacção possibilita um excelente enquadramento para a análise da opção de *outsourcing*, uma vez que a escolha essencial é entre a utilização de um prestador de serviços (mecanismo de mercado) ou a realização interna das actividades (mecanismo hierárquico)[42].

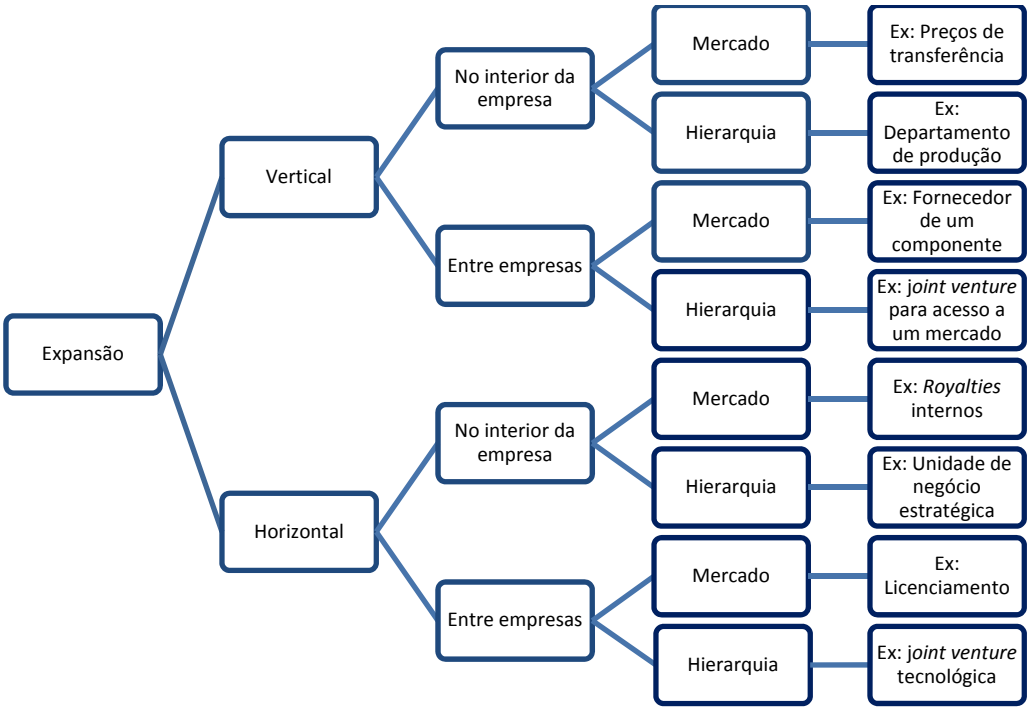
[40] Uma transacção é concebida como a transferência de um bem ou serviço entre duas unidades/estágios separáveis tecnologicamente (Williamson (1999)).

[41] Note-se que a perspectiva da empresa de Coase é diferente da concepção da Teoria Neoclássica (meio de transformação de *inputs* em *outputs*). A empresa, na Teoria Neoclássica, poderia ser apenas um proprietário-gestor. Os economistas neoclássicos precisavam do conceito de "empresa" como "correspondente", do lado da oferta, ao conceito de "consumidor" ou família. Coase (1937), por outro lado, queria explicar a existência das "empresas" do mundo real, como hierarquias (Kay (2004)).

[42] Recentemente, tem vindo a ser reconhecida a existência de formas "híbridas", que se localizam numa posição intermédia entre os mercados e as hierarquias (e.g. Ménard (2004)). Estas situações abrangem vários tipos de contratos complexos a longo prazo (por exemplo, de franquia) e outras formas de alianças estratégicas, incluindo as *joint-ventures* (Williamson (1991b); Barney (1999)). Várias relações de *outsourcing* enquadram-se melhor neste último tipo (McLellan (1993)). As três formas de organização económica mencionadas (mercados, híbridos e hierarquias) distinguem-se pelos mecanismos de coordenação e controlo utilizados e pela capacidade de adaptação a perturbações (Williamson (1991b)).

No entanto, como salienta Kay (2000), esta questão poderá não ser assim tão linear. Quando se analisa o problema das fronteiras da empresa, há que distinguir o modo de *coordenação* dos recursos (se vai ser utilizado um mecanismo hierárquico ou de mercado) do domínio de *controlo* dos mesmos (se a empresa vai internalizar recursos ou obtê-los junto de outras empresas), assim como a *direcção estratégica* da empresa (se se pretende uma expansão horizontal ou vertical).

Esquema 3.1: Modos de coordenação e domínio de controlo dos recursos



Fonte: Kay (2000).

Não existe, assim, uma correspondência unilateral entre domínio e modo: transacções no mercado e hierarquia no interior da empresa. A dicotomia hierarquia/mercado é idealizada: tem sido notória, aliás, a introdução de mecanismos de mercado no interior das empresas (Coase (1937) e (1988)), bem como de mecanismos hierárquicos em relações de mercado (Zenger e Hesterly (1997); Kay (2000)). Por outro lado, a distinção entre autoridade (hierarquia) versus mercado (relações de troca), como mecanismos alternativos de coordenação dos recursos, ignora que, para além dos métodos de coordenação hierárquicos e contratuais, existem mecanismos de coordenação informais. Os indivíduos e grupos não se limitam a instruir, receber instruções ou a concordar com termos de troca. Eles realizam consultas, cooperam, estabelecem relacionamentos,

pedem e dão ajudas e conselhos. Estes mecanismos informais devem ser considerados como complementos e substitutos daqueles (Kay (2000)).

Custos de Produção e Custos de Transacção. Para se avaliar qual a estrutura de governo apropriada para uma determinada situação há que ter em conta quer os custos de produção, quer os de transacção. Estes últimos incluem não só os custos decorrentes da avaliação das ofertas, negociação, elaboração e renegociação dos contratos, mas também os relacionados com a verificação do seu cumprimento[43]. Quando comparado com a realização interna das actividades, o *outsourcing* conduz, regra geral, a menores custos de produção e a maiores custos de transacção. Nas situações em que estes últimos são negligenciáveis, em princípio, o modo mais eficiente de organização será o mercado: melhor possibilidade de exploração de economias de escala e outros benefícios associados à agregação de procuras diferentes por parte do fornecedor (Williamson (1979), p. 245). Porém, quando as transacções apresentam certos atributos, os custos de transacção são tão elevados que eliminam as vantagens, em termos de custos de produção, do recurso ao mercado. A importância que esta Teoria atribui aos custos de transacção é tal que, muitas vezes, são ignoradas as diferenças em termos de custos de produção. Nas palavras de Demsetz (1988), p. 148, esta abordagem assume que "*what one firm can produce, another can produce equally well so the make-or-buy decision is not allowed to turn on differences in production cost*".[44]

[43] Como lembra Demsetz (1988), p. 283, a expressão "custos de transacção" é, com frequência, utilizada indiscriminadamente para se mencionar quer os custos de organização no interior da empresa, quer os custos de organização no mercado. À semelhança de Coase, Demsetz (1988) prefere distinguir as situações recorrendo às expressões "custos de gestão" e "custos de transacção".

[44] A este propósito Williamson (1999), p.1098, refere: "*Another frequent criticism of transaction cost economics (...) is that both production and transaction costs matter. I agree. My paper with Michael Riordan* [Riordan, M. e O. Williamson (1985), "Asset Specificity and Economic Organization", *International Journal of Industrial Organization*, Vol. 3, pp. 30-54] *examines these issues and concludes that most, but not all, of the qualitative predictions that obtain when production costs are held constant survive when production cost differences are introduced.*" Recentemente, as diferenças entre os custos de produção, sobretudo a nível internacional, têm-se tornado muito significativas. Assim, um programador de *software* recebe 60 USD por hora, nos EUA, e apenas 6 USD na Índia. Mesmo incluindo os custos de comunicação e gestão, algumas estimativas apontam para a possibilidade de se conseguir uma redução para metade dos custos totais (McKinsey Global Institute (2003)). Note-se, porém, que, nestes casos, a opção pelo *outsourcing* internacional não é consequência do diferencial de custos de produção: as empresas poderiam beneficiar dele utilizando unidades de produção próprias nos países onde os custos de produção são muito inferiores (Geis (2007)).

Atributos que diferenciam as transacções. Segundo Williamson (1979), p. 246, os principais atributos que diferenciam as transacções são: a incerteza a que estão sujeitas, a frequência da sua realização e o grau de especificidade dos activos envolvidos no fornecimento dos produtos ou serviços em causa[45]. Cada um destes factores influencia o esforço e o custo de estruturação de um acordo entre o prestador e o utilizador do serviço.

Embora os três atributos sejam relevantes, a especificidade dos activos é considerada particularmente crítica (Williamson (1991b)) e com forte impacto potencial na escolha do mecanismo de governação mais adequado. Williamson (1998), p. 36, afirma inclusivamente: "*It's the big locomotive to which transaction cost economics owe much of it predictive content.*" Os activos têm uma especificidade elevada, quando a sua reutilização numa transacção alternativa diminui a sua produtividade ou impõe custos de adaptação[46]. A necessidade de efectuar investimentos que são especificamente destinados à transacção origina uma "transformação fundamental" (Williamson (1985)) na natureza da relação, à medida que esta se desenrola. Mesmo que o nível de concorrência *ex-ante* seja elevado, a partir do momento em que se concretizam os investimentos irreversíveis, há poucos ou apenas um parceiro alternativo. No momento da renegociação do contrato, a concorrência é menor e os termos de troca são determinados pela negociação bilateral entre as partes, podendo verificar-se comportamentos oportunistas. Como explicitam Klein *et al* (1978), os parceiros comerciais podem ameaçar abandonar o acordo, a não ser que uma quota maior (ou a

[45] Williamson (1991a), p.79, sugere que, provavelmente, a estes aspectos se deverá acrescentar a facilidade de medição. Quando a qualidade do *output* é difícil de observar e medir *ex-post*, a utilização de mecanismos de mercado é problemática, porque se torna difícil recompensá-la. As empresas subcontratadas têm incentivos para a reduzir.

[46] A diferença entre o valor do investimento e o seu valor residual (ou valor na melhor utilização alternativa – custo de oportunidade) é designada por "quase-renda" (Klein *et al* (1978)). Williamson (1983), p. 526, identifica 4 tipos de especificidade: localização – comprador e vendedor estão em locais muito próximos, de modo a pouparem custos de armazenamento e de transporte; em activos físicos (ou humanos) – são realizados investimentos em activos físicos (ou em formação e treino), que envolvem características concebidas para responder às necessidades particulares do parceiro comercial; em activos dedicados – são investimentos genéricos realizados pela empresa fornecedora que não seriam concretizados se não existisse a perspectiva de vender uma significativa quantidade do produto à empresa cliente (se o acordo não se materializar ou for abandonado, a empresa fornecedora fica com capacidade em excesso). Em suma, por outras palavras, a especificidade dos activos é a medida em que os activos podem ser reutilizados em actividades ou com utilizadores alternativos.

totalidade) das "quase-rendas" criadas pelo investimento idiossincrático seja transferida para a entidade que realiza a ameaça[47].

A empresa surge, assim, em resposta aos problemas de *hold-up*, dada a natureza especializada dos activos necessários para uma produção eficiente e os incentivos para um comportamento oportunista a que dão origem. Todavia, como a hierarquia acarreta inevitáveis custos burocráticos, o conselho de Williamson (1999) é: "*… try markets, try hybrids (…), and resort to firms when all else fails (comparatively)*". Por isso, em situações de especificidade intermédia dos activos, as formas híbridas podem ser preferíveis (Williamson (1991a))[48].

A segunda dimensão importante das transacções é a incerteza. Na perspectiva da Teoria dos Custos de Transacção de Williamson, este aspecto só é relevante em situações de especificidade dos activos intermédia ou elevada. Quando as transacções não são específicas, o nível de incerteza não é relevante, porque facilmente se podem estabelecer novas relações comerciais se tal se revelar necessário (Williamson (1979), p. 254). Todavia, em situações de alguma especificidade dos activos, o aumento da incerteza exige que os parceiros encontrem mecanismos de "fazer com que as coisas funcionem", porque as situações em que haverá necessidade de efectuar adaptações serão mais frequentes e de maior importância (Williamson (1979), p. 254). Por esta razão, em situações de especificidade intermédia dos activos e elevada incerteza, as formas híbridas devem ser a última escolha, porque, como defende Williamson (1991a), as alterações não se conseguem fazer unilateralmente (como no "mercado"), nem recorrendo à autoridade (como na "hierarquia"). Em situações de elevada especificidade dos activos e muita incerteza, a hierarquia é preferível, uma vez que será impossível redigir um contrato completo que elimine as possibilidades de oportunismo.

[47] Admita-se que o investimento é feito pela empresa fornecedora que não dispõe de outros compradores para o seu produto. A empresa cliente, sabendo que a oferta de produto, por parte do parceiro comercial, exige apenas que o preço cubra os custos operacionais, tem um grande incentivo para renegociar, oportunistamente, um preço mais baixo. Contudo, este problema é simétrico, na medida em que o comprador não consegue, facilmente, optar por fornecedores alternativos, conforme explicam Klein *et al* (1978), p. 308.

[48] Estes conceitos podem ser utilizados para explicar, por exemplo, o facto de, na área dos sistemas de informação, a actividade de desenvolvimento de *software*, que envolve uma maior especificidade dos activos humanos, ser menos externalizada do que as "operações" (Aubert *et al* (1996)). Uma explicação alternativa para este facto poderá residir na maior dificuldade em substituir os recursos, em caso de necessidade (Perspectiva da Teoria Baseada nos Recursos, tal como se explicita no ponto 3.4.4.2).

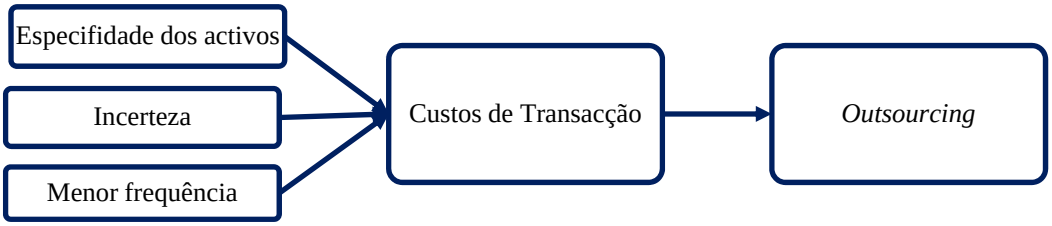
É, porém, importante salientar que a racionalidade para a integração vertical pode ser diferente, consoante a incerteza provém do mercado de factores ou do mercado de produto. Se a incerteza está relacionada com a oferta e com a produção, pode haver uma justificação para a integração vertical. Contudo, face à incerteza do lado da procura, é natural que as empresas procurem alguma flexibilidade organizacional, o que, obviamente, é incompatível com a integração vertical (Luke e Walston (2003))[49].

Existe, ainda, o problema particular da "incerteza tecnológica". Como explicitam Poppo e Zenger (1998), p. 860, este factor pode ser considerado sob duas perspectivas opostas, quanto à sua influência na decisão de efectuar o *outsourcing* de uma determinada área. Por um lado, na perspectiva da "Teoria dos Custos de Transacção", aumenta a necessidade de negociações intermédias e, por conseguinte, os custos de transacção (conduzindo à internalização de actividades). Por outro lado, na perspectiva da "obsolescência tecnológica" e das "inflexibilidades nucleares" (Leonard-Barton (1992))[50], esta incerteza também prejudica o desempenho da empresa, na medida em que, no interior das hierarquias, as tecnologias obsoletas têm maior probabilidade de persistirem, para além da sua vida útil, enquanto as modernas são ignoradas. Deste modo, a maior incerteza tecnológica corresponderia (ou deveria corresponder) maior externalização de actividades[51].

Finalmente, Williamson (1979), pp. 247-254, sugere que a estratégia de recorrer ao mercado é mais eficiente nas transacções ocasionais. Nestes casos, os custos de produção interna são mais elevados, porque a empresa tem de adquirir capital e manter colaboradores com certas competências dos quais só necessita esporadicamente. [52]

[49] A título de exemplo, a fraca integração vertical na construção civil reflecte, em parte, a necessidade de flexibilidade de ajustamento à procura e a diferentes requisitos de cada projecto (Grant (2008)).
[50] Esta questão será desenvolvida no ponto 3.4.3.
[51] Assim, quando é necessário responder rapidamente a oportunidades de desenvolvimento de novos produtos que exigem novas combinações de competências técnicas, a integração vertical pode acarretar desvantagens. Alguns dos novos produtos electrónicos melhor sucedidos dos últimos anos (iPod da Apple e os notebooks da Dell) têm sido produzidos por empresas contratadas, possibilitando um lançamento rápido dos produtos (Grant (2008)). Como se explicitará no ponto 3.4.6 (Perspectiva das Opções Reais), a contratação no mercado facilita a utilização de tecnologias alternativas no futuro.
[52] Curiosamente, Williamson (1998) defende que muitas transacções no mercado da prestação de cuidados de saúde são "intratáveis" (i.e., não existem "boas" soluções e não é fácil escolher a "solução menos má"). Para o autor, as transacções "intratáveis" são aquelas em que: uma das partes dispõe de uma vantagem de informação estratégica significativa, o que acontece por exemplo, na relação médico-doente (Arrow (1963)); são complexas (difíceis de descrever) e há facilidade em recuperar os custos, transferindo-os para outra entidade.

Esquema 3.2: A Teoria dos Custos de Transacção e o *outsourcing*



Fonte: Esquema utilizado por Cheon *et al* (1995).

A importância da ponderação desta teoria, na análise do *outsourcing*, particularmente dos Sistemas de Informação, é demonstrada nos estudos de Lacity e Hirschheim (1993), Aubert *et al* (1996), Aubert *et al* (2004) e Ang e Straub (1998). Mais genericamente, na análise da contratação de serviços no sector da saúde, destacam-se os estudos que se referem em seguida.

3.2.2. Aplicações e estudos empíricos na área da saúde

3.2.2.1. A especificidade dos activos no sector da saúde

Alguns estudos realizados no sector da saúde recorrem a vários conceitos da Teoria dos Custos de Transacção, designadamente ao problema da especificidade dos activos.

De acordo com Robinson (1994), p. 267: "*Specialized physical assets (…) constitute the least important explanation for the observed pattern of vertical integration in hospital care*". Embora seja possível identificar alguns activos físicos específicos no sector da saúde, a característica principal dos equipamentos na prestação de cuidados de saúde é a sua natureza não específica. Ao contrário da Ford que precisava de um *chassis* próprio, os equipamentos para a realização de Tomografias Axiais Computorizadas (TACs), por exemplo, não têm de ser adaptados a um determinado hospital.

De modo semelhante, Goddard e Mannion (1998) defendem que a especificidade dos activos é provavelmente menor no sector da saúde do que noutros sectores. Utilizam a Teoria dos Custos de Transacção para analisar as possíveis implicações associadas ao prolongamento da duração dos contratos celebrados entre as ARS e os hospitais do Reino Unido, de um para três e cinco anos. Realçam que, enquanto uma mina só pode

ser usada para extracção de minerais, um edifício hospitalar pode ser utilizado para prestar cuidados de ambulatório, para realizar cirurgias (gerais ou ortopédicas) ou para internamento de doentes. Quanto aos activos humanos, a sua especificidade originará (ou não) problemas na contratação com as autoridades regionais, consoante o tipo de funcionário e a natureza da sua relação de emprego. Se um hospital contrata um médico muito especializado, na expectativa de prestar um serviço à entidade compradora e o acordo terminar, o hospital pode, pelo menos teoricamente, minimizar os prejuízos, rescindindo, também, o contrato com o médico. Todavia, os clínicos de topo no NHS são funcionários públicos que se tornarão redundantes se não se encontrar uma utilização alternativa. Acresce que, se o hospital realizou investimentos avultados na formação do médico, não terá a possibilidade de os recuperar. Porém, se, no momento da celebração do contrato, o médico já possuía a formação necessária, os prejuízos serão mínimos.

Por outro lado, Milne (1993), p. 304, analisa três serviços hoteleiros hospitalares – limpeza, alimentação e lavandaria e sustenta que existe alguma especificidade de localização, pelo menos relativamente a parte do pessoal: a limpeza é realizada, as refeições são entregues e a roupa é distribuída no interior do hospital. Contudo, o potencial problema da fraca mobilidade do pessoal pode ser, em grande medida, ultrapassado, transferindo o pessoal quando os contratos mudam de empresa, prática habitual no Reino Unido. Existe também alguma especificidade em termos de activos humanos (*know-how*). Por exemplo, os funcionários de limpeza têm de ter consciência dos riscos de disseminação das infecções hospitalares, as empresas de alimentação têm de fornecer refeições apropriadas a cada tipo de doente e as lavandarias têm de tratar roupa infectada e roupa "verde" (utilizada nos blocos operatórios).

Boardman e Hewitt (2004) efectuam um estudo de caso sobre o *outsourcing* das actividades realizadas pelos assistentes operacionais[53], num grande hospital público australiano (cf. 3.2.2.4), e defendem que estes funcionários, embora não sendo qualificados de um ponto de vista técnico ou académico, desempenham várias tarefas que exigem alguma especialização, sobretudo aqueles que trabalham em colaboração

[53] Na sequência da Lei nº12-A/2008, de 27 de Fevereiro, os auxiliares de acção médica passaram a ser designados deste modo.

próxima com os enfermeiros, com quem partilham uma linguagem própria. Mesmo que muitas destas competências não sejam específicas de um hospital, os investimentos no recrutamento e formação destes colaboradores podem ser, em grande parte, irreversíveis, se não existirem outros hospitais na região a recorrer à externalização desta função (cf. nota de rodapé 46 sobre activos dedicados). Alguns investimentos, como os associados ao conhecimento dos vários edifícios e departamentos, são específicos do hospital. Neste caso, eram necessários 6 meses para conhecer a sua geografia. A transferência de pessoal pode permitir a transmissão destas competências específicas e tácitas, mas nem sempre é possível[54].

Em suma, no sector da saúde, é difícil encontrar situações de especificidade simultânea quanto à utilização e quanto ao utilizador.

3.2.2.2. Relevância de variáveis relacionadas com a Teoria dos Custos de Transacção na explicação de decisões de *outsourcing* hospitalar

Coles e Hesterly, em dois artigos publicados em 1998, apresentam as suas conclusões relativamente a um estudo econométrico, realizado nos EUA e envolvendo cerca de 195 hospitais. Num dos estudos, Coles e Hesterly (1998b) avaliam a importância de variáveis da Teoria dos Custos de Transacção, da qualidade e de economias de escala, nas decisões de integração de actividades genéricas e específicas do sector hospitalar[55].

Nos serviços genéricos, verificou-se que a integração vertical está positivamente associada a necessidades de coordenação de recursos humanos, considerada como um indicador da especificidade destes activos[56], e negativamente associada à dimensão do

[54] No caso estudado por estes autores, alguns funcionários não foram considerados aptos por parte da empresa prestadora e outros preferiram manter o estatuto de funcionários públicos, tendo sido transferidos para funções diferentes no hospital.

[55] Das actividades genéricas constam: limpeza, lavandaria, serviços de alimentação, manutenção e *landscaping*. Das específicas fazem parte: terapia respiratória, laboratórios, terapia física, serviços de emergência, serviços de ambulatório, serviços informáticos, serviços de farmácia e radiologia. Os níveis de *outsourcing* destas actividades estão sintetizados nos quadros 6.5 e 6.6 do capítulo 6.

[56] Com efeito, sendo necessária a coordenação entre os indivíduos que realizam uma determinada actividade e os que realizam outras tarefas hospitalares, então as relações existentes entre uns e outros (que facilitam um nível de coordenação elevado) só têm valor no interior de um determinado hospital, indicando, assim, um elevado nível de especificidade dos activos (Coles e Hesterly (1998a), p. 389). A título de exemplo, o pessoal da limpeza interage regularmente mais com indivíduos de outros serviços do que o pessoal dos laboratórios.

hospital (medida através do número de camas), variável considerada como *proxy* das economias de escala ao nível da empresa. Uma possível explicação é que os hospitais pequenos estão localizados em zonas rurais e uma empresa externa não tem possibilidade de beneficiar de economias de escala, na hipótese de prestar aí serviços (não existem economias de escala nesse mercado).

Nos serviços de natureza clínica, os hospitais não são tão sensíveis à especificidade dos activos físicos. Uma explicação potencial equacionada pelos autores é que os hospitais preferem realizar internamente estas actividades para evitar potenciais efeitos negativos (na qualidade), na hipótese de um mau desempenho por parte do prestador. Neste tipo de serviços, há um efeito positivo da dimensão do hospital na decisão de integração, que poderá estar associado à existência de economias de escala ou a maior importância atribuída às questões da qualidade (resultante de maiores investimentos realizados ou de uma concorrência acrescida nos seus mercados).[57]

Num outro estudo, Coles e Hesterly (1998a) concluem que as variáveis da Teoria dos Custos de Transacção se mostraram pouco úteis na explicação das decisões de *make-or-buy* nos hospitais públicos. Admitem a possibilidade de as instituições públicas estarem sujeitas a menores pressões de eficiência do que os hospitais privados, bem como de existirem outras forças, eventualmente políticas[58], com maior importância.

3.2.2.3. Influência dos custos irreversíveis e do investimento em activos específicos à relação na tomada de decisões de *outsourcing*

Roodhooft e Warlop (1999) realizaram uma experiência bastante curiosa para tentar avaliar a influência da especificidade dos activos e dos custos irreversíveis na tomada de decisão por parte dos gestores das organizações de saúde. Para tal, apresentaram um inquérito a 156 gestores hospitalares belgas, tendo dividido os inquiridos em 4 grupos e atribuindo a cada um deles um determinado cenário. Cada um dos inquiridos tinha de optar entre preparar internamente as refeições ou externalizar a tarefa. No primeiro cenário (cenário de controlo), não havia investimentos irreversíveis já realizados, nem

[57] Note-se, assim, que o sinal da influência da variável dimensão nas decisões de integração é diferente nos serviços genéricos e específicos, embora esta variável não seja estatisticamente significativa, quando se consideram globalmente todos os serviços.
[58] Esta questão será explorada no ponto 3.5.

existia necessidade de investir em activos específicos à relação. O custo da preparação interna das refeições era de 75 milhões de francos belgas; a empresa externa fornecia as refeições por um preço de 65 milhões. A qualidade das refeições era a mesma, nas duas alternativas. O aquecimento das refeições implicava um investimento de 9 milhões de francos belgas. Num dos grupos, este investimento não era específico ao relacionamento, já que podia ser utilizado para aquecer refeições preparadas por outra empresa externa. Num outro cenário, este equipamento não teria qualquer utilidade numa situação de eventual mudança de empresa fornecedora. Finalmente, nos restantes dois cenários, era dito aos gestores que já se tinha realizado um investimento totalmente irrecuperável em equipamento de cozinha, no valor de 35 milhões de francos belgas.

Quadro 3.1: Percentagem de participantes que opta pelo *outsourcing*

	Sem investimento irreversível	Com investimento irreversível já realizado
Sem custos de transacção antecipados (sem investimento específico)	59.3%	42.9%
Com custos de transacção antecipados	40.0%	12.0%

Com base nos resultados do quadro anterior, os autores obtiveram apoio para a sua hipótese de que os decisores são muito sensíveis à especificidade dos activos, mas, também, indevidamente sensíveis aos custos irreversíveis já incorridos[59]: "*In practice, outsourcing is not a make-or-buy decision, but involves a switch from internal production to external procurement. (…) If managers are unable to ignore (…) sunk costs, they may engage in outsourcing to a lesser extent than would be normatively appropriate*" (Roodhooft e Warlop (1999), p. 364).

3.2.2.4. Estudo de um caso de *outsourcing* das actividades realizadas por "assistentes operacionais"

Boardman e Hewitt (2004) estudaram o caso de um grande hospital público australiano ("Sir Charles Gairdner Hospital"), que decidiu efectuar o *outsourcing* das actividades prestadas pelo pessoal dos serviços gerais[60], em 1995, opção que abandonou em 1998.

[59] Possíveis razões para este resultado são discutidas no ponto 3.5.4.

[60] Em Portugal, as tarefas de pessoal de serviços gerais (actualmente designados por Assistentes Operacionais, na sequência da Lei nº 12-A/2008, de 27 de Fevereiro) encontravam-se definidas no Decreto-Lei nº 231/92 de 21 de Outubro. Este decreto estabelecia, no artigo 2º, que as carreiras

Até 1995, o hospital recorria a funcionários próprios (*orderlies)* que desempenhavam as seguintes funções: levantavam e posicionavam os doentes, transportavam-nos pelo hospital ("maqueiros") e encarregavam-se do transporte de cadáveres para a casa mortuária. Por outro lado, asseguravam o serviço de "mensageiro" (transportando correspondência, processos clínicos e medicamentos pelo hospital). Em 1995, o hospital solicitou "manifestações de interesse" a empresas fornecedoras, tendo recebido 12 candidaturas de potenciais interessados. Da análise destas 12 "manifestações de interesse", o hospital decidiu convidar 3 empresas a apresentar uma proposta.

Boardman e Hewitt (2004) concluíram que a externalização conduziu a uma deterioração do serviço prestado e a um aumento dos custos. O pessoal clínico passava mais tempo do que o esperado a vigiar os assistentes operacionais e, muitas vezes, acabava por desempenhar tarefas desse grupo profissional. Quando o contrato terminou, a empresa decidiu realizar um novo concurso. Apesar de ter recebido 4 propostas, três foram excluídas, à partida: uma, porque apresentava um preço muito elevado e outras duas, porque não satisfaziam os critérios estabelecidos. Restou apenas a empresa a quem se tinham contratado estes serviços no período de 1995-1998. Decidiu-se, então, abandonar o *outsourcing* desta actividade. Os custos diminuíram e melhorou a qualidade do serviço, assim como a motivação dos trabalhadores.

Os referidos autores analisam este caso à luz da Teoria dos Custos de Transacção, identificando os seguintes problemas:

- O nível de concorrência *ex-ante* era pouco significativo. Apesar de 12 empresas terem manifestado potencial interesse na prestação deste serviço, só 3 foram consideradas qualificadas para o prestar e a seleccionada era a única empresa que possuía experiência na prestação de "serviços gerais". Porém, nenhum dos trabalhadores ou gestores da empresa, com experiência nesta actividade num local geograficamente afastado, foi transferido para o hospital. Assim, a concorrência *ex-ante* era de facto bastante reduzida, não tendo aumentado com o decorrer do tempo (como se concluiu no segundo concurso).

profissionais do pessoal dos serviços gerais se estruturavam de acordo com as seguintes áreas de actuação: acção médica, alimentação, tratamento de roupa e aprovisionamento e vigilância.

- Especificidade dos activos. A empresa prestadora realizou investimentos substanciais em activos humanos que foram irreversíveis (na medida em que não surgiram outros hospitais interessados em proceder à externalização desta função).
- Complexidade/incerteza. Como cerca de três quartos das admissões no hospital eram efectuadas através do serviço de urgência, havia muita incerteza quanto ao número e tipo de doentes a internar, agravada pela ausência de registos históricos.
- Eficácia na gestão contratual. Este hospital, embora tivesse experiência na actividade em questão, claramente não detinha qualquer experiência sobre gestão de contratos, nem tinha facilidade em obter "ajuda" para tal.

Boardman e Hewitt (2004) depreendem que teria sido preferível externalizar apenas as tarefas menos interligadas com os serviços clínicos, o que facilitaria a monitorização e poderia ter aumentado o número de empresas interessadas na prestação destes serviços. Por outro lado, a definição de alguns *inputs*, em vez da definição genérica de *outcomes* e *outputs*, também poderia ter reduzido o nível de incerteza[61].

3.2.2.5. A integração vertical entre organizações prestadoras de cuidados de saúde

A Teoria dos Custos de Transacção é uma das teorias passível de ser utilizada para explicar a integração vertical entre as organizações prestadoras de cuidados de saúde (Luke e Walston (2003)), estratégia que foi privilegiada em finais dos anos 80, e durante os anos 90, nos EUA (Arndt e Bigelow (1992)). Nos anos 90, nos EUA, existia a expectativa de que o mercado de cuidados de saúde seria em breve dominado por sistemas totalmente integrados. Porém, não foi isso que se verificou, sendo importante perceber porquê[62].

[61] Smith (2007) apresenta exemplos de medidas de limpeza que clarificam esta distinção. Medidas relativas aos *inputs* especificam o número de trabalhadores ou o tipo de detergentes a utilizar; medidas relativas aos *outputs* avaliam se as tarefas estabelecidas e calendarizadas foram realizadas. Finalmente, as medidas relativas aos *outcomes* determinam se os níveis de limpeza definidos pelos padrões do sector ou pelos clientes foram alcançados. Nos serviços de alimentação, os *outputs* referem-se ao fornecimento das refeições à temperatura e nas doses apropriadas, enquanto os *outcomes* se referem aos níveis de qualidade definidos pelos clientes.

[62] No ponto 3.6.2.1, este fenómeno é aprofundado e apresentam-se explicações alternativas.

Dada a crescente intensidade e complexidade das relações entre médicos e hospitais e o receio cada vez maior de se perderem profissionais para outras organizações (como, muitas vezes, sucedeu nos referidos anos), os hospitais norte-americanos optaram por adquirir consultórios médicos. Por outro lado, face a uma incerteza cada vez maior e aos riscos de maior comportamento oportunista, também as empresas gestoras e prestadoras de cuidados optaram pela integração vertical, como forma de gerirem mais eficientemente as relações entre si.

Segundo Luke e Walston (2003), uma explicação possível para o fracasso destas opções de integração pode residir numa leitura incorrecta das fontes de incerteza na envolvente. Tal como se explicitou no ponto 3.2.1, a incerteza pode ser proveniente do mercado de factores ou do mercado do produto, com implicações diferentes em termos de integração vertical. Ora, no período em causa, as principais ameaças das empresas prestadoras de cuidados de saúde estavam relacionadas com a "saúde gerida" (cf. ponto 4.6), isto é, com o lado da procura. A penetração crescente dos produtos de saúde gerida aumentou a complexidade das relações e criou instabilidade no fluxo de rendimentos.

3.2.3. Crítica e breve comparação com outras teorias explicativas

De acordo com a Teoria dos Custos de Transacção, o âmbito da empresa (estruturada de um modo hierárquico) será determinado, então, pelo conjunto de actividades em que o custo do recurso ao mercado seja superior ao custo de realização interna: previsivelmente, as transacções onde são elevados os investimentos específicos que lhes estão associados, onde a incerteza é elevada e que não ocorrem de modo esporádico. Apreciando esta questão sob outra perspectiva, esta teoria sugere que a "redução de custos" é o motivo que justifica que uma empresa equacione a hipótese do *outsourcing*. Nas palavras de Williamson (1991b), p. 76: "*Economising is more fundamental than strategising – or, put differently*, economy is the best strategy" (ênfase no original). Apesar da manifesta importância desta Teoria no estudo da opção *make-or-buy*, como se procurará demonstrar, são questionáveis os pressupostos em que a mesma assenta, havendo vantagens em considerar os contributos de outras perspectivas teóricas.

Os pressupostos chave são a racionalidade limitada e o oportunismo. O conceito de racionalidade limitada foi definido por Simon (1957)[63] como um comportamento que, apesar de intencionalmente racional, só em parte o consegue ser. Por isso, em situações de incerteza e/ou complexidade muito elevada, esta limitação impede a consideração de todas as transacções futuras possíveis (Williamson (1975), p. 24), o que conduz a que os contratos sejam incompletos, contendo lacunas, erros e omissões (Williamson (1998), p. 31). Nestas circunstâncias, as promessas que não se apoiam em compromissos credíveis podem não se concretizar, devido à existência de oportunismo (Williamson (1998), p. 31).

Todavia, como referem Kogut e Zander (1996, p. 504)[64], "*self-interested behavior is only one aspect of human motivation. There are emotions, such as those associated with friendship, empathy and loyalty, and abstract values such as notions of good, beauty, and trust*". Se acreditarmos nestes valores (confiança, cooperação, honestidade e reciprocidade), será possível resolver os problemas de *hold up*, utilizando contratos relacionais (ou implícitos), que apenas são válidos em termos privados, e em que as circunstâncias imprevistas são resolvidas através de mecanismos informais (Jensen e Stonecash (2005)). Muitas empresas japonesas estabelecem relações com os seus fornecedores que se apoiam em contratos muito curtos e imprecisos, existindo um compromisso mútuo de resolução de conflitos à medida que eles forem surgindo. Inclusivamente, nem sequer especificam preços. Nas palavras de Holmstrom e Roberts (1998), p. 81, "*the Japanese pattern is directly at odds with transaction cost theory*". A chave para o funcionamento deste sistema é a existência de relações de longo prazo. Uma outra forma utilizada para diminuir o risco de oportunismo é a existência de participações de capital, bem como acordos de partilha dos lucros. Com este propósito, várias empresas farmacêuticas adquirem participações nas empresas de biotecnologia que realizam muitas das suas actividades de Investigação e Desenvolvimento (Grant (2008), p. 357).

[63] Simon, Herbert (1957), *Administrative Behavior*, New York: Macmilllan.
[64] Kogut, B. e Zander, U. (1996), "What Firms Do? Coordination, Identity and Learning", *Organization Science*, 3, pp. 383-397. Referido por Phelan e Lewin (2000), p. 316.

Acresce que as empresas não têm capacidade para manterem de um modo sistemático um comportamento oportunista, como se pode demonstrar recorrendo à Teoria dos Jogos e ao Dilema dos Prisioneiros, jogado infinita ou indefinidamente (Hill (1990)). No longo prazo, a mão invisível do mercado irá "eliminar" os actores com comportamentos oportunistas. Assim, à medida que os mercados se aproximam de um estado de equilíbrio de concorrência, o risco de oportunismo será baixo, mesmo em transacções apoiadas em investimentos idiossincráticos. Como consequência, em muitos contextos, a racionalidade de internalização tem sido sobrestimada[65].

Um dos aspectos a considerar é que os efeitos da integração vertical sobre a eficiência podem estar a ser desvalorizados. Por exemplo, a opção inicial de integração vertical entre a "General Motors" e a "Ford", ao assegurar um mercado aos "fornecedores internos", atenuou os seus incentivos de maximização da eficiência, tendo conduzido, posteriormente, a um recurso mais intenso ao *outsourcing* (Hill (1990)). Williamson (1985) defende que os contratos de mercado dão origem a incentivos poderosos (*high-powered incentives*), enquanto na integração vertical os incentivos ao desempenho são pouco poderosos (*low-powered incentives*). Os problemas de incentivos à maximização da eficiência são analisados pela Teoria da Agência e pela Teoria dos Direitos de Propriedade (consideradas nos pontos 3.3 e 3.7, respectivamente).

Por outro lado, está a ser minimizada a importância do poder e das diferenças de poder, quer nas transacções com o mercado, quer nas intraorganizacionais. Segundo Mick (1990), p. 223: "*for Williamson [1985], power is an ill-defined and amorphous concept with little analytical value*". Não se tem em conta que as opções tomadas em termos de externalização têm implicações no interior da organização, sendo provável que sejam apoiadas ou objecto de oposição interna, consoante os interesses de grupos específicos (Goodstein *et al* (1996), p. 577).

[65] Apesar destes argumentos, Williamson (1999), p.1099, acredita que "*presuming the absence of opportunism is (…) 'utopian fantasies' "*, embora reconheça que não é necessário pressupor que todos os agentes são igualmente oportunistas ou continuamente oportunistas (Williamson (1998)). Note-se que é muito difícil demonstrar a sua existência ou não. Como afirmam Jensen e Stonecash (2005), p. 776 (ênfase no original) "*[hold up] implies intent by one party to extract rent from the other, and* intent *is difficult to verify empirically using the techniques available to economists – all we observe is the* outcome *of the behaviour, not the underlying motivation for the behaviour*."

Uma das maiores críticas à Teoria dos Custos de Transacção é que ignora a influência potencial, numa transacção em particular, da forma de governo actual, bem como do leque de transacções ou dos activos e competências específicos da empresa (Leiblein e Miller (2003), p. 841). Com efeito, embora a maioria da literatura sobre a Teoria dos Custos de Transacção pressuponha que as empresas podem renegociar, sem qualquer esforço, a escolha do modo de governação, é muito provável que existam significativos custos de mudança, se a empresa o pretender alterar (Leiblein e Miller (2003)). Aliás, o próprio Williamson (1998), p. 43, refere que os modos de governação já existentes são "*privileged in relation to rival alternatives that arrive later*". Por exemplo, os custos políticos de encerrar uma pequena fábrica podem eliminar os benefícios de um recurso ao mercado, mesmo que esta opção se revele mais eficiente (Leiblein e Miller (2003), p. 842). Consequentemente, uma empresa que tenha escolhido no passado internalizar uma actividade, talvez devido à necessidade de realizar investimentos específicos à transacção, pode ter maior probabilidade de optar pela manutenção da integração, mesmo que os níveis actuais de incerteza e de especificidade dos activos sugiram que a opção de mercado é atractiva[66].

Ao ignorar as diferenças, em termos históricos e em termos de competências, entre as empresas, uma das implicações daí resultantes é que, em equilíbrio, todas as empresas que considerem os atributos de determinada transacção deveriam tomar a mesma decisão em relação às actividades a externalizar e a manter internamente. Ora, esta posição não é sustentável. Quando se comparam as decisões de integração de empresas com envolventes semelhantes (por exemplo, a "General Motors" e "Chrysler", no sector automóvel, ou a "Compaq" e a "IBM", no sector dos computadores pessoais), conclui-se que as empresas tomam decisões muito distintas em matéria de integração, durante longos períodos de tempo (Leiblein e Miller (2003), p. 841). Por exemplo, enquanto a "IBM" tem optado historicamente pela integração, a "Compaq" tem externalizado muitos processos de montagem de componentes. Assim, o modo de governação óptimo dependerá, quer dos atributos da transacção considerada, quer das prévias forças e fraquezas da empresa em causa. Enquanto nalguns casos, as empresas podem realizar

[66] Como se pode concluir, aliás, na experiência descrita em 3.2.2.3 e que será discutida no ponto 3.5.4. A influência do modo de governação actual nos processos de tomada de decisão pode ser analisada ainda à luz da Teoria Evolucionista (cf. 3.4.5).

certas actividades mais eficientemente do que o mercado, sendo preferível a internalização (Teoria Baseada nos Recursos), noutras situações a não integração poderá ser preferível, mesmo que existam custos de transacção muito elevados (Teoria dos Direitos de Propriedade e Teoria Baseada nos Recursos)[67].

Por fim, a Teoria dos Custos de Transacção tem, também, dificuldade em explicar o aparecimento actual de muitas organizações híbridas caracterizadas por elevados graus de incerteza, frequência nos relacionamentos e especificidade dos activos e em que estas características parecem apoiar, e não entravar, a cooperação contínua entre as empresas (Holmstrom e Roberts (1998)). No entender dos autores, esta situação merece investigação adicional[68].

3.3. Teoria da Agência

"Agency Theory (...) clearly shows that fixed price contracts (...) are inefficient. They do not elicit optimum effort and they expose the client to many risks of opportunism."

(Aubert *et al* (1995), p. 5)

3.3.1. Aspectos Fundamentais

A Teoria da Agência, partilhando com a Teoria dos Custos de Transacção os pressupostos de oportunismo e racionalidade limitada[69], procura encontrar mecanismos (ou incentivos) que permitam o alinhamento de interesses entre o principal e o agente, já

[67] Jacobides e Billinger (2006) alertam que a Teoria dos Custos de Transacção também não permite explicar os motivos que justificam a opção de várias empresas, como, por exemplo, a Nokia, por simultaneamente fazer e comprar. A teoria prevê que, em determinadas situações, seja preferível comprar e, noutras, fazer. Gulati e Puranam (2006) procuram avançar algumas explicações: aumento do poder negocial da empresa junto dos fornecedores externos e do departamento interno; maior facilidade na monitorização e acompanhamento do fornecedor externo e partilha de conhecimentos entre os fornecedores (externo e interno). A Nokia entende que o *outsourcing* lhe permite obter componentes com tecnologia de ponta, mas com riscos envolvidos de as entregas não serem atempadas. Daí que opte pelo *bisourcing* (exemplo apresentado por Du *et al* (2006)).

[68] Estes autores referem ainda (Holmstrom e Roberts (1998), pp.76-77) outras críticas que não são objecto de análise neste trabalho. Por exemplo, para esta teoria, não existem diferenças entre uma situação em que um activo especializado custa 10 milhões de USD e outra em que o mesmo activo custa 100 milhões. Apenas interessam as "quase-rendas" (diferença entre o valor investido e o custo de oportunidade). Por outro lado, os custos da hierarquia, em regra, não estão directamente associados a uma única transacção, mas ao conjunto de transacções realizadas no interior da hierarquia.

[69] Nicolai Foss, em 2007, no *blog* "*Organizations and Markets*", num *post* intitulado "Agency Theory in Management", considera que a Teoria da Agência não assume o pressuposto da racionalidade limitada e que é a assimetria de informação que dificulta a celebração dos contratos perfeitos.

que as suas finalidades são diferentes. As fronteiras da empresa não constituem, assim, o objecto principal da Teoria da Agência, existindo, porém, alguma correspondência entre a hierarquia e os contratos baseados no comportamento, bem como entre os mercados e os contratos baseados nos resultados (Eisenhardt (1989), p. 64).

O *outsourcing* pode ser encarado como uma relação de agência em que a empresa cliente (o principal) delega poder de decisão na empresa prestadora de serviços (o agente) para que esta actue em seu benefício, em troca de uma remuneração[70]. A Teoria da Agência procura resolver dois possíveis problemas nas relações deste tipo (Eisenhardt (1989a), p. 58):

1. problema de agência: o principal pode não ter capacidade para verificar se o agente se comportou de uma forma apropriada[71]. Este problema pode acontecer, porque ambas as partes prosseguem objectivos divergentes e o principal tem dificuldades ou incorre em custos para se certificar da actuação do agente.
2. problema de partilha do risco: o principal e o agente preferem, por vezes, acções distintas, porque têm diferentes atitudes face ao risco[72].

Então, esta teoria estuda as relações em que o principal e o agente têm objectivos distintos e diferentes atitudes perante o risco e tenta determinar se o tipo de contrato que é mais eficiente, para regular a relação entre o principal e o agente, é um contrato baseado no comportamento (por exemplo, remuneração fixa) ou um contrato baseado, pelo menos parcialmente, nos resultados (por exemplo, opções sobre acções).

[70] Esta afirmação decorre da definição de "relação de agência" de Jensen e Meckling (1976), p. 308: "*a contract under which one or more persons (principal(s)) engage another person (the agent) to perform some service on their behalf which involves delegating some decision making authority to the agent.*"

[71] Há vários exemplos de comportamentos subjacentes ao problema de agência, tais como: esforço insuficiente ou fuga às obrigações (*shirking*), remunerações sumptuosas e "entricheiramento" (*entrechment*), isto é, tomada de más decisões na perspectiva do principal, mas que protegem a posição do agente, tornando mais difícil o seu despedimento. Cada um destes problemas de agência pode surgir numa relação de *outsourcing* (Geis (2007), pp. 123-124). O risco mais óbvio é o de fuga às obrigações. Mas a empresa vendedora pode também encontrar formas de aumentar as suas compensações, comprando equipamentos "elegantes" (*fancy*) ou contratando trabalhadores não qualificados. Por outro lado, pode documentar de modo confuso os processos de negócio, de modo a dificultar uma concorrência expressiva no momento da renovação do contrato. Finalmente, na execução do projecto, pode incorrer em riscos que, na perspectiva do principal, são intoleráveis (um exemplo é apresentado em 3.3.2).

[72] A lógica subjacente ao pressuposto geralmente assumido de que os agentes têm maior aversão ao risco do que os principais é que os primeiros não podem diversificar o seu emprego, enquanto os principais têm a possibilidade de diversificar o seu investimento, pelo que são neutros quanto ao risco (Eisenhardt (1989), p. 61).

No caso mais simples considerado pela Teoria da Agência, há informação completa, isto é, o principal conhece a actuação do agente. Nesta situação, o contrato mais eficiente é um contrato baseado no comportamento. A opção por um contrato que tivesse em conta os resultados iria transferir, desnecessariamente, riscos para o agente (tal como explicita Eisenhardt (1989), p. 61).

Porém, um pressuposto importante, subjacente à maioria dos modelos de agência, é a assimetria de informação que poderá existir, quer em relação às características do agente (problema designado por selecção adversa), quer quanto ao comportamento do agente (problema designado por risco moral)[73]. Se o principal não tem conhecimento exacto da actuação do agente, este pode comportar-se de um modo diferente do acordado, já que, por pressuposto, há divergência de interesses. A título de exemplo, uma empresa ao especificar que certa actividade tem de ser efectuada com determinada periodicidade, corre o risco de isso não acontecer, porque não observa a actuação da empresa prestadora de serviços[74]. O principal dispõe de duas opções:

1. descobrir o comportamento do agente investindo em sistemas de informação, realizando auditorias e estabelecendo mecanismos formais de controlo. A partir do momento em que o comportamento do agente é conhecido, deve optar, como já se referiu, por um contrato baseado no comportamento;
2. efectuar um contrato que se baseie, pelo menos em parte, nos resultados da actuação do agente[75]. Esta opção apresenta a desvantagem de transferir risco para o agente, dado que os resultados não derivam apenas do comportamento do agente, mas também de uma série de outros factores.

[73] O risco moral advém de ser impossível para o principal observar o comportamento do agente, nomeadamente o seu nível de esforço. Assim, quando se verificam situações indesejadas, o agente poderá alegar que surgiram circunstâncias que não estavam sob o seu controlo, pelo que o principal não consegue retirar conclusões, quanto a eventual negligência, por parte do agente. A selecção adversa pode suceder quando o principal não conhece as características do agente. Nalguns casos, o agente procurará, deliberadamente, tirar partido da situação. Noutros, o agente pensará, indevidamente, que possui as características necessárias para realização adequada da actividade, que o leva a celebrar um contrato de execução impossível.

[74] Neste caso, há uma situação de risco moral com acções escondidas. Pode existir uma situação de risco moral com conhecimento (ou informação escondida) quando, após a celebração do contrato, o agente observa algum acontecimento externo (por exemplo, uma mudança na tecnologia) que é relevante para os interesses do principal e que não é observado (ou totalmente compreendido) por este.

[75] A tendência actual para o *co-sourcing* (em que os *outsourcers* não são remunerados com um montante fixo, mas tendo em conta o grau em que o cliente alcança determinados objectivos de negócio, assumindo parte do risco de negócio do cliente) traduz preferência por contratos que têm por base os resultados em detrimento de contratos com base no comportamento (remuneração fixa).

A escolha entre um contrato baseado no comportamento e um contrato baseado nos resultados dependerá dos custos de agência[76], os quais, por sua vez, são influenciados por (Eisenhardt (1989), pp. 61-63):

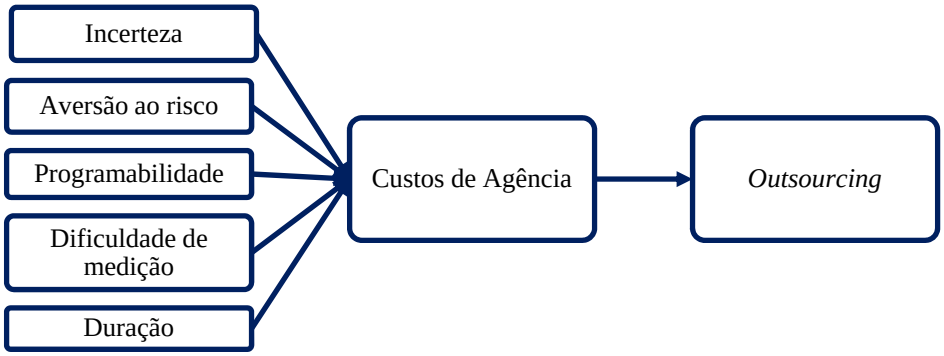
- incerteza dos resultados devido a políticas governamentais, clima económico, progresso tecnológico, acções dos concorrentes, etc. Quanto maior esta incerteza, maior o risco que é assumido pelo agente ao aceitar um contrato que tem por base os resultados, pois que, num contexto deste tipo, a influência do seu comportamento sobre os resultados diminuirá;
- aversão ao risco do prestador de serviços (e do cliente). Quanto maior a aversão ao risco do primeiro, maiores os custos em que se incorre para lhe transferir risco. Em contraposição, quanto maior a aversão ao risco do segundo, maior a atractividade da transferência de risco para a empresa prestadora de serviços;
- possibilidade de programação ou grau em que pode ser especificado, à partida, um comportamento apropriado para o prestador de serviços. Quanto maior for esta programabilidade, mais atractivos se tornam os contratos com base no comportamento, porque é mais fácil avaliar o comportamento do agente;
- facilidade de medição dos resultados. Quanto maior for, maior a atractividade dos contratos baseados nos resultados;
- duração da relação de agência. Quanto mais prolongada for a relação, maior a facilidade com que o principal obtém informação acerca do agente, tendo, portanto, capacidade para avaliar melhor o seu comportamento pelo que se tornam preferíveis contratos que têm por base o comportamento.

Verifica-se, pois, que é de esperar uma relação negativa entre os contratos baseados nos resultados e situações de elevada incerteza, elevada aversão ao risco do prestador de

[76] Os custos de agência englobam (Jensen e Meckling (1976)): (a) os custos de monitorização incorridos pelo principal (na observação, medição e controlo do comportamento do agente), (b) os custos de compromisso (*bonding costs*) suportados pelo agente com o objectivo de assegurar ao principal que não irá tomar atitudes (oportunistas) que o prejudiquem, ou que o compensará no caso de isso suceder e (c) a perda residual associada à divergência que existirá sempre entre as decisões tomadas pelo agente e as que maximizam o bem estar do principal, mesmo quando são óptimos os níveis referidos em (a) e em (b).

serviço, elevada possibilidade de programação, dificuldade de medição dos resultados e maior duração da relação.

Esquema 3.3: A Teoria da Agência e o *outsourcing*



Fonte: Esquema utilizado por Cheon *et al* (1995), p. 215.

Como conclui Eisenhardt (1989), p.64, embora as variáveis dependentes da "Teoria da Agência" sejam comuns às da "Teoria dos Custos de Transacção", as variáveis independentes propostas são muito diferentes:

"… hierarchies roughly correspond to behavior-based contracts, and markets correspond to outcome-based contracts. However, (…) in transaction cost theorizing we are concerned with organizational boundaries, whereas in agency theorizing the contract between cooperating parties, regardless of boundary is highlighted. However, the most important difference is that each theory includes unique independent variables. In transaction cost theory these are asset specificity and small numbers bargaining. In agency theory there are the risk attitudes of the principal and agent, outcome uncertainty, and information systems."

Há vários contributos relevantes desta Teoria para o estudo das relações de *outsourcing*. Para além de ajudar a optar entre comprar ou fazer, auxilia na selecção do tipo de contrato a celebrar com as empresas prestadoras de serviços. Tornando-se impossível para as empresas que recorrem ao *outsourcing* avaliar, completamente, a qualidade dos seus fornecedores potenciais, bem como as suas verdadeiras intenções, é determinante obter o máximo de informação possível sobre elas, antes da celebração do contrato. Por outro lado, demonstra-se que, se os esforços não são observados, têm de ser induzidos através de incentivos económicos. Para esse efeito, a remuneração do agente tem de aumentar em consonância com o grau em que o principal consegue atingir os seus objectivos. Porém, como as estruturas de incentivos económicas destroem a segurança

do agente, a sua remuneração esperada, quando os seus comportamentos não são observados, tem de ser mais elevada. Por seu turno, esta situação poderá conduzir a que os principais prefiram não induzir esforços, estando dispostos a aceitar alguma "preguiça" (*slacking*) (Mahoney (2005), p. 201). Uma possível explicação para o aumento significativo do recurso ao *outsourcing* poderá residir no facto de, graças ao desenvolvimento tecnológico actual, se ter tornado mais fácil para as empresas monitorizarem os comportamentos do agente, mesmo quando este não trabalha na organização, diminuindo os custos de agência (Geis (2007)). Esta teoria realça ainda a importância de explicitar direitos de controlo e monitorização, bem como direitos de saída por justa causa (*for clause*) e por conveniência (*for convenience*), de modo a mitigar os custos de agência (Geis (2007)).

3.3.2. Evidência empírica

Geis (2007), pp. 124-125, descreve uma situação onde se tornam evidentes alguns dos problemas de agência. O Centro Médico da "University of California San Francisco" (UCSF) efectuou o *outsourcing* da transcrição de registos médicos a uma empresa americana. Mas, no final de 2003, um empregado da universidade recebeu um *e-mail* de uma mulher paquistanesa que exigia a sua intervenção junto de alguém que identificava, sob pena de publicar na internet os registos clínicos de vários doentes. Como "prova", enviava, em anexo, os registos de dois doentes. Após alguma investigação, concluiu-se que a empresa contratada tinha subcontratado o serviço a outra empresa americana que, por sua vez, o tinha subcontratado ao indivíduo que estava em dívida para com a mulher paquistanesa. Neste exemplo, as empresas fornecedoras americanas "fugiram às suas obrigações", subcontratando a transcrição dos registos. Negligenciaram o processo de escolha do subcontratado, bem como a vigilância devida do trabalho a executar e incorreram em riscos que o principal não estava na disposição de assumir, como a partilha de informação médica sensível com entidades estrangeiras.

3.4. Teoria Baseada nos Recursos

Uma das maiores críticas à Teoria dos Custos de Transacção é que as diferenças entre as empresas, em termos de capacidades e competências, são praticamente ignoradas. Como refere Barney (1999), "*When I explain transactions cost economics to practicing managers and help them implement it, they often ask: 'What role do firm capabilities play in this approach to firm boundaries?' To their great surprise, the answer to this question is: 'Very little'.*" Este facto é surpreendente se considerarmos a convicção generalizada de que as empresas internalizam actividades para alavancarem as suas competências únicas. Aliás, basta comparar as decisões de integração de empresas com envolventes muito semelhantes para se concluir que há diferenças muito significativas entre elas (Leiblein e Miller (2003); Ghoshal e Moran (1996)).

Embora as ideias embrionárias da Teoria Baseada nos Recursos (*Resource-Based view of the firm*) tenham surgido no final da década de 50 (Penrose (1959)), só em meados dos anos 80 se começou a enfatizar a importância dos recursos das empresas[77] e, como defende Wernerfelt (1995), apenas em 1990, quando Prahalad e Hamel recorreram ao conceito de "competências nucleares", os gestores das empresas tomaram consciência desta nova perspectiva[78]. Wernerfelt (1995) realça, ainda, que um dos aspectos importantes desta teoria é o pressuposto de que os recursos são alavancados através da diversificação e não através da venda ou aluguer. Afirma também que, com o decorrer do tempo, houve a preocupação de compreender melhor determinados recursos específicos (tais como o conhecimento), assim como de avaliar em que medida certos recursos poderiam vir a ser prejudiciais à empresa.

A apresentação desta Teoria será, então, estruturada do seguinte modo: primeiro, expõem-se as ideias teóricas essenciais na sua versão original; depois, na perspectiva de Hamel e Prahalad; posteriormente, são descritos alguns dos desenvolvimentos mais recentes; por fim, efectua-se uma comparação com outras perspectivas teóricas.

[77] Os recursos são, nesta perspectiva, todos os factores de produção controlados de um modo estável, mesmo que as empresas não possuam sobre eles quaisquer direitos de propriedade (Espino-Rodríguez e Padrón-Robaina (2006)).

[78] Como refere Langlois (1998), "*Discovery is a matter not of saying something for the first time but of saying it at the right time, that is, of offering a new idea precisely when the relevant intellectual community is prepared, for whatever reasons, to accept it*" (p. 183).

3.4.1. Do conceito de recursos ao conceito de competências nucleares

As ideias embrionárias desta Teoria são devidas a Penrose (1959) e a Richardson (1972). Como esclarecem Araújo *et al* (2003), uma das contribuições importantes de Penrose (1959) foi a ideia de que os recursos são capazes de fornecer uma série de serviços produtivos, serviços esses que são heterogéneos, o que torna as empresas únicas. Como esses recursos – incluindo os recursos de gestão – são indivisíveis, provavelmente, haverá capacidade em excesso nalguns deles. Para tirar partido dessa situação, a empresa pode expandir ou diversificar a sua actividade em áreas onde esses recursos venham a revelar-se úteis[79] e, com isso, adquirirá outras competências complementares, que irão criar mais capacidades em excesso, permitindo a prestação de novos serviços. Os referidos autores estabelecem ainda uma correspondência entre os conceitos de recursos e serviços produtivos de Penrose (1959) e os conceitos de capacidades e actividades de Richardson (1972), que afirma (p. 888)[80]:

"*It is convenient to think of industry as carrying out an indefinitely large number of activities, activities related to the discovery and estimation of future wants, to research, development, and design, to the execution and co-ordination of processes of physical transformation, the marketing of goods, and so on. And we have to recognize that these activities have to be carried out by organisations with appropriate capabilities, or in other words, with appropriate knowledge, experience and skills*."

[79] Deste modo, é de esperar que as empresas não recorram à integração vertical em áreas que exijam competências organizacionais e sistemas de gestão muito diferentes dos existentes. A título de exemplo, os maiores retalhistas do mundo, como a Wal-Mart e o Carrefour, não produzem bens, porque as actividades de produção e de distribuição exigem capacidades organizacionais muito distintas, bem como diferentes sistemas de planeamento estratégico, de gestão de recursos humanos e de gestão de topo (Grant (2008)).

[80] Saliente-se que, como explica Kay (2000), os conceitos de "especialização" e de "uso" têm significados bastante distintos nas visões da empresa de Williamson e de Penrose. Quando Penrose mencionava as "utilizações especializadas dos recursos", estava a considerar o tipo e variedade de "coisas" que um recurso poderia fazer (aquilo a que Richardson (1972) chamava "actividades"). Quando Williamson se referia às "utilizações especializadas" dos activos, estava a referir-se às aplicações finais, na forma de produtos ou serviços. Kay (2000), p. 188, apresenta o seguinte exemplo: admita-se um *designer* gráfico que trabalha muito bem com um programa informático de desenho. Possui um conjunto altamente especializado de competências no sentido de Penrose/Richardson. Todavia, este desenhador pode criar brochuras, publicidade, mapas e *cartoons*. Tem propostas de emprego de empresas publicitárias e de editores. Se se considerarem as várias actividades que pode realizar, bem como os potenciais empregadores, a especificidade deste activo é baixa. Tem, pois, "utilizações especializadas" numa perspectiva Baseada nos Recursos, mas não numa perspectiva de Custos de Transacção. Esta distinção será importante para o que se explicita no ponto 3.4.4.2.

Assim, as indústrias desempenham número muito elevado de actividades que são levadas a cabo pelas organizações que possuem as *capacidades* adequadas, isto é, o conhecimento, a experiência e as aptidões apropriadas. Algumas actividades são "similares", ou seja, exigem capacidades semelhantes (Richardson (1972), p. 888). Outras são "complementares", isto é, representam diferentes fases sequenciais do processo de produção, pelo que têm de ser coordenadas, quer quantitativa, quer qualitativamente. Para Richardson (1972), as organizações especializam-se em actividades similares (nas quais as suas capacidades oferecem algum tipo de vantagem comparativa) e recorrem à cooperação com outras organizações para obter a realização de actividades muito complementares (*closely complementary*)[81], mas dissimilares. Nestas situações, a coordenação não pode ser confiada ao interior das empresas, porque as actividades não são semelhantes[82], mas também não deve ser confiada às forças de mercado, porque é necessário conjugar os planos individuais das empresas, quer em termos qualitativos, quer quantitativos (p. 892). A coordenação é conseguida através da cooperação, ou usando a terminologia de Williamson (1991b), através de algum tipo de acordo híbrido.

Em meados dos anos 80, com os trabalhos de Wernerfelt (1984) e Barney (1986), e posteriormente, de Barney (1991) e Conner (1991), é reforçada a importância dos recursos das empresas para a obtenção de vantagens competitivas sustentadas[83]. Na perspectiva da Teoria Baseada nos Recursos, as competências desempenham papel central e a empresa é vista como criadora de algo positivo, existindo justificação válida para a internalização de actividades, mesmo na ausência de considerações oportunistas (Conner (1991)). Como explicitam Collis e Montgomery (1995):

[81] O autor distingue actividades complementares (como acontece, por exemplo, nas actividades de construção de casas e de tijolos) que podem ser confiadas ao mercado, de actividades muito complementares (por exemplo, travões ou *tabliers* de carros de determinada marca).

[82] Consequentemente, de acordo com o princípio da especialização, devem ser realizadas por outras organizações (Foss e Loasby (1998), p.3), já que podem exigir capacidades apoiadas em tipos de conhecimento muito distintos, podendo tornar-se muito difícil a sua integração bem sucedida numa organização formal (Loasby (1998b), p. 156). Além disso, prossegue Loasby, a integração vertical pode acarretar ineficiências inaceitáveis e protecção ilusória, porque não se pode controlar aquilo que não se compreende.

[83] Diz-se que uma empresa tem uma vantagem competitiva quando está a adoptar uma estratégia criadora de valor que não está a ser simultaneamente implementada nem por rivais actuais, nem por rivais potenciais. Essa vantagem diz-se "sustentada" quando as empresas rivais não têm capacidade para duplicar os benefícios dessa estratégia (Barney (1991)). Saliente-se que esta perspectiva contraria a visão neoclássica, apoiada por Porter, de que a vantagem competitiva das empresas dependia, sobretudo, do seu posicionamento nos mercados de produto final.

"The RBV [Resource-Based View] sees companies as very different collections of physical and intangible assets and capabilities. No two companies are alike because no two companies have had the same set of experiences, acquired the same assets and skills, or built the same organizational cultures. These assets and capabilities determine how efficiently and effectively a company performs its functional activities. Following this logic, a company will be positioned to succeed if it has the best and most appropriate stocks of resources for its business and strategy."

Estando as empresas, por pressuposto, dotadas de capacidades e de recursos diferentes ("heterogeneidade" dos recursos), é a "mobilidade imperfeita" dos recursos entre as empresas que permitirá a manutenção dessas diferenças (Barney (1991)). São estas, aliás, as únicas condições que permitem obter uma vantagem competitiva sustentada. De facto, se não existissem assimetrias, em termos de recursos e capacidades das empresas[84], qualquer estratégia que possibilitasse uma vantagem estaria também ao alcance de todas as outras empresas no mercado. A heterogeneidade é, assim, uma condição necessária para uma vantagem sustentada, embora não seja suficiente (Peteraf (1993), p. 185). Os recursos só podem constituir fonte de vantagem competitiva sustentada se não forem perfeitamente móveis, ou seja, se as empresas que os não possuem, concluírem que os custos do seu desenvolvimento, aquisição e utilização são mais elevados do que aqueles em que incorrem as empresas que já os têm[85]. Dito de outro modo, para além das empresas serem diferentes umas das outras, é necessário que essas diferenças persistam no tempo.

[84] Grant (2008), p. 135, apresenta o seguinte exemplo para distinguir os recursos das capacidades: Um neurocirurgião só é útil e só conseguirá realizar certas tarefas se actuar em conjunto com outros recursos (anestesistas, enfermeiros, equipamento de imagiologia, etc.). Uma competência organizacional é a capacidade para organizar recursos de modo a conseguir atingir um resultado final. Existem também hierarquias de capacidades (p. 137). A capacidade de um hospital para tratar doenças cardíacas depende da integração de capacidades relacionadas com o diagnóstico, medicina física, cirurgia cardiovascular, assim como de capacidades relacionadas com várias funções administrativas e de suporte.

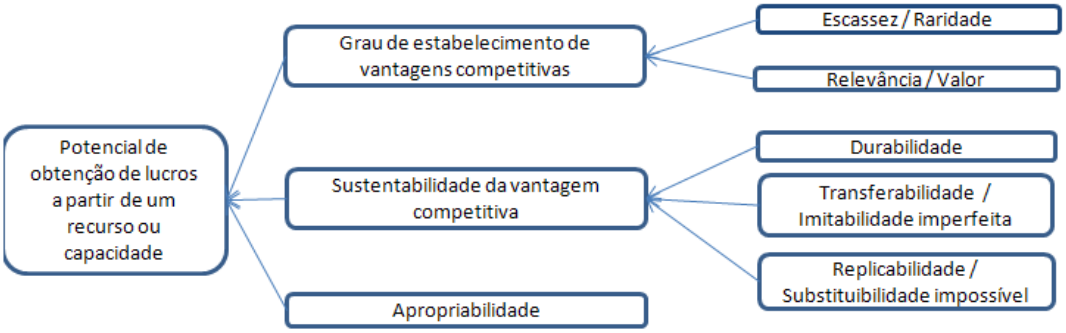
[85] Barney (1986) salientou que o desempenho das empresas depende não apenas dos retornos das suas estratégias, mas também dos custos da sua implementação. Por exemplo, se uma determinada localização permitisse obter retornos superiores, então a concorrência entre as empresas pela sua obtenção acabaria por eliminar tais benefícios. Uma localização melhor só pode estar na origem de retornos supranormais, no caso de uma empresa ter beneficiado ou da sorte de a ter adquirido, ou da posse de informação superior, ou mesmo de ambas, antes de se verificar a concorrência, ou seja, antes de se determinar o seu verdadeiro valor.

Barney (1991) identifica, então, quatro atributos dos recursos (explicitados no quadro seguinte) que servem como indicadores da sua heterogeneidade e imobilidade e, consequentemente, da sua utilidade para a criação de vantagens competitivas sustentadas.

Quadro 3.2: Atributos dos recursos

Atributo	Quando os recursos...
Valor	… permitem conceber ou adoptar estratégias que aumentam a eficácia e a eficiência.
Raridade	… são detidos por reduzido número de concorrentes actuais e potenciais.
Imitabilidade imperfeita	… não podem ser obtidos pelas empresas que não os possuem.[86]
Substituibilidade impossível	… não podem ser substituídos por recursos alternativos que permitam implementar as mesmas estratégias.

Esquema 3.4: Importância estratégica dos recursos e capacidades



Fonte: Grant (2008), p. 139 (adaptado).

[86] Peteraf (1993) dá o exemplo de um cientista brilhante, vencedor de um prémio Nobel, que constitui um recurso único, mas, se não estiver ligado à empresa por laços específicos, a sua perfeita mobilidade torna-o fonte improvável de vantagem competitiva sustentada. Barney (1991; 1999) enuncia quatro razões conducentes a que os recursos da empresa sejam imperfeitamente imitáveis:

(a) Condições históricas únicas. A capacidade de uma empresa desenvolver ou adquirir os recursos ou capacidades a baixo custo dependerá de "estar no local certo à hora certa". Anos mais tarde ou sob diferentes circunstâncias, a recriação de certas oportunidades é impossível.

(b) Complexidade social. A título de exemplo, a cultura da empresa, a sua reputação ou credibilidade são recursos que apresentam uma natureza socialmente complexa.

(c) Causalidade ambígua. Muitas vezes é ambígua a relação de causalidade entre os recursos de uma empresa e a sua vantagem competitiva sustentada. Como não se conhecem as causas das diferenças de eficiência observadas entre as empresas, não se sabe o que imitar.

(d) Dependência da trajectória (*path dependence*). Por vezes, para ser criada determinada capacidade ou recurso, a empresa tem de atravessar um processo de aprendizagem longo e difícil que não pode ser abreviado (Collis e Montgomery (1995)). Por exemplo, os produtores dos EUA procuraram imitar as relações próximas de cooperação existentes entre as empresas japonesas e os seus fornecedores. Contudo, obtiveram fracos resultados, porque algumas dessas relações já existiam há mais de 500 anos, sendo difíceis de recriar (Barney (1999)).

Quando se analisa a raridade dos recursos e a sua importância para a criação de vantagens competitivas, são necessárias algumas precauções (Kay (2000)):

1. Algo pode ser único, mas não se basear em componentes únicos.
2. O facto de alguma coisa ser única não é garantia de sucesso.

Na verdade, um número de telefone é único e não é possuído por mais ninguém no mundo, mas é composto por algarismos idênticos aos usados nos sistemas de telecomunicações globais. De igual modo, o regulamento dos parques universitários é único, mas é criado com as mesmas letras do alfabeto que uma obra-prima literária. Isto significa que tentativas de reter o que é distintivo da empresa não podem ignorar o modo como os activos e recursos são combinados. Se as vantagens competitivas estiverem nas combinações ou conjuntos de actividades e não nas actividades individuais, o *outsourcing* das actividades percebidas como não críticas poderá prejudicar as vantagens competitivas das empresas (Kay (2000)). De modo semelhante, Grant (2008), p. 349, realça que, quando as competências se apoiam em capacidades de actividades adjacentes, a integração vertical pode ajudar ao desenvolvimento das competências distintivas. Assim, o sucesso da IBM nos computadores *mainframe* está muito associado à sua liderança tecnológica nos semicondutores e no *software*.

As ideias essenciais desta teoria, todavia, só se difundiram pelo meio empresarial, como já se referiu, após a publicação na *Harvard Business Review* do célebre artigo de Prahalad e Hamel (1990)[87], sugerindo que as empresas se concentrassem nas suas competências nucleares. Os autores afirmam que estas constituem as "raízes" da competitividade (1990, p. 82) e apresentam três testes que ajudam a identificá-las (Hamel e Prahalad (1994))[88]:

- valor percebido pelo cliente – as competências nucleares são aquelas que contribuem significativamente para os benefícios percebidos pelos clientes do produto final;

[87] E também do famoso livro da mesma autoria: "Competing for the Future" (1994).

[88] Um conceito semelhante é utilizado por Langlois e Robertson (1995) quando se reportam às "capacidades nucleares" ("*capabilities in the intrinsic core*"), que definem como aquelas que não podem ser imitadas ou transaccionadas e que se combinam permitindo obter resultados únicos mais valiosos do que aqueles que se conseguiriam alcançar se os elementos actuassem isoladamente. Distinguem-se das "capacidades acessórias", que são comuns a várias empresas, facilmente transferíveis e imitáveis.

- diferenciação face aos concorrentes – nenhuma capacidade que está dispersa por um mercado deve ser considerada como nuclear, a não ser que o nível de competência da empresa seja bastante superior ao dos concorrentes;
- extensibilidade – determinada competência não é nuclear do ponto de vista da empresa, se não há nenhuma forma de imaginar uma matriz de novos produtos e serviços a partir dela.

Um aspecto relevante desta análise é a importância atribuída ao investimento no desenvolvimento e construção das competências nucleares. Este processo pode ser muito demorado e as empresas que não o efectuarem encontrarão dificuldades em entrar em novos mercados. Nas palavras dos autores: "*When it comes to core competencies, it is difficult to get off the train, walk to the next station, and then reboard.*" (1990, p. 85).

Por outro lado, se as empresas não compreenderem que a base da concorrência no seu mercado é a das competências nucleares, surpreender-se-ão com o aparecimento de novos concorrentes que desenvolveram as suas competências noutros mercados de produto final (1994, pp. 244-245). Para estes autores, o determinante principal das competências não é a dimensão dos recursos base, mas sim a capacidade que a empresa tem de os alavancar. É possível encontrar vários exemplos em que não são as empresas com maiores dotações de recursos aquelas que possuem as competências mais valiosas (Grant (2008), p. 149).

Deste modo, num contexto em que, como acentuam Hamel e Prahalad (1994), "*there is a trend in many industries away from vertical integration toward virtual integration"* é fundamental perceber quais são as competências nucleares, de modo a mantê-las internamente. Nas palavras dos autores, é necessário impedir situações em que, ao desagregar a empresa em unidades de negócio autónomas, se deixa ir o "bebé junto com a água do banho" (Prahalad e Hamel (1990)). Porém, salientam (1994): "*in no case should the idea of core competence provide a license for vertical integration into noncore activities."*[89]

[89] Como as competências nucleares e as actividades residem em níveis diferentes de análise, e as empresas externalizam actividades, não é claro que a definição de competências nucleares, por parte de uma empresa, tenha implicações directas na decisão de efectuar o *outsourcing* de determinada actividade (Mol (2007), p. 145).

3.4.2. Visão Baseada no Conhecimento e Perspectiva das Competências

Um dos desenvolvimentos da "Teoria Baseada nos Recursos" é a chamada "Visão Baseada no Conhecimento" (*Knowledge-Based View*), que se concentra no conhecimento como o recurso mais importante da empresa, de um ponto de vista estratégico: muitos tipos de conhecimento são escassos, a maior parte é difícil de transferir e formas mais complexas de conhecimento podem ser difíceis de replicar (Grant (2008), p. 159). Para esta perspectiva[90], a vantagem principal das empresas não é a de evitarem os custos de transacção, mas sim a sua capacidade única (face ao mercado) de integrarem eficientemente os conhecimentos específicos de muitos indivíduos diferentes (Grant (1996), p. 113). Deste modo, a linguagem e as rotinas particulares das organizações permitem realizar determinadas actividades no seu interior com eficiência superior à que seria conseguida, se elas fossem executadas no exterior. Alguns autores chegam mesmo a afirmar que é a linguagem própria dos seus membros que distingue as organizações e defendem que (Monteverde (1995), p. 1629):

"When communication is imperative, it will be most efficient for all engineers involved in a product or process development to communicate in one single, organization-specific dialect. (…). Where unstructured technical dialog is necessarily high, communication in firm-specific dialect should be particularly efficient. Roughly speaking (…), firm boundaries, therefore, should congeal around transactions rich in such technically necessary, unstructured dialog."

Em suma, quanto mais específica da empresa é uma determinada actividade, maior a utilização das rotinas e da linguagem da organização e, consequentemente, maior a eficiência associada à sua realização interna[91].

Foss e Klein (2008) englobam na Visão Baseada no Conhecimento, a Perspectiva das "Competências" e das "Competências Dinâmicas" de Langlois (1992), Langlois e

[90] Grant (1996) é de opinião que os desenvolvimentos são insuficientes para que seja considerada uma nova Teoria da Empresa. Aliás, mesmo relativamente à Teoria Baseada nos Recursos, há quem defenda que não se trata de uma Teoria da Empresa (Kraaijenbrink *et al* (2010)), embora seja crescente a utilização do termo "Teoria" em vez de "Visão" (Barney *et al* (2011)).

[91] Note-se, aqui, a importância das ideias embrionárias de Penrose (1959): "*When men have become used to working in a particular firm or with a particular group of other men in a firm, they become individually and as a group more valuable to the firm because the range of services they can render is enhanced by their knowledge of their fellow workers, of the methods of the firm, of the best way of doing things in the particular set of circumstances in which they are working.*"

Robertson (1995), Teece *et al* (1997) e Loasby (1998a; 1998b). Na verdade, as capacidades ou competências podem ser analisadas na Perspectiva do Conhecimento, já que, como defende (Loasby (1998a), p. 165): "*capabitilies are know-how, both direct and indirect*"[92]. Para se compreender melhor esta perspectiva, é fundamental reconhecer a existência de quatro tipos de conhecimento. Segundo Loasby (1998a), que se apoia na distinção de Gilbert Ryle (1949, p. 28)[93], entre conhecimento sobre as coisas (*know that*) e sobre como fazer as coisas (*know-how*), há quatro tipos de conhecimento:

Quadro 3.3: Tipos de conhecimento

Tipos de conhecimento	***Knowing that***	***Knowing how***
Directo	sabemos determinada coisa ("*we know a subject ourselves*")	sabemos fazer algo ("*we know how to do something*")
Indirecto	sabemos onde encontrar informação relativa a algo ("*we know where we can find information about a subject*")	sabemos como conseguir que algo seja feito ("*we know how to get something done*")

Loasby (1998a), p. 165.

Enquanto o conhecimento sobre as coisas (*know that*) é o conhecimento sobre factos e relações, sendo aquilo que está na base da educação formal e das notícias, o conhecimento sobre como fazer (*know-how*) refere-se à capacidade para actuar apropriadamente, de modo a conseguir alcançar determinado resultado (Loasby (1998a)). A título de exemplo, saber que a conjugação de determinadas quantidades de factores específicos permite obter certo volume de produção, tal como nos é apresentado numa função de produção, nada nos diz relativamente ao modo como se consegue efectuar essa produção. De acordo com Loasby (1998b), de certa forma, o *knowledge that* está associado à ciência, enquanto o *knowledge how* é a tecnologia.

A distinção entre *know-how* directo e indirecto é, também, particularmente importante. O controlo das capacidades ou competências pode ser desnecessário, se as empresas conseguirem aceder e organizar o acesso a tais competências. Mas, por sua vez, o acesso a essas competências externas também exige *know-how* (Araújo *et al* (2003), p. 1262). Araújo *et al* (2003) alargam o conceito de competências indirectas,

[92] Mais genericamente, as competências são "*those assets which are not readily traded and therefore tend to provide an organisation with distinguishing characteristics and distinctive paths of development.*" (Loasby (1998a), p.172).
[93] Ryle, Gilbert (1949), "The Concept of Mind", Hutchinson, London.

introduzido por Loasby ((1998a); (1998b)), de modo a explicar "*why organizations know more than they do*". No seu nível mais simples, as competências indirectas são constituídas pelas capacidades exigidas para especificar e adquirir factores de produção através de trocas realizadas no mercado (Araújo *et al* (2003), p. 1265). Mas o conceito de competências indirectas deve também englobar duas outras componentes: as competências de conceber e testar factores externamente produzidos, bem como competências de integração. Estas últimas referem-se à capacidade para coordenar e integrar factores, produzidos interna e externamente, em produtos e sistemas de produção eficazes (p. 1266). Assim, as fronteiras da empresa são determinadas não apenas pelas capacidades necessárias para realizar as actividades produtivas (competências directas ou nucleares), mas também pelas capacidades de que a empresa necessita para interagir com os seus clientes, fornecedores e outros actores externos (competências indirectas ou auxiliares)[94]. O acesso às capacidades complementares requer tipos diferentes de capacidades indirectas consoante o acesso possa ser descrito como uma relação de mercado ou uma relação de cooperação.

É o *know-how*, quer directo, quer indirecto, que representa um papel crucial no desempenho das empresas, das indústrias e da economia em geral, embora, na teoria económica convencional, a sua função seja residual (Loasby (1998a), p. 165). É mais importante aquilo que as pessoas conseguem fazer do que aquilo que são capazes de escrever (Loasby (1998b), p. 143)[95].

Convém ressalvar, no entanto, que quer as capacidades directas, quer as indirectas, estão em permanente mutação – estão constantemente a ser descobertas novas e melhores formas de (conseguir) fazer as coisas ("*getting things done"*) (Loasby (1998b), p. 158). E, embora as capacidades sejam, em larga medida, o resultado de actividades passadas,

[94] Uma ideia semelhante é defendida por Leiblein e Miller (2003). Os recursos e competências específicas da empresa influenciam a sua capacidade para diminuir os custos de transacção. As empresas podem diferir na sua capacidade de seleccionar parceiros atractivos, de negociar e fazer cumprir contratos com empresas fornecedoras, bem como de conceber sistemas para gerir relações externas à hierarquia. As empresas com melhores competências nesses domínios usufruem de custos menores e benefícios maiores com o *outsourcing* das actividades do que as empresas com competências de contratação menos refinadas. Assim, as empresas com maior experiência de *outsourcing* têm maior probabilidade de recorrer ao *outsourcing*. Leiblein e Miller (2003) encontraram apoio empírico para esta hipótese.

[95] Nas palavras de Ryle (1949), "*in ordinarily life… we are much more concerned with people's competencies than with their cognitive reportoires, with the operations than the truths that they learn*" (citado por Loasby (1998b)).

o que interessa, em cada momento do tempo, é o leque de actividades futuras que elas permitem concretizar (Loasby (1998b), p. 144). Isto conduz ao conceito de "competências dinâmicas": capacidade da empresa em integrar, construir e reconfigurar capacidades internas e externas, de modo a conseguir responder a envolventes em constante mutação (Teece *et al* (1997), p. 516)[96].

Note-se, ainda, que, tal como salientou Polanyi (1958)[97], nem todo o conhecimento pode ser articulado em palavras ou esquemas de modo a ser facilmente transmissível (Langlois e Foss (1999)). Muito do conhecimento – sobretudo muito do conhecimento sobre como produzir – é "tácito"[98] e só pode ser adquirido através de um lento processo de aprendizagem pela execução (*learning by doing*). Além disso, o conhecimento sobre a produção é, muitas vezes, um conhecimento "disperso", isto é, conhecimento que só é mobilizável nos contextos em que se desempenham tarefas produtivas, envolvendo "equipas" de pessoas e exigindo, normalmente, algum tipo de coordenação qualitativa (Langlois e Foss (1999)). Sendo o conhecimento de produção tácito e disperso (Langlois e Foss (1999)), então os custos de produção das várias empresas não são definidos por uma função de produção de acesso livre, mas dependem das competências de quem produz (Loasby (1998b), p. 157)[99], pelo que serão distintos (o que pode ter influência nas decisões sobre comprar ou fazer). As perspectivas das "competências" e das "competências dinâmicas" partem do reconhecimento de que há limites quanto àquilo que as empresas conseguem desempenhar bem (Langlois e Foss (1999)). Competências heterogéneas implicam diferenças de eficiência na utilização dos

[96] Como os próprios autores salientam esta abordagem é especialmente relevante em contextos de concorrência baseada na inovação, de concorrência preço/desempenho e de "destruição criativa" das competências existentes.

[97] Polanyi, Michael (1958), *Personal Knowledge*, Chicago: University of Chicago Press.

[98] Um exemplo habitual de conhecimento tácito é o saber andar de bicicleta. A distinção entre conhecimento explícito e tácito tem importantes implicações estratégicas (Grant (2008), p. 160). Se o conhecimento explícito, por definição, pode ser transferido com facilidade, dificilmente poderá estar na base de uma vantagem competitiva sustentável. Só estará seguro se estiver protegido por direitos de propriedade intelectual ou por segredo (como no caso da fórmula da coca-cola). Já o conhecimento tácito é um recurso valioso, porque não pode ser directamente apropriado e as tentativas de imitação exigirão algum tempo. Esta distinção também é relevante em termos de autoridade de tomada de decisão. Se o conhecimento é, sobretudo, tácito, não pode ser transferido e o poder de tomada de decisão deve ser confiado a quem o detém. Assim, se é a intuição do vendedor e a sua capacidade de compreender as idiossincracias dos clientes que estão na origem de bons resultados, é ele e não o gestor de vendas quem deve reter algum poder de tomada de decisão (Grant (2008), p. 160).

[99] E, acrescenta o autor, "*the costs of a particular transaction mode likewise depend on the particular people who are using that mode.*"

recursos, questão que tem sido desvalorizada pela literatura da economia da organização. As fronteiras da empresa devem ser definidas tendo em consideração aspectos relacionados com o conhecimento e não questões inerentes aos incentivos, oportunismo e custos de transacção daqui resultantes (Foss e Klein (2008)).

Sendo o conhecimento produtivo tácito e disperso, as diferenças de custos de produção podem manter-se ao longo do tempo; uma empresa pode ter dificuldade em compreender as capacidades de outra organização e as empresas podem saber mais do que os contratos conseguem transmitir. Deste modo, como explicitam Foss e Klein (2008), é possível que os membros de uma empresa não compreendam aquilo que outra empresa pretende de si (por exemplo, em contratos de fornecimento) ou o que lhes está a oferecer (por exemplo, em contratos de licenciamento). Neste contexto, os custos de celebração de contratos com potenciais parceiros ou de formação de empresas licenciadas ou fornecedoras, em que se explicita claramente aquilo que se pretende delas, podem tornar-se demasiado elevados, exercendo, por isso, uma influência directa sobre as fronteiras das empresas. Estes custos, associados ao processo de aquisição e de coordenação do conhecimento produtivo, são "custos de comunicação" (Foss e Klein (2008)), semelhantes aos invocados por Monteverde (1995). Langlois (1992) designa-os por "custos de transacção dinâmicos". Note-se que estes custos de transacção não são os habituais, na medida em que não resultam de problemas de incentivos.

Assim, a *knowledge-based view* defende que a alternativa de internalização de um projecto de investigação para a criação de um produto que esteja, potencialmente, muito relacionado com as operações internas da empresa, é superior à de externalização, porque (Conner (1991)):

- uma equipa interna produzirá conhecimento tecnológico, capacidades e/ou rotinas que, em princípio, se adequam melhor às actividades actuais da empresa;
- o valor do projecto de investigação residirá tanto no produto final como no próprio processo de realização da investigação e é impossível transmitir o "saber-fazer" obtido no decorrer do processo;

- um empregado familiar com a cultura da empresa e com as suas rotinas "traduzirá" melhor do que um elemento externo esse "saber-fazer", permitindo a sua implementação num outro local da empresa.

Os académicos da estratégia preferem, então, concentrar-se nos aspectos benéficos da aprendizagem, comunicação, cooperação e coordenação – processos dinâmicos que parecem realizar-se melhor no interior das empresas do que nos mercados (Phelan e Lewin (2000), p. 316). Consideram que as teorias económicas da empresa são inadequadas enquanto ignorarem os benefícios das empresas: *"… instead of viewing the firm as an 'avoider of a negative', the resource-based literature tends to see the firm as the 'creator of a positive', as creator of unique productive value"* (Conner (1991)).

Em suma, a Perspectiva das Competências ajuda-nos a compreender melhor que as fronteiras verticais da empresa são o reflexo das suas relações inter-organizacionais e do modo como, ao longo do tempo, se foi dividindo e integrando o conhecimento, através da configuração das competências directas e indirectas específicas das organizações com que se relaciona (Mota e De Castro (2004)).

3.4.3. Problema das "inflexibilidades nucleares"

Há que acautelar, entretanto, que as capacidades nucleares não se transformem em obstáculos à inovação e à obtenção de novas vantagens competitivas. Isso poderá suceder em determinadas áreas, como na de Sistemas de Informação, em que o progresso tecnológico ocorre muito rapidamente. Como referem Poppo e Zenger (1998): "*When underlying technological change is rapid, as is the case in information services, internal routines, language, and embedded forms of knowledge may easily become rigidities that hamper performance. Unique language, while efficient, may quickly become the wrong language*". Os autores exemplificam esta situação com os *mainframes* e o *software* que se encontram "entrincheirados" nalgumas empresas, há vários anos. Embora o diálogo seja mais eficiente no interior da empresa, a linguagem e as rotinas particulares impedem a aquisição de novo conhecimento que exija uma linguagem diferente e rotinas originais. Situações deste género são designadas por Leonard-Barton (1992) como "inflexibilidades nucleares": "*traditional core capabilities*

have a down side that inhibits innovation, here called core rigidities." Os valores, capacidades, sistemas técnicos e de gestão que foram úteis às empresas, no passado, podem constituir um conjunto de conhecimentos inapropriado para novos projectos, tornando-se uma barreira ao seu desenvolvimento[100].

3.4.4. Comparação com a Teoria dos Custos de Transacção

3.4.4.1. Na escolha entre a hierarquia entre o mercado

Na Perspectiva das Competências, uma sugestão importante é que as fronteiras da empresa são determinadas pelo diferencial entre as capacidades possuídas pelas empresas e pelos seus fornecedores potenciais, bem como pela comparação entre os custos associados ao desenvolvimento interno dessas capacidades e os resultantes do recurso a meios não hierárquicos para as obter (Barney (1999); Langlois e Robertson (1995))[101]. De facto, ao efectuarem a análise das capacidades de que necessitam para serem bem sucedidas, as empresas podem descobrir que carecem de algumas delas. Se isso suceder, dispõem de três alternativas (Barney (1999)): ou as desenvolvem internamente, ou adquirem uma empresa que já as possui (mecanismos hierárquicos), ou cooperam com outras empresas que as detêm (mecanismo de mercado ou intermédio entre o mercado e a hierarquia).

A "Teoria dos Custos de Transacção" sugere que as formas hierárquicas são preferíveis, se forem necessários elevados investimentos em activos específicos para aceder a tais capacidades. Porém, como salienta Barney (1999), estes custos podem representar apenas uma fracção daqueles em que é preciso incorrer com os mecanismos hierárquicos. Se as competências são, por inerência, complexas, de causalidade ambígua e difíceis de imitar, então, nas áreas em que as competências não estão ao nível pretendido, é preferível recorrer ao mercado para aceder às mesmas, porque será muito difícil, custoso e demorado tentar criar tais competências a "partir do zero" (Mayer e

[100] A título de exemplo, mesmo grandes empresas, como a Xerox e a Kodak, não conseguem manter internamente competências, na área das tecnologias e sistemas de informação, semelhantes às de empresas especializadas, como a EDS, a IBM e a Accenture, que trabalham para muitos clientes, o que estimula a criatividade e a inovação (Grant (2008)).

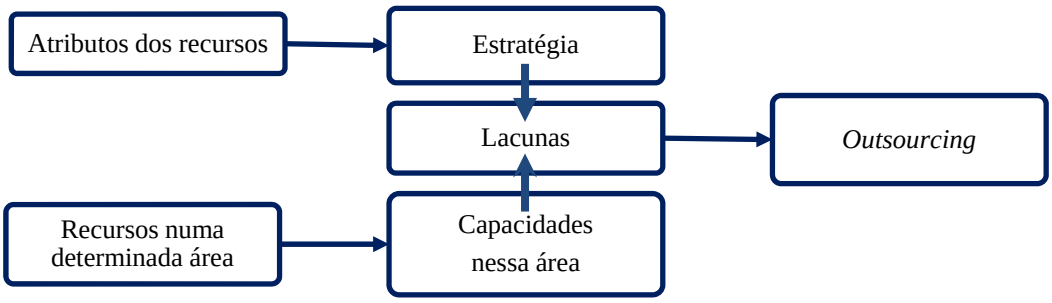
[101] Langlois e Robertson (1995), p. 35, afirmam: "*the boundaries of the firm are determined entirely by the capabilities of the firm relative to the capability of the market*".

Salomon (2006), p. 944). Por outro lado, prossegue Barney (1999), a aquisição de uma empresa que detenha as capacidades pretendidas pode obrigar também a incorrer em custos elevados, se, por exemplo, existirem impedimentos legais, ou se o valor das capacidades da empresa adquirida diminuir, em consequência da aquisição. Sendo assim, conclui o autor, nestes casos, uma empresa pode preferir um mecanismo não hierárquico, mesmo que a ameaça de oportunismo seja real. Obviamente, essa ameaça é minimizada, quando se recorre a algum mecanismo intermédio entre os mercados e as hierarquias[102].

Nestas circunstâncias, o *outsourcing* é vantajoso, quando permite à empresa preencher lacunas (isto é, diferenças entre aquilo que se deseja e aquilo que se tem) nos recursos e capacidades indispensáveis ao desenvolvimento de uma vantagem competitiva (Cheon *et al* (1995))[103].

É possível representar a relação entre esta abordagem e o *outsourcing* deste modo:

Esquema 3.5: A Teoria Baseada nos Recursos e o *outsourcing*



Fonte: Esquema utilizado por Cheon *et al* (1995).

[102] Loasby (1998a), pp. 174-175, realça que o importante não é a minimização dos custos, mas sim a maximização dos lucros e que, por vezes, a aceitação de maiores custos (de transacção) constituirá a única forma de assegurar maiores aumentos nos lucros.

[103] Como explicitam Araújo *et al* (2003), o problema tornar-se-á mais complexo quando se consideram as competências indirectas. Competências que poderiam ser consideradas auxiliares são mantidas internamente, porque se revelam essenciais para usar eficazmente os mercados, para utilizar devidamente as competências de outras entidades ou para integrar e coordenar as competências externas e internas. Deste modo, não é de esperar que as fronteiras da empresa se ajustem da mesma forma em decisões de *outsourcing* e de integração vertical. A integração vertical exige sempre o desenvolvimento das competências necessárias para realizar, a nível interno, as actividades, enquanto o *outsourcing* da produção não implica que todas as capacidades que, no passado, eram necessárias para realizar internamente as actividades sejam também externalizadas (p. 1269).

3.4.4.2. Especificidade dos activos *versus* facilidade em encontrar activos substitutos

Segundo Kay (1997), a Teoria dos Custos de Transacção constitui uma boa explicação para as escolhas de internalização ou externalização de componentes do departamento de produção. Todavia, tem mais dificuldades em explicar decisões relativas a outros departamentos da empresa, onde a Teoria Baseada nos Recursos se revela mais útil. Por exemplo, constata-se que as empresas confiam a empresas externas a realização de campanhas publicitárias, mas preferem realizar internamente as actividades de investigação e desenvolvimento (I&D). Ora, uma campanha publicitária é especializada quanto ao uso e quanto ao utilizador, enquanto as características de bem público da I&D sugerem que é, por definição, um activo não específico. Assim sendo, a previsão da Teoria dos Custos de Transacção é a externalização da I&D e a internalização da publicidade, quando o que se verifica na prática é exactamente o contrário!

De acordo com o referido autor, quando analisamos o problema das fronteiras da empresa, a questão central não é a da especificidade dos activos, mas sim a facilidade de encontrar activos substitutos (equivalentes ou similares), no caso de não ser possível continuar a recorrer aos activos actuais. A especificidade do activo será tanto maior, quanto menores forem as possibilidades de utilização alternativa no mercado (isto é, quanto menor for o seu custo de oportunidade), mas isso diz-nos pouco sobre a relação que esse activo tem, no interior da empresa, com os restantes activos, e sobre a facilidade com que poderá ser substituído (a partir de fontes de mercado externas), se tal se revelar necessário. No contexto da produção, estas duas questões conduzem a respostas semelhantes, mas, noutros contextos, como, por exemplo, na I&D e na publicidade, podem conduzir a respostas muito distintas. Se um determinado activo for de substituição difícil ou impossível, pode ser considerado um “activo crítico”, mas isso não significa que seja um activo específico. Se uma empresa despendeu muitos recursos no desenvolvimento de um projecto de tecnologia avançada conduzido por um engenheiro da empresa, é provável que exista grande interesse de organizações rivais por este cientista (que constitui, assim, um activo não específico) e que, simultaneamente, seja muito difícil para a empresa a sua substituição. É de esperar,

pois, a internalização de actividades de I&D que estão intimamente relacionadas com as outras actividades da empresa e em que a substituição dos recursos não se afigura fácil.

Por outro lado, e considerando, agora, a questão da campanha publicitária, não obstante os investimentos específicos à empresa cliente e ao seu produto, há grande facilidade em mudar de empresa fornecedora, pelo que a opção de externalização pode ser considerada. Note-se que, em relação à área da produção, as previsões das duas teorias são semelhantes: os componentes específicos à empresa são exactamente aqueles em que há maior dificuldade de substituição; já os componentes não específicos (por exemplo, a tinta) são de fácil substituição. Deste modo, a explicação para a integração vertical, realizada pelas empresas, não se encontra nas oportunidades de utilização alternativa que os recursos encontram no mercado (especificidade dos activos), mas, sim, no papel que os recursos desempenham nas actividades das empresas e na facilidade com que podem ou não ser substituídos.

Em resumo, de acordo com Kay (1997), a maioria dos estudos sobre a Teoria dos Custos de Transacção têm-se centrado na análise do departamento de produção e as explicações das fronteiras da empresa baseadas na especificidade dos activos não são tão convincentes noutros departamentos ou situações.

3.4.4.3. Falsa dicotomia?

Mais recentemente, Argyres e Zenger (2007) esclareceram que emergiu uma falsa dicotomia entre a Teoria dos Custos de Transacção e a Teoria das Competências e lamentam ter contribuído para esse facto: "*as contributors to this early literature, we acknowledge our own contributions to the misunderstanding.*" Segundo estes autores, a questão das competências relativas, por si só, não é suficiente para explicar a escolha, ou melhor a persistência na escolha, de determinadas fronteiras. Explicitam o seu raciocínio, recorrendo ao seguinte exemplo. Num momento do tempo 1, uma empresa decidiu internalizar uma actividade, porque obrigava a elevados investimentos idiossincráticos para ser desempenhada com o nível de capacidades desejado. Para realizarem tais investimentos, os fornecedores exigiam uma série de condições, sendo os custos de transacção de tal modo elevados, que a empresa optou pela internalização.

À medida que os investimentos se concretizaram, a empresa desenvolveu as capacidades desejadas (de um nível superior) para executar a actividade. No momento 2, não existem empresas externas com competências comparáveis. Portanto, a empresa continua verticalmente integrada.

Considerando este exemplo, no momento 2, qual a teoria que explica melhor a decisão de integração vertical? Uma análise estática, neste momento, atribuiria pequeno papel aos custos de transacção e grande importância à lógica das competências. Todavia, tal conclusão induziria em erro. Na verdade, a diferença em termos de competências, entre a empresa e as (potenciais) empresas fornecedoras, resulta de uma decisão de integração, tomada no momento 1, com base em considerações de custos de transacção. Há, pois, duas questões distintas que devem ser consideradas: "Porque se optou, numa fase inicial, por se desenvolver internamente as capacidades?" e "Porque se opta por continuar a realizar internamente as actividades?".

As competências relativas, por si só, não justificam a persistência na escolha de determinadas fronteiras. Os autores afirmam inclusivamente: "*we suggest that capabilities explanations for firm boundary choices are never sufficient on their own*." Assim, admitindo que um fornecedor externo possui competências superiores às competências internas da empresa, isso não significa que a relação deva estabelecer-se com esse fornecedor e, ainda, ser governada através do mercado. De igual modo, sendo a capacidade interna claramente superior à dos fornecedores externos, isso não implica que as relações com este fornecedor interno sejam estabelecidas no interior das fronteiras da empresa. O teste das capacidades comparativas identifica o fornecedor privilegiado, mas não determina a melhor forma de governação. Estas duas questões são distintas. Na verdade, uma empresa pode optar por autonomizar um departamento interno muito competente ou integrar um fornecedor externo[104]. As considerações relativas às competências estão profundamente interligadas com a lógica dos custos de transacção. É esta complexa interacção que tem de ser analisada.

[104] Note-se a semelhança com as ideias defendidas por Kay (2000), que distinguia o modo de coordenação (hierarquia ou mercado), do domínio de controlo (interno ou externo), conforme se explicitou em 3.2.1.

3.4.5. Comparação com a Teoria Evolucionista

Argyres e Zenger (2007) chamam a atenção para a importância do percurso da empresa e das decisões tomadas, no passado, na escolha das fronteiras da empresa, ideias que têm estado subjacentes à Teoria Evolucionista. Embora sejam abordagens distintas, quer a Teoria Baseada nos Recursos, quer a Teoria Evolucionista, apoiam-se no "conhecimento" e nas competências, como base para as suas explicações, isto é, como os recursos críticos e distintivos das empresas (Garrouste e Saussier (2005)). Ambas salientam a existência de diversidade fundamental entre as empresas, que resulta de diferentes dotações de conhecimento, que, por sua vez, dependem das suas trajectórias (Foss *et al* (1995)).

As teorias evolucionistas, no campo da gestão estratégica, têm conceitos análogos aos das teorias no domínio da biologia. Assim, ambas salientam a variação, a hereditariedade e a selecção. Como salientam Foss *et al* (1995), a Teoria de Nelson e Winter (1982)[105] constrói um enquadramento evolucionista que incorpora a inovação (variação/mutação), a empresa como uma entidade que detém conhecimento (hereditariedade) e a selecção de mercado.

Há três argumentos invocados para justificar o facto de as empresas estarem melhor preparadas para desenvolver o conhecimento (Garrouste e Saussier (2005)). Primeiro, o conhecimento resulta da aprendizagem e da experiência; Como resulta da aprendizagem, depende do local e do percurso (história); Por último, é parcialmente tácito e a organização desconhece em parte a sua existência, porque está incorporado em rotinas organizacionais e em capacidades individuais (Nelson e Winter, 1982). Por este motivo, o conhecimento apenas pode ser transferido para terceira entidade com "capacidade absorvente" (*absorptive capacity*)[106], isto é, que tenha já acumulado o conhecimento necessário para compreender e integrar aquele que está a ser transferido.

[105] Nelson, R. e S. Winter (1982), *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Cambridge: Cambridge University Press.

[106] Este conceito foi introduzido por Cohen e Levinthal (1990). Estes autores defenderam que a capacidade de explorar conhecimento externo é uma componente crítica das capacidades de inovação e depende do nível prévio de conhecimento relacionado. Inclui não apenas linguagem comum, mas também conhecimento sobre os mais recentes desenvolvimentos científicos e tecnológicos numa determinada área. Esse conhecimento prévio confere capacidades de reconhecimento do valor da nova informação, da sua assimilação e da sua aplicação a fins comerciais. Em conjunto, estas capacidades constituem a capacidade absorvente.

Não possuindo esta capacidade, a implementação da transferência envolveria custos muito elevados. Porém, como advertem Cohen e Levinthal (1990), se uma empresa abandonar o investimento na sua própria capacidade absorvente, num campo em constante mutação, pode nunca mais ser capaz de assimilar e explorar nova informação nesse domínio, independentemente do valor dessa informação, não sendo, por isso, capaz de aproveitar novas oportunidades.

Embora a Teoria Evolucionista não se tenha focado, directamente, nas questões da desintegração vertical, algumas das suas conclusões são relevantes para a tomada de decisões de *outsourcing*. Mesmo que uma empresa conseguisse identificar com confiança algumas actividades que pudessem ser externalizadas, a Teoria Evolucionista sugere que há pelo menos duas "complicações", que dão origem a custos de mudança (Mahnke (2001)): a inseparabilidade da governação e a complementaridade das competências.

Quanto à inseparabilidade da governação, como argumentam Argyres e Liebeskind (2000), o modo de governação de uma nova transacção pode estar intimamente relacionado com o modo de governação de outras transacções. A melhor compreensão das decisões de *outsourcing* exige o reconhecimento de que, em muitos casos, as escolhas das empresas, quanto a comprar ou fazer, resultam não das características particulares de determinada transacção (tal como preconiza a Teoria dos Custos de Transacção), mas de decisões passadas, tomadas nesse domínio (Argyres e Liebeskind (2000)). Existem, então, "barreiras à saída" de um modo de governação, porque as escolhas passadas influenciam significativamente o leque e o tipo de mecanismos de governação que podem ser adoptados em períodos futuros (Mahnke (2001)). Logo, as transacções não devem ser analisadas individualmente, esquecendo essas interdependências. As decisões anteriores das empresas e os compromissos (legais e psicológicos) já assumidos limitam a tomada de decisões de *outsourcing*, mesmo quando não é necessária a realização de investimentos específicos. Há que ter em conta possíveis repercussões negativas quer na reputação da empresa como boa empregadora, quer na motivação dos restantes colaboradores. Os custos de mudança serão tanto mais elevados, quanto maior o poder negocial dos sindicatos. Daí que, segundo Mahnke (2001), seja de prever a existência de menores níveis de *outsourcing* em mercados de

trabalho mais rígidos e sindicalizados[107]. Por outras palavras, o percurso da empresa "coloca uma sombra" nas opções actuais e nas possibilidades de as concretizar, o que dificulta a alteração do modo de governação, impondo custos de mudança que têm impacte no âmbito e na velocidade da desintegração vertical (Mahnke (2001)).

No que diz respeito à complementaridade das competências, importa relembrar que as competências se desenvolvem de um modo que depende do contexto e do percurso (Mahnke (2001)). Os passos de aprendizagem interactiva, dados no desenvolvimento de competências, envolvem dimensões tácitas e ambiguidade causal. Quanto mais as ligações entre as competências decorrem da aprendizagem baseada na experiência, maior a dificuldade em separar umas das outras. Existe complementaridade entre duas actividades, quando o investimento numa delas aumenta o retorno do investimento realizado na outra e vice-versa. Estes efeitos de interacção conduzem à eficiência, mas também induzem inércia, que impede mudanças em sistemas onde existe complementaridade. Assim, sistemas de actividades complementares restringirão, provavelmente, as possibilidades de *outsourcing* de determinadas actividades. A realização do *outsourcing* de uma destas actividades, e não das que com ela se inter-relacionam, pode originar a diminuição de externalidades em termos de conhecimento, diminuindo a eficiência das restantes actividades (fenómeno que Mahnke (2001) designa por "dores fantasma do membro amputado").

3.4.6. Comparação com a Teoria das Opções Reais

Como salienta Mahoney (2005), pp. 168-169:

"*a key category in developing dynamic capabilities will involve strategies that enhance adaptability and strategic flexibility. Viewed in this light, (…) [real options analysis] is an important contribution to the dynamic capabilities research literature. Real options research has the potential to make a significant difference to our understanding of resource accumulation and capability-building processes and investment decision-making under uncertainty*."

[107] Porém, como se irá discutir no ponto 3.5.3, à luz da Perspectiva Política, nestas situações, o *outsourcing* acarreta o benefício de reduzir esse poder dos sindicatos.

À semelhança das opções financeiras, as opções reais são oportunidades de investimento que conferem o direito, mas não a obrigação, de actuar de determinada forma no futuro. Estas opções reais existem quando os recursos e as competências actuais permitem um acesso preferencial a oportunidades futuras.

Leiblein (2003) e Leiblein e Miller (2003) descrevem como é que os princípios teóricos das opções podem influenciar a escolha da forma de governo organizacional. Desde logo, a opção de adiar investimentos pode criar valor. Quando os investimentos são irreversíveis e o seu valor futuro é incerto, devido a possíveis alterações na tecnologia subjacente ou na procura do produto, existe valor associado à opção de esperar até que exista nova informação, que possa influenciar a desejabilidade ou o *timing* do investimento. Assim, mesmo que o valor actual líquido associado ao projecto seja positivo, o valor económico associado a esta flexibilidade pode conduzir ao adiamento das decisões de investimento. A opção de contratação no mercado, apesar de poder acarretar maiores custos marginais de produção no curto prazo, oferece à empresa a flexibilidade para utilizar tecnologias alternativas no futuro. A Teoria das Opções Reais reconhece o valor esperado associado a esta flexibilidade posterior (que será tanto maior, quanto maior a incerteza e menores os fluxos de caixa imediatos perdidos devido ao adiar do investimento) e indica que, sob incerteza, pode ser óptimo utilizar mecanismos de mercado.

Outras opções, que podem gerar valor, são as de crescimento. As opções de crescimento concedem à empresa o direito, mas não a obrigação de, no futuro, se expandirem ou desenvolverem tecnologias ou produtos relacionados. As opções de crescimento são particularmente valiosas nos sectores da alta tecnologia, onde, muitas vezes, há dificuldades nos regimes de apropriação e onde há significativas externalidades de conhecimento inter-geracionais. Nestes contextos, será muitas vezes desejável internalizar as actividades associadas às gerações iniciais de um produto ou tecnologia, de modo a manter a possibilidade de participar nas gerações subsequentes desse produto ou tecnologia. Assim, por exemplo, no sector da biotecnologia as empresas terão, muitas vezes, de investir num processo de produção piloto interno, de modo a *desenvolver as competências* necessárias que lhes permitam ter a possibilidade de

fabricar, internamente, à escala de produção. Deste modo, mesmo que seja possível contratar com eficiência a produção, pode ser preferível internalizar a transacção, de forma a manter o valor da opção associada às gerações subsequentes do produto.

Por fim, a abordagem das opções reais sugere que alguns recursos criam valor económico ao propiciarem a capacidade de alterar com flexibilidade a utilização dos activos. Uma estratégia de diversificação do mercado de produtos das empresas pode influenciar a sua escolha entre a produção interna ou externa, ao alterar a sua capacidade de obter economias de escala e de gama na produção. Uma empresa diversificada tem maior probabilidade de investir num determinado processo tecnológico por saber que, se a procura do produto inicial estiver abaixo das expectativas, os equipamentos de produção podem ser utilizados noutros produtos.

Datta (2006) recorre a esta perspectiva para explicar as decisões de *outsourcing* de uma instituição sem fins lucrativos, do Reino Unido, que presta serviços sociais e de saúde a crianças com dificuldades de aprendizagem. No início, os serviços de Recursos Humanos e de Informática foram externalizados, mas à medida que a empresa atingiu certa dimensão, a incerteza diminuiu e a opção de realizar internamente as actividades mostrou-se preferível.

3.4.7. Comparação com a Teoria da Dependência dos Recursos

Enquanto a "Teoria Baseada nos Recursos" se centra na análise interna de uma empresa, em termos de recursos e capacidades, a "Teoria da Dependência dos Recursos"[108] concentra-se na sua envolvente externa, argumentando que todas as organizações dependem, em maior ou menor grau, de alguns elementos dessa envolvente. Esta dependência tem origem no controlo, por parte de elementos externos, de alguns factores de que a organização necessita, tais como a terra, o trabalho, o capital ou a informação.

[108] A revisão desta teoria apoia-se em Cheon *et al* (1995), pp. 212-213.

Pfeffer e Salancik (1978)[109] distinguem três dimensões da envolvente das tarefas organizacionais:

- Concentração - grau de concentração do poder e da autoridade na envolvente;
- Munificiência - abundância de recursos críticos;
- Interligação - número e tipo de ligações entre as organizações.

No contexto destas dimensões, a "Teoria da Dependência dos Recursos" sugere que as organizações sobrevivem na medida em que adquirem e mantêm recursos essenciais (Pfeffer e Salancik (1978))[110]. As restrições da envolvente facilitam a escolha e os processos de tomada de decisão, minimizando o impacto que os líderes organizacionais podem ter no desempenho da instituição. Sendo assim, nesta perspectiva, o papel dos líderes pode ser bastante simbólico (Luke e Walston (2003))[111].

As estratégias que permitem assegurar o acesso a recursos críticos essenciais à sobrevivência podem implicar o alinhamento com unidades poderosas, o *outsourcing*, ou o controlo de unidades mais fracas. Por isso, para obterem, no exterior, recursos que não têm hipótese de gerar internamente, as organizações entram, por vezes, em relações de troca ou coligação com outras organizações. Por exemplo, Ulrich e Barney (1984, p. 472) recomendam que uma empresa minimize a incerteza nas suas relações de abastecimento, através da criação de *joint-ventures*, da aquisição de fornecedores chave, ou da constituição de ligações com indivíduos influentes nas empresas fornecedoras.

Pfeffer e Salancik (1978)[112] são de opinião que há três factores críticos para a determinação da dependência externa de uma organização face a outra:

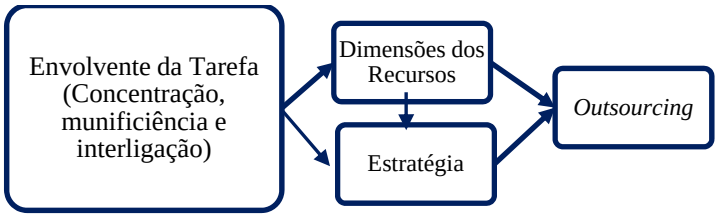
- importância do recurso - grau em que a organização depende deste bem para a sua sobrevivência e laboração diária. Quanto maior a importância dos recursos controlados por uma organização, maior a dependência das outras organizações relativamente a ela e, portanto, maior o seu poder;

[109] Pfeffer, J. e G.R. Salancik (1978), *The External Control of Organizations*, Boston: Pitman.
[110] Referido por Luke e Walston (2003), p. 298.
[111] Porém, como se irá demonstrar no ponto 3.8.1, há vários exemplos de situações em que este papel é significativo.
[112] Pfeffer, J. e G.R. Salancik (1978), *The External Control of Organizations*, Boston: Pitman.

- existência de recursos substitutos e facilidade de mudança de fornecedores;
- discricionariedade – quanto maior o poder da empresa prestadora de serviços para determinar a afectação e uso do recurso, maior a dependência da empresa cliente e, consequentemente, maior o seu poder.

A dependência de uma organização em relação a qualquer outra (no caso do *outsourcing*, entre a empresa cliente e a empresa prestadora de serviços) deriva, portanto, da importância do recurso para a organização, do número de potenciais fornecedores e do custo de mudança de fornecedores. Esquematizando:

Esquema 3.6: A Teoria da Dependência dos Recursos e o *outsourcing*



Fonte: Esquema utilizado por Cheon *et al* (1995), p. 213.

Esta abordagem, quando aplicada ao *outsourcing*, oferece um enquadramento para a análise das características da envolvente de tarefa que podem influenciar as dimensões dos recursos da empresa. São estas últimas que determinam que uma organização decida efectuar o *outsourcing* de certas funções. Para além disso, a estratégia de uma empresa condiciona, também, a decisão de *outsourcing*, uma vez que a sua implementação pode exigir a obtenção de recursos críticos, junto de fontes externas.

Note-se que esta perspectiva pode ser relacionada, teoricamente, com a Teoria Baseada nos Recursos, porque alguns dos conceitos fundamentais têm significados idênticos, como explicita Medcof (2001). Para a Teoria Baseada nos Recursos, a vantagem competitiva advém dos recursos únicos e valiosos. Este conceito de "valor" é muito próximo do conceito de "importância" na Teoria da Dependência dos Recursos. Por exemplo, um recurso é muito valioso se estiver na base do sucesso de uma empresa, num grande mercado. Neste caso, diz-se que o recurso é importante para a empresa e, quanto mais o recurso estiver na base desse sucesso, maior o seu valor e maior a dependência da empresa relativamente a ele. Por outro lado, o conceito de recurso

"único" (*uniqueness*) da Teoria Baseada nos Recursos é muito próximo do conceito de inexistência de alternativas da Teoria da Dependência dos Recursos. Se o recurso é único ou raro, não existem fontes alternativas, constituindo, assim, uma base de poder organizacional.

Em síntese, esta teoria sugere que a gestão das relações com organizações interdependentes pode ser mais importante para a sobrevivência do que a gestão de eficiências na produção (Luke e Walston (2003), p. 299). A Teoria da Dependência dos Recursos difere, pois, da Teoria dos Custos de Transacção, ao enfatizar as razões estratégicas na reestruturação organizacional. Difere, ainda, da Perspectiva Política das Organizações, desenvolvida no ponto 3.5, na medida em que se preocupa com as relações de poder entre organizações, enquanto a Perspectiva Política enfatiza relações de poder entre indivíduos ou departamentos (no interior da organização).

3.4.8. Conclusão

"*In reading the extant literature in the theory of the firm, one could be forgiven for assuming that firms and markets are the only forms of economic organization and that decision-makers must make a binding decision to favor one form over the other. For economists, this typically means favoring the market and, for strategists, the firm.*"

Phelan e Lewin (2000), p. 317

Num contexto em que a envolvente externa, a identidade dos clientes e as tecnologias utilizadas se alteram continuamente, as empresas, ao definirem o seu negócio, devem considerar não o mercado que servem ("quais os seus clientes", "quais as necessidades que procuram satisfazer"), mas sim os seus recursos e capacidades próprios, que constituem uma base muito mais estável para a definição da sua identidade (Grant (1991), p.116). As vantagens competitivas das empresas localizam-se "a montante" dos mercados de produto e apoiam-se nos recursos idiossincráticos e difíceis de imitar (embora devam contribuir significativamente para os benefícios percebidos pelos clientes do produto final). Se, por um lado, o *outsourcing* pode permitir aceder a recursos que a empresa não possui, ou não consegue manter ao nível competitivo, por outro lado, antes de transferirem recursos para empresas externas, as organizações devem efectuar uma análise das suas competências nucleares e dinâmicas, das suas

"jóias da coroa", de modo a não "delapidarem a fortuna". Como alerta Mahnke (2001), embora o processo de *outsourcing* possa estimular a criação de novo conhecimento, por focar a aprendizagem num leque mais estreito de actividades, a desintegração vertical pode comprometer as competências dinâmicas da empresa por perda de "capacidade absorvente", que é crucial para o posterior desenvolvimento de conhecimento.

Sugere-se, também, que as actividades que requerem a integração de conhecimentos de muitos indivíduos diferentes da empresa, como são realizadas mais eficientemente no seu interior, devem, por isso, ser internalizadas[113]. Porém, como recomenda Leonard-Barton, é necessário acautelar que as "*core competences*" não se transformem em "*core rigidities*", impedindo a inovação.

Contrariamente à Teoria dos Custos de Transacção, o aspecto central de análise não é a especificidade dos activos, mas antes a facilidade de substituição dos recursos. Salienta-se, por fim, que com esta perspectiva, é possível obter uma explicação para o facto de, em envolventes muito semelhantes, se encontrarem decisões de integração vertical muito distintas por parte das empresas (facto referido por autores como Leiblein e Miller (2003) e Ghoshal e Moran (1996)).

3.5. Perspectiva Política das Organizações

Uma crítica efectuada à Teoria dos Custos de Transacção é que ignora os processos de tomada de decisão no interior das organizações. Os agentes envolvidos nesses processos, com receio de diminuição do seu poder, utilizam determinadas tácticas (políticas) para enviesarem as decisões. Como é legítimo admitir que, muitas vezes, o *outsourcing* diminui o controlo sobre os recursos, o que, por seu turno, diminui o poder dos agentes (Pfeffer (1992)), há que ter consciência dos interesses velados dos agentes envolvidos no processo de tomada de decisão.

[113] Contudo, o problema destas explicações é que não justificam a existência das empresas. O conhecimento e as rotinas também poderiam ser desenvolvidos no mercado, em particular se se ignorarem considerações oportunistas e questões de incentivos (Foss e Klein (2008)). Os agentes poderiam reunir-se debaixo do tecto de uma fábrica, possuir os seus equipamentos ou alugá-los reciprocamente e integrar o seu conhecimento especializado (como equipa).

A Perspectiva Política das organizações (Pfeffer (1992))[114] desenvolve-se a partir dos conceitos de "poder" e "políticas", que são distinguidos por Pfeffer (1981, p. 7)[115] da seguinte forma:

"If power is a force, a store of potential influence through which events can be affected, politics involves those activities or behaviors through which power is developed and used in organizational settings. Power is a property of a system at rest; politics is the study of power in action."[116]

Com base nestes conceitos, percebem-se melhor os processos de tomada de decisão no interior das organizações. O primeiro é importante para percepcionar a capacidade que os agentes têm de influenciar uma decisão, *a priori*, mas as estratégias e tácticas políticas adoptadas, durante o referido processo, podem alterar o equilíbrio de poder inicial. Por conseguinte, é impossível fazer previsões quanto aos resultados finais (Lacity e Hirschheim (1993)).

No quadro seguinte, são identificadas as principais fontes de poder enunciadas por Pfeffer (1992) e os elementos das estratégias e tácticas políticas.

Quadro 3.4: Fontes de poder e estratégias políticas

Fontes de Poder	Autoridade formal, reputação e *performance*
	Controlo sobre recursos
	Controlo sobre (ou Acesso a) informação
Elementos das estratégias e tácticas políticas	*Timing*
	Informação e análise
	Alterações na estrutura organizacional
	Linguagem utilizada, "cerimónias" e "cenários"

3.5.1. Fontes de poder

Pfeffer (1992), p. 69, começa por argumentar que as características estruturais associadas à "localização" de uma pessoa no interior de uma organização constituem

[114] Como o próprio autor explica (1992, p. viii), este livro exprime, de forma mais simples, ideias que já tinham sido apresentadas em 1981 [Pfeffer, Jeffrey, *Power in Organizations*, Massachussets: Pitman Publishing].
[115] Citado por Lacity e Hirschheim (1993), p.38. O modelo político foi utilizado por estes autores, como perspectiva teórica sobre o *outsourcing*, em vários estudos de caso efectuados.
[116] Em 1992, é proposta uma definição semelhante: "*Power is defined here as the potential ability to influence behavior, to change the course of events, to overcome resistance, and to get people to do things that they do not otherwise do. Politics and influence are the processes, the actions, the behaviors through which this potential power is utilized and realized.*"(Pfeffer (1992), p. 30).

uma fonte "mais crítica" de poder do que as suas características individuais: "*being in the right place is more essential*". A partir daí, são equacionados os factores que conferem poder a uma posição organizacional: posição formal, controlo sobre os recursos e controlo sobre (ou acesso a) informação.

Autoridade formal, reputação e performance. Pfeffer defende que há poder inerente às posições formais ocupadas na hierarquia organizacional: "*it's better to be the boss*" (p. 128). Contudo, esse poder tenderá a desvanecer-se, se a essa autoridade não estiverem agregadas duas componentes (p. 128): criação e manutenção de reputação de eficácia e boa capacidade de realização (*performance*)[117].

Controlo sobre recursos. Estes recursos podem ser quase tudo aquilo que seja percebido como tendo valor (orçamentos, instalações, etc.). Em relação a este aspecto, são de realçar as seguintes fontes de poder: capacidade de obtenção de recursos; controlo sobre a utilização de recursos[118] e a existência de aliados e de apoiantes[119].

Controlo sobre (ou acesso a) informação. Está aqui em causa a famosa expressão "conhecimento é poder". Nas organizações, o conhecimento capaz de criar poder não é apenas o de cariz técnico, mas também o relacionado com o seu sistema social. As pessoas com ligações sociais e bem colocadas na rede de comunicação da organização desempenham, geralmente, papéis centrais em termos de poder e de influência (Pfeffer (1992), p. 111).

[117] Nalguns casos estudados por Lacity e Hirschheim (1993), os processos de análise da alternativa do *outsourcing* tinham por objectivo o aumento da reputação e da credibilidade de determinados indivíduos ou departamentos. Isto é, as hipóteses de *outsourcing* eram colocadas por alguém do departamento envolvido, com a finalidade de demonstrar a sua preocupação com o bem-estar da empresa.

[118] A obrigatoriedade de realização de concursos para o preenchimento de vagas, quer no sector público, quer no sector privado, constitui um exemplo de uma situação que enfraquece consideravelmente o poder dos políticos e dos gestores das empresas, porque diminui o controlo sobre um recurso importante: os postos de trabalho. Shleifer (1998) refere que, em todo o mundo, os governos têm conseguido "retribuir" os seus apoiantes políticos através de empregos, no sector público, com salários superiores à média, o que agrava as situações de ineficiência, resultantes dos fracos incentivos dos gestores para reduzirem os custos. Um raciocínio análogo é aplicável aos sindicatos que são, por norma, os maiores opositores à privatização precisamente porque conseguem obter benefícios significativos para os membros que são funcionários públicos, em troca de apoio político (Shleifer (1998)).

[119] Como a execução de qualquer tarefa, por um indivíduo isolado, é difícil, senão mesmo impossível, estas alianças são fundamentais e são conseguidas colocando pessoas próximas em posições críticas e também "fazendo favores" (Pfeffer (1992, pp. 101-106)). Lacity e Hirschheim (1993), p. 46, dão o exemplo de uma táctica política por vezes utilizada pelos gestores de Sistemas de Informação: prometem a outras áreas e/ou utilizadores a afectação de mais recursos humanos, se eles os apoiarem contra a decisão de *outsourcing*.

3.5.2. Estratégias e tácticas políticas

Para além de se saber de onde vem o poder, é necessário perceber como é possível utilizá-lo, eficazmente, para se conseguir que "as coisas sejam feitas". Neste ponto, são analisados alguns elementos estratégicos no exercício e desenvolvimento do poder: importância do *timing*, formas de utilização da informação e da análise, alterações estruturais e uso dos contextos e da linguagem, como meio de influência.

A importância do "timing". O *timing* é, para Pfeffer (1992), um dos elementos mais importantes das estratégias e tácticas políticas (p. 245). Por um lado, uma actuação rápida permite beneficiar do efeito surpresa e impede a mobilização dos opositores - o facto aparece como consumado (p. 228). Em contrapartida, o adiamento da tomada de decisão (com base na necessidade de estudar melhor um assunto, por exemplo) constitui uma das melhores formas de impedir a escolha de determinada opção (pp. 230-231)[120].

A informação e a análise. O recurso a processos de análise que são aparentemente racionais torna menos óbvia a utilização do poder e da influência. As decisões são percebidas como melhores e são aceites mais rapidamente. Assim sendo, é importante obter factos e análises que apoiem determinada decisão, já tomada *a priori*, de forma a criar a ilusão de que essa escolha foi o resultado de cuidadoso processo de selecção. Algumas estratégias úteis são: utilização de peritos externos, selecção de informação e escolha de critérios de decisão. Os consultores externos limitam-se a formalizar as intenções pré-definidas dos seus clientes[121]. É fácil encontrar factos que reforçam as

[120] De igual forma, também a ordem de apresentação das questões poderá influenciar a decisão final. Por exemplo, se há duas propostas, que vão ser presentes numa reunião, e se se pretende a aprovação de pelo menos uma, embora ambas sejam pouco atractivas, é preferível apresentar primeiro a mais fraca. No início, há mais tempo e serão questionados vários aspectos do projecto. Mesmo que a primeira seja rejeitada, quando for analisada a segunda, esta aparecerá como mais forte, quer em termos absolutos, quer em termos relativos. É mais provável que seja aprovada. Se for considerada a mais forte, em primeiro lugar, e se esta não for aceite, é quase impossível aprovar a outra (pp. 240-241).

[121] A este respeito, o autor refere que:"*For if you use a third party, at a substantial cost, to produce a report, how can the organization ignore a study on which it has spent a lot of money? Moreover, given that it was done by a legitimate, reputable firm with an aura of expertise, the analysis must be correct. And furthermore, since the work was performed by an outside organization, with apparently no particular political stake in the results, the recommendations must surely be objective and impartial.(…) With one exception, I have never seen a consulting firm recommend the abolition of the job or the division that hired them.(…) More commonly I have observed that the outside expert recommended the advancement and enhancement of both the individual sponsor and the unit led by that sponsor."* (1992, p. 251).

posições pretendidas[122] e ignorar, intencionalmente, informação desfavorável (p. 260). Por fim, como os critérios de avaliação das alternativas influenciam, também, a escolha final, pode seleccionar-se o critério de decisão mais benéfico para a alternativa que se pretende que seja escolhida (Pfeffer (1992), p. 258)[123].

Modificação da estrutura para consolidar poder. Segundo Pfeffer (1992), p. 267, é possível utilizar alterações estruturais para dividir os opositores ou para consolidar o próprio poder (colocando aliados numa posição em que exercem mais controlo sobre os recursos e a informação). Também a criação de grupos de trabalho, nos quais participam representantes de interesses contrários, é eficaz para institucionalizar e legitimar alterações que se pretendem efectuar, sem oposição interna, ou seja, para "agregar" outros e assegurar que eles apoiam determinadas iniciativas[124].

Acção simbólica: linguagem, "cerimónias" e "cenários". Estes elementos são instrumentos poderosos de influência social, porque raramente as pessoas tomam consciência dos seus efeitos. Quanto à linguagem, Pfeffer (1992), p. 282, apresenta o exemplo de Reagan, que conseguiu aumentar os impostos sem oposição interna, porque nunca disse que o estava a fazer: alegava sempre que pretendia "aumentar a equidade e a responsabilidade fiscal". As "cerimónias" (englobando situações tais como os encontros de quadros e os de gerentes, as acções de formação, etc.) são importantes para obter apoios e para silenciar opositores. Finalmente, os "cenários" transmitem uma impressão de poder ou de falta de poder (p. 298). Por exemplo, quanto maiores as

[122] Peter Drucker comenta que isso está facilmente ao alcance de qualquer pessoa com mais de 21 anos (Pfeffer (1992), pp. 248-249).

[123] Nos casos estudados por Lacity e Hirschheim (1993), encontram-se "evidências" de vários comportamentos deste tipo. Numa das situações, os custos internos só foram comparados com uma única proposta (p. 60), sendo apenas equacionada a hipótese de *outsourcing* de uma área em que a empresa era particularmente eficiente. Além disso, foi pedida uma proposta de *time-sharing* a uma empresa reconhecida pela prestação de serviços de *facilities-management*. Por fim, foram considerados valores não comparáveis: os custos internos não incluíam os custos de pessoal ou de conversão, fazendo com que a proposta interna representasse um custo 25% mais baixo do que a empresa externa. Todos estes factores contribuíram para que, apesar de ponderada a hipótese de *outsourcing*, os serviços permanecessem internamente.

[124] Num dos casos analisados por Lacity e Hirschheim (1993), p. 61, a delegação de uma tarefa num grupo enviesado, contribuiu para a obtenção de determinadas conclusões. A actividade de compilação das especificações técnicas pretendidas foi entregue a dois programadores que, anteriormente, tinham trabalhado para empresas que optaram pelo *outsourcing*: um tinha abandonado a empresa prestadora de serviços para onde tinha sido transferido; o outro tinha recusado a transferência. É claro que a posição destes indivíduos não era neutra, o que talvez tenha contribuído para que a hipótese do *outsourcing* tivesse sido abandonada.

diferenças existentes entre os tipos de gabinete dos vários níveis hierárquicos ("cenários"), menor a facilidade com que se questionam decisões. Curiosamente, já em 1989, Graça Carapinheiro, em dois estudos de caso realizados em hospitais portugueses, tinha concluído que a localização dos actores, a disposição dos locais e gabinetes constituíam símbolos de poder (Carapinheiro (1989)).

3.5.3. Aplicações e estudos empíricos

Lacity e Hirschheim (1993) demonstraram empiricamente que esta perspectiva desempenha um papel importante na compreensão das decisões de *outsourcing*, que devem ser analisadas tendo em conta: o poder do departamento que, eventualmente, irá ser objecto de *outsourcing*; os interesses velados dos diferentes grupos organizacionais e as tácticas políticas por eles utilizadas para influenciar as decisões em seu benefício. Outros autores, como Hodge (1998), acentuam que um dos principais objectivos do *outsourcing*, em muitas áreas, tem sido a redução do poder negocial dos sindicatos. Através da contratação, introduz-se maior flexibilidade no número de trabalhadores e nas práticas de trabalho. Também, num estudo de caso de um hospital rural, na Austrália, realizado por Young (2005b), ficou patente que o *outsourcing* permite diminuir o poder dos sindicatos. Além disso, foi evidente a utilização de tácticas políticas, designadamente a manipulação de dados e o exercício de pressões sobre o conselho de administração, o que terá contribuído para a permanência interna de dois serviços desse hospital que equacionava a hipótese do *outsourcing*, em várias áreas (incluindo a radiologia, patologia, manutenção de parques e jardins, manutenção de equipamentos e alimentação).

Goodstein *et al* (1996) procuraram avaliar em que medida os diferentes níveis de poder dos médicos e dos gestores hospitalares condicionam o nível de contratação de serviços externos. Atendendo a que o *outsourcing* ameaça interesses e poderes existentes no interior das organizações, estes interesses podem influenciar negativamente as decisões de contratação no exterior. O estudo foi realizado nos EUA, em finais dos anos 80, tendo sido admitidas as seguintes hipóteses:

- quanto maior o poder dos médicos nos hospitais, menor a proporção de serviços médicos contratados a outros prestadores de cuidados de saúde;
- quanto maior o poder dos gestores no hospital, maior a proporção de serviços médicos contratados externamente;
- os efeitos do poder dos médicos e do poder dos gestores, sobre a contratação de cuidados de saúde, foram reforçados, após a implementação de um sistema prospectivo de pagamento, em 1983, porque este introduziu grande pressão concorrencial sobre os hospitais, obrigando-os a tomar medidas de contenção dos custos e a encontrar novas fontes de rendimento.

Assim, procuraram estimar o seguinte modelo:

- Variável dependente: percentagem de serviços auxiliares contratada;
- Variáveis independentes:
  - número de médicos *per capita* na região;
  - percentagem de médicos no conselho de administração;
  - número de *Health Management Organizations per capita* nesse mercado;
  - percentagem de gestores profissionais no conselho de administração;
  - variável *dummy* distinguindo hospitais com fins lucrativos;
  - margem de lucro do hospital;
  - percentagem de rendimentos provenientes do Medicare;
  - dimensão do hospital.

Foram considerados 62 serviços auxiliares, tais como cirurgia de ambulatório, terapia de reabilitação e tomografias axiais computorizadas. Julga-se que o controlo directo por parte dos médicos deste tipo de serviços tem constituído uma estratégia importante na manutenção do domínio da profissão médica sobre outras profissões (por exemplo, técnicos ou terapeutas).

Estimaram-se dois modelos: um, para o período que antecedeu a implementação do mecanismo de pagamento prospectivo (1980-1983) e outro, após essa implementação (1984-1986), tendo-se obtido os seguintes resultados:

- apoio para a hipótese de relação positiva entre o número de médicos *per capita* e a contratação de serviços médicos. Esperava-se que o poder intra-organizacional dos médicos seria tanto maior, quanto menor o número de médicos *per capita*, o que conduziria a menor contratação externa. Todavia, é possível admitir que a variável número de médicos *per capita* esteja relacionada, não com o poder dos médicos, mas com o número de fornecedores externos disponíveis. Por exemplo, numa zona rural, há menor número de médicos, mas também menor número de fornecedores externos;
- relação negativa, com significado estatístico, entre a percentagem de médicos no conselho de administração e a contratação externa;
- relação positiva entre a proporção de gestores profissionais no conselho e a percentagem de contratação;
- maior percentagem de contratação nos hospitais lucrativos, onde se espera que o poder dos gestores profissionais seja relativamente mais elevado;
- menor contratação em mercados onde existiam mais "*Health Management Organisations" per capita*, contrariamente ao esperado.

3.5.4. "Armadilhas" do *status quo* e dos custos irreversíveis

Num artigo muito interessante publicado na *Harvard Business Review*, Hammond *et al* (1998), com base em investigações realizadas em laboratório e "no terreno", concluem que há algumas "armadilhas" que podem prejudicar uma correcta tomada de decisão por parte dos gestores. Duas delas são particularmente pertinentes para o presente estudo: a armadilha do *status quo* e a armadilha dos custos irreversíveis. Demonstra-se que os gestores revelam forte enviesamento por alternativas que perpetuam o *status quo* e realizam escolhas que legitimam decisões passadas (investimentos irreversíveis, por exemplo), mesmo quando essas opções já não parecem adequadas, com receio de admitirem que erraram.

Roodhooft e Warlop (1999) (cf. 3.2.2.3) mencionam que os gestores podem ter incentivos para manterem ou distorcerem informações que, eventualmente, beneficiem a opção de *outsourcing*, porque tal pode ameaçar a sua base de poder na organização

(p. 365). Os gestores que, no passado, foram responsáveis pela decisão de internalização, evitam o *outsourcing* com receio de que tal aparente ser a correcção de um erro anterior (Roodhooft e Warlop (1999)). Temem prejudicar o modo como os restantes membros da organização percebem a sua competência, ou seja, receiam diminuir o seu poder. Em alguns estudos, citados por Roodhooft e Warlop (1999), encontra-se maior enviesamento pelos custos irreversíveis, quando o decisor se considera responsável pelos investimentos passados. Curiosamente, mesmo quando a investigação permite excluir estas considerações (o que se verificou no estudo destes autores, já que as situações eram simuladas), observaram-se enviesamentos.

Em suma, numa interpretação à luz da Perspectiva Política das organizações, os receios de diminuição de poder podem conduzir a situações de manutenção do *status quo* ou de legitimação de investimentos irreversíveis[125].

3.5.5. Conclusão

Nos processos de tomada de decisão, os receios de diminuição ou o desejo de aumento de poder por parte dos agentes envolvidos podem, porventura, influenciar as estratégias e tácticas políticas por eles utilizadas para enviesar as decisões de *outsourcing* em benefício próprio. Na verdade, e tal como assegura Pfeffer (1992), o menor controlo sobre os recursos reduz o poder dos agentes. Se, como é legítimo admitir, o *outsourcing* altera o controlo sobre os recursos e as relações de poder, então, os interesses velados dos agentes envolvidos no processo de tomada de decisão podem influenciar deliberações neste sentido.

[125] Sobre a manutenção do *status quo* é oportuno relembrar algumas razões relacionadas com o percurso da empresa (*path dependence*) e os custos de mudança como "barreiras à saída" de um modo de governação (cf. 3.4.5. Comparação com a Teoria Evolucionista). Por outro lado, pode existir aqui um conflito entre os interesses do gestor (na manutenção da sua reputação) e os interesses da organização, que estão no centro da Teoria da Agência.

3.6. Teoria Institucional

3.6.1. Aspectos fundamentais

Enquanto a perspectiva económica defende que as organizações adoptam um comportamento racional, procurando a eficiência e a maximização do lucro, a Perspectiva Institucional procura explicar alguns comportamentos aparentemente irracionais das organizações, salientando a importância de outros factores (Walston e Kimberly (2001)), como dinâmicas sociopolíticas e "mitos"[126].

Através da adopção de formas estruturais que são prevalecentes na envolvente, as empresas obtêm ou mantêm legitimidade (DiMaggio e Powell (1983)). À medida que vai aumentando o número de adoptantes, as estruturas e programas tornam-se padrões do sector. A adopção destas formas estruturais é meramente simbólica (Arndt e Bigelow (1992)). Origina-se um efeito de imitação ("*bandwagon effect*") em que se pressupõe a existência de benefícios, sem que tenha havido compreensão clara dos verdadeiros resultados. A aceitação institucional das suposições torna-se mais importante do que o apoio empírico (Luke e Walston (2003)). Consoante as regras vão sendo generalizadamente aceites, as organizações ficam cada vez mais semelhantes.

DiMaggio e Powell (1983) reconhecem três processos através dos quais as organizações adoptam estruturas institucionalizadas e se tornam idênticas:

- Coerção resultante de pressões formais e informais, exercidas por outras organizações, das quais estão dependentes, e por expectativas culturais da sociedade na qual estão inseridas.
- Imitação. De modo a fazerem face à incerteza, as organizações procuram imitar soluções percebidas como legítimas e bem sucedidas.
- Pressões normativas decorrentes sobretudo da profissionalização. Embora os vários tipos de profissionais existentes no interior de uma organização sejam bastante distintos entre si, são muito semelhantes aos respectivos colegas de profissão noutras organizações, mantendo contactos regulares.

[126] De acordo com Luke e Walston (2003), p. 301, os mitos ocorrem, mais frequentemente, quando existe ambiguidade causal entre os processos organizacionais e os padrões utilizados para avaliar a produção, o que é habitual nos cuidados de saúde.

Estes autores relevaram ainda, que, enquanto os adoptantes iniciais de uma inovação organizacional são motivados por um desejo comum de melhoria do desempenho, à medida que a inovação se começa a difundir, é atingido um nível a partir do qual a adopção tem por finalidade a legitimidade e não a melhoria de desempenho (p. 148) [127]. Considera-se, por vezes, que as estratégias relativas à integração vertical têm estado sujeitas a diferentes "modas" (Grant (2008)). Enquanto, em grande parte do século XX, a convicção generalizada era que a integração vertical era benéfica, na medida em que permitia uma maior coordenação e segurança, nos últimos 20 anos, têm-se privilegiado os benefícios do *outsourcing* em termos de flexibilidade e de desenvolvimento de capacidades especializadas em actividades particulares.

Num famoso estudo realizado no sector bancário, nos EUA, Ang e Cummings (1997) concluem que as influências institucionais, sobretudo por parte dos reguladores, constituem explicações importantes para o recurso ou não ao *outsourcing* de sistemas de informação. O "efeito seguidismo" é mais significativo na explicação do *outsourcing* dos bancos de pequena dimensão. Os bancos maiores, antes de imitarem os seus concorrentes, efectuam uma análise mais cuidada dos benefícios económicos e estratégicos que poderão obter. De modo semelhante, Mol (2007) revê algumas situações de *outsourcing* que parecem indiciar a existência de uma ligação entre efeitos de imitação institucionais e os processos de *outsourcing*.

3.6.2. Aplicações e estudos empíricos na área da saúde

3.6.2.1. Integração das instituições de saúde, nos EUA

A Teoria Institucional mostra-se útil para compreender os fenómenos de integração que ocorreram, nos EUA, em finais dos anos 90, e que se descrevem brevemente. Durante grande parte do século XX, nos EUA, a relação entre os médicos e os hospitais foi de

[127] Alguns autores (Abrahamson e Rosenkopft (1993)) distinguem as pressões de imitação institucionais das concorrenciais. No primeiro caso, admite-se que é o facto de existir já elevado número de organizações que adoptou determinada estrutura ou inovação que conduz à sua adopção por outras organizações (e não uma avaliação individual do interesse dessa opção). Noutros casos [Abrahamson e Rosenkopft (1990), "When do Bandwagon diffusions roll? How far do they go? And when do they roll backwords: a computer simulation", *Academy of Management Best Paper Proceedings*, pp. 155-159], as pressões para a imitação decorrem da ameaça de perda da vantagem competitiva. As organizações procuram evitar o pior cenário, em que estão em grande desvantagem competitiva, ao terem desempenho inferior à média das organizações.

"independência": os médicos utilizavam as instalações hospitalares, mas não existia nem uma propriedade comum, nem um contrato formal entre ambos. Este tipo de relacionamento alterou-se, profundamente, com o aparecimento dos cuidados de saúde geridos (Robinson (1997)). Para além de se terem observado fenómenos de fusão (integração horizontal) entre hospitais e entre médicos (Bazzoli *et al* (2004)), registaram-se, igualmente, fenómenos de integração vertical entre instituições de saúde e médicos, dando origem a "sistemas de prestação integrados".

Um "sistema de prestação integrado" (IDS - *integrated delivery systems*) abrange toda a função de produção de cuidados de saúde, combinando vários estádios sucessivos de produção e distribuição de serviços médicos numa só organização (Feldstein (2005), p. 269). A estrutura de propriedade é única, existe uma cadeia de autoridade e as demonstrações financeiras são comuns (Robinson (1997), p. 6). Alguns destes sistemas também contêm uma componente de seguros. Os médicos, directa ou indirectamente (através de uma organização afiliada não lucrativa, por motivos legislativos), passaram a ser empregados do sistema, recebendo todos os seus pacientes, através da organização a que pertencem, embora o sistema integrado receba os seus doentes, através de vários planos de saúde, com quem celebra contratos (Robinson (1997)).

Previamente ao aparecimento destes sistemas, os hospitais concorriam entre si pelas afiliações de médicos, e, por conseguinte, pelas admissões de doentes. Concordavam com todas as exigências de novos equipamentos, com a subocupação de camas e adoptavam atitudes de deferência perante os médicos. O resultado desta concorrência não preço era que, quanto maior o número de hospitais num determinado local, maior a duplicação de serviços e o excesso de cuidados. Daí resultou uma espiral de utilização e despesas, que veio a dar origem àquilo que é conhecido como os cuidados de saúde geridos. Entre os hospitais e os doentes potenciais passaram a estar os planos de saúde (e não os médicos). Por outro lado, em vez de concorrerem pelos médicos com base na tecnologia e nas instalações, os hospitais começaram a competir pelos contratos de saúde gerida, com base no preço e nos serviços. Os médicos ficaram em risco, porque os planos de saúde oferecem doentes "em quantidade" para as redes de clínicas que estão na disposição de diminuir os seus preços e cooperar na revisão de utilização, ou que assumem o risco e a responsabilidade dos pagamentos por capitação. Na medida em que

os doentes escolhem planos de saúde com prémios mais baixos, o modelo tradicional de relações hospitais-médicos entrou em colapso (Robinson (1997)).

Por outro lado, como explicita Feldstein (2005), a mudança para pagamentos por Grupo Diagnóstico Homogéneo (GDH) também aumentou a interdependência entre os hospitais e as unidades de cuidados continuados (*nursing homes*). Com um sistema de pagamento por GDH, os hospitais têm incentivos financeiros para dar altas precoces. Contudo, muitos doentes, sobretudo os mais idosos, não estão aptos para ir imediatamente para casa, precisando de cuidados de enfermagem e as *nursing homes* tinham incentivos para aceitar os doentes com menor severidade de doença, visto que são reembolsadas pela Medicare, de acordo com preços fixos. Dada a incerteza na obtenção de vagas para os seus doentes, os hospitais passaram a adquirir unidades de cuidados continuados. Era custoso para o hospital estar a negociar contratos sempre que um doente tinha alta hospitalar, já que cada doente tem necessidades distintas e as datas de alta não são previsíveis. A dependência dos hospitais relativamente aos médicos e a dificuldade na especificação de contratos detalhados estiveram na origem da integração.

Ao coordenarem os cuidados de diferentes contextos (hospitalar, ambulatório, domiciliário, etc.), as organizações integradas esperavam obter vantagens de custo em relação a outros sistemas de prestação menos integrados. Os pacientes poderiam mover-se fluidamente, através do sistema e através de diferentes níveis de cuidados, sem ser necessário repetir serviços ou exames. Uma componente essencial para o sucesso de uma IDS é a existência de incentivos financeiros apropriados entre os vários elementos do sistema: médicos dos cuidados primários, especialistas, administradores hospitalares, etc. Torna-se essencial dispor de um sistema de informação que permita coordenar os cuidados prestados aos doentes, evitando a duplicação de exames.

Embora muitas organizações tenham tentado a integração vertical, poucas, se alguma, foram bem sucedidas (Feldstein (2005); Burns *et al* (2005); Burns e Pauly (2002); Kaissi e Begun (2008)). Inclusivamente, alguns hospitais revenderam os consultórios aos médicos, com a ajuda dos advogados e dos consultores que os tinham auxiliado na

aquisição inicial[128]. Segundo Feldstein (2005), houve hospitais que, rapidamente, concluíram que a produtividade dos médicos tinha diminuído, em consequência da alteração dos seus incentivos financeiros. Outros hospitais compreenderam que os incentivos financeiros dos grupos médicos estavam em conflito com os incentivos do hospital. Também não houve capacidade para desenvolver os sistemas de informação necessários à coordenação de cuidados, no interior do sistema global de prestação. Os médicos, por outro lado, entendiam que o hospital detinha demasiado controlo. A falta de uma cultura de cooperação entre as instituições sem fins lucrativos e os médicos afiliados também limitou a integração da organização.

Paralelamente, vários grupos médicos de maior dimensão (baseados nos cuidados primários) acreditavam que deviam ser as suas organizações a assumir as responsabilidades contratuais pela gestão dos cuidados de internamento e de ambulatório, sem serem propriedade de um sistema hospitalar. Os médicos e os hospitais poderiam estar virtualmente integrados, através de relações contratuais, em vez de estarem verticalmente integrados, através de uma propriedade comum (Robinson (1997)). Neste modelo de relações médicos-hospitais, as duas componentes centrais do sistema de prestação são autónomas, do ponto de vista organizacional, embora interdependentes, do ponto de vista financeiro (o que resulta dos pagamentos por capitação). Os médicos pertencem a um grupo médico muito estruturado e negoceiam acordos contratuais detalhados com o hospital para os cuidados de internamento ou para serviços auxiliares, como cirurgias em ambulatório. Os planos de saúde pagam aos grupos médicos numa base de capitação pelos serviços profissionais e, nalguns casos, também pelos serviços hospitalares. O hospital funciona como um fornecedor do grupo médico.

Todavia, poucos grupos médicos foram bem sucedidos a integrar a prestação de cuidados médicos (Feldstein (2005)). Estes grupos não detinham experiência de gestão, capital necessário à expansão, sistemas de informação ou cultura de grupo que lhes permitissem operar em conjunto. Vários grupos médicos de grande dimensão venderam

[128] Devereux, P. (2000), "Keep the Doctors in House", *Modern Healthcare*, vol. 30, Nº 43, pp. 70 e Kirchheimer, B. (2000), "Physician Regrouping", *Modern Healthcare*, vol. 30, Nº 33, pp. 44 (referido por Kaissi e Begun (2008)).

os seus activos a empresas de gestão de médicos cotadas em bolsa, em troca de capital e da sua experiência de gestão, mas, mesmo assim, não obtiveram sucesso. Quer as empresas de gestão de médicos, quer os grupos médicos foram prejudicados, em termos financeiros.

Como reconhecem Arndt e Bigelow (1992), p. 100, os processos que conduzem ao isomorfismo das instituições (DiMaggio e Powell (1983)) estão presentes nos hospitais:

- Operam numa envolvente altamente regulada;
- Procuram responder à incerteza da envolvente, "imitando" as organizações que são percebidas como líderes e bem sucedidas;
- Enfrentam constrangimentos impostos pelos grupos profissionais, em particular, pelos médicos e pelos administradores. A similaridade na educação e os contactos através das organizações profissionais criam uma base de conhecimento comum, bem como normas profissionais idênticas.

Ainda em 1992, Arndt e Bigelow utilizaram a Teoria Institucional para explicar o padrão de difusão da integração vertical, entre os hospitais americanos. Realçaram que, na fase inicial de difusão, foi a busca de eficiências internas e de poder de mercado que originou a integração vertical por parte dos hospitais. Contudo, após a legitimação deste comportamento, estiveram mais em causa forças institucionais do que forças de mercado: "*a desire for legitimacy rather than a desire for economic efficiency may better describe the primary motivations of late adopters. While both perceived efficiency and legitimacy are motives for adoption (…), late adoption may proceed even if it conflicts with efficiency criteria (…)" (*Arndt e Bigelow (1992), p. 106). Deve, pois, fazer-se distinção entre os adoptantes iniciais e finais, porque eles diferem quanto às suas motivações de base, características e relações com a envolvente.

Dez anos mais tarde, Burns e Pauly (2002) revêem o fenómeno das redes de prestação integradas e sugerem que a imitação da integração resultou em parte da repetição exaustiva de alguns pressupostos (a título de exemplo, que a integração permitia obter economias de escala), que foram tomados como factos inquestionáveis. Por outro lado, os autores sugerem que, através da aquisição de grupos médicos (*group practices*), os

hospitais entraram em áreas de negócio que não compreendiam e para as quais não dispunham de competências de gestão. Subestimaran as necessidades de gestão, geriram os consultórios com sistemas de informação inapropriados (porque se destinavam a situações de internamento) e imputaram-lhes demasiados custos fixos hospitalares.

3.6.2.2. Adopção de outras inovações de gestão

Walston e Kimberly (2001) verificaram que muitos hospitais americanos recorriam a uma inovação de gestão (no caso em apreço, a reengenharia), apenas porque outros o faziam. Mostraram que, quer a adopção, quer a extensão, com que é utilizada a reengenharia, é função de factores económicos e institucionais. Todavia, as influências institucionais, muitas vezes, motivam adopções superficiais ou menos intensas. Observaram, também, que os hospitais raramente avaliam de modo sistemático os resultados das inovações de gestão. De igual modo, Burns e Pauly (2002), pp. 134-135, afirmam: "*the history of the adoption of managerial innovations and new corporate forms in the hospital industry reveals the strong presence of local imitation and industry wide bandwagon effects.*" Já Kaissi e Begun (2008), a partir das entrevistas realizadas a 20 executivos do sector da saúde norte-americanos, concluíram que todos, excepto um, reconheciam que as suas organizações seguiam "modas" nas suas estratégias.

3.6.3. Conclusão

Do exposto se depreende que os gestores devem ter consciência das influências institucionais que os podem afastar das decisões óptimas. Quanto aos investigadores, é necessário que reconheçam que "as decisões de adopção" e o "grau de adopção das inovações" são processos distintos com diferentes determinantes, em que podem estar envolvidos outros factores, para além de factores económicos (Walston e Kimberly (2001), pp. 220-1).

3.7. Teoria dos Direitos de Propriedade

3.7.1. Aspectos Fundamentais

Num mundo de informação perfeita e sem limitações em termos de racionalidade, seria fácil redigir e fazer cumprir contratos de longo prazo que impedissem comportamentos oportunistas. Todavia, isso poderia envolver custos muito elevados: "*It may be extremely costly to write a contract that specifies unanbiguously the payments and actions of all parties in every observable state of nature."(*Grossman e Hart (1986), p. 695). Daí que se assume o pressuposto de que os contratos são necessariamente incompletos e alguns autores (por exemplo, Foss (1996)) intitulam esta abordagem de "Teoria dos Contratos Incompletos". É esta ideia base, também partilhada pela Teoria dos Custos de Transacção, que serve de inspiração à abordagem dos Direitos de Propriedade. No entanto, a Teoria dos Direitos de Propriedade (Hart (1995); Grossman e Hart (1986)) e, em particular o modelo defendido por Hart (1995), demonstra que, mesmo em situações de custos de transacção muito elevados, a não integração pode ser preferível, não existindo "*a simple monotonic relationship between transaction costs and integration*" (Hart (1995), p. 54).

Sendo os contratos incompletos, a "empresa" é definida pelo conjunto de activos (físicos ou não humanos) dos quais é proprietária (Grossman e Hart (1986), p. 692). Se dois activos diferentes são do mesmo proprietário, então temos uma empresa única integrada; se os activos pertencem a entidades diferentes, então existem empresas diferentes, estabelecendo-se relações de mercado entre si. A ideia básica, segundo Hart (1995) é que: "… *firms arise in situations where people cannot write good contracts and where the allocation of power or control is therefore important.*"

Dito de outra forma, como os contratos são incompletos, é importante ter presente que o poder[129] ou controlo *ex-post* pertence ao proprietário dos activos cujas utilizações estão previstas no contrato. Nas palavras de Grossman e Hart (1986), p.695:

"… the owner of an asset has the residual rights of control of that asset, that is, the right to control all aspects of the asset that have not been explicitly given away by contract."

[129] Neste contexto, segundo Hart (1995), pp. 3-4: "*power refers roughly to the position of each party if the other party does not perform (e.g. if the other party behaves opportunistically)*".

Assim, as decisões sobre a propriedade dos activos – e, consequentemente, sobre as fronteiras das empresas – são importantes, porque o controlo sobre os activos dá ao seu proprietário poder de negociação, quando surgem situações imprevistas ou não cobertas pelo contrato que obrigam ambas as partes a renegociar a continuidade da relação (Holmstrom e Roberts (1998)).

Esta teoria é utilizada para descrever as situações em que as empresas podem obter vantagens com a realização de fusões. Não havendo custos contratuais, não existiriam quaisquer benefícios associados à realização de uma fusão (quer horizontal, quer vertical) entre duas empresas: seria suficiente a celebração de um contrato, especificando as obrigações de ambas as partes em todas as eventualidades. Contudo, a partir do momento em que se reconhece que os contratos são incompletos, é possível justificar a realização de fusões. Hart conclui que as fusões entre empresas com activos complementares acrescentam valor, enquanto as fusões entre empresas com activos independentes reduzem valor. Na verdade, quando os activos são complementares e os proprietários diferentes, então nenhum deles tem realmente poder, porque um não consegue executar qualquer tarefa sem recorrer ao outro. É, portanto, preferível a concentração de poder através de fusão. Em contraposição, no caso de fusão entre empresas com activos independentes, o proprietário da empresa adquirente pouco poder útil obtém com a fusão, porque os activos da empresa adquirida são irrelevantes para as suas actividades e o proprietário da empresa adquirida perde poder útil, pois já não dispõe de autoridade sobre os activos com os quais trabalha. Nesta situação, é mais vantajoso dividir o poder entre os proprietários, mantendo as empresas separadas.

Como o próprio autor reconhece (Hart (1995), pp. 53-54), este modelo explica a tendência actual de *outsourcing*: a maior flexibilidade tecnológica permite que um activo possa ser facilmente modificado para se adaptar às exigências de novo parceiro comercial, o que significa que os activos se estão a tornar menos complementares. Este modelo permite, também, compreender o maior recurso ao mercado nas fases de maturidade dos sectores, tal como foi defendido por Stigler (1951)[130]. Como no início

[130] Stigler argumentava que, nas fases iniciais do seu desenvolvimento, os sectores são necessariamente de pequena dimensão, o que impede a instalação de fornecedores especializados. Por isso, estas fases são caracterizadas pela integração. Contudo, com a expansão do sector, a situação de não integração torna-se óptima, porque a maior dimensão de mercado permite a instalação dos fornecedores mais eficientes.

da vida de um sector, existem poucas empresas (provavelmente, uma única empresa), não há parceiros comerciais alternativos, pelo que as complementaridades entre os fornecedores e os utilizadores dos factores são muito elevadas. A situação óptima é a integração. Porém, quando o mercado assume uma dimensão capaz de abarcar número suficiente de compradores e vendedores, as complementaridades diminuem e a não integração acaba por ser a melhor opção[131].

Ao contrário da Teoria dos Custos de Transacção, esta teoria demonstra que, mesmo em situações de custos de transacção muito elevados, a não integração pode ser preferível, recusando, por isso, a explicação de que o fenómeno do *outsourcing* resulta da diminuição dos custos de transacção associada aos avanços nas tecnologias de informação.

3.7.2. Aplicações

3.7.2.1. Privatizações e Parcerias público-privadas

De acordo com Hart (2003), existe grande paralelismo entre a teoria da empresa e a teoria da privatização. Na literatura da integração vertical, consideram-se duas empresas, A e B, que, basicamente, podem tomar uma de duas opções: ou estabelecem um contrato de longo prazo entre si, de modo a viabilizar a realização de um investimento específico à relação, mas mantendo-se como empresas independentes; ou realizam uma fusão e desenvolvem a transacção no interior de uma única empresa. Na literatura sobre privatizações, coloca-se uma questão análoga. Sendo A o governo e B uma empresa fornecedora (de electricidade ou de serviços prisionais, por exemplo), pode estabelecer-se um contrato entre ambas ou A pode adquirir (nacionalizar) B. Como é óbvio, há algumas diferenças importantes entre as duas situações.

[131] Note-se que também a Teoria dos Custos de Transacção apresenta uma justificação para o facto de existir maior recurso ao mercado nas fases de maturidade dos sectores (Williamson (1979), p. 254)): *"To the extent that uncertainty decreases as an industry matures, which is the usual case, the benefits that accrue to integration presumably decline. Accordingly, greater reliance on obligational market contracting is commonly feasible for transactions of recurrent trading in mature industries"*. Williamson critica a Teoria de Stigler e defende que, se não existisse oportunismo, as empresas rivais poderiam fornecer o bem em causa, não sendo necessário incorrer nos referidos custos de instalação (Williamson (1975), pp. 16-19).

Apesar das diferenças, segundo Hart (2003), as decisões de integração vertical e de privatização têm mais aspectos em comum. Ambas se preocupam em saber se é melhor regular uma relação através de um contrato ou através da transferência de propriedade. Seria então de esperar que ambas as literaturas se tivessem desenvolvido de modo semelhante. Contudo, não foi isso que aconteceu. Enquanto muita da literatura sobre a teoria da empresa tem adoptado uma perspectiva de "contratos incompletos", em que as ineficiências surgem, porque é difícil prever e celebrar contratos para um futuro incerto, a maioria da literatura sobre privatização tem adoptado uma perspectiva de contratação "completa", em que as imperfeições surgem devido ao risco moral ou à informação assimétrica.

Na perspectiva de Hart (2003), a propriedade só é relevante quando os contratos são incompletos. Se for possível celebrar contratos completos (quer com os empregados, quer com uma empresa prestadora de serviços), o governo poderá alcançar os mesmos resultados em ambas as situações (Hart *et al* (1997))[132]. Porém, se os contratos forem incompletos, é preferível ser o governo a deter a propriedade de prisões ou de companhias de electricidade. Todavia, no modelo tradicional de direitos de propriedade (Hart (1995)), é possível conseguir os investimentos *ex-ante* apropriados, sobretudo em capital humano, através da propriedade. Se a empresa A adquire B, então A, tendo mais direitos residuais de controlo, tem maior poder negocial na situação de surgirem circunstâncias não antecipadas. Como A consegue maior retorno para o seu investimento, investe mais. Contudo, por outro lado, o incentivo de B para investir é menor. A afectação óptima da propriedade terá de considerar estes dois efeitos de sinal contrário. Aplicando esta lógica à situação de privatização, concluímos que se o governo adquire uma empresa de electricidade ou uma prisão, a entidade governamental responsável pela prisão irá investir mais (terá mais ideias, será mais empreendedora), mas, em contrapartida, o gestor da prisão, que anteriormente era proprietário e agora é apenas empregado – irá investir menos. Este último efeito – de que um empregado governamental será menos empreendedor do que um gestor-proprietário – parece muito

[132] Se o governo sabe com exactidão aquilo que pretende, pode estipulá-lo contratualmente ou legislar sobre a matéria (Shleifer (1998)). Deste modo, o argumento de que, nos serviços postais, as empresas privadas nunca serviriam as regiões rurais (porque não são rentáveis) não é válido. O governo pode fazer tal exigência, quando efectua um concurso público, ou pode regular a actividade das empresas, quando a entrada é livre.

plausível, embora a ideia de que a propriedade governamental conduz a maior empreendedorismo por parte dos burocratas já não pareça tão plausível.

Hart *et al* (1997) procuram, então, através de um modelo teórico comparar uma situação de prestação pública (em que o governo possui uma prisão e contrata um gestor para a gerir) com uma situação de prestação privada (em que o governo contrata uma empresa privada para gerir a prisão, durante certo período de tempo). As características do produto relativamente às quais o contrato é incompleto são designadas por "qualidade não passível de contratação" (a título de exemplo, o modo como são tratados os prisioneiros).

Os autores ignoram os investimentos por parte do governo, mas consideram que o gestor da prisão pode realizar dois tipos de investimento:

1. Pode investir em ideias que aumentam a eficiência e a qualidade dos serviços prisionais, por exemplo, desenvolvendo novos programas de reabilitação;

2. Pode tentar encontrar formas de diminuir os custos e a qualidade dos serviços prestados, apesar de continuar a cumprir o que está estipulado contratualmente.

Um gestor público tem poucos incentivos para desenvolver qualquer um destes tipos de actividade, porque o gestor não é o proprietário, pelo que recebe apenas uma pequena fracção do retorno do investimento. Por seu turno, na segunda hipótese, encoraja-se a realização do primeiro tipo de investimento, mas, infelizmente, também do segundo tipo de investimento. A escolha entre as alternativas depende de qual destes dois efeitos é mais importante. Hart *et al* (1997) mostram que as empresas privadas têm maior incentivo para reduzir custos (e, consequentemente, a qualidade) do que um prestador público. Como certos aspectos da qualidade não são contratualizáveis, é difícil concluir que o prestador privado não está a prestar o nível de serviço contratualmente estabelecido. Em consequência, os incentivos do prestador para diminuir os custos são superiores aos incentivos para manter ou aumentar a qualidade do serviço ("*quality shading hypothesis*"). Por isso, em prisões privadas, os presos podem ser maltratados por guardas mal pagos e sem formação; os hospitais privados podem recusar-se a tratar doentes que dão prejuízo, etc. (Shleifer (1998)). Nestas situações, existem fortes

incentivos que conduzem a resultados ineficientes ou, visto de outra forma, o produtor eficiente terá necessidade de alguns incentivos (*soft incentives*). Ironicamente, de acordo com Shleifer (1998), o governo torna-se o produtor eficiente pela simples razão de os seus funcionários não estarem motivados para encontrar formas de diminuir os custos!

Apesar de tudo, no entender de Shleifer (1998), não basta que as oportunidades de redução de custos que conduzem a uma deterioração da qualidade não contratável sejam significativas. A propriedade governamental só será superior se se verificarem algumas circunstâncias adicionais[133]:

1. A inovação, em termos relativos, não tem importância. Isto é, os benefícios conseguidos com o investimento do primeiro tipo são inferiores aos custos associados ao investimento do segundo tipo. Muitas vezes, isso não acontece. A propriedade privada das companhias telefónicas é apontada como uma das causas da revolução nas telecomunicações.
2. A concorrência é fraca e não há possibilidades de escolha por parte dos consumidores. Caso contrário, os consumidores insatisfeitos optam por mudar de empresa fornecedora.
3. Os mecanismos de reputação são fracos ou pouco relevantes.

O modelo de Hart *et al* (1997) difere do modelo tradicional dos direitos de propriedade por duas vias. Primeiro, apenas uma das partes (o gestor da prisão) investe, embora realizando dois tipos de investimento. Segundo, o contrato entre o governo e o gestor de serviços prisionais desempenha um papel fundamental – define o grau em que há hipótese de ocorrer deterioração da qualidade. Em contraste, no modelo tradicional dos direitos de propriedade (Hart (1995)), assume-se que os contratos de longo prazo são de tal forma incompletos que não têm utilidade (Hart (2003)).

Em 2003, Hart desenvolveu o modelo de Hart *et al* (1997) para analisar as parcerias público-privadas (PPP). Pressupõe-se, agora, que toda a prestação é privada e que quer a

[133] No entender de Shleifer (1998), são escassas as actividades que "sobram" para o sector público, mas um exemplo é a manutenção do Air Force One do Presidente dos EUA, onde é fácil verificar a existência das circunstâncias descritas. Note-se que todos estes argumentos se apoiam na importância dos incentivos para inovar ou reduzir custos. Nalguns casos, nem a inovação, nem a redução de custos são cruciais e o facto de os contratos serem incompletos decorre de nem sempre os governos saberem exactamente aquilo que querem, desejando não ter de pagar muito, quando "mudam de ideias". Nestes casos, a propriedade pública é preferível.

construção das instalações, quer a prestação de serviços ficam a cargo do sector privado. Mais uma vez, há dois tipos de investimento: um, produtivo, que melhora a qualidade e a eficiência (das prisões); outro, improdutivo, que reduz os custos totais e a qualidade. Comparam-se duas situações: uma, em que os contratos de construção e de prestação do serviço podem ser adjudicados a entidades diferentes e outra, em que ambos os contratos são adjudicados à mesma entidade (situação habitual nas PPP). Conclui-se que a situação tradicional (adjudicação a diferentes entidades) é benéfica, quando é possível especificar claramente a qualidade do edifício, mas não a qualidade do serviço a prestar. Pelo contrário, as PPP (adjudicação à mesma entidade) serão preferíveis nos casos em que a qualidade do serviço pode ser bem especificada no contrato inicial (ou, mais genericamente, quando há boas medidas de desempenho, que possam ser utilizadas para recompensar ou penalizar o prestador de serviços), mas não a qualidade do edifício (construção).

Sendo assim, infere Hart (2003), parece que as prisões e as escolas podem ser englobadas na primeira categoria: a contratação sobre a construção é relativamente simples, enquanto a contratação do serviço poderá não o ser. Por outro lado, curiosamente, no entender do autor, os hospitais podem, ser englobados na segunda categoria: embora a especificação da qualidade do serviço possa não ser fácil, será, talvez, mais simples encontrar medidas de desempenho razoáveis, quanto à forma como os doentes são tratados, do que especificar as características de um edifício complexo. Daí que as PPP em que há inclusão da exploração clínica possam ser preferíveis à adjudicação da construção e da prestação de serviços a entidades distintas.

3.7.2.2. Propriedade dos equipamentos necessários à prestação de serviços

Domberger e Jensen (1997) utilizam esta teoria para comparar e explicar a repartição da propriedade dos equipamentos necessários à prestação de serviço, em três situações distintas: actividades de limpeza, recolha de lixo e estabelecimentos prisionais.

No que diz respeito ao *outsourcing* das actividades de limpeza, o nível de investimento em capital é reduzido, já que estes serviços são intensivos em trabalho. Neste caso, a questão de quem deve possuir a propriedade dos activos físicos (como os aspiradores e

escovas) é trivial: devem pertencer ao prestador de serviços. Estes activos não são específicos ao contrato, sendo de fácil substituição ou transferência para outras actividades semelhantes prestadas pela empresa fornecedora.

No respeitante à recolha de lixo, o nível de investimento em capital é moderado, mas significativamente mais elevado do que na actividade de limpeza: são necessários veículos especializados e esses veículos exigem manutenções periódicas. A propriedade destes veículos pertencerá ao sector público ou à empresa prestadora de serviços. No primeiro caso, o sector público efectuaria o *leasing* dos equipamentos no período contratual. Esta situação poderia dar origem a problemas de manutenção[134]. A empresa fornecedora tem poucos incentivos para prolongar a vida económica do equipamento, para além do final do contrato, melhorando a operacionalidade dos veículos (quando esses investimentos são irreversíveis). Em suma, se os activos permanecerem como propriedade pública, há o risco de subinvestimentos. Para ultrapassar estes problemas, a maior parte dos contratos de recolha de lixo estipulam que a propriedade dos veículos deverá pertencer à empresa prestadora. Como estes activos não são específicos de um contrato particular, a duração contratual não tem de permitir a amortização do capital[135].

Se se tratar de estabelecimentos prisionais, o problema é distinto. A construção de uma prisão representa avultado investimento em capital pelo que o rácio capital físico / capital humano é muito elevado. Se as instalações permanecerem como propriedade estatal, mantêm-se os problemas de incentivos já referidos. A empresa prestadora terá, também, consciência do risco de *hold up* sempre que realiza investimentos específicos à relação: a empresa cliente poderá tentar apropriar-se das quase-rendas na fase de renegociação. Uma alternativa será a concessão da propriedade das instalações à empresa fornecedora. Mas neste caso, dados os elevados investimentos em causa, o

[134] Apresentava, todavia, a vantagem de tornar o mercado mais contestável e, nalguns casos, segundo Vining e Globerman (1999), este problema ultrapassar-se-ia incluindo uma cláusula de "utilização e manutenção razoável".

[135] Curiosamente, no Reino Unido, numa situação semelhante, a propriedade das cozinhas e das lavandarias tem permanecido nas autoridades regionais de saúde. Desde 1991-1992, que as empresas externas ou as entidades internas a quem são adjudicados os contratos têm de pagar o *leasing* destes equipamentos às autoridades de saúde (Milne (1993), p. 305). Acontece que as justificações para esta situação são distintas. Por um lado, procurava-se encorajar a participação das empresas comerciais neste mercado, sem as obrigar a realizar investimentos. Por outro lado, pretendia-se impor um custo de capital às entidades internas, de modo a colocá-las em "pé de igualdade" com as empresas externas. Por fim, isso permite explorar a existência de economias de escala e facilita eventual mudança de fornecedor.

contrato terá de ter duração muito longa para se tornar lucrativo. Isto dá origem a dois problemas. Primeiro, fazer cumprir o contrato torna-se difícil, porque a rescisão do mesmo obrigaria a adquirir as instalações. Segundo, os contratos a longo prazo atenuam a força da concorrência *ex-ante* reduzindo, assim, os benefícios potenciais para o comprador. Do exposto se conclui que há custos significativos, em ambas as alternativas.

3.8. Outros factores a considerar

Neste ponto, são referidos alguns aspectos que, embora não constituam perspectivas teóricas, devem ser considerados na análise da problemática das fronteiras verticais da empresa.

3.8.1. Ao nível dos decisores individuais

Como questiona Kay (2000), p. 200:

"However, anyone tracing the history of the theory of the firm over recent years might reasonably begin to wonder where all the decisions have gone. There is not much evidence of individuals actually making decisions (whether of a maximizing or a satisfying kind) in resource-based economics or transaction cost economics. In the former, there are competences and capabilities, but decision making is less visible. In the latter, there is attitude (primarily opportunism), but no clear indications as to how parties with such attitude make decisions."

A análise de casos concretos mostra que, para além de factores ao nível organizacional, existem factores ao nível dos decisores individuais, que influenciam as opções tomadas em matéria de *outsourcing* (Mol (2007), pp. 94-95)[136]. Assim, por exemplo, Abrahamson (2004)[137] descreve como uma actividade na Cisco foi transferida para um fornecedor externo, depois internalizada e, posteriormente, mais uma vez externalizada. Abrahamson sugere que cada novo gestor tinha concepção diferente quanto aos méritos do *outsourcing*, o que conduzia a mudanças nas decisões, sempre que essa pessoa era substituída. Em entrevistas, Mol (2007) encontrou situações semelhantes em que novas equipas de gestão traziam opiniões (e políticas) distintas sobre o *outsourcing*. Por vezes, tais opções estão relacionadas com a idade dos gestores. Enquanto os gestores mais

[136] Como aliás se demonstrou na Perspectiva Política das Organizações (cf. ponto 3.5).
[137] Abrahamson (2004), *Change Without Pain*, Boston: Harvard Business School Press. Referido por Mol (2007).

velhos são de um período em que a integração vertical era uma estratégia mais popular, os gestores mais novos e com formação recente mostram tendência para o *outsourcing*. Aprenderam a importância da concentração nas competências nucleares, bem como o valor potencial das relações com os fornecedores.

3.8.2. Dimensão das organizações, economias de escala e de gama

Partindo do pressuposto que as organizações de maior *dimensão* podem beneficiar de economias de escala, seria de esperar que recorressem menos ao *outsourcing*. Porém, em vários estudos empíricos (Goodstein *et al* (1996); Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003) e Yigit *et al* (2007)), conclui-se o contrário. Tal facto pode ficar a dever-se a dois motivos: maior complexidade de gestão, associada à maior dimensão, o que torna o *outsourcing* uma opção mais atractiva; por outro lado, quanto maior o valor estimado do contrato, maior o interesse das empresas prestadoras e, em consequência, mais atractivas as suas propostas[138].

Alguns estudos evidenciam que a relação entre a dimensão da instituição e o recurso ao *outsourcing* depende do tipo de actividade em causa. Coles e Hesterly (1998b), como já se referiu em 3.2.2.2, concluíram que, nos serviços gerais, maior dimensão conduzia a maior *outsourcing*, enquanto, nos serviços clínicos, maior dimensão conduzia a menor nível de *outsourcing*. Augurzky e Scheuer (2007), num estudo realizado na Alemanha, aperceberam-se que, nos serviços hoteleiros e de apoio geral e às instalações, eram não apenas as instituições de maior dimensão, mas também as de menor dimensão que recorriam mais ao *outsourcing*, enquanto as de dimensão média recorriam menos, enquanto nos serviços administrativos (de apoio à gestão) as instituições de maior dimensão recorriam menos ao *outsourcing* do que as de menor dimensão.

[138] Todavia, este valor estimado do contrato pode não depender apenas da dimensão do hospital. Nos EUA, é muito frequente a aquisição conjunta de serviços através de organizações que agregam as compras de vários hospitais (*group purchasing organization*). Em Portugal, existem situações semelhantes, quer através do lançamento de concursos conjuntos por vários hospitais (o que tem acontecido nalgumas instituições da cidade do Porto), quer nas aquisições através do "Catálogo de Aprovisionamento Público da Saúde" da ACSS (http://www.catalogo.min-saude.pt/caps/publico/what_is.asp), quer, mais recentemente, através da criação dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

No respeitante às *economias de escala*, importa salientar que a dimensão mínima eficiente será diferente, consoante a actividade em causa. Num interessante estudo realizado em Portugal, Gonçalves e Barros (2009) procuram avaliar a existência de economias de escala e de gama, na prestação de serviços de diagnóstico e terapêutica nos hospitais portugueses. Tentam estimar qual o número óptimo de camas (utilizado como *proxy* do equipamento hospitalar) para cada actividade e comparam esse número com a dimensão média (em número de camas) dos hospitais analisados. No serviço de patologia clínica, os resultados são menos claros, embora pareçam sugerir que os hospitais estão subdimensionados relativamente à dimensão óptima (a dimensão média é de 294 e o número óptimo de camas varia entre 262 e 1362 camas, conforme o modelo estimado). Quanto à imagiologia médica, os resultados são mais contundentes: em todos os modelos estimados pelos autores, o número óptimo de camas (que oscila entre 134 e 182, consoante o modelo estimado) é menor do que o número médio de camas efectivo (285), o que indicia que os hospitais estão sobredimensionados.

Por outro lado, os autores procuram estimar a existência de complementaridades de custo fracas, já que esta é condição suficiente para ocorrerem *economias de gama*. Concluem que parece haver complementaridades fracas em termos de custo (e, consequentemente, economias de gama) entre a hematologia clínica e a microbiologia clínica, entre a imunologia e a hematologia clínica/hematoncologia e entre a virologia e a hematologia clínica/hematoncologia. Já a química clínica não parece apresentar complementaridades, em termos de custos, com os outros exames. Na área da imagiologia, a tomografia computorizada parece apresentar complementaridades fracas, em termos de custos, com todos os outros exames desta área, excepto a ultrasonografia. A utilização dos mesmos recursos humanos ou de parte dos equipamentos podem constituir potenciais explicações. Finalmente, na área da Medicina Física e Reabilitação, parecem existir complementaridades fracas, em termos de custos, entre a terapia física e ocupacional, bem como entre a hidrocinesioterapia e a terapia ocupacional. Quer a electroterapia, quer a terapia da fala não exibem quaisquer complementaridades, em termos de custo. Depreende-se que podem ser realizadas isoladamente no interior do hospital, sem prejudicarem os custos globais do serviço. Assim sendo, estes resultados sugerem que o *outsourcing* isolado da terapia da fala, por exemplo, tem menos

implicações nos custos de outras actividades do que o *outsourcing* da terapia ocupacional. Por outro lado, devido às complementaridades em termos de custo, é de esperar que o *outsourcing* isolado da terapia ocupacional faça aumentar os custos médios da terapia física e da hidrocinesioterapia.

3.8.3. Estrutura de propriedade dos hospitais

Alguns autores (como Balakrishnan *et al* (2006)) consideram que a estrutura de propriedade influencia a natureza e a extensão do *outsourcing* dos hospitais. Devido a diferenças nos objectivos e a menor rigidez das restrições orçamentais, seria de esperar que os hospitais públicos recorressem menos ao *outsourcing*. As maiores restrições à rescisão de contratos de trabalho, as pressões para manutenção dos empregos locais e a oferta de acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade sobrepõem-se aos incentivos financeiros. No estudo empírico realizado por estes autores, em 316 hospitais da California, são analisadas separadamente as actividades clínicas e não clínicas. Concluem que os hospitais privados (independentemente de terem ou não intuitos lucrativos) recorrem mais ao *outsourcing* de actividades genéricas do que os hospitais governamentais. Quanto às actividades clínicas, deduzem que nos hospitais sem intuitos lucrativos há mais *outsourcing* do que nos hospitais com finalidades lucrativas ou nos hospitais governamentais.

De modo semelhante, em estudos realizados em Espanha (Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003)) e na Turquia (Yigit *et al* (2007)), se encontra alguma evidência de que os hospitais privados recorrem mais à contratação externa do que os hospitais públicos. Coles e Hesterly (1998a), por seu turno, afirmam que as variáveis da Teoria dos Custos de Transacção se mostraram pouco úteis na explicação das decisões de *make-or-buy* nos hospitais públicos, admitindo a possibilidade de as instituições públicas estarem sujeitas a menores pressões de eficiência do que os hospitais privados, bem como de existirem outras forças, eventualmente políticas, com maior importância. Assim, por exemplo, será de admitir que as diferentes relações de poder existentes entre os médicos e administradores hospitalares, de acordo com o explicitado no ponto 3.5.3, em instituições privadas e públicas possam conduzir a maior *outsourcing* das actividades de natureza clínica por parte das organizações do sector privado.

Todavia, outros estudos (Bernardino (1994), em Portugal e Macinati (2008), em Itália) concluem que o *outsourcing* é utilizado para contornar restrições à contratação de funcionários públicos, o que, possivelmente, poderia originar maior nível de *outsourcing*, por parte deste tipo de instituições.

3.8.4. Nível de concorrência actual e potencial no mercado

A atractividade do *outsourcing* depende, ainda, da estrutura de mercado[139]. O *outsourcing* será tanto mais atractivo, quanto maior a concorrência actual (número de empresas já existentes no mercado) ou potencial (isto é, quanto menores as barreiras à entrada e à saída)[140].

Pressupõe-se, geralmente, que existem empresas disponíveis para prestar os serviços, o que nem sempre acontece. Isso pode dever-se a questões de localização ou a outras razões. No caso particular do sector público, se as actividades são há muito tempo realizadas por este, é raro as empresas externas possuírem os conhecimentos e a experiência necessária para desempenhar as tarefas (Sclar (2000), p. 45). A título de exemplo, quando se iniciou o processo de contratação obrigatória na Escócia, a capacidade de produção privada era negligenciável, pelo que as pressões competitivas eram muito inferiores às existentes em Inglaterra (Sturgess *et al* (2007a)). Nos anos iniciais, poucas autoridades lançaram concursos e aquelas que o fizeram sofreram profundas resistências políticas e sindicais. O facto de o processo se ter arrastado ao longo do tempo permitiu aos gestores irem controlando os custos internos, diminuindo o impacte do "teste de mercado".

[139] Esta ideia está, de certo modo, presente na Teoria da Dependência dos Recursos (cf. ponto 3.4.7) e na Teoria dos Custos de Transacção (cf. ponto 3.2).

[140] Relembre-se a propósito, o conceito de "mercado contestável", que foi introduzido por Baumol *et al* (1982). A Teoria dos Mercados Contestáveis sugere que, mesmo em mercados onde existe pequeno número de empresas, são possíveis resultados próximos dos concorrenciais, em termos de preços e de quantidades, se a ameaça de novas entradas for suficiente para disciplinar as empresas instaladas, fazendo-as comportarem-se "como se" estivessem num ambiente mais concorrencial. De acordo com Domberger e Jensen (1997), deve ser reconhecido que os processos de adjudicação competitiva são mecanismos que introduzem alguma contestabilidade nos serviços financiados publicamente. Por outro lado, a celebração de contratos a longo prazo pode, potencialmente, ser favorável à obtenção de resultados mais concorrenciais, na medida em que os contratos se tornam mais atractivos, captando o interesse de maior número de empresas e aumentando, assim, a credibilidade das ameaças de entrada (Goddard e Mannion (1998)).

Milne (1997), ao examinar o impacte da obrigatoriedade de contratação no Reino Unido, concluiu que, no caso da alimentação, havia poucas empresas privadas dispostas a prestarem serviços, o que se traduziu em diminuições de custos pouco significativas. Kelliher (1995), por seu turno, através de um inquérito realizado, em 1990, aos gestores de alimentação de 280 hospitais de agudos com mais de 200 camas, em Inglaterra, conseguiu demonstrar que se atingiram níveis de poupança superiores nas situações em que havia concorrência efectiva, relativamente às situações em que ela não se manifestava. Verificou que, em 63% dos concursos, as empresas privadas não submeteram propostas e, em metade dos restantes casos, apenas uma empresa se mostrou interessada.[141]

Sendo a introdução de concorrência um dos factores importantes para a diminuição dos custos, é de esperar que, nas situações onde essa concorrência não foi tão significativa, as poupanças tenham sido mais reduzidas. Na verdade, Domberger *et al* (1995), p. 1469, esclarecem: "*the effect of ownership (private versus public) on both price and quality was negligible relative to that of competition*." De igual modo, os resultados de Milne e Wright (2004) sugerem que, mais do que a eficiência superior por parte do sector privado, a redução de custos foi originada pela introdução de concorrência, embora não tenha sido possível avaliar a qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, Domberger *et al* (1987) realçam que também foram conseguidas poupanças, embora menos significativas, pelos hospitais que, apesar de não terem realizado o *outsourcing*, estavam nas imediações de outros que o fizeram.

No mercado das parcerias público-privadas para a construção de novos hospitais, as barreiras à entrada são muito significativas, diminuindo, assim, a concorrência. Os custos associados à mera apresentação de propostas são extraordinariamente elevados. Em Portugal, os grupos privados têm referido, em público, que tais custos ascendem a cerca de 2,5 milhões de euros.

[141] Porém, o interesse das empresas privadas foi aumentando ao longo do tempo e, em 1995, em 77% dos concursos foram apresentadas propostas por empresas privadas (Kelliher (1998)). Os prestadores eram mais selectivos nos concursos em que participavam, originando-se grande concorrência naqueles que se perspectivavam como muito lucrativos. Informação adicional sobre estes estudos é apresentada no Quadro 8.1, no capítulo 8.

3.9. Conclusão

Cada uma das Teorias analisadas elenca diferentes motivações para as decisões de *outsourcing*, salientando ainda vários riscos, em que as organizações podem estar a incorrer, quando fazem opções deste género. Na tomada de decisão são importantes quer as características da transacção, quer as forças e fraquezas da organização face ao mercado (que, por sua vez, podem depender do seu contexto histórico). As várias teorias acarretam também algumas implicações quanto a factores críticos que devem ser acautelados. Estes contributos estão sintetizados no quadro seguinte.

Quadro 3.5: Contributos de várias teorias para o estudo do *outsourcing*

Teoria	Contributos para o estudo do *outsourcing*
Teoria dos Custos de Transacção	• os contratos de mercado dão origem a incentivos poderosos (*high-powered incentives*), enquanto na integração vertical os incentivos ao desempenho são pouco poderosos (*low-powered incentives*); • a opção pela externalização é preferível à da internalização, excepto quando se antecipam custos de transacção muito elevados (nomeadamente, quando as transacções envolvem investimentos em activos com especificidade muito elevada e existe muita incerteza).
Teoria da Agência	• a relação de *outsourcing* é uma relação de agência; • há situações em que é preferível optar por um contrato baseado no comportamento e outras em que é preferível optar por um contrato baseado nos resultados; • não sendo possível avaliar completamente a qualidade dos fornecedores potenciais, nem as suas verdadeiras intenções, torna-se determinante obter o máximo de informação possível sobre eles, antes da celebração do contrato; • há aspectos que devem ser acautelados na celebração do contrato e custos (de monitorização) associados (por exemplo, pode ser necessário realizar auditorias ou investir em sistemas de informação que permitam verificar a actuação do agente); • uma possível explicação para o aumento significativo do recurso ao *outsourcing* poderá residir no facto de se ter tornado mais fácil para as empresas monitorizarem comportamentos e prevenirem os custos de agência.
Teoria Baseada nos Recursos	• as empresas internalizam determinadas actividades, porque as realizam mais eficientemente do que o mercado; • algumas competências, em particular o conhecimento, são os activos mais importantes de uma empresa: como a sua natureza é social e tácita, há dificuldades e custos associados à comunicação com os fornecedores (de certa forma, as empresas sabem mais do que aquilo que pode ser traduzido por um contrato); • as empresas externalizam actividades, quando pretendem aceder a determinadas competências cujo desenvolvimento interno seria demorado e custoso e quando há facilidade em substituir as empresas fornecedoras (e, consequentemente, os recursos envolvidos); • as escolhas das fronteiras têm repercussões a longo prazo; • o próprio processo de externalização exige competências; • é necessário acautelar que as "*core competences*" não se transformem em "*core rigidities*", impedindo a inovação.

Teoria	Contributos para o estudo do *outsourcing*
Teoria Evolucionista	• as decisões de *outsourcing* estão restringidas por escolhas do passado (há "barreiras à saída" de um modo de governação) e condicionam as escolhas futuras.
Teoria das Opções Reais	• quando há investimentos irreversíveis e a incerteza é elevada, a opção de contratação no mercado, apesar de poder acarretar maiores custos marginais de produção no curto prazo, oferece à empresa a flexibilidade para utilizar tecnologias alternativas no futuro; • em sectores da alta tecnologia, é, muitas vezes, desejável internalizar as actividades associadas às gerações iniciais de um produto ou tecnologia, de modo a desenvolver as competências necessárias para se manter o valor da opção associada às gerações subsequentes do produto.
Teoria da Dependência dos Recursos	• o *outsourcing* pode ser uma das estratégias possíveis para assegurar o acesso a recursos críticos necessários à sobrevivência; • porém, a relação de *outsourcing* pode tornar a empresa cliente muito dependente da empresa prestadora de serviços, se o recurso for muito importante para a organização, se for diminuto o número de fornecedores alternativos, ou se for elevado o custo de mudança.
Perspectiva Política	• enfatiza o papel desempenhado por receios de diminuição de poder dos agentes organizacionais, ou pela procura da sua obtenção, na colocação e avaliação de hipóteses de *outsourcing*.
Teoria Institucional	• há factores não económicos, nomeadamente dinâmicas sociopolíticas e "mitos", que podem conduzir a uma opção generalizada pelo *outsourcing*; • os gestores devem ter consciência destas influências que os podem afastar das decisões óptimas.
Teoria dos Direitos de Propriedade	• o *outsourcing* acarreta a perda dos direitos residuais de controlo sobre activos físicos, o que só é prejudicial quando esses activos são complementares dos pertencentes à empresa; • a tendência actual para o *outsourcing* resulta da menor complementaridade dos activos possibilitada pelo desenvolvimento tecnológico; • ajuda a determinar quem deve deter a propriedade dos equipamentos em relações de *outsourcing*.

É, assim, possível identificar as principais variáveis que, à luz destas teorias, influenciam as decisões de *outsourcing* e qual o sinal esperado dessa relação (relembre-se o Quadro 1.1). Em suma, considerar isoladamente apenas alguma(s) destas teorias pode conduzir a uma perspectiva parcial e incompleta do *outsourcing*. Apesar das tentativas de integração que têm estado a ser propostas por autores como Williamson (1999) e Foss (1996), não está, ainda, disponível uma teoria unificada que permita compreender plenamente os custos e benefícios do recurso a este instrumento de gestão (Foss (1996)). De igual modo, Garrouste e Saussier (2005) defendem: "*There is still no unified theory of the firm. (…) Many competing theoretical frameworks coexist, with only partial answers concerning the nature of the firm, its boundaries, and its internal organization.*" (p. 19).

4. Especificidade do sector da saúde e prestação de serviços públicos por parte de instituições privadas

"(…) não há nele [ensaio] cousa alguma que não seja 'plágio': apenas me pertence o que chamarei a 'forma', o pensamento da obra, o seu plano crítico, o fio que liga as alheias pérolas e que serva a ensartá-las como um colar; a traça do casebre é que é minha, as pedras não (…)"

António Sérgio (1982)[142], citado por Campos (2008), p. 19

4.1. Introdução

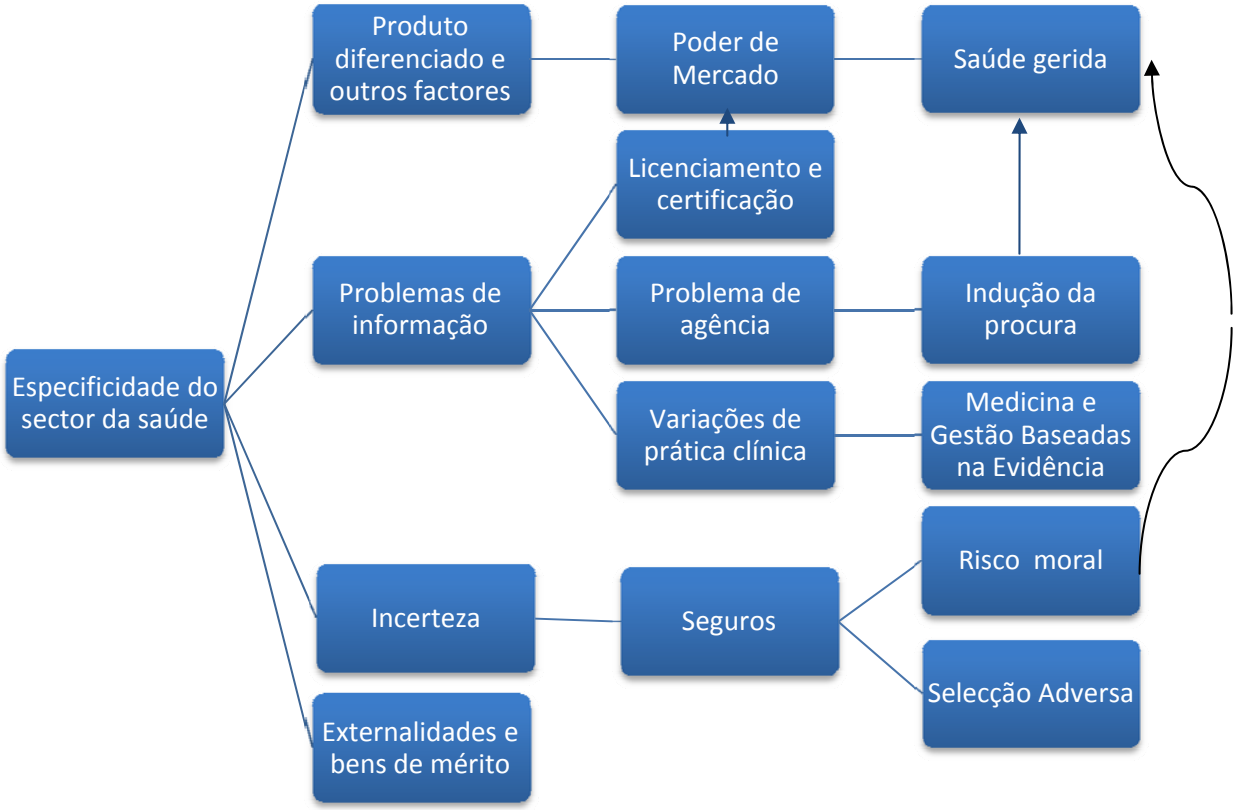
O principal objectivo do presente capítulo é reflectir sobre eventuais problemas associados ao *outsourcing* no sector da saúde, sobretudo quando existe transferência de actividades do sector público para empresas privadas (que, na maior parte dos casos, têm intuitos lucrativos). Para isso, importa identificar os motivos subjacentes à tradicional intervenção do sector público no financiamento, prestação e/ou regulação de cuidados de saúde. A generalidade dos economistas reconhece que o sector da prestação de cuidados de saúde é "diferente" dos restantes, sendo o único em que, simultaneamente, estão presentes todas as falhas de mercado que, por norma, são invocadas como justificações para a intervenção governamental: poder de mercado, externalidades, incerteza e problemas de informação. O primeiro ponto deste capítulo explicita estes problemas.

Por seu turno, os problemas de informação estão na génese de duas hipóteses importantes no domínio da Economia da Saúde, designadamente, a possibilidade de existir indução da procura por parte da oferta e a eventualidade de os estilos de prática clínica constituírem uma justificação para as variações na utilização de diferentes procedimentos médicos e cirúrgicos. Assim, estas hipóteses são também explanadas nos pontos 3 e 4 deste capítulo. As variações de prática clínica estiveram na origem de um movimento recente, no domínio da Gestão de Serviços de Saúde, que salienta a necessidade de a tomada de decisões se basear mais na evidência disponível (ponto 5).

[142] Divagações Proemiais, Introdução Geográfico-Sociológica à História de Portugal, Sá da Costa, 5ª edição.

Como forma de responder a vários destes problemas, nos EUA, onde até há relativamente pouco tempo, existia um sistema de saúde mais apoiado no financiamento e na prestação privada, apostou-se na criação de organizações de saúde gerida (ponto 6). Outros países desenvolvidos procuraram responder a estas falhas, através de significativa intervenção governamental, sobretudo em termos de financiamento, de regulação e, nalguns casos, da prestação (ponto 7).

Esquema 4.1: Esquema do capítulo



Todavia, em finais dos anos 80, começou a questionar-se a realização de serviços públicos por parte do sector público (ponto 8) e introduziram-se alguns mecanismos de mercado no funcionamento do sector público. Avançou-se com a possibilidade de algumas actividades serem realizadas pelo sector privado em *outsourcing* (ponto 9), ou de se efectuar a separação entre financiamento e prestação (ponto 10). A prestação de cuidados de saúde por instituições com intuitos lucrativos (mesmo que as instituições sejam públicas) coloca alguns problemas, que se discutem no ponto 11.

4.2. "Falhas" do mercado

Verificando-se os pressupostos do funcionamento de um mercado em concorrência perfeita, a procura da satisfação dos interesses próprios dos agentes envolvidos conduzirá a uma afectação óptima de recursos, do ponto de vista social, e permitirá a minimização dos custos de produção. Importa, então, reflectir sobre a eventual aplicabilidade destes pressupostos no sector da saúde.

Existência de poder de mercado. Se o produto fosse homogéneo e existisse total liberdade de entrada e de saída no mercado, estaria assegurado que, no longo prazo, os lucros económicos das empresas seriam nulos e os preços dos produtos coincidiriam com os menores custos de produção. No entanto, o mercado dos cuidados de saúde caracteriza-se por uma série de aspectos que inibem a concorrência, concedendo aos prestadores algum poder de mercado. Esses aspectos são, segundo Ensor (2002): existência de economias de escala e de gama na prestação de cuidados, mecanismos de controlo exercidos pelas associações profissionais, baixa mobilidade dos factores e inexistência de um produto homogéneo.

Existência de externalidades e bens de mérito. Numa economia de mercado, o consumo dos bens que apresentam *externalidades* positivas (por exemplo, vacinas) pode ser inferior ao socialmente desejável, assim como o consumo de bens com *externalidades* negativas (por exemplo, antibióticos) pode ser superior ao socialmente desejável. Os cuidados de saúde, em geral, são considerados *bens de mérito*. Musgrave (1957)[143] definiu-os como bens de consumo desejavelmente universal por uma minoria esclarecida (protecção materno-infantil a todas as crianças, parto hospitalar gratuito, luta contra a tuberculose) (Campos (1995), p. 76). Tendencialmente, os bens de mérito devem ser consumidos por todos, quaisquer que sejam os seus rendimentos e preferências, dado que a ignorância ou irracionalidade dos consumidores não lhes permitem valorizar, de modo apropriado, o bem em questão.

[143] Musgrave, R. A. (1957), *The Theory of public finance.* — New York: McGraw-Hill.

No âmbito do presente trabalho, os serviços de saúde são designados por "serviços públicos", não no sentido de "bem público"[144], mas com o significado que é atribuído a esta expressão por autores como Grout e Stevens (2003), p. 216: "serviços fornecidos a grande número de cidadãos, nos quais existe uma falha de mercado potencialmente significativa que justifica intervenção governamental – seja na produção, no financiamento ou na regulação"[145].

Incerteza e falhas no mercado de seguros. Campos (1995), p. 75, com base nas ideias expressas no famoso artigo de Arrow (1963) em que se defende que todas as características particulares do sector da saúde resultam da incerteza, explicita que "o que determina a procura de cuidados de saúde não é um comportamento previsível, uma necessidade antecipável como alimentar-se, vestir-se, viajar ou passear, mas uma necessidade imprevisível, o cair doente, que pode acontecer a qualquer pessoa, em qualquer momento, em qualquer lugar". Para além da incerteza quanto à procura de cuidados médicos, existe também incerteza do lado da oferta, relativa ao diagnóstico e à eficácia do tratamento. Como alerta Arrow (1963), p. 951, "*recovery from disease is as unpredictable as is its incidence*". Estes factos justificam a necessidade de seguros públicos ou privados, mas também existem falhas nos mercados de seguros (que podem originar intervenção governamental). Essas falhas provêm, sobretudo, do "risco moral" e da "selecção adversa". A *selecção adversa* ocorre quando os indivíduos que adquirem seguros têm melhor informação, relativamente ao seu nível de risco, do que as companhias de seguros (Hurley (2000)), pelo que a oferta de um prémio de seguro com base no risco médio da comunidade fará com que as empresas seguradoras só consigam atrair clientes com risco superior à média.

Outro problema importante é o *risco moral*. A cobertura de seguro induz comportamentos que aumentam as perdas esperadas que são cobertas, porque aumentam quer a probabilidade de dano, quer a dimensão do dano (Hurley (2000)). Quem tem uma cobertura de cuidados de saúde pode ter menos cuidado para evitar as doenças ou os

[144] Bens públicos são aqueles que apresentam as características de não rivalidade no consumo e impossibilidade de exclusão.
[145] Definição semelhante é apresentada por Le Grand (2007), p. 4, que os descreve como serviços que são de importância fundamental para o público e nos quais existe algum tipo de intervenção governamental (seja na prestação, no financiamento e/ou na regulação).

acidentes (adoptando estilos de vida menos saudáveis, não praticando desporto, etc.), sabendo que não terá de suportar as consequências financeiras que lhes estão associadas. Isso faz com que o estar doente seja um estado menos indesejado, um estado a evitar menos energicamente (Donaldson e Gerard (2005)). Todavia, este problema (também conhecido por risco moral *ex-ante*) não é, em regra, considerado muito significativo nos cuidados de saúde. De maior importância, é o designado risco moral *ex-post.* Na hipótese de ocorrer um evento coberto pelo seguro, dado que o segurado não tem de pagar o custo total do tratamento, poderá consumir maior quantidade de cuidados do que na ausência de seguro.

Problemas de informação. Na prestação de cuidados de saúde, há vários tipos de assimetria de informação. A principal existe entre doente e médico, porque é no âmbito deste relacionamento que são tomadas as decisões que estão na origem da maioria das afectações de recursos.[146] Ambas as partes acreditam que a informação que o médico (vendedor) possui é muito superior à do (comprador) doente (Arrow (1963)). Os doentes necessitam do parecer de um perito, quanto ao seu diagnóstico e quanto às suas necessidades de tratamento, tendo de confiar num agente melhor informado, para actuar como seu representante. Estabelece-se, pois, uma relação de agência, em que o doente delega tomada de decisão no médico. Sendo agente do seu doente, espera-se que o prestador actue no melhor interesse do paciente e não no seu próprio interesse[147].

Tendo consciência dos problemas de assimetria de informação já referidos, as sociedades preocupam-se muito com possíveis erros no domínio da saúde, estabelecendo regulações do lado da oferta, tais como licenciamentos e exigências de certificação que, embora assegurem um nível mínimo de qualidade dos serviços, acabam por possibilitar a obtenção de lucros supranormais, por parte dos prestadores já estabelecidos no mercado.

[146] Importa distinguir as situações de assimetria de informação das situações de informação incompleta (como acontece, por exemplo, na fase inicial de desenvolvimento de algumas neoplasias em que, quer os médicos, quer os doentes desconhecem informação relevante).

[147] Esta noção de agência é diferente da que vulgarmente se encontra na literatura sobre os problemas agente-principal (Hurley (2000), p. 76). Normalmente, na literatura sobre agência assume-se que, quer o agente, quer o principal prosseguem interesses próprios e que há problemas de informação que impedem a monitorização perfeita do agente pelo principal, procurando-se conceber acordos eficientes com os incentivos apropriados. Embora o contexto médico-doente partilhe alguns destes elementos, há uma diferença fundamental, porque não se espera que o médico actue procurando satisfazer os seus próprios interesses.

4.3. Indução da procura

Como se concluiu no ponto anterior, o médico efectua o diagnóstico e define o tratamento (se necessário), porque possui maior capacidade de obter e processar informação sobre a condição clínica do indivíduo (Barros (2009)). Seria desejável que o médico fosse um "agente perfeito", "realizando a mesma escolha que o doente teria seleccionado se possuísse toda a informação de que o médico dispõe" (Culyer (1989)[148]). Ao fazer a sua recomendação, o médico deveria ter em conta (Feldstein (2005), p. 234): a condição médica do doente, a cobertura de seguro, os co-pagamentos associados aos diferentes tratamentos, as preferências do consumidor, etc. No entanto, em muitos casos, o médico desempenha, simultaneamente, o papel de consultor e de prestador de um serviço. Como tal, muitas vezes, tem um interesse financeiro (ou outro) na prestação de serviços, o que poderá originar um enviesamento na informação prestada aos doentes. Sempre que o médico modifica o diagnóstico e as recomendações de tratamento, movido por interesses próprios, sabendo que um doente bem informado não estaria interessado nesses serviços, diz-se que o médico é um agente imperfeito do doente. Esta relação imperfeita de agência é, por vezes, designada de "indução da procura pela oferta". Por outras palavras, existe "indução da procura" quando o médico influencia a procura de cuidados do doente, actuando de forma deliberada contra aquilo que, em seu entender, é o melhor interesse do paciente (McGuire (2000)). Utiliza a sua informação superior, para alterar a procura de cuidados de saúde (manipulando uma ou mais das variáveis preço, quantidade e qualidade), em benefício próprio (Hurley (2000)). Assim, por exemplo, o doente poderá adquirir mais (ou menos) cuidados do que aqueles que escolheria, caso estivesse "bem informado" (isto é, tão informado como um prestador com conhecimentos medianos e não, necessariamente, com informação perfeita).

Têm sido apontadas possíveis limitações à indução da procura. Desde logo, argumentos éticos (Evans, 1974), incluindo o código de conduta médica. Por outro lado, alguns autores (referidos por Feldstein (2005)) argumentam que a sensação de culpa por parte dos médicos (desutilidade ou custos psicológicos) será tanto maior quanto maior o nível

[148] Culyer, A. (1989), "The Normative Economics Of Health Care Finance and Provision", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 5, Nº 1, pp. 34-58. Mencionado por Hurley (2000).

de indução. Podem, ainda, existir problemas de reputação, isto é, riscos de perda potencial dos pacientes que detectem que o médico não está a actuar no seu melhor interesse (Dranove (1988))[149]. Finalmente, existem custos associados às actividades de indução, sobretudo custos "temporais", porque é necessário tempo para persuadir os pacientes a consumirem mais cuidados.

A ideia de que os prestadores alteram as suas recomendações de tratamento com base na recompensa financeira é uma das ideias fundamentais do conceito de procura induzida. Certos modelos (Woodward e Warren-Boulton, 1984)[150] prevêem que um esquema de remuneração por salário fixo ou por tempo de trabalho conduza a uma prestação de cuidados inferior à "correcta" e que uma remuneração por acto origine uma quantidade de cuidados superior à "correcta". Em sistemas eminentemente estatais, onde o pagamento por acto é menos frequente, é menos provável que surja esse problema (McPake e Normand (2008), p. 55), podendo inclusive ocorrer a situação oposta da "procura reduzida pela oferta" (*supplier-reduced demand*). Especificamente em Portugal, como realça Barros (2009), não existem, ainda, estudos de avaliação de indução de procura que permitam uma conclusão sobre o seu significado. No sector privado, as consultas, em particular as de especialidade, constituem uma situação propícia à ocorrência de indução da procura, mas não há informação estatística que o permita avaliar. No sector público, como o pagamento não estava dependente da actividade desenvolvida, não existiam motivos para indução de procura[151]. Todavia, as alterações ocorridas, no modo de pagamento aos hospitais, podem ter criado oportunidades de indução.

Não existe um argumento conclusivo sobre a existência ou não de indução de procura. Num famoso editorial do *Journal of Health Economics*, Fuchs (1986) conta uma parábola que sintetiza a controvérsia em torno desta questão:

[149] Dranove**,** D. **(**1988)**, "**Demand Inducement and the Physician Patient Relationship", *Economic Inquiry*, Vol. 26, pp. 281-298.
[150] Woodward, R. e Warren-Boulton, F. (1984), "Considering the effects of financial incentives and professional ethics on 'appropriate' medical care", *Journal of Health Economics*, Vol. 3, N. 3, pp. 223-237. Referido por Phelps (2003), p. 246.
[151] Todavia, autores como McGuire *et al* (1988), p. 162, apresentam outras motivações que podem conduzir à indução da procura, designadamente, interesses profissionais e relacionados com o ensino.

"Não é certo se as limitações deste estudo conduzem a uma sobreestimação ou a uma subestimação do "efeito de indução". Uma coisa é certa: muitos economistas reagirão fervorosamente a este estudo, como o têm feito no passado, defendendo que talvez não exista indução. Esta reacção recorda-me sempre a história de um indivíduo francês que suspeitava que a esposa não lhe era fiel. Quando desabafou com um amigo que a sua vida se estava a transformar num inferno, o amigo sugeriu-lhe a contratação de um detective. Assim o fez, e alguns dias mais tarde, o detective trouxe o relatório: "num dos dias em que esteve fora da cidade, a sua mulher escolheu um vestido preto justo, perfumou-se e dirigiu-se ao bar da cidade. Tomou várias bebidas com o pianista e, quando o bar encerrou, regressaram ambos a vossa casa. Sentaram-se na sala de estar e continuaram a beber, dançaram e beijaram-se. Subiram as escadas até ao quarto, despiram-se e foram para a cama. Apagaram então a luz e não consegui ver mais nada". O francês suspirou: "sempre aquela dúvida, sempre aquela dúvida"."

4.4. Variações de prática clínica e medicina defensiva

Como se explicitou, a falta de conhecimento, por parte dos doentes, pode prejudicá-los, sendo particularmente preocupante na medida em que os médicos têm um duplo papel, enquanto prestadores e enquanto agentes (Folland *et al* (2010), p. 330). No entanto, subsiste o problema de saber se os próprios médicos detêm toda a informação relevante, isto é, se conhecem a "função produção". Existindo vários tratamentos alternativos para os mesmos problemas de saúde e alguma incerteza, quanto aos seus resultados e efectividade, coloca-se a hipótese de os problemas de falta ou de assimetria de informação estarem na origem das variações substanciais, nas taxas de tratamento médico e cirúrgico *per capita*, encontradas quer a nível internacional, quer entre regiões dum mesmo país, ou mesmo no interior dessas regiões.

Phelps (2003) recorda que os estudos embrionários relacionados com estas questões foram realizados por Glover, em 1938[152], no SNS inglês. Este autor concluiu que existiam diferenças muito significativas entre as taxas de realização de amigdalectomias nas crianças (em idade escolar): em determinadas áreas, eram 10 vezes superiores às observadas noutras áreas. Estes resultados foram descritos à *Royal Academy of*

[152] Glover, J., (1938) "The incidence of tonsillectomy in school children", *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, Vol. 31, N. 10, pp. 1219-1236.

Medicine e a audiência (estupefacta) não acreditou que essas diferenças fossem devidas a diferentes padrões de doença entre regiões. Trinta anos mais tarde, os estudos deste tipo generalizaram-se, salientando-se os trabalhos de Wennberg. Este autor estudou vários hospitais em Inglaterra e evidenciou a existência de grandes variações entre as regiões. A título de exemplo, numa determinada cidade, a taxa de histerectomias era mais de duas vezes superior à de outra cidade aparentemente idêntica (informação apresentada por Folland *et al* (2010), pp. 330).

Para além de se ter verificado que, em muitos mercados geográficos próximos, existe considerável diversidade nas taxas de utilização *per capita* de vários procedimentos médicos e cirúrgicos (Barros (2009), pp. 145), constatou-se que os procedimentos nos quais se observa grande variação numa determinada região ou país apresentam também, geralmente, elevada variação noutra região ou país (Phelps (2003), p.77). Isto é, a variação absoluta difere de estudo para estudo, em resultado de uma série de motivos, mas os padrões de variação relativa mostram uma estabilidade considerável.

Estas variações causaram preocupação e muitos investigadores tentaram descobrir a sua origem. Inicialmente, analisaram-se factores tradicionais do lado da procura e da oferta. Do lado da *procura*, vários factores sócio-demográficos e económicos foram testados (como rendimento, educação, etc). Todavia, como esclarece Feldstein (2005), após efectuar os necessários ajustamentos, concluiu-se que permaneciam grandes variações, em termos de taxas de utilização. Do lado da *oferta*, procurou-se, por exemplo, relacionar a maior percentagem de médicos e de camas hospitalares, nos EUA (relativamente a Inglaterra), com a maior taxa de intervenções cirúrgicas. Apesar de a evidência ser mista, a maioria dos estudos parecem apoiar a hipótese de que a oferta de recursos explica, pelo menos parcialmente, as variações nas taxas de utilização. Como prossegue Feldstein (2005), a hipótese da procura induzida pela oferta também não se revelou útil na explicação destas variações. A única hipótese plausível que "sobrou" é que estes padrões de variações regionais, observados há tanto tempo, em tantos países, e com modalidades de pagamento tão distintas, provavelmente resultam da falta de acordo entre grupos de médicos sobre as indicações apropriadas para determinados tratamentos (Phelps (2000)). Em linguagem económica, haverá desacordo sobre a função de produção que transforma cuidados de saúde em saúde.

A "Hipótese do Estilo de Prática Clínica" foi inicialmente proposta por Wennberg (1984), que defendia que muitas das variações assinaladas estariam relacionadas com o grau de incerteza dos médicos, em relação ao diagnóstico e aos efeitos dos tratamentos prescritos. Existindo pouco consenso no que se refere aos efeitos e ao valor de um procedimento médico, há um vasto leque de opções de tratamento no interior das fronteiras da prática aceite. As convicções do médico sobre qual o tratamento adequado para cada conjunto de circunstâncias clínicas do doente, isto é, o seu estilo de prática clínica, podem desempenhar papel relevante na tomada de decisão.

Como justifica Phelps (2000), o problema é que os médicos dispõem de uma série de tecnologias de tratamento, que têm de compreender (pelo menos parcialmente) em termos de custos, efeitos colaterais e grau de sucesso na cura dos doentes, num contexto em que os resultados conseguidos podem ser muito diferentes, consoante as características únicas (e, por vezes, difíceis de detectar) do doente. A ideia subjacente àquela hipótese é que os médicos num determinado mercado partilham um conjunto de convicções (subjectivas) comuns, tendendo, por isso, a seguir um padrão. Estas convicções (estilos de prática) fazem com que as taxas de utilização variem entre mercados (zonas geográficas). As principais fontes de informação que os médicos possuem, relativamente a estas questões, são a Universidade, onde se formaram, e o(s) hospital(ais), onde realizaram o internato geral e de especialidade, mais eventuais subespecializações. Existem outras fontes de informação, como congressos e conferências a nível nacional, europeu e mundial, artigos publicados em revistas e jornais científicos nacionais e internacionais. Porém, os custos associados a esse processo de aprendizagem, e a credibilidade da informação recebida, serão diferentes consoante a opção escolhida. Além disso, há possíveis conflitos de interesses, nalgumas circunstâncias (caso dos congressos financiados por companhias farmacêuticas).

Infelizmente, é difícil avaliar de modo empírico esta hipótese. Não há nenhuma medida directa e objectiva do estilo de prática. Quando muito, as convicções dos médicos são reveladas indirectamente através dos seus padrões de tratamento. Alguns estudos (referidos por Folland *et al* (2010), p. 332) têm demonstrado que programas educacionais e de esclarecimento são capazes de alterar o comportamento dos médicos e, presumivelmente, os seus estilos de prática.

As variações observadas de práticas clínicas podem, também, resultar de diferentes níveis de "medicina defensiva", associados a legislações mais ou menos exigentes, em termos de responsabilização dos médicos por erros técnicos ou más práticas. Considera-se que existe medicina defensiva quando há um desvio das práticas médicas "apropriadas" ou "correctas", originado por receios de processos judiciais[153]. Esta medicina defensiva pode assumir, fundamentalmente dois tipos. Por um lado, são realizados tratamentos e exames de diagnóstico desnecessários e até prejudiciais à saúde do doente (medicina defensiva positiva). De acordo com um inquérito recente realizado por Bishop *et al* (2010), estima-se que mais de 90% dos médicos, nos EUA, pedem mais exames aos seus doentes do que os realmente necessários, como forma de protecção contra eventuais processos judiciais. Por outro lado, são possíveis comportamentos de omissão, em que restringem a sua actuação, recusando procedimentos de risco elevado ou evitando o tratamento de doentes com problemas complexos (medicina defensiva negativa). Como reconhece Andrade (2010), embora o exemplo dos Estados Unidos seja "muito específico, dada a facilidade extrema com que um doente coloca uma acção contra um médico, vai-se sentindo que estas situações podem ocorrer um pouco em todo o lado."

Em síntese, provavelmente as variações de prática clínica resultam da incerteza e da falta de conhecimento dos médicos. A incapacidade dos factores tradicionais da oferta e da procura explicarem as grandes variações na utilização de serviços médicos causa grande preocupação, já que indicia sérios problemas de eficiência (tratamentos em excesso com custos dispensáveis) e de acesso (haverá doentes que não recebem os tratamentos necessários). Idênticos problemas são originados pela medicina defensiva. As potenciais poupanças associadas à melhoria dos cuidados e à redução de utilização excessiva levaram a grande esforço, por parte dos diferentes países, na investigação sobre resultados de tratamentos. Em muitos países, tem-se assistido ao desenvolvimento da denominada "medicina baseada na evidência" que se explicita no ponto seguinte.

[153] Definição apresentada por Studdert *et al* (2005).

4.5. Importância da medicina e da gestão baseada na evidência

"*We are still a long way from seeing managers make proper use of evidence in their decision making*"

(Walshe e Rundall (2001), p.437).

Nos anos 90, ocorreu uma mudança significativa no modo como os profissionais de saúde utilizavam a evidência da investigação científica, na sua prática clínica. O conceito de cuidados de saúde baseados na evidência[154] ("*evidence-based medicine*") passou a integrar a linguagem de médicos, gestores, decisores políticos e investigadores dos serviços de saúde por todo o mundo. O crescimento da prática clínica baseada na evidência foi despoletado, em parte, pela verificação da existência de grandes variações de prática clínica, para além da fraca adopção de terapias de reconhecida efectividade e da persistência na utilização de tecnologias reconhecidas como ineficazes (Walshe e Rundall (2001)). Defende-se que os cuidados de saúde prestados devem basear-se, na medida do possível, na evidência existente quanto à efectividade das intervenções em saúde, avaliada através de investigações credíveis[155].

Ainda assim, como salientam Pfeffer e Sutton (2006), estudos recentes demonstram que apenas 15% das decisões médicas são fundamentadas na evidência. Na maior parte dos casos, os médicos apoiam-se em conhecimentos obsoletos adquiridos na Faculdade, tradições antigas mas não demonstradas, métodos em que acreditam e que são mais fáceis de aplicar e informação proveniente de delegados de informação médica.

Problemas semelhantes a estes são encontrados na gestão das organizações de saúde e na forma como são tomadas as decisões. Os líderes e gestores, apesar de encorajarem os profissionais de saúde a tomarem decisões com base na evidência disponível, têm mostrado muita relutância em aplicar a mesma metodologia na sua prática diária

[154] De acordo com o mencionado por Walshe e Rundall (2001), este conceito foi criado por Sackett e Rosenberg (1995) [Sackett, D. L. e W. M. Rosenberg (1995), "The Need for Evidence-Based Medicine", *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 88, Nº 11, pp. 620-624], embora a ideia embrionária tenha sido introduzida por Cochrane (1972) [Cochrane, A. L. (1972), *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust].

[155] Para David Sackett, "*evidence-based medicine*" é a "utilização consciente, explícita e sensata da melhor evidência actual na tomada de decisões sobre os cuidados a prestar aos doentes" (referido por Pfeffer e Sutton (2006), p. 63).

(Pfeffer e Sutton (2006)) e os médicos começaram a questionar tal situação. A título de exemplo, Kovner e Rundall (2006) concluíram que nenhum dos 68 gestores de unidades de saúde entrevistados utilizava evidência da investigação em gestão, na tomada de decisões estratégicas[156]. O problema também se coloca ao nível dos decisores políticos. Em Inglaterra, o Ministério da Saúde impôs a realização de fusões entre organizações de cuidados primários (Walshe (2006)). Mas a evidência sugere que as fusões horizontais (nomeadamente entre hospitais) raramente permitem alcançar os seus objectivos explícitos. Muitas vezes, existem tantas deseconomias de escala como economias de escala, e, após a fusão, são necessários anos para que se concretizem a integração total e algumas das potenciais vantagens dessa maior escala (Fulop *et al* (2002))[157].

Na gestão das organizações existem práticas que são (Walshe e Rundall (2001)):

- Sobreutilizadas, porque influenciadas por modas, sendo, mais tarde, abandonadas em benefício de nova tendência;
- Subutilizadas, como se verifica nos lentos processos de difusão de inovações de gestão;
- Mal utilizadas, existindo diferenças muito significativas nas práticas de várias instituições que não são de fácil justificação e que, provavelmente, indiciam utilizações incorrectas.

A gestão baseada na evidência consiste, então, na aplicação sistemática da melhor evidência disponível na avaliação de estratégias de gestão de modo a melhorar o desempenho das organizações (Kovner e Rundall (2006), p. 6). No processo de tomada de decisão, os gestores devem, sempre que possível, considerar a evidência disponível resultante de investigação credível em gestão. Esta informação complementa outros

[156] Uma conclusão interessante deste estudo foi a de que os jornais considerados úteis pelos gestores não são de investigação, ou sendo, são de investigação noutras áreas que não a gestão. Os citados foram: *Harvard Business Review*, *Modern Healthcare* e *The New England Journal of Medicine*.

[157] Inclusivamente, segundo Hunter (2009), alguma evidência sugere que mais do que transformações estruturais, são necessárias transformações na cultura das organizações, que alterem o modo como as instituições prestadoras de cuidados de saúde realizam o seu trabalho e procuram respostas para as necessidades dos doentes. Todavia, estas mudanças são pouco apelativas, porque são menos visíveis do que as transformações estruturais e demoram tempo a produzir efeitos e a serem bem sucedidas.

tipos de conhecimento e informação, tais como, a experiência profissional própria e de colegas e a opinião de peritos[158].

Como se irá demonstrar, estes processos não estão isentos de críticas e há várias dificuldades na sua aplicação. Por outro lado, na sua transposição para o ambiente da gestão, têm de ser consideradas as grandes diferenças entre o mundo dos médicos e dos gestores.

O processo de *medicina* baseada na evidência não está isento de *críticas e preocupações* (Walshe e Rundall (2001)):

- Dificulta a inovação e torna mais lento o progresso médico, porque reduz a margem para variações na prática clínica, colocando obstáculos ao teste de novas ideias;
- Desvaloriza a experiência profissional do médico e ignora diferenças nas expectativas dos doentes e na valorização de diferentes opções de tratamento;
- Aparentemente, privilegia métodos de investigação quantitativos[159];
- Em muitas áreas, a base de investigação é insuficiente, porque a investigação disponível é de fraca qualidade ou não responde às questões relevantes.

Problemas semelhantes podem colocar-se no domínio da *gestão*, onde há factores que *dificultam* a tomada de decisões com base na evidência (Pfeffer e Sutton (2006), p. 66):

- Existe demasiada evidência, embora não haja "boa evidência" em quantidade suficiente;

[158] Curiosamente, o conceito de "evidência" tem um significado diferente para os investigadores e para os gestores das instituições de saúde. Para os gestores, este conceito está muitas vezes conotado com a sua própria experiência, com experiências conhecidas, com informação proveniente de sites na internet e com conselhos obtidos junto de consultores ou instituições governamentais (Kovner e Rundall (2006)).

[159] Existe uma discussão em torno daquilo que deve ser considerado "evidência" (Kovner e Rundall (2006)). Alguns analistas defendem que apenas as revisões sistemáticas de estudos sobre os efeitos de determinada intervenção ou política de gestão constituem "evidência". Outros sustentam que, numa perspectiva de gestão, os conhecimentos obtidos através de estudos de casos qualitativos, da opinião de peritos e da experiência pessoal também devem ser considerados. Receia-se, todavia, que ao dar a mesma importância a estes dois tipos de evidência se corra o risco de "perder o bebé juntamente com a água do banho" ([Ham, C. (2005), "Don't Throw the Baby Out With the Bath Water" (*commentary*), *Journal of Health Services Reserch and Policy*, 10, S1, pp.51-52], referido por Kovner e Rundall (2006)).

- Muitas vezes, a evidência não é directamente aplicável, já que algumas conclusões só são válidas em determinados locais e em certas circunstâncias[160];
- Os gestores podem estar a ser "enganados" por terceiros. Na implementação de práticas incorrectas, os consultores podem ter uma responsabilidade grande. Note-se que estes são *sempre* recompensados por trabalharem, *por vezes* recompensados por fazerem bom trabalho e *quase nunca* avaliados quanto à eficácia das suas propostas. Com a possível agravante de serem contratados de novo, nos casos em que os problemas apenas foram parcialmente resolvidos;
- O gestor pode estar a enganar-se a si próprio, "ouvindo apenas aquilo que quer ouvir"[161];
- Muitas vezes, os efeitos secundários são mais significativos do que a "cura";
- De qualquer forma, as "histórias" são mais persuasivas. Como dizia Einstein: "*not everything that can be counted, counts and not everything that counts can be counted*". Se utilizadas correctamente, as histórias e os casos são poderosos instrumentos para a construção de conhecimento de gestão.

Como salientam Walshe e Rundall (2001), a adopção de uma prática baseada na evidência, no ambiente da gestão, está dificultada pela existência de *diferenças relevantes entre o mundo médico e dos gestores*:

- em termos culturais;
- quanto à valorização e facilidade de acesso à investigação e à evidência;
- quanto aos mecanismos de tomada de decisão.

Em primeiro lugar, a *cultura* médica é muito profissionalizada, com um corpo formal de conhecimento partilhado por todos os membros da profissão, o que oferece um

[160] A investigação pode informar o gestor relativamente aos passos dados por outra organização e os resultados que a organização atribui às suas acções, mas poderá faltar informação importante quanto: às condições iniciais, à forma de definição do problema, a outras alternativas equacionadas e abandonadas, etc. Além disso, o gestor não conhecerá detalhes sobre a cultura organizacional, as relações internas e a sua história e quais os contributos destes elementos para o resultado final (Arndt e Bigelow (2007)).

[161] Rousseau (2006) afirma que a gestão baseada na evidência pode ameaçar a liberdade individual dos gestores de decidirem do modo que entendem ser mais adequado.

enquadramento de referência no diálogo e debate entre os profissionais. Pelo contrário, os gestores de unidades de saúde constituem um grupo muito heterogéneo, com diferentes percursos e linguagens. Não lhes é exigido qualquer conhecimento particular e, inclusivamente, muitos médicos, sem qualquer formação em gestão, ocupam os lugares de topo na gestão de instituições de saúde. Enquanto a cultura médica valoriza o conhecimento e a investigação científica (note-se a importância dada à carreira académica), a cultura de gestão é muito pragmática e valoriza a aplicação das ideias, mais do que a busca de conhecimento sobre essas ideias. Alguns gestores não compreendem o processo de investigação e, por vezes, suspeitam dos valores e motivações dos investigadores. É muito raro os gestores bem sucedidos serem também investigadores bem sucedidos.

Por outro lado, existem diferenças quanto à *valorização da investigação e da evidência e à facilidade de acesso à mesma*. Os médicos têm maior respeito e compreensão pela investigação e pelo método científico do que os gestores. Enquanto os médicos enfatizam o método experimental e os dados quantitativos, os gestores aceitam uma investigação mais qualitativa. Os médicos são, assim, mais positivistas, mais predispostos a acreditar que existe a resposta correcta às questões de investigação, pelo que estarão mais disponíveis para aderir às conclusões do estudo. Por seu turno, os gestores consideram, e bem, os resultados da investigação como mais subjectivos e contingentes do contexto de investigação e das características dos investigadores. Por isso, nas situações em que os resultados contrariam as suas percepções e preferências, os gestores estão menos disponíveis para alterar a sua actuação. Enquanto, na área médica, serviços bibliográficos, como a "Medline", facilitam a pesquisa da literatura relevante, muitas vezes, na gestão, a designada "literatura cinzenta", que não está indexada em qualquer lugar, revela-se muito mais importante.

Finalmente, há diferenças quanto aos *mecanismos de tomada de decisão*. O movimento da medicina baseada na evidência generalizou-se para as decisões diárias tomadas pelos médicos no tratamento dos doentes. O intervalo de tempo que o médico tem para reflectir poderá ser muito curto – minutos ou mesmo segundos – pelo que há necessidade de sistemas fáceis, que permitam recolher e assimilar as informações

significativas, no menor espaço de tempo possível. Esses sistemas podem ser livros de bolso, normas de orientação (*guidelines*) ou outros instrumentos informatizados. Em comparação, os gestores tomam menos decisões, embora "maiores", num espaço de tempo que é, em geral, mais longo (podem ser anos). Enquanto as decisões clínicas são, por norma, tomadas individualmente, as decisões de gestão são, muitas vezes, tomadas em conjunto (seja formal, seja informalmente). Acresce que, como muitas vezes as decisões são políticas, ou estão condicionadas por carências financeiras ou outras, pode ser difícil, ou mesmo impossível, a aplicação da melhor evidência, mesmo quando ela está disponível. Por fim, enquanto nas decisões clínicas, o *feedback* é rápido (os efeitos na melhoria ou não, no estado de saúde do doente, são, quase sempre, imediatos), as decisões de gestão produzem resultados que só podem ser avaliados em períodos de tempo mais amplos e que são, muitas vezes, influenciados por outros factores.

4.6. Saúde gerida

Como explica Glied (2000), os seguros de redes convencionadas (vulgarmente designados por "saúde gerida"), que se vulgarizaram nos EUA, procuram responder aos problemas de risco moral, de assimetrias de informação (quanto ao risco dos segurados e qualidade dos serviços prestados) e de poder de mercado dos prestadores. Noutros países desenvolvidos, e como se analisará nos pontos seguintes, optou-se por maior intervenção governamental nos mercados.

Não é fácil dizer o que é a "saúde gerida", até porque as organizações deste tipo têm estado em constante mutação (Barros, 2009)[162]. Para Phelps (2003), são organizações que estão activamente envolvidas quer na prestação de cuidados de saúde, quer na oferta de seguros de saúde. Já para Folland *et al* (2010), p. 253, de uma forma genérica, é sobretudo um sistema de organização da oferta de cuidados de saúde baseado na ideia de rede e que procura cobrir um espectro amplo das necessidades potenciais de uma população. Os seguros de redes convencionadas interferem, de algum modo, nas decisões relativas à quantidade e ao tipo de cuidados de saúde escolhidos, ao introduzirem restrições e incentivos no sistema. A finalidade é reduzir a quantidade de

[162] Este fenómeno esteve associado à integração dos prestadores de cuidados de saúde (cf. ponto 3.6.2.1).

cuidados e encaminhar os consumidores para alternativas mais baratas, se existe mais do que uma opção de tratamento. Quando os consumidores subscrevem um plano de saúde gerida, em vez de um plano tradicional, sabem antecipadamente que as suas opções de escolha serão menores, mas a sua utilidade global esperada será maior.

4.7. Diferentes tipos de intervenção governamental

Na sequência dos problemas e falhas de mercado já descritos, a generalidade dos países desenvolvidos optou por maior intervenção dos governos no financiamento, prestação e regulação do sector da saúde, não permitindo o seu livre funcionamento.

De acordo com a World Health Organization (1993), p. 55, há pelo menos três razões para se considerar que os governos podem conseguir melhores resultados do que os mercados privados. Em primeiro lugar, existindo bens públicos e externalidades é necessária intervenção, no sentido de assegurar que são oferecidos a níveis eficientes (Hurley (2000), p. 71). Caso contrário, os bens públicos não serão oferecidos e, existindo externalidades, a quantidade transaccionada e o preço de mercado podem afastar-se do nível óptimo, de um ponto de vista social. Os bens (serviços) públicos correspondem, genericamente, àquilo que se designa por *saúde pública*. O governo *financia* a sua produção e, muitas vezes, também *presta* estes serviços. Nas situações em que existem externalidades positivas, e em que a exclusão é possível, medidas que são, habitualmente, tomadas noutros contextos, como o *subsídio de preços*, podem não ser suficientes no sector da saúde, exigindo medidas adicionais. Por exemplo, nas doenças assintomáticas tratáveis de comunicação obrigatória, tais como algumas doenças sexualmente transmissíveis, os pacientes podem não se aperceber de que estão infectados e a procura pode ser muito baixa, mesmo que os cuidados sejam gratuitos. Por isso, para além de um subsídio de preço, para se assegurar um nível óptimo, podem ser necessárias *políticas de educação* ou *programas de rastreio compulsivos*. Donaldson e Gerard (2005), pp. 42-43, acrescentam alguns problemas da concessão de subsídios, em dinheiro, para os cuidados de saúde: dificuldade em definir quem tem necessidade (e

o que isso significa) e estimar, antecipadamente, as despesas de tratamento, bem como o risco de o dinheiro recebido com o subsídio ser afecto a outras finalidades[163].

Em segundo lugar, o combate à pobreza e a garantia de acesso equitativo justificam o *financiamento* de serviços clínicos "essenciais". A transferência de pequenas quantidades de rendimento para os mais pobres iria criar pouca procura adicional de cuidados de saúde. No entanto, como os indivíduos de menores rendimentos são mais sensíveis aos preços dos cuidados de saúde e sofrem de mais doenças, o acesso aos cuidados de saúde gratuitos (ou a baixo custo) poderá conduzir a grandes aumentos no consumo de cuidados de saúde. Não havendo possibilidade de oferecer cuidados de saúde gratuitos de todo o tipo, a todos os indivíduos, poderá haver necessidade de algum tipo de racionamento.

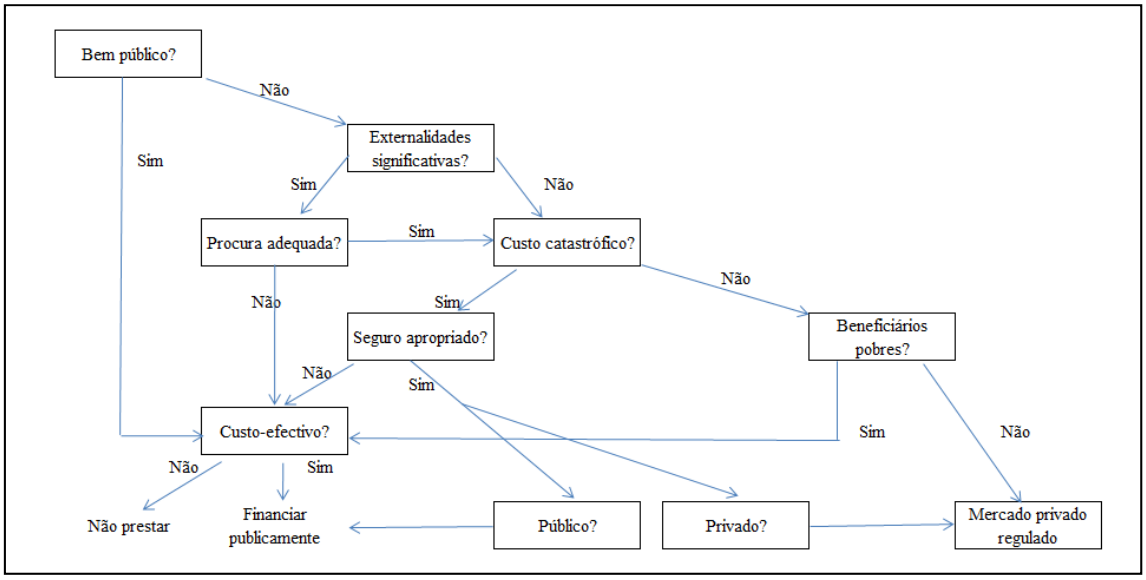
Outro problema importante associado aos subsídios do lado da procura é que ignoram a influência dos médicos no lado da oferta, nomeadamente os problemas de assimetria de informação e os riscos de procura induzida. Por outro lado, a concorrência imperfeita entre os prestadores poderá provocar lucros elevados, ineficiente utilização dos recursos, fraca qualidade e reduzida produção. Todas estas falhas justificam, então, em terceiro lugar, a necessidade de *regulação* dos cuidados de saúde e dos seguros.

Resumindo, os governos desempenham um papel importante na prestação, financiamento e regulação dos cuidados de saúde. Defende-se, ainda, que os governos podem melhorar o funcionamento dos mercados, prestando informação sobre os custos, a qualidade ou os resultados dos cuidados de saúde.

Em 1993, a Organização Mundial de Saúde alegava, porém, que não havia nenhuma teoria nem experiências disponíveis que permitissem saber quais as situações em que o sector público deve fornecer directamente os cuidados de saúde, em vez de os financiar (World Health Organization (1993), p.57). Posteriormente, a Organização Mundial de Saúde (2000), apoiando-se em Musgrove (1999), apresentou o esquema seguinte que aprofunda algumas destas reflexões.

[163] Em Portugal, são conhecidos casos de reformados que se dirigiram às Administrações Regionais de Saúde procurando levantar cheques-dentista.

Esquema 4.2: Decisões de prestação e financiamento de intervenções



Fonte: World Health Organization (2000), p. 55, com base em Musgrove (1999).

Os bens públicos só devem ser financiados pelo sector público se os respectivos benefícios superarem os custos em que é necessário incorrer para os fornecer. Por outro lado, relativamente aos bens que apresentam externalidades, estas podem ser importantes ou não (isto é, pode ou não existir uma diferença acentuada entre os benefícios privados e os benefícios sociais). Se a diferença for pouco significativa, o seu carácter público é pequeno, pelo que o bem poderá ser tratado como totalmente privado. Se as externalidades forem expressivas, deve questionar-se se a procura privada da intervenção é suficiente.

Alguns serviços têm custos muito elevados, o que constitui um motivo para a existência de seguros (e não para a existência de financiamento público). Esse seguro poderá ser público ou privado, havendo necessidade de considerar os riscos de falhas, nos mercados de seguros privados, e os custos de minimização ou eliminação desses riscos (através de financiamento ou regulação pública ou outras medidas). Assim, por exemplo, há maior probabilidade de os seguros privados discriminarem entre pessoas que têm os mesmos problemas de saúde, mas diferem noutras características, como idade ou capacidade para pagar. Ou poderá ser mais difícil conseguir cobertura para problemas de saúde mais severos, quando os tratamentos respectivos são mais caros. Estas falhas explicam o facto de, na maior parte dos países ricos, grande percentagem

dos seguros ser publicamente financiada através de impostos e de contribuições para a segurança social. Contudo, no entender de Musgrove (1999), se os custos dos serviços não são catastróficos, não haverá motivos para serem financiados publicamente, com excepção das situações em que os beneficiários são pobres. Com efeito, muitas vezes, os indivíduos mais pobres sofrem de doenças para as quais existem tratamentos com uma melhor relação custo-efectividade, justificando-se o financiamento público desses tratamentos (por exemplo, do sarampo).

Em suma, as falhas de mercado (bens públicos, externalidades, bens de mérito e assimetrias de informação) conduzem à necessidade de intervenção governamental neste sector. Como explicita Walsh (1995), p.11, cada um destes argumentos baseia-se na premissa de que existirá ineficiência na afectação, porque o mercado falha na criação dos incentivos apropriados para os produtores, para os consumidores ou para ambos. Porém, estes vários argumentos económicos para a intervenção do Estado nada dizem quanto ao modo como o Estado deverá ultrapassar as falhas de mercado. Elas não implicam, necessariamente, que seja o Estado a produzir os bens e serviços, nem que se deva organizar de um modo particular, no caso de optar pela produção dos serviços. O papel essencial do Estado é assegurar decisões colectivas racionais (p.12).

4.8. Problemas associados à prestação pública (falhas do governo)

Sobretudo a partir de finais dos anos 80, começou a enfatizar-se que a prestação de serviços, por parte de entidades públicas, também não estava isenta de problemas, questionando-se a capacidade deste sector em conseguir prestar serviços públicos de um modo eficiente e eficaz (Pessoa (2010)).

Assim, por exemplo, os teóricos da Escolha Pública (*public choice)* defendem que, no sector público, existe desperdício de recursos, porque nem os políticos, nem os decisores públicos, têm incentivos para controlar os custos (como explica Walsh (1995), p. 16). Todavia, mesmo que existissem tais incentivos, a ineficiência poderá resultar de outros factores. Com efeito, não se deve pressupor, desde logo, que os políticos irão procurar os *outputs* que melhor reflectem os interesses da sociedade como um todo, porque os seus interesses próprios podem estar em conflito com os públicos. Em

segundo lugar, os burocratas também detêm interesses próprios, que estarão, porventura, em conflito com os interesses dos políticos (mesmo que estes últimos reflictam os interesses da sociedade). Finalmente, é improvável que os burocratas produzam com eficiência aquilo que se decida produzir, uma vez que podem ter interesse em produzir de modo ineficiente. Como expõe Shleifer (1998), p. 141, em todo o mundo, os governos beneficiam os seus apoiantes, através de transferências ou de empregos com salários acima da média. É possível, pois, que a ineficiência nas empresas do Estado resulte de uma opção deliberada de transferência de recursos para os apoiantes governamentais e não apenas da existência de fracos incentivos dos gestores para a redução de custos.

Os argumentos da *New Public Management* (Hood (1991)) de que os serviços públicos tradicionais são ineficazes na afectação de recursos e na gestão também alimentaram a discussão. Uma ideia central era que os governos deveriam centralizar e coordenar as funções políticas, determinando o que deve ser feito ("*the right things to do*"), enquanto a prestação de serviços ficava a cargo de gestores com a responsabilidade de fazer essas coisas, de modo apropriado ("*doing the right things the right way*"). Alegou-se ainda, segundo Pessoa (2009), p. 16, que, como o sector público é, em muitos casos, o único prestador, carece dos incentivos necessários para melhorar a qualidade e promover a inovação, privilegiando a conformidade à criatividade e defendendo o *status quo* em vez da mudança. Como bem exprimiu Marshall: "*A Government could print a good edition of Shakespeare's works, but it could not get them written*"[164].

Em resultado de todas estas ideias, receava-se que os serviços prestados pelo governo se viessem a deteriorar com o decorrer do tempo, excepto se ocorresse uma reforma que concedesse ao sector público a capacidade de actuar com rapidez, de modo a reagir à mudança (Pessoa (2010)). Em consequência, no entender deste autor, em finais dos anos 80, desenvolveram-se diversos tipos de relacionamento possíveis entre o sector público e privado, já clarificados no segundo capítulo.

[164] Marshall (1907), "The Social Possibilities of Economic Chivalry", *Economic Journal*, Vol.17, N. 65, pp. 7-29, referido por Shleifer (1998).

Atendendo ao exposto, não era desejável confiar integralmente o financiamento e a prestação de cuidados de saúde nem ao sector privado, nem ao sector público. Segundo Walsh (1995), a possibilidade do controlo governamental, através de contratos, regulação e outras medidas, oferecia uma oportunidade atractiva de aproveitar as vantagens dos mecanismos de mercado, num contexto de controlo público, permitindo, assim, obter, simultaneamente, os benefícios do governo e dos mercados. Este autor identifica cinco grandes abordagens, usadas pelos governos de modo a reformar a gestão do sector público, a partir do seu interior e por oposição a uma privatização total (Walsh (1995), p. 26), entre as quais menciona a contratualização (e a subcontratação) e a introdução de mercados internos, que são analisadas nos dois pontos seguintes[165].

4.9. *Outsourcing* como eventual solução

Como esclarece Pessoa (2009), p. 15, a segmentação das funções dos serviços públicos, distinguindo aquelas que pelas suas próprias características devem permanecer no sector público, daquelas que é possível subcontratar ao sector privado, poderia constituir uma solução[166]. O *outsourcing* permitirá beneficiar de economias de escala, de gama e de oportunidades de aprendizagem mútua. Existindo concorrência no sector privado[167], é de esperar que a transferência das actividades do sector público para o privado permita uma melhoria da qualidade dos serviços prestados aos clientes e estimule a realização de investigação e desenvolvimento. Por outro lado, há a expectativa de que haja uma melhoria na gestão, já que, no sector privado, as remunerações dos gestores são, em princípio, superiores, pelo que é expectável uma maior motivação. Finalmente, prossegue Pessoa (2009), irá permitir o preenchimento de lacunas das capacidades, isto é, possibilita o acesso a capacidades muito especializadas, que são apenas pontualmente necessárias (pelo que, numa situação de contratação, estariam subaproveitadas).

[165] As restantes são a cobrança de taxas aos utilizadores; a devolução do controlo financeiro (por exemplo, através da concessão de orçamentos às escolas) e o estabelecimento de agências para a prestação de determinados serviços operacionais.
[166] Observaram-se variações regionais e, nos EUA, o *outsourcing* nos serviços públicos está mais generalizado do que na Europa (Pessoa (2009), p. 19).
[167] Mais genericamente, existindo um mercado contestável. Esta ideia já tinha sido defendida por autores como Vining e Weimer (1990): *"If, given public financing, supply is not contestable, government should produce the goods itself. If given public financing, supply is perfectly contestable, the government should procure the good through contracting."* (referido por Walsh (1995), p. 26). Repare-se que, nos serviços clínicos, onde se exigem mais conhecimentos e infra-estruturas específicas do que num mercado de segurança ou limpeza, a contestabilidade será menor (Mills (1997), p. 192).

Grout (2008) e Savas (2000) esclarecem que a importância do envolvimento do sector privado não decorre do facto de a sua prestação ser intrinsecamente melhor do que a do sector público, mas sim da introdução da concorrência. O sector público pode ser dispendioso, porque actua em monopólio. Em mercados concorrenciais, os preços são determinados pelos custos de produção, que, por sua vez, reflectem os métodos de produção mais eficientes de um ponto de vista técnico[168]. Todavia, segundo Grout (2008), a partir do momento em que há concorrência a um nível suficiente, deixa de ser relevante qual o sector que presta o serviço. Saliente-se ainda, que, para a concorrência ser real, tem de existir um receio genuíno de terminação do contrato, o que apenas acontece quando é possível mudar de empresa prestadora de serviços. Nalguns casos (como a recolha de lixo), essa mudança poderá não ser muito problemática, mas noutros, como na generalidade dos serviços prestados em hospitais (com excepção de alguns serviços hoteleiros), a prestação intermitente acarreta sérios riscos para o público. Além disso, quando é necessária a realização de avultados investimentos, os relacionamentos têm de ser mais duradouros, dificultando essa alteração.

No entanto, adverte Pessoa (2009), mesmo que exista concorrência efectiva[169] e que os mercados funcionem bem, a procura de eficiência exige que o governo seja um comprador sofisticado com competências de aquisição de serviços, o que envolve custos. Para além dos custos de transacção, que serão tanto maiores quanto menor a contestabilidade e maior a especificidade, são de equacionar eventuais custos associados à perda de poder de monopsónio, bem como custos sociais decorrentes de problemas de equidade. É ainda necessário manter internamente níveis mínimos de pessoal qualificado, de modo a especificar aquilo que se pretende ou a corrigir o serviço prestado externamente, em caso de falha do fornecedor do serviço.

[168] Mas, quando não se verificam os pressupostos da contratação concorrencial, não é possível afirmar que há uma superioridade intrínseca do *outsourcing* junto de entidades privadas, relativamente à prestação directa por parte de entidades públicas (Sclar (2000)).

[169] Savas (2000), p. 180, considera que uma forma rápida de avaliar a concorrência actual é efectuar o "teste das páginas amarelas", verificando se existem empresas experientes, responsáveis e dispostas a prestar o serviço. Sclar (2000) acrescenta a necessidade de pensar na evolução previsível da estrutura de mercado. Mesmo que um mercado pareça ser concorrencial, as mudanças ocorrem rápida e continuamente. Muitas vezes, a própria decisão de lançar um concurso público pode dar origem a movimentos anti-concorrenciais (p. 70).

Grout (2008) adverte também que, em determinadas situações, a prestação de cuidados de saúde por parte de entidades privadas, poderá conduzir a uma diminuição da qualidade dos serviços prestados, com efeitos graves. Baseando-se na Teoria dos Direitos de Propriedade (revista no ponto 3.7), afirma que, sendo os contratos incompletos, o proprietário dos activos tem alguma margem de manobra sobre os resultados, apesar de a outra parte preferir que assim não fosse. O facto de os contratos serem incompletos pode constituir um problema particular nos serviços públicos, na medida em que são, muitas vezes, difíceis de definir na íntegra. Por exemplo, em determinadas situações, não é fácil especificar qual a qualidade dos cuidados que devem ser prestados e, noutros casos, é difícil provar à luz da lei que alguém não se esforçou de modo suficiente. Quando os contratos são incompletos e a redução de custos reduz a qualidade, a dimensão da redução de custos poderá depender do sector que presta o serviço (isto é, do sector que possui o activo e realiza a produção). Se uma empresa privada, com intuitos lucrativos, possui os activos, procurará reduzir os custos, independentemente dos efeitos que essas decisões possam ter na redução da qualidade (que não esteja estabelecida no contrato). Pelo contrário, uma empresa pública preocupar-se-á tanto com a qualidade como com o custo, e terá em consideração os efeitos sobre a qualidade de uma redução de custos. Em consequência, a redução de custos será menor e a qualidade mais elevada. Contudo, é mais difícil motivar o agente público a diminuir custos, mesmo quando os efeitos sobre a qualidade são reduzidos. Esta análise sugere que, quando os custos sociais de uma diminuição na qualidade (não contratável) são muito elevados, relativamente às poupanças de custos possíveis (por exemplo, numa cirurgia ao cérebro), a prestação pública pode ser óptima; quando os custos sociais de uma diminuição da qualidade (não passível de contratação) são reduzidos, em relação às poupanças de custo (caso, por exemplo, das telecomunicações), então a prestação privada acarreta, provavelmente, benefícios.

Outra questão que tem sido objecto de reflexão é a maior ou menor facilidade de corrupção nas duas alternativas. Como alerta Shleifer (1998), os efeitos *teóricos* da corrupção sobre a forma de prestação ideal são ambíguos. Por um lado, a prestação dos serviços por funcionários públicos facilita o recebimento de subornos (assim, alguns países subcontrataram as cobranças a empresas suíças com o principal objectivo de diminuírem a corrupção). Por outro lado, o próprio processo de subcontratação é

susceptível de corrupção. Em troca de subornos ou contribuições para as campanhas eleitorais, os políticos podem adjudicar contratos a prestadores ineficientes, pagando-lhes preços superiores aos de mercado, não os responsabilizando por uma fraca qualidade e, inclusivamente, não os obrigando a cumprir o estipulado em contrato. Todavia, *na prática*, segundo este autor, poderá revelar-se mais fácil efectuar uma reforma de combate à corrupção através de um programa de transferência de actividades para o sector privado do que através da fiscalização dos funcionários.

4.10. Mercados internos e separação entre financiador e prestador

O caso mais explícito de desenvolvimento de um mercado interno ocorreu no serviço nacional de saúde inglês (Walsh (1995), p. 144). O argumento inicial foi apresentado por Enthoven[170] e a ideia mostrava-se apelativa, na medida em que se pensava ser possível beneficiar de alguns dos valores e benefícios dos mercados, enquanto, simultaneamente, se preservava o carácter público e financiado por impostos do sistema (cujo abandono não era considerado politicamente correcto).

Como esclarecem Flynn e Williams (1997), pp. 3-4, os mercados internos envolviam a criação de um quase-mercado em que os hospitais concorriam entre si para prestarem os serviços pretendidos pelos "compradores" (autoridades regionais de saúde, que adquiriam serviços para a população abrangida e alguns médicos dos cuidados de saúde primários, a quem eram concedidos orçamentos clínicos). As autoridades de saúde perdiam o controlo directo de gestão sobre os hospitais, havendo, assim, uma separação clara de papéis e funções. A ideia central era que, estando o rendimento dos prestadores dependente da satisfação dos requisitos dos compradores, existiriam incentivos claros ao aumento da eficiência, ao controlo dos custos e à melhoria da qualidade. As palavras-chave eram "escolha" e "concorrência" e o dinheiro seguiria os doentes.

Introduziu-se, pois, uma nova cultura – a cultura da concorrência, da negociação dos contratos, do planeamento e do *marketing* (Flynn e Williams (1997), p. 4). Num sistema de mercado interno totalmente desenvolvido, há uma reorganização em que se criam

[170] Enthoven, A. (1985), *Reflections on the Management of the National Health Service*, London: Nuffield Provincial Hospitals Trust. Ao nível da gestão de serviços públicos, mais genericamente, autores como Savas (1987) defendiam: "*A government that decides that a service has to be provided at collective expense does not have to produce it using government equipment and government employees.*" (p. 25).

pressões fundamentais para a sua alteração, a partir do interior das organizações do sector público (Walsh (1995)). Note-se que, no modelo inglês, a actuação das autoridades de saúde e dos médicos em representação dos utilizadores finais decorre dos problemas de assimetrias de informação: não devem ser os doentes a seleccionar o prestador, visto que não possuem a informação necessária para uma escolha apropriada.

Os prestadores mantêm a relação de agência com os pacientes e os fornecedores, mas enfrentam pressões competitivas, porque lidam com compradores informados. No entanto, o mercado continua muito afastado de um mercado teórico de concorrência perfeita. Com efeito, há apenas um ou dois fornecedores potenciais em algumas regiões, muitos dos serviços comprados (por exemplo, cirurgias) têm uma natureza complexa e têm de ser adaptados ao indivíduo em particular e existe elevada especificidade dos activos (para o produtor).

Como explicava Walsh (1995), p. 150, os prestadores têm dificuldades em prever e controlar os níveis de actividade e, quando são alcançados níveis de actividade superiores ao esperado, isso pode indicar uma eficiência acrescida, mas poderá, também, indiciar capacidade em excesso. Por outro lado, as restrições orçamentais podem inviabilizar o pagamento da produção adicional. O mercado deveria conduzir a uma diminuição da capacidade à medida que os recursos se encaminhassem para os prestadores com menores custos ou maior *value for money*. Deveriam existir reajustamentos, como o encerramento (temporário ou não) de enfermarias (ou mesmo de hospitais); mas a natureza dos contratos e dos serviços dificulta a sua concretização. Como tão bem resume Klein (1998), p. 117, "*decisions cannot be left to the market, since ministers will be left with the consequences*".

Para além destas dificuldades, o desenvolvimento dos mercados internos e a separação entre prestador e financiador fazem algumas exigências sobre as quais Walsh (1995), p. 159, reflectiu. Em primeiro lugar, é necessário que o comprador tenha a capacidade de especificar o serviço a fornecer e de monitorizar a qualidade do serviço prestado. Em segundo lugar, foi preciso encontrar novos mecanismos de resolução de conflitos (uma vez que não se podia recorrer aos tribunais para resolver conflitos no âmbito dos quase-contratos que eram, de certo modo, contratos celebrados por uma organização consigo

própria). Em terceiro lugar, revelam-se imprescindíveis sistemas de informação, que não eram necessários nem estavam disponíveis nas organizações tradicionais do sector público (p. 161). Finalmente, existiu grande preocupação com o desenvolvimento de sistemas de garantia da qualidade. Os prestadores, habitualmente, alegam que a existência de sistemas deste tipo reduz as necessidades de controlo por parte das entidades financiadoras. Saliente-se, porém, que a certificação garante a qualidade dos procedimentos e não dos serviços produzidos (p. 160), pelo que há quem advogue que a sua relevância nos serviços públicos poderá ser menor do que noutros sectores.

Entretanto, o governo trabalhista ganhou as eleições, em 1997 e, em Dezembro desse ano, é publicado o White Paper *The New NHS: Modern and Dependable*. Proclama-se o fim do mercado interno, mas o certo é que se mantiveram algumas das características essenciais das reformas de 1991 (Klein (1998)). Assim, manteve-se a separação entre financiador e prestador e, apesar de se terem abolido os *GP fundholdings*, criaram-se grupos de médicos de cuidados de saúde primários (PCG – *Primary Care Groups*) que, na prática, funcionavam como organizações de cuidados de saúde geridos. As autoridades de saúde perderam o seu papel adquirente, excepto em serviços altamente especializados, mas fixavam os orçamentos dos grupos dos cuidados de saúde primários, avaliavam as necessidades de saúde e decidiam a sua localização e o leque de serviços a prestar. As novas palavras-chave passaram a ser “colaboração e cooperação” (em vez de “concorrência”) e a ênfase foi colocada na “qualidade” (em vez da “eficiência”). Em 1999, foi criado o “National Institute for Clinical Excellence”.

Propper *et al* (2008) afirmam que havia evidência escassa e contestada sobre o impacte da introdução da concorrência na qualidade dos serviços. Procuraram colmatar essa lacuna, realizando um estudo onde compararam as taxas de mortalidade hospitalar das regiões onde havia concorrência efectiva com as de outras regiões. Para o efeito, seleccionaram mercados locais onde havia um número suficiente de prestadores. Nestes mercados, a partir de 1991, foi introduzida a concorrência entre os hospitais. Após 1997, a concorrência, embora possível, foi desencorajada. Concluíram que, quando a política de concorrência estava activa, os hospitais localizados em áreas mais concorrenciais tinham maiores taxas de mortalidade, mas, também, menores tempos e listas de espera.

4.11. Problema do intuito da maximização do lucro

Antes de se terminar este capítulo, parece oportuno reflectir sobre eventuais problemas associados à transferência de actividades para o sector privado *com intuitos lucrativos* e que podem, também, existir quando se introduzem mecanismos de mercado que criam incentivos, explícitos ou implícitos, à maximização do lucro (como aconteceu com a criação dos mercados internos e, de certo modo, com a empresarialização dos hospitais, em Portugal). Daí que se tenha optado por discutir estas questões num ponto autónomo.

De acordo com Grout (2008), p. 11, a transferência de actividades do sector público para o sector privado (em particular, para instituições com fins lucrativos), pode ter efeitos perversos nas motivações pró-sociais (Francois e Vlassopoulos, 2003[171]). A ideia é que, no caso dos serviços públicos, para além das recompensas financeiras, há a possibilidade de os indivíduos terem outras motivações associadas ao desejo de contribuir para a produção e a qualidade. Estas motivações pró-sociais podem conduzir a comportamentos pró-sociais, tais como a "doação de trabalho", isto é, a realização de trabalho para além do que é, explícita ou implicitamente, exigido no contrato. Porém, a disponibilidade para este esforço adicional pode depender do tipo de organização onde o indivíduo trabalha. Há literatura (referenciada por Grout (2008)) que sustenta que nas organizações não lucrativas haverá maior capacidade para encorajar os empregados e os gestores a desenvolver comportamentos pró-sociais.

Atente-se no exemplo apresentado por Grout (2008). Considere-se um hospital em que todos os funcionários têm uma motivação pró-social. É possível que os funcionários nunca abandonem o seu turno, caso ainda existam doentes que precisam de ser tratados. Se as empresas têm intuitos lucrativos, podem tirar partido desta disponibilidade dos colaboradores, contratando menos trabalhadores do que antigamente (e obtendo lucros superiores). Os colaboradores, compreendendo este raciocínio, concluem que o seu esforço adicional não melhora a qualidade dos cuidados de saúde. Por esta razão, qualquer desejo de oferecer trabalho adicional é diluído ou completamente destruído. Pelo contrário, numa organização não lucrativa, a restrição de não distribuição impede

[171] Francois, Patrick e Michael Vlassopoulos (2008), "Pro-Social Motivation and the Delivery of Social Services", *CESifo Economic Studies*, Vol. 54, Nº 1, pp. 22-54.

esta expropriação, pelo que o trabalho doado contribui efectivamente para a melhoria dos resultados, existindo incentivos para a doação de trabalho. Esta literatura sugere que o trabalho doado estará positivamente associado às instituições sem fins lucrativos e às organizações governamentais e estará ausente ou limitado nas instituições com fins lucrativos. Saliente-se, porém, que toda esta abordagem se apoia na incapacidade de celebração de contratos completos.

Outra crítica efectuada à prestação de cuidados de saúde por parte de entidades com intuitos lucrativos é que os incentivos para a desnatação são maiores. Afirma-se que os hospitais privados se podem recusar a tratar doentes com os quais perdem dinheiro ou que: "*private providers are run by "knaves" not "knights", and hence will ruthlessly exploit any opportunity they have to enhance their profits, including the opportunities offered by cream-skimming*" (Le Grand (2007), pp. 122-123). Idênticas possibilidades se têm levantado a propósito da empresarialização dos hospitais portugueses (Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima (2006)). Le Grand (2007) propõe algumas medidas que podem ser tomadas para evitar situações destas, desde a existência de recursos extraordinários (quando se ultrapassam níveis críticos), passando pela transferência da tomada de decisões de admissão para outro contexto que não o hospital (centros de saúde, por exemplo), ou mesmo por um sistema de tarifas ajustadas pelo risco.

A propósito dos problemas associados à prestação de cuidados de saúde por parte de entidades com finalidades lucrativas, é de extrema pertinência fazer referência a um estudo realizado por Garg *et al* (1999). Nos EUA, em 1997, 68% dos doentes eram submetidos a diálise em centros independentes com intuitos lucrativos (*free-standing for profit centers*). O montante pago pela Medicare por cada tratamento de diálise era fixo e não aumentava desde 1973. Surgiram então receios de que, para fazer face a um valor, em termos reais, cada vez mais reduzido, as empresas respondessem diminuindo a qualidade dos serviços prestados, dando, assim, origem a um aumento na taxa de mortalidade. Acrescia também a preocupação de que existisse menor taxa de referenciação dos doentes para transplante renal, na medida em que a sua realização conduziria à eliminação da necessidade de diálise e, consequentemente, dos fluxos de rendimentos associados para a empresa prestadora de serviços. O estudo efectuado por

estes autores concluiu que, nos EUA, as instituições privadas com intuitos lucrativos têm uma taxa de mortalidade 20% mais elevada do que as instituições sem fins lucrativos e que as taxas de submissão para listas de espera para transplantes são 26% mais baixas. Posteriormente, Devereaux *et al* (2002) procederam a uma meta-análise de vários estudos (incluindo o dos autores já referidos) e concluíram que, se todos os cuidados de diálise fossem prestados por entidades sem fins lucrativos (não sendo permitida a sua realização por organizações com finalidades lucrativas), seria possível reduzir 1200 a 4000 mortes por ano, nos EUA.

4.12. Conclusão

O sector da prestação de cuidados de saúde é "diferente" dos restantes, sendo o único em que, simultaneamente, estão presentes todas as falhas de mercado que, por norma, são invocadas como justificações para a intervenção governamental: poder de mercado, externalidades, incerteza e problemas de informação. Não surpreende, por isso, que a generalidade dos países desenvolvidos não permita o seu livre funcionamento, optando por uma intervenção significativa, pelo menos ao nível do financiamento e da regulação. Tradicionalmente, essa intervenção abrangia, também, a produção de serviços de saúde, mas a verificação de que essa prestação acarretava outro tipo de problemas (falhas do governo) levou à consideração de outras alternativas, entre as quais a subcontratação de serviços junto de entidades privadas e a criação de mercados internos. Apesar de o sector público estar de algum modo envolvido na prestação de serviços públicos, não existe, actualmente, a presunção de que os serviços públicos (em geral) têm de ser prestados pelo sector público (Grout e Stevens (2003), p. 232). Todavia, na medida em que os serviços públicos têm características que os distinguem dos outros bens e serviços, também não se deve pressupor, numa interpretação simplista, que o sector privado os pode fornecer com mais eficiência.

As possíveis vantagens da prestação privada estão associadas à existência de economias de escala, de gama e de aprendizagem, à expectável melhoria da gestão e ao acesso a competências. Porém, há aspectos relacionados com a envolvente que irão determinar em que medida estas vantagens se irão concretizar. De primordial importância são as pressões de mercado (ou outras) exercidas sobre o prestador, as entidades a quem o

prestador responde e a eficácia do sistema regulador (Bennett *et al* (1997)). A generalidade dos autores reconhece que a intensidade da concorrência ou a contestabilidade existente num determinado mercado são mais importantes do que a natureza pública ou privada do prestador. As questões da capacidade de negociação efectiva com o sector privado são também cruciais, pois que, muitas vezes, se considera que o sector público está em desvantagem, relativamente ao sector privado, quanto a estas competências. Quando os governos optam pela contratação com o sector privado, têm de ter consciência dos riscos que enfrentam, sobretudo quando são um adquirente não sofisticado face a um sector privado sofisticado (Mills (1998), p. 38).

Há, ainda, muitos problemas associados ao objectivo de maximização do lucro da empresa fornecedora, quer esta seja privada, quer esta seja pública. Assim, argumenta-se que a prestação destes serviços por entidades com fins lucrativos poderá colocar riscos de indução de procura, de desnatação, de desmotivação e de diminuição da qualidade (não contratável). A escolha do sector que deve produzir os serviços públicos depende da possibilidade de contratualização da qualidade, que é diferente de serviço para serviço. Quando os custos sociais da diminuição da qualidade não contratável são elevados, em relação a eventuais poupanças de custos, a prestação pública é preferível.

Certos autores, como Bennett *et al* (1997), defendem que as distinções entre organizações públicas e privadas se têm esbatido e que essa distinção se tem tornado cada vez menos útil, já que os incentivos podem ser estruturados de modo a que as instituições públicas funcionem em moldes mais parecidos com os das instituições privadas e vice-versa. Outros, como Shleifer (1998), sustentam que as considerações políticas não apenas fortalecem a transferência de actividades para o sector privado como constituem a razão primordial para a realizar. O principal benefício da privatização (em sentido amplo) efectuada na generalidade dos países tem sido a eliminação de uma afectação de recursos politicamente motivada.

5. Reflexões metodológicas sobre a investigação

5.1. Introdução

"*(…) how we think the social world is constituted, or what we think it is (our ontology), shapes how we think we can know about it, but conversely how we look (the epistemology and methods we use) shapes what we can see.*"

Mason (2002), p. 5

O presente trabalho envolve, como brevemente se explicitou no primeiro capítulo: a utilização de múltiplas perspectivas teóricas; a realização de um inquérito; de um estudo de caso e o tratamento de dados secundários; a aplicação de técnicas e procedimentos de recolha e análise de dados de natureza quer qualitativa, quer quantitativa. De acordo com as filosofias de investigação em ciências empresariais mais tradicionais, uma opção destas não é viável, porque os métodos são determinados ou, pelo menos, têm de ser consistentes, com os pressupostos, quer em termos ontológicos, quer em termos epistemológicos (e existe uma incompatibilidade a estes níveis entre a investigação de cariz qualitativo e quantitativo). Porém, nos anos mais recentes, tem vindo a ser reconhecida a legitimidade deste tipo de investigação, apoiada, por exemplo, numa filosofia pragmática, desde que haja consciência de algumas precauções a tomar.

Deste modo, antes de se proceder à justificação das decisões e opções tomadas na procura de respostas às questões de investigação, entendeu-se oportuno efectuar uma reflexão sobre o processo de investigação em ciências empresariais, que se sintetiza no ponto seguinte. Esta reflexão mostrou-se ainda mais pertinente, atendendo à necessidade de clarificar o significado dos termos e conceitos usados num estudo deste tipo. Com efeito, como se irá salientar ao longo deste capítulo, diferentes autores e diferentes perspectivas usam, por vezes, os mesmos termos com significados distintos; e, noutras situações, palavras diferentes para significados similares.

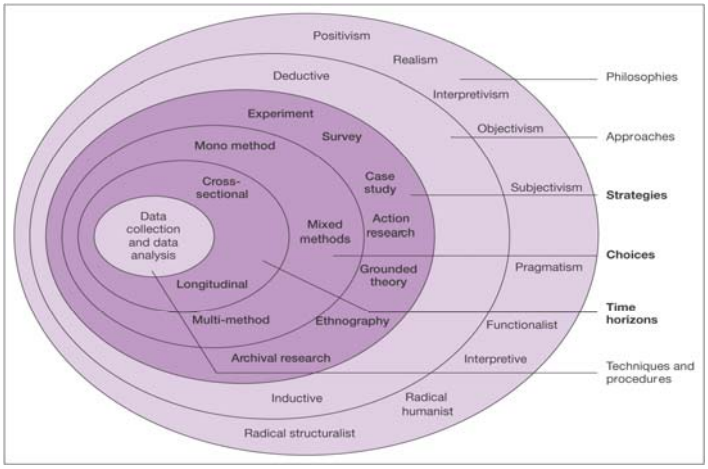
Assim, só após estas reflexões (ponto 5.2), se explicitam as questões de investigação e a estratégia escolhida para lhes responder (ponto 5.3 e ponto 5.4). Por fim, apresentam-se os motivos que conduziram à selecção de determinados métodos, bem como algumas tácticas seguidas na realização do estudo de caso, de modo a melhorar a qualidade da investigação (ponto 5.5).

5.2. Processo de investigação em ciências empresariais

5.2.1. Introdução

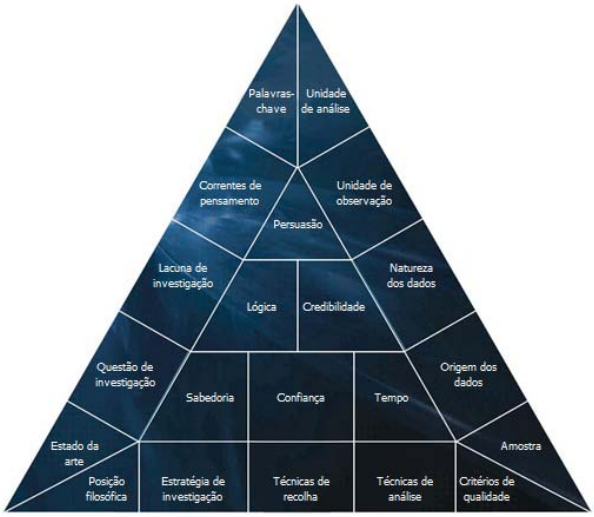
Saunders *et al* (2009) defendem que, num processo de investigação, é necessário reflectir sobre as perspectivas filosóficas, a abordagem e o esboço ou plano de investigação (abrangendo estratégias, escolhas e horizontes temporais), de acordo com o esquema apresentado na Figura 5.1: Processo de Investigação. Por outro lado, Madureira (2007) concebe o processo de investigação de um modo original, como um *puzzle*, em que têm de ser "encaixadas" 21 "peças" (Figura 5.2).

Figura 5.1: Processo de Investigação



Fonte: Figura 5.1. em Saunders *et al* (2006)[172].

Figura 5.2: *Puzzle* de Tese



Fonte: http://www.ideapuzzle.com/.

[172] Figura retirada da quarta edição do livro de Saunders *et al* (2009).

Na redacção deste capítulo, efectua-se uma reflexão sobre o processo de investigação, tentando tomar em consideração estes dois enquadramentos, mas com a "ordenação" proposta pelo primeiro.

5.2.2. Filosofias e paradigmas de investigação

Quando um trabalho de investigação é desenvolvido, os investigadores devem reflectir sobre diferentes perspectivas ontológicas (aquilo que constitui a verdadeira natureza e essência da realidade e dos fenómenos organizacionais) e epistemológicas (aquilo que pode representar o conhecimento ou evidência sobre os fenómenos que pretendem investigar). É ainda importante distinguir as questões relativas à natureza da evidência e do conhecimento de questões relativas às modalidades de produção de conhecimento válido e fiável (metodologia) e aos modos de recolha de dados (métodos a utilizar).

O *objectivismo* e o *subjectivismo* representam duas perspectivas ontológicas possíveis. Enquanto na primeira, o investigador percepciona a realidade como objectiva, externa e independente dos actores sociais, no subjectivismo, o investigador entende a realidade como subjectiva, dependente da interacção humana e, portanto, socialmente construída, múltipla e passível de alteração.

A epistemologia, por seu turno, é, literalmente, a teoria do conhecimento. Está relacionada com os princípios e regras através dos quais se decide se e como os fenómenos sociais podem ser conhecidos e como se pode demonstrar o conhecimento.

Na opinião de Saunders *et al* (2009), muitas vezes, os debates sobre as questões ontológicas e epistemológicas terminam na necessidade de efectuar uma escolha entre uma filosofia de investigação positivista ou interpretativa. Contudo, prosseguem, é possível a adopção de uma posição associada ao pragmatismo[173], segundo a qual, uma filosofia de investigação poderá ser mais apropriada do que outra, na resposta a uma questão particular (p. 109), pelo que a determinante mais importante da epistemologia, ontologia ou axiologia[174] a adoptar é a questão de investigação. Assim, de acordo com

[173] Sobre esta perspectiva, algumas referências consideradas importantes são: Tashakkori e Teddlie (1998) e Tashakkori, A. e Teddlie, C. (2003), *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*, Thousand Oaks: Sage (em particular, um artigo de Maxcy (2003), intitulado *"Pragmatic threads in mixed methods research in the Social Sciences").*

[174] A axiologia relaciona-se com a perspectiva que o investigador tem sobre a influência dos seus valores nas escolhas e no processo de investigação.

esta perspectiva, os investigadores têm a liberdade de escolher os métodos, técnicas e procedimentos de investigação que melhor correspondem às suas necessidades (Creswell (2009), p.11).

O investigador adopta uma perspectiva *positivista* quando opta pela postura filosófica do cientista natural[175]. Os investigadores preferem trabalhar com uma realidade social observável em que o produto final da sua investigação é uma generalização do tipo lei (semelhante às produzidas pelos cientistas físicos e naturais). Nesta tradição, o investigador realiza a investigação, tanto quanto possível, de um modo independente dos seus valores e do objecto de investigação (não o influenciando, nem sendo influenciado por ele). Haverá a ênfase numa metodologia altamente estruturada, para facilitar a replicação, bem como em observações quantificáveis, que permitam uma análise estatística. Contudo, também é perfeitamente possível utilizar algumas características do positivismo na investigação, por exemplo, o teste de hipóteses, usando dados recolhidos em entrevistas em profundidade. A construção teórica ocorre, sobretudo, através da revisão incremental ou extensão da teoria original.

Todavia, há investigadores que consideram que o mundo social da gestão é demasiado complexo para ser possível a sua redução a uma série de generalizações do tipo lei. As leis ou fórmulas abstractas não são relevantes para a vida real dos seres humanos, sendo necessário dar preferência a uma filosofia *interpretativa*. Os investigadores têm de compreender as diferenças entre os indivíduos, nos seus papéis como actores sociais, através, por exemplo, da "leitura" de textos e documentos para descobrir o seu significado[176]. Cada leitor, ao estudar o texto, faz uso da sua experiência subjectiva, pelo que não existe uma leitura única, simples e óbvia dos textos. Na gestão, as situações são, muitas vezes, complexas e únicas, sendo o resultado particular de um conjunto de circunstâncias e de indivíduos[177].

[175] A caracterização das várias perspectivas segue de perto Saunders *et al* (2009).
[176] A ciência interpretativa está relacionada com a hermenêutica (termo proveniente de Hermes, cuja missão, na mitologia grega, era a de comunicar aos mortais os desejos dos deuses).
[177] Curiosamente, esta ideia está muito bem expressa por um ex-director da McKinsey que afirmava: "(…) é possível exportar formas de pensar acerca de determinados problemas, mas não é possível exportar soluções… porque cada caso ocorreu num determinado contexto histórico e cultural particular" (citação retirada de Ryan *et al* (2002)).

Segundo Thomas Powell (2001), a epistemologia *pragmática* contraria claramente as visões positivistas e anti-positivistas da descoberta científica e pode constituir uma justificação epistemológica viável para a investigação actual e futura em gestão estratégica. Rejeita, por um lado, o positivismo, ao afirmar que nenhuma teoria poderia satisfazer os seus requisitos (objectividade, experimentação, etc.), mas também o anti-positivismo, porque, virtualmente, qualquer teoria poderia satisfazer os requisitos deste. Deste modo, o pragmático propõe a avaliação das teorias, de acordo com um terceiro critério: a sua capacidade para resolver problemas humanos. O objectivo da ciência não é encontrar a realidade ou a verdade, cuja existência se discute, mas facilitar a resolução de problemas humanos. Pretende-se obter a compreensão necessária para lidar com os problemas, à medida que eles vão surgindo.

Bryman (2006), p. 116, esclarece que, enquanto nalgumas versões da atitude pragmática, como a de Powell, que se acabou de descrever, o pragmatismo é considerado uma perspectiva filosófica associada a autores como Charles Peirce, noutros casos, em vez de se fazer referência a um conjunto de princípios filosóficos, aceita-se apenas a necessidade de realizar investigação que responda a determinados tipos de questões. O compromisso com o pragmatismo tem-se tornado o meio de racionalizar a utilização conjunta de investigação qualitativa e quantitativa, reconhecendo, simultaneamente, a existência de debates sobre a sua suposta incompatibilidade epistemológica. Assim, Maxcy (2003, p. 79)[178] sugere que o pragmatismo "*seems to have emerged both as a method of inquiry and a device for the settling of battles between research purists and more practical-minded scientists*".

As questões de investigação assumem um papel central, a dois níveis. Por um lado, os métodos devem ser escolhidos atendendo a essas questões e não a um paradigma ou doutrina filosófica: "*Pragmatist researchers consider the research question to be more important than either the method they use or the paradigm that underlies the method*" (Teddlie e Tashakkori (2003)[179], p. 20). No âmbito do debate entre investigação qualitativa e quantitativa, isto significa que os debates epistemológicos e ontológicos

[178] Ver nota de rodapé 173.
[179] Teddlie, C. e Tashakkori, A. (2003), "Major Issues and Controversies in the Use of Mixed Methods in the Social and Behavioral Sciences" in *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*, Thousand Oaks: Sage.

são marginais, ficando, portanto, o "caminho livre" para a possibilidade da sua realização conjunta. Por outro lado, a investigação que combina aspectos qualitativos e quantitativos pode ser não apenas desejável, como até necessária, para responder a certos tipos de questão ou a certas combinações de questões. Teddlie e Tashakkori (2003) resumem esta ideia, afirmando: "*mixed methods research can answer research questions that the other methodologies cannot*" (referido por Bryman (2006), p. 118).

Finalmente, outra postura possível é o *realismo* que se baseia no pressuposto de que existe uma realidade, revelada pelos sentidos, que é independente dos pensamentos e convicções dos indivíduos. Há dois tipos de realismo: o realismo directo (considera que as experiências que os indivíduos têm da realidade, através dos sentidos, retratam o mundo correctamente) e o realismo crítico (os indivíduos experimentam sensações, imagens ou representações das coisas do mundo real, e não as coisas em si). O realismo crítico assume que há dois passos ao experimentar o mundo. Primeiro, existem as coisas em si e as sensações que transmitem. Segundo, existe o processamento mental que ocorre algum tempo depois da obtenção das sensações. O realismo directo considera que o primeiro passo é suficiente. Alguns realistas críticos defendem que os investigadores só terão capacidade para perceber o que se passa no mundo social se compreenderem as estruturas sociais que deram origem aos fenómenos que estão a tentar compreender. Por outras palavras, aquilo que o investigador vê é apenas uma parte de uma realidade mais ampla. A identificação daquilo que não é visto poderá ser feita através dos processos teóricos e práticos das ciências sociais. A posição de um realista crítico é que o conhecimento da realidade resulta de um condicionamento social, pelo que a realidade não pode ser compreendida de um modo independente dos actores sociais envolvidos no processo de criação de conhecimento. Daí que, para o realista crítico, seja importante realizar estudos a vários níveis (indivíduo, grupo e organização), já que cada um deles pode alterar a compreensão do fenómeno estudado.

Segundo Neuman (2003), p. 139, enquanto quase todos os investigadores quantitativos se apoiam numa abordagem positivista (seguindo um padrão de investigação linear e falando uma linguagem de variáveis e de hipóteses), habitualmente, os investigadores qualitativos, baseiam-se numa ciência social crítica ou interpretativa. No Quadro 5.1, comparam-se as quatro principais filosofias de investigação.

Quadro 5.1: Comparação de quatro filosofias na investigação em gestão

	Positivismo	Realismo	Interpretativismo	Pragmatismo
Perspectiva Ontológica	A realidade existe, é externa, objectiva e independente dos actores sociais. É estável e o conhecimento sobre ela é aditivo (sendo possível estudar muitas partes da realidade e efectuar a "soma" no final).	A realidade é objectiva. Existe independentemente das convicções e pensamentos humanos ou conhecimento sobre a sua existência (realismo), mas é interpretada através de um condicionamento social (realismo crítico).	A realidade é subjectiva, múltipla e passível de alteração. A realidade é socialmente construída, dependendo em larga medida da percepção que os indivíduos têm.	A realidade é externa e múltipla. O investigador deve escolher a visão sobre a realidade que permite responder melhor às questões de investigação.
Perspectiva Epistemológica	Procura estabelecer relações de causalidade e generalizações do tipo lei universal (válidas em todos os momentos e locais). Todavia, as generalizações são estatísticas, isto é, admitem-se excepções. Apenas o que é observável fornece factos e dados credíveis.	Procura obter explicações em determinado(s) contexto(s). Os fenómenos observáveis fornecem dados credíveis e factos. Dados insuficientes significam imprecisões nas sensações (realismo directo). Em alternativa, os fenómenos criam sensações sujeitas a interpretações erradas (realismo crítico).	Procura compreender a vida e a actuação em sociedade e os significados subjectivos que motivam as acções[180]. Apenas os significados subjectivos e os fenómenos sociais constituem conhecimento aceitável.	Procura uma investigação prática aplicada, integrando diferentes perspectivas para ajudar na interpretação dos dados. Os fenómenos observáveis e/ou os significados subjectivos podem fornecer conhecimento aceitável. Tudo depende das questões de investigação.
Perspectiva Axiológica	O investigador é independente dos dados e a investigação realizada é independente dos seus valores, opiniões ou convicções.	A investigação está carregada de valores. O investigador é influenciado pela sua visão do mundo, experiências culturais e educação.	Dificilmente será possível realizar uma investigação isenta de valores, pelo que os investigadores devem reflectir sobre o modo como isso limita a investigação.	Os valores desempenham um papel importante na interpretação dos resultados e o investigador adopta pontos de vista objectivos e subjectivos.
Técnicas de recolha de dados mais frequentemente utilizadas	Altamente estruturadas, amostras grandes, medição geralmente quantitativa.	Os métodos escolhidos têm de se adaptar à questão estudada, podendo ser quantitativos ou qualitativos.	Amostras pequenas, investigações aprofundadas, geralmente qualitativos.	Os métodos escolhidos têm de se adaptar à questão estudada (podem ser vários).

Fonte: Adaptado de Tabela 4.1. em Saunders *et al* (2009), p. 119 e de Neuman (2003).

[180] Por exemplo, em diferentes culturas, existem significados distintos do gesto de levantar o dedo num contexto social. De forma análoga, para um investigador interpretativo, a procura de leis que relacionem o desemprego com o abuso infantil não faz sentido. É necessário compreender como é que os indivíduos sentem subjectivamente o desemprego, como o encaram e quais as implicações na sua vida quotidiana.

Saunders *et al* (2009), p. 118, definem "paradigma" como um modo de analisar os fenómenos sociais que permite obter alguma compreensão sobre os mesmos. Afirmam que o livro de Burrell e Morgan (1979), *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*, é particularmente útil na sistematização e clarificação das várias perspectivas epistemológicas e ontológicas acima referidas.

Figura 5.3: Paradigmas de investigação

Mudança radical

Subjectividade	Humanismo Radical	Estruturalismo Radical	Objectividade
	Interpretativismo	Funcionalismo ou Positivismo	

Regulação

Fonte: Burrel e Morgan (1979).

Na opinião de Burrel e Morgan (1979), de acordo com a síntese efectuada por Willmott (1993), p. 685, existem 4 paradigmas fundamentais, baseando-se cada um deles numa visão que consideram mutuamente exclusiva da sociedade (e dos fenómenos organizacionais) e da natureza das ciências sociais. Relativamente ao estudo das organizações, cada paradigma dá origem a perspectivas e teorias que estão em oposição fundamental às geradas noutros paradigmas. Os fenómenos organizacionais ou são estudados como uma realidade objectiva externa *ou* reconhecendo a importância da experiência subjectiva dos indivíduos na criação do mundo. Por outro lado, as teorias são orientadas por uma preocupação de regulação *ou* de mudança radical.

Saliente-se, todavia, que a dimensão cujos extremos são subjectividade e objectividade contém pressupostos não apenas ontológicos, mas também epistemológicos, sobre a natureza humana e sobre a metodologia (como explicitam Ryan *et al* (2002)). Quanto à natureza humana, no extremo esquerdo, admite-se que os indivíduos têm vontade própria e liberdade total de actuação; no extremo direito, a sua actuação e os seus comportamentos são totalmente determinados pela sua envolvente. Deste modo, se o investigador percepcionar a realidade (perspectiva ontológica) como concreta e objectiva e considerar que o comportamento humano é determinístico, o conhecimento sobre a realidade pode ser adquirido através da observação (perspectiva epistemológica), pelo que o método científico será apropriado. O investigador aproxima-se da extremidade direita do eixo da figura. Em contraste, se o investigador

entender a realidade como subjectiva e admitir que os indivíduos têm liberdade de actuação, o conhecimento é obtido através da interpretação, sendo necessários métodos hermenêuticos. O investigador encontra-se na extremidade esquerda daquele eixo (subjectividade). Por outro lado, e tendo em conta, agora, o eixo vertical desta classificação, se, para os investigadores, o propósito último da sua investigação é uma intervenção activa na construção da sociedade, alterando o *status quo*, então, posicionam-se perto da parte superior do eixo vertical (mudança radical). Em oposição, se os investigadores estão essencialmente preocupados em compreender e explicar "o que se passa", localizam-se na parte inferior do eixo vertical (regulação).

Gioia e Pitre (1990), p. 588, exemplificam como o conceito de "estrutura" é encarado à luz das diferentes perspectivas. Assim, numa perspectiva positivista, a estrutura organizacional é, usualmente, encarada como uma característica objectiva e estável; numa perspectiva interpretativa, é um processo contínuo de construção social; já de um ponto de vista humanista radical, a estrutura profunda é uma construção subjectiva daqueles que detêm o poder, construção essa que deve ser exposta e alterada; e, por fim, numa perspectiva estruturalista radical, as estruturas são realidades objectivas que têm de ser examinadas e radicalmente alteradas.

Ainda de acordo com Gioia e Pitre (1990), os diferentes paradigmas influenciam o modo como poderá ser construída teoria a partir da investigação efectuada (Quadro 5.2).

Quadro 5.2: A influência das diferenças de paradigmas na construção teórica

	Interpretativo	Humanista Radical	Estruturalista Radical	Positivista
Objectivos	Descrever e explicar, de modo a diagnosticar e compreender	Descrever e criticar, de modo a mudar	Identificar as fontes de dominação e persuadir, de modo a guiar práticas revolucionárias	Procurar regularidades e testar, de modo a prever e controlar
Preocupações teóricas	Realidade socialmente construída Interpretação	Realidade socialmente construída Interesses servidos	Dominação Alienação Forças macro Emancipação	Relações Causalidade Generalização
Abordagens de construção teórica	Descobrir padrões, através de codificação dos dados (usualmente qualitativos)	Descobrir, através de análise crítica	Libertação, através de análise estrutural	Refinamento, através de análise causal

Fonte: Tabela 1 em Gioia e Pitre (1990), p. 591, adaptado.

No paradigma humanista radical, o objectivo da teoria é libertar os membros da organização das fontes de dominação, alienação, exploração e repressão (Gioia e Pitre (1990)). Segundo estes autores, a teoria crítica é um dos exemplos protótipos, onde são necessários dois níveis de compreensão: um nível, à superfície, e outro, mais profundo, onde se presume que residem as fontes subjacentes a determinada realidade. É prestada uma atenção fundamental ao modo como os detentores do poder (por exemplo, os gestores) influenciam os processos de estruturação. Neste paradigma, entende-se que a construção da teoria serve determinados interesses e objectivos políticos que implicam diferentes tipos de questões de investigação. Assim, a questão "porque é que os trabalhadores restringem a sua produção?" (questão que revela os interesses dos gestores) é convertida em "porque é que os trabalhadores se esforçam tanto?" (questão que representa os interesses dos trabalhadores). No interior deste paradigma, o teste de hipóteses é raro e mesmo as revisões de literatura não são uma característica central dos esforços de construção teórica. Embora a geração de teoria se centre em circunstâncias e situações específicas, também se baseia num acto de fé de que a nova teoria deve ser gerada sobretudo com o objectivo de mudança radical.

No paradigma estruturalista radical, existe um enfoque macro numa classe social existente ou em estruturas industriais. Essas estruturas são consideradas como objectivamente reais e são tomadas como instrumentos de dominação dos indivíduos nos níveis mais elevados da hierarquia social sobre os elementos da hierarquia inferior (Gioia e Pitre (1990)). O funcionamento organizacional e da sociedade é visto como restringido por forças sociais, resultantes de relações estruturais disfuncionais existentes, que apenas podem ser alteradas através de algum tipo de conflito. O termo teoria raramente surge nesta literatura, embora seja evidente que são desenvolvidos enquadramentos teóricos. Os objectivos da teoria são compreender, explicar, criticar e actuar sobre os mecanismos estruturais que existem no mundo organizacional, com o objectivo último de o transformar, através da resistência colectiva e mudança radical.

5.2.3. Abordagens de investigação: dedutiva, indutiva ou abdutiva

Há, fundamentalmente, duas abordagens de investigação possíveis. Uma, dedutiva, em que a partir da teoria se formulam hipóteses e se concebe uma estratégia de investigação para testar essas hipóteses. Outra, indutiva, em que se recolhem os dados e a teoria é desenvolvida como resultado da análise dos dados. A primeira está mais relacionada com o positivismo e a indutiva com o interpretativismo, embora Saunders *et al* (2009) alertem para que esta associação possa induzir em erro e não ter valor prático. Segundo estes autores, é perfeitamente possível, e, por vezes, desejável, combinar diferentes abordagens de investigação.

Quadro 5.3: Comparação entre abordagem dedutiva e indutiva

A abordagem dedutiva enfatiza…	**A abordagem indutiva enfatiza…**
Os princípios científicos	A compreensão do significado que os indivíduos atribuem aos eventos
Um movimento da teoria para os dados	Um movimento dos dados para a teoria
A necessidade de explicar as relações de causalidade entre variáveis	Uma compreensão próxima do contexto de investigação
A recolha de dados quantitativos	A recolha de dados qualitativos
A aplicação de controlos para assegurar a validade dos dados	
A operacionalização dos conceitos para garantir a clareza da definição	
Uma abordagem muito estruturada	Uma estrutura mais flexível para permitir alterações da ênfase de investigação, à medida que esta vai progredindo
A independência do investigador relativamente àquilo que está a ser investigado	A compreensão de que o investigador faz parte do processo de investigação
A necessidade de seleccionar amostras de dimensão suficiente para permitir conclusões generalizáveis	Menor preocupação com a necessidade de generalizar

Fonte: Tabela 4.2. em Saunders *et al* (2009), p. 127.

Mason (2002), p. 180, esclarece também que, na abordagem dedutiva, a teoria não é obtida a partir dos dados, excepto no sentido em que teve de ser refinada, através de estudos prévios que refutaram ou confirmaram teorias iniciais. Nesta forma de desenvolvimento de teoria, há a explicitação clara de hipóteses à partida e a tarefa analítica é medir ou colocar em confronto os dados com a teoria. Pelo contrário, na abordagem indutiva, a teoria é desenvolvida a partir ou através da geração e análise dos dados. Os dados são escrutinados de modo a originar explicações que se lhes adaptem.

À semelhança de outros autores, Mason (2002)) equaciona, ainda, uma terceira possibilidade: a abordagem abdutiva, onde a teoria, a geração e a análise de dados são desenvolvidas simultaneamente num processo dialéctico, existindo avanços e retrocessos entre a análise dos dados e os processos de explicação ou construção de teorias. Muitas vezes, a perspectiva paradigmática é associada a esta abordagem abdutiva.

5.2.4. Esboço ou Plano da investigação

O esboço ou plano da investigação (*research design*) é, de acordo com Yin (2009), p. 26, a sequência lógica que relaciona os dados empíricos com as questões iniciais de investigação e com as suas conclusões. É um plano lógico que permite partir de um conjunto inicial de questões e chegar a um conjunto de conclusões (respostas)[181]. Por outras palavras, é um plano genérico sobre o modo como se irá responder às questões de investigação (Saunders *et al* (2009), p. 137). Conterá objectivos claros (obtidos a partir das questões de investigação), especificará as fontes a partir das quais os dados serão recolhidos e identificará as restrições e condicionamentos existentes (em termos de acesso aos dados, tempo, recursos financeiros, etc.). As decisões tomadas no esboço da investigação devem ser sempre devidamente justificadas, com base nas questões e objectivos da investigação e de um modo consistente com a filosofia de investigação (Saunders *et al* (2009), p. 137). Assim, para além de clarificar os propósitos ou finalidades de investigação, o esboço identifica as estratégias de investigação, os horizontes temporais e as escolhas, aspectos que se desenvolvem em seguida[182].

Propósitos ou finalidades da investigação. A investigação pode ter mais do que um propósito e este pode variar no decurso da mesma (Saunders *et al* (2009)). Porém, é habitual a sua classificação em estudos exploratórios (em que se explora um novo

[181] É um plano de trabalho que lida com um problema lógico. Se, por exemplo, as questões de investigação dizem respeito aos relacionamentos estabelecidos entre duas organizações e apenas se estuda uma delas, não é possível retirar conclusões não enviesadas sobre a parceria. Há um problema no desenho da investigação (mas não no plano de trabalho, como explica na p. 27).

[182] Autores como Mason (2002), p. 30, designam o "esboço de investigação" por "estratégia metodológica", que definem como a lógica através da qual se irá responder às questões de investigação. Já Creswell (2009), p. 4, define o "esboço da investigação" como o plano de acção que liga os pressupostos filosóficos aos "métodos" específicos e às estratégias (qualitativas, quantitativas ou mistas) usadas.

tópico), descritivos (em que se descreve um fenómeno) ou explicativos (em que se procura estabelecer relações de causalidade entre variáveis).

Quadro 5.4: Finalidades da investigação

Exploratória	Descritiva	Explicativa
Familiarização com factos, contextos e preocupações básicas	Elaborar uma descrição detalhada	Testar as previsões de uma teoria ou princípio
Criação de um quadro mental genérico das condições	Localizar novos dados que contrariem dados passados	Enriquecer uma explicação teórica
Gerar novas ideias ou hipóteses	Documentar um processo causal	Estender uma teoria a novas questões ou novos tópicos
Avaliar a exequibilidade da investigação	Efectuar o relatório sobre o contexto de determinada situação	Apoiar ou refutar uma explicação ou previsão
Desenvolver técnicas para a medição e localização de dados futuros		Relacionar questões ou tópicos com um princípio geral
		Determinar qual a melhor de várias explicações

Fonte: Neuman (2003), p. 29, adaptado.

Estratégias de investigação. As "estratégias de investigação" podem envolver a realização de inquéritos, de estudos de caso e de experiências, bem como a recolha de informação em arquivos. Autores como Saunders *et al* (2009) distinguem estas estratégias das "tácticas de investigação", que são os diferentes métodos de recolha dos dados (questionários, entrevistas, *focus grups*, dados publicados, etc.). Há métodos, como, por exemplo, a entrevista, que podem ser uma componente de várias estratégias. Consoante o tipo de questão de investigação e a actualidade do fenómeno investigado, cada uma destas estratégias apresenta as suas vantagens e desvantagens.

Quadro 5.5: Situações relevantes para diferentes estratégias de investigação

	Forma da questão de investigação	Acontecimentos contemporâneos?
Inquérito	Quem? O quê? Onde? Quantos? Quanto?	Sim
Estudo de caso	Como? Porquê?	Sim
Análise de arquivos	Quem? O quê? Onde? Quantos? Quanto?	Sim/não
História	Como? Porquê?	Não
Experiência	Como? Porquê?	Sim

Fonte: Yin (2009) [183], p. 8, adaptado.

Assim, o inquérito é vantajoso quando se pretende descrever a incidência ou prevalência de um fenómeno ou quando se deseja prever resultados (Yin (2009), p. 9). A estratégia

[183] Yin (2009) designa estas "estratégias de investigação" por "métodos" (definidos, na página 6, como "um modo de recolher e analisar evidência empírica de acordo com uma lógica própria"). De modo idêntico, Ryan *et al* (2002) consideram os estudos de caso como um método.

de inquérito é habitualmente associada à abordagem dedutiva (Saunders *et al* (2009), p. 144) e pode envolver a elaboração de questionários ou outros métodos, como a realização de entrevistas estruturadas a todos os inquiridos. Já o estudo de caso é preferível quando o objectivo é responder a questões do tipo "como?" ou "porquê?" e se pretende estudar um fenómeno contemporâneo. Yin (2009), p. 6, adverte que muitos cientistas sociais acreditam que os estudos de caso apenas são apropriados para a fase exploratória de uma investigação, que os inquéritos são convenientes para a fase descritiva e que as experiências são a única forma de explicação de fenómenos. Todavia, Yin (2009) é de opinião que cada uma das estratégias, incluindo o estudo de caso, pode ser usada para cada uma destas finalidades. Mason (2002), p. 7, defende, inclusivamente, que o investigador qualitativo não se deve limitar a descrever algo ou a explorar o que está a acontecer, devendo explicar um *puzzle* intelectual. Os investigadores qualitativos devem produzir explicações ou argumentos que sejam de algum modo generalizáveis, não devendo ficar satisfeitos com justificações que sejam idiossincráticas ou específicas do seu estudo (Mason (2002).

Horizontes temporais. Uma opção importante a efectuar, quando se faz a planificação da investigação, é entre uma "fotografia" em determinado momento particular do tempo (estudo *cross-section*) ou a análise da evolução de dada situação ao longo de certo período (estudo longitudinal)[184].

Escolha de um método único, múltiplo ou misto. É empregue um método único quando se utiliza determinada técnica ou procedimento de recolha de dados (por exemplo, questionário ou entrevista) e os procedimentos de análise correspondentes (como gráficos ou categorização de dados, respectivamente). São usados vários métodos quando se emprega mais do que uma técnica de recolha e de análise dos dados.

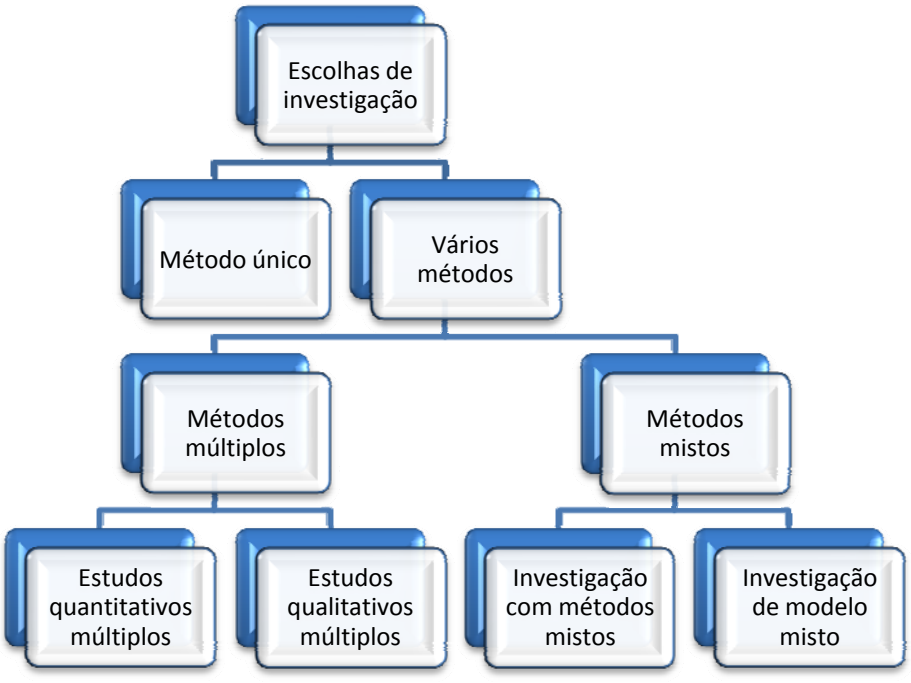
Os métodos são, por vezes, classificados como qualitativos ou quantitativos, efectuando-se uma associação com o tipo de dados utilizados. No entanto, essa

[184] A investigação longitudinal pode ser de três tipos: séries temporais (em que o mesmo tipo de informação é recolhido em vários períodos de tempo); estudos de painel (em que exactamente as mesmas pessoas, organizações ou grupos são analisados em vários momentos do tempo); ou estudos de coortes ou grupos (em que se estudam grupos com características semelhantes durante determinados períodos).

correspondência não é unívoca. Assim, por exemplo, o estudo de caso, embora seja habitualmente classificado como uma investigação de tipo qualitativo, utiliza, muitas vezes em simultâneo, dados quantitativos e qualitativos e, em algumas situações, analisa apenas evidência quantitativa (Yin (2009)). Por outro lado, há circunstâncias em que se recolhem dados qualitativos e se procede a uma análise quantitativa, pelo que Eisenhardt e Graebner (2007) recomendam até que se evite a expressão "investigação qualitativa". De modo semelhante, Mason (2002) afirma que a distinção entre investigação qualitativa e quantitativa não é muito clara e que todos os investigadores devem reflectir cuidadosamente acerca da motivação e do modo de utilização do método seleccionado.

Autores como Saunders *et al* (2009) aplicam o termo "métodos múltiplos" nas situações em que existe uma visão apenas qualitativa ou apenas quantitativa, não se misturando técnicas e procedimentos qualitativos com técnicas e procedimentos quantitativos.

Figura 5.4: Escolhas de investigação



Fonte: Saunders *et al* (2009), p. 152.

A designação "métodos mistos" é reservada para as situações em que são usadas técnicas de recolha dos dados e procedimentos de análise qualitativos e quantitativos. A "investigação com métodos mistos" utiliza, em simultâneo ou em sequência, técnicas e

procedimentos qualitativos e quantitativos, mas não os combinando (isto é, os dados quantitativos são analisados quantitativamente e os dados qualitativos são analisados qualitativamente). Pelo contrário, na "investigação de modelo misto", os dados quantitativos podem sofrer uma análise qualitativa e os dados qualitativos podem ser convertidos em códigos numéricos, sendo, eventualmente, objecto de uma análise estatística[185].

A opção por vários métodos oferece uma melhor oportunidade de responder a certas questões de investigação e de avaliar em que medida é possível confiar nos resultados e fazer inferências. Há, sobretudo, duas vantagens no recurso a vários métodos no mesmo estudo (Saunders *et al* (2009), p. 153). Uma é que os vários métodos podem ser empregues para diferentes finalidades. Por exemplo, é possível usar entrevistas, numa fase exploratória, de modo a obter alguma sensibilidade às questões chave, antes de se proceder à elaboração do questionário. A segunda vantagem é permitir a triangulação: determinar se a evidência obtida através de diferentes métodos é convergente[186]. Não surpreende, por isso, que segundo Yin (2009), p. 62, os investigadores estejam a conceder uma atenção crescente aos métodos mistos, em que, num mesmo estudo, se combinam métodos, técnicas, abordagens, linguagem e conceitos qualitativos e quantitativos[187].

Embora a integração de diferentes métodos seja, por vezes, muito produtiva, não é simples, nem linear. Deve acautelar-se que esta integração tem significado e é possível a quatro níveis (Mason (2002), pp. 34 e 35)[188]:

[185] Autores como Maxwell (2010) e Greene (2007) acrescentam que mais do que combinar diferentes tipos de dados ou diferentes métodos de recolha de dados, a investigação com métodos mistos acrescenta valor se usar diferentes formas de "ver, interpretar e conhecer".
[186] Triangulação significa olhar para algo através de diferentes ângulos ou perspectivas (Neuman (2003), p. 138). Podem existir outros tipos de triangulação (Flick (2005), p. 231): triangulação dos dados (utilização de fontes diferentes); triangulação do investigador (utilização de observadores ou entrevistadores diferentes); e triangulação teórica (utilização de múltiplas perspectivas teóricas na fase de planificação de investigação ou de interpretação dos dados). A designada triangulação metodológica pode ser inter-métodos (como aconteceu neste exemplo, em que se combinou um questionário com uma entrevista semi-estruturada), mas também intra-método (por exemplo, utilização de diferentes sub-escalas para medir um item de um questionário).
[187] Note-se que este tipo de investigação (através de métodos mistos) encoraja a consideração de múltiplas visões do mundo ou paradigmas (em vez da associação típica de certos paradigmas à investigação qualitativa e de outros à investigação quantitativa) ou de um paradigma que possa englobar uma investigação quantitativa e qualitativa, tal como o pragmatismo (Creswell e Clark (2010), p. 13).
[188] Uma análise alternativa é proposta por Biesta (2010).

- Integração técnica. É necessário questionar se o agrupamento ou comparação de dados, gerados através de diferentes fontes ou métodos, assume significado. Uma maneira de o fazer é questionar se são utilizadas unidades de análise iguais ou complementares. Por exemplo, quando se realizam entrevistas, a unidade de análise poderá ser o indivíduo. Isto significa que os dados obtidos dizem algo sobre os indivíduos, mas também que as agregações são de indivíduos e que as comparações são entre indivíduos. Contudo, se também se observaram contextos sociais particulares, nestes casos, esses contextos (ou alguns dos seus elementos) constituem a unidade de análise. Numa situação como esta, não é possível agregar os diferentes conjuntos de dados, porque a sua substância e forma são significativamente diferentes. As unidades analíticas são os indivíduos (num caso) e os contextos sociais (no outro). Mesmo que a unidade analítica seja a mesma, os dados podem assumir formas diferentes. Assim, pode desejar-se integrar dados obtidos através de um inquérito por entrevista estruturada com dados obtidos através de entrevistas qualitativas pouco estruturadas. Os dados estruturados, provavelmente, assumem uma forma estandardizada e podem ser codificados ou categorizados numericamente. Os dados semi-estruturados podem ser codificados tematicamente. Nos dois casos, os indivíduos são usados como unidades de análise, mas pode ser impossível, ou não desejável, usar os mesmos códigos em ambos os conjuntos de dados.
- Integração ontológica. É preciso averiguar se os dados são ontologicamente consistentes (apoiam-se em pressupostos semelhantes, complementares ou comparáveis sobre a natureza dos fenómenos e entidades sociais). A título de exemplo, dados relacionados com discursos sociais podem ser ontologicamente inconsistentes com dados sobre a personalidade dos indivíduos. Os primeiros podem basear-se numa perspectiva ontológica que considera a vida social como um conjunto de discursos sociais. Os segundos podem basear-se numa posição que encara as personalidades dos indivíduos como realidades empíricas e a vida social como um contexto em que há interacção de personalidades individuais e onde os discursos sociais não constituem realidades empíricas.
- Integração epistemológica. Deve indagar-se se os diferentes métodos ou formas dos dados resultam da mesma epistemologia ou, pelo menos, de epistemologias

complementares (baseiam-se em pressupostos semelhantes, complementares ou comparáveis sobre aquilo que, legitimamente, pode constituir conhecimento ou evidência).

- Integração ao nível da explicação. Os diferentes métodos e fontes de dados devem contribuir para a construção de um argumento coerente e convincente relativamente ao *puzzle* intelectual.

5.2.5. Métodos: técnicas e procedimentos de recolha e análise dos dados

5.2.5.1. Introdução

Neste ponto, são descritos e comparados alguns métodos possíveis de recolha e de análise dos dados, realçando certos aspectos que devem ser acautelados na realização de estudos de caso. Deste modo, após se explicitar o conceito de método, distinguindo-o do conceito de fontes de recolha dos dados, apresentam-se alguns métodos de recolha de dados, bem como as suas vantagens e inconvenientes, e descrevem-se questões tipo usadas nas entrevistas. Posteriormente, comparam-se diferentes estratégias e tácticas de análise qualitativa, reflecte-se sobre o modo como devem ser redigidas as conclusões de um estudo de caso e sobre a importância dos critérios de validade e consistência.

5.2.5.2. Métodos de recolha dos dados

"*An interview is literally an inter view, an interchange of views between two persons conversing about a theme of mutual interest*"

(Kvale e Brinkmann (2009), p. 2)

Os métodos devem ser distinguidos das fontes de dados (indivíduos, organizações, textos, contextos, objectos ou eventos). As pessoas podem ser fontes de dados na medida em que são repositórios de conhecimentos, experiências e sentimentos eventualmente relevantes para a investigação em curso (Mason (2002), p. 51). Existe, porém, um amplo leque de métodos através dos quais é possível a obtenção dos dados: observação, entrevistas, documentos, etc. Neste sentido, as fontes de dados são os locais ou fenómenos através dos quais se acredita que os dados podem ser obtidos e os métodos de geração de dados são as técnicas usadas para o fazer. Na investigação qualitativa, esta autora prefere a utilização do termo "geração" de dados, em vez de

"recolha" dos dados, precisamente porque rejeita a ideia de que o investigador possa ser um indivíduo neutro na recolha de informação sobre o mundo social.

Por outro lado, e como esclarece Yin (2009), p. 88, os indivíduos são, por vezes, as fontes de recolha de dados (por exemplo, entrevistas com indivíduos), embora a unidade de análise possa ser colectiva (por exemplo, a organização onde os indivíduos trabalham). Neste caso, a recolha de dados poderá ter de se apoiar fortemente na informação dos indivíduos entrevistados, mas as conclusões não se devem basear integralmente nas entrevistas (a informação recolhida é relativa às perspectivas dos indivíduos sobre a organização e não, necessariamente, ao modo como ocorreram os acontecimentos organizacionais).

Yin (2009) sugere que, na recolha de dados para um estudo de caso, se respeitem os seguintes princípios: usar vários métodos (que designa por múltiplas fontes de evidência); criar uma base de dados do estudo de caso e manter uma cadeia de evidência.

A *utilização de vários métodos*, essencialmente quando fornecem diversas medidas do mesmo fenómeno, constitui uma das vantagens do estudo de caso, possibilitando a triangulação de dados e validando a construção (Yin (2009), pp. 116-117). A evidência pode ser obtida através de: documentos, registos de arquivo, entrevistas, observação directa, observação participante e artefactos físicos. As forças e fraquezas dos métodos usados na presente investigação estão sintetizadas no Quadro 5.6.

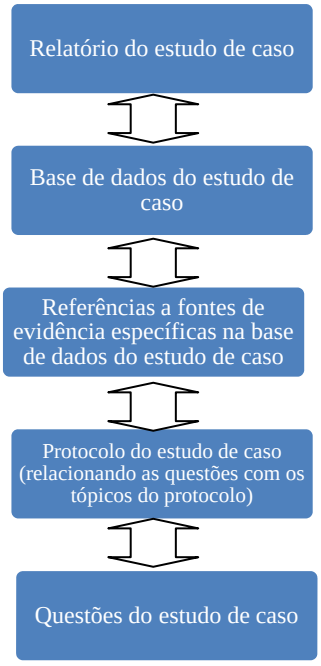
A *base de dados formal*, por seu turno, permite a outros investigadores uma eventual revisão da evidência, o que aumenta a fiabilidade do estudo de caso. Quanto à *manutenção da cadeia de evidência* (Figura 5.5), o seu objectivo fundamental é oferecer a possibilidade de ir de uma parte para outra do estudo de caso através de uma referência cruzada clara aos procedimentos metodológicos e à evidência utilizada.

Quadro 5.6: Forças e fraquezas de alguns métodos

	Forças	Fraquezas
Documentação	Estável – pode ser repetidamente revista Não criada em resultado do estudo de caso Exacta (quanto a nomes, referências e detalhes de um acontecimento) Ampla cobertura – intervalo de tempo alargado, muitos acontecimentos e muitos contextos	Pode ser difícil de encontrar Se a recolha for incompleta, poderá haver enviesamento Enviesamento no reporte – poderá ocorrer enviesamento (desconhecido), por parte do autor O acesso pode ser deliberadamente dificultado
Entrevistas	São orientadas – focadas directamente nos tópicos do caso estudado Fornecem explicações e relações de causalidade percebidas	Enviesamento das questões (porque mal formuladas) Enviesamento de respostas (*response bias*) Incorrecções devido a lapsos de memória Os entrevistados podem responder aquilo que julgam que o entrevistador quer ouvir

Fonte: Yin (2009)[189], p. 102, adaptado.

Figura 5.5: Manutenção da cadeia de evidência



Fonte: Figura 4.3. de Yin (2009), p. 123.

Definidas as questões de investigação, é essencial proceder à elaboração de um protocolo, sobretudo quando se realiza um estudo de caso múltiplo. De modo a

[189] Relembre-se que Yin designa estes métodos por fontes de evidência.

aumentar a confiança na investigação de estudos de caso, este protocolo deverá conter (Yin (2009), p. 81): uma breve descrição do projecto; os procedimentos a adoptar no terreno; as questões do estudo de caso, assim como o guia para o relatório do estudo de caso.

Relativamente aos procedimentos no terreno, na investigação qualitativa, uma questão fundamental a salvaguardar é o acesso ao campo de estudo. Como salienta Flick (2005), p. 55, a existência de um pedido formal prévio, que é apoiado ou autorizado por uma instância superior, pode, à partida, gerar desconfiança nas pessoas a entrevistar ("porque é que essa autoridade apoia a investigação?"). Mesmo após ter obtido acesso ao terreno ou à instituição, no geral, o investigador enfrenta o problema de chegar às pessoas mais interessantes para a pesquisa, pelo que, segundo Creswell e Clark (2010), p. 175, é importante que os investigadores encontrem um *gatekeeper*, isto é, um indivíduo, na organização, que apoie a investigação proposta e que "abra" a organização, possibilitando entrevistas a outros elementos e o acesso a dados complementares de vários tipos.

Quanto às questões a incluir no protocolo do estudo de caso, estas devem ser de diferentes níveis: nível 1 (colocadas a entrevistados específicos), nível 2 (sobre o caso e a serem respondidas pelo investigador), nível 3 (sobre o padrão de resultados em casos múltiplos), nível 4 (ao nível do estudo global e recolhendo informação de outra literatura ou dados relevantes) e nível 5 (questões normativas sobre recomendações em termos de política e conclusões a retirar). As questões do protocolo relembram ao investigador a informação que tem de ser recolhida e porquê, devendo ser acompanhadas de possíveis fontes de evidência. A diferença entre as questões de nível 1 e 2 é muito significativa (Yin (2009), p. 87). Os dois tipos de questões são, muitas vezes, confundidos, porque os investigadores pensam que as questões de investigação (nível 2) são as questões que têm de colocar no terreno (nível 1). Todavia, o investigador deve encarar-se como um detective que procura equacionar como terá ocorrido um crime, mas em que as questões colocadas a um suspeito ou inquirido não traduzem directamente aquilo em que ele está a pensar. Aquilo que se questiona mentalmente não é aquilo que se questiona verbalmente.

Uma ideia semelhante é defendida por Kvale e Brinkmann (2009). Na preparação da entrevista, é importante transformar as questões de investigação (formuladas em linguagem teórica) em questões aos inquiridos (formuladas de acordo com a linguagem quotidiana dos inquiridos). Uma questão de investigação pode ser formulada através de várias questões na entrevista, assim como uma resposta a uma questão da entrevista pode ajudar a responder a múltiplas questões de investigação. O papel das questões "porquê?", "como?" e "o quê?" difere nas questões de investigação e nas questões da entrevista. Na concepção do projecto de entrevista, as questões "porquê?" e "o quê?" devem ser colocadas e respondidas antes da questão "como?". Na situação de entrevista, a prioridade altera-se. Aqui, é necessário colocar as questões principais de um modo descritivo: "o que aconteceu?", "como aconteceu?", "o que sentiu?". O objectivo é conseguir descrições espontâneas dos sujeitos, em vez de obter as suas explicações, mais ou menos especulativas, sobre o "porquê" de algo ter acontecido. Porém, as questões do tipo "porquê?" podem ser importantes e, nesse caso, provavelmente, devem ser adiadas para o final da entrevista. As motivações dos indivíduos para agir de determinada forma devem ser avaliadas pelo investigador, num processo algo semelhante ao estabelecimento de um diagnóstico por parte de um médico. O clínico não começa por perguntar ao doente as causas da sua doença. Pergunta-lhe o que sente e quais os sintomas. A partir daí e de outros meios de investigação, o médico faz o diagnóstico (Kvale e Brinkmann (2009), p. 133). De modo análogo, Yin (2009), p. 106, aconselha que, em vez de se apresentar uma questão "porquê?" a um inquirido (o que o poderá colocar na defensiva), se pergunte "como?" (este será o modo preferível de tratar uma questão "porquê?" numa conversa). Há que lidar com os dois níveis anteriormente referidos, satisfazendo as questões de nível 2, através de questões amigáveis ou não ameaçadoras, no nível 1.

Na formulação das questões nas entrevistas, pode ser, também, necessário recorrer a variados tipos de perguntas para validar diferentes perspectivas teóricas. Se as várias abordagens teóricas, que salientam múltiplos aspectos de alguns conceitos, não forem introduzidas antes da fase de análise, a entrevista carecerá da informação relevante para se efectuarem interpretações específicas com base em diversas teorias (Kvale e

Brinkmann (2009), p. 107). Estes autores elencam, ainda, vários tipos de questões habitualmente utilizadas numa entrevista (Quadro 5.7).

Quadro 5.7: Tipos de questões na realização da entrevistas

Questões introdutórias	"Pode falar-me acerca de…?"; "Lembra-se de uma ocasião em que…?"; Estas questões podem permitir descrições ricas e espontâneas em que os próprios sujeitos revelam aquilo que consideraram como os aspectos fundamentais do fenómeno investigado.
Questões de seguimento (*follow-up*)	As respostas do inquirido podem ser alargadas através da atitude crítica, curiosa e persistente do entrevistador. Um mero "mm" pode convidar o inquirido a prosseguir com a descrição. Os entrevistadores devem habituar-se a detectar "luzes vermelhas" nas respostas (termos pouco habituais ou entoações fortes que podem assinalar um conjunto de tópicos importantes para o inquirido).
Questões sonda (*probing*)	São questões em que o entrevistador conduz o entrevistado a dizer mais alguma coisa sobre um determinado tópico, mas sem indicar quais as dimensões que devem ser consideradas: "Pode dizer mais alguma coisa relativamente a esse assunto?"; "Isso é interessante!"; "Não tinha pensado nisso."; "Pode descrever mais detalhadamente aquilo que aconteceu?"; "Pode dar outro exemplo?".
Questões de especificação	O entrevistador pode prosseguir a entrevista com questões mais operacionais ("Como reagiu o seu corpo?" ou "O que fez na situação em que sentiu uma ansiedade muito grande?") ou com questões que procuram obter descrições mais precisas.
Questões directas	"Alguma vez recebeu dinheiro por ter tido boas notas?". Este tipo de questões deverá ser adiado para o final da entrevista, depois de os entrevistados terem dado a sua descrição espontânea e terem indicado os aspectos do fenómeno que, em seu entender, eram centrais.
Questões indirectas	Questões relativas, por exemplo, às atitudes dos outros.
Questões estruturantes	Directa e educadamente, o entrevistador pode terminar respostas longas, que são irrelevantes para a investigação, sumariando a sua interpretação e acrescentando: "Gostaria agora de introduzir um novo tópico…"
Silêncio	Ao inserir pausas na conversa, os sujeitos têm tempo de pensar e reflectir, podendo surgir informação significativa.
Questões de interpretação	O grau de interpretação pode envolver apenas o reelaborar de uma resposta ("Quis dizer que…") ou uma tentativa de clarificação ("É correcto afirmar que sentiu…").

Fonte: Quadro 7.1. em Kvale e Brinkmann (2009), p.135.

Autores como Gillham (2001), p. 67, salientam ainda a importância de questões de incitamento (*prompts*), que lembram imediatamente ao entrevistado alguns aspectos, no caso de este não os referir. Para tal, o investigador deve equacionar as diferentes dimensões de respostas alternativas às suas questões, de modo a inquirir prontamente: "Não me falou acerca de X. Qual a sua opinião relativamente a esta questão?".

5.2.5.3. Procedimentos de análise qualitativa

Os procedimentos de análise qualitativa podem ser efectuados através de uma abordagem dedutiva ou indutiva (Saunders *et al* (2009), capítulo 13). Quando se utiliza

uma teoria existente para formular as questões e os objectivos de investigação, essas proposições podem ser usadas na concepção de um enquadramento que permita organizar e orientar a análise dos dados (abordagem dedutiva). Mesmo que se opte por uma abordagem indutiva, a utilização de uma perspectiva teórica no início do trabalho pode acarretar vantagens (Saunders *et al* (2009), p. 490): relaciona a investigação com o corpo de conhecimentos na área objecto de estudo e oferece um enquadramento analítico inicial. A realização de estudos sem um enquadramento teórico ou descritivo está normalmente associada a objectivos exploratórios (pelo menos numa fase inicial). Nestas situações, a teoria emerge do processo de recolha e análise dos dados. São identificadas relações entre os dados e são desenvolvidas questões, hipóteses e proposições para os testar. Todavia, a utilização bem sucedida de uma abordagem indutiva pode consumir muito tempo e outros recursos, exigindo ainda que a investigação se inicie com propósitos muito claros (Saunders *et al* (2009)).

5.2.5.3.1. Estratégias e técnicas de análise dedutiva da evidência

Yin (2009), pp. 130 e seguintes, sugere 4 estratégias de análise que ajudam a tratar a evidência correctamente, a produzir conclusões convincentes e a afastar interpretações alternativas. Apresenta ainda 5 técnicas específicas, defendendo que as estratégias ou técnicas não são mutuamente exclusivas, pelo que podem ser usadas em conjunto. Contudo, alerta para a necessidade de esta escolha ser efectuada antes da recolha dos dados, de modo a assegurar que a respectiva análise será possível.

As estratégias propostas, isto é, as várias alternativas possíveis de relato da "história" por parte do investigador, são as seguintes:

1. Apoio em proposições teóricas. Os objectivos iniciais e o desenho do estudo de caso, provavelmente, basearam-se nessas proposições que, por sua vez, são o reflexo de um conjunto de questões de investigação, revisões de literatura e novas hipóteses ou proposições. As proposições ajudam a centralizar a atenção em determinados dados e a ignorar outros.
2. Desenvolvimento de um enquadramento descritivo do caso. É uma alternativa quando existem dificuldades em colocar em prática a primeira estratégia.

3. Utilização simultânea de dados qualitativos e quantitativos. Os dados quantitativos podem ser relevantes, porque permitem obter informação sobre os resultados de um fenómeno que se está a tentar explicar.
4. Análise de explicações rivais. Esta estratégia poderá ser utilizada em conjunto com cada uma das três anteriores.

Dada uma estratégia genérica, Yin (2009) propõe cinco técnicas analíticas que ajudam a lidar com as questões da validade interna e externa da investigação:

1. Correspondência de padrões (*pattern matching*), procedendo a uma comparação entre o padrão de resultados previsto (com base numa determinada teoria) e o padrão de resultados empírico. Se o padrão de resultados obtido se enquadrar nas previsões efectuadas através do enquadramento conceptual, os resultados fortalecem a validade interna do estudo de caso. Se o estudo de caso for explicativo, os padrões podem estar relacionados com as variáveis dependentes e/ou com as variáveis independentes. Assim, uma situação possível é a especificação, com base em proposições teóricas, de uma série de resultados esperados em consequência da implementação, por exemplo, de determinado programa de gestão. Se pelo menos uma das variáveis dependentes não se comporta de acordo com o previsto, a proposição inicial tem de ser colocada em causa[190]. Outra situação possível é a utilização de explicações rivais (constitui um exemplo da comparação de padrões, envolvendo diferentes variáveis independentes). Nesta situação, conhecem-se, à partida, vários casos onde ocorreu determinado resultado e a investigação procura identificar os motivos desse resultado e o modo como isso aconteceu. O ideal é ter explicações rivais com variáveis independentes mutuamente exclusivas (isto é, sendo uma explicação válida, as outras podem ser abandonadas). Quando se realiza um

[190] Outra possibilidade, ainda neste estudo, seria a de efectuar diferentes previsões de resultados, com base na alteração de uma das variáveis independentes (por exemplo, num primeiro caso, com um sistema informático centralizado, eram previsíveis determinados resultados e, num segundo caso, com um sistema descentralizado, eram esperados resultados diferentes para as mesmas variáveis dependentes). Se os resultados previstos e obtidos no primeiro caso forem diferentes dos previstos e obtidos no segundo caso, há uma replicação teórica entre casos. Noutras situações, poderá procurar-se uma replicação literal, identificando e estudando 2 ou mais casos de sistemas descentralizados.

único caso, a correspondência bem sucedida do padrão com umas das explicações rivais constitui evidência de que esta explicação é a correcta.

2. Construção de explicações. É um tipo especial da correspondência de padrões. O objectivo é analisar os dados, construindo uma explicação sobre o caso. "Explicar" um fenómeno é estabelecer um conjunto de relações de causalidade, procurando justificar como aconteceu algo ou porquê. Os melhores estudos de caso reflectem proposições teoricamente significativas. O processo de construção de explicações será provavelmente iterativo. Os resultados serão comparados com as proposições teóricas iniciais e revistos e confrontados com novos detalhes do caso repetidamente. Neste sentido, a explicação final poderá não corresponder à formulada no início, diferindo, assim, da correspondência ao padrão já descrita[191]. Podem ser procuradas explicações rivais que serão ou não rejeitadas. Estes processos são "perigosos" e, à medida que o processo iterativo progride, o investigador corre o risco de se afastar do tópico de interesse inicial.
3. Análise temporal. Os estudos deste tipo procuram examinar o "como" e o "porquê" de relações entre eventos ao longo do tempo. Se não existirem hipóteses ou proposições causais, as cronologias tornam-se crónicas sem relações de causalidade.
4. Modelos lógicos. Estes modelos estipulam deliberadamente uma cadeia complexa de eventos durante um período alargado de tempo. Os eventos são faseados em padrões repetidos de causa-efeito-causa-efeito, em que uma variável dependente, num estágio inicial, se torna uma variável independente, no estágio seguinte.
5. Síntese de casos cruzados. Cada estudo de caso é considerado um estudo independente, mas é realizada uma síntese dos vários casos, através de técnicas quantitativas, meta-análises ou tabelas. As diferenças entre os casos servem de base de análise e explicação.

Em suma, Yin (2009) prefere uma abordagem dedutiva em que são desenvolvidas proposições teóricas que antecedem a recolha de dados. Todavia, alguns autores, como Eisenhardt (1989), defendem que, se a investigação se destina a construir teoria, de um

[191] Ainda que existam semelhanças com a indução analítica ou *grounded theory* é distinta destas técnicas na medida em que procura testar uma proposição teórica (embora de modo iterativo).

ponto de vista ideal, é mais vantajoso iniciá-la sem perspectivas teóricas pré-determinadas e sem hipóteses a testar, de modo a não enviesar e limitar os resultados. Algumas orientações, quanto ao modo de efectuar uma análise indutiva da evidência, são apresentadas no ponto seguinte.

5.2.5.3.2. Estratégias e técnicas de análise indutiva da evidência

"(…) inductive and deductive logics are mirrors of one another, with inductive theory building from cases producing new theory from data and deductive theory testing completing the cycle by using data to test the theory."

Eisenhardt e Graebner (2007), p. 25

Nos estudos de caso em que se procura construir (e não descrever ou testar) teoria, embora a identificação inicial da questão de investigação e das possíveis construções mentais (*constructs*)[192] possa ser útil, reconhece-se que ambas podem sofrer alterações durante a investigação (Eisenhardt (1989), p. 536). Os investigadores devem formular a questão de investigação e especificar algumas variáveis potencialmente importantes com alguma referência à literatura existente, mas, sobretudo no início do processo, devem, tanto quanto possível, evitar pensar em relações específicas entre variáveis e teorias. Caso contrário, e como alerta Flick (2005), os investigadores, devido, em parte, aos seus pressupostos e estruturas teóricas (que dirigem a sua atenção para aspectos concretos) e, também, devido aos seus receios, podem não conseguir descobrir o que é realmente "novo".

Quando tentam construir teoria[193] a partir de estudos de caso, um dos primeiros passos que os investigadores têm de dar, segundo Eisenhardt e Graebner (2007), p. 26, é justificar as razões pelas quais a questão de investigação é melhor respondida através da construção de teoria do que através do teste da teoria. Por outras palavras, têm de responder à questão: "Porque é que este estudo é um estudo indutivo?".

[192] Sobretudo no domínio da Psicologia, prefere-se o termo "*construct*", porque tem uma conotação mais abstracta do que "variável", que é, por norma, especificamente definida (Creswell (2009), p. 50).

[193] Teoria é, segundo Creswell (2009), p.51, um conjunto de variáveis ou *constructs* unidos através de hipóteses ou proposições que especificam as relações existentes entre si (tipicamente em termos de magnitude ou direcção). A teoria explica "como" e "porque" é de esperar que uma variável independente influencie uma variável dependente.

Para responder a este desafio, é importante justificar a relevância da questão de investigação, bem como a inexistência de uma resposta verosímil por parte das teorias existentes. Eisenhardt e Graebner (2007) são de opinião que não é suficiente dizer que as teorias estão em conflito. É essencial ser persuasivo a esclarecer que a questão de investigação é crucial para as organizações e/ou teoria, assim como demonstrar que a investigação existente não contempla a questão de investigação ou considera-a de um modo inadequado ou provavelmente não verdadeiro.

As autoras explicitam, ainda, que o desafio da justificação de investigação indutiva de casos depende em parte da natureza da questão de investigação. Para questões de investigação *theory driven* que ampliam a teoria existente, o investigador tem de enquadrar a investigação no contexto desta teoria e, depois, mostrar a necessidade de construção indutiva de teoria. Porém, se as questões de investigação são *phenomenon driven*, o investigador tem de enquadrar a investigação em termos da importância do fenómeno e da existência de falhas na teoria existente. Nestas situações, a questão de investigação deve ser definida de modo mais amplo, concedendo, assim, mais flexibilidade ao investigador. A justificação apoia-se na relevância do fenómeno e na falta de evidência empírica e teoria viável.

A análise das semelhanças e diferenças da teoria já existente com os conceitos, teorias e hipóteses emergentes não deixa de ser essencial, no processo de construção de teoria. Como explicita Eisenhardt (1989), p. 544, em particular, a análise da literatura em conflito com a teoria emergente é fundamental por duas razões:

- Se os investigadores ignorarem os resultados conflituosos, a confiança nos resultados será menor (por exemplo, os leitores podem assumir que os resultados são incorrectos ou, embora correctos, são idiossincráticos do caso específico);
- A literatura em conflito representa uma oportunidade, obrigando os investigadores a pensarem de um modo mais criativo, conseguindo uma compreensão mais profunda, quer da teoria emergente, quer da teoria em confronto.

Uma das razões para a popularidade e relevância da construção de teoria, a partir de estudos de caso, é que constitui uma das melhores "pontes" entre a evidência qualitativa e as abordagens dedutivas (Eisenhardt e Graebner (2007), p. 25). A ênfase no desenvolvimento de construções mentais, medidas e proposições teóricas testáveis permite que este tipo de investigação indutiva seja consistente com a investigação dedutiva. Além disso, baseando-se a construção de teoria em dados empíricos ricos, provavelmente a teoria produzida será precisa, interessante e testável.

Saunders *et al* (2009) discutem outros procedimentos analíticos de tipo indutivo dos dados qualitativos, embora salientando que, na prática, muitos destes procedimentos combinam abordagens indutivas e dedutivas. Uma das abordagens mais divulgadas é a "apresentação e análise de dados", proposta por Miles e Huberman (1994). Este processo de análise é constituído por três subprocessos: redução dos dados (com o objectivo de condensar os dados, por exemplo, através da elaboração de sumários de documentos e de entrevistas); apresentação dos dados (através de, por exemplo, matrizes ou redes que permitam visualizar as variáveis e as relações entre elas) e elaboração e verificação das conclusões.[194]

5.2.5.3.3. A perspectiva de Ryan *et al* (2002) sobre os tipos de explicação e o papel da teoria nos estudos de caso

Ryan *et al* (2002) realçam que a investigação realizada através de estudos de caso pode apoiar-se numa posição metodológica positivista ou interpretativa, existindo diferenças significativas entre ambas. Em particular, existirão diferenças ao nível dos tipos de explicação (dedutiva *versus* padrão) e do papel da teoria (geração de hipóteses *versus* compreensão).

Os investigadores *positivistas* estão preocupados com o desenvolvimento de teorias gerais e os estudos de caso são considerados um instrumento de geração de ideias e hipóteses que serão testadas, posteriormente, em estudos estatísticos de larga escala (Ryan *et al* (2002)). O tipo de explicação "científica" tradicional apoia-se num processo *dedutivo*, em que as explicações estão a um nível mais abstracto (teórico) do que aquilo

[194] Outras abordagens possíveis são a análise de discursos (que procura analisar como é usada determinada linguagem em certos contextos sociais e porquê); a análise de modelos (*templates*), a *grounded theory* e a análise narrativa.

que é explicado e, para uma explicação ser válida, tem de existir pelo menos uma lei geral, a partir da qual seja possível prever a observação empírica. Todavia, numa perspectiva *interpretativa*, as leis gerais e as generalizações não explicam - apenas as circunstâncias específicas do caso e o seu contexto podem ser usados para explicar. A base de explicação é fornecida pelo sistema social particular que está a ser estudado, pelas relações entre as várias partes desse sistema e pela própria relação do sistema em si com o sistema mais amplo onde está inserido (i.e., o seu contexto). Esta modalidade de explicação é considerada uma explicação de modelo padrão (*pattern model*)[195], na qual não aparecem leis gerais; apenas os vários elementos que constituem o sistema (que está a ser explicado) e o seu contexto. Eventualmente, podem existir regularidades no interior do sistema ou do seu contexto, mas não há leis gerais que transcendam todos os sistemas sociais. Ryan *et al* (2002) acrescentam, ainda, que, enquanto o modelo dedutivo *prevê* ocorrências no nível empírico, com base em leis e teorias gerais e abstractas, *não explica* essas ocorrências. As generalizações estatísticas não explicam, apenas indicam regularidades estatísticas que podem, ou não, aplicar-se em casos particulares. Por seu turno, no modelo padrão, associado aos estudos de caso de tipo interpretativo, oferece-se uma *explicação* empírica de determinada ocorrência, que pode *não ser adequada para fazer previsões* sobre outras ocorrências. As explicações obtidas deste modo destinam-se a ajudar a compreender o mundo.

Em consequência, segundo estes autores, os investigadores que privilegiam abordagens dedutivas podem usar os estudos de caso para testar hipóteses, mas este teste será relativamente pobre, devido ao pequeno número de observações. O valor dos estudos de caso limita-se, então, quando se privilegiam essas abordagens, a trabalhos exploratórios de geração de hipóteses (havendo, porém, necessidade de testar as hipóteses através de outros meios). Por outro lado, os investigadores que privilegiam o modelo padrão de explicação usam teorias para explicar as observações empíricas e utilizam as observações empíricas para modificar a teoria. Quando as teorias existentes não oferecem explicações convincentes, têm de ser desenvolvidas novas teorias ou modificadas as teorias existentes. Há, assim, uma interacção nos dois sentidos entre a teoria e a observação.

[195] Este termo foi sugerido por Kaplan, A. (1964), *The Conduct of Inquiry: Methodology for Behavioral Science*, San Francisco: Chandler.

Em virtude do exposto, para Ryan *et al* (2002), na investigação positivista, o desenvolvimento teórico ocorre através da geração e teste de hipóteses. A teoria existente ajuda os investigadores a identificarem as hipóteses apropriadas nas observações do caso, hipóteses essas que serão testadas, mais tarde, através de estudos estatísticos de larga escala. O desenvolvimento e extensão da teoria ocorrem através do teste estatístico de hipóteses e não através dos estudos de caso em si. Os estudos de caso são apenas meios de geração de hipóteses. Por outro lado, na investigação interpretativa, a teoria desempenha um papel central. É simultaneamente o *input* e o *output* do processo de investigação. A teoria existente será usada para analisar o caso e, através das observações, poderá concluir-se que a teoria existente tem de ser refinada, modificada ou mesmo rejeitada.

5.2.6. Redacção das conclusões

Quando o estudo realizado utiliza várias estratégias e métodos, deve atender-se à finalidade dessa modalidade de investigação na redacção das conclusões (Yin (2009), pp. 173-174)). Assim, se o objectivo é efectuar a triangulação de evidência, é necessário, no estudo mais abrangente, comparar os resultados obtidos em cada um dos métodos ou estratégias. Quando é realizado um estudo abrangente em que se usa um inquérito (para definir a prevalência ou frequência de determinados processos ou fenómenos) e estudos de caso (para compreender os processos de causalidade), a análise inicial e os resultados de cada investigação devem ser conduzidos independentemente, mas deverá haver uma análise final com a fusão dos vários resultados obtidos.

Por outro lado, Golden-Biddle e Locke (1993) aconselham 3 dimensões críticas que devem ser observadas na redacção de estudos de caso, de modo a que os investigadores consigam persuadir os leitores de que as suas interpretações e os seus resultados são credíveis, sobretudo quando há várias alternativas de interpretação:

- Autenticidade: capacidade do texto em transmitir a presença do investigador “no terreno”, mencionando detalhes sobre as pessoas entrevistadas, reuniões realizadas e utilização de variada evidência para sustentar os argumentos do investigador.

- Plausibilidade: capacidade do texto em transmitir aos leitores uma sensação não só de familiaridade e relevância, mas também de distinção e inovação.
- Criticismo (*criticality*): capacidade do texto em levar os leitores a questionar e reexaminar os pressupostos subjacentes ao seu trabalho (as suas ideias e convicções dadas como adquiridas).

5.2.7. Critérios de avaliação da qualidade da investigação

De modo a reduzir a possibilidade de obtenção de respostas erradas às questões de investigação, é importante conceder a devida atenção às questões de validade e de consistência ou fiabilidade.

Como esclarece Mason (2002), pp. 38-39, há algumas dúvidas relacionadas com a qualidade da investigação qualitativa e, inclusive, com a possibilidade de os dados qualitativos constituírem evidência. Segundo esta autora, isso acontece, porque as abordagens filosóficas em que se baseia a investigação qualitativa são explicitamente anti-positivistas, anti-realistas ou anti-modernistas e os critérios de avaliação da investigação e da evidência têm sido, regra geral, obtidos a partir destas tradições. Por isso, as medidas estabelecidas de validade, generalização e consistência para avaliar a qualidade, rigor e potencial da investigação (e até mesmo a própria ideia de critérios científicos) são, por vezes, julgadas irrelevantes para a investigação qualitativa. Sob esta perspectiva, o próprio conceito de evidência torna-se problemático, na medida em que sugere um conjunto de dados neutro que "fala" uma verdade objectiva. Contudo, Mason (2002) explica que as ideias genéricas subjacentes aos princípios chave dos critérios científicos não são necessariamente problemáticas em si mesmo.

Uma investigação é válida quando o investigador observa, identifica e mede aquilo que pretende (Mason (2002), p. 39). Por outras palavras, " o investigador vê o que pensa ver" (Flick (2005), p. 226, citando Kirk e Miller (1986)[196]). Como afirma Mason (2002), p. 39, a validade está, muitas vezes, associada com a "operacionalização" dos conceitos, um termo conotado com formas de investigação quantitativas e experimentais, mas que traduz a necessidade de demonstrar que os conceitos podem ser

[196] Kirk, J. e Miller, M. (1986), *Reliability and Validity in Qualitative Research*, Beverly Hills: Sage.

identificados, observados e medidos do modo escolhido pelo investigador. Consequentemente, é necessário explicitar como é que um método ou fonte de dados, seja ele qual for, pode ilustrar determinados conceitos.

Uma das críticas frequentes à investigação realizada através de estudos de caso é que não é possível efectuar generalizações, porque os casos não são representativos. Uma eventual resposta será que os estudos de caso, como as experiências, são generalizáveis em proposições teóricas e não em populações ou universos (Yin (2009), p. 15). Ao efectuar um estudo de caso, o objectivo será expandir e generalizar teorias (generalização analítica ou teórica) e não enumerar frequências (generalização estatística). As teorias que oferecem explicações convincentes são mantidas e usadas noutros estudos de caso, enquanto as restantes são rejeitadas ou modificadas. Segundo Ryan *et al* (2002), o objectivo de um estudo de caso individual é explicar as circunstâncias particulares de determinado caso, enquanto o objectivo de um programa de investigação baseado nestes estudos de caso é gerar teorias capazes de explicar todas as observações feitas. À medida que os estudos de caso procuram aplicar teorias em novos contextos, a teoria é modificada e aperfeiçoada e, através deste processo, a teoria é generalizada[197].

Existe consistência ou fiabilidade (*reliability*) quando há segurança ou confiança nos valores obtidos. A título de exemplo, existe consistência ao longo do tempo, se são obtidos os mesmos valores, quando se efectuam medições em diferentes momentos. Segundo Ryan *et al* (2002), enquanto, na investigação quantitativa, a consistência exige um observador independente e neutral, na investigação qualitativa, é importante a designada fiabilidade dos procedimentos: adopção de métodos e procedimentos fiáveis.

[197] Segundo estes autores, a generalização teórica pode ser feita de dois modos. Um é o modo já descrito em que são realizados estudos de caso em vários contextos diferentes, de modo a generalizar a teoria a um conjunto mais abrangente de contextos. Em alternativa, é possível utilizar considerações teóricas para defender que os resultados de um estudo de caso particular, em determinado contexto, são aplicáveis (generalizáveis) a outros contextos.

5.3. Questões e objectivos de investigação

"The mere formulation of a problem is far more often essential than its solution, which may be merely a matter of mathematical or experimental skill. To raise new questions, new possibilities, to regard old problems from a new angle requires creative imagination and marks real advances in science."

Albert Einstein

Como se referiu no primeiro capítulo, com o presente trabalho, pretende-se contribuir para uma resposta à questão: "Quais as áreas e as circunstâncias em que, através de algum tipo de relação contratual com empresas especializadas, pode ser possível obter melhores resultados do que os conseguidos com a prestação interna?". Procura-se responder àquela pergunta não esquecendo os diferentes níveis de proximidade à actividade nuclear dos hospitais, que é a prestação de cuidados de saúde. Para tal, foram identificadas três questões específicas e alguns objectivos mais particulares.

Quadro 5.8: Questões e objectivos de investigação

Questão de investigação	Objectivos de investigação
Quais são as áreas confiadas a empresas externas pelos hospitais portugueses?	• Caracterizar a extensão e intensidade do recurso ao *outsourcing*, no sector hospitalar, em Portugal.
Como é que a consideração de múltiplas perspectivas teóricas permite compreender melhor a origem e racionalidade dos relacionamentos de *outsourcing*, em diferentes áreas?	• Compreender os motivos pelos quais os hospitais optam por recorrer (ou não) ao *outsourcing* de algumas actividades, atendendo ao tipo de serviços em questão (genéricos ou clínicos) e ao tipo de instituição (do sector público ou do sector privado). • Explicar um caso concreto de *outsourcing* de um serviço de Imagiologia, procurando obter possíveis justificações para o recente e crescente uso do *outsourcing* nesta área, por parte de alguns hospitais.
Quais os resultados conseguidos com as decisões de (des)integração vertical, em diferentes áreas?	• Nos serviços hoteleiros, designadamente nas actividades de "alimentação", "higiene e limpeza", "lavandaria" e "vigilância e segurança", comparar os custos das instituições que recorrem ao *outsourcing* com os de hospitais que optaram por manter essas actividades internamente. • Nas actividades de "limpeza" e "alimentação", comparar a qualidade (apercebida pelos utentes) dos hospitais que efectuam o *outsourcing* destas actividades com a dos hospitais que optam por as manter internamente. • Identificar possíveis benefícios e riscos (nomeadamente de indução de procura) associados ao *outsourcing* de Serviços de natureza mais clínica, como a Imagiologia, e, no caso de se concluir que essa opção é viável, determinar eventuais factores críticos de sucesso. • Fornecer alguma evidência que facilite a tomada de decisões em gestão.

Na busca de possíveis respostas, considerou-se que deveriam ser as questões de investigação a determinar a estratégia de investigação, tal como defende a perspectiva pragmática. No âmbito da investigação em gestão estratégica, esta perspectiva filosófica tem sido, aliás, defendida como uma opção epistemológica viável, por autores como Thomas Powell (2001). Como já se referiu, o compromisso com o pragmatismo permite racionalizar a utilização conjunta de investigação de cariz qualitativo e quantitativo, tendo consciência da existência de debates sobre a sua suposta incompatibilidade.

5.4. Estratégia de investigação

"(…) *although case studies are only samples of one, such samples are infinitely more informative than samples of none…(v)alid hypotheses are much more likely to emerge from direct, intimate encounter with organizations than from speculation.*"

Simon (1992, p. 1504)[198]

Seguindo a perspectiva pragmática, a selecção da estratégia e dos métodos mais apropriados para responder às questões de investigação deve ser efectuada atendendo "àquilo que funciona" (*what works*), em função das questões e do problema de investigação (Creswell e Clark (2010), p. 60).

De acordo com o já enunciado no ponto 5.2.4, cada uma das estratégias de investigação possíveis apresenta as suas vantagens e desvantagens, consoante o tipo de questão de investigação e a actualidade do fenómeno investigado. Assim, de modo a obter uma resposta tão ampla quanto possível à primeira questão, relacionada com a extensão ("quem?" e "o quê?") e a intensidade ("quanto?") das actividades desenvolvidas em *outsourcing*, optou-se pela realização de um inquérito (por questionário), instrumento que se revela particularmente útil quando se pretende descrever a incidência ou prevalência de um fenómeno (cf. 5.2.4). O inquérito foi também utilizado para tentar averiguar a importância relativa de diferentes motivações para recorrer (ou não) ao *outsourcing* em áreas mais gerais e em áreas mais associadas à prestação de cuidados e para diferentes tipos de instituição (públicas e privadas com ou sem fins lucrativos).

[198] Simon, Herbert (1992), "Review of Oliver E. Williamson", ed. *Organization Theory: From Chester Barnard to the Present and Beyond*, in *Journal of Economic Literature*, vol. 30, pp. 1503-1505. Citado por Klein (2005), p. 440.

No entanto, para encontrar respostas às questões "como?" e "porquê?" acerca de um fenómeno contemporâneo, como acontece no *outsourcing* na área da Imagiologia, é mais adequado optar pela realização de um "estudo de caso". Embora seja tradicional a utilização pontual de recursos externos para colmatar problemas de indisponibilidade tecnológica ou de capacidade, apenas há alguns anos, os hospitais decidiram confiar a empresas (privadas) externas a gestão do serviço na sua totalidade. Importa perceber as razões deste fenómeno, o modo como decorreu o processo e os resultados obtidos. É o tipo de investigação que Eisenhardt e Graebner (2007) denominam de *phenomenon driven* (cf. 5.2.5.3.2).

Note-se, aliás, que esta estratégia de investigação (realização de estudos de caso) tem sido a preferida, em muita investigação empírica sobre o fenómeno do *outsourcing* em geral[199]. McLellan *et al* (1995, p. 302) justificam esta opção do seguinte modo:

"In-depth case studies were required to capture the motivations and rationales behind the emerging (…) outsourcing decisions. Case studies facilitated a rich, detailed and thorough investigation into the phenomenon of interest, and avoided the removed, transaction focus of surveys or econometrical analysis (…). Quantitatively oriented research designs have failed to fully capture the range of motivations behind the (…) outsourcing decisions, and lack the detail required for understanding the inner workings and the strategic perspectives that drive many of these decisions".

A Área da Imagiologia foi escolhida, uma vez que desempenha um papel fundamental para as instituições hospitalares, interferindo directamente com a produção do hospital, isto é, com os resultados em saúde. Por outro lado, na medida em que existe um contacto mais próximo com o cliente do que noutras áreas (como, por exemplo, a patologia clínica[200]) pode ter mais repercussões (quer positivas, quer negativas) na imagem da instituição.

Finalmente, na tentativa de obter respostas à questão dos resultados conseguidos com as decisões de (des)integração vertical, parece relevante distinguir, mais uma vez, os

[199] Além disso, hoje em dia, a maioria dos estudos relativos à decisão (ainda mais abrangente) de comprar ou fazer são também estudos de caso (Klein (2005), p. 440).
[200] Note-se que, neste caso, a recolha dos materiais pode ser efectuada por funcionários do hospital que, posteriormente, os encaminham para uma empresa externa sem que os utentes tenham, assim, qualquer contacto com a entidade externa.

serviços gerais dos serviços clínicos. Para o primeiro tipo de serviços referidos, foi possível recorrer a dados secundários (alguns públicos e outros solicitados a entidades públicas). Esta comparação dos custos entre instituições depara-se com alguns problemas, porque os sistemas de contabilidade pública poucas vezes identificam clara e fielmente os custos de serviços particulares[201], e, muito menos, os custos de transacção[202] (Mills e Broomberg (1998)).

Quanto ao segundo tipo de serviços, e, em particular, à Imagiologia, sendo estas situações esporádicas e ainda não investigadas na literatura, revela-se necessário realizar um estudo de caso que procure analisar a situação antes e após o *outsourcing*. Porém, como advertem Mills e Broomberg (1998), há que ter consciência de que uma mera comparação temporal entre os custos antes e após a celebração do contrato poderá ser influenciada por factores ambientais (variações nos preços dos factores, na procura ou na tecnologia), ou por mudanças no nível de serviço[203] introduzidas simultaneamente com o contrato. Finalmente, é importante salvaguardar um período de análise temporal suficientemente amplo, porque caso o intervalo seja muito curto, poderão estar a ser contempladas apenas as propostas iniciais com preços mais baixos, que aumentam ao longo do tempo, à medida que as empresas obtêm uma posição de mercado mais forte[204]. Em suma, como afirmam Jensen e Stonecash (2005), p. 770, "a análise empírica das mudanças na despesa resultantes da celebração de um contrato de *outsourcing* não constitui uma tarefa trivial", não sendo de surpreender que muitas empresas não consigam estimar as poupanças de custo obtidas (Saunders *et al* (1997)).

[201] Como defendem Jensen e Stonecash (2005), é difícil medir a eficiência no sector público, porque há dados escassos quanto à produção e aos custos operacionais, o que resulta, em parte de, até há pouco tempo, a minimização de custos não constituir uma preocupação central no sector público, mas também do facto de muitos produtos serem produtos conjuntos. A introdução do custeio baseado nas actividades tem atenuado o problema, mas não o eliminou.

[202] Estes custos podem ser muito elevados. Um relatório do Banco Mundial, intitulado "*New Trends in Public Sector Management in Health: Applications in Developed and Developing Countries*", sugere que os custos de monitorização dos contratos podem ser 30% superiores aos da monitorização dos serviços prestados internamente (Shaw (1999)).

[203] De facto, Domberger e Jensen (1997) concluem que, em muitos casos, uma especificação do nível de serviço só se efectua pela primeira vez aquando do processo de contratação, sendo provavelmente introduzidas alterações com efeitos directos nos custos. Para a comparação de custos ter significado, seria necessário fazer uma análise *caeteris paribus,* o que se revela impossível.

[204] De um modo geral, quer os custos, quer os benefícios do *outsourcing* podem demorar algum tempo a concretizar-se, pelo que é imprescindível realizar alguma espécie de estudo longitudinal (Mol (2007), pp. 48). A título de exemplo, Saunders *et al* (1997), em entrevistas telefónicas a 34 gestores que celebravam ou geriam contratos de *outsourcing* de sistemas de informação há pelo menos dois anos, concluíram que o seu grau de satisfação era muito inferior ao inicial.

Na medida em que a Unidade Local de Saúde do Alto Minho foi um dos primeiros hospitais públicos a recorrer ao *outsourcing* da Imagiologia, o estudo deste caso afigurou-se muito interessante para o presente trabalho. Além disso, o facto de já ter havido uma mudança de empresa prestadora de serviços torna a situação potencialmente mais relevante. Na verdade, como defendem Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003), a observação de mudanças nas decisões de integração vertical ao longo do tempo ajuda consideravelmente a melhorar a modelização e compreensão das decisões de externalização.

5.5. Tácticas e métodos e utilizados

Nesta investigação foram utilizados vários métodos, com finalidades distintas, assim como várias tácticas destinadas a melhorar a qualidade da investigação (realizada através do estudo de caso).

Questionário. Tomada a opção de executar um inquérito, havia que decidir qual o método a utilizar. O inquérito pode ser efectuado através de entrevistas ou de questionários. A realização de entrevistas a todo o universo (hospitais portugueses) não era viável, tendo em conta os recursos disponíveis. Por outro lado, a elaboração de um questionário, a remeter por via postal, oferece a vantagem de poder ser preenchido pelo inquirido no momento e ao ritmo considerados mais convenientes. Esta vantagem é particularmente importante neste questionário, dirigido aos presidentes dos conselhos de administração[205]. Os inquéritos por questionário acarretam, porém, duas desvantagens: a eventual dificuldade do inquirido em esclarecer dúvidas e a taxa de resposta, usualmente, muito baixa. Na tentativa de minorar a primeira, facultou-se um número de telemóvel, assim como um endereço de *e-mail*. Foi, ainda, efectuado um questionário piloto, o que permitiu validar se as instruções eram claras, se havia questões dúbias, ambíguas, ou difíceis, ou se estavam a ser omitidas questões ou aspectos importantes (Saunders *et al* (2009), p. 394). Com a intenção de minimizar a segunda, foram utilizados

[205] Os inquéritos foram dirigidos aos presidentes dos conselhos de administração, uma vez que as decisões de externalização ou internalização das actividades são decisões estratégicas, tomadas pelos conselhos de administração. Consequentemente, apenas os elementos do conselho conhecem plenamente as motivações para a sua realização (ou não).

alguns dos métodos sugeridos por Neuman (2003), p. 288, para melhorar a taxa de resposta.

Entrevistas. Optou-se por efectuar entrevistas, quer previamente ao envio do inquérito, quer durante a realização do estudo de caso. A estrutura das entrevistas foi definida atendendo à finalidade com que estavam a ser utilizadas. No caso do inquérito, numa fase exploratória, foram entrevistados os Directores dos Serviços de Aprovisionamento de dois grandes hospitais da região do Porto[206], de modo a obter alguma sensibilidade às questões chave, antes de se proceder à elaboração do questionário (cf. 5.2.4). As entrevistas foram deliberadamente abertas e pouco estruturadas.

Na realização do estudo de caso sobre a Imagiologia, como o fenómeno estudado é pouco frequente, as entrevistas constituem um método altamente eficiente de recolher dados empíricos ricos (Eisenhardt e Graebner (2007), p. 28), embora existam algumas potenciais fraquezas, que se procuraram colmatar, na medida do possível. Assim, por exemplo, na medida em que o trabalho assumiu uma perspectiva longitudinal, ficou dependente da memória dos entrevistados, quanto ao que ocorreu no passado. Por outro lado, do confronto entre algumas respostas e as práticas observadas, fica a dúvida se as primeiras não corresponderam àquilo que os entrevistados pensavam que o investigador pretendia ouvir. Isso poderá ter acontecido, por exemplo, com as auditorias clínicas que, embora contratualmente previstas e referidas como importantes por vários entrevistados, não são realizadas.

Com o objectivo de atenuar os vários tipos de enviesamento possíveis (cf. Quadro 5.6), e de acordo com o sugerido por Eisenhardt e Graebner (2007), p. 28, foi entrevistado um leque tão diversificado quanto possível de intervenientes, de modo a tentar obter várias perspectivas sob o fenómeno. Foram, pois, entrevistados actores organizacionais de diferentes níveis hierárquicos e áreas funcionais, assim como de duas empresas prestadoras deste tipo de serviços. Por outro lado, foi preparado um guião com um conjunto de questões focalizadas, embora mantendo, numa primeira fase, perguntas de resposta aberta em que se pedia o relato da experiência de *outsourcing*, de modo a

[206] Uma realizada a 8 de Novembro de 2007 e outra a 7 de Novembro de 2009.

possibilitar ao inquirido a transmissão da sua percepção dos acontecimentos. Durante a realização das entrevistas, evitou-se direccionar as respostas, deixando os entrevistados falar livremente.

Quanto à possibilidade de gravação das entrevistas, considerou-se que as desvantagens poderiam suplantar as vantagens de o fazer, tal como sugerido por Saunders *et al* (2009). De modo semelhante, também Yin (2009), p. 109, esclarece que a utilização de gravadores é uma questão de preferência pessoal, não devendo substituir uma audição atenta no decurso da entrevista. Apesar de tudo, houve sempre o cuidado de proceder à transformação das notas num registo formal, logo que possível, seguindo o conselho Ryan *et al* (2002).

Quadro 5.9: Vantagens e desvantagens da utilização de gravadores em entrevistas

Vantagens	Desvantagens
Permite que o investigador se concentre nas questões e respostas	Pode influenciar negativamente a relação entre entrevistador e entrevistado (possibilidade de "concentração" no gravador)
Possibilidade de ouvir a entrevista	Pode inibir algumas respostas e reduzir a fiabilidade
Registo preciso e não enviesado	Possibilidade de problemas técnicos
Permite citações	Tempo exigido para a transcrição das gravações
Registo permanente que pode ser usado por outros	

Fonte: Saunders *et al* (2009), Tabela 10.3, Página 341, adaptado.

Recolha e Análise de Documentos. Na realização do estudo de caso, entendeu-se, ainda, que a geração efectiva de dados a partir das entrevistas poderia beneficiar da análise prévia de dados obtidos através de outras fontes, nomeadamente documentação diversa (a que foi possível aceder).

De forma a melhorar a qualidade da investigação, foram seguidas várias tácticas na realização do estudo de caso (Quadro 5.10).

Quadro 5.10: Tácticas utilizadas no estudo de caso

De forma a melhorar este critério...	... é vantajoso recorrer a esta táctica...	... durante esta fase da investigação...
Validade da Idealização ou Constructo (estabelecimento de medidas operacionais correctas para os conceitos que estão a ser estudados, assegurando que a recolha de dados não é efectuada de acordo com "juízos subjectivos")	Triangular fontes de evidência	Recolha de dados
	Estabelecer cadeia de evidência	Recolha de dados
	Solicitar a revisão dos "esboços" pelos informantes[207]	Redacção
Validade Interna (estabelecimento de relações causais)	Construção de explicações e consideração de explicações rivais	Análise dos dados
Validade Externa (estabelecimento da possibilidade de generalização das conclusões)	Uso da teoria em casos únicos	Concepção da investigação
Consistência ou confiança (*Reliability*)	Manutenção de base de dados	Recolha dos dados

Fonte: Esquema adaptado de Yin (2009), p.41.

5.6. Conclusão

"(…) the application of mixed methods research in Business and Management has seldom been studied. Management is a diverse field with many disciplines represented which draw upon an array of theoretical foundations and frameworks. This range and diversity in Management research is reflected in a similar diverse range of research approaches employed. The use of multiple theoretical foundations, the diverse scope, range and complexity and trans-disciplinary nature of Business and Management research, all contribute to an impetus for the utilization of mixed methods in this field. A major premise behind the use of mixed methods is that it can provide more insight and a deeper understanding of the phenomenon being studied than a single method."

Cameron e Azorin (2010)

As questões de investigação determinaram a escolha da estratégia de investigação, tendo-se optado pela realização de um inquérito, de um estudo de caso e pelo tratamento de dados secundários, recorrendo a diferentes tácticas ou métodos, designadamente, a realização de um questionário e de entrevistas, bem como a análise de documentação diversa e de dados secundários. Devido à heterogeneidade de conceitos inerentes às tradições de investigação de cariz qualitativo e quantitativo, revelou-se imprescindível proceder a uma clarificação inicial não apenas da importância da escolha de um método misto, como também do significado dos termos adoptados no presente trabalho. Reflectiu-se, ainda, sobre a possível ilegitimidade de uma opção deste tipo.

[207] Como adverte Yin (2009), não se trata apenas de uma questão de cortesia profissional, mas também de um meio de corroborar os factos essenciais e a evidência apresentada no relatório do caso. Muitas vezes, esta revisão também proporciona evidência adicional, porque os informantes se recordam de novos materiais. Por outro lado, quando estão em causa questões "sensíveis", há o dever ético de obter autorização para a divulgação de algum tipo de informação particular (citações, por exemplo).

6. Caracterização do *outsourcing* no sector hospitalar português

6.1. Introdução e questões de investigação

Com a finalidade principal de determinar e explicar a extensão e a intensidade do recurso ao *outsourcing* em Portugal continental, foi elaborado um inquérito por questionário, reproduzido no Anexo II, cujos resultados se apresentam neste capítulo. Mais especificamente, pretendia-se:

- Identificar a extensão e a intensidade do recurso a meios externos dos diferentes tipos de instituição (públicos e privados), assim como caracterizar a sua evolução recente e prevista (ponto 6.4 e 6.5);
- Avaliar a satisfação com o *outsourcing* em cada uma das actividades (ponto 6.5);
- Compreender os motivos pelos quais os hospitais optam por recorrer (ou não) ao *outsourcing* de algumas actividades (ponto 6.6 e ponto 6.7), atendendo ao tipo de serviços em questão (gerais ou clínicos) e ao facto de serem instituições do sector público ou do sector privado;
- Avaliar a percepção que os gestores têm sobre o impacte do *outsourcing* (ponto 6.8);
- Avaliar a importância relativa de determinados factores, relacionados com diferentes perspectivas teóricas, no processo de tomada de decisão (ponto 6.9).

As conclusões obtidas são comparadas com informação pública, relativamente ao *outsourcing* de determinadas áreas, existente quer a nível nacional, quer internacional. Como é óbvio, as situações públicas em que são referidos nomes de instituições nacionais podem ter, ou não, correspondência com as instituições que responderam ao inquérito, mas as garantias de confidencialidade dadas não permitem estabelecer essa ligação. Por outro lado, no decorrer deste projecto de investigação, foram realizadas entrevistas com vários administradores hospitalares, bem como visitas a hospitais públicos e privados. Ocorreram também algumas conversas informais com responsáveis de hospitais ou de empresas fornecedoras de serviços. Sempre que oportuno, far-se-á referência a informações complementares obtidas através dessas vias, não se identificando as instituições envolvidas.

Antes de se proceder à apresentação e discussão dos resultados do inquérito efectuado em Portugal continental, identificam-se, ainda, as medidas adoptadas no sentido de minimizar possíveis erros de cobertura, medição e não resposta, que possam estar a influenciar negativamente a qualidade dos resultados obtidos.

6.2. Medidas tomadas para minimizar possíveis erros

A qualidade da investigação realizada através de inquéritos, incluindo a precisão dos resultados alcançados, é inevitavelmente influenciada por alguns erros (Quadro 6.1), que se deve procurar reduzir (na medida do possível). Com esse objectivo, foram tomadas várias medidas, que se explicitam neste ponto do presente trabalho.

Quadro 6.1: Tipos de erro nos inquéritos

Erro de cobertura	Ocorre quando os membros da população têm diferentes probabilidades de ser inquiridos, existindo uma discrepância entre as características do universo alvo e as características da população identificada na realização do inquérito[208].
Erro de amostragem	Existe quando não é inquirido todo o universo, mas apenas uma parte (amostra). O erro de amostragem é minimizado quando há uma selecção aleatória do número necessário de inquiridos para obter o nível de precisão exigido.
Erro de medição	Acontece quando a resposta do inquirido a uma dada questão, não é precisa ("correcta") ou não pode ser comparada de modo "útil" com as respostas dos restantes inquiridos. O erro de medição é evitado quando as questões são claras e não ambíguas, motivando e capacitando os respondentes a darem respostas correctas[209].
Erro de ausência de resposta	Este erro constitui um problema quando ocorrem simultaneamente duas condições: • Há um número não negligenciável de instituições que foram seleccionadas na amostra e que não foi possível inquirir ou que se recusaram a participar. • Há diferenças entre as características (dimensão, localização, etc.) daqueles que responderam ao inquérito e daqueles que não responderam, que são relevantes para a questão em estudo.

Fonte: Elaboração própria a partir de Sallant e Dillman (1994).

[208] Por exemplo, quando é utilizada a lista telefónica para identificar os habitantes de uma região em que mais de metade das pessoas não tem telefone.

[209] Este erro poderá ser consequência de: métodos de inquérito utilizados (a mesma questão colocada por telefone ou por correio pode obter respostas diferentes), questionários mal construídos (por exemplo, há mais do que uma alternativa correcta de resposta), enviesamento do entrevistador ("Concorda com esta ideia, não concorda?") ou enviesamento do entrevistado (pode não querer responder correctamente ou pode ter interpretado mal a questão).

6.2.1. Minimização do erro de cobertura

Havendo a possibilidade de identificar e inquirir na totalidade o universo alvo, o erro de cobertura é eliminado. Todavia, para efectuar essa identificação, revela-se oportuno discutir previamente o que se entende por "hospital", já que este conceito não é universal e tem sofrido alterações ao longo do tempo. Nalguns países, a palavra "hospital" pode abarcar instituições com apenas 10 camas e que não dispõem de água corrente, como acontece na Sibéria, ou organizações que encerram aos fins-de-semana, feriados e festas religiosas, como se verifica no Norte do Paquistão (McKee e Healy (2002), pp. 5-6). De um ponto de vista histórico, os hospitais remontam ao Antigo Egipto e à Grécia. O cuidado dos doentes e a manutenção da saúde eram funções ligadas à religião, sendo, muitas vezes, realizados por padres e/ou freiras. Ainda hoje, é frequente que as pessoas doentes pensem que estão a ser castigadas e, em muitas regiões do mundo, os curandeiros são chamados para expulsar os espíritos malignos (Folland *et al* (2010), p. 303).

Segundo Barros (2009), para além da prestação de tratamento médico, o factor que identifica um hospital é a existência de internamento, já que as restantes actividades habitualmente desenvolvidas nos hospitais podem ser efectuadas noutros contextos. Assim, o tratamento de ambulatório pode ser feito em consultórios médicos e o ensino e a investigação podem ser realizados em universidades ou em instalações próprias para esse fim[210]. No entanto, acrescenta Pita Barros, é igualmente verdade que nem todas as instituições com pessoas internadas são hospitais (caso dos cuidados prolongados para doenças crónicas que exigem apenas apoio de enfermagem). Para se ter um hospital, pode exigir-se o tratamento curativo, normalmente de casos agudos.

Estas preocupações encontram-se reflectidas no conceito de hospital do INE: "estabelecimento de saúde dotado de internamento, ambulatório e meios de diagnóstico e terapêutica, com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de

[210] A origem da palavra salienta, aliás, a importância do internamento. Como refere Boeger (2005), as palavras *hospício* (do latim *hospitium-i*, lugar em que viajantes podiam obter alimento e repouso temporariamente) e *hospital* (também do latim *hospitale-icum*, hospedaria ou casa de hóspedes) designavam locais destinados a abrigar peregrinos, oferecendo vários tipos de assistência, incluindo tratamento médico.

reabilitação, competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica" (que, por sua vez, se baseia no "Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde", da Direcção-Geral de Saúde, de 2001).

Curiosamente, o conceito de hospital tem estado a ser discutido por várias organizações europeias e mundiais. A OMS, a OCDE e o Eurostat acordaram utilizar, a partir de Julho de 2010, o seguinte conceito de hospital[211]: "estabelecimento licenciado envolvido fundamentalmente na prestação a doentes internados de serviços médicos, de diagnóstico e de tratamento que envolvem médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, assim como de serviços especializados de alojamento, necessários para este tipo de doentes. Presta ainda serviços de ambulatório como actividade secundária. Muitos dos serviços de saúde prestados aos doentes internados apenas podem ser fornecidos utilizando as instalações e equipamentos especializados que constituem uma parte integral e significativa do processo de produção. Nalguns países, há instalações mínimas (número mínimo de camas) exigidas para a classificação como hospital".

Para além da clarificação do conceito de hospital é também importante reconhecer a existência de diferentes formas de os classificar. Em Portugal, é habitualmente considerada a tipologia de hospitais identificada no Quadro 6.2.

O questionário foi remetido para todos os hospitais que satisfaziam determinadas características, pelo que o erro de cobertura, a existir, resultará de uma incorrecta identificação do universo alvo. No caso dos hospitais públicos e oficiais não públicos, a possibilidade de ter ocorrido esse erro foi eliminada. Porém, relativamente aos hospitais privados, embora se tenham envidado todos os esforços no sentido de o minimizar, como se expõe no Anexo III, não é de excluir a hipótese de não ter existido uma correcta identificação da totalidade das instituições relevantes para o presente estudo. O universo considerado foi, de acordo com o explicitado no referido Anexo III, o sintetizado no Quadro 6.3.

[211] Esta definição de "hospital" consta da Base de Dados "Health for All" (http://data.euro.who.int/hfadb/definitions/def.php?w=1280&h=800, informação acedida a 28 de Outubro de 2010). Este conceito é proveniente da primeira versão do "System of Health Accounts" (disponível em http://www.oecd.org/dataoecd/41/4/1841456.pdf). Um *draft* da segunda versão deste manual tem estado a ser discutido em encontros de especialistas em contas de saúde de vários países (e a versão actual em discussão está disponível em OCDE (2010)).

Quadro 6.2: Tipologia de hospitais

Área geográfica de influência ou diferenciação técnica	Centrais	Hospital público caracterizado por dispor de meios humanos e técnicos altamente diferenciados, com responsabilidades de âmbito nacional ou inter-regional.
	Distritais	Hospital público caracterizado por possuir recursos inerentes às valências básicas, podendo ter, quando se justifique, outras relacionadas com valências intermédias e diferenciadas e só excepcionalmente altamente diferenciadas, com responsabilidades no âmbito da sub-região onde se insere.
Hierarquização de valências	Hospitais de nível 1	Hospitais distritais cujo internamento se limita, em regra, às valências mais básicas como Medicina Interna, Cirurgia Geral, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria, podendo, excepcionalmente, haver casos em que se inclua também a Ortopedia. Esta definição baseia-se no Despacho n.º 23/86 de 16/07.
Número de especialidades/valências (Modalidade)	Hospital especializado	Hospital em que predomina um número de camas adstritas a determinada valência ou que presta assistência apenas ou especialmente a utentes de determinado grupo etário.
	Hospital geral	Hospitais que integram diversas valências.
Regime de Propriedade	Privados	Hospitais cuja propriedade e administração são pertença de instituição privada, com ou sem fins lucrativos.
	Oficiais	Hospitais tutelados administrativamente pelo Estado, independentemente da propriedade das instalações. Podem ser: Públicos: tutelados pelo Ministério da Saúde ou Secretarias Regionais de Saúde, cujo acesso é universal; Militares: tutelados pelo Ministério da Defesa Nacional; Paramilitares: tutelados pelo Ministério da Administração Interna; Prisionais: tutelados pela Ministério da Justiça.
Ensino Universitário	Hospital Universitário	Hospital que tem no seu quadro de pessoal profissionais das carreiras universitárias e está ligado a um departamento de ensino de uma universidade.
Situação na Doença	Agudos	Hospital que trata os doentes na fase aguda da sua doença. Trata-se de hospitais com demora média de curta duração.
	Crónicos	Hospital que trata os doentes na fase crónica da sua doença.
Ligação entre Hospitais	Centro Hospitalar	Estabelecimento de saúde formado por um conjunto de hospitais, em que cada um deles não tem autonomia administrativa e financeira. Têm serviços comuns e ligações funcionais. Esta definição baseia-se no Decreto-Lei n.º 284/99, DR 172, Série I-A, de 26 de Julho.
	Grupo Hospitalar	Conjunto de hospitais, em que cada um mantém a sua autonomia administrativa e financeira, mas são coordenados por um órgão que promove a sua articulação. Esta definição baseia-se no Decreto-Lei n.º 284/99, DR 172,Série I-A, de 26 de Julho.

Fonte: INE, Conceitos do Glossário Saúde[212].

[212] Disponível em http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/conceitos.aspx?ID=PT, acedido a 14 de Abril de 2010. Mais uma vez, muitos destes conceitos baseiam-se no "Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde", da Direcção-Geral de Saúde, de 2001.

Quadro 6.3: Hospitais em funcionamento em Portugal Continental, em 2009

	Públicos	Oficiais não Públicos	Privados com fins lucrativos	Privados sem fins lucrativos	Total
Gerais	51	7	45	29	132
Infecciologia	1				1
Maternidades	1				1
Oftalmologia	1				1
Oncologia	3				3
Ortopedia				2	2
Reumatologia				1	1
Reab. de diminuídos físicos	2			2	4
Reab. de toxicodependentes	Não considerados				
Recuperação de alcoólicos	Não considerados				
Psiquiatria	3	Não considerados			3
Outros		1	1	1	3
Total	62	8	46	35	151

Fonte: Elaboração própria.

6.2.2. Minimização do erro de medição

Na elaboração do questionário, foram observados os princípios sugeridos por Fink (2009) e Neuman (2003), no sentido de obter respostas válidas e fiáveis. Assim, por exemplo, não foram utilizadas: abreviaturas, questões duplas, sugestões de resposta, categorias de resposta desequilibradas, questões iniciadas com afirmações com as quais os inquiridos possam não estar de acordo, etc.

Como se pretendia identificar, de modo exaustivo, a prevalência do *outsourcing*, houve necessidade de reconhecer todas as actividades que poderiam ser objecto de externalização. De modo a minimizar o erro de medição, em particular o enviesamento dos inquiridos, foi efectuado um levantamento dos organogramas e dos regulamentos internos hospitalares, publicamente disponíveis nos sites das instituições e, a partir daí, procedeu-se à identificação das principais actividades e serviços hospitalares (Anexo I e Quadro 6.4). Por outro lado, foi também utilizada a informação internacional relevante disponível (Quadro 6.5 e Quadro 6.6)[213].

[213] Importa, contudo, salientar que nem toda a informação é proveniente de revistas académicas. Os artigos de Solovy (1996), Sunseri (1999) e Towne e Hoppszallern (2003) incluem os resultados de um inquérito que, até 2003, era anualmente publicado pela revista *Hospitals and Health Networks* e que era bastante exaustivo na identificação das actividades e do grau de satisfação por actividade. Duas outras referências apresentadas (Hill *et al* (2006) e Norwood e Bishop (2008)) são de estudos não científicos realizados com o patrocínio de uma empresa de advogados ("Waller Lansden Dortch & Davis").

Quadro 6.4: Designação habitual dos serviços hospitalares

SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS (CLÍNICOS)				SERV. APOIO CLÍNICO	SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS, LOGÍSTICOS E DE APOIO GERAL	
Serviços de Acção Médica		**Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica**		**Serviços de suporte à prestação de cuidados**	**Serviços de (Apoio Técnico à) Gestão e Logística**	**Serviços (de Apoio) Geral e às Instalações/ Serviços Gerais**
Anestesiologia	Laboratórios clínicos	Patologia Clínica	Bioquímica	Farmácia	(Gestão de) Doentes	HOTELEIROS
Urgência			Microbiologia	Esterilização	Arquivo e Documentação Clínica	Alimentação (doentes internados)
			Hematologia	Bloco operatório	Codificação clínica	Exploração de cantinas, refeitórios e bares (colaboradores e visitantes)
Angiologia e Cirurgia Vascular			Imunologia	Nutrição e dietética	Recursos Humanos	Portaria
Cardiologia			Endocrinologia	Serviço Social	Aprovisionamento	Vigilância e Segurança de pessoas e bens
Cardiologia pediátrica			Genética	Psicologia	Compras	Lavandaria e rouparia
Cirurgia Cardio-Torácica		Imunohemoterapia		Assistência Espiritual e Religiosa	Stocks e logística	Higiene e limpeza
Cirurgia Geral		Anatomia Patológica		Gabinete do Utente	Gestão Financeira	
Cirurgia Maxilo-facial					Cobranças	Gestão de resíduos gerais
Cirurgia Pediátrica	Imagiologia	Radiodiagnóstico (Radiologia)	Radiologia convencional		Sistemas e tecnologias de informação	Gestão de resíduos hospitalares
Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética			Ecografias		Call-center e informações aos utentes	
Dermatologia			Tomografias computorizadas		Comunicações telefónicas (fixas e móveis)	INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS
Doenças Infecciosas			Ressonâncias magnéticas		Tratamento de correspondência recebida e a enviar (ex: impressão e envelopagem)	NÃO CLÍNICOS
Endocrinologia			Radiologia de intervenção			Gestão de instalações de redes eléctricas
Estomatologia			Angiografia		Planeamento e Informação de Gestão	Gestão de instalações de redes de fluidos (efluentes líquidos)
Gastrenterologia			Osteodensitometria		Apoio Jurídico e Contencioso	Gestão de sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado (AVAC)
Genética Médica		Radioterapia			Gestão da Qualidade	Exploração das centrais de transformação de energia
Ginecologia/Obstetrícia		Medicina Nuclear	Cintigrafias		Comunicação e Imagem	Gestão de frota automóvel hospitalar
Imuno-alergologia			PET			Manutenção de instalações/imóveis
Medicina Interna			PET - CT		Medicina no Trabalho	CLÍNICOS
Nefrologia						Gestão de instalações de redes de gases medicinais
Neurocirurgia		Medicina Física e Reabilitação	Terapia física			Manutenção de aparelhos e equipamentos clínicos
Neurologia			Terapia ocupacional			
Oftalmologia			Terapia da fala			
Oncologia médica			Terapias respiratórias			Transporte de doentes em ambulância
Ortopedia			Outras			Transporte e acompanhamento de doentes no interior do hospital
Otorrinolaringologia						Transporte de expediente e documentação
Pediatria e Neonatologia						Transporte de outros bens e serviços
Pneumologia						
Psiquiatria						Desinfestação e controlo de pragas (*pest control*)
Reumatologia						Arruamentos, jardinagem e manutenção de espaços verdes
Urologia						Parques de estacionamento

Quadro 6.5: Comparação internacional dos níveis de *outsourcing* nas actividades de natureza geral

PAÍS	Alemanha	Espanha	EUA					França	Grécia	Itália	R. Unido	Turquia			
AUTORES	Augurzky e Scheuer	Puig-Junoy e Sust	Solovy	Coles e Hesterly	Sunseri	Towne e Hoppszallern	Aptel *et al*	Aptel *et al*	Moschuris e Kondylis	Macinati	Okoroh *et al*	Yigit *et al*	Yigit *et al*	Yigit *et al*	Mollahaliloglu *et al*
ANO DE PUBLICAÇÃO	2007	2003	1996	1998	1999	2003	2009	2009	2006	2008	2001	2007	2007	2007	2009
ANO A QUE OS DADOS SE REFEREM	2005		1996		1999	2003	2005	2005	2003						2008
TIPO DE INSTITUIÇÃO	Agudos			70% não luc.					Públicos	Públicos	*trusts*	Total	Públicos	Privados	Públicos
TAXA DE RESPOSTA ("n" designa o nº de respondentes e "N" o nº de inquiridos)	9,5% (n=178; N=1868)	(n=790)	(N=1200)	25% (N=764; n=196)	10% (N=3000; n=338)	5% (N=3000; n=161)	14% (N=1320; n=182)	8,1% (N=678; n=55)	43% (N=100)	42% (N=324; n=132)		(n=80)	(n=49)	(n=31)	75% (n=534; N=725)
HOTELEIROS															
Alimentação	37,1%	19,9%	36%	11%	31,6%	22%	23,8%	10,6%	12%	94%	48%	60%	57%	65%	63,1%
Café/bar/restaurante	50,1%								32,6%						19,5%
Segurança		32,5%	47%		21,6%				51%	75%	23%	39%	16%	74%	69,7%
Lavandaria	84,0%	5,7%	73%	49%	62,0%	49,2%	57,4%	27,5%	19%	95%					31,7%
Limpeza	66,9%	45,1%	33%	14%	27,4%	6,8%			98%	98%	55%	81%	82%	81%	94,0%
Resíduos gerais	24,0%		77%		57,7%	55,9%									
Resíduos hospitalares						79,7%				80%	68%				
APOIO GERAL E ÀS INSTALAÇÕES															
Manutenção (de instalações)	16,6%		14%	6%	10,4%	1,7%				58%	11%	73%	61%	90%	
Gestão de construções	16,6%					27,1%									
Manutenção de equipamentos gerais			16%		15,7%	22,0%									37,3%
Electricidade/gestão de energia	23,3%		13%		6,8%	8,5%					37%				
Gestão de frotas	10,9%														
Manutenção de equipamentos/instrumentos médicos			53%		58,1%	34,3%			26%	31%					30,9%
Engenharia clínica/biomédica	33,7%		67%		45,5%	45,8%					76%				
Transporte de doentes / ambulâncias	67,4%		19%		11,4%	5,1%				26%	25%	23%	4%	52%	7,8%
Transporte (de pessoal)										73%		34%	27%	45%	7,8%
Desinfestação			87%		85,6%	81,4%									44,6%
Parques e jardins	28,0%		59%		37,0%	37,3%					60%				
Gestão dos parques	11,4%		3%		5,3%	8,5%					85%				7,2%
APOIO À GESTÃO E LOGÍSTICA															
Registos clínicos	7,4%		4%		1,5%	1,7%									
Transcrições			47%		24,6%	23,7%									
Recrutamento de Recursos Humanos	8,0%				3,0%	3,4%									
Aprovisionamento	17,1%		1%		4,5%										
Distribuição	18,3%		4%		0,0%										
Armazenamento							4,4%	4,9%							
Gestão de activos imobiliários					7,5%	6,8%					48%				
Serviços de contabilidade	7,4%											26%	0%	68%	
Serviços financeiros e de investimento	6,9%		2%			20,3%						18%	0%	45%	24,9%
Cobranças			74%		47,0%	57,6%									
Gestão das dívidas a receber	16,0%		31%		6,0%	1,7%									
Sistemas de Informação (Departamento de TI)	15,4%		12%	17%		11,9%	10,9%	13,80%	23,30%		83%	84%	84%	84%	92,8%
Jurídicos									25,6%						
Medicina no trabalho	7,4%														

Quadro 6.6: Comparação internacional dos níveis de *outsourcing* nas actividades de natureza clínica

PAÍS	Alemanha	EUA						Itália	R. Unido	Turquia			
AUTORES	Augurzky e Scheuer	Solovy	Coles e Hesterly	Sunseri	Towne e Hoppszallern	Hill, Bartruin e Guy	Norwood e Bishop	Macinati	Okoroh *et al*	Yigit *et al*	Yigit *et al*	Yigit *et al*	Mollahaliloglu *et al*
ANO DE PUBLICAÇÃO	2007	1996	1998	1999	2003	2006	2008	2008	2001	2007	2007	2007	2009
ANO A QUE OS DADOS SE REFEREM	2005	1996		1999	2003								2008
TIPO DE INSTITUIÇÃO	Agudos		70% não luc.				86% públicos	Públicos	*trusts*	Total	Públicos	Privados	Públicos
TAXA DE RESPOSTA ("n" designa o nº de respondentes e "N" o nº de inquiridos)	9,5% (n=178; N=1868)	(N=1200)	25% (N=764; n=196)	10% (N=3000; n=338)	5% (N=3000; n=161)	(n=266)	7,5% (N=3805; n=285)	42% (N=324; n=132)		(n=80)	(n=49)	(n=31)	75% (n=534; N=725)
LABORATÓRIOS													
Laboratórios	29,1%	30%	5%	7,1%	6,9%	20%	13%	2%		43%	20%	77%	
Patologia	74,9%								29%				0,9%
Serviços laboratoriais bioquímicos													22,7%
Serviços laboratoriais microbiologia	68,6%												16,9%
IMAGIOLOGIA													
Imagiologia/Radiologia	14,9%	28%	3%	10,2%	12,7%	23%	24%		29%				16,5%
Diagnósticos cardiopulmonares	1,7%	35%		11,0%	12,7%								
Ecografias	2,9%												
Tomografias computorizadas	48%							9%		40%	29%	58%	32,7%
Ressonâncias Magnéticas	57,1%				39,2%			11%		60%	47%	81%	36,7%
Medicina Nuclear	54,3%	35%		15,7%	19,6%								12,0%
Gestão e arquivo de imagens					2,9%								
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO													
Unidades de reabilitação		24%			8,8%	14%	11%						
Terapia física	10,9%	36%	24%	19,2%	17,6%	18%	12%						
Terapia/Medicina ocupacional		36%		21,0%	16,7%								
Terapia da fala		52%		33,7%	30,4%								
Terapia respiratória		16%	12%	4,4%	3,9%								
OUTROS													
Diálise		68%		44,7%	31,4%	31%	34%						
Endoscopias	5,1%												
Electroencefalogramas	11,4%	41%		21,1%	15,7%								
Anestesiologia		48%		38,4%	46,1%		42%						
Urgência		37%	17%	32,4%	35,3%		20%						
Farmácia	62,9%	29%	12%	14,8%	8,8%		9%						8,8%
Cirurgia bariátrica						4%	3%						
Cirurgia de ambulatório						9%	8%						
Serviços psiquiátricos		31%		10,2%	21,6%	10%	9%						
Cuidados neonatais				6,5%	11,8%								
Doenças do sono						24%	14%						

6.2.3. Minimização do erro de não resposta

Uma das limitações dos inquéritos por questionário enviados pelo correio é que alguns entrevistados podem não responder. No sentido de minorar esta possibilidade foram utilizados alguns dos métodos sugeridos por Neuman (2003), p. 288:

1. O questionário foi dirigido expressamente em nome do presidente do Conselho de Administração[214], em todos os hospitais públicos e nos principais hospitais privados[215];
2. O questionário foi acompanhado de uma carta de apresentação em que se identificava o investigador, se explicitava a finalidade do estudo, se garantia um tratamento estatístico que salvaguardasse a confidencialidade e se prometia o envio dos resultados do estudo [216];
3. Incluiu-se um envelope de Resposta Sem Franquia (RSF) já endereçado;
4. Na medida do possível, minimizou-se a dimensão do questionário[217], incluíram-se instruções claras e aperfeiçoou-se a sua apresentação, de modo a facilitar a leitura;
5. Facultou-se um número de telemóvel e um endereço de e-mail para esclarecimento de eventuais dúvidas;
6. O questionário não foi enviado num período de férias alargado (foi remetido em finais de Novembro de 2009);
7. Decorrido um mês sobre a data do primeiro envio, iniciaram-se vários contactos telefónicos e por e-mail com as organizações que ainda não tinham respondido.

Por outro lado, e tal como se explicitou no capítulo relativo à Metodologia, foi, ainda, efectuado um questionário piloto, o que permitiu validar se as instruções eram claras, se

[214] Entendeu-se que o presidente do Conselho de Administração era a pessoa mais capaz de responder às questões colocadas por ter acesso a toda a informação necessária ao preenchimento do questionário.
[215] Nos hospitais privados mais pequenos era difícil identificar o nome dos responsáveis das instituições.
[216] É curioso referir que, num dos casos, o Presidente do Conselho de Administração acompanhou a resposta de um cartão pessoal manuscrito, onde se podia ler: "Quero felicitá-la pela escolha do tema da sua tese pela sua relevância para a gestão hospitalar e desejar-lhe o maior sucesso (…) [e] gostava de conhecer os resultados que encontrar". Como realçam Sallant e Dillman (1994), p. 36, o erro de não resposta poderá resultar, assim, de os inquiridos não considerarem o tema interessante. Todavia, noutros casos, as instituições responderam não ter tempo para responder, através de mensagens como "(…) neste momento temos de facto alguns projectos em mãos que nos absorvem bastante tempo, o que dificultaria a disponibilidade para responder com qualidade e profundidade à informação solicitada".
[217] Existia, todavia, um campo aberto ("outras"), onde os inquiridos podiam acrescentar outras respostas.

havia questões dúbias, ambíguas, ou difíceis, ou mesmo se estavam a ser omitidas questões ou aspectos importantes (Saunders *et al* (2009), p. 394). Com todas estas medidas foi possível obter uma taxa de resposta de 35% (cf. 6.3).

Para além dos erros e problemas já referidos, outra das limitações dos inquéritos é que existe pouco controlo a partir do momento em que se procede ao seu envio. O Presidente do Conselho de Administração pode encaminhar o inquérito para um departamento ou serviço, não havendo forma de o impedir. Há, também, o risco de não serem respondidas partes mais difíceis ou aborrecidas do questionário, o que aconteceu no último grupo do questionário, referente à importância relativa dos diferentes factores que influenciam as decisões de externalização ou internalização.

6.3. Caracterização dos respondentes

Do universo seleccionado e inquirido, constituído por 151 instituições, foram recebidas 52 respostas[218], o que representa uma taxa de resposta de apenas 34,43%. Esta taxa, embora não muito significativa, é mais elevada do que as taxas de resposta de estudos internacionais similares (cf. Quadro 6.5 e Quadro 6.6). Nesta secção, comparam-se as características das organizações que responderam ao inquérito com as das instituições que não responderam, em termos de vários indicadores, como localização, tipo, variáveis económico-financeiras, dimensão, etc.

6.3.1. Atendendo ao tipo de instituição

Em primeiro lugar, procurou-se caracterizar as instituições que responderam ao inquérito, atendendo, por um lado, à sua "modalidade" e, por outro lado, ao seu "regime de propriedade", de acordo com as definições anteriormente apresentadas no Quadro 6.2. No caso dos hospitais públicos, efectuou-se, ainda, a classificação por "área geográfica de influência ou diferenciação técnica".

Como se pode observar no Quadro 6.7, nos hospitais públicos, a taxa de resposta nos hospitais especializados (68,4%) foi significativamente superior à dos hospitais gerais

[218] Nalguns casos, nem todos os itens se encontravam integralmente preenchidos.

(29,5%). Quanto ao regime de propriedade, foi possível obter uma taxa de resposta de 46,8% nas instituições públicas, embora no resto do universo considerado, essa taxa tenha sido de apenas cerca de 25%. A taxa de resposta das instituições privadas sem fins lucrativos foi mais elevada do que a das instituições com intuitos lucrativos, o que poderá, talvez, indiciar receios de disponibilizar informação considerada "sensível"[219].

Quadro 6.7: Representatividade da amostra – tipo de instituição

<table>
<tr><th></th><th>Públicos Centrais</th><th>Públicos Distritais</th><th>Oficiais não Públicos</th><th>Privados com fins lucrativos</th><th>Privados sem fins lucrativos</th><th>Total</th><th>Universo</th><th>Rep. Amostra</th></tr>
<tr><td>Gerais</td><td>4 (30,8%)</td><td>17 (44,7%)</td><td>1 (14,3%)</td><td>9 (20%)</td><td>8 (27,6%)</td><td>39</td><td>132</td><td>29,5%</td></tr>
<tr><td>Especializados</td><td>8 (72,7%)</td><td></td><td>1 (100%)</td><td></td><td>4 (66,6%)</td><td>13</td><td>19</td><td>68,4%</td></tr>
<tr><td>Total</td><td>12</td><td>17</td><td>2</td><td>9</td><td>12</td><td>52</td><td>151</td><td>34,4%</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Universo considerado</td><td colspan="2">24</td><td colspan="2">38</td><td rowspan="2">8</td><td colspan="2">46</td><td>35</td><td rowspan="2">151</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">62</td><td colspan="2">81</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Representativ. da amostra</td><td>50%</td><td>44,7%</td><td rowspan="2">25%</td><td>19,6%</td><td>34,3%</td><td rowspan="2">34,4%</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">46,8%</td><td colspan="2">25,9%</td></tr>
</table>

Dado que, relativamente aos hospitais oficiais não públicos, há apenas respostas de 2 instituições, o que poderia colocar em causa o compromisso assumido de garantia de confidencialidade das respostas, decidiu-se não efectuar o tratamento destas respostas. A taxa de resposta global passou a ser de 34,97%. Em virtude da transformação, que se tem vindo a operar, desde os inícios do milénio, de uma parte significativa dos hospitais públicos em hospitais empresa, importa também caracterizar os respondentes públicos quanto ao seu tipo, em termos de modelo jurídico[220].

Quadro 6.8: Representatividade da amostra – modelo jurídico

	EPE	SPA	PPP[221]
Responderam	15 (37,5%)	13 (68,4%)	1 (33,3%)
Não responderam	25 (62,5%)	6 (31,6%)	2 (66,7%)

Conclui-se que a taxa de resposta dos hospitais SPA (Sector Público Administrativo) (68,4%) foi muito superior à taxa de resposta dos hospitais EPE (37,5%).

[219] Apesar de todos os esforços envidados na realização do questionário para que tal não sucedesse.
[220] De salientar, também, que das Unidades Locais de Saúde existentes, em finais de 2009, 50% responderam ao inquérito (estão incluídas, consoante o seu tipo, nos hospitais EPE ou SPA).
[221] Em finais de 2009, estavam em regime de PPP o Centro Hospitalar de Cascais, o Hospital de Braga e o Centro de Medicina de Reabilitação do Sul.

6.3.2. Atendendo à sua localização

Se for efectuada uma análise por regiões, é possível verificar que se conseguiu significativa taxa de resposta nos hospitais públicos da região norte (66,7%)[222], embora a taxa de resposta dos hospitais públicos, na região de Lisboa e Vale do Tejo (27,8%), tenha sido bastante inferior à média geral (46,8%). Curiosamente, nas instituições privadas, ocorreu o inverso: a receptividade ao inquérito na região de Lisboa e Vale do Tejo foi superior à das restantes regiões.

Quadro 6.9: Representatividade da amostra – localização

	Públicos	**Oficiais não Públicos**	**Privados com fins lucrativos**	**Privados sem fins lucrativos**	**Total**	**Universo**	**Rep. da Amostra**
Alentejo	1 (25%)	-	0 (0%)	1 (100%)	2	6	33,3%
Algarve	1 (33,3%)	-	0 (0%)	-	1	7	14,3%
Centro	10 (52,6%)	1 (100%)	1 (16,6%)	0 (0%)	12	31	38,7%
Lisboa e Vale do Tejo	5 (27,8%)	1 (16,7%)	5 (25%)	5 (38,5%)	16	57	28,1%
Norte	12 (66,7%)	0 (0%)	3 (20%)	6 (37,5%)	21	50	42%
Total	29 (46,8%)	2 (25%)	9 (19,6%)	12 (34,3%)	52	151	34,4%

Quanto aos hospitais privados, nenhuma das 4 instituições privadas com fins lucrativos do Algarve respondeu ao inquérito, o que implicou uma taxa de resposta de apenas 14,3% para esta região.

6.3.3. Atendendo à sua dimensão

Finalmente, é relevante caracterizar a dimensão dos respondentes. No caso dos hospitais públicos, para além do número de camas e do número de colaboradores, indicadores tradicionalmente usados para este efeito, entendeu-se pertinente utilizar o montante dos contratos-programa. A informação, quanto ao número de camas e de colaboradores, discriminada por instituição, foi disponibilizada pelo INE. Quanto ao valor dos contratos-programa, eles estão publicamente disponíveis no site da ACSS (no directório "downloads e publicações", em "Hospitais EPE e SPA").

[222] Para este facto terão contribuído de modo decisivo as preciosas diligências de Amigos, Colegas e Alunos com responsabilidades a vários níveis nestas instituições, a quem muito agradeço.

Quadro 6.10: Representatividade da amostra – dimensão

	Respondentes	Total[223]	Percentagem
Nº de camas	11 526	27 078	42,6%
Nº de colaboradores	37 119	93 708	39,6%
Contratos-programa (euros)	1 829 578 495	4 590 853 243	39,9%

Sendo estas percentagens inferiores à taxa de resposta global dos hospitais públicos (de 46,8%), isto significa que a dimensão média dos hospitais públicos da amostra é inferior à dimensão média do universo público inquirido (cf. Quadro 6.11).

Quadro 6.11: Dimensão média da amostra e do universo – hospitais públicos

	Dimensão média da amostra	Dimensão média do universo inquirido
Nº de camas	397 camas	437 camas
Nº de colaboradores	1280 colaboradores	1511 colaboradores
Contratos-programa	63 088 914 euros	74 046 020 euros

Em relação aos hospitais privados, mais uma vez, houve múltiplos obstáculos no acesso à informação, sendo difícil conhecer o número de camas e, sobretudo, o número de colaboradores. Daí que se tenha procurado comparar a dimensão média das instituições privadas consideradas na base de dados do INE e incluídas na realização do presente estudo, com a dimensão média das instituições que responderam ao inquérito (dado que essa informação era solicitada no questionário). De um modo geral, a dimensão média das instituições privadas que responderam ao questionário é ligeiramente superior à dimensão média do universo considerado.

Quadro 6.12: Dimensão média da amostra e do universo – hospitais privados

	Dimensão média da amostra	Dimensão média do universo
Com fins lucrativos		
Nº de camas	78,67	61,89
Nº de colaboradores	207,5	210,90
Sem fins lucrativos		
Nº de camas	84,08	69,37
Nº de colaboradores	222,66	202,33

Conclui-se que a taxa de resposta, embora não muito elevada, é superior à obtida em estudos similares realizados noutros países. A taxa de resposta dos hospitais públicos (46,8%) foi superior à dos hospitais privados. Há, igualmente, maior taxa de resposta dos hospitais SPA, dos hospitais especializados e dos hospitais da região norte.

[223] Os valores respeitantes ao número de camas e de colaboradores para cada hospital público são provenientes do INE (dados relativos ao ano de 2008). Não foram, obviamente, incluídos os dados das unidades de alcoologia e toxicodependência (num total de 210 camas e 266 colaboradores). Acrescentaram-se 54 camas e 137 colaboradores do Centro de Medicina de Reabilitação do Sul.

6.4. Extensão e intensidade do recurso a meios externos

Contendo uma identificação tão exaustiva quanto possível das actividades realizadas nos hospitais portugueses, o questionário pedia para serem indicadas aquelas que, em finais de 2009, eram objecto de *outsourcing*, aquelas que já tinham sido objecto de *outsourcing*, mas que tinham deixado de o ser, bem como aquelas que se previa que fossem objecto de *outsourcing* no prazo de um ano.

No âmbito do questionário, o termo *outsourcing* foi definido como a "transferência de uma actividade, função ou serviço para uma empresa externa, havendo, assim, uma significativa utilização de recursos externos para realizar actividades que, tradicionalmente, seriam efectuadas, recorrendo a colaboradores e a outros activos do próprio hospital". Porém, e dado que, por vezes, no quotidiano, o termo é utilizado com um sentido mais abrangente, solicitou-se aos inquiridos que indicassem a percentagem do orçamento da actividade confiada externamente. Em princípio, apenas as actividades confiadas a mais de 80% ao exterior constituem verdadeiras situações de *outsourcing*[224]. Nos casos em que essa percentagem está no intervalo entre 20 e 80%, provavelmente existem situações de *outsourcing* selectivo, isto é, algumas tarefas são realizadas no exterior ou algumas unidades internas recorrem ao *outsourcing* (a título de exemplo, é possível que, num centro hospitalar, sobretudo no momento da integração, um dos hospitais recorra ao *outsourcing* de determinada actividade e outro não). Nas situações em que essa percentagem é inferior a 20%, provavelmente estão em causa recursos pontuais ao exterior, porque um equipamento se avariou ou há escassez ocasional de profissionais. Neste caso, não haverá uma utilização significativa de recursos externos, não se estando, por isso, perante uma situação de *outsourcing* propriamente dita[225].

Apresentam-se, então, as principais conclusões do inquérito por questionário, distinguindo as instituições do sector público das instituições do sector privado.

[224] Um critério idêntico foi seguido por Lacity e Willcocks (1998).
[225] Esta discussão está relacionada com a do capítulo 2 sobre o conceito de *outsourcing*. Autores como Mahnke, Overby e Vang (2005) consideram que a decisão de *outsourcing* é tomada em duas dimensões (extensão e intensidade), apesar de alguns estudos empíricos assumirem que a variável é binária.

6.4.1. Leque de actividades objecto de externalização

Nenhuma das instituições públicas e privadas com fins lucrativos que responderam ao inquérito realiza internamente a totalidade das cerca de 7 dezenas de actividades aí identificadas. Todavia, três das 12 instituições privadas sem fins lucrativos que responderam ao questionário tomam essa opção.

Por outro lado, verifica-se que apenas em cinco actividades ("Farmácia", "Esterilização", "Gestão de Doentes" e as duas actividades principais do "Aprovisionamento") não há qualquer instituição pública, nem privada com fins lucrativos, que as realize, tencione realizar, ou tenha realizado, através de *outsourcing*[226].

Nos hospitais privados sem fins lucrativos, a situação é bastante distinta, existindo cerca de 20 actividades em que não há qualquer instituição que as realize, tencione realizar, ou tenha realizado, recorrendo a meios externos. Quatro dessas actividades são comuns aos hospitais públicos e privados com fins lucrativos ("Esterilização", "Gestão de Doentes" e as duas actividades principais do "Aprovisionamento")[227]. Curiosamente, há uma instituição sem fins lucrativos que afirma efectuar o *outsourcing* da actividade de "Farmácia" (actividade essa que não é externalizada por nenhum hospital público ou privado com fins lucrativos), embora afirme confiar menos de 20% do orçamento à empresa externa. De salientar, também, que uma das instituições privadas sem fins lucrativos (instituição 226) efectuou uma parceria com um hospital privado (com fins lucrativos) para exploração do hospital.

Quanto às actividades onde deixou de se recorrer ao *outsourcing*, este campo foi preenchido apenas por duas instituições públicas (uma assinalou a actividade de "Vigilância e Segurança" e outra a actividade de "Arruamentos e Espaços Verdes") e

[226] No caso dos hospitais públicos, mas não dos hospitais privados, é de acrescentar a actividade "Planeamento e Informação de Gestão", enquanto nos hospitais privados com fins lucrativos, são de considerar, ainda, as "Endoscopias e Colonoscopias", a "Anestesiologia", o "Bloco Operatório" e os "Recursos Humanos".

[227] As restantes são as três actividades da Medicina Física e Reabilitação, a "Litotrícia" e a "Diálise", a "Anestesiologia", a "Urgência", o "Bloco Operatório", o "Arquivo e Documentação Clínica", a "Codificação Clínica", os "Recursos Humanos", as "Cobranças", o "*Call-center* e Informações aos Utentes", as "Comunicações Telefónicas", a "Gestão da Qualidade" e os "Parques de Estacionamento".

uma instituição privada com fins lucrativos (que referenciou as actividades de "Radiologia Convencional" e de "Ecografias").

No que diz respeito às actividades onde existe a expectativa de, num futuro próximo, serem realizadas em *outsourcing*, há apenas três actividades que são referidas por mais do que uma instituição pública: "Apoio jurídico e de Contencioso", "Exploração de Centrais de Transformação de Energia" e "Parques de Estacionamento"[228].

Por fim, as actividades, cuja transferência para uma empresa externa ocorreu mais recentemente, são as indicadas no Quadro 6.13.

Quadro 6.13: Actividades cuja transferência ocorreu há menos de dois anos

	Públicas		**Privadas com fins lucrativos**		**Privadas sem fins lucrativos**	
	Nº	**%**	**Nº**	**%**	**Nº**	**%**
Gest. Manut. Equip. Cópia e Impressão	6	20,7%				
Cantinas, Refeitórios e Bares	5	17,2%			1	8,3%
Alimentação de Doentes	4	13,8%	1	11,1%	1	8,3%
Medicina no Trabalho	4	13,8%			1	8,3%
Apoio Jurídico e de Contencioso	3	10,3%	1	11,1%	1	8,3%
Pat. Clínica – totalidade do serviço			3	33,3%	1	8,3%
Patologia Clínica – Bioquímica			3	33,3%	1	8,3%
Patologia Clínica – Microbiologia			3	33,3%	1	8,3%
Patologia Clínica – Hematologia			3	33,3%	1	8,3%
Patologia Clínica – Imunologia	1	3,4%	3	33,3%		
Codificação Clínica	2	6,9%	2	22,2%		
Call Centers	1	3,4%	2	22,2%		
Sist. e Tecnologias de Informação	2	6,9%				
Anestesiologia	2	6,9%				
Terapia da Fala	2	6,9%				
Terapia Ocupacional	2	6,9%				
Radiologia Convencional	2	6,9%				
Ecografias ou Ultra-sonografias	2	6,9%				
Osteodensitometrias	2	6,9%				
PET	2	6,9%				

Nota: Apenas se incluíram as actividades referidas por duas ou mais instituições públicas ou privadas com fins lucrativos. Nenhuma actividade foi assinalada por mais do que uma instituição sem fins lucrativos. Não se tomou em consideração a percentagem orçamental entregue ao exterior.

[228] Somente duas instituições privadas com fins lucrativos e uma sem fins lucrativos prevêem aumentar, no futuro próximo, o leque de actividades em *outsourcing*, mas nenhuma das actividades é coincidente.

Conclui-se que, nos últimos dois anos, vários hospitais públicos portugueses decidiram efectuar o *outsourcing* da actividade de "Gestão e Manutenção de Equipamentos de Cópia e Impressão" e algumas instituições optaram por recorrer ao *outsourcing* na "Alimentação", serviço hoteleiro tradicionalmente externalizado pelos hospitais públicos portugueses, como se irá verificar no ponto seguinte.

6.4.2. Actividades gerais onde há maior utilização de recursos externos

O Gráfico 6.1 mostra as actividades dos serviços de apoio geral, às instalações, à gestão e à logística mais externalizadas pelos hospitais públicos, procurando, simultaneamente, revelar a percentagem do orçamento que é entregue à empresa externa. Assim, a actividade mais externalizada é a da "Alimentação (de doentes)" que é mencionada por 27 das 29 instituições que responderam ao inquérito (isto é, por 93,1% das instituições). Dezoito dessas instituições (62,1%) confiam mais de 80% do orçamento da actividade a uma empresa externa. Todavia, há duas instituições (6,9%) que não indicam a percentagem do orçamento destinada ao exterior e outras duas que referem confiar menos de 20% do orçamento ao exterior. Há, ainda, 5 instituições (17,2%) que concedem entre 20 e 80% do orçamento da actividade a uma empresa externa. Conclui-se, portanto, que, nos hospitais públicos portugueses, há um vasto leque de actividades de carácter geral entregue, de forma significativa, a entidades externas.

Já nas instituições privadas (Gráfico 6.2 e Gráfico 6.3), o recurso ao exterior é menos acentuado, quer em termos do leque de actividades atribuídas ao exterior, quer em termos da percentagem orçamental que lhes é confiada, em particular nas instituições sem fins lucrativos. Esta análise será aprofundada estatisticamente (cf. ponto 6.4.4).

Gráfico 6.1: Hospitais públicos - Actividades de natureza geral onde há maior recurso ao exterior

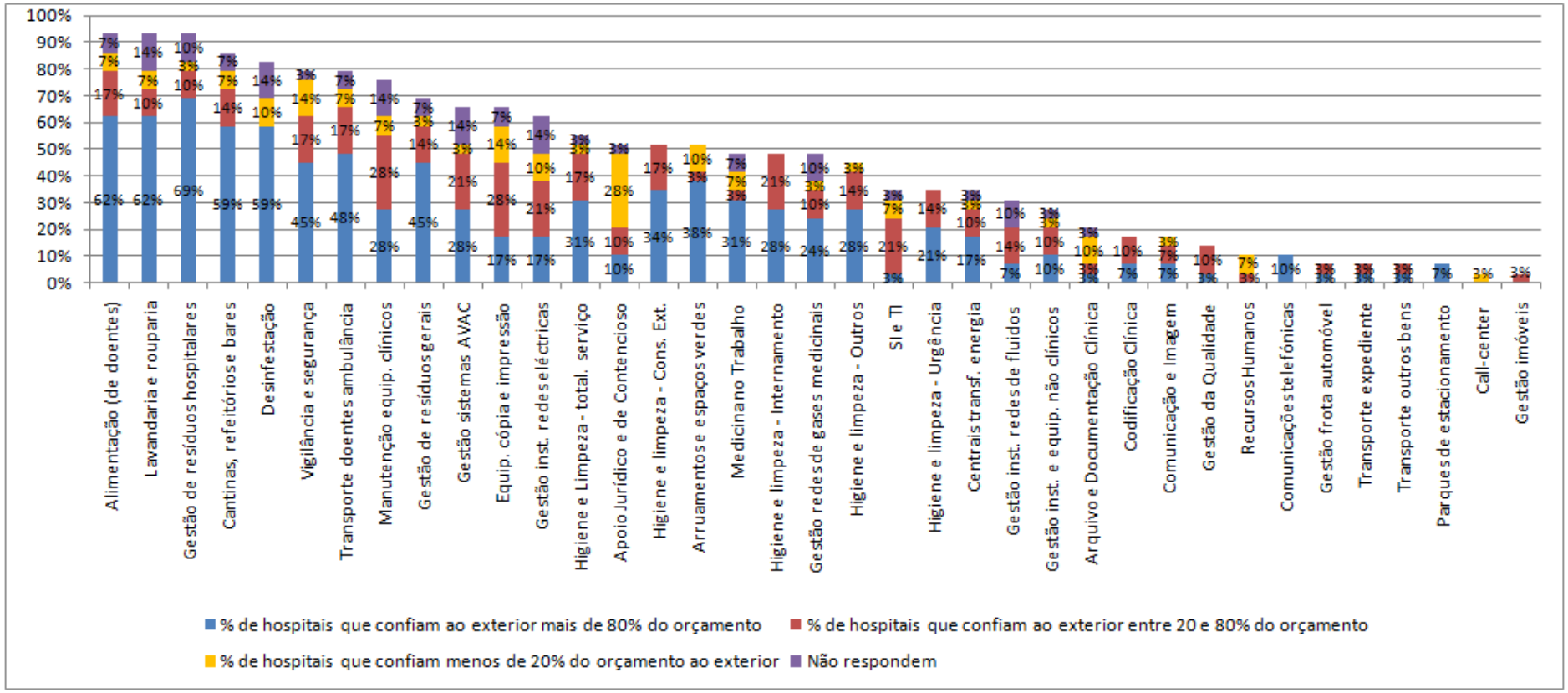


Gráfico 6.2: Hospitais privados com fins lucrativos - Actividades de natureza geral onde há maior recurso ao exterior

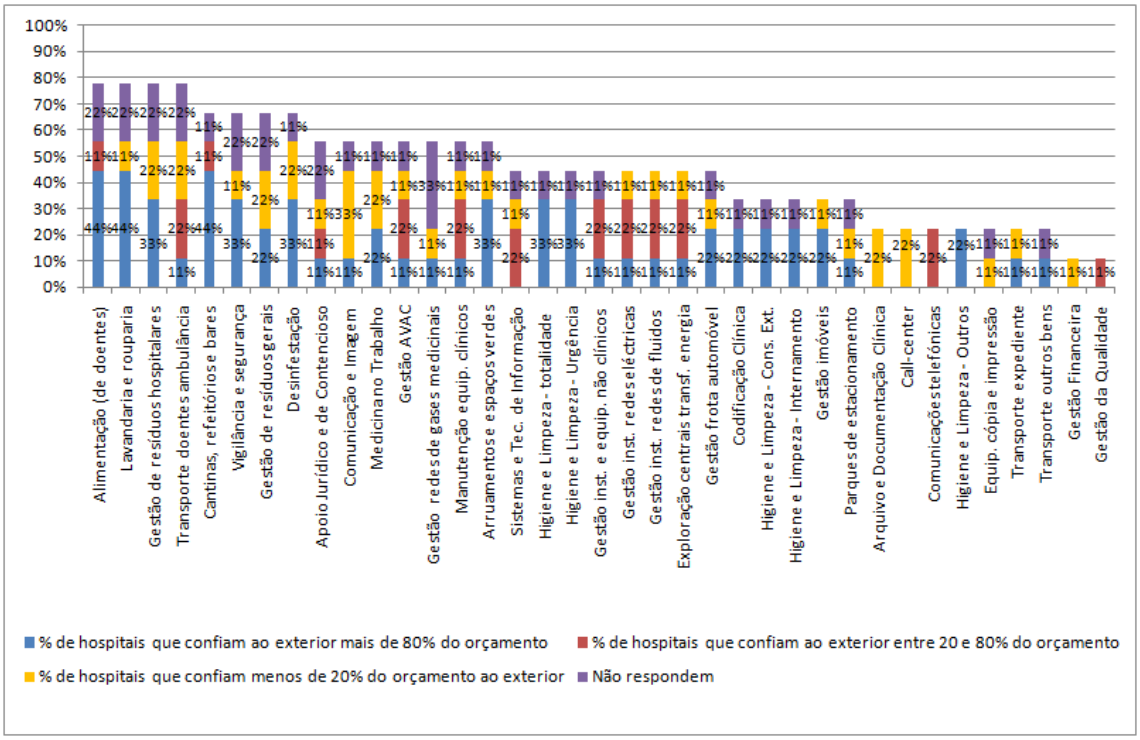
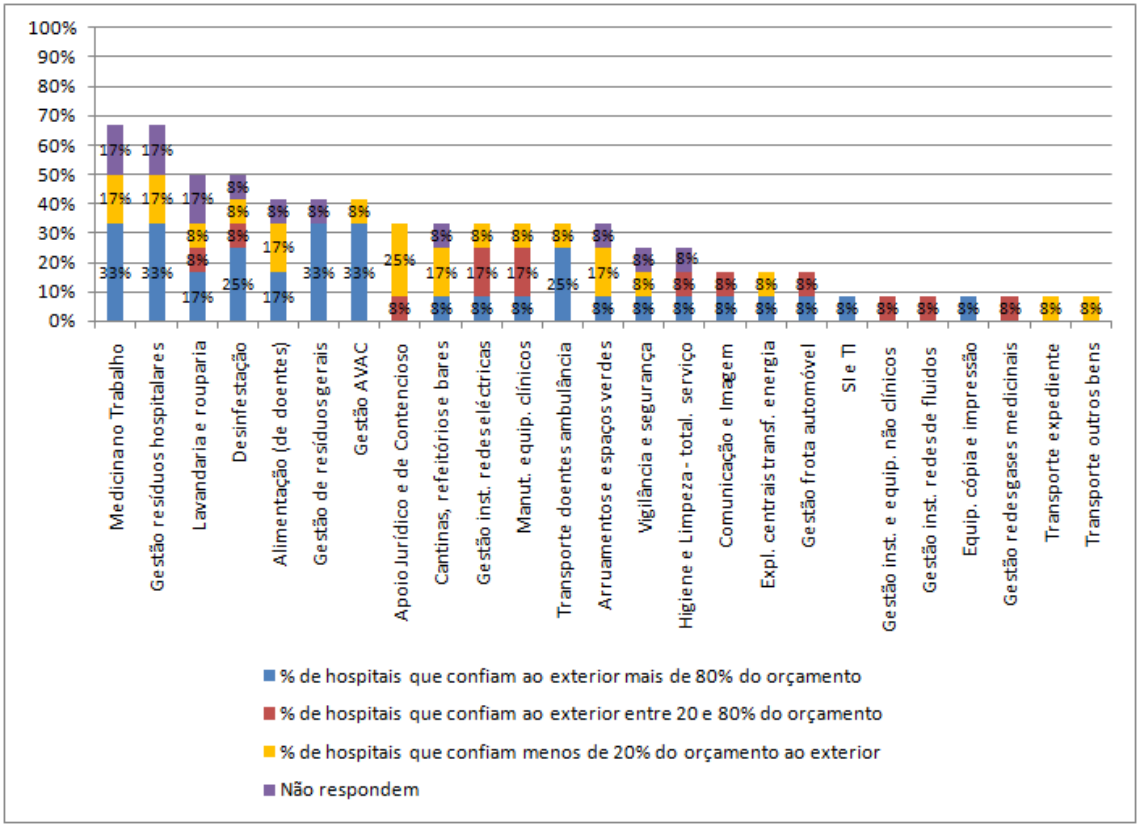


Gráfico 6.3: Hospitais privados sem fins lucrativos - Actividades de natureza geral onde há maior recurso ao exterior



6.4.3. Actividades clínicas onde há maior utilização de recursos externos

Com excepção da actividade de "Urgência", na generalidade dos casos, as instituições públicas optam ou por um recurso pontual ao exterior (menos de 20% do orçamento entregue a uma empresa externa), ou por confiar a quase totalidade da realização de uma actividade ao exterior (Gráfico 6.4). Nas actividades da área da Imagiologia (designadamente, "Ressonâncias Magnéticas", "Cintigrafias", "Osteodensitometrias", "PET", "Radioterapia", "Tomografias Computorizadas") há um recurso ao exterior mais intensivo do que na área dos "Laboratórios Clínicos" (especificamente, na "Microbiologia", na "Imunologia" e na "Bioquímica"), onde o recurso ao exterior é mais pontual (a generalidade das instituições, que o fazem, refere destinar ao exterior menos de 20% do orçamento).

Nas instituições privadas com fins lucrativos, observa-se a situação inversa (Gráfico 6.5). No domínio da Patologia Clínica (que, como se expôs no Quadro 6.4, inclui as áreas "Bioquímica", "Microbiologia", "Hematologia" e "Imunologia"), todas as instituições privadas com fins lucrativos recorrem a empresas privadas, embora com intensidades diferentes. Três das 9 instituições que responderam ao questionário concedem mais de 80% do orçamento das actividades desta área a empresas externas, outras três, entre 20 a 80% do orçamento, uma, menos de 20%, enquanto outras duas não indicam a percentagem orçamental atribuída ao exterior. Entre as actividades mais externalizadas surgem outras duas actividades do âmbito dos "Laboratórios Clínicos": a "Imuno-hemoterapia" e a "Anatomia Patológica". Com um grau de importância bastante inferior, seguem-se algumas actividades da Imagiologia.

Nas instituições privadas sem fins lucrativos (Gráfico 6.6), apenas uma actividade é externalizada por metade das instituições ("Tomografias Computorizadas"). Das 12 instituições sem fins lucrativos que responderam ao questionário, 3 (isto é, 25%) confiam mais de 80% do orçamento da actividade de "Tomografias Computorizadas" ao exterior, uma, entre 20 e 80%, outra, menos de 20% e, finalmente, uma outra não fornece indicação relativa a essa quota. A "Anatomia Patológica" é confiada em mais de 80% ao exterior por um terço das instituições. Há várias actividades onde o recurso ao exterior é apenas pontual.

Gráfico 6.4: Hospitais públicos - Actividades de natureza clínica onde há maior recurso ao exterior

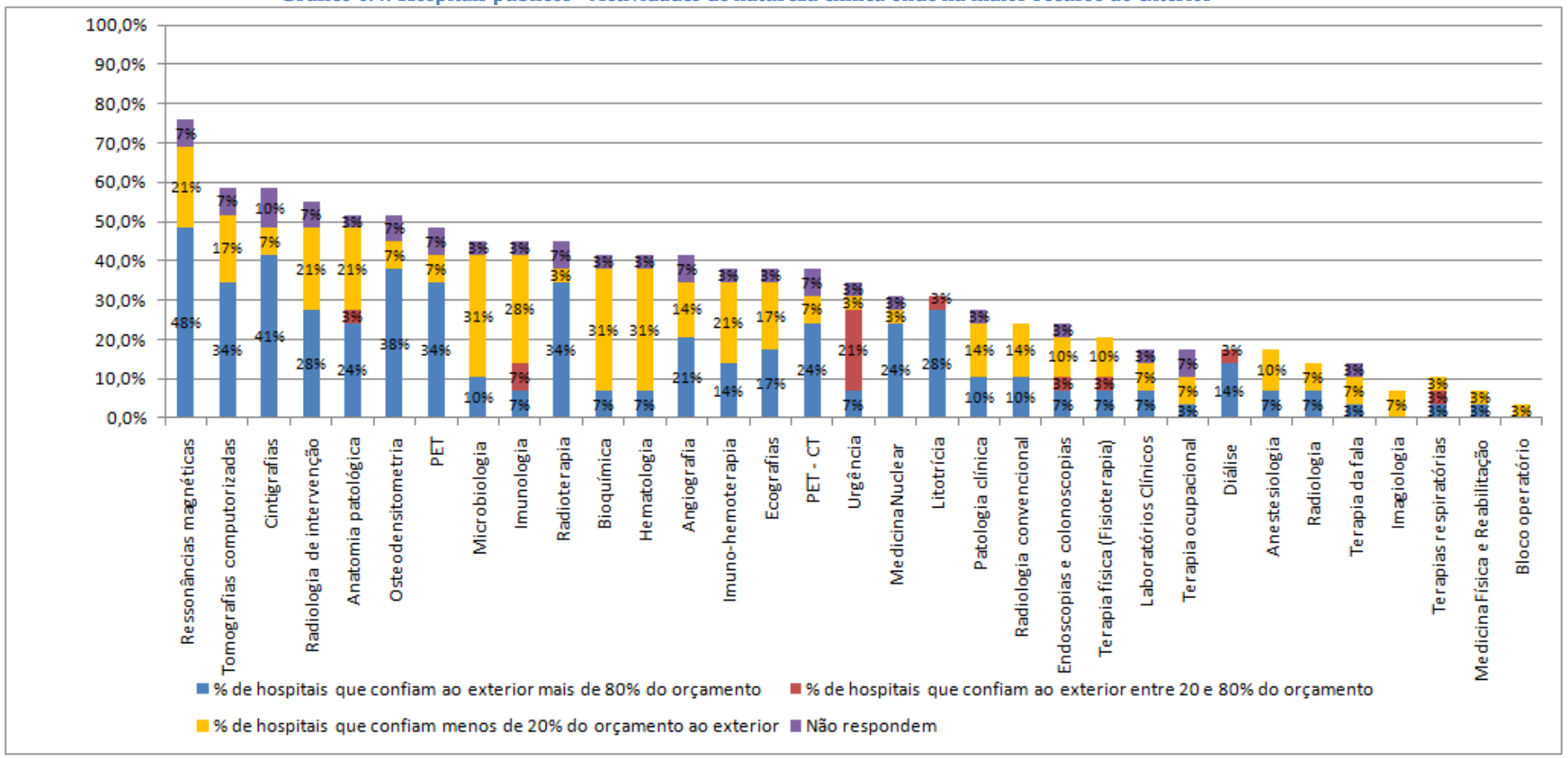


Gráfico 6.5: Hospitais privados com fins lucrativos - Actividades de natureza clínica onde há maior recurso ao exterior

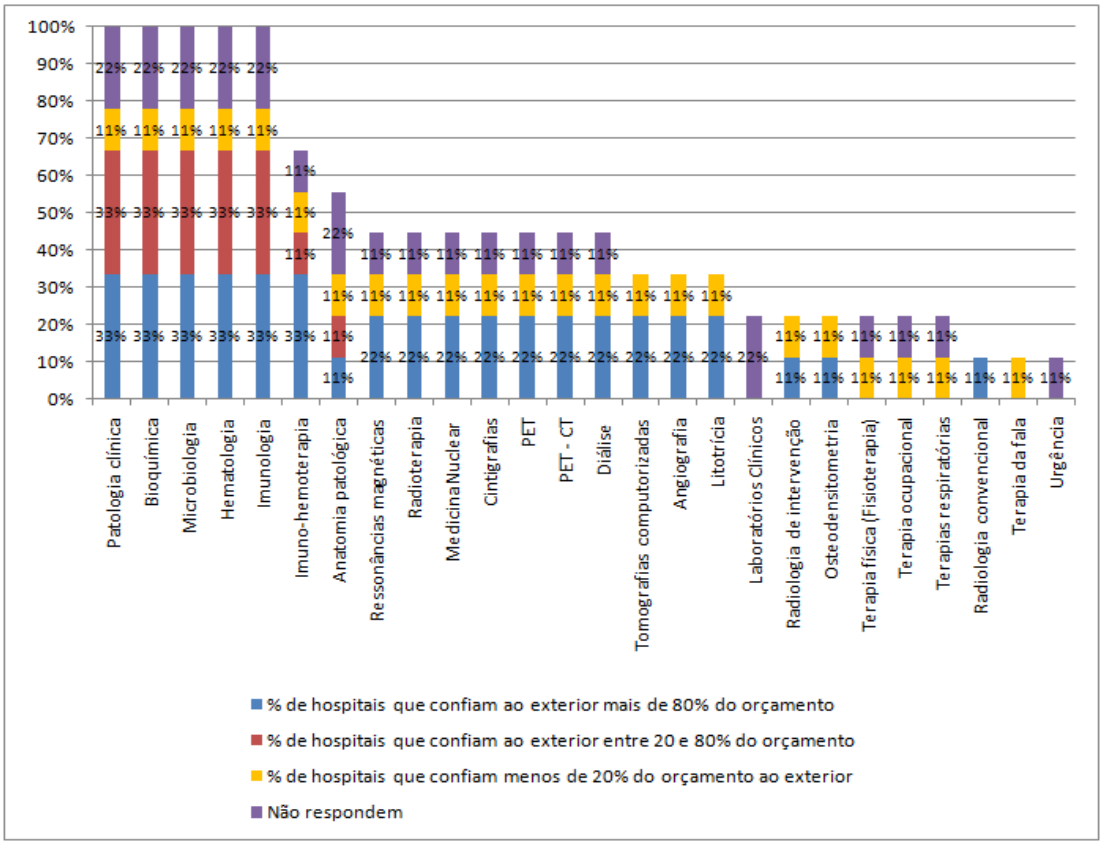
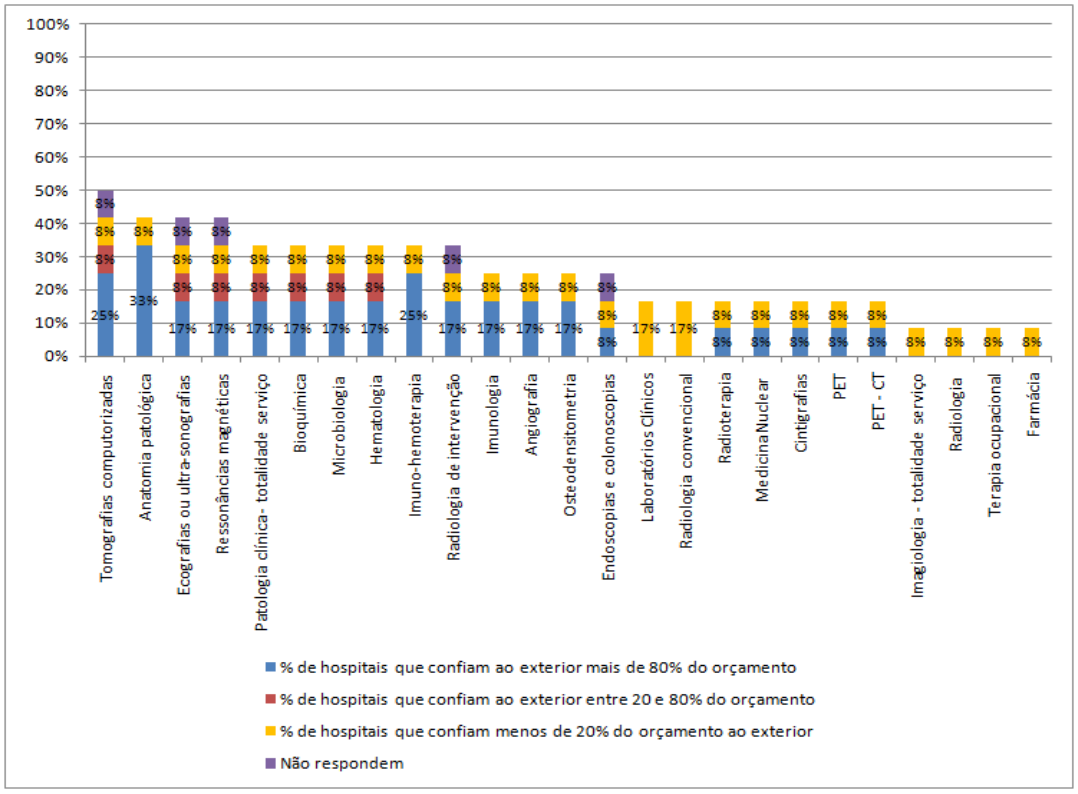


Gráfico 6.6: Hospitais privados sem fins lucrativos - Actividades de natureza clínica onde há maior recurso ao exterior



6.4.4. Teste de Kruskal-Wallis

O teste de Kruskal-Wallis é um teste não paramétrico, que pode ser usado quando se possuem k amostras (k>2), possivelmente provenientes de k populações diferentes, e se pretende testar a hipótese nula de as funções de distribuição dessas k populações serem idênticas (Conover (1999))[229]. Para averiguar a eventual existência de diferenças entre os níveis de externalização dos diferentes tipos de instituição (públicas e privadas com ou sem fins lucrativos), o ideal seria conhecer as percentagens orçamentais efectivamente confiadas ao exterior, por cada instituição, em cada actividade. Porém, as instituições só foram inquiridas quanto ao escalão orçamental confiado externamente. Daí que tenha sido usada esta variável, medida em escala ordinal[230], para comparar o grau de externalização dos três tipos de hospitais. Foi utilizado o *software* Stata, versão 10, para efectuar a análise e concluiu-se que havia diferenças estatisticamente significativas, quanto aos escalões de utilização de meios externos, para todas as actividades da "Patologia Clínica", para a "Urgência" e em vários serviços hoteleiros, o que será discutido no ponto seguinte[231].

Quadro 6.14: Teste de Kruskal-Wallis para o escalão de utilização de meios externos nas actividades clínicas

Actividade	Qui-quadrado com empates	Prob.	α=5%	Diferenças estatisticamente signicativas entre hospitais do tipo
Patologia clínica	13.993	0.0009	Estatisticamente significativo	PCFL e públicos (p=0.001) e entre PCFL e PSFL (p=0.012)
Bioquímica	13.119	0.0014	Estatisticamente significativo	PCFL e públicos (p=0.001) e entre PCFL e PSFL (p=0.008)
Microbiologia	11.599	0.0030	Estatisticamente significativo	PCFL e públicos (p=0.003) e entre PCFL e PSFL (p=0.009)
Hematologia	13.119	0.0014	Estatisticamente significativo	PCFL e públicos (p=0.001) e entre PCFL e PSFL (p=0.008)
Imunologia	12.878	0.0016	Estatisticamente significativo	PCFL e públicos (p=0.003) e entre PCFL e PSFL (p=0.003)
Urgência	7.378	0.0250	Estatisticamente significativo	-

Quadro 6.15: Teste de Kruskal-Wallis para o escalão de utilização de meios externos nas actividades gerais

Actividade	Qui-quadrado com empates	Prob.	α=5%	Diferenças estatisticamente signicativas entre hospitais do tipo
Alimentação (de doentes)	11.767	0.0028	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.002)
Cantinas, refeitórios e bares	14.046	0.0009	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.001)
Vigilância e segurança	9.861	0.0072	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.005)
Lavandaria e rouparia	8.641	0.0133	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.01)
Higiene e Limpeza - Consulta Externa	9.404	0.0091	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.007)
Higiene e Limpeza - Internamento	8.288	0.0159	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.013)
Higiene e Limpeza - Outros	7.65	0.0218	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.019)
Gestão de resíduos hospitalares	8.807	0.0122	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.027)
Gestão imóveis	9.392	0.0091	Estatisticamente significativo	PCFL e públicos (p=0.013) e entre PCFL e PSFL (p=0.021)
Equipamentos de cópia e impressão	11.506	0.0032	Estatisticamente significativo	Públicos e PCFL (p=0.028) e Públicos e PSFL (p=0.017)
Transporte doentes ambulância	6.464	0.0395	Estatisticamente significativo	Públicos e PSFL (p=0.044)

[229] Este teste revela-se útil para verificar se as k populações têm medidas de localização idênticas.
[230] Com valores entre 0 (quando não era confiada ao exterior qualquer percentagem orçamental) e 3 (quando se confiava ao exterior mais de 80% do orçamento da actividade), o que conduziu, naturalmente, à existência de vários empates.
[231] Foi, ainda, efectuada a comparação múltipla das médias das ordens para identificar os tipos de hospitais entre os quais as diferenças eram estatisticamente significativas. Para o efeito, recorreu-se ao *PASW Statistics 18*, que, de acordo com Maroco (2010), utiliza a estatística de Dunn (1964).

6.5. Análise por actividade

Neste ponto, procede-se a uma análise por actividade, comparando o recurso ao *outsourcing* pelas instituições públicas e privadas. Na medida em que as situações em que se confia menos de 20% do orçamento da actividade ao exterior dificilmente constituem situações de *outsourcing* propriamente ditas, optou-se por considerar, apenas, as respostas das instituições que destinam mais de 20% do orçamento ao exterior. Avalia-se, ainda, o nível de satisfação por actividade, numa escala de 1 a 5, em que 1 significa "muito insatisfeito" e 5 representa "muito satisfeito". Para cada grupo de actividades, efectua-se também uma comparação com outros países desenvolvidos, nos casos em que existe informação disponível, e procuram-se justificações para os resultados encontrados.

6.5.1. Actividades e Serviços de natureza clínica

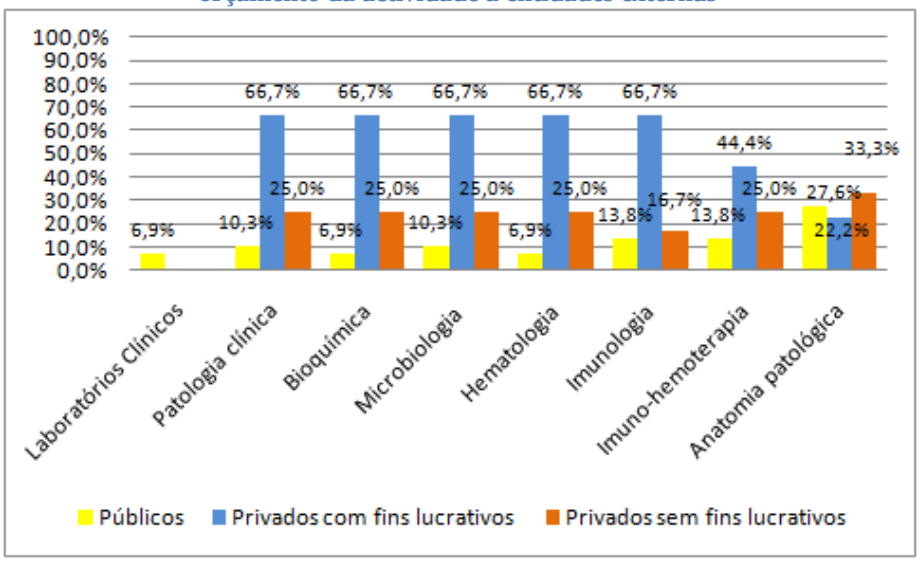
6.5.1.1. Laboratórios Clínicos

Há duas instituições públicas (6,9%) que assumem entregar mais de 80% do orçamento do Serviço de "Laboratórios Clínicos" (na sua globalidade)[232] a uma entidade externa (cf. Gráfico 6.7). No domínio das actividades laboratoriais, apenas na actividade "Anatomia Patológica", a percentagem de instituições hospitalares públicas que atribui mais de 20% do orçamento da actividade ao exterior ultrapassa os 25%. As instituições privadas com fins lucrativos optam mais pelo *outsourcing* destas actividades do que as instituições públicas e do que as instituições privadas sem fins lucrativos. Cerca de 2 em cada 3 instituições com fins lucrativos confia mais de 20% do orçamento destas actividades a empresas externas (com excepção das actividades de "Imuno-Hemoterapia" e de "Anatomia Patológica")[233].

[232] Recorde-se, do Quadro 6.4, que este serviço engloba a Patologia Clínica, a Imuno-hemoterapia e a Anatomia Patológica. Por seu turno, a Patologia Clínica engloba as seguintes áreas: Bioquímica, Microbiologia, Hematologia, Imunologia, Endocrinologia e Genética.

[233] E, se acrescentarmos as instituições que não indicam a percentagem orçamental confiada ao exterior, obtemos uma percentagem de 89% (cf. Gráfico 6.5). Relembre-se, ainda, do Quadro 6.14, que há diferenças estatisticamente significativas entre o nível de utilização de recursos externos por parte das instituições privadas com fins lucrativos e dos restantes tipos de hospitais.

Gráfico 6.7: Laboratórios clínicos – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas



Em Portugal, são do conhecimento público algumas situações de *outsourcing* do Serviço de Patologia Clínica. O "Hospital da Luz" (do Grupo "Espírito Santo Saúde"), afirma, no seu site, que efectua o *outsourcing* deste serviço junto da "General Lab Portugal". Esta empresa foi, também, a escolhida pelos "Hospitais Privados de Portugal" (HPP), para prestar este serviço, no "Hospital dos Lusíadas", no "Hospital da Boavista", e no "Hospital de Cascais"[234]. É igualmente conhecida a celebração de um contrato, a 10 anos, entre o "Hospital de São Martinho" e a "Unilabs", na área da Patologia Clínica e Anatomia Patológica[235].

Verificou-se, ainda, que, apesar de as instituições privadas com fins lucrativos recorrerem mais ao *outsourcing*, o seu grau de satisfação é inferior ao das instituições públicas, embora seja sempre superior ou igual a 3,5 (Gráfico 6.8). Os hospitais públicos assinalam menor nível de satisfação, na actividade de "Microbiologia", relativamente às restantes actividades da "Patologia Clínica"[236], e quanto à "Imuno-

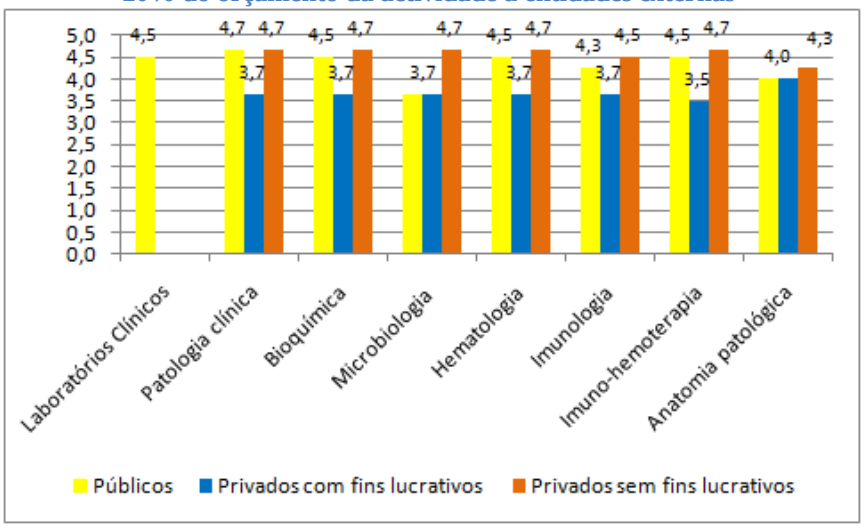
[234] Este hospital do SNS está a ser gerido pelos HPP, ao abrigo de um contrato de Parceria Público-Privada. O *outsourcing* do Serviço de Patologia Clínica gerou, inclusivamente, alguma polémica, porque os técnicos de análises clínicas e de saúde pública terão sido "aconselhados" a fazer contrato com a "General-Lab", mas em condições bastante desfavoráveis para os trabalhadores (por exemplo, redução do vencimento e/ou aumento do horário de trabalho semanal), de acordo com a exposição do deputado João Semedo ao Ministério da Saúde, disponível em http://apontamentos.blogspot.com/2010/02/hospital-de-cascais-contrato-de-gestao.html, acedida a 28 de Setembro de 2010).

[235] http://www.unilabs.com/About_us/History/, informação acedida a 28 de Setembro de 2010.

[236] Saliente-se, porém, que, consoante os exames, estão em causa as respostas de apenas duas ou três instituições.

hemoterapia", as instituições privadas com fins lucrativos revelam um nível de satisfação ligeiramente inferior (3,5) ao das restantes actividades (3,7).

Gráfico 6.8: Laboratórios clínicos – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas



Na procura de possíveis explicações para estes resultados, importa perceber o que tem acontecido noutros países desenvolvidos[237], assim como compreender melhor as características próprias destas actividades e investigar a eventual existência de necessidades diferentes por parte das instituições públicas relativamente às privadas.

Estudos realizados na Turquia (Yigit *et al* (2007)) e na Grécia chegaram a conclusões idênticas às do presente estudo, no sentido de existir grande disparidade quanto às opções por parte dos hospitais públicos e privados, nesta área. Na Turquia, apenas 20% dos hospitais públicos efectuam o *outsourcing* dos Laboratórios, contra 77% dos hospitais privados (Quadro 6.6). Na Grécia, apenas 16,3% dos hospitais públicos efectuam o *outsourcing* das actividades laboratoriais, apesar de, nos hospitais privados, esta ser uma das actividades mais externalizadas (Moschuris e Kondylis (2006); Moschuris e Kondylis (2007)). Noutros países europeus, o *outsourcing* das actividades associadas aos Laboratórios Clínicos, por parte dos hospitais públicos, assume uma

[237] Tendo, porém, consciência das dificuldades e limitações associadas a estas comparações, dadas as diferenças existentes entre os vários sistemas de saúde, bem como a sua permanente alteração.

relevância especial na Alemanha e, numa escala menor, em França e no Reino Unido (HealthCareEuropa (2010a) e Quadro 6.6)[238].

Uma potencial explicação poderá estar associada à diferente dimensão das organizações públicas e privadas. Relembre-se que, em Portugal, os hospitais privados têm, em média uma dimensão bastante inferior à dos hospitais públicos, como se conclui da análise comparativa do Quadro 6.11 e do Quadro 6.12. O progresso tecnológico, que tem ocorrido neste domínio, exige avultados investimentos em equipamentos. Simultaneamente, estas actividades são pouco intensivas em mão-de-obra, pelo que existem significativas economias de escala, o que incentiva a externalização, por parte dos hospitais de menor dimensão. Com efeito, ao analisar a dimensão dos hospitais portugueses que efectuam o *outsourcing* destas actividades (Quadro 6.16), verifica-se que, com excepção da "Anatomia Patológica", há apenas um hospital com mais de 250 camas a fazer esta opção. Por outro lado, 54,5% dos hospitais com menos de 50 camas, que responderam ao questionário, efectuam o *outsourcing* da "Patologia Clínica", na sua totalidade.

Quadro 6.16: Número e percentagem de hospitais que efectuam o *outsourcing* de actividades laboratoriais por dimensão

Nº de camas	1-50	51-100	101-250	251-500	500-1000	Mais 1000	Total
Laboratórios Clínicos	1 (9,1%)	1 (7,7%)					2
Patologia Clínica	6 (54,5%)	2 (15,4%)	3 (33,3%)		1 (8,3%)		12
Imuno-hemoterapia	4 (36,4%)	6 (46,2%)	1 (11,1%)				11
Anatomia Patológica	2 (18,2%)	7 (53,8%)	1 (11,1%)		4 (33,3%)		14
Nº de hospitais que responderam	11	13	9	4	12	1	50
Universo	48	31	20	19	20	4	143[239]

Também na Alemanha se encontra uma relação semelhante. Augurzky e Scheuer (2007) concluíram que havia uma associação entre a dimensão dos hospitais e o nível de

[238] No Reino Unido, no início do milénio, 20% dos *trusts* limitavam-se a externalizar algumas tarefas (*out-task*) e apenas 9% destes hospitais efectuavam o *outsourcing* destas actividades (Okoroh *et al* (2000)).
[239] É desconhecido o número de camas de uma instituição que não respondeu ao inquérito.

outsourcing das actividades laboratoriais. Os hospitais mais pequenos efectuam o *outsourcing* destas actividades, porque, no entender dos autores, o seu reduzido volume de actividade não justificava nem a contratação de pessoal especializado, nem a aquisição do equipamento dispendioso necessário para a sua realização. Na Turquia, Yigit *et al* (2007) encontram maiores níveis de *outsourcing* dos serviços laboratoriais para os hospitais com menos de 200 ou mais de 600 camas e menores níveis de *outsourcing* para hospitais com uma dimensão intermédia (entre 200 e 600 camas).

Os hospitais públicos portugueses têm respondido àquelas necessidades de investimento através da designada aquisição de equipamentos "contra-consumos". O equipamento é "adquirido a custo zero", em troca do pagamento dos reagentes a preços mais elevados. Recentemente, o "Hospital de Santa Maria", integrado no "Centro Hospitalar Lisboa Norte", experimentou outra solução: optou por constituir uma parceria com um fornecedor de equipamentos, que suportou o investimento inicial, em contrapartida de um pagamento efectuado consoante as análises realizadas. Segundo Ribeiro (2009), p. 173, esta situação permitiu ao hospital reduzir os custos unitários.

Uma possível explicação adicional para os resultados encontrados é que os hospitais públicos têm necessidade de manter localmente alguma capacidade instalada que dê resposta imediata às situações urgentes e críticas. Com efeito, há um reduzido número de exames para os quais é preciso obter resultados num curto espaço de tempo, de modo a possibilitar o diagnóstico e a decisão terapêutica. Por outro lado, é habitual encaminhar para entidades externas (por vezes até localizadas noutros países) os designados exames "esotéricos" (que apenas são necessários em situações muito particulares). Aliás, repare-se, no Gráfico 6.4, que várias actividades deste serviço ("Microbiologia", "Bioquímica" e "Hematologia") são aquelas onde elevada percentagem de hospitais confia ao exterior menos de 20% do orçamento da actividade. O incentivo para o fazer é óbvio: a maioria dos laboratórios não detém experiência, nem volume de actividade que justifique a sua realização (Friedman (2001), p. 1528).

Para além das necessidades de investimentos significativos em equipamentos, as crescentes exigências (em termos de certificação) e a explosão, em termos de sub-

especialização de competências e de tarefas[240] fizeram aumentar a dimensão mínima eficiente associada a esta actividade, conduzindo à concentração do mercado nacional[241] e internacional. Existe, assim, na União Europeia, uma tendência para a utilização de grandes (ou mega) laboratórios centralizados, externos, muitas vezes afastados do hospital de agudos (Humphreys *et al* (2010); Langlois e Wallemacq (2009)) e alguns analistas acreditam que este movimento de concentração se irá manter (veja-se por exemplo, HealthCareEuropa (2010a)).

Algumas das empresas que actuam no mercado nacional (entre as quais as acima referidas "General Lab" e "Unilabs") operam, também, em vários países europeus, e constituem exemplos destes movimentos de concentração. A primeira empresa mencionada é espanhola e fundiu-se, em 2007, com o grupo francês "Labco"[242]; a segunda é suíça e fundiu-se, em 2008, com a empresa sueca "Capio Diagnostics"[243]; finalmente, uma organização holandesa a operar em Portugal ("Euromedic") presta serviços em mais de 15 países europeus. Além disso, por vezes, actuam ainda noutros mercados de serviços de diagnóstico, nomeadamente no domínio da Imagiologia.

Deste modo, não é de estranhar que os referidos mega laboratórios possam, inclusivamente, estar localizados noutros países. As empresas que prestam estes serviços em *outsourcing* argumentam que é possível reduzir custos na ordem dos 20 a 30% e que um dos factores que possibilita essa redução é a existência de grandes

[240] Saliente-se também que, hoje em dia, muitas destas actividades são realizadas por equipas multidisciplinares constituídas por médicos, cientistas biomédicos, imunologistas, biologistas, microbiologistas moleculares, estatísticos e outros.

[241] A nível nacional, apenas se conhece um estudo realizado pela ERS sobre a concorrência no sector das análises clínicas, onde se refere, na página 2, que "alguns prestadores têm manifestado (…) a sua preocupação sobre um alegado crescimento das dinâmicas de concentração empresarial neste sector" (Entidade Reguladora da Saúde (2008)). Nesse estudo, concluiu-se que cerca de metade dos prestadores estavam incluídos em 36 grupos empresariais e que o grau de concorrência era reduzido em 22 dos 37 mercados relevantes identificados. Apenas em 4 mercados o nível de concentração era suficientemente baixo de modo a não causar preocupação. Realce-se, porém, que este estudo é relativo à prestação de análises clínicas ao doente final, não coincidindo, necessariamente, com os possíveis prestadores de serviços aos hospitais.

[242] A empresa daí resultante está presente em 6 países e possui mais de 300 laboratórios, de acordo com informação acedida em http://www.labco.pt/Rede/Numeros.aspx, a 28 de Setembro de 2010.

[243] De acordo com informação disponível em http://www.unilabs.com/About_us/Fast-Facts/, acedida a 28 de Setembro de 2010, efectua 44 milhões de análises laboratoriais por ano e possui 90 laboratórios em 12 países (Portugal, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Itália, Noruega, Rússia, Espanha, Suécia, Suíça e Reino Unido). Esta empresa adquiriu, entre outros, os laboratórios do Dr. Carlos da Silva Torres (era o maior laboratório privado da região norte) e do Professor Ernesto Morais.

diferenças internacionais de preços (HealthCareEuropa (2010a)). Defendem, ainda, que o mero facto de os médicos conhecerem os custos de cada análise conduz a uma diminuição da quantidade de exames prescritos[244] (HealthCareEuropa (2010a)). Porém, na maioria dos países europeus, existe uma resistência dos profissionais muito significativa a estes projectos de *outsourcing* que envolvem uma deslocalização das actividades laboratoriais (HealthCareEuropa (2010a)).

Com efeito, várias sociedades de profissionais de saúde têm vindo a alertar para alguns potenciais riscos dessa opção. Assim, por exemplo, uma associação médica belga salienta alguns erros e custos acrescidos que podem surgir a longo prazo (artigo redigido por Langlois e Wallemacq (2009)), resultantes, sobretudo, da menor comunicação entre o laboratório e os médicos. De modo semelhante, também os médicos Procop e Winn (2003) levantam alguns problemas (sobretudo clínicos) que inviabilizam um *outsourcing* total, num laboratório externo, das actividades habitualmente realizadas em grandes hospitais públicos com serviços de urgência. A título de exemplo, referem alguns microrganismos que não sobrevivem ao transporte, sejam quais forem as precauções tomadas.

Por fim, os microbiologistas clínicos Humphreys *et al* (2010) realçam que, com o *outsourcing* da Microbiologia, existe o risco de se desagregarem as três actividades principais desta área que são complementares: "análises", "consultas" e "sínteses e relatórios dos resultados laboratoriais". Um serviço integrado consegue disponibilizar resultados críticos, embora preliminares, que permitem uma intervenção terapêutica imediata e a prevenção da infecção. Nestes casos, pode ser crucial o conhecimento detalhado das instalações e das circunstâncias locais. O microbiologista pode, ainda, actuar como *gatekeeper* na aprovação dos pedidos de exames[245].

[244] Esta questão será aprofundada no ponto 6.6.1.

[245] Curiosamente, de certo modo, estão aqui expressas algumas das preocupações dos defensores da Teoria Baseada nos Recursos, que alertam para os perigos do *outsourcing* de actividades que são complementares de outras, com possíveis consequências negativas nas competências nucleares existentes na organização.

Quadro 6.17:Vantagens dos laboratórios internos e dos laboratórios externos

Vantagens dos laboratórios internos	**Vantagens de laboratórios multidisciplinares externos (*off-site*)**
Focalização no doente individual	Focalização na logística e nas tecnologias de informação
Diagnósticos clinicamente relevantes	Maior leque de serviços (por exemplo, prestação de serviços 24/7)
Contacto próximo do laboratório com o hospital	Maior âmbito de competências
Serviço compreensivo (diagnóstico, ligação clínica e prevenção da infecção)	Automatização
Colaboração próxima entre o laboratório e as equipas de controlo de infecção	Racionalização e custo-efectividade por teste
Serviço integrado com outras disciplinas (por exemplo, doenças contagiosas)	

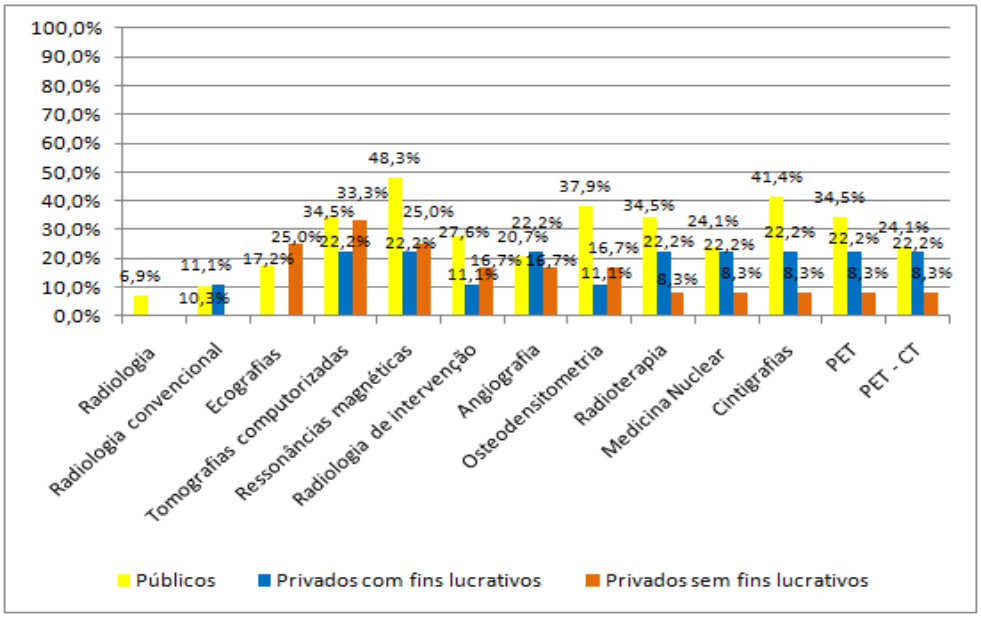
Fonte: Humphreys *et al* (2010), p. 620.

Em suma, no entender destes microbiologistas clínicos, os conflitos potenciais entre a integração e a especialização podem ser resolvidos através de abordagens flexíveis e de cooperação (por exemplo, com laboratórios regionais e especializados para situações particulares). Já a separação da microbiologia clínica do local de prestação de cuidados aos doentes pode prejudicar o diagnóstico e a gestão da infecção em todos os doentes, havendo necessidade de preservar infra-estruturas que previnam a infecção.

6.5.1.2. Imagiologia

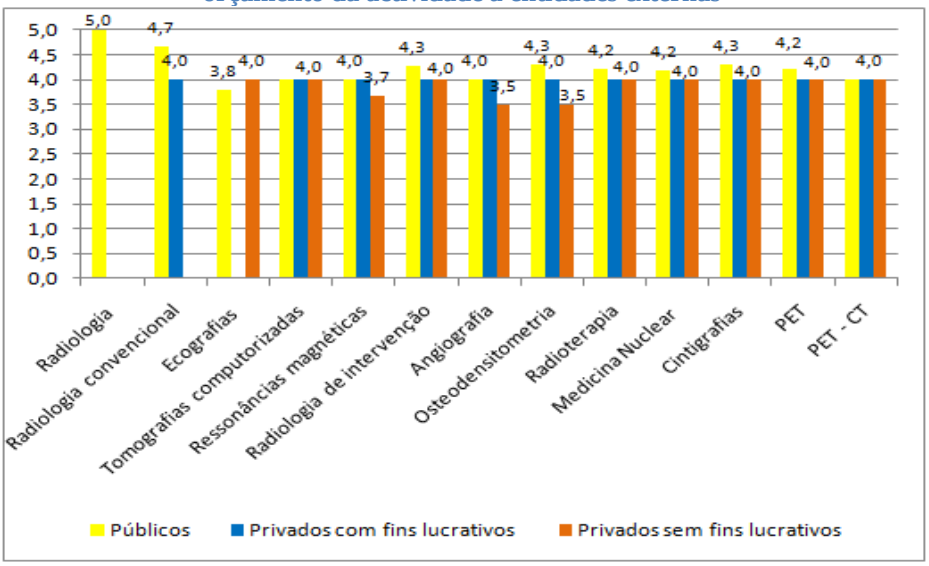
Ao contrário do que acontece nos serviços laboratoriais, e como se pode observar no Gráfico 6.9, a percentagem de instituições públicas que efectuam o *outsourcing* de actividades de "Imagiologia" é superior à percentagem de instituições privadas que tomam idêntica opção, embora nunca atingindo os 50%. As actividades mais externalizadas são aquelas que exigem investimentos mais avultados (como as da "Medicina Nuclear", as "TACs" e as "RM"). As "Ecografias" e a "Radiologia Convencional", assim como as "Endoscopias" (como se irá verificar no Gráfico 6.11), que envolvem equipamento comparativamente mais acessível, são menos externalizadas. Uma situação semelhante ocorre a nível internacional (Quadro 6.6).

Gráfico 6.9: Imagiologia – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas



Há duas instituições públicas que reconheceram, no inquérito, entregar a empresas externas mais de 80% do orçamento da actividade da Radiologia (totalidade do serviço) e manifestam estar "muito satisfeitas" com essa situação (Gráfico 6.10)[246]. Nos restantes casos, as instituições hospitalares revelam estar "satisfeitas".

Gráfico 6.10: Imagiologia – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas



[246] A experiência de uma destas instituições é objecto de um estudo de caso apresentado no próximo capítulo, onde também se caracteriza a evolução recente do sector da Imagiologia.

As actividades da Imagiologia, de um modo geral, envolvem custos elevados, associados não apenas aos significativos investimentos em capital (mais avultados do que na área laboratorial), mas também aos salários dos médicos. Tipicamente, na Europa ocidental, os custos com os salários representam entre 25 a 27% das vendas (HealthCareEuropa (2010b)). Daí que, algumas grandes empresas prestadoras de serviços de *outsourcing* a hospitais de elevada dimensão, em múltiplos países, como a "Alliance Medical" ou a "Euromedic", defendam que conseguem reduzir os custos dos hospitais em 30% ou mais, através de melhor utilização dos activos. Com excepção destas empresas, poucas são as que detêm mais de 5 ou 10% de quota nos mercados privados de vários países (HealthCareEuropa (2010b)), embora seja extraordinariamente difícil avaliar a dimensão dos mercados privados.[247]

6.5.1.3. Outros serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e de (suporte à) prestação de cuidados

Nestes sectores, são muito escassas as situações assinaladas de *outsourcing*, com excepção da "Urgência", da "Diálise" e das terapêuticas de "Litotrícia" (Gráfico 6.11). Quanto ao nível de satisfação (Gráfico 6.12) é de realçar os menores níveis da "Anestesiologia" (3,5) e da "Urgência" (3 – "Indiferente")[248]. Ao contrário do que acontece noutros países, não há qualquer instituição a efectuar o *outsourcing* das actividades de "Farmácia" e de "Esterilização". Estas questões serão exploradas no ponto seguinte.

[247] Em Portugal, a única informação relevante, a que se conseguiu aceder, quanto à estrutura deste mercado, é proveniente de um estudo realizado pela Entidade Reguladora da Saúde (2009), que identificou 565 estabelecimentos prestadores de exames complementares de diagnóstico médico por imagem e que concluiu que 10% desses estabelecimentos concentravam 44% dos colaboradores. Constatou-se, ainda, que os mercados de Imagiologia em Portugal Continental são, geralmente, muito concentrados e só não causam preocupação nas regiões de Porto, Setúbal, Felgueiras, Guimarães e Lisboa. À semelhança do estudo realizado no sector laboratorial, as empresas prestadoras de serviços aos hospitais não coincidem necessariamente com as que prestam serviços aos doentes particulares (situação analisada nos estudos da ERS). Há, até, alguns hospitais privados, com equipamentos e profissionais próprios, que apresentam propostas de prestação de serviços a outras instituições hospitalares. Assim, por exemplo, um hospital privado da cidade do Porto apresentou uma proposta num concurso para a realização das ressonâncias magnéticas de um hospital público. O mesmo acontece noutros países europeus (HealthCareEuropa (2010b)).

[248] O elevado nível de satisfação nas "Endoscopias e Colonoscopias", nas instituições privadas sem fins lucrativos, corresponde à resposta de uma única instituição.

Gráfico 6.11: Outros serviços de (suporte à) prestação de cuidados – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas

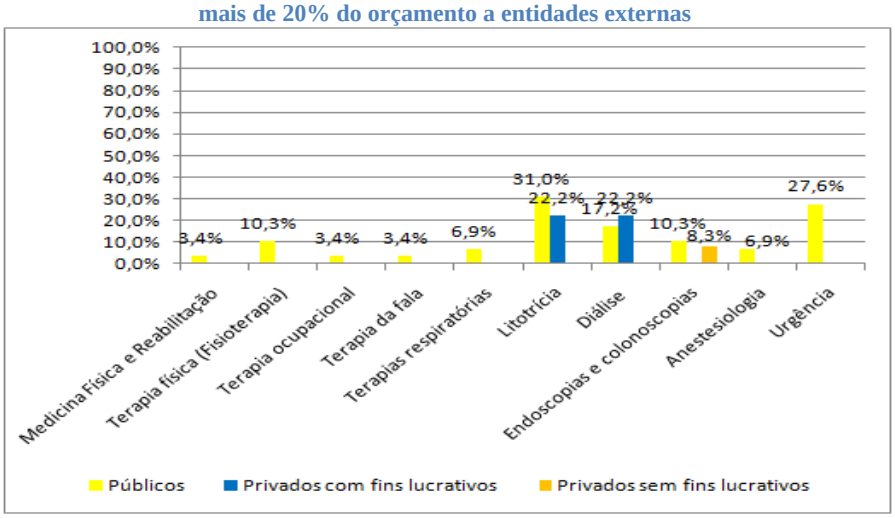
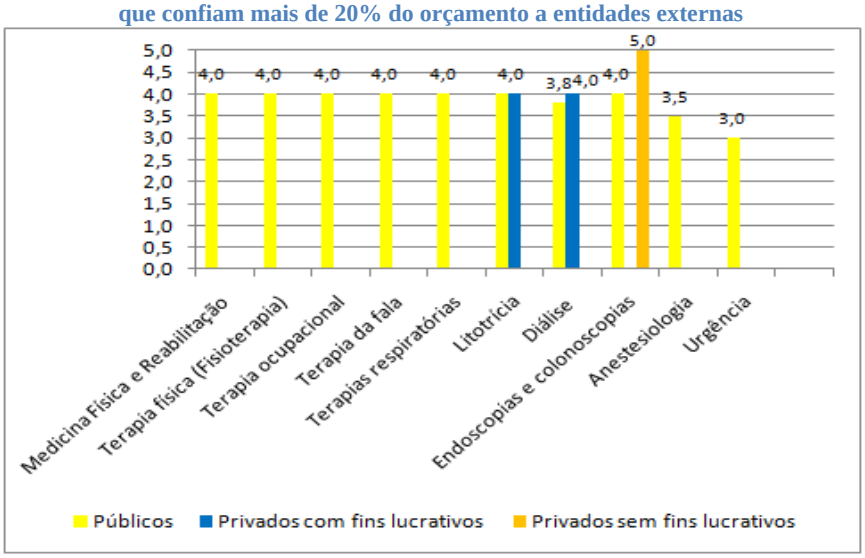


Gráfico 6.12: Outros serviços de (suporte à) prestação de cuidados – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas



6.5.1.3.1. Outros serviços e exames complementares de diagnóstico e terapêutica

Das 29 instituições públicas que responderam ao questionário, apenas 1 (3,4%) confia a uma instituição externa mais de 80% do orçamento do Serviço de "Medicina Física e Reabilitação" (Gráfico 6.4 e Gráfico 6.11). As instituições que externalizam mais de 20% do orçamento das terapêuticas deste Serviço ("Fisioterapia", "Terapia Ocupacional", "Terapia da Fala" e "Terapias Respiratórias") revelam estar "satisfeitas" com esta opção.

Das instituições que responderam ao inquérito, cerca de 22% dos hospitais privados com fins lucrativos e 31% dos hospitais públicos efectuam o *outsourcing* da actividade de "Litotrícia"[249] e estão "satisfeitas". Quanto à "Diálise", cerca de 1 em cada 5 instituições públicas e privadas com fins lucrativos afirma recorrer ao exterior para a sua realização. As justificações habitualmente apresentadas para o *outsourcing* desta actividade prendem-se com o facto de as instituições não terem de se preocupar com a dimensão do investimento ou os níveis de procura (Balakrishnan *et al* (2006)).

6.5.1.3.2. Urgência

No âmbito deste estudo, concluiu-se que 27,6% das instituições públicas que responderam ao inquérito admitiram confiar a entidades externas mais de 20% do orçamento da actividade de "Urgência" (Gráfico 6.11). E cerca de um terço (34,5%) admitiu algum tipo de utilização de meios externos (cf. Gráfico 6.4).[250]

Em Portugal, não é frequente a contratação de uma empresa externa para gerir a totalidade do serviço de urgência[251], embora seja habitual recorrer a empresas de prestação de serviços para suprir falhas de pessoal médico nos serviços hospitalares. De todas as actividades de cariz clínico, a actividade "Urgência" é, assim, aquela onde maior percentagem de instituições refere confiar a uma empresa externa entre 20 a 80% do orçamento da actividade (Gráfico 6.4).

[249] Tratamento que permite "desfazer/partir" pedras, no rim ou na vesícula, tornando desnecessária a intervenção cirúrgica.

[250] Em 2008, a Inspecção-Geral das Actividades em Saúde concluiu que, dos 60 hospitais inquiridos, 4 em cada 5 precisavam de recrutar médicos no exterior (sobretudo no serviço de urgência) (Gomes (2010)). Nesse ano, vários dirigentes ouvidos por Mendes (2008) estimavam que o número de médicos pertencentes a empresas prestadoras de serviços médicos, nos serviços de urgência, fosse de cerca de 10% do total. Em 2010, as urgências dos hospitais asseguradas por médicos pagos à hora eram já de cerca de 30%, de acordo com informações disponibilizadas por Carlos Arroz, do Sindicato Independente dos Médicos (Jesus (2010)). Por outro lado, Mário Jorge Neves, da Federação Nacional dos Médicos, garantia, de acordo com a mesma notícia, que "na maioria das unidades do interior, mais de metade dos médicos das urgências são de empresas".

[251] Uma situação pouco convencional é a da "Casa de Saúde da Boavista", no Porto. Esta instituição permitiu a uma empresa externa ("Ormasa", criada por um conjunto de médicos) utilizar as suas instalações para o atendimento de casos urgentes. Por isso, pode acontecer uma situação curiosa: um doente, internado na sequência de uma situação urgente, receberá duas facturas: uma da "Ormasa" e outra da Casa de Saúde (pelo internamento).

Recentemente, foi divulgado um relatório de auditoria do Tribunal de Contas (2010), em que se reconhece que a contratação externa de serviços médicos é mais representativa no Serviço de Urgência[252] e que a sua principal causa é "a insuficiência de profissionais médicos nos hospitais do SNS em algumas especialidades[253], concomitantemente com o aumento da faixa etária desses profissionais" (páginas 41 e 42). No caso particular das urgências, como, durante muitos anos, os médicos não eram obrigados a fazer urgências a partir dos 55 anos, e estavam dispensados do trabalho nocturno a partir dos 50 anos[254], era muito difícil conseguir a prestação destes serviços. Não surpreende, por isso, que, em 2008, tenha ocorrido um acréscimo de 25,7% das despesas associadas à contratação externa de serviços médicos, essencialmente no Serviço de Urgência hospitalar (Tribunal de Contas (2010), p. 9).

Segundo várias notícias de imprensa, eram frequentes os casos em que alguns médicos recebiam cerca de 100 euros por hora, quando estavam a prestar serviço através destas empresas, sendo os valores pagos pelos hospitais às empresas ainda superiores. Esta situação, paralelamente com o receio de que estivessem a ser contratados "profissionais de saúde com um perfil de competências que não se ajusta[va] às necessidades objectivas da entidade contratante", levou ao estabelecimento de algumas regras relativas à "contratação de entidades privadas para prestarem cuidados de saúde em instituições do SNS" (Despacho nº 8 /SEAS/2007, da Secretária de Estado da Saúde Carmen Pignatelli[255]) e à fixação de valores de referência para o pagamento aos médicos.

[252] Representando cerca de 80,4% da despesa com a contratação externa de serviços médicos, entre 2007 e 2009 (1º semestre), nas catorze unidades hospitalares seleccionadas para auditoria (p. 14).
[253] De acordo com a informação fornecida pelas unidades hospitalares ao Tribunal de Contas, as especialidades médicas e cirúrgicas onde a contratação externa é mais expressiva são as seguintes (p. 42): Clínica Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Medicina Interna, Anestesia, Radiologia e Imagiologia, Pediatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia.
[254] Decreto-lei nº 62/79, de 30 de Março e Decreto-lei nº 73/90, de 6 de Março. Porém, o Decreto-Lei nº 177/2009, de 4 de Agosto, veio estabelecer novo regime jurídico das carreiras médicas. Apesar disso, segundo a Circular Informativa nº 6/2010, de 6 de Junho, da ACSS, os médicos que não tenham optado (e enquanto não optarem) pelo novo regime de horário de trabalho continuam a gozar dessa possibilidade de recusa de prestação de serviços de urgência.
[255] Estabeleceu o clausulado tipo dos contratos de prestação de cuidados de saúde a celebrar entre os hospitais do SNS e as empresas de recrutamento de pessoal.

Em função do exposto, é possível compreender melhor que as instituições revelem um nível de satisfação relativamente baixo (3) com a utilização de recursos externos para a realização desta actividade, em simultâneo com elevado desvio-padrão (1,5). Há, inclusivamente, duas instituições que referem estar "muito insatisfeitas" com a utilização de recursos externos nesta actividade.

Numa conferência subordinada ao tema "Outsourcing, gestão e controlo de contratos na Saúde: um problema público e privado", no dia 27 de Novembro de 2008, António Marques, então Director do Departamento de Anestesiologia do Hospital de Santo António e ex-presidente da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, mostrou-se "radicalmente contra a utilização de empresas de trabalho temporário" (Gonçalves (2008)). Justificou a sua posição afirmando: "Meter dentro do hospital gente avulsa vai desagregar o serviço e não é bom para a continuidade dos cuidados. A noção de serviço é extremamente importante, não apenas por causa da diferenciação técnica, do espírito de equipa e do ensino, mas para dar continuidade à responsabilidade assumida pelo doente. Se temos umas pessoas a fazer umas horas, temos tarefeiros, não temos serviço". Na opinião do anestesista, nestes serviços não há "condições para os internos aprenderem. As condições de ensino não estão asseguradas em áreas onde abundam tarefeiros desenquadrados dos serviços. Para um ensino de qualidade, é necessário o enquadramento numa equipa". "As administrações tomam decisões que podem dar números interessantes a curto prazo", mas que podem "prejudicar o hospital a longo prazo". Acrescenta ainda: "A gestão não pode ser reactiva e olhar só para os números, sem pensar nas consequências. Não se podem tomar decisões a pensar só na semana que vem".

Idênticas preocupações são manifestadas por outros responsáveis e noutros contextos. O bastonário da Ordem dos Médicos, Pedro Nunes, receia a "desagregação" das equipas de Urgência e o facto de ninguém se conhecer (Jesus (2008)). Analogamente, o Director Clínico do Hospital de Santa Maria, Correia da Cunha, acrescentava: "Não ponho em causa a competência dos profissionais, mas há problemas de coordenação que tornam esta solução muito pouco aconselhável" (Jesus (2010)). Segundo o Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, Pedro Lopes, corre-se o risco

de estes médicos não terem qualidade (Jesus (2008)). E há alguma "desestabilização" associada ao facto destes contratados ganharem muito mais do que os colegas do quadro cuja formação é (muitas vezes) superior (Jesus (2010)).

De modo semelhante, Meyers (2004) refere que, nos EUA, se receiam problemas de motivação dos profissionais ou de não serem contratados os melhores médicos, porque são mais caros[256]. No início do milénio, cerca de 80% dos hospitais americanos tinham algum tipo de acordo de *outsourcing* nos Departamentos de Urgência (Romano (2003)). O *outsourcing* nestes serviços surgiu nos anos 80, quando os hospitais enfrentavam grandes dificuldades em conseguir médicos qualificados para prestar serviços de urgência. Posteriormente, as empresas foram alargando o âmbito dos seus serviços, sendo habitual a contratação de empresas com a responsabilidade não só de recrutar os médicos, como de gerir o serviço, incluindo a facturação e cobrança de dívidas. A "American Academy of Emergency Medicine" estima que cerca de metade dos Serviços de Urgência são geridos por grandes empresas, cujo capital é maioritariamente detido por não médicos (Meyers (2004)).

A externalização neste serviço poderá ter uma influência significativa na saúde dos doentes e na qualidade apercebida. Como explicitam Coles e Hesterly (1998b), se existir um erro médico, por parte de uma empresa prestadora deste tipo de serviços, que resulte numa incapacidade física, ou mesmo numa morte, o custo não será inteiramente suportado pela empresa externa, sendo difícil avaliar a contribuição relativa das partes envolvidas para o resultado negativo. A empresa prestadora de serviços pode argumentar que outros (os técnicos de emergência, os Laboratórios, a Imagiologia, etc.) não desempenharam adequadamente as suas funções (dificuldades de coordenação). Mesmo que fosse possível estabelecer inequivocamente a culpa da empresa, seria impossível fazê-la suportar os custos incorridos pelo doente e pelo hospital (em termos de reputação).

Este impacte potencial negativo na qualidade, e também na produtividade, associado à utilização de empresas de trabalho temporário, é também mencionado num estudo

[256] Estes potenciais problemas serão aprofundados no ponto 6.8.

muito interessante realizado no Reino Unido (Hall *et al* (2008)). Os autores procuravam avaliar os possíveis efeitos da regulação salarial existente nos hospitais do NHS. Neste país, os ordenados pagos aos médicos e aos enfermeiros são determinados por uma agência central e as variações regionais são limitadas, não reflectindo, integralmente, as diferenças salariais nos mercados de trabalho. As diferenças regionais entre os salários públicos são de apenas 11%, enquanto, nos mercados privados, essas diferenças chegam a atingir os 60%. Com efeito, nas regiões onde os salários externos eram superiores, os autores encontraram uma produtividade inferior e taxas de mortalidade, por enfartes agudos do miocárdio (*proxy* da qualidade hospitalar), mais elevadas. Esta situação resultará da dificuldade em reter os melhores profissionais e/ou dos menores níveis de esforço que são conseguidos, assim como da contratação de pessoal temporário, através de agências de pessoal. A flexibilização do sistema de regulação, permitindo que os salários locais reflictam as realidades dos mercados regionais, possibilitaria o aumento da produtividade e a poupança de vidas nas zonas em que os salários locais são maiores.

Em jeito de síntese, há alguma contratação externa de médicos, nos serviços de urgência hospitalares portugueses, que resulta do envelhecimento dos profissionais e das carências em certas especialidades. Há grandes críticas a esta opção, sendo de destacar os receios de desagregação dos serviços, os problemas de coordenação e de continuidade dos cuidados, a possível diminuição de qualidade e, também, os problemas de desmotivação dos profissionais "internos", cujos vencimentos são menores. Por tudo isto, não é de surpreender a existência de um nível de satisfação médio relativamente baixo (face às restantes actividades).

6.5.1.3.3. Anestesiologia

Dezassete por cento das instituições públicas recorrem a meios externos na realização das actividades de Anestesia (Gráfico 6.4), porque existe alguma carência de profissionais desta especialidade. Segundo Lucindo Ormonde, Presidente da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, esta falta de anestesiologistas prende-se com o facto de o âmbito de actuação destes profissionais ter ultrapassado, há muito, o bloco operatório, os cuidados intensivos e as unidades de dor: "Os anestesiologistas têm hoje um papel

importante na emergência médica, na anestesia fora de bloco, na consulta de anestesia, nas comissões de qualidade hospitalar e na formação médica" (Tempo Medicina (2007)).

Os ordenados são muito diferentes de instituição para instituição e o sector público tem dificuldades em manter-se competitivo. Há médicos que trabalham muito acima dos limites da lei, mais de 70 horas por semana (Gonçalves (2008)), e a contratação de profissionais, através de empresas especializadas, surge como a única solução para aquela escassez. A título de exemplo, na Maternidade Alfredo da Costa havia 13 vagas de anestesistas e só se conseguiram contratar 3. Segundo afirmou o Presidente do Conselho de Administração, Jorge Brando, à revista Visão, "Somos obrigados a contratar empresas de prestação de serviços, o que fica muito mais caro" (Nery *et al* (2010), p. 83).

Muitos dos problemas associados a esta situação são idênticos aos já descritos no ponto anterior, a propósito da contratação esporádica de médicos para prestarem serviços de urgência. Um deles é que os médicos destacados nunca são os mesmos e vão aos hospitais "fazer uma horas" muito mais bem pagas do que as cumpridas pelos profissionais do quadro (Diário de Notícias (2008)). Para Lucindo Ormonde, é um "contra-senso que se paguem "ordenados de miséria" aos profissionais dos hospitais, ao mesmo tempo que se gastam valores inusitados em *outsourcing* para as mesmas funções". Manuel Delgado, à data Presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, justificou a situação com o espartilho legal, defendendo não existir "outra alternativa, porque os profissionais não admitem prolongar o horário" (Tempo Medicina (2007)).

Problemas semelhantes, de carência e rotações constantes de anestesistas, ocorrem noutros países (como é o caso dos EUA). Como explicita Peisch (1995), num estudo de caso publicado na *Harvard Business Review*, com o sugestivo título "When Outsourcing Goes Awry", o "Regional Medical Center" procurou resolver esses problemas recorrendo ao *outsourcing* do serviço de anestesiologia. Todavia, essa experiência foi mal sucedida, sobretudo por causa de dificuldades financeiras da empresa prestadora de

serviços ("Physician Development Services"). Um dos co-fundadores desta empresa tinha exercido a sua actividade no hospital e gozava de boa reputação, mas a empresa carecia de capital e de competências de gestão (apesar de gerir os serviços de anestesia de 15 hospitais). No decorrer do segundo ano do contrato, os problemas financeiros traduziram-se em sistemáticos atrasos no pagamento dos salários aos anestesistas e na não renovação dos contratos. Alguns médicos continuaram a prestar serviços, embora sem suporte contratual. Por outro lado, existia uma cláusula, no contrato celebrado entre o hospital e a empresa, que obrigava ao pagamento de uma comissão de recrutamento, no caso de o hospital optar por celebrar contratos directamente com os anestesistas.

Alguns peritos pronunciaram-se sobre este caso. O vice-presidente da "Sun Microsystems" salientou o erro de não terem sido estabelecidos níveis de desempenho de serviço, nem um relacionamento mais próximo e mais profundo com a empresa prestadora de serviços (através de uma aliança ou parceria), que se revela necessário, em seu entender, quando as organizações externas prestam serviços que são críticos para as organizações. Aliás, segundo este gestor, o presidente do hospital nem sequer compreendeu quão crítica era esta actividade, nem o facto de a gestão de recursos externos exigir competências muito diferentes das que são necessárias para a gestão interna dos serviços. Por outro lado, Kovner, Professor de Gestão e Política de Saúde na Universidade de Nova Iorque, realçou que deveriam ter sido estabelecidos critérios de desempenho, cláusulas de monitorização e penalizações por maus resultados. Por último, Pisano, Professor na Harvard Business School, considerou que deveria ter havido uma avaliação prévia da qualidade do serviço que estava a ser prestado aos outros hospitais e que os contratos deveriam ter sido celebrados directamente com os anestesistas, já que a relação entre um hospital e os seus médicos tem de ser entendida como uma competência nuclear, sendo essencial manter o controlo sobre estes activos.

6.5.1.3.4. Farmácia

Neste sector, em Portugal, há apenas uma instituição que afirma confiar uma parte do orçamento desta actividade a uma entidade externa. É uma organização sem fins lucrativos que se mostra "muito satisfeita", embora a percentagem que entrega ao exterior seja inferior a 20% (Gráfico 6.6).

Esta situação contrasta com a de outros países desenvolvidos (cf. Quadro 6.6). Na Alemanha, 62,9% dos hospitais efectuam o *outsourcing* desta actividade, assim como cerca de 9% dos hospitais turcos e norte-americanos[257]. Nos EUA, o *outsourcing* integral do serviço de farmácia é frequente (Griffin (2006)), em consequência da dificuldade em recrutar farmacêuticos – sobretudo os gestores de farmácias. As empresas de *outsourcing* têm maior capacidade de recrutamento de profissionais (Kirchheimer (2006)), devido às melhores possibilidades de progressão rápida na carreira.

Na década de 90, houve grande entusiasmo com a externalização desta área, ou pelo menos de algumas das suas funções (designadamente, a distribuição diária de medicamentos e a produção de medicamentos estéreis), como ilustram dois estudos de caso referidos por Santos (2009), em que o *outsourcing* destas actividades acarretou várias vantagens. Assim, no estudo efectuado por Gates *et al* (1996), descreve-se a experiência de *outsourcing*, iniciada em 1994, da preparação da alimentação parentérica efectuada pelo "Detroit Receiving Hospital", instituição com 340 camas, junto de uma empresa licenciada e que tinha instituído diferentes programas de controlo da qualidade. As principais razões para esta opção foram o tempo excessivo despendido pelos farmacêuticos no processo, bem como as pressões do conselho de administração junto dos gestores, no sentido de diminuírem as despesas com o pessoal. Nesta situação, o *outsourcing* foi bem sucedido, permitindo reduzir pessoal, custos, espaço e *stocks*. Por outro lado, no segundo estudo citado por Santos (2009)[258], relata-se a experiência do "Anderson Cancer Center", nos EUA, que, em 1993, decidiu efectuar um processo de *outsourcing* da preparação das misturas intravenosas não citotóxicas. De acordo com o Director farmacêutico deste hospital, esta situação libertou os farmacêuticos destas tarefas, possibilitando-lhes um trabalho mais próximo dos doentes, para além de outros

[257] Um valor idêntico, para os EUA, é apresentado por Eban (2008), que afirma que mais de 8% dos cerca de 5 500 hospitais efectuam o *outsourcing* da gestão das suas farmácias junto de grandes empresas. Nos EUA, há dois tipos de empresas que prestam serviços de *outsourcing* nas farmácias hospitalares. Há grandes empresas distribuidoras (*wholesalers*) de medicamentos, que entraram nesse ramo de actividade em resposta a uma diminuição dos lucros no negócio da distribuição (caso da "Cardinal" ou da "McKesson Medication Management" que, em 2008, geriam mais de 200 farmácias hospitalares (Eban (2008)) e há, também, empresas que se dedicam apenas aos serviços de *outsourcing* (caso da "Comprehensive Pharmacy Services").

[258] Goldberg, L. e C. Clark (1999) citado em Kastango, E. (2001), "Sterile-Product Preparations: Mix or Buy?", *International Journal of Pharmaceutical Compunding*, Vol.5, Nº1, pp. 59-63.

benefícios (detecção de maior número de erros de prescrição, aumento da adesão à terapêutica e melhor controlo da dor e mal-estar dos doentes e, inclusivamente, diminuição do número de dias de internamento e da taxa de infecções fúngicas). Calculou-se, ainda, que, nos primeiros três anos deste processo, por cada dólar gasto com o *outsourcing* houve uma poupança de 7,9 dólares, permitindo contratar mais pessoal e melhorar o nível de qualidade assistencial dos doentes.

Contudo, nos EUA, no início do século XXI, foi notória a diminuição do *outsourcing* desta área, que já chegou a ser utilizado por 29% dos hospitais (cf. Quadro 6.6). Esta opção tem sido controversa, havendo alguns problemas dignos de registo. Numa situação descrita por um jornalista (Eban (2008)), um hospital americano, em 10 anos, tinha mudado 4 vezes de empresa fornecedora, com a consequente alteração de normas e procedimentos. Este factor associado à dificuldade na adaptação dos profissionais foram apontados como causa possível, num caso muito mediatizado, da morte de um recém-nascido prematuro[259].

A quase inexistência de situações de *outsourcing* nesta área, em Portugal, poderá estar relacionada com a falta de empresas prestadoras destes serviços. Assim, por exemplo, não há, segundo Santos (2009), qualquer empresa que preste serviços de preparação de soluções estéreis (incluindo a alimentação parentérica). Outros possíveis motivos podem estar relacionados com o diferencial de custos. Num estudo realizado em França, que procurou comparar o custo da preparação em *outsourcing* destas soluções estéreis, com o custo da sua preparação interna, concluiu-se que os custos da empresa externa eram cerca de 62% mais elevados[260].

6.5.1.3.5. Esterilização

Nenhuma das instituições que responderam ao inquérito confia qualquer percentagem do orçamento da actividade de "Esterilização" a uma entidade externa. Apesar disso, um dos centros hospitalares públicos inquiridos (instituição 48) esclareceu, através de

[259] Em consequência desta situação, este grupo de saúde decidiu abandonar a opção pelo *outsourcing* nas farmácias das suas unidades hospitalares - que são mais de uma centena (Eban (2008)).
[260] Todavia, há que ter em consideração que o estudo foi realizado por dois farmacêuticos hospitalares e um gastroenterologista. Estudo referido por Santos (2009).

conversa telefónica, que tinha equacionado esta hipótese, embora tivesse optado por centralizar a actividade de esterilização das 3 unidades do centro. Um dos problemas que se levantou foi o do instrumental cirúrgico, que se poderia revelar insuficiente, se a sua propriedade pertencesse ao hospital.

Também, nesta área, a ausência de externalização contrasta com o que se verifica noutros países. Nos EUA, os hospitais têm vindo a recorrer cada vez mais ao *outsourcing* desta actividade (Foxx *et al* (2009)), procurando, deste modo, não só acompanhar os progressos tecnológicos, como também libertar espaços para outras actividades. De acordo com Kludert *et al* (2008), idênticas iniciativas têm sido seguidas na Holanda e na Bélgica. Todavia, o *outsourcing* desta actividade, muitas vezes, implica colocar a unidade de esterilização afastada dos blocos operatórios, obrigando, por isso, a circuitos maiores, que podem conduzir a custos mais elevados e a menor disponibilidade de instrumentos cirúrgicos (Kludert *et al* (2008)). Três hospitais públicos austríacos celebraram um contrato conjunto de esterilização com uma empresa privada, evitando avultados investimentos e beneficiando da redução de custos proporcionada pela existência de um serviço partilhado (Nikolic e Maikisch (2006)).

6.5.2. Actividades e Serviços de natureza geral

6.5.2.1. Serviços de apoio à gestão e logística

Nos serviços de apoio à gestão e logística, a utilização de recursos externos é mais significativa nas seguintes actividades: “Medicina no Trabalho”, “Sistemas e Tecnologias de Informação”, “Apoio Jurídico e de Contencioso” e “Comunicação e Imagem” (Gráfico 6.13). Com excepção da “Comunicação e Imagem”, estas actividades só foram externalizadas, nos últimos 2 anos, por algumas instituições (cf. Quadro 6.13).

Na “Medicina no Trabalho”, um em cada três hospitais públicos e privados sem fins lucrativos efectua o *outsourcing* desta actividade. É de registar a disparidade quanto ao nível de satisfação dos diferentes tipos de instituição. Por parte dos hospitais públicos, o valor médio é de apenas 3,1, apesar de nos hospitais privados sem fins lucrativos atingir 4,7 (Gráfico 6.14). Uma situação semelhante ocorre no “Apoio Jurídico e de Contencioso”. Embora a proporção de hospitais públicos e privados com fins lucrativos

que afirmam recorrer ao exterior seja semelhante, o nível de satisfação das instituições respondentes é bastante díspar[261].

Gráfico 6.13: Serviços de apoio à gestão e logística – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas

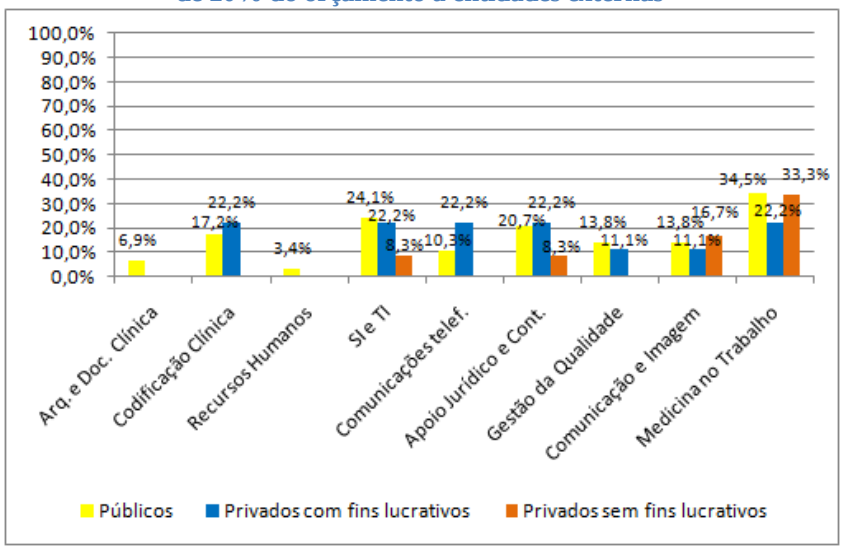
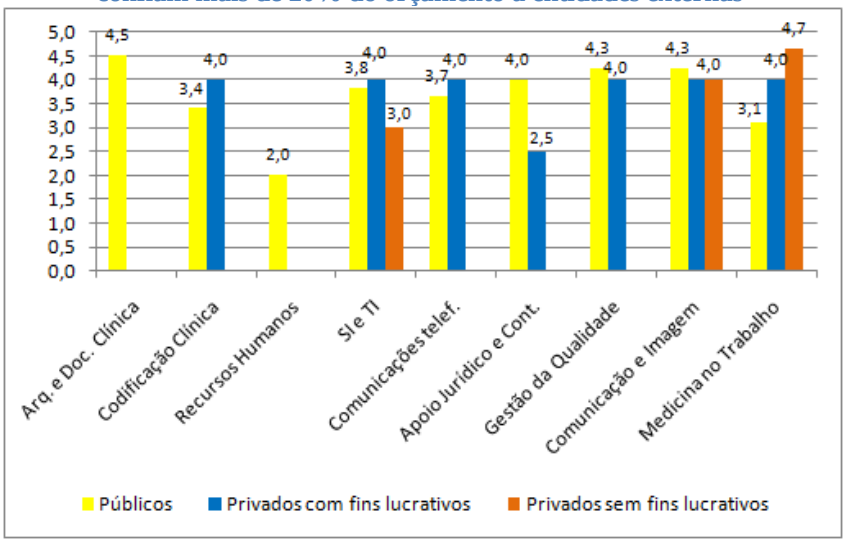


Gráfico 6.14: Serviços de apoio à gestão e logística – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas



Na área dos "Sistemas e Tecnologias de Informação", apesar de a utilização de recursos externos assumir algum significado, são pontuais os casos em que as instituições confiam a totalidade dos sistemas a uma entidade externa (cf. Gráficos 6.1 a 6.3). A

[261] Nas instituições com fins lucrativos, estão em causa apenas duas respostas (uma, em que o nível de satisfação é de 4 e outra, em que é de 1). A única instituição privada sem fins lucrativos, que afirma confiar mais de 20% do orçamento desta actividade a uma empresa externa, não assinala o nível de satisfação.

nível internacional, observam-se diferenças significativas entre os países. Enquanto na Turquia e no Reino Unido[262] há elevados níveis de externalização (superiores a 80%), na Alemanha e nos EUA os níveis de externalização são muito mais reduzidos (Quadro 6.5). Em 2005, apenas 6% dos hospitais norte-americanos efectuavam o *outsourcing* da totalidade das funções de tecnologias de informação (Terry (2007), p. 439).

Contrariamente ao que se verifica noutros países desenvolvidos, é esporádica (ou mesmo inexistente) a utilização de meios externos nas actividades de "Arquivo e Documentação Clínica", "Gestão financeira", "*Call centers*" e "Aprovisionamento".

No domínio do "Arquivo e Documentação Clínica", há apenas duas instituições públicas que efectuam o *outsourcing* desta actividade, uma, confiando ao exterior entre 20 e 80% do orçamento e outra, mais de 80%. A instituição com maior percentagem do orçamento confiada ao exterior assinala estar "muito satisfeita" com esta opção. Ambos são hospitais especializados, prestando cuidados pontuais e não ao longo da vida (como acontece com os hospitais gerais), o que facilitará o *outsourcing* desta actividade (na medida em que os processos não estão continuamente a ser consultados). A nível internacional, há, também, várias experiências neste domínio. A título de exemplo, em Espanha, são numerosos os hospitais que optam por esta alternativa, como solução para os crónicos problemas de falta de espaço (Álvarez (2003); Ribagorda (2003)). Com a informatização e a criação de registos clínicos electrónicos, é natural que a importância deste serviço vá diminuindo com o decorrer do tempo.

No âmbito da "Gestão Financeira", existe apenas uma instituição pública que prevê efectuar o *outsourcing* da actividade de "Cobranças" no prazo de um ano. Noutros países, designadamente nos EUA, esta actividade de cobranças é uma das mais externalizadas nos serviços financeiros (Foxx *et al* (2009)). Algumas empresas de *outsourcing* defendem que podem utilizar as tecnologias de informação, incluindo as que são utilizadas no *telemarketing*, para conseguir o contacto com elevado número de devedores, num curto espaço de tempo, o que lhes permite conseguir recuperar cerca de 15% das dívidas de clientes que se recusam a pagar, apesar de terem condições para o

[262] Segundo Pollock (2004), p. 49, este *outsourcing* crescente, no RU, tem tido efeitos perversos na informação disponível, quer para entidades públicas, quer para analistas independentes. Como as bases de dados estão na posse de empresas subcontratadas, o acesso às mesmas implica o pagamento de comissões muito elevadas, pelo que existe cada vez menos informação fidedigna e exaustiva.

fazer (Morrissey (2003)). As empresas começam por verificar dados como nomes, moradas e telefones e cobram comissões, que oscilam entre 10 e 35% dos montantes recuperados, variando em função do atraso no pagamento da dívida, da localização do hospital e do *mix* demográfico, sendo importante salvaguardar a confidencialidade da informação (Foxx *et al* (2009)).

Na actividade de "*Call-centers* e Informações aos Utentes", nenhuma instituição, independentemente do seu tipo, confia mais de 20% do orçamento da actividade a uma entidade externa[263]. Mais uma vez, esta é uma área onde os hospitais dos EUA recorrem frequentemente a empresas especializadas, de modo a atenderem com eficiência as chamadas recebidas, gerindo a procura e prestando serviços de gestão de doença mais eficazes, através da triagem e encaminhamento das chamadas por médicos e enfermeiros (Piotrowski (2004))[264]. A tecnologia e o *software* desta área têm sofrido desenvolvimentos significativos, obrigando os hospitais a contínuos investimentos.

Ao nível do "Aprovisionamento", é de realçar a experiência do Reino Unido que decidiu efectuar o *outsourcing* das actividades de aquisição e distribuição de bens e materiais necessários ao funcionamento do NHS (incluindo equipamento cirúrgico, bens alimentares e materiais de consumo clínico, como válvulas cardíacas e próteses) junto da empresa DHL. De acordo com informação disponível no site da DHL (DHL Supply Chain (2010)), o contrato celebrado, em 2006, por um período de 10 anos, originou uma poupança, nos 3 primeiros anos, de 170 milhões de USD. O acordo previa um pagamento à empresa em função das poupanças geradas (The Economist Intelligence Unit (2006)). Um contrato com uma estrutura semelhante foi celebrado pelo "Nebraska Medical Center" com a empresa "Cardinal Health". Esta empresa ficou integralmente responsável pelo aprovisionamento do hospital, recebendo 30% das poupanças de custo obtidas (Norwood e Bishop (2008)). As empresas que prestam serviços de aprovisionamento hospitalar podem ter algumas vantagens na melhoria da qualidade dos sistemas de informação sobre produtos e vendedores. A título de exemplo, usam

[263] Todavia, existem duas instituições, do mesmo grupo económico, que, há menos de dois anos, confiam uma pequena percentagem do orçamento da actividade a uma empresa externa, manifestando "indiferença" relativamente a esta opção.

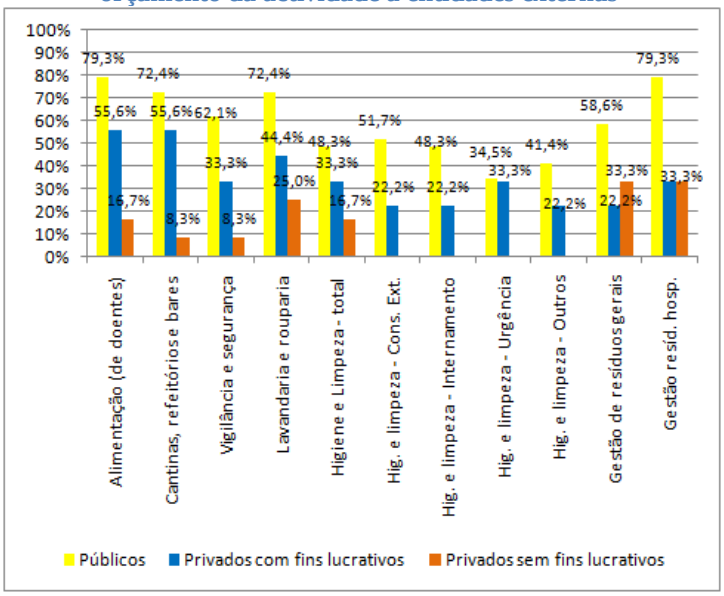
[264] De um modo geral, estas actividades, em Portugal, estão centralizadas, sendo da responsabilidade da Linha Saúde 24 (http://www.saude24.pt/PresentationLayer/ctexto_00.aspx?local=15, acedido em 6 de Outubro de 2010).

bons sistemas de classificação de dispositivos médicos, melhorando a informação disponível sobre os bens armazenados (por exemplo, explicitam se as luvas têm ou não glatex). Tudo isto permite analisar melhor os padrões de despesa do hospital, contribuindo para a diminuição de custos (estudo de Kamani (2004) citado por Rossetti (2008), p. 14). Young (2005a) refere uma situação curiosa num hospital australiano, que decidiu recorrer a uma organização especializada na logística para alterar os processos de trabalho e de gestão. Esta empresa diminuiu significativamente o pessoal do departamento, o que se traduziu em poupanças relevantes. Porém, o hospital não tencionava renovar o contrato, porque entendia que os objectivos de alteração das práticas de trabalho e actualização das competências de gestão tinham sido atingidos[265].

6.5.2.2. Serviços hoteleiros

Tal como era esperado, e à semelhança do que acontece noutros países desenvolvidos (Quadro 6.5), é nas funções hoteleiras que ocorre maior externalização e com intensidade mais elevada (Gráfico 6.15).

Gráfico 6.15: Serviços hoteleiros – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas



[265] À luz da Perspectiva das Competências, o hospital adquiriu as competências que lhe foram transmitidas pela empresa fornecedora, o que tornou desinteressante a manutenção do relacionamento.

A justificação habitual para o *outsourcing* das funções hoteleiras é que elas são semelhantes às realizadas nos hotéis, pelo que, por motivos de eficiência, devem ser confiadas a empresas especializadas. No entanto, há quem saliente que as actividades hospitalares são mais complexas do que se possa pensar, exigindo um trabalho substancialmente diferente do executado nos hotéis (Cohen (2001), p. 6), como se irá discutir.

As actividades de "Gestão de Resíduos Hospitalares" e de "Alimentação" são as mais externalizadas pelas instituições públicas. De acordo com um gestor hospitalar (entrevista 11), as exigências legais, em termos de "Gestão de Resíduos", são de tal modo elevadas que "para a legislação ser devidamente cumprida, a única hipótese é recorrer a uma empresa externa".

A actividade de "Alimentação" é confiada a entidades externas, em mais de 20%, por cerca de 4 em cada 5 instituições públicas. Nas instituições privadas sem fins lucrativos, o *outsourcing* desta actividade assume relevância muito menor (é efectuado apenas por 16,7% das instituições)[266]. Noutros países, a alimentação tem sido, também, um dos serviços mais externalizados, por motivos relacionados com a possibilidade de diminuição dos custos, em simultâneo com a manutenção ou melhoria da qualidade. Um aspecto importante do *outsourcing* da alimentação, sobretudo quando são utilizados os métodos mais modernos de preparação de refeições, poderá ser a libertação de espaços para outras actividades. Griffin (2006) ressalva, todavia, que alguns hospitais concluíram que a existência de funcionários próprios aumenta a sua lealdade, permite maior flexibilidade de horários e dá origem a maior espírito de equipa. Outros optam por manter internamente esta actividade, porque consideram que só assim conseguem oferecer aos doentes internados um serviço personalizado e de excelência[267].

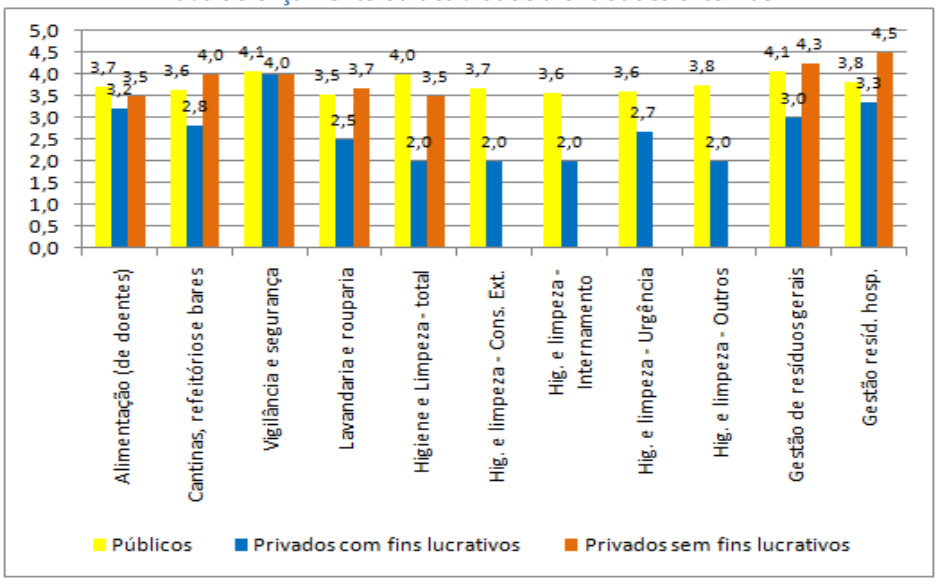
[266] De salientar que uma das instituições sem fins lucrativos que não respondeu ao inquérito (204), esclareceu que era muito pequena e, com excepção da área da alimentação, não tinha tido qualquer outra experiência de *outsourcing*. Acrescentou que, apesar de inicialmente a experiência ter corrido bem, teve de ser abandonada, porque a qualidade contratada das refeições não estava a ser respeitada.

[267] A Clínica Universitária de Navarra, em Espanha, opta claramente pela manutenção interna deste serviço, de modo a assegurar níveis elevados de qualidade e um serviço personalizado (visita realizada nos dias 7 a 9 de Novembro de 2005, organizada pela Associação de Estudos Superiores de Empresa (AESE) – Escola de Direcção e Negócios, enquadrada no Programa de Alta Direcção de Instituições de Saúde). Por exemplo, oferece um bolo e decorações festivas, nos tabuleiros de alimentação, nos dias de aniversário dos doentes

Cerca de duas em cada três instituições públicas portuguesas efectuam o *outsourcing* da "Vigilância e Segurança", contra apenas uma em cada três instituições privadas com fins lucrativos. Quanto às instituições privadas sem fins lucrativos, apenas uma (das 12 instituições que responderam ao inquérito) assumiu confiar mais de 20% do orçamento desta actividade a uma empresa externa. As instituições (independentemente do seu tipo) revelam estar "satisfeitas" com o *outsourcing* desta actividade.

A satisfação dos inquiridos (sobretudo das instituições privadas com finalidades lucrativas) quanto ao *outsourcing* das restantes actividades hoteleiras (Gráfico 6.16) é inferior à manifestada noutros sectores. As instituições privadas revelam insatisfação generalizada com o *outsourcing* das várias actividades de "Limpeza" (embora esteja em causa apenas a resposta por parte de duas instituições integradas no mesmo grupo económico). Quanto às instituições públicas, reconhecem, na maioria dos casos, estar "satisfeitas" com o *outsourcing* destas actividades. Em termos relativos, o nível de satisfação mais baixo está associado à "Lavandaria e Rouparia", havendo, inclusivamente, uma instituição que revela estar muito insatisfeita[268].

Gráfico 6.16: Serviços hoteleiros – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento da actividade a entidades externas



[268] Uma conversa posterior com o responsável do aprovisionamento desta instituição permitiu esclarecer que na origem desta insatisfação havia factores imputáveis ao hospital e à empresa prestadora de serviços. Com efeito, os assistentes operacionais do hospital não estavam a efectuar o devido controlo das reposições de roupa diárias acordadas com a empresa prestadora de serviços. Por outro lado, a qualidade do serviço prestado não era a desejada (a roupa apresentava resíduos, manchas, objectos estranhos, etc.). Possíveis explicações para esta situação são apresentadas no capítulo 8.

Nas actividades de "Higiene e Limpeza", existem receios, sobretudo a nível internacional, de que o *outsourcing* desta actividade possa ter contribuído para o aumento das infecções nosocomiais (i.e., adquiridas em ambiente hospitalar), questão que será aprofundada no capítulo 8, dedicado ao impacte do *outsourcing* nos serviços hoteleiros. Muitas vezes, os trabalhadores estão em contacto directo com os clientes/doentes (ao contrário do que acontece nos hotéis), necessitando, por isso, de formação e experiência específicas sobre saúde. Os riscos a que se sujeitam os profissionais, assim como as exigências, em termos de nível de serviço, são superiores às de actividades similares realizadas em hotéis (Cohen (2001), p.6). E estas diferenças são variáveis consoante as áreas que estão a ser limpas. Daí que não surpreenda a existência de menor nível de externalização no serviço de urgência relativamente à consulta externa (Gráfico 6.15).

Ao nível da "Lavandaria e Rouparia", há empresas como o SUCH (Serviço de Utilização Comum dos Hospitais), que asseguram a gestão integrada de todo o processo de tratamento de roupa hospitalar, desde a recolha de roupa suja[269] à entrega, passando pelo tratamento (em instalações próprias ou do cliente) e pela sua distribuição (nos serviços de rouparia do hospital ou nos próprios serviços utilizadores). Estas empresas promovem a sua actividade, assegurando que utilizam os métodos tecnicamente mais avançados e seleccionam os ciclos de lavagem e as temperaturas especificamente elevadas que garantem as melhores condições assépticas do meio hospitalar[270].

Conclui-se, deste modo, que há diferenças quanto à extensão e à intensidade de utilização de meios externos por parte dos três tipos de instituição. Em várias actividades hoteleiras há utilização mais significativa de meios externos, por parte dos hospitais públicos, e menor utilização, por parte das instituições sem fins lucrativos. Em algumas destas actividades ("Higiene e Limpeza" e "Lavandaria e Rouparia") é revelada alguma insatisfação.

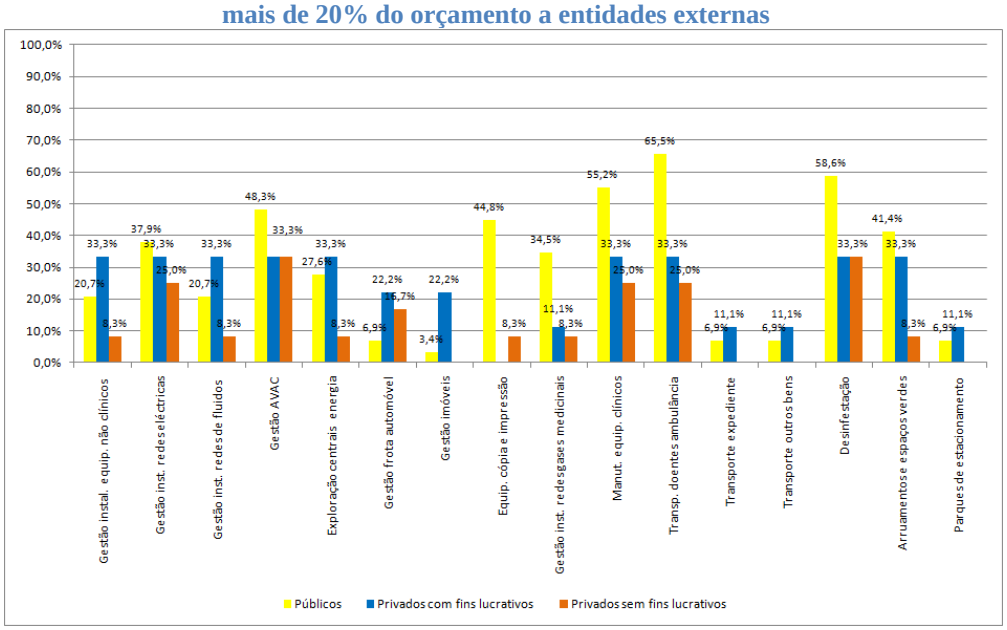
[269] Também aqui os profissionais estão sujeitos a riscos acrescidos, porque contactam directamente com roupa contaminada. Vários tipos de roupa exigem diferentes tratamentos (Cohen (2001), p.12).

[270] Curiosamente, em Espanha, na lavandaria, verifica-se o valor mais baixo de externalização (Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003)), enquanto nos EUA este é o serviço onde se observa maior externalização (Coles e Hesterly (1998b)). A explicação apontada por Puig-Junoy e Pérez-Sust (2003) é que a procura de serviços de lavandaria, por parte de instituições não hospitalares, é muito reduzida, pelo que o fornecimento destes serviços, ao contrário do que acontece com as actividades de limpeza e segurança, exige investimentos importantes em equipamentos específicos.

6.5.2.3. Outros serviços de apoio geral e às instalações

Mais de metade das instituições públicas afirmam recorrer a meios externos para a realização das actividades de "Transporte de Doentes em Ambulância", "Desinfestação" e "Manutenção de Equipamentos Clínicos", como se pode observar no Gráfico 6.17.

Gráfico 6.17: Serviços de apoio geral e às instalações – percentagem de instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas

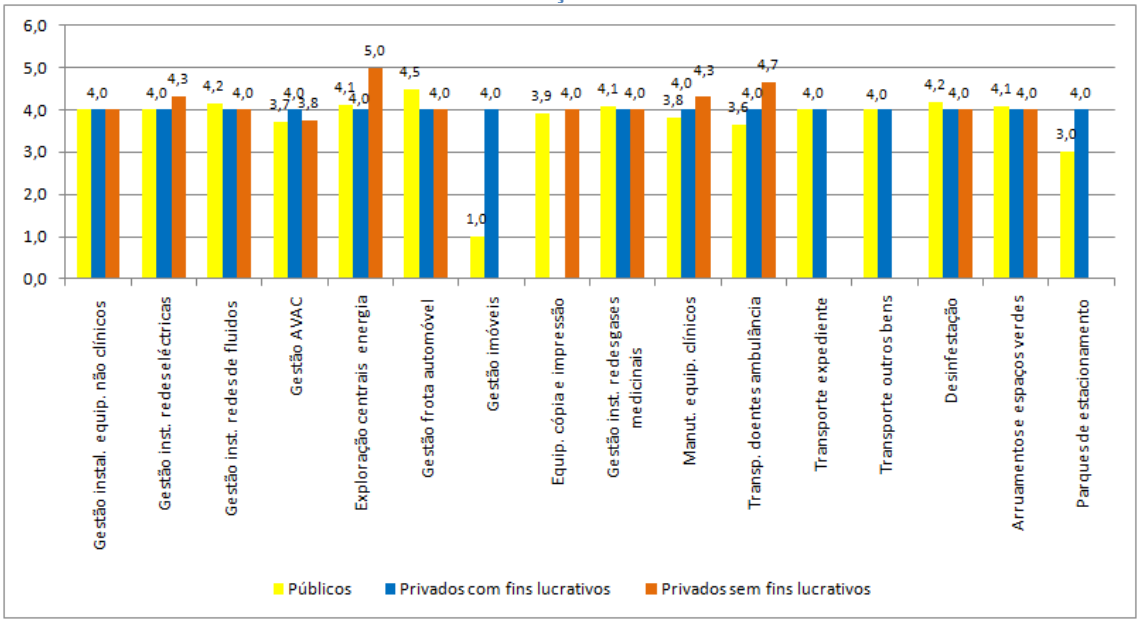


No domínio da "Manutenção de Equipamentos Clínicos", argumenta-se que a grande diversidade de equipamentos clínicos hospitalares dificulta a sua manutenção (Solovy (1996), p.46). Com efeito, dificilmente os empregados de uma instituição hospitalar possuem o conhecimento especializado necessário para saber lidar com os variados tipos de tecnologia. Se as empresas prestadoras destes serviços forem independentes das empresas que vendem os equipamentos, a sua intervenção nos processos de aquisição pode acarretar vantagens, quer auxiliando na avaliação comparativa das propostas, quer sugerindo (mediante a utilização de *softwares* específicos) reafectações de equipamentos entre os serviços, para evitar, deste modo, a própria aquisição dos equipamentos (McKinney (2010)).

Curiosamente, quase metade das instituições públicas efectuam o *outsourcing* da actividade de "Gestão e Manutenção dos Equipamentos de Cópia e Impressão" e revelam-se "satisfeitas" com o *outsourcing* desta actividade (Gráfico 6.18), embora não exista nenhuma instituição privada com fins lucrativos que afirme confiar mais de 20%

do orçamento desta actividade a uma empresa externa[271]. Saliente-se, ainda, que esta opção por parte das instituições públicas é relativamente recente, havendo 6 instituições a reconhecer que esta decisão só foi tomada nos últimos dois anos (cf. Quadro 6.13)[272].

Gráfico 6.18: Serviços de apoio geral e às instalações – grau de satisfação médio das instituições que confiam mais de 20% do orçamento a entidades externas



De um modo geral, as instituições revelam estar "satisfeitas" com o *outsourcing* destas actividades[273]. As excepções ocorrem nas actividades de "Gestão de Imóveis" (onde está em causa a resposta de uma única instituição) e na "Gestão e Manutenção de Parques de Estacionamento". Quanto a esta última, há duas instituições públicas que afirmam confiar a uma entidade externa mais de 80% do orçamento da actividade, mas, enquanto uma revela estar "muito satisfeita", outra responde que está "muito insatisfeita".

Relativamente à "Gestão e Manutenção de Parques de Estacionamento", são conhecidas várias situações problemáticas, quer a nível nacional, quer a nível internacional. Em Portugal, uma delas envolve o contrato celebrado entre o "Hospital de São João" e a

[271] Há um hospital com finalidades lucrativas que reconhece confiar externamente menos de 20% do orçamento da actividade e um outro que não divulgou o intervalo orçamental (Gráfico 6.2).
[272] Embora duas delas confiem uma parcela inferior a 20% e uma delas não responda à questão relacionada com o intervalo orçamental atribuído externamente.
[273] Na actividade "Exploração das Centrais de Transformação de Energia", o nível de satisfação muito elevado das instituições privadas sem fins lucrativos corresponde à resposta isolada de uma instituição que afirma entregar a uma empresa externa mais de 80% do orçamento desta actividade.

empresa "Bragaparques" que abrangia a construção e gestão, durante 20 anos, de um parque de estacionamento, um hotel de 100 quartos e 36 lojas em terrenos da unidade hospitalar. Tanto quanto é do domínio público, em Novembro de 2010, ainda decorria um processo colocado em Tribunal Administrativo, pela empresa Bragaparques, para cobrança de montantes em dívida pelo Hospital de São João. No Quadro 6.18, sintetizam-se os principais acontecimentos associados a este contrato.

Quadro 6.18: Cronologia dos acontecimentos mais relevantes associados ao contrato celebrado entre o Hospital de São João e a empresa Bragaparques

Data	Acontecimento
01/12/1996	Abertura de concurso público internacional para a construção e concessão de exploração de um empreendimento imobiliário nos terrenos do Hospital de São João.
27/01/1997	O consórcio Bragaparques/J. Gomes formaliza candidatura.
03/09/1997	O Hospital de São João e a Bragaparques formalizam um contrato de concessão por 20 anos. A Bragaparques fica obrigada a gerir, conservar e explorar o parqueamento à superfície, a entregar 250 mil euros em equipamento médico-hospitalar, a pagar uma renda mensal de 3750 euros (actualizável anualmente) e a pagar entre 2,5% do rendimento anual bruto do hotel e 8% da facturação do parque subterrâneo e área de serviços.
30/03/1998	Aditamento ao contrato de concessão, transferindo os 250 mil euros de equipamento médico hospitalar para a recuperação do parque de estacionamento à superfície. Este aditamento prevê já o pagamento pelo hospital à Bragaparques de verbas pelo estacionamento à superfície. A Bragaparques passou a fiscalizar entradas e saídas, responsabilizando-se pela segurança. Estas obras e prestações de serviços foram contratadas sem concurso público e sem autorização legal do Ministério da Saúde.
04/07/2002	"Reajuste ao contrato de concessão" com efeitos retroactivos a 01/08/2001. A Bragaparques fica obrigada a realizar trabalhos de reorganização do parqueamento automóvel à superfície nos terrenos do hospital, bem como a executar sistemas de fiscalização, manutenção e vigilância dos parques e a pagar uma apólice de seguro cobrindo as viaturas estacionadas. Em contrapartida, recebia do hospital 15 cêntimos por hora por cada viatura estacionada à superfície, contrariando a gratituidade estabelecida no concurso e no contrato de 1997.
09/01/2003	Administração do São João autoriza pagamento das facturas emitidas pela Bragaparques.
18/03/2003	Nova administração hospitalar suspende pagamento de facturas e pede orientações à tutela.
21/07/2004	Relatório preliminar da Inspecção-Geral da Saúde considera ilícito o reajuste efectuado pela administração do hospital.
04/01/2004	Procuradoria Geral da República considera legal o reajuste.
18/02/2005	Secretário de Estado Adjunto do Ministério da Saúde autoriza "Acordo de Compensação de Créditos e de Regularização da Dívida" que implicava o pagamento de 750 mil euros pelo Hospital de São João à Bragaparques.
05/09/2005	Tribunal de Contas devolve, pela segunda vez, o pedido de visto do contrato de concessão e do "reajuste".
Dezembro de 2006, apenas divulgado a 3 de Maio de 2007	Relatório do Tribunal de Contas considera nulo o contrato de concessão, ilegal o reajuste e danosa a gestão de sucessivas gestões do hospital. O Tribunal argumenta que o contrato deveria ter sido celebrado também pela construtora J. Gomes com quem a Bragaparques concorreu em consórcio. Por outro lado, o reajuste é considerado ilegal, porque não foi precedido de novo concurso e transformou o hospital de credor em devedor da empresa de parques de estacionamento. Considerou-se, ainda, que a Bragaparques construiu o hotel e o centro comercial "Campus S. João" sem a licença de construção da Câmara do Porto, no âmbito de um contrato de cedência, sem que a respectiva entidade gestora (Direcção-Geral do Património) tenha participado no processo. Este relatório de auditoria foi enviado para o Ministério Público, mas foi decidido o arquivamento do processo no que diz respeito a eventuais responsabilidades financeiras dos decisores públicos.

Fonte: Lusa (2007a), Lusa (2007b); Maia (2009).

Nos EUA, Sclar (2000), p. 104-105, relata, também, uma situação mal sucedida de *outsourcing*, nos parques de estacionamento de um centro médico público. O centro em causa possuía um parque próprio e celebrou um contrato com um operador privado ("APCOA") para financiar, construir e operar uma nova garagem pública, assim como gerir os lugares de garagem já existentes. A entidade privada construiu o novo parque de estacionamento, com um custo estimado de 11 milhões de USD. Antes da celebração do contrato, o custo por hora de estacionamento era de 1,10 USD. Com a abertura das novas instalações, em 1994, o custo subiu para 1,75 USD (por hora) e, na Primavera de 1997, o preço já era de 2,20 USD (por hora). Isto sucedeu, porque o contrato tinha dado ao operador privado o direito de fixar as tarifas de estacionamento. Como esclarece Sclar (2000), o problema está directamente relacionado com um conflito de missões entre o agente e o principal. O agente procura fazer o máximo lucro, enquanto o principal encara o estacionamento como um serviço auxiliar para os doentes e respectivas famílias, procurando gerir o seu funcionamento de modo a cobrir os custos. Em inícios de 1999, na sequência de mudanças na liderança política da região, o Centro Médico decidiu readquirir o complexo e só o conseguiu fazer por 14,2 milhões de USD. A propósito da necessidade desta aquisição, o Presidente do Centro afirmou: "*when you are charging so much to park, the person is mad before they even walk in the door*". Este caso ilustra, também, o problema da propriedade e do controlo dos activos específicos. Por outro lado, demonstrou-se que um dos políticos envolvidos na aprovação inicial recebeu uma comissão de consultoria que era em função dos rendimentos brutos do projecto, estimada em 500000 USD. Sclar acrescenta que, por vezes, é difícil estabelecer a linha divisória entre a corrupção e o lucro do negócio.

6.5.3. Conclusão

Há um vasto leque de actividades que são objecto de externalização e quase todos os hospitais portugueses optam pelo *outsourcing*. Nas actividades gerais, os hospitais públicos recorrem mais ao *outsourcing* do que os hospitais privados com fins lucrativos e estes, por seu turno, mais do que os privados sem fins lucrativos[274].

[274] Porém, como se verificou no ponto 6.4.4, em termos de escalão de utilização de recursos externos, as diferenças são estatisticamente significativas apenas nalgumas actividades e entre instituições públicas e instituições privadas sem fins lucrativos.

À semelhança do que acontece na Alemanha, nos EUA, na Itália, no Reino Unido e na Turquia, também em Portugal existe um *outsourcing* de actividades clínicas com alguma expressão e que é mais relevante nas situações que exigem avultados investimentos (tais como alguns exames da Imagiologia e dos Laboratórios). Nestas actividades, ocorre uma situação curiosa. Enquanto na Imagiologia, os hospitais públicos utilizam mais recursos externos do que os hospitais privados[275], na área dos Laboratórios Clínicos acontece o inverso. Todos os hospitais privados com fins lucrativos usam meios externos nas actividades laboratoriais, apesar de a generalidade dos hospitais públicos preferir a internalização[276]. Há, vários casos, sobretudo no domínio dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica em que alguns hospitais optam por, simultaneamente, comprar e fazer.

Contrariamente ao que se verifica noutros países, não existem situações de *outsourcing* na área da "Farmácia" e da "Esterilização". Porém, observa-se utilização acrescida de recursos externos no serviço de "Urgência" e na prestação de actividades de "Anestesiologia", por parte das instituições públicas. Como se discutiu, esta situação poderá representar riscos para as instituições hospitalares, o que explicará o menor nível de satisfação revelado pelos gestores hospitalares nestas áreas. Apesar disso, relativamente ao grau de satisfação com o *outsourcing*, apenas em duas actividades ("Gestão de Imóveis" e "Recursos Humanos"), a média das respostas das instituições hospitalares públicas é inferior a três[277], o que significa que estas organizações avaliam de um modo positivo a sua experiência. Já as instituições privadas com fins lucrativos demonstram alguma insatisfação com o *outsourcing* das actividades de "Apoio Jurídico e Contencioso" (nível de 2,5), nos serviços de "Lavandaria e Rouparia" (nível de 2,5) e nas actividades de "Higiene e Limpeza" (nível de 2).

A nível internacional, apenas no estudo de Yigit *et al* (2007), relativo à Turquia e nas notícias de Solovy (1996), Sunseri (1999) e Towne e Hoppszallern (2003), foi possível encontrar níveis de satisfação discriminados por actividade (Quadro 6.19).

[275] Embora estas diferenças não assumam significado estatístico.
[276] Em várias destas actividades, em termos de escalão de utilização de recursos externos, há diferenças estatisticamente significativas entre os hospitais privados com fins lucrativos e os restantes (Quadro 6.14).
[277] Note-se, porém, que em ambos os casos está em causa a resposta de uma única instituição.

Quadro 6.19: Comparação internacional do nível de satisfação com o *outsourcing*

	EUA (Solovy, 1996) % de inquiridos que afirma estar satisfeita	EUA (Sunseri, 1999) satisfação numa escala de 1 (muito insatisfeito) a 4 (muito satisfeito)	EUA (Towne and Hoppszallern, 2003) satisfação numa escala de 1 (muito insatisfeito) a 4 (muito satisfeito)	Turquia (Yigit *et al*, 2007), % de inquiridos que considera *outsourcing* bem-sucedido
Funções não clínicas				
HOTELEIROS				
Alimentação	80%	3,3	3,2	81.3%
Segurança	74%	3	3	80.6%
Lavandaria	72%	3,1	3,1	
Limpeza	67%	2,8	3,3	83.1%
Resíduos Gerais	84%	3,4	3,6	
Resíduos Hospitalares			3,5	
APOIO GERAL E ÀS INSTALAÇÕES				
Manutenção (de Instalações)	80%	3,5	3	60.3%
Gestão de Construções			3,2	
Manutenção de Equipamentos Gerais	86%	3,3	3,3	
Electricidade/Gestão de Energia	82%	3,1	3,8	
Manutenção de Equipamentos/Instrumentos Médicos	84%	3,4	3,3	
Engenharia Clínica/Biomédica	88%	3,2	3,6	
Transporte de Doentes	74%	3,1	3	88.9%
Transporte de Pessoal				66.7%
Desinfestação	80%	3,2	3,3	
Parques e Jardins	77%	3,3	3,3	
Gestão dos Parques	33%	3,4		
APOIO À GESTÃO E LOGÍSTICA				
Registos Clínicos	100%	1	3	
Transcrições	74%	3	3,3	
Recrutamento de Recursos Humanos		3	2	
Aprovisionamento	100%	3,4		
Distribuição	33%			
Gestão de Activos Imobiliários		3,3	3	
Serviços de Contabilidade				71.4%
Serviços Financeiros e de Investimento	100%		3,4	85.7%
Cobranças	62%	3	3	
Gestão das dívidas a receber	75%	2,7	3	
Sistemas de Informação (Departamento de TI)	90%		3,3	53.7%
Jurídicos				
Funções clínicas				
Laboratórios	90%	2,9	3,6	82.4%
IMAGIOLOGIA				
Radiologia	75%	3,8	3,5	
Diagnósticos Cardiopulmonares	86%	3,1	3	
Tomografias Computorizadas				81.3%
Ressonâncias Magnéticas			3,4	82.9%
Medicina Nuclear	94%	3,4	3,2	
Gestão e Arquivo de Imagens			3,3	
MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO				
Unidades de Reabilitação	70%		3,6	
Terapia Física	86%	3,5	3,7	
Terapia/Medicina Ocupacional	84%	3,5	3,3	
Terapia da Fala	79%	3,3	3,4	
Terapia Respiratória	94%	3,6	3,5	
OUTROS				
Diálise	87%	3,2	3,4	
Electroencefalogramas	88%	3,2	3,1	
Anestesiologia	84%	3,3	3,3	
Emergência	83%	3,2	3,3	
Farmácia	97%	3	3	
Serviços Psiquiátricos	ambulatório (59%); internamentos (68%)	3,1	3,1	
Cuidados Neonatais	87%	3,3	3,4	

Nota: nas notícias de Solovy (1996), Sunseri (1999) e Towne e Hoppszallern (2003), a escala tem um intervalo de 1 ("Muito insatisfeito") a 4 ("Muito satisfeito").

Curiosamente, há algumas coincidências entre as actividades em que os hospitais portugueses e americanos revelam alguma insatisfação, designadamente, nas actividades de "Higiene e Limpeza", "Recursos Humanos" e "Gestão dos Parques de

Estacionamento". Em estudos realizados noutros países, formulou-se apenas uma questão genérica quanto ao grau de satisfação com o *outsourcing* de actividades hospitalares. Moschuris e Kondylis (2006) concluíram que cerca de 58,2% dos hospitais públicos gregos inquiridos estavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o recurso ao *outsourcing* (e, inclusivamente, cerca de 81,4% previam aumento moderado ou substancial do *outsourcing*, num futuro próximo). Em Itália, Macinati (2008) concluiu que 43% dos inquiridos estavam satisfeitos, embora os resultados não igualassem as expectativas; 44% manifestaram indiferença e 13% revelaram estar insatisfeitos. Verifica-se, assim, que, de um modo geral, também os hospitais de outros países reconhecem estar satisfeitos com esta opção.

6.6. Motivação para a realização do *outsourcing*

Na segunda parte do questionário, pedia-se aos inquiridos para assinalarem o seu grau de acordo ou desacordo quanto a uma série de potenciais benefícios esperados com o recurso ao *outsourcing*. Foi efectuada uma distinção entre os "serviços de suporte à prestação de cuidados e de prestação de cuidados" (designados, de um modo genérico e simplificado, por "Serviços Clínicos") e os "serviços administrativos, logísticos e de apoio geral" (designados por "Serviços Gerais"). Como se pretendia fazer o confronto entre a motivação nos serviços gerais e clínicos, e se queria evitar que o inquérito fosse demasiado extenso, só foram elaboradas questões relativamente aos tópicos identificados como mais importantes, à luz da revisão da literatura e da evidência empírica internacional.

6.6.1. A nível internacional

A ideia generalizada de que as empresas recorrem ao *outsourcing* apenas para conseguirem diminuir os custos pode ser demasiado simplista e não traduzir a complexidade de factores eventualmente associados a uma decisão deste tipo. Como é visível no Quadro 6.20, os motivos que conduzem às decisões de *outsourcing* hospitalar podem organizar-se em quatro grandes grupos: "económico-financeiros", "estratégicos", "institucionais e políticos" e "outros".

Quadro 6.20: Comparação internacional da motivação para realizar *outsourcing*

PAÍS	EUA				Grécia	Itália			Turquia	
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	Norwood e Bishop, 2008	Hill, Bartruin, Guy, 2006	Sunseri, 1999		Moschuris e Kondylis, 2006	Macinatti, 2008			Yigit *et al*, 2007	Mollahaliloglu, 2009
TIPO DE SERVIÇOS	Clínicos	Clínicos	Clínicos	Gerais		Auxiliares	Diagnóstico	Clínicos essenciais	Todos	
TIPO DE HOSPITAIS	86% públicos				Públicos	Públicos			Todos	Públicos
					% que considera substancialmente ou muito importante	Mediana; média e desvio-padrão			Média; desvio-padrão	
ECONÓMICO-FINANCEIROS										
Poupança de custos / Eficiência	25,0%	23,0%	45,9%	33,1%	53,5%	4;4;0,9	3;3,2;1,1	3;3,4;1,3	78,8%	4,07; 0,87
Controlo / Contenção de custos						3;3;1,1	3;3,3;1,4	3;3,1;1,5		4,03; 0,65
Acesso a capital/Evitar custos de equipamentos	5,0%	8,0%	13,8%	15,5%	23,3%				37,5%	4,12; 0,65
ESTRATÉGICOS (COMPETÊNCIAS)										
Concentração nas competências nucleares			24,5%	19,7%	23,3%	4;3,6;1,1	3;3,2;1,4	3;3;1,5	18,8%	4,11; 0,79
Aumentar a flexibilidade					41,9%	4;4;0,9	4;3,8;1,2	3;3,4;1,5	68,8%	3,54; 1,05
Expertise do vendedor	66,0%	55,0%	63,3%	33,1%						
Postos de trabalho difíceis de preencher			35,2%	13,4%						3,64; 1,16
Facilitar a reestruturação / reengenharia									28,8%	3,71; 0,91
Aplicar novas estratégias de gestão										3,92; 0,69
Aumentar a qualidade			18,4%	10,6%		3;3;1	3;2,9;1,2	3;3,2;1,2	65%	4,26; 0,59
Aumentar a satisfação dos doentes										4,33; 0,58
Inovação / Criar uma nova linha de serviços	12,0%	21,0%	14,3%	1,4%		3;3;1,3	2;2,7;1,6	3;2,9;1,6		
Beneficiar de desenvolvimentos tecnológicos									18,8%	4,15; 0,71
Melhoria dos rendimentos / lucros	12,0%	18,0%							11,3%	
Melhorar o prestígio e a imagem da organização										4,25; 0,63
Melhorar as vantagens competitivas do hospital										4,1; 0,72
Apoio ao crescimento do hospital										3,92; 0,77
Solucionar faltas de pessoal					37,2%					4,2; 0,75
Prestar cuidados de modo continuado			11,2%	0,7%						4,19; 0,56
Partilha de competências						3;2;1,2	2;2,1;1,2	2;2,4;1,3		
POLÍTICOS E INSTITUCIONAIS										
Diminuir o nº trabalhadores a tempo integral			12,2%	19,0%						2,46; 1,35
Redução das pressões institucionais (relacionadas com a proibição de contratação de funcionários)						4;3,7;1,1	4;4,2;1	5;4;1		
Pedido dos Médicos	20,0%	17,0%								
Estar entre hospitais bem sucedidos									15,0%	
Proteger de influências políticas corruptas										3,27; 1,49
Reduzir o risco/aumentar a responsabilização			8,7%	2,8%						3,81; 0,99
OUTROS										
Outros	14,0%	13,0%	3,1%	1,4%						

Algumas motivações estão relacionadas com a expectativa de obtenção de certos benefícios (o que era analisado nesta parte do questionário), mas há outros factores, "políticos" ou "institucionais", que podem influenciar decisões deste tipo (e que serão discutidos no ponto 6.9).

Relativamente aos motivos económico-financeiros, assumem particular relevância a redução e o controlo de custos e o evitar/adiar investimentos avultados ou obter fundos através da venda de equipamentos.

Reduzir ou controlar custos. A redução de custos constitui o principal benefício que, regra geral, é invocado para a realização do *outsourcing.* São vários os factores normalmente apresentados como contribuindo para esta redução, entre os quais se destacam a existência de economias de escala e de gama e a sensibilização dos utilizadores para os custos dos serviços.

Com efeito, nos casos em que a dimensão mínima eficiente para a actividade em consideração é superior à dimensão do hospital, a conjunção da actividade de várias organizações pode permitir beneficiar de economias de escala. É o que acontece com os serviços de telerradiologia (como se irá discutir no capítulo 7). Há, ainda, outras actividades hospitalares onde se admite a existência de economias de gama, como, por exemplo, a alimentação, limpeza, manutenção e lavandaria. A distribuição das refeições pode ser efectuada pelos mesmos funcionários que realizam a limpeza (Milne (1993)) ou mudam uma lâmpada. Daí que se tenham tornado habituais os contratos multi-serviços[278].

Uma questão importante é a sensibilização para os custos dos serviços solicitados a terceiros (outros departamentos ou empresas). Quando as actividades são realizadas no interior da empresa e não existe imputação de custos aos serviços utilizadores, prevalece a ideia de "moedas de madeira"[279]. Esta questão é de particular relevância no domínio

[278] Esta questão será desenvolvida no capítulo 8.
[279] Esta expressão, utilizada por Khosrowpour *et al* (1995), p. 249, pretende traduzir uma situação em que as diferentes áreas da empresa não têm noção dos custos associados aos serviços que lhes são prestados por outros departamentos internos. Esta ideia é, também, apresentada por Huber (1993), pp. 122-123: "*it's just an internal cost, not real dollars.*"

dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. A partir do momento em que os prescritores tomam conhecimento dos custos dos exames (e actos) realizados externamente tornam-se mais "sensíveis" para os valores em causa, existindo alguma evidência de que o conhecimento dos custos faz diminuir a prescrição[280].

Outra situação em que o *outsourcing* contribui para controlar custos é quando ajuda a "esconder" áreas em que determinados profissionais auferem salários mais elevados. Esta motivação é frequentemente referida na área dos sistemas de informação. O pagamento de salários mais elevados a determinado grupo específico de profissionais pode não ser permitido pela legislação (no caso dos hospitais SPA) ou pode provocar distorções na estrutura salarial e pressões difíceis de sustentar sobre as restantes áreas funcionais. A opção pelo *outsourcing*, em certa medida, "oculta" esta situação e impede que a mesma se generalize.

Finalmente, a redução de custos pode ser atingida através dos incentivos dos profissionais das empresas prestadoras de serviços para aumentar a produtividade e do seu conhecimento quanto à melhor forma de o fazer. Como reconhece Porter (1996), dificilmente as organizações conseguem realizar todas as actividades de modo tão produtivo como as empresas especializadas. De forma análoga, Drucker (1993), pp. 84-85, defendia que, em todos aqueles serviços em que os trabalhadores não têm a possibilidade de ascender à gestão de topo, há margem para aumentos da produtividade. O argumento de Drucker era que nenhum membro do Conselho de Administração se interessa ou preocupa com actividades desse tipo, ou detém conhecimento relevante acerca das mesmas, independentemente dos custos envolvidos. O exemplo apresentado é, precisamente, o dos hospitais, onde a preocupação central dos médicos e dos enfermeiros é cuidar dos doentes. Assim sendo, não é concedida muita atenção ao trabalho de manutenção, administrativo e de apoio. A maior parte dos profissionais que iniciaram a sua carreira a limpar superfícies ou a fazer camas, quinze anos mais tarde, muito provavelmente, continuará a realizar tais actividades. Todavia, prossegue

[280] Há um artigo de Hampers *et al* (1999), que constitui um exemplo de um estudo onde se conclui que o conhecimento dos custos dos exames, por parte dos médicos, altera o seu comportamento de prescrição e onde se faz referência a outros estudos com conclusões semelhantes. Todavia, Solomon *et al* (1998) citam vários trabalhos em que se demonstra que nem sempre o conhecimento dos custos dos exames altera o comportamento de prescrição.

Drucker, a vice-presidente do departamento hospitalar da maior empresa americana prestadora de serviços de limpeza era uma imigrante mexicana que, 14 anos antes, era praticamente analfabeta. Teve a oportunidade de progredir profissionalmente, porque o hospital, onde trabalhava, efectuou o *outsourcing* da actividade de limpeza. No sector hospitalar, a referida empresa conseguiu triplicar a produtividade, num espaço de 15 anos. A empresa fornecedora tem um interesse financeiro na melhoria da produtividade, estando, assim, disposta a investir avultadamente em novos métodos de trabalho, ao contrário de um hospital.

Evitar investimentos avultados ou obter fundos através da venda de equipamento. Aplica-se, sobretudo, em áreas de capital intensivo, como a Imagiologia ou os Laboratórios, onde a modernização tecnológica tem sido frequente. Nalguns casos, há significativos investimentos por parte do sector privado (por exemplo, Young (2005a)). Noutros casos, há transferências (de equipamentos e de outro imobilizado) efectuadas, regra geral, pelo valor contabilístico (que pode ser superior ao valor de mercado[281]). Este recebimento é deveras aliciante para empresas com endividamento elevado e contribui para a "cosmética" (*dressing-up*) das contas e, consequentemente, dos indicadores financeiros.

Apesar da importância dos benefícios económico-financeiros, na generalidade dos estudos realizados no sector hospitalar, conclui-se que a redução de custos é apenas um dos motivos que conduz ao *outsourcing* (Quadro 6.20). Principalmente nos serviços clínicos, é possível concluir que a maioria dos gestores considera essas causas secundárias, face a outras motivações, como a concentração nas competências nucleares ou o acesso a determinadas competências. De certo modo, estas ideias baseiam-se, em grande medida, na Teoria Baseada nos Recursos (cf. ponto 3.4).

Concentração nas competências nucleares (core competences). Uma das ideias que tem prevalecido, nas duas últimas décadas, é que as organizações se devem concentrar nas competências nucleares, realizando o melhor possível as actividades que lhes estão

[281] Nestes casos, a diferença entre o valor contabilístico e o valor de mercado representa um empréstimo do vendedor ao cliente cujo reembolso está incluído no preço dos serviços, durante a vida do contrato.

associadas. Ao efectuarem o *outsourcing* das actividades periféricas, podem focar os seus recursos limitados nas áreas onde possuem vantagens competitivas.

"Postos de trabalho difíceis de preencher" e "Aceder a conhecimento e competências". A dificuldade em aceder a competências escassas que, às vezes, nem sequer são necessárias a tempo inteiro, é um dos factores que conduz ao *outsourcing*. Isto acontece em determinadas áreas de actividade (onde há carência de especialistas ou que envolvem conhecimento específico[282]), ou em certos locais (hospitais situados em zonas rurais ou do interior). Se, por exemplo, um hospital está localizado numa região onde existe um sector de tecnologias de informação bastante desenvolvido e que absorve todo o talento existente nesta área, o *outsourcing* desta actividade poderá acarretar vantagens (Ciotti e Pagnotta (2005)). É natural que as empresas externas tenham maior capacidade para atrair bons profissionais, porque lhes podem oferecer melhores oportunidades de progressão na carreira e desafios profissionais mais aliciantes.

Aceder a tecnologias de ponta e facilitar a inovação. Argumenta-se que as empresas especializadas têm maior capacidade para detectar e avaliar a relevância de novas tecnologias para o sector do cliente (McLellan (1993), p. 81) e dispõem de mais recursos para dedicar ao desenvolvimento de produtos, de uma base muito mais ampla por onde repartir os custos e de grande variedade de contactos no mercado – os clientes – susceptível de estimular a inovação.

Melhorar a qualidade do serviço. Para esta melhoria contribuirão alguns dos factores já referidos. Por exemplo, no caso da Imagiologia, o *outsourcing* pode permitir aceder a médicos com sub-especializações e, consequentemente, a prestação de um serviço de qualidade superior (esta questão será aprofundada no próximo capítulo). Como salientam Coles e Hesterly (1998b), nos hospitais privados (sobretudo nos que têm finalidade lucrativa), a sua reputação de prestação de serviços de elevada qualidade é crítica para o seu desempenho competitivo, pelo que este factor pode desempenhar um papel importante nas decisões de *outsourcing* hospitalar.

[282] Por exemplo, nos EUA, é habitual a contratação de empresas externas para "tratamento de feridas" (*wound care*), não apenas porque se pretende evitar investimentos avultados com a aquisição de câmaras hiperbáricas, mas, também, porque poucos profissionais hospitalares têm experiência significativa nesta área (Hill *et al* (2006)).

Aumentar a flexibilidade. Os mecanismos de mercado permitem aumentar a velocidade de ajustamento das empresas a diferentes condições da procura e da oferta (Domberger (1998), p.49). Por exemplo, num dos casos estudados por Young (2005a), o *outsourcing* da prestação de serviços dentários possibilitou o aumento da flexibilidade, porque o serviço tinha procura reduzida e variável. Outro exemplo foi referido na revisão da Teoria das Opções Reais: a contratação no mercado, mesmo que envolva custos marginais de produção mais elevados, no curto prazo, oferece à empresa a flexibilidade para utilizar tecnologias alternativas, no futuro.

Facilitar a reestruturação organizacional. Nalgumas situações, o *outsourcing* é o catalisador que permite ultrapassar as barreiras muito fortes impeditivas da reengenharia e da reestruturação da organização, tais como, a sua cultura, a resistência à mudança e a burocracia (McLellan *et al* (1995), p. 313). Os gestores podem acreditar que o *outsourcing* de tarefas ou actividades realizadas habitualmente por pessoas resistentes à mudança irá facilitar a alteração da cultura nos colaboradores que permanecem na empresa (Young e MacNeil (2000)). A título de exemplo, Young (2005a) alude a várias situações na Imagiologia em que o *outsourcing* desempenhou um papel importante na resolução das relações conflituosas existentes entre os gestores, os radiologistas e os técnicos. Nalguns desses casos, a mera ameaça de *outsourcing* induziu a alteração de comportamentos por parte dos gestores intermédios ou conduziu à sua saída da organização (por sentirem diminuída a sua base de poder). De certo modo, este motivo é também "político", como se discute em seguida, estando relacionado com o desejo de alterar a estrutura de poder existente na organização.

O terceiro grupo de motivos está relacionado com questões "políticas" ("Perspectiva Política das Organizações") e "institucionais" ("Teoria Institucional"). À luz destas teorias, apresentadas nos pontos 5 e 6 do capítulo 3, os objectivos subjacentes à opção pelo *outsourcing* podem não ter qualquer fundamento económico ou estratégico.

Alteração das relações de poder. Lacity e Hirschheim (1993 e 1995) explicitam que a dimensão política do *outsourcing* envolve o comportamento dos vários intervenientes que tomam parte no processo de tomada de decisão, procurando promover interesses próprios. Assim, a opção pelo *outsourcing* pode estar associada à falta de poder da área

a externalizar (manifestada, por exemplo, através da percepção que a administração tem sobre essa área), ou ao desejo de enfraquecer os sindicatos, aumentando o poder dos gestores sobre os trabalhadores (Young (2005a)). É ilustrativo o caso de *outsourcing* da patologia de um hospital australiano, em que uma das motivações fundamentais foi "ultrapassar" um sindicato forte, que exigia melhorias salariais e resistia a aumentos na flexibilidade (Young (2005a)).

"Reduzir/não aumentar o número de funcionários" e "outras pressões institucionais". No Reino Unido, a partir de meados dos anos 80, os hospitais foram obrigados a realizar concursos nas áreas da alimentação, limpeza e lavandaria, sendo, também, incentivados a efectuar consultas ao mercado nos sectores da patologia e noutros serviços técnicos (Bach (2000)). De modo semelhante, na Alemanha, o programa "Menos Estado" encorajou o *outsourcing* (Atun (2008)). Se, por motivos ideológicos, os governos (que financiam as instituições) são favoráveis ao *outsourcing*, os gestores dos hospitais podem tomar decisões nesse sentido, procurando obter "poder" (Macinati (2008)). Noutros casos, como em Itália (Macinati (2008)) ou no Reino Unido (Milne (1997)), pretende-se contornar o impedimento legal à admissão de funcionários públicos.

"Efeito de imitação ou seguidismo". A divulgação de casos de *outsourcing* bem-sucedidos pode originar processos de imitação por parte de outras instituições que procuram beneficiar de idênticas reduções de custos[283].

6.6.2. Em Portugal

A importância atribuída pelas instituições portuguesas a estes diversos factores está sintetizada nos gráficos seguintes. De um modo geral, os inquiridos estão de acordo com todos os factores apontados como potenciais benefícios esperados com o *outsourcing*, com excepção dos motivos "postos de trabalho difíceis de preencher" e "redução de custos".

[283] Por vezes, mesmo quando os custos internos parecem ser bastante inferiores, as empresas optam pelo *outsourcing*, como se verificou num caso analisado por Lacity e Hirschheim (1993) em que um dos entrevistados explicou (p.142): "*A lot of people are doing it because it is fashionable. They read about it in the magazines and they don't even trust their own analysis. You know, they say even if the internal is cheaper, like ours did, they don't trust it. They say, 'now wait a minute – all the article said people are saving money, we must be doing something wrong'.*"

Gráfico 6.19: Serviços gerais - benefícios esperados (valores médios)

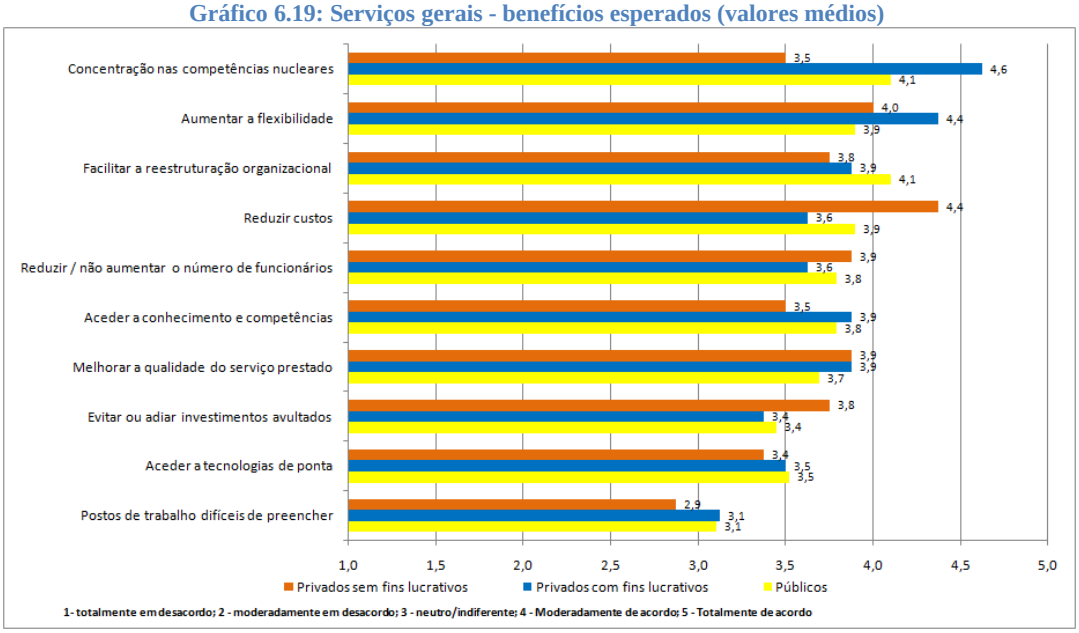
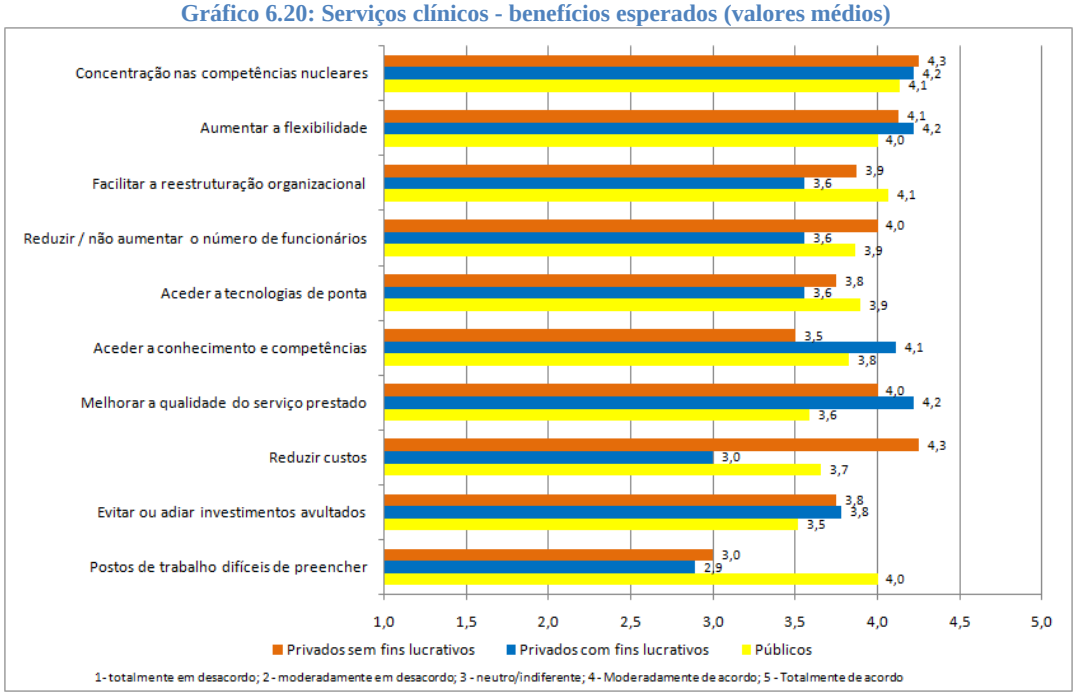


Gráfico 6.20: Serviços clínicos - benefícios esperados (valores médios)



O factor "postos de trabalho difíceis de preencher" só merece o acordo da maioria dos inquiridos nas instituições públicas e apenas no que diz respeito ao *outsourcing* das actividades clínicas[284]. Em Portugal, esta situação resulta da já referida escassez de profissionais de saúde, em particular médicos, nalgumas especialidades

[284] Cf. gráfico IV.4, apresentado no Anexo IV.

(cf. ponto 6.5.1.3.2 e ponto 6.5.1.3.3) e da menor facilidade de negociação de que dispõem os hospitais públicos (designadamente, os que são SPA). Quanto ao factor "redução de custos", embora todas as instituições privadas sem fins lucrativos estejam de acordo (total ou moderado) quanto à sua importância[285], as organizações com fins lucrativos mostram-se mais divididas. Nos serviços clínicos, as instituições com fins lucrativos não esperam "reduzir custos", mas, antes, "melhorar a qualidade dos serviços prestados", "aumentar a flexibilidade" e "concentrar-se nas competências nucleares".

Foram efectuados testes estatísticos para validar se o nível de acordo ou desacordo, relativamente a cada motivação, era diferente, consoante o tipo de instituições em causa (públicas e privadas com ou sem fins lucrativos), ou consoante o tipo de serviços em questão (gerais ou clínicos).

Em relação à primeira possibilidade, para cada motivação, em cada tipo de serviços, foi efectuado um teste de Kruskal-Wallis. Apenas na motivação "postos de trabalho difíceis de preencher", nas actividades clínicas, se rejeitou a hipótese de as funções de distribuição serem idênticas para os três tipos de instituição (χ^2=9.872; p=0.0072). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens[286], concluiu-se que havia diferenças estatisticamente significativas entre as instituições públicas e as instituições privadas com fins lucrativos (p=0.015).

Quanto à possibilidade de, para cada tipo de instituição, as respostas dadas (em termos dos níveis de acordo ou desacordo), para cada motivação possível, serem idênticas nos serviços gerais e nos serviços clínicos, essa hipótese foi avaliada através de um teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*). Para os hospitais públicos, relativamente às motivações "aceder a tecnologias de ponta" e "postos de trabalho difíceis de preencher", observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas pontuações atribuídas aos serviços gerais e clínicos, para um nível α de 5% (z=2.263 e prob>|z|=0.0236 e z=3.057 e prob>|z|=0.0022, respectivamente). A diferente importância do "acesso a tecnologias de ponta" nos serviços gerais em relação

[285] Cf. gráficos IV.3 e IV.6, apresentados no Anexo IV.
[286] Com excepção da comparação múltipla das médias das ordens, realizada no *software* PASW, todos os restantes testes estatísticos mencionados (neste capítulo) foram efectuados no *software* STATA.

aos serviços clínicos não surpreende, dado que, neste último tipo de serviços, as transformações tecnológicas têm sido mais profundas e frequentes (por exemplo, no domínio da Imagiologia) do que nos primeiros, onde as tecnologias são mais estáveis (por exemplo, na limpeza).

Um dos motivos principais subjacente ao *outsourcing* das várias actividades (com excepção dos serviços gerais, nas instituições privadas sem fins lucrativos) é a "concentração nas competências nucleares"[287].

Em suma, é possível concluir que, sobretudo nos serviços clínicos, a generalidade dos gestores (exceptuando os das instituições sem fins lucrativos) considera a "redução de custos" um benefício secundário face a outras motivações estratégicas, como a "concentração nas competências nucleares" ou o "acesso a competências" e o "aumento da flexibilidade". Esta conclusão é semelhante à obtida noutros estudos internacionais[288]. Com efeito, nos EUA e na Itália, o acesso a conhecimento e competências aparece, sistematicamente, como um motivo mais importante do que a redução de custos, em particular nos serviços clínicos (Quadro 6.20)[289]. Reforçando esta ideia, em Itália, Macinati (2008) concluiu que, no caso dos serviços auxiliares, o factor mais importante na selecção dos fornecedores era o preço, mas, nos serviços clínicos, o critério mais importante era a qualidade.

[287] Um facto curioso é que as instituições privadas sem fins lucrativos consideram este benefício mais relevante na externalização das actividades de natureza clínica do que nas actividades gerais (embora esta diferença não tenha significado estatístico: $z=1.215$ e $prob>|z|=0.2245$). Uma potencial explicação é que estas instituições podem considerar outras actividades (designadamente, de apoio social) como as suas verdadeiras actividades nucleares, ao contrário da realização de exames de diagnóstico, por exemplo.

[288] E, também, em algumas notícias de imprensa. Segundo Kirchheimer (2005), alguns hospitais americanos referem que a motivação para a realização de *outsourcing* não é a redução de custos, mas sim a melhoria da qualidade, a satisfação dos doentes e a eficiência. Inclusivamente, o vice-presidente da "Sodexho Health Care Services" afirma que as empresas prestadoras estão a ser pressionadas a aceitarem penalizações e recompensas contratuais relacionadas com a satisfação dos doentes e colaboradores.

[289] Os resultados na Alemanha contrariam, de certo modo, estas conclusões e a maioria dos hospitais referiu que a motivação principal para o *outsourcing* era a redução de custos (Augurzky e Scheuer (2007)). Algumas instituições afirmaram que não queriam prejudicar a qualidade, mas apenas uma minoria respondeu que queria aumentar a qualidade, sem mencionar a redução de custos.

6.7. Motivação para a não realização do *outsourcing*

As instituições hospitalares foram, ainda, inquiridas quanto ao seu nível de acordo ou desacordo, relativamente a certas afirmações apresentadas como possíveis explicações para a não realização do *outsourcing* em determinadas áreas. Os hospitais podem recear consequências negativas (como *"aumento de custos"* ou *"diminuição da qualidade"*) ou podem não existir empresas no mercado a prestar certos serviços. A título de exemplo, o aparecimento, nos últimos anos, de várias empresas prestadoras de serviços de Imagiologia, nos EUA, fez aumentar o número de instituições que equacionaram essa hipótese (Hill *et al* (2006)).

A existência de *"pequeno número de vendedores"* pode ocasionar a *"dependência relativamente à empresa prestadora de serviços"*. Em contrapartida, a existência de elevado número de fornecedores (actuais ou potenciais) diminui a possibilidade de um comportamento oportunista e aumenta os benefícios do recurso ao mercado face à produção interna. Estas possíveis justificações têm sido apresentadas nalguns estudos internacionais (Quadro 6.21).

Quadro 6.21: Comparação internacional da motivação para não realizar *outsourcing*

	EUA (Sunseri, 1999)		Turquia (Yigit *et al*, 2007)
	Serviços gerais	Serviços clínicos	Primeira prioridade
Mais barato se for realizado internamente	36,8%	28,8%	13,8%
Os departamentos podem ser bem geridos internamente	46,3%	61,5%	
Dispor de colaboradores em número suficiente			85,0%
Inexistência de vendedores / profissionais suficientes	1,1%	0,0%	13,8%
Risco potencial muito elevado (de dependência e outros)	1,1%	0,6%	72,5%
Perda de controlo sobre a função	12,6%	9,0%	
Motivos legais			15,0%
Outros	2,10%	0,0%	

Em Portugal, de um modo geral, e como se pode observar nos gráficos seguintes, as instituições privadas sem fins lucrativos e as instituições públicas não estão de acordo com os vários factores que lhes foram apresentados como potenciais explicações, com excepção do motivo "evitar a dependência de uma empresa prestadora de serviços". [290] Curiosamente, porém, para as instituições privadas com fins lucrativos, que estão de

[290] Como explicita o actual Director do Aprovisionamento do IPO do Porto, Rui Mota, "A decisão de subcontratar é muito crítica porque têm de ser avaliados todos os riscos dessa subcontratação e se a qualidade de serviço não vai ser posta em causa. São decisões que devem ser muito bem pensadas, sob pena de mais tarde estarmos na mão de um operador, que não está a dar resposta, eventualmente não existem alternativas, e como perdemos valências torna-se impossível voltarmos a prestar internamente esses serviços" (Anónimo (2004), p. 46).

acordo com as restantes motivações, este é o factor que apresenta maior percentagem de instituições que dele discordam totalmente (cf. Gráfico IV.8 e IV.11, no Anexo IV).

Gráfico 6.21: Serviços gerais – motivação para não efectuar (valores médios)

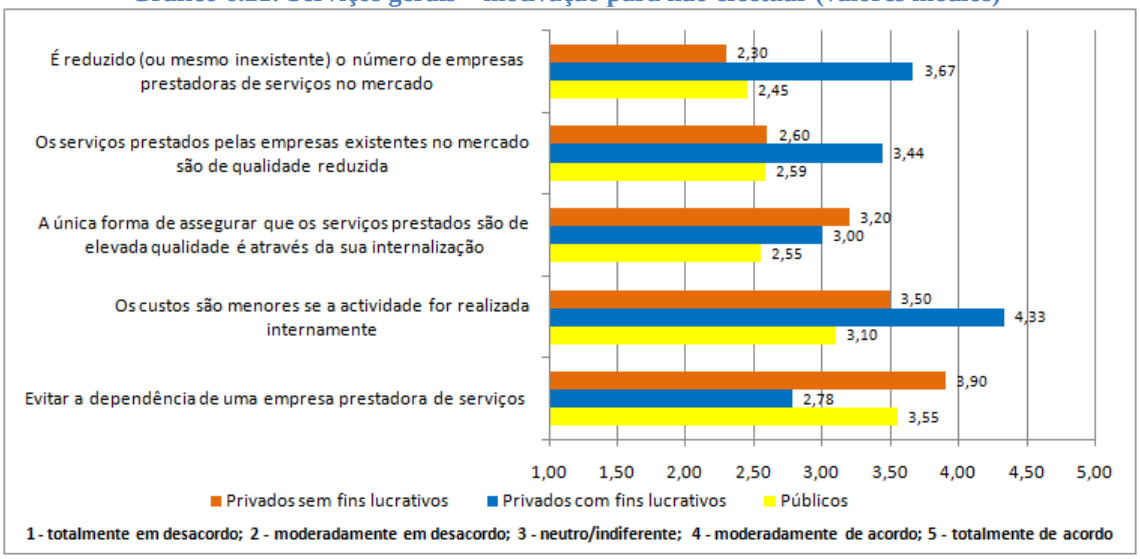
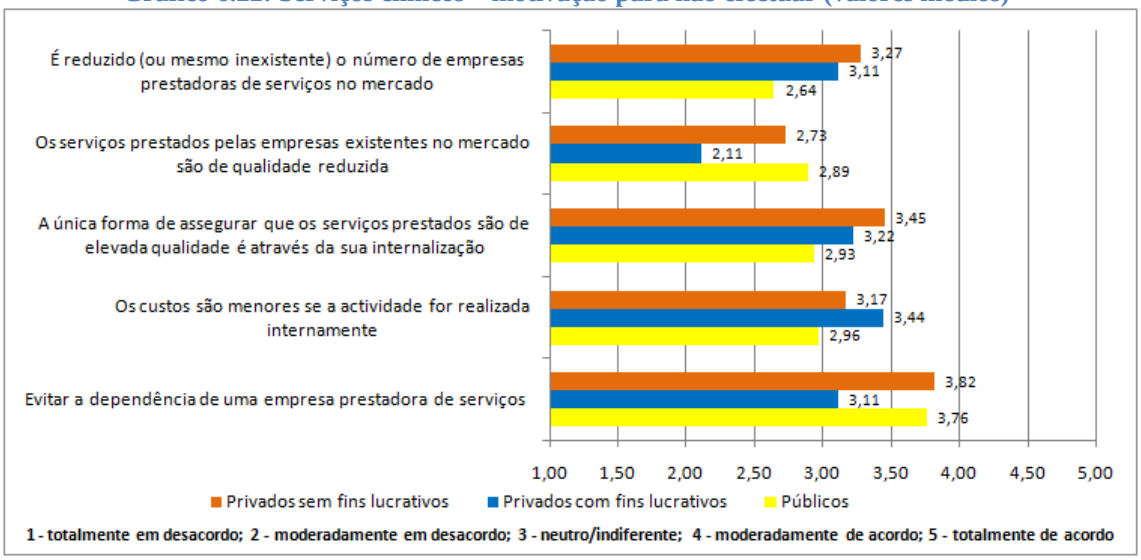


Gráfico 6.22: Serviços clínicos – motivação para não efectuar (valores médios)



Quase 90% das instituições privadas com fins lucrativos estão de acordo com a afirmação de que "os custos são menores se as actividades gerais forem realizadas internamente" e mais de metade concorda com a afirmação de que, nos serviços gerais,

"é reduzido o número de empresas prestadoras de serviços no mercado" e que "os serviços são de qualidade reduzida" (afirmações possivelmente relacionadas)[291].

Mais uma vez, foi efectuado um teste de Kruskal-Wallis para testar a existência de diferenças relativamente à pontuação atribuída a cada possível motivo, em cada tipo de serviço, pelos três tipos de instituição (hospitais públicos e hospitais privados com ou sem fins lucrativos). Apenas nos serviços gerais, para as motivações "os custos são menores se a actividade for realizada internamente" e "é reduzido o número de empresas prestadoras de serviços no mercado" se rejeitou a hipótese de a pontuação atribuída pelos três tipos de instituição ser idêntica (χ^2=7.624; p=0.0221 e χ^2=8.755; p=0.0126, respectivamente). De acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, concluiu-se que, relativamente à primeira motivação, havia diferenças estatisticamente significativas entre as instituições públicas e as instituições privadas com fins lucrativos (p=0.017) e, relativamente à segunda, existiam diferenças estatisticamente significativas entre as instituições privadas com fins lucrativos e as instituições públicas (p=0.018), assim como entre os dois tipos de instituições privadas (p=0.029).

No domínio clínico, 78% das instituições privadas com fins lucrativos estão moderadamente em desacordo com a afirmação de que "os serviços prestados pelas empresas no mercado são de qualidade reduzida"[292], ao contrário da opinião manifestada nos serviços gerais. Efectuado um teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas (*Wilcoxon matched-pairs signed rank test*), verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas entre a pontuação que este tipo de hospitais atribui a esta motivação nos serviços gerais e nos serviços clínicos (z= - 2.449 e prob>|Z|=0.0143)[293].

Os diferentes tipos de instituição concordam mais com a afirmação de que a "única forma de assegurarem elevada qualidade dos serviços é através da internalização", nos

[291] Numa entrevista, Paula Nanita, que durante 4 anos e meio foi Presidente do Conselho de Administração do SUCH, reconhecia que "se o SUCH deixar de existir, algumas áreas de negócio tradicionais que só têm dois operadores, o SUCH e outro, virariam monopólios" (Duarte (2010)).

[292] Relativamente a esta questão é de recordar que alguns destes hospitais são, também, prestadores deste tipo de serviços, nomeadamente de Imagiologia (cf. 6.5.1.2) e de Laboratórios Clínicos (visita efectuada à instituição privada 126).

[293] Para as restantes motivações e tipos de instituição não existem outras diferenças entre a pontuação atribuída aos serviços gerais e clínicos, com significado estatístico.

serviços clínicos do que nos serviços gerais (embora estas diferenças não sejam estatisticamente significativas). Este facto pode estar relacionado com algumas das características dos serviços clínicos como, por exemplo, a sua heterogeneidade (Foxx *et al* (2009)). A "heterogeneidade" refere-se ao potencial de elevada variabilidade no desempenho dos serviços, dando origem a diferenças na qualidade, consoante os clientes, o momento da prestação ou o pessoal envolvido. Assim, por exemplo, a qualidade dos serviços de ultra-sonografia pode ser diferente, consoante os turnos que estão a realizar os exames. A possibilidade de variação elevada aumenta o risco de a qualidade de serviço da empresa fornecedora descer aquém do nível considerado aceitável por parte da empresa cliente. Nos cuidados de saúde, algumas destas situações podem ter repercussões importantes.

A principal conclusão a retirar parece ser a de que não foram identificados os motivos que estão na origem da não realização do *outsourcing*, sobretudo para as instituições públicas e sem fins lucrativos. Numa conversa telefónica mantida com o director clínico de uma instituição rural sem fins lucrativos (instituição 245), apontou-se como principal motivo a manutenção do emprego local. O hospital entendia que, se efectuasse o *outsourcing*, muitas famílias daquela localidade ficariam sem meios de subsistência. Outra possível causa, invocada por alguns gestores de hospitais públicos entrevistados (entrevista 11, por exemplo) é a manutenção do *status quo*. As organizações públicas e sem fins lucrativos podem ter menos incentivos (do que as privadas com fins lucrativos) para questionar o modo mais eficiente de realização das operações. Mantêm-se, assim, situações que são consequência de decisões passadas, por mera inércia, ou porque a alteração da situação actual acarreta também "custos de mudança". Esta explicação vai ao encontro dos argumentos da Teoria Evolucionista (ponto 3.4.5) e, em particular, da ideia proposta por Argyres e Liebeskind (2000) de que existem "barreiras à saída" (termo usado por Mahnke (2001)) de determinado modo de governação. Como se terá oportunidade de discutir no ponto 6.9 a propósito da importância relativa de diferentes factores nos processos de tomada de decisão de *outsourcing*, eventuais explicações alternativas podem residir noutros factores (como, por exemplo, a realização de investimentos irreversíveis ou o poder dos membros dos departamentos em causa).

6.8. Impacte do *Outsourcing*

"Outsourcing is a tool of management and like any other tool it can be used properly or abused."

(Bettis *et al* (1992), p.13)

Neste ponto, sintetiza-se a perspectiva das instituições hospitalares quanto ao impacte do *outsourcing*. Porém, antes de se proceder à apresentação dos resultados, é oportuno reflectir um pouco sobre os possíveis efeitos do *outsourcing*, à luz da evidência empírica internacional e da revisão de literatura (capítulos 3 e 4).

6.8.1. A nível internacional

Os eventuais efeitos positivos já foram identificados e discutidos no ponto 6.6 (designadamente, a diminuição de "*custos*", o aumento de "*qualidade dos serviços*", a "*possibilidade de concentração nas competências nucleares*", a "*obtenção de recursos adicionais*", o aumento da "*produtividade*", a "*capacidade de adaptação à envolvente / flexibilidade*", a maior "*capacidade de inovação*" e o aumento de "*conhecimentos sobre as áreas*") e estão reflectidos nos escassos estudos que procuraram avaliar este impacte (Quadro 6.22).

Quadro 6.22: Evidência internacional sobre o impacte do *outsourcing*

PAÍS	Itália	Grécia			Turquia		
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	Macinati, 2008	Moschuris e Kondylis, 2006			Yigit *et al*, 2007		
TIPO DE HOSPITAIS	Públicos	Públicos			Públicos e privados		
	Escala de 1 a 5	(Muito) baixo	Moderado	(Muito) elevado	Negativo	Sem alteração	Positivo
Diminuição e controlo dos custos	3,4	51,2%	16,3%	32,5%	17,5%	15,0%	67,5%
Eliminação de postos de trabalho		69,8%	13,9%	16,3%			
Redução das pressões institucionais (não contratação de funcionários)	4,2						
Focalização / Concentração nos serviços de saúde					0,0%	16,3%	83,8%
Melhoria do desempenho / serviços		28,0%	7,0%	65,0%	5,0%	15,0%	80,0%
Melhoria da satisfação dos clientes		25,6%	18,6%	55,8%			
Inovação	2,6						
Qualidade	3,2						
Obtenção de recursos adicionais					18,8%	25,0%	56,3%
Aumento da flexibilidade e partilha de risco	3,7				0,0%	11,3%	88,8%
Rápida resposta às necessidades dos doentes					6,3%	18,8%	75,0%
Partilha / Acesso a competências	2,2						

Como se pode concluir do referido quadro e de outros estudos (por exemplo, Bennett *et al* (1997)), o *outsourcing* nem sempre permite obter os resultados esperados. Assim, por exemplo, 51,2% dos gestores hospitalares gregos consideram que o impacte do *outsourcing* na redução de custos foi baixo ou muito baixo (cf.

Quadro 6.22). Noutros casos, nem sequer é possível avaliar se existiu ou não diminuição de custos com o *outsourcing* (Grimshaw *et al* (2002)). Muitos dos custos do *outsourcing* são não quantificáveis e outros não antecipáveis (Young e MacNeil (2000)). Quase metade dos executivos americanos (48.6%) admitia, num inquérito mencionado na revista *Health Facilities Management,* que pelo menos uma das funções não clínicas tinha "regressado a casa" após uma tentativa falhada de *outsourcing* (Anónimo (2001)). Por outro lado, cerca de 12% dos hospitais americanos iam diminuir o número de serviços clínicos externalizados (Hill *et al* (2006)), sendo as razões mais frequentemente apontadas os elevados custos dos serviços (54%), assim como pretender recuperar o controlo e melhorar a qualidade do serviço (31%).

Neste capítulo, já foram apresentados alguns casos nacionais e internacionais em que o *outsourcing* de certas actividades foi abandonado (por exemplo, nos "parques de estacionamento"). Outras situações são também do conhecimento público. O *Detroit Medical Center* decidiu rescindir um acordo de *outsourcing* a 10 anos, celebrado em 2002, no valor de 300 milhões de dólares, com a empresa *Provider HealthNet Services* (Morrissey (2003)), cujo objectivo inicial era melhorar o desempenho e diminuir os custos de gestão dos registos clínicos num grupo hospitalar[294].

Como salienta Hendry (1995), num artigo intitulado "Culture, Community, Networks: the Hidden Costs of Outsourcing", apesar de os benefícios do *outsourcing* serem directamente mensuráveis, e atingíveis a curto prazo, os custos são incertos e, por vezes, só se revelam a longo prazo, já que a influência do *outsourcing,* ao nível da cultura organizacional e das redes informais, acaba por se repercutir, negativamente, na coordenação das tarefas (como terá acontecido com o *Detroit Medical Center*), na motivação, no conhecimento e na aprendizagem[295].

Custos e dificuldades de coordenação. Em algumas actividades, as necessidades de coordenação com outras tarefas da organização são muito elevadas. Essa articulação é

[294] O acordo incluía a transcrição, codificação e armazenamento desses registos, bem como a sua conversão num registo electrónico. O centro hospitalar vendeu os activos do departamento à empresa prestadora por 13 milhões de dólares, transferiu 200 colaboradores e adquiriu acções da fornecedora no valor de 2 milhões de dólares. Na perspectiva da empresa vendedora, foi o comportamento não cooperativo por parte dos profissionais do hospital que esteve na origem do insucesso deste caso de *outsourcing*.

[295] Esta análise apoia-se na Teoria Baseada nos Recursos, como se irá explicitar.

essencial para impedir situações em que as diferentes partes da organização, inadvertidamente, provocam prejuízos umas às outras, tomando decisões que não se coadunam com a estratégia global da empresa. A existência de uma cultura comum, ao assegurar que todas as partes da organização se movem na mesma direcção e partilham os mesmos valores e objectivos, facilita essa coordenação (Hendry (1995), p. 197). No entanto, a comunicação cultural depende, em grande medida, da presença física e da vivência de situações e de experiências (pp. 196-197). A partir do momento em que determinadas actividades são externalizadas, ainda que os fornecedores tenham, de um ponto de vista formal, a informação necessária para desempenharem o seu trabalho com eficiência, há um tipo de conhecimento, mais tácito, que eles não possuem e que é, também, importante (Hendry (1995), p. 197)[296]:

"… the more informal shared understanding and experience that goes with being an integral part of the organisation, and that it is necessary to do a job effectively - to keep doing the right job as well as doing the job right. (…) this loss of shared understanding and experience may also threaten the ability of a company to coordinate its activities and to nurture and sustain its core competence."

Por outro lado, a existência de necessidades de coordenação muito elevadas poderá dificultar a afectação de responsabilidades, se surgirem problemas numa das áreas[297]. A importância deste aspecto é salientada por Preker *et al* (2000) e também por Moschuris e Kondylis (2006). Estes últimos, num inquérito realizado aos responsáveis hospitalares públicos gregos, concluíram que a falta de coordenação e de integração entre o hospital e a empresa prestadora de serviços, a par com insuficiente compreensão por parte da empresa prestadora, quanto às operações do hospital (p. 10), constituíam as dificuldades mais frequentemente associadas ao *outsourcing* hospitalar.

[296] Esta é uma ideia defendida pela Visão Baseada no Conhecimento. Curiosamente, Pollock (2004), pp. 40-41, afirma que talvez o principal efeito do *outsourcing* nos hospitais ingleses tenha sido o de substituir a cultura profissional que existia no NHS por uma cultura de negócio, focada cada vez menos em valores médicos e cada vez mais nos resultados.

[297] A título de exemplo, King (1999) ["Users Discover Dark Side of Help-Desk Outsourcing", *Computerworld*, 25 de Janeiro] faz alusão a uma situação típica: *"No matter what his question was or who picked up the phone to answer it, Handleman Corp. CIO Bill Stapleton got the same song and dance whenever he called his company's outsourced off-site help desk. 'They'd tell me it sound like a communications problem and that communications was not their problem'. 'Check with your own people', he recalled"*.

Perda de conhecimento e competências e diminuição da aprendizagem. Um dos argumentos a favor do *outsourcing* é aceder a especialistas em determinada área. Contudo, muitas vezes, o que acaba por acontecer é que a empresa continua a trabalhar com os seus antigos empregados. Um gestor de uma empresa analisada por Earl (1996) comentou: "*all we did was transfer our weaker staff, and then we had to deal with them all over again*". Por outro lado, se as empresas se centralizarem exclusivamente nas actividades nucleares, podem perder a noção da ocorrência de acontecimentos relevantes, o que as impedirá de, em devido tempo, redireccionarem os recursos (Hendry, 1995, pp. 198-199):

"Without focusing on core activities it is impossible to concentrate resources where they are most needed. Without the awareness made possible by more far-reaching informal communications systems it is impossible to change focus and redirect resources when that becomes appropriate."

Quando se efectua o *outsourcing* total de uma actividade, a empresa deixa de contar com o núcleo de colaboradores que estão familiarizados com a mesma e que são capazes de a desenvolver internamente (Aron *et al* (2005) designam este risco por "risco intrínseco de atrofia"). Nas situações em que as capacidades e o conhecimento subjacente às práticas de trabalho estão em constante mutação, pode ser difícil avaliar a qualidade do "produto" (ou serviço), porque o conhecimento nas novas áreas de inovação é cada vez menor. A entidade cliente pode ter uma capacidade cada vez menor para avaliar o custo efectividade do serviço que lhe é prestado (Grimshaw *et al* (2002)).

Hendry (1995, p. 198) realça, ainda, os possíveis efeitos sobre a aprendizagem, originados pela insegurança no emprego. Se, por um lado, é válido argumentar que da segurança resulta "preguiça" e ineficiência, em contrapartida, a insegurança alimenta a distracção e o erro, inibindo a experimentação, a colocação de questões e a aprendizagem.

Perda de capacidade de inovação. Earl (1996) manifesta preocupação com a redução dos contactos entre os departamentos, que, muitas vezes, dão origem a novas ideias:

"The complex web of likely relationships within the marketplace also limits the opportunities for users who understand the business to interact with specialists who understand the technology on

a continuing informal and formal basis. Outsourcing does not seem a good fit with some of the established processes of innovation."

Idênticas preocupações são expressas por Chesbrough e Teece (1996): nos casos em que a inovação é "orgânica", isto é, resulta de um conjunto de inovações interdependentes, a entrega de várias actividades a empresas independentes acarreta dificuldades, em termos de coordenação, que podem impedir a própria inovação.

Motivação dos colaboradores. O sentimento de pertença à organização ou à comunidade é, em muitos casos, um factor de motivação, que correrá o risco de se perder com o recurso ao *outsourcing* (Hendry (1995), p. 198):

"One of the most prominent effects of a strong corporate culture is the creation of a loyalty to that culture. By providing its employees with a high level of support, both materially and emotionally, a company can generate a sense of community and belonging, so motivating the employees to serve it well. Once a function is contracted out, however, the core corporation becomes at best just one of a number of potential customers, and at worst one which has already betrayed the trust of the people concerned."

Os efeitos do *outsourcing* sobre a moral dos colaboradores são referidos com frequência em estudos de caso realizados (Young (2005a)). Quando os projectos de *outsourcing* criam pressão excessiva (ameaça de perda de emprego ou de benefícios, falta de controlo, transferência forçada para outra empresa), os colaboradores deixam de se sentir "queridos" pela empresa, a *produtividade* reduz-se drasticamente e as pessoas mais talentosas e com maior valor de mercado são as primeiras a abandonar a empresa (Dué, 1992), o que, por sua vez, implicará a perda da "memória" da empresa[298].

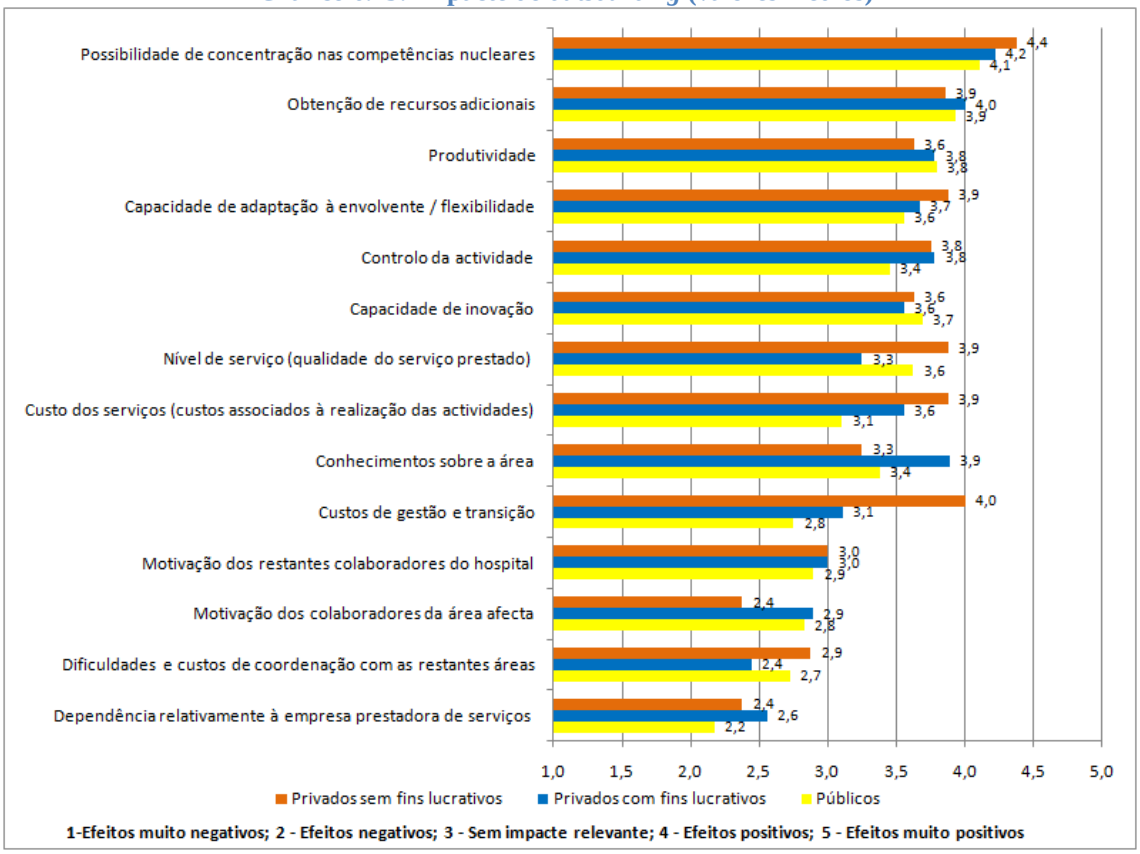
Custos de transição e gestão. A Teoria dos Custos de Transacção, a Teoria da Agência e a Teoria dos Direitos de Propriedade, salientam algumas circunstâncias em que estes custos podem ser particularmente significativos. A título de exemplo, e como referem Aubert *et al* (1998), p. 10, à luz da Teoria da Agência, a existência de custos inesperados de transição e de gestão pode estar associada à falta de experiência e de conhecimentos específicos do principal, quer quanto à actividade em questão, quer em relação ao *outsourcing*.

[298] A "memória" da empresa é o conhecimento colectivo da organização, que se pode diluir, em consequência da fragmentação (Domberger (1998), p.70).

6.8.2. Em Portugal

Da análise das respostas relacionadas com a motivação para a realização do *outsourcing*, concluiu-se que um dos benefícios que as instituições inquiridas portuguesas esperavam obter era a "concentração nas competências nucleares" e, na verdade, é quanto a este factor que as instituições consideram que o impacte destas decisões é mais positivo (Gráfico 6.23). Os efeitos mais positivos estão, ainda, associados à "obtenção de recursos adicionais" e ao "aumento da produtividade".

Gráfico 6.23: Impacte do *outsourcing* (valores médios)



Os inquiridos são de opinião que os efeitos mais negativos do *outsourcing* se fazem sentir ao nível da "dependência relativamente à empresa prestadora de serviços" (que era aliás o motivo que as conduzia, nalguns casos, a não optar pela realização do *outsourcing*) e das "dificuldades e custos de coordenação" (Gráfico 6.23).

As instituições privadas (mas não as públicas) têm a percepção de que existe um impacte positivo nos custos dos serviços[299]. Cerca de 88% das instituições privadas sem fins lucrativos (que são as que recorrem menos ao *outsourcing*) e 66% das instituições privadas com fins lucrativos consideram que o *outsourcing* tem efeitos positivos (ou muito positivos) na redução de custos, mas apenas 45% das instituições públicas respondem de modo semelhante (cf. Gráfico IV.13 a IV.15).

Efectuados testes de Kruskal-Wallis para comparar as respostas dos vários tipos de instituição, quanto aos possíveis efeitos do *outsourcing*, não se rejeitou a hipótese de os três tipos de hospitais avaliarem de modo idêntico esse impacte, com excepção da possível consequência "Custos de gestão e de transição" (χ^2=11.731; p=0.0028). Relativamente a este aspecto, de acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, concluiu-se que havia diferenças estatisticamente significativas entre as respostas das instituições públicas e das instituições privadas sem fins lucrativos (p=0.002).

6.9. Importância de diferentes factores na tomada de decisão

Na última página do questionário, pedia-se aos inquiridos que indicassem, para cada hipótese ou factor apresentados, em que medida uma alternativa de internalização ou externalização se tornaria mais ou menos atractiva, bem como o nível de importância atribuído a esse factor na tomada de decisão (numa escala de 1 a 5). A análise das respostas, quer quanto ao nível de importância (Gráfico 6.24), quer quanto ao impacte esperado (Gráfico 6.25 e Quadro 6.23) é efectuada em simultâneo. As respostas são ainda comparadas com a resposta expectável à luz de diversos enquadramentos teóricos (já revistos no capítulo 3 e sintetizados no Esquema 6.1).

[299] De assinalar, porém, que estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas, após elaboração de um teste de Kruskal-Wallis (χ^2=3.839; p=0.1467). De modo semelhante, no inquérito realizado em hospitais gregos, chegou-se a conclusão análoga: as instituições privadas referiram maior impacte sobre os custos do que as instituições públicas (Moschuris e Kondylis (2007)).

Gráfico 6.24: Nível médio de importância atribuída a cada factor

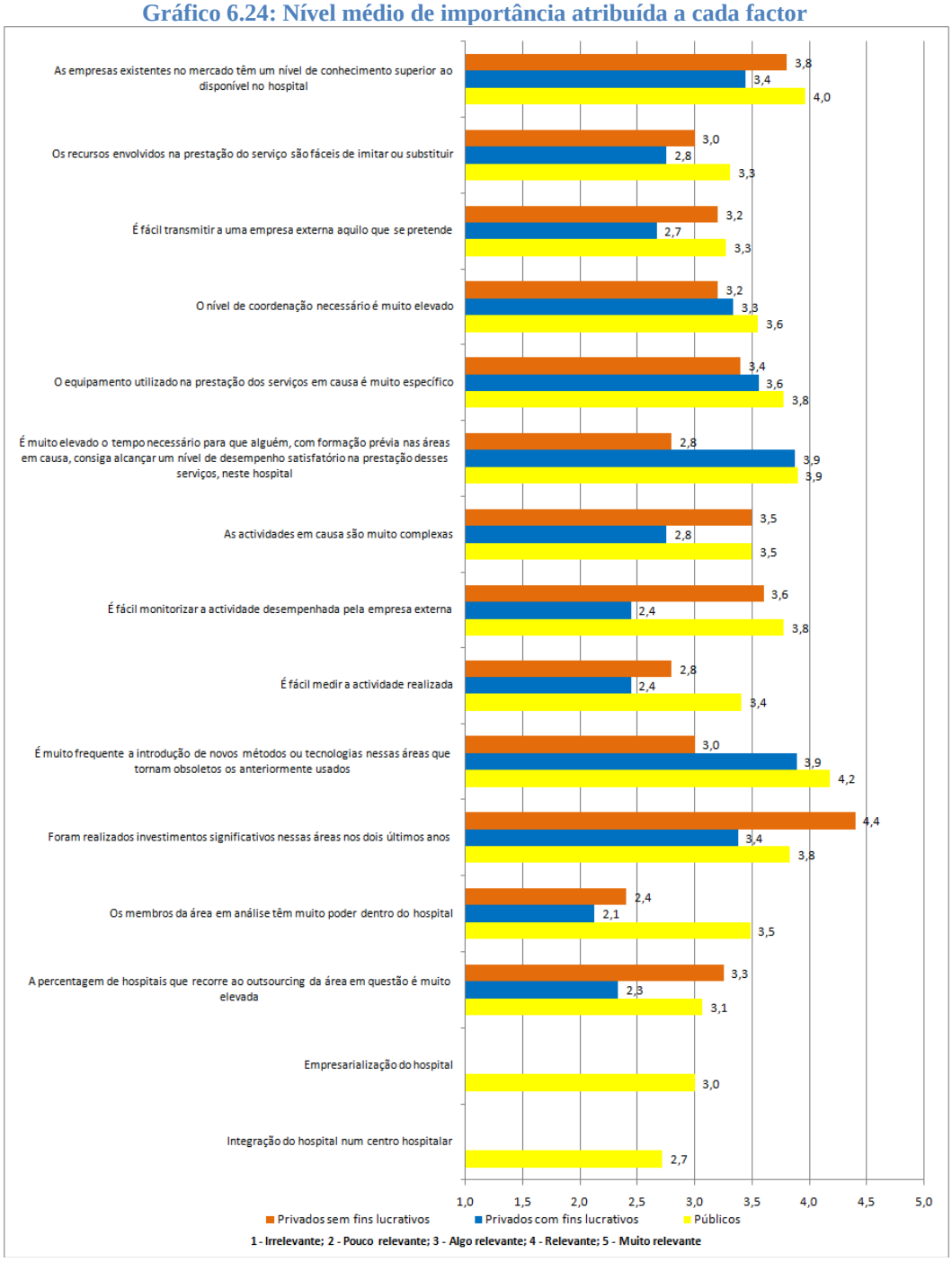
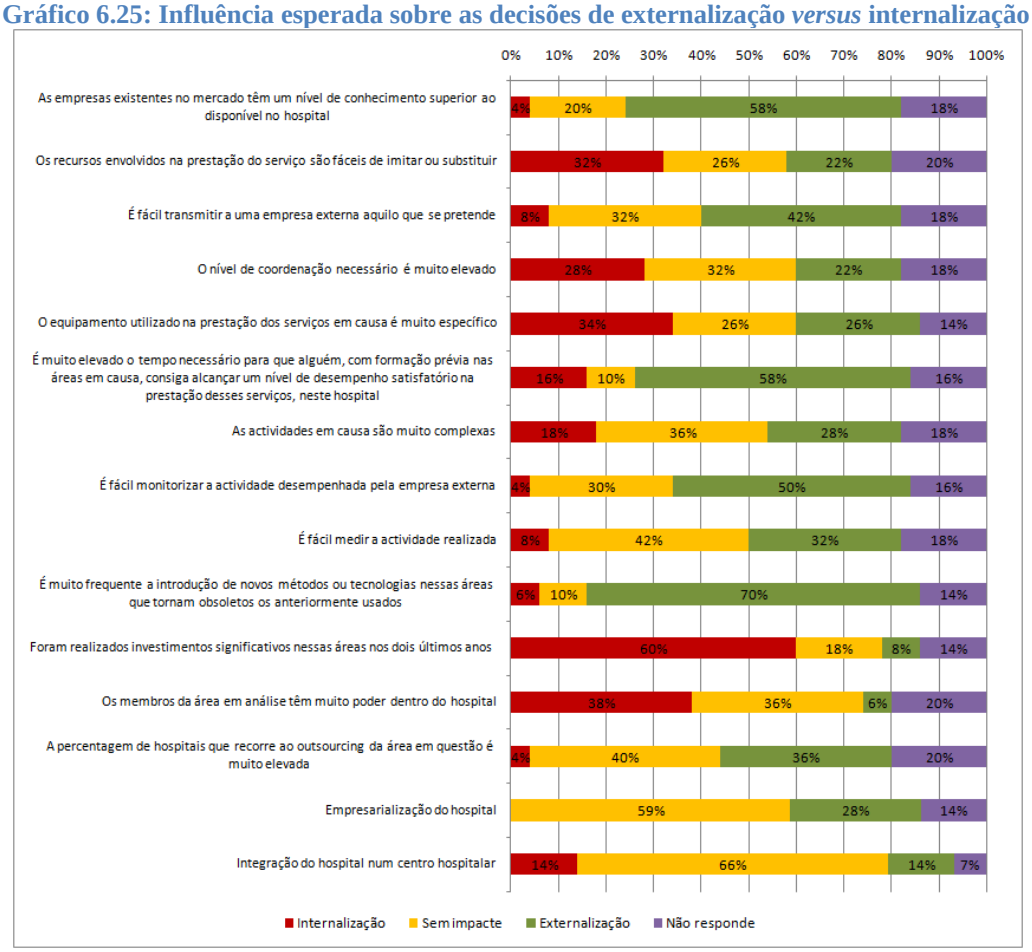


Gráfico 6.25: Influência esperada sobre as decisões de externalização *versus* internalização



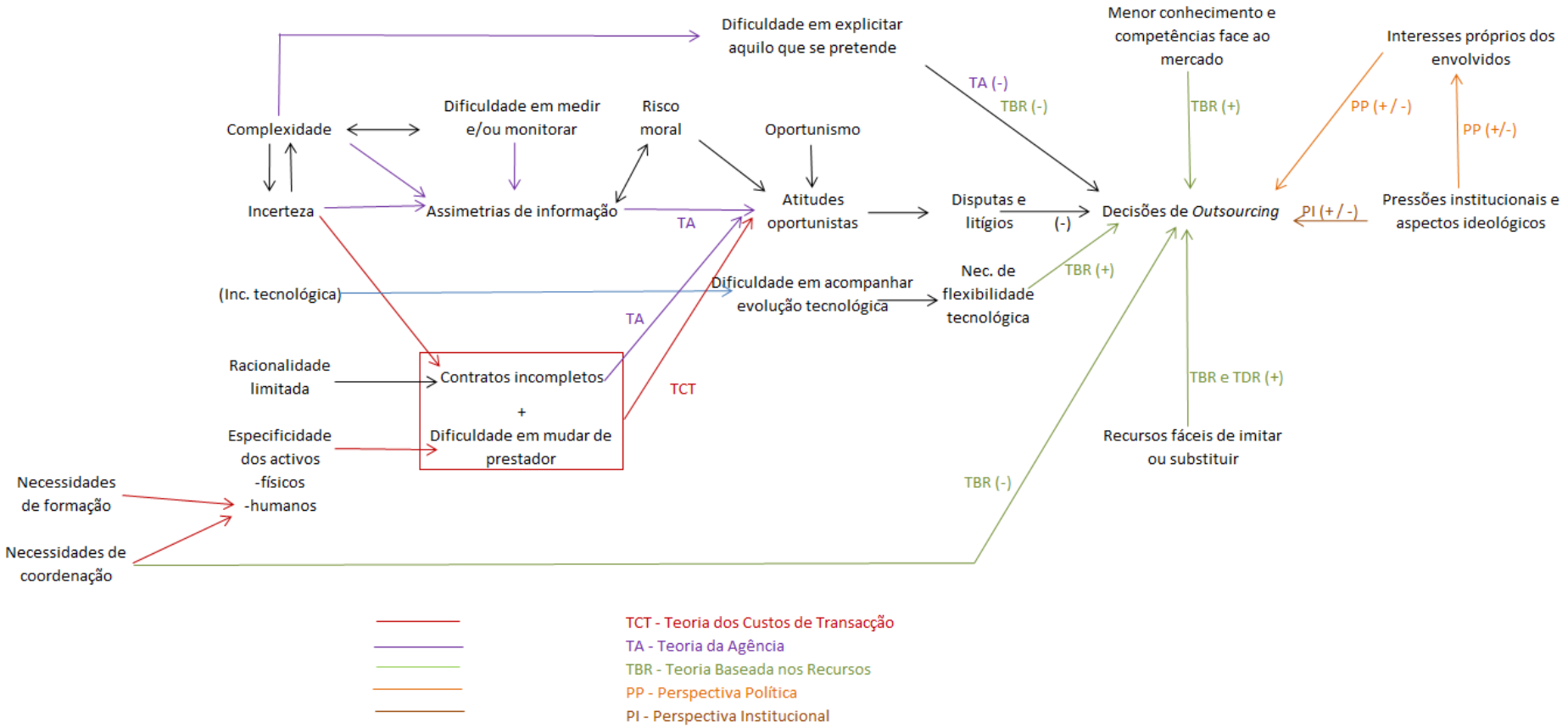
Para cada factor considerado, foi testada a hipótese de a distribuição das escolhas pelas diferentes categorias ("internalização", "sem impacte" e "externalização") ser idêntica nos três tipos de hospitais. Este teste é designado por Teste de Homogeneidade ou Teste de Igualdade de Proporções, o qual recorre a uma estatística do Qui-Quadrado. Porém, Sheskin (2007), p. 621, esclarece que este não deve ser usado quando algum dos valores esperados é inferior a 1, nem quando mais de 20% dos valores esperados são inferiores a 5 (critério sugerido por Cochran (1952))[300]. Como esta regra era violada, optou-se por efectuar o teste exacto de Fisher, recorrendo ao *software* Stata[301]. Concluiu-se que as proporções de respostas dos hospitais públicos e privados eram significativamente diferentes, para um nível de significância de 5%, quanto às quatro afirmações assinaladas com " * " no Quadro 6.23.

[300] Cochran, W.(1952), "The χ^2 Test of Goodness of Fit", *Annals of Mathematical Statistics*, pp. 315–345.
[301] Existe alguma controvérsia na utilização do teste exacto de Fisher em tabelas com mais de 2 linhas ou colunas. No site do Stata (in http://www.stata.com/statalist/archive/2005-06/msg00052.html), a realização deste teste é justificada com base num artigo de Mehta e Patel (1983), "A Network Algorithm For Performing Fisher Exact Test In RxC Contingency-Tables", publicado no *Journal of the American Statistical Association*.

Quadro 6.23: Influência esperada sobre as decisões de externalização ou internalização consoante o tipo de instituição

	TOTAL				PÚBLICOS				PRIVADOS COM FINS LUCRATIVOS				PRIVADOS SEM FINS LUCRATIVOS				CONCLUSÃO
	Internalização	Sem impacte	Externalização	Não responde	Internalização	Sem impacte	Externalização	Não responde	Internalização	Sem impacte	Externalização	Não responde	Internalização	Sem impacte	Externalização	Não responde	(*p values* do teste exacto de Fisher)
As empresas existentes no mercado têm um nível de conhecimento superior ao disponível no hospital	4%	20%	58%	18%	7%	17%	69%	7%	0%	22%	67%	11%	0%	25%	25%	50%	Externalização (0.582)
Os recursos envolvidos na prestação do serviço são fáceis de imitar ou substituir	32%	26%	22%	20%	45%	28%	21%	7%	33%	22%	22%	22%	0%	25%	25%	50%	Internalização (0.224)
É fácil transmitir a uma empresa externa aquilo que se pretende	8%	32%	42%	18%	10%	28%	55%	7%	0%	78%	11%	11%	8%	8%	33%	50%	Diferenças significativas entre os três tipos de instituição (0.033)*
O nível de coordenação necessário é muito elevado	28%	32%	22%	18%	31%	34%	28%	7%	33%	33%	22%	11%	17%	25%	8%	50%	Sem impacte (0.984)
O equipamento utilizado na prestação dos serviços em causa é muito específico	34%	26%	26%	14%	28%	28%	41%	3%	56%	22%	11%	11%	33%	25%	0%	42%	Parecem existir diferenças para os 3 tipos de instituição, mas a hipótese nula não é rejeitada estatisticamente (0.106)
É muito elevado o tempo necessário para que alguém, com formação prévia nas áreas em causa, consiga alcançar um nível de desempenho satisfatório na prestação desses serviços, neste hospital	16%	10%	58%	16%	21%	3%	72%	3%	11%	0%	67%	22%	8%	33%	17%	42%	A resposta dos hospitais sem fins lucrativos é significativamente diferente das respostas das restantes instituições que optam pela externalização (0.012)*
As actividades em causa são muito complexas	18%	36%	28%	18%	24%	38%	31%	7%	11%	44%	44%	0%	8%	25%	8%	58%	Sem impacte ou externalização, mas diferenças ténues (0.860)
É fácil monitorizar a actividade desempenhada pela empresa externa	4%	30%	50%	16%	7%	24%	66%	3%	0%	67%	22%	11%	0%	17%	33%	50%	Embora as instituições privadas com fins lucrativos considerem que não tem impacte , não se rejeita a hipótese nula(0.137)
É fácil medir a actividade realizada	8%	42%	32%	18%	7%	45%	41%	7%	11%	67%	11%	11%	8%	17%	25%	50%	Sem impacte (0.337)
É muito frequente a introdução de novos métodos ou tecnologias nessas áreas que tornam obsoletos os anteriormente usados	6%	10%	70%	14%	7%	3%	90%	0%	11%	11%	67%	11%	0%	25%	25%	50%	Externalização, embora existam diferenças significativas entre os três tipos de instituição (0.032)*
Foram realizados investimentos significativos nessas áreas nos dois últimos anos	60%	18%	8%	14%	72%	14%	10%	3%	44%	56%	0%	0%	42%	0%	8%	50%	Quase se rejeita a hipótese nula (0.066)
Os membros da área em análise têm muito poder dentro do hospital	38%	36%	6%	20%	62%	28%	3%	7%	0%	56%	22%	22%	8%	42%	0%	50%	Diferenças significativas entre os três tipos de instituição (0.001)*
A percentagem de hospitais que recorre ao *outsourcing* da área em questão é muito elevada	4%	40%	36%	20%	7%	45%	41%	7%	0%	67%	22%	11%	0%	8%	33%	58%	Sem impacte (0.324)
Empresarialização do hospital	0%	59%	28%	14%	0%	59%	28%	14%									Sem impacte
Integração do hospital num centro hospitalar	14%	66%	14%	7%	14%	66%	14%	7%									Sem impacte

Esquema 6.1: Síntese do impacte esperado à luz de várias perspectivas



6.9.1. Factores relacionados com a Teoria Baseada nos Recursos, a Teoria dos Custos de Transacção e a Teoria da Agência

A "Teoria Baseada nos Recursos" volta a assumir importância elevada nas respostas dos inquiridos. Assim, quando questionados quanto à relevância que atribuem à hipótese de "as empresas existentes no mercado terem um nível de conhecimento superior ao disponível no hospital", na tomada de decisões sobre as fronteiras da empresa, a maioria das instituições (que responderam a esta questão) considera este factor relevante ou muito relevante (Gráfico IV.16 a IV.18). Tal como prevê esta Teoria (Esquema 6.1), mais de metade dos respondentes admitem que este factor privilegia a externalização (Quadro 6.23).

Se "os recursos envolvidos na prestação do serviço são fáceis de imitar ou substituir", dificilmente constituem competências nucleares, pelo que a sua externalização não acarretará riscos acrescidos ("Teoria Baseada nos Recursos" e "Teoria da Dependência dos Recursos"). Todavia, as organizações inquiridas dividem-se quanto ao seu eventual impacte sobre as opções de externalização ou internalização, obtendo a opção de internalização percentagem ligeiramente superior, como se verifica no Quadro 6.23 (excepto nas instituições sem fins lucrativos). Apesar de nenhuma das instituições privadas sem fins lucrativos afirmar que, nestas circunstâncias, optaria pela internalização, as diferenças das respostas, entre os três tipos de instituição, não permitem rejeitar a hipótese da homogeneidade de proporções em cada categoria.

"A facilidade de transmissão a uma empresa externa daquilo que se pretende" deveria favorecer a externalização, de acordo com a "Perspectiva das Competências", porque reduz os designados "custos de transacção dinâmicos" (Langlois (1992)) que são "custos de comunicação", associados ao processo de aquisição e de coordenação do conhecimento produtivo. Com efeito, quando o conhecimento é muito específico e tácito, os custos de celebração de contratos com potenciais parceiros, ou de formação de empresas fornecedoras, em que se explicita claramente aquilo que se pretende delas, podem tornar-se demasiado elevados, exercendo, assim, uma influência directa sobre as

fronteiras das empresas[302]. No respeitante a este factor, há diferenças assinaláveis e estatisticamente significativas entre os vários tipos de instituição, quanto à decisão de externalizar ou não (Quadro 6.23). Embora 55% das instituições públicas e 33% das instituições privadas sem fins lucrativos considerem que esta situação favorece a externalização, expressiva percentagem de 78% das instituições privadas com fins lucrativos considera que este factor não tem impacte na decisão sobre as fronteiras verticais da empresa, ideia reforçada pela menor importância que este tipo de instituição atribui a este factor na tomada de decisão (Gráfico 6.24).

Nas situações em que "o nível de coordenação necessário entre os indivíduos que prestam o serviço externalizado e os administradores hospitalares ou colaboradores de outros departamentos do hospital é muito elevado", a previsão, quer da "Teoria Baseada nos Recursos", quer da "Teoria dos Custos de Transacção", é que o nível de externalização será menor. À luz da "Teoria Baseada nos Recursos", se determinado serviço exige elevado nível de coordenação com outros serviços, pode haver vantagens na utilização dos funcionários que já desenvolveram relações com os outros membros da organização. Este empregado será mais eficaz do que um indivíduo que não tenha estabelecido esses relacionamentos. Segundo a "Teoria dos Custos de Transacção", se é necessária a coordenação entre os indivíduos que realizam determinada actividade e os que realizam outras tarefas hospitalares, então as relações existentes entre uns e outros (que facilitam um nível de coordenação elevado) só têm valor no interior de determinado hospital, indicando, assim, elevado nível de especificidade dos activos[303]. Curiosamente, embora a maioria dos administradores que responderam a esta questão considerem este aspecto relevante ou muito relevante (Gráficos IV.16 a IV.18), dividem-se quanto ao sentido desse impacte (Quadro 6.23)[304].

[302] Este factor também pode ser analisado à luz da Teoria dos Custos de Transacção. Se há dificuldades em explicitar claramente aquilo que se pretende, os contratos são incompletos, o que, em situações em que há investimento em activos específicos, poderá dar origem a comportamentos oportunistas, dado que se pressupõe o oportunismo dos agentes.
[303] Como explicitam Coles e Hesterly (1998a), p. 389 (cf. ponto 3.2.2.2).
[304] Macinati (2008), num inquérito a gestores hospitalares italianos, concluiu que, mesmo nos serviços externalizados, as necessidades de coordenação, nos serviços auxiliares, eram elevadas e, nos serviços de diagnóstico, eram extraordinariamente elevadas.

Para além do nível de coordenação, já discutido, foram referidos outros factores relacionados com a "Teoria dos Custos de Transacção". Uma das principais proposições relacionadas com esta teoria é que, quando o "equipamento utilizado na prestação dos serviços em causa é único ou especificamente concebido de modo a que não seja rotineiramente utilizado na prestação deste serviço por outros hospitais"[305], a externalização dará origem a atitudes oportunistas e a custos de transacção muito elevados, pelo que a opção de internalização será preferível[306]. Mais de metade das instituições (que responderam a esta questão) considera este factor relevante ou muito relevante na tomada de decisão. Porém, cerca de 41% das instituições públicas respondentes admitem que ele privilegia a externalização e apenas as instituições privadas assinalam, de acordo com a previsão teórica, que este factor favorece a internalização[307].

Era, ainda, apresentada outra afirmação relacionada com a especificidade dos activos humanos: "é muito elevado o tempo necessário para que alguém, com formação prévia nas áreas em causa, consiga alcançar um nível de desempenho satisfatório na prestação destes serviços, neste hospital"[308]. Teoricamente, quanto maior esta especificidade, maior a internalização. Com efeito, se é preciso um período de tempo muito elevado para formar alguém com experiência prévia na realização desta actividade, isso significa que é necessário um conhecimento específico ao hospital muito elevado. Este factor é considerado relevante ou muito relevante por cerca de 3 em 4 instituições públicas e privadas com fins lucrativos. Contrariamente à previsão teórica, 72% das instituições

[305] Uma questão semelhante foi usada por Coles e Hesterly (1998a).
[306] Como se explicitou no ponto 3.2.1, esta internalização é sobretudo importante quando a especificidade dos activos se conjuga com situações de incerteza elevada.
[307] As diferenças não são, porém, estatisticamente significativas. Em certa medida, estas conclusões vão ao encontro de uma ideia expressa por Coase (1988), que se mostrou céptico quanto ao papel central da especificidade dos activos na "Teoria dos Custos de Transacção". Afirmou que, já em 1932, o problema o afligia mais a ele do que aos homens de negócios que tinham de lidar com ele.
[308] Mais uma vez, Coles e Hesterly (1998a) usaram uma questão semelhante. Como salientam estes autores, nos sectores de serviços, por norma, os activos humanos desempenham um papel muito mais relevante do que nos sectores produtivos industriais (*manufacturing*). Nos hospitais, esta questão assume particular importância, porque os diferentes profissionais tendem a habituar-se aos padrões de prática dos médicos com quem trabalham (Coles e Hesterly (1998b)). Em certa medida, os médicos têm padrões de tratamento e métodos de diagnóstico únicos (relembre-se a questão das variações de prática clínica, discutida no capítulo 4). O conhecimento que o pessoal de determinada área obtém ao trabalhar com um conjunto de médicos pode não ser transferível para outro hospital, onde os médicos têm práticas clínicas diferentes. Se a formação for mais específica à empresa do que ao sector, então a especificidade dos activos humanos é elevada.

públicas e 67% das instituições privadas com fins lucrativos consideram que este facto favorece a externalização.

Relativamente à "complexidade" das actividades, várias teorias efectuam a mesma previsão (embora as justificações apresentadas sejam distintas): "quanto maior a complexidade, menor a externalização."

À luz da "Teoria da Agência", quanto maior a "complexidade" das actividades, maior a dificuldade em redigir um contrato que especifique a actuação de ambas as partes, nos vários cenários possíveis. Quanto maior a dificuldade em especificar um serviço, maior o risco de a empresa ignorar aspectos importantes que são necessários ou de incluir aspectos sem importância (Foxx *et al* (2009)). Por outro lado, maior será a dificuldade em medir e avaliar o comportamento do agente (neste caso, a empresa prestadora de serviços). As assimetrias de informação serão inevitáveis. O risco de oportunismo aumenta e o receio de disputas e litígios conduz à internalização das actividades. Por seu turno, também de acordo com a "Teoria dos Custos de Transacção", em situações de grande complexidade, sobretudo quando associadas à especificidade elevada dos activos, os riscos de oportunismo aumentam significativamente. A opção de internalização prevista pela teoria é a que recebe menos apoio por parte dos diferentes tipos de instituição.

Outros factores, relacionados de certa forma com o anterior, são a "facilidade de monitorização" e a "facilidade de medição". A título de exemplo, Foxx *et al* (2009) salientam que os serviços de manutenção de equipamentos hospitalares são intangíveis e, consequentemente, não é fácil avaliar a sua qualidade. Esta falta de possibilidade de medição introduz riscos de oportunismo, isto é, de serem prestados e/ou cobrados serviços desnecessários, assim como riscos de não prestação das acções preventivas necessárias. De modo semelhante, também nos cuidados de ambulatório e na prestação de serviços de diagnóstico que envolvem tecnologias de ponta, há dificuldades médias ou elevadas em especificar e avaliar a qualidade dos serviços prestados e respectivos resultados (Preker *et al* (2000), p. 783).

Das organizações respondentes, 50% privilegiam a externalização, na hipótese de ser "fácil monitorizar a actividade desempenhada pela empresa externa", embora 67% das instituições com fins lucrativos afirmem que este factor não tem impacte na opção de internalizar ou externalizar. Assim, mais de metade das instituições privadas com fins lucrativos consideram este factor irrelevante ou pouco relevante, contra a maioria das instituições públicas e privadas sem fins lucrativos que reponderam a esta questão e que o julgam relevante ou muito relevante. Efectuado um teste de Kruskal-Wallis, rejeitou-se a hipótese de o nível de importância atribuída a este factor ser idêntico nas 3 populações (χ^2=6.645; p=0.0361)[309]. No que diz respeito à "facilidade de medição da actividade realizada", cerca de 42% dos inquiridos consideram que esse factor não tem impacte na decisão de externalizar ou não uma determinada actividade, 32% respondem que esse factor torna preferível a externalização e apenas 8% são de opinião que esse factor privilegia a internalização. Não se detectaram diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de instituição nem quanto à importância deste factor, nem quanto ao sentido esperado na tomada de decisão.

Conclui-se, deste modo, que, nos hospitais públicos, em todas as variáveis tidas em conta pela Teoria dos Custos de Transacção, as alternativas que receberam maior percentagem de respostas por parte dos administradores hospitalares não eram aquelas que a teoria prevê. Nas instituições privadas, os gestores optam pela internalização nas situações em que existem equipamentos específicos. Curiosamente, Coles e Hesterly (1998a) chegaram também a uma conclusão semelhante, ao verificarem que as variáveis da Teoria dos Custos de Transacção tinham pouco poder explicativo nas decisões de comprar ou fazer por parte dos hospitais públicos (p. 407). Admitiram, então, a possibilidade de as instituições públicas estarem sujeitas a menores pressões de eficiência do que os hospitais privados, bem como de existirem outras forças, eventualmente políticas, com maior importância.

[309] Efectuando a comparação múltipla de médias das ordens, concluiu-se que havia diferenças estatisticamente significativas entre as respostas das instituições públicas e das instituições privadas com fins lucrativos (p=0.031).

6.9.2. Problema da incerteza tecnológica

Como salientam Coles e Hesterly (1998b), a utilização de tecnologias de ponta é, muitas vezes, de importância fulcral na prestação de serviços hospitalares. A disponibilização destas tecnologias pode ter impacte significativo no diagnóstico e tratamento dos doentes e, inclusivamente, se o hospital usar tecnologias ultrapassadas (que prejudiquem esse diagnóstico e tratamento), poderá ser responsabilizado por isso. Acresce, também, que a capacidade que o hospital tem de atrair médicos de elevada qualidade está directamente relacionada com o seu apetrechamento tecnológico. Um factor que torna ainda mais interessante o estudo do modo como a incerteza tecnológica influencia as decisões de externalização ou internalização é a existência de previsões teóricas distintas quanto ao seu impacte. Quando é "muito frequente a introdução de novos métodos ou tecnologias, nessas áreas, que tornam obsoletos os anteriormente usados", este factor pode ser considerado sob duas perspectivas opostas, quanto à sua influência na decisão de efectuar o *outsourcing*.

Por um lado, na perspectiva da "Teoria dos Custos de Transacção", dificulta o processo de contratualização e aumenta a necessidade de negociações intermédias (conduzindo à internalização de actividades para evitar elevados custos de transacção). Coles e Hesterly (1998b) defendem esta ideia de que há dificuldades associadas à contratação de serviços que envolvem a necessidade de investimentos contínuos e imprevisíveis para manter a actualização tecnológica. Os novos desenvolvimentos tecnológicos podem tornar os métodos usados pelo adjudicatário obsoletos, antes de o contrato terminar. A empresa prestadora, porém, pode não estar disposta a incorrer em custos adicionais, antes do final do contrato. Se dessa situação resultar prejuízo para o doente, este pode processar o hospital, que terá, necessariamente, de suportar os custos (pois que é o responsável último perante o doente). O hospital poderá, assim, ter de incorrer em custos para persuadir a empresa a investir em novas tecnologias. De modo semelhante, à luz da Teoria de Agência, esta incerteza dificulta a monitorização do prestador de serviços e a celebração de contratos baseados nos resultados.

Todavia, na perspectiva da "obsolescência tecnológica" e das "inflexibilidades nucleares" (de Leonard-Barton (1992), desenvolvida no ponto 3.4.3), esta incerteza também influencia negativamente o desempenho da empresa, na medida em que, no interior das hierarquias, as tecnologias obsoletas têm maior probabilidade de persistirem, para além da sua vida útil, enquanto as mais modernas são ignoradas. Assim sendo, a maior incerteza tecnológica deveria corresponder maior externalização de actividades[310].

Dada a importância da utilização de tecnologias de ponta na prestação de serviços hospitalares, não surpreende que a incerteza tecnológica seja um dos factores a que as instituições inquiridas atribuem maior importância e onde há respostas mais consensuais: 90% das instituições públicas e 67% das instituições privadas com fins lucrativos responderam que este factor torna a opção de externalização privilegiada[311]. Mais de 85% das instituições públicas e privadas com fins lucrativos julgam este factor relevante ou muito relevante. Embora as instituições sem fins lucrativos se revelem divididas quanto à importância deste factor (Gráfico IV.18), nenhuma considera que ele conduz à internalização.

6.9.3. "Armadilha" dos custos irreversíveis

Cerca de 60% das instituições são de opinião que a "realização de investimentos significativos nas áreas envolvidas", nos dois últimos anos, favorece a opção pela internalização. Todas as instituições privadas sem fins lucrativos e 65% das instituições públicas consideram este factor relevante ou muito relevante. Porém, numa perspectiva económica normativa, este factor não deveria assumir qualquer importância. Como explicitam Roodhooft e Warlop (1999), qualquer investimento feito no passado, em determinada actividade que se está a realizar internamente, deve ser tratado como irreversível. Os custos foram incorridos no passado e são idênticos nas diferentes

[310] Já Balakrishnan e Wernerfelt (1986) tinham defendido que, embora a incerteza favoreça, em geral, a internalização de actividades, a incerteza tecnológica favorece a externalização. As empresas podem evitar a realização de avultados investimentos em tecnologias que rapidamente se tornarão obsoletas, através do recurso ao mercado.

[311] Embora existam diferenças estatisticamente significativas entre as instituições, quanto à proporção de administradores que optam pela externalização, em todos os casos, mais de metade dos que respondem optam por esta solução.

alternativas de actuação, pelo que devem ser ignorados. Somente devem ser tidos em conta os *cash-flows* futuros relevantes. Se o objectivo é a maximização dos lucros, em qualquer momento do tempo, a afectação de recursos deve basear-se apenas nos custos e nos benefícios futuros. Os investimentos passados representam custos irreversíveis. Quando esta regra é violada, diz-se que os decisores incorreram na falácia ou na armadilha dos custos irreversíveis.

O certo é que vários estudos (incluindo o de Roodhooft e Warlop (1999) sintetizado em 3.2.2.3) demonstram que os agentes económicos são "apanhados" nesta armadilha. No estudo dos autores citados, havia maior relutância pela escolha do *outsourcing* nas situações em que tinham sido realizados investimentos, apesar de a informação contabilística relevante, apresentada aos decisores, sugerir a externalização, em ambos os casos. De modo semelhante, Macinati (2008) concluiu que dos respondentes que efectuaram o *outsourcing* de pelo menos um serviço de diagnóstico, apenas 18,2% tinham realizado investimentos significativos nos últimos 3 anos.

Resultados análogos são, também, encontrados em experiências realizadas por psicólogos e economistas, junto de consumidores, em que se demonstrou que os indivíduos a quem a refeição é oferecida tendem a comer substancialmente menos do que aqueles que pagam pela refeição[312], e uma hipótese avançada é que muitos enviesamentos associados aos custos irreversíveis podem ser explicados pelo mero desejo de "não desperdiçar" (Roodhooft e Warlop (1999)) ou "fazer o preço valer a pena". Eventualmente, isto poderá justificar que as instituições sem fins lucrativos sejam aquelas que atribuem maior relevância a este factor (inclusivamente, é o factor ao qual concedem maior importância)[313].

Outras possíveis explicações para a importância atribuída aos custos irreversíveis podem residir em aspectos "políticos", em que os gestores receiam a diminuição do seu

[312] Thaler, Richard (1980), "Toward a Positive Theory of Consumer Choice", *Journal of Economic Behavior and Organization*", Vol.1, N. 1, referido por Frank e Bernanke (2003), p. 37

[313] Reforçando esta ideia, 56% das instituições com fins lucrativos consideram que este factor não tem impacte sobre a externalização ou internalização (Quadro 6.23). As instituições com finalidades lucrativas são também aquelas que atribuem menor relevância a este factor (Gráfico 6.24), embora, através de um teste de Kruskal-Wallis, não se comprove a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de instituição (χ^2=2.920; p=0.2322).

poder na organização, por se consideraram responsáveis pelos investimentos passados e temerem efeitos negativos sobre a sua reputação (alguns estudos mostram que há maior enviesamento quando o decisor acredita que foi o responsável pelos investimentos passados, como se referiu no ponto 3.5.4). A possível influência de outros motivos "políticos" nas decisões de *outsourcing* é analisada no ponto seguinte.

6.9.4. Factores relacionados com a Perspectiva Política das organizações e com a Teoria Institucional

À luz da Perspectiva Política das organizações (Pfeffer (1992)), na medida em que o *outsourcing* ameaça interesses e poderes existentes no interior das organizações, é de esperar que estes interesses influenciem as decisões de contratação no exterior (cf. 3.5).

Confrontados com a eventualidade de os "membros da área em análise terem muito poder dentro do hospital", verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre as instituições, quer quanto à relevância deste factor (χ^2=9.803; p=0.0074, no teste de Kruskal-Wallis)[314], quer quanto ao impacte esperado na tomada de decisão. Assim, 51,7% das instituições públicas consideram este factor relevante ou muito relevante, contra apenas 22% das instituições privadas com fins lucrativos e nenhuma das instituições privadas sem fins lucrativos (Gráfico IV.16 a IV.18). Provavelmente, isto traduzirá as diferentes relações de poder existentes nos diferentes tipos de instituições. Os gestores das instituições públicas, sobretudo em determinadas áreas clínicas, detêm pouco poder, porque têm dificuldade em contratar profissionais, ao contrário do que acontece com as instituições privadas, que têm maior flexibilidade negocial e, em consequência, maior poder[315]. Estas diferenças reflectem-se no sentido da decisão esperada. Como se pode observar no Quadro 6.23, este factor não tem impacte nas decisões da maioria das instituições privadas, mas, em 62% das organizações públicas, favorece a internalização.

[314] Relativamente a este aspecto, de acordo com a comparação múltipla de médias das ordens, concluiu-se que havia diferenças estatisticamente significativas entre as instituições públicas e as instituições privadas com fins lucrativos (p=0.018).

[315] A propósito desta discussão, recorde-se, ainda, que, na análise da motivação para a realização do *outsourcing* de actividades clínicas (cf. ponto 6.6.2), alguns dos factores com maior importância para as instituições públicas, designadamente, os "postos de trabalho difíceis de preencher" e o "facilitar a reestruturação organizacional" assumiam menor importância para as instituições privadas, embora as diferenças só fossem estatisticamente significativas no primeiro caso.

Para procurar avaliar a importância de factores relacionados com a Teoria Institucional (cf. 3.6), admitiu-se a possibilidade de a "percentagem de hospitais que recorre ao *outsourcing* da área em questão ser muito elevada". Nenhuma das instituições privadas e apenas 7% das instituições públicas aceitaram que esta hipótese incentivava a internalização. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os três tipos de instituição nem quanto à importância atribuída a este factor, nem quanto à sua influência na decisão de externalizar ou internalizar determinada actividade.

6.9.5. Empresarialização e integração em centros hospitalares

A relevância que as instituições públicas[316] inquiridas atribuem à "empresarialização" e à "integração em centros hospitalares" é, relativamente aos outros factores, reduzida (Gráfico 6.24). Deste modo, 66% consideram que a "integração num centro hospitalar" não tem impacte nas decisões das fronteiras verticais (Quadro 6.23). Quanto à "empresarialização" dos hospitais, esperava-se que tivesse tido efeito nas decisões relativas às fronteiras verticais das empresas. Com efeito, por um lado, defende-se que a alteração do estatuto jurídico de muitas instituições públicas lhes concedeu maior autonomia, em termos de aprovisionamento, oferecendo maior liberdade negocial na celebração de contratos deste tipo. Por outro lado, a alteração do modo de pagamento aos hospitais (que deixaram de ser pagos através de um modelo retrospectivo, tendo passado a existir uma contratualização da actividade) incentivaria as instituições a procurarem formas alternativas de realização das actividades eventualmente mais eficientes. Todavia, 59% dos hospitais públicos respondem que este factor não teve impacte sobre as decisões de externalização ou internalização[317]. Apesar disso, 28% das organizações públicas inquiridas julgam que esta transformação favorece a externalização e nenhuma organização aponta este factor como responsável pela internalização (Quadro 6.23).

[316] Dado que estas questões se relacionavam, sobretudo, com os hospitais públicos, só se analisam as respostas dadas por este tipo de instituições (aliás, vários hospitais privados optaram por não responder a estas perguntas).

[317] Relembre-se que as instituições públicas se mostram divididas quanto à sua percepção relativamente ao impacte do *outsourcing* nos custos dos serviços: 41% consideravam que os seus efeitos eram negativos, contra 45% que julgavam os seus efeitos como positivos ou muito positivos. Daí que a opção pela externalização não signifique, necessariamente, um modo mais eficiente de realização das actividades.

6.10. Limitações do estudo

Uma das principais limitações do estudo é que a estrutura da amostra considerada não corresponde à estrutura da população. A região norte está mais representada do que as restantes regiões, existindo, ainda, uma representação excessiva dos hospitais especializados e, no caso do sector público, dos hospitais que pertencem ao sector público administrativo. Seria, por isso, interessante repetir o estudo, considerando uma amostra estratificada proporcional por região e tipo de hospital.

Há, também, a consciência de que existe alguma controvérsia quanto ao tratamento estatístico legítimo em questões cujas possibilidades de resposta são do tipo Likert (Carifio e Perla (2007)). Quando o investigador não pode assumir que os respondentes consideraram como equidistantes as várias hipóteses de resposta (Fink (2009), p. 26), isto é, quando não é possível pressupor, por exemplo, que a magnitude da diferença de sentimentos entre "fortemente em desacordo" e desacordo" é semelhante à existente entre outras duas categorias da escala como "acordo" e "fortemente de acordo", os dados são apenas ordinais. Nestas circunstâncias, o cálculo de estatísticas como a média e o desvio-padrão poderá não ser apropriado, porque estas estatísticas implicam conhecer algo mais do que a ordenação relativa dos dados. Porém, Stevens (1946), Professor na Universidade de Harvard, no famoso artigo em que propõe a classificação das escalas de variáveis, reconhecia (p. 679): "*for this "illegal" statisticizing there can be invoked a kind of pragmatic sanction: In numerous instances it leads to fruitful results*". Contudo, prossegue o autor, é necessário muito cuidado com as conclusões retiradas dessas estatísticas. A título de exemplo, Kuzon *et al* (1996), p. 266, salientam que a média de "razoável" e "bom" não é "razoável e meio", mesmo que se utilizem números inteiros para representar o "razoável" e o "bom". O tratamento dos dados como quantitativos torna-se mais aceitável quando, nas possibilidades de resposta, existem níveis simétricos em torno de uma categoria intermédia e, nas folhas de resposta ao questionário, há, do ponto de vista gráfico, um idêntico espaçamento das respostas. Inclusivamente, um mero tratamento qualitativo poderia representar perda de informação.

6.11. Discussão e Conclusões

Quase todos os hospitais portugueses recorrem ao *outsourcing* e há um vasto conjunto de actividades que são objecto de externalização. Todavia, não é de excluir a hipótese de enviesamento na amostra, associado à não resposta por parte dos hospitais que optam pela internalização das actividades.

Contrariamente ao esperado (de acordo com a revisão de literatura e com a evidência empírica de outros países), há uma maior diversidade de actividades externalizadas por parte das instituições públicas, assim como maior intensidade nessa utilização de meios externos. As instituições privadas sem fins lucrativos são as que recorrem menos a meios externos. Estas diferenças, quanto aos escalões orçamentais confiados a empresas externas por hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, são estatisticamente significativas em várias actividades gerais.

A única excepção à maior utilização de recursos externos por parte de entidades públicas ocorre nas actividades laboratoriais que são externalizadas por todas as entidades privadas com intuitos lucrativos, enquanto as organizações públicas optam por outras soluções (também aqui várias diferenças são estatisticamente significativas). Nesta actividade em particular, possíveis explicações podem residir na menor dimensão das instituições privadas e na natureza dos serviços prestados por parte das instituições públicas. Deste modo, existe, em Portugal, um *outsourcing* de actividades clínicas com alguma expressão e que é mais acentuado nas situações que exigem avultados investimentos. Alguns hospitais confiam, inclusivamente, a totalidade dos serviços de radiologia ou de patologia clínica a empresas externas.

De um modo geral, a “concentração nas competências nucleares” é o principal benefício esperado com o recurso ao *outsourcing*. Porém, como se discutiu na análise das motivações geralmente invocadas para o *outsourcing* de cada actividade em particular, diferentes motivações podem ser mais relevantes em cada situação concreta, pelo que não surpreende que os gestores manifestem estar de acordo com os vários benefícios esperados possíveis, que lhes foram apresentados.

Relativamente às motivações para a não realização do *outsourcing*, o único factor que mereceu o acordo das instituições foi o "evitar a dependência de uma empresa prestadora de serviços". Quanto aos restantes motivos para não efectuar o *outsourcing*, as organizações públicas e as que não possuem fins lucrativos mostram estar em desacordo com aqueles que foram sugeridos no questionário. Possíveis causas, identificadas em entrevistas posteriores com responsáveis hospitalares, são a importância da manutenção do emprego local e a manutenção do *status quo*.

A possibilidade de concentração nas competências nucleares é o efeito mais positivo do *outsourcing*. Outros efeitos favoráveis estão associados à "obtenção de recursos adicionais" e ao "aumento da "produtividade". Os inquiridos respondem que os efeitos mais negativos do *outsourcing* são ao nível da "dependência relativamente à empresa prestadora de serviços" (que era aliás o motivo que os conduzia, nalguns casos, a não optar pela realização do *outsourcing*) e das "dificuldades e custos de coordenação".

As ideias essenciais da Teoria Baseada nos Recursos assumiram importância elevada não apenas nas questões relacionadas com a motivação e com o impacte do *outsourcing*, mas, também, nas questões relativas ao processo de decisão. As instituições (dos diferentes tipos) atribuem importância elevada à possibilidade de as empresas existentes no mercado possuírem um nível de conhecimento superior ao disponível no hospital, considerando que essa circunstância favorece a externalização. Por outro lado, verificou-se que as instituições inquiridas nem sempre atribuem o devido nível de importância a alguns factores equacionados na tomada de decisão de externalizar ou não determinada actividade. Com efeito, os gestores conferem importância aos custos irreversíveis, quando estes deveriam ser ignorados. Noutras situações, nem sempre os factores influenciam a decisão, no sentido que é previsto pelas perspectivas teóricas consideradas. Assim, por exemplo, embora as variáveis relacionadas com a especificidade dos activos físicos e humanos assumam relevância na tomada de decisão das instituições públicas, o sentido desse impacte é contrário ao previsto pela Teoria dos Custos de Transacção. O certo, contudo, é que, de acordo com esta perspectiva teórica, os gestores devem ponderar a hipótese de externalizar as actividades em que é possível reduzir custos de produção e em que os riscos de *hold-up* são menores. Este será o caso

das actividades que não exigem investimentos em activos específicos que convidem ao oportunismo e não estão sujeitas a elevada incerteza na envolvente. Esta análise sugere a externalização de serviços gerais (*commodity services*), tais como a alimentação e a limpeza, que envolvem reduzida especificidade dos activos e a internalização de actividades do serviço de aprovisionamento ou do serviço de recursos humanos para as quais existe incerteza elevada e implicam investimentos substanciais em activos específicos. Com efeito, a análise das actividades mais externalizadas confirma as previsões efectuadas pela teoria.

Por outro lado, os inquiridos são de opinião que factores como a "facilidade de medição" não têm impacte no sentido da decisão, quando, do ponto de vista teórico, tal factor pode ter repercussões no resultado obtido. Como salienta Young (2005b), a não atribuição da devida importância a alguns factores poderá originar o aparecimento de consequências inesperadas, quer estas sejam positivas, quer negativas. Os decisores correm o risco de estar a ignorar todos os efeitos potenciais das suas decisões, dando origem a decisões não óptimas.

Já a Perspectiva Política das organizações mostra-se mais relevante para compreender as decisões das instituições públicas do que para compreender as decisões das instituições privadas (sobretudo das que têm intuitos lucrativos). Relativamente a este aspecto, a maioria das instituições públicas considera que, quando os membros da área em análise têm muito poder dentro do hospital, a internalização é preferível, enquanto para os hospitais privados este factor não tem impacte na tomada de decisão.

Todas estas conclusões reforçam a necessidade e a importância de analisar o fenómeno do *outsourcing* sob várias perspectivas teóricas.

7. *Outsourcing* da Imagiologia na Unidade Local de Saúde do Alto Minho

"...the essence of a case study, the central tendency among all types of case study, is that it tries to illuminate a decision or set of decisions; why they were taken, how they were implemented, and with what result."

Schramm (1971)[318]

7.1. Introdução

Tradicionalmente, os hospitais possuem Serviços de Imagiologia que são responsáveis pela realização de exames de diagnóstico e de terapêutica necessários em várias "linhas de produção" (internamento, ambulatório, urgências, etc.). Porém, é habitual a subcontratação, a empresas externas, de certos exames, para colmatar problemas pontuais de capacidade, de indisponibilidade tecnológica ou de recursos humanos.

Nos últimos anos, alguns hospitais decidiram celebrar contratos com empresas externas para realizarem todos os exames associados a esta área, assim como para a gestão do serviço. A nível internacional, existe escassa informação sobre experiências deste tipo na Austrália[319] e no Brasil (Veloso e Malik (2010)). Em Portugal, são do conhecimento geral as opções tomadas por dois hospitais públicos (Unidade Local de Saúde do Alto Minho (desde 2004) e Hospital do Litoral Alentejano (desde 2008)[320]) e por algumas instituições privadas (como, por exemplo, Hospital de Felgueiras[321]; Hospital da Prelada (desde 1995); Hospital de Santa Maria (desde 2008)[322] e Hospital Privado da Boa Nova[323] (inaugurado em 2009)).

---

[318] Schramm, W. (1971), *Notes on Case Studies of Instructional Media Projects*, *working paper*, The Academy for Educational Development, Washington, D.C. Referido por Yin (2009), p. 17.

[319] Jensen e Hall (1995) efectuam uma breve descrição do *outsourcing* do departamento de radiologia no Hospital de Sidney e Young (2005a) faz referência à existência de situações de *outsourcing* do departamento de Imagiologia, num hospital público rural (p. 28).

[320] http://www.imi.pt/ondeestamos/hospitallitoralalentejano, informação acedida a 18 de Maio de 2011.

[321] http://www.josedemellosaude.pt/vpt/portaljosedemellosaude/unidadesdesaude/camposcosta/paginas/drcamposcosta.aspx, informação acedida a 18 de Maio de 2011.

[322] http://www.drpintoleite.com/index.php?id=37, informação acedida a 18 de Maio de 2011.

[323] http://www.hpbn.pt/index.php?id=140&serv=8, informação acedida a 18 de Maio de 2011. Neste caso, o hospital e a empresa prestadora de serviços estão integrados no "Grupo Trofa Saúde".

Com este estudo, procurou-se responder a várias questões de investigação. Em primeiro lugar, é pertinente compreender as motivações para o estabelecimento de relacionamentos deste tipo, nesta actividade em particular e neste momento do tempo. Como questionava Robinson (1994): "sendo suficiente uma relação contratual entre o hospital e uma empresa fornecedora, porque é que as unidades de radiologia são geralmente detidas pelos hospitais?". E, acrescenta-se: "o que explica que, recentemente, alguns hospitais estejam a tomar decisões em sentido contrário ao que era tradicional?". Esta questão assume relevância acrescida na medida em que, como se concluiu no capítulo anterior, podem existir diferenças nas motivações para a realização do *outsourcing* nos serviços clínicos e nos serviços gerais.

No caso particular dos hospitais públicos, em Portugal, ocorreu uma transformação na sua envolvente jurídica e organizativa, que é tradicionalmente invocada para justificar esta opção, mas isso não explica, por si só, decisões semelhantes por parte dos hospitais privados. Com efeito, em Dezembro de 2002, o Ministério da Saúde resolveu proceder à transformação de 34 hospitais em sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos. Os gestores hospitalares passaram a deter mais autonomia e flexibilidade, sobretudo em questões de contratação de pessoal e de aquisição de bens e serviços, o que os terá conduzido a alargar o leque de actividades e serviços confiados a entidades privadas, começando a efectuar o *outsourcing* de alguns serviços complementares de diagnóstico e terapêutica[324].

Na área da Imagiologia, o Centro Hospitalar do Alto Minho, criado em simultâneo com a transformação em sociedade anónima, foi uma das primeiras instituições a tomar tal decisão, ainda no ano de 2004. A alteração na envolvente parece ter estado relacionada com esta opção, mas importa compreender melhor porquê, assim como perceber os benefícios esperados ou outros factores que para ela terão contribuído.

Por outro lado, julga-se oportuno avaliar o sucesso desta experiência e procurar explicações para os resultados obtidos. Como, nesta área, existe um contacto mais próximo com o cliente do que noutras áreas (como, por exemplo, na patologia

[324] Assim, por exemplo, o Relatório do OPSS (2004), p. 111, identificava, como uma ameaça associada à empresarialização dos hospitais, o *outsourcing* de áreas clínicas.

clínica[325]), o seu *outsourcing* pode ter mais repercussões (quer positivas, quer negativas), na imagem da instituição. O estudo da experiência deste hospital torna isso possível, visto que decorreu já um período de tempo suficientemente amplo para abranger a celebração de novos concursos e, inclusive, a mudança de adjudicatário.

Finalmente, este estudo assumirá particular importância para os gestores hospitalares, se permitir retirar conclusões quanto a eventuais factores que devem ser ponderados, quando equacionarem a possibilidade de tomar uma decisão similar. Como salienta Mol (2007), p. 96, poucos autores analisam o processo de *outsourcing*, desde a tomada de decisão, passando pela transferência de actividades, de equipamentos e de recursos humanos (para os fornecedores externos) e pela gestão da relação. Mahnke *et al* (2005) defendem uma ideia semelhante, reforçando a necessidade de analisar o modo como os motivos da decisão se relacionam com os vários elementos contratuais (tais como, medidas de monitorização do desempenho, duração contratual, repartição dos riscos, sistemas de pagamento, estruturas das comissões, alinhamentos de incentivos, propriedade dos activos, etc.). Este estudo tem também como objectivo ajudar a colmatar esta lacuna.

Antes de se passar à apresentação do estudo e das suas conclusões, procede-se a uma caracterização do sector da Imagiologia a nível internacional e dos seus principais problemas. Considera-se importante esta caracterização, porque, como se irá verificar, alguns destes problemas também existem em Portugal ou são relevantes para a comparação e interpretação da evolução de certos indicadores. Em seguida, dá-se a conhecer a instituição, descreve-se o sucedido, discutem-se as motivações e a sua evolução ao longo do tempo, assim como se procuram justificações para os resultados conseguidos. São utilizadas diferentes perspectivas teóricas para analisar variados aspectos do processo, uma vez que algumas se mostraram mais úteis do que outras para essa finalidade. Este trabalho revela-se, assim, inovador, na análise de um processo de *outsourcing* desde a tomada de decisão até à gestão da relação, na utilização de múltiplas perspectivas e na selecção da área objecto de análise.

[325] Note-se que, neste caso, a recolha dos materiais pode ser efectuada por funcionários do hospital, que, posteriormente, os encaminham para uma empresa externa sem que os utentes tenham, portanto, qualquer contacto com a entidade externa.

7.2. Reflexão sobre problemas e tendências do sector da Imagiologia em alguns países desenvolvidos

7.2.1. Introdução e identificação dos principais problemas do sector

Um dos principais problemas do sector da Imagiologia, não apenas na Europa, mas também nos EUA, é a escassez de radiologistas. Esta situação tem-se agravado em virtude da maior complexidade dos exames (novas técnicas que exigem competências diferenciadas) e, também, do aumento dos períodos de tempo em que é necessário o apoio de um radiologista. Se, no passado, em muitos serviços de urgência hospitalares, bastava ter um radiologista de prevenção, actualmente é necessário o apoio de radiologia 24 horas por dia, nos 7 dias da semana (24/7). Consequentemente, na maioria dos países europeus, os radiologistas não encontram dificuldades em conseguir empregos gratificantes e bem remunerados, sentindo-se satisfeitos com a sua posição no sistema de saúde (European Society of Radiology (2010a)).

Por outro lado, alguns exames, como as ecografias, passaram a ser utilizados em contextos tão distintos como salas de parto, blocos operatórios, etc. A impossibilidade de os radiologistas estarem em todos estes locais incentivou a realização destes exames por outros especialistas[326]. É o caso das ecocardiografias, das ecografias obstétricas ou das ecografias vasculares que têm deixado de ser realizadas pelos radiologistas (European Society of Radiology (2010b)). Esta situação foi facilitada pela melhoria da qualidade das imagens associada ao progresso tecnológico.

Quando são os médicos não radiologistas a efectuar os exames imagiológicos em instalações próprias, considera-se que estamos perante um caso de "auto-referenciação". Há um segundo tipo de auto-referenciação, mais controverso, designado por auto-referenciação em *joint-venture*, em que os doentes são encaminhados para instituições externas, onde os clínicos detêm participações ou interesses financeiros.

[326] Nas situações em que existem actividades que podem ser executadas por médicos de uma ou de outra especialidade, surgem, por vezes, "confrontos" (designados *turf wars*) entre essas especialidades (Levin e Rao (2004a)).

Curiosamente, Levin e Rao (2004a) fazem referência a um inquérito efectuado a radiologistas americanos em que se concluiu que o problema da auto-referenciação constituía a sua maior preocupação, logo a seguir à escassez de profissionais. Consideram, ainda, que a auto-referenciação (sobretudo do primeiro tipo) é a sua principal ameaça competitiva (Levy e Goelman (2005); Brant-Zawadzki e Enzmann (2008)), mais do que a concorrência por parte de profissionais de outros países. Estas questões são exploradas nos pontos seguintes. Em primeiro lugar (ponto 7.2.2), revê-se alguma evidência de que as situações de auto-referenciação conduzem a um aumento do número de exames prescritos e realizados, e em que medida essa situação poderá estar relacionada com a existência de indução da procura por parte da oferta. Posteriormente, apresentam-se alguns desenvolvimentos tecnológicos que têm conduzido a uma alteração em termos das competências necessárias para o desenvolvimento desta actividade (ponto 7.2.3).

7.2.2. Indução da procura e problema da auto-referenciação

Havendo a possibilidade de auto-referenciação (quer em instalações próprias, quer noutras em que detêm interesses financeiros), os médicos têm incentivos para se aproveitarem da assimetria de informação, em relação aos doentes, prescrevendo exames que não são estritamente necessários, porque com isso obtêm alguma espécie de benefício (risco de procura induzida pela oferta, como se explicitou no ponto 4.3). Neste ponto, descrevem-se potenciais vantagens e inconvenientes das situações de auto-referenciação, bem como as conclusões principais de estudos que foram realizados neste sector, no sentido de procurar avaliar essa hipótese.

Quanto ao primeiro tipo de auto-referenciação, em que os médicos prestam serviços auxiliares de diagnóstico em instalações próprias, segundo Mitchell (2007), os seus defensores, argumentam que isso é conveniente para os doentes, permite melhor continuidade de cuidados e reduz o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o tratamento (a título de exemplo, numa situação de fractura de uma perna). A qualidade dos exames poderá ser maior, porque os médicos que procedem aos tratamentos estarão melhor qualificados para interpretar os exames relevantes para a sua especialidade e têm maior conhecimento sobre as queixas do doente em questão. Todavia, como os médicos

que fazem os exames não são radiologistas, prossegue Mitchell (2007), receia-se que realizem mais procedimentos, assim como procedimentos menos apropriados (os radiologistas estarão em melhores condições de escolher o exame mais indicado para determinada questão clínica); teme-se, também, que produzam imagens com qualidade técnica inferior e que sejam mais susceptíveis a erros de interpretação (os radiologistas estão treinados para detectar anormalidades acidentais fora do âmbito da área para a qual o exame foi pedido). Além disso, os profissionais de radiologia asseguram a utilização apropriada dos equipamentos e o controlo de qualidade[327] e aplicam os princípios de protecção de radiação (European Society of Radiology (2010a)).

Quanto ao segundo tipo, em que há referenciação para uma entidade externa na qual se detém uma participação financeira, há preocupações semelhantes, centradas no risco de maior utilização e inadequado controlo de qualidade. Nos EUA, esta situação, era bastante frequente, tendo sido parcialmente proibida, mas não eliminada. A lei federal impede este tipo de auto-referenciação em doentes da Medicare e da Medicaid e, segundo Mitchell (2007), quase metade dos estados tinham proibições semelhantes aplicáveis aos seguros privados. Estas proibições surgiram no início dos anos 90, em resposta a vários estudos empíricos que demonstraram a existência de utilização acrescida dos serviços, naqueles casos, resultando em despesas mais elevadas para os terceiros pagadores[328].

Os estudos mais famosos foram realizados por Hillman. Hillman *et al* (1990) analisaram mais de 65000 episódios de ambulatório e concluíram que os médicos que eram proprietários dos equipamentos pediam exames em quantidade mais do que quatro vezes superior à dos colegas que referenciavam para radiologistas independentes. Em Hillman *et al* (1992), demonstrou-se que os médicos que realizavam os exames imagiológicos, em instalações próprias, prescreviam e efectuavam 1,7 a 7,7 vezes mais exames do que aqueles que referenciavam para radiologistas (os valores diferiam

[327] Na Imagiologia de diagnóstico, parte substancial dos custos desnecessários parece resultar da fraca qualidade das imagens e da consequente necessidade de repetir os exames (Levin *et al* (2004)).

[328] Em Portugal, o Código da Ordem dos Médicos estabelece: "o médico, ao referenciar o doente ou ao ajudá-lo na escolha de outro médico, nomeadamente especialista, deve guiar-se apenas pelo seu conhecimento profissional e pelo interesse daquele" (artigo 43º, n.º 1); e acrescenta, no número 3: "é considerada violação ética grave a partilha de honorários (dicotomia), traduzida na percepção de vantagens financeiras, patrimoniais ou outras, pela referenciação do doente."

consoante a condição clínica considerada). De modo semelhante, Mitchell e Sunshine (1992), num estudo sobre instalações de terapia de radiação, verificaram que as *joint ventures* aumentavam o nível de utilização, não existindo evidência de que a qualidade dos serviços fosse superior.

Embora nenhum desses estudos tivesse conseguido determinar se essa utilização acrescida era inapropriada, não se comprovou que tenha estado na origem de melhorias significativas no estado de saúde dos doentes[329], pelo que, em 1993, surgiu a lei federal Stark II[330], que proíbe vários tipos de auto-referenciação por parte dos médicos. Contudo, Mitchell (2007) refere algumas excepções que podem limitar a sua efectividade.

Num dos trabalhos mais recentes sobre o problema da auto-referenciação, Gazelle *et al* (2007) compararam a utilização de imagens entre um grupo de médicos que encaminhavam os doentes para radiologistas com as de outro grupo que referenciava para médicos da mesma especialidade. O pressuposto era que este último grupo tinha maior probabilidade de efectuar "auto-referenciação" (porque, nesta situação, estaria facilitado o estabelecimento de acordos). Foi feita a análise de mais de 18 milhões de episódios de tratamento, entre 1999 e 2003. Efectuados ajustamentos pela idade e pelas co-morbilidades, os autores concluíram que a probabilidade de serem realizados exames de imagem era entre 1,196 e 3,228 vezes maior, se os exames fossem referenciados para médicos da mesma especialidade. Estes valores, mesmo que inferiores aos obtidos por Hillman *et al*, indiciam que o problema da auto-referenciação parece subsistir.

Conclusões idênticas foram obtidas por Mitchell (2008) e Levin *et al* (2008). Mitchell (2008) analisou os dados de um grande segurador privado, nos EUA, relativos ao período entre 2000 e 2004. Notou que houve aumentos significativos das taxas de utilização da tomografia por emissão de positrões (PET) (aumentou quase 400%), das

[329] Relembre-se, a propósito, o famoso estudo realizado por Fisher *et al* (2003), em que se comparou a despesa da Medicare com doentes com fracturas da anca, cancro colorectal e enfartes agudos do miocárdio em 306 regiões. Verificou-se que, no quintil onde havia maiores gastos, os doentes recebiam 60% mais cuidados de saúde do que no quintil com despesas mais baixas, incluindo 65% mais imagiologia. No entanto, não se detectaram diferenças nos resultados clínicos.

[330] Esta designação surge na sequência da designada lei Stark I, de 1989, que impedia os médicos de referenciarem doentes para laboratórios onde detinham interesses financeiros (Getzen (2007), p. 168).

RM (mais de 51%) e das TACs (quase 54%). Ao analisar o prestador que facturava o exame realizado, a autora concluiu que as situações de auto-referenciação e de utilização de instalações de diagnóstico independentes (em que não é possível determinar quem é o proprietário das instalações) têm contribuído significativamente para esta maior utilização da imagiologia avançada, em particular nas RM e nos PETs. Comparativamente, nos exames facturados por hospitais (em que, à partida, não existe auto-referenciação), as variações no número de exames foram muito inferiores. Levin *et al* (2008) concluíram que, entre 2001 e 2006, o volume de TACS realizadas em instalações de radiologistas (a doentes da Medicare) aumentou 85%, enquanto as efectuadas em instalações próprias (ou em *leasing*) de médicos não radiologistas aumentaram 263%.

Não surpreende, assim, que reformas recentemente aprovadas nos EUA exijam aos médicos que informem os seus doentes de que beneficiarão, sob o ponto de vista financeiro, com a realização de determinados procedimentos, mesmo que sejam prestados noutras instalações que não as do médico (Mitchell (2010)).

7.2.3. Progresso tecnológico e tendência de subespecialização

O crescimento acentuado do número de exames realizados, bem como da sua complexidade, na medida em que não foi acompanhado do reforço de radiologistas (European Society of Radiology (2010a)), só se tornou possível devido aos aumentos da produtividade. Estes, por seu turno, foram conseguidos graças ao significativo progresso tecnológico ocorrido nesta área, designadamente, ao desenvolvimento da telerradiologia[331] e de sistemas de PACS[332]. Com efeito, a existência de uma plataforma PACS comum, ou a utilização de uma arquitectura em rede apropriada, permitem a prestação de serviços, em simultâneo, a várias instituições, sendo possível a transferência de trabalho entre diferentes locais, com o consequente aumento da eficiência, por diminuição de tempos mortos (Thrall (2008)). Acresce que os avanços na

[331] A telerradiologia consiste na transmissão à distância de imagens radiológicas para efeitos de diagnóstico ou parecer. Existe há cerca de 50 anos e faz parte do conceito mais abrangente de telemedicina.
[332] Um PACS é um sistema de comunicação e arquivo de imagens (*picture archive and communication system*).

tecnologia médica possibilitaram a digitalização das imagens radiológicas, enquanto os avanços nas tecnologias de comunicação tornaram praticamente nulos os custos de transmissão de grandes ficheiros de imagem através das ligações de banda larga[333], o que facilitou a telerradiologia e incentivou a subespecialização, como se irá expor.

A telerradiologia é muito usada nos *serviços de urgência*, na *prestação de serviços a comunidades rurais* e na *obtenção do parecer de subespecialistas e especialistas*. Muitos hospitais norte-americanos de pequena e média dimensão, apesar de terem *serviço de urgência*, necessitam com pouca frequência de interpretar exames, pelo que não se justifica a contratação de radiologistas; optam, portanto, por efectuar a subcontratação dessa actividade junto de grandes empresas (ou hospitais) que, por sua vez, contratam estes serviços junto de médicos (alguns, inclusivamente, localizados noutros países)[334]. Nos EUA, a primeira empresa especializada na leitura de imagens durante o período nocturno ("Nighthawkrad" ou "Falcão da Noite - Rad") foi criada em 2001[335]. Em 4 anos, o mercado passou a ser dominado por 3 empresas (Levy e Goelman (2005)). Os "falcões da noite" são grandes empresas privadas ou hospitais, que apesar de terem as suas sedes nos EUA, contratam radiologistas em Sydney, Bangalore, Tel Aviv e Barcelona (Levy e Goelman (2005)). A diferença de fusos horários (associada às localizações remotas) permite que os radiologistas interpretem, durante o dia, imagens que são nocturnas nos EUA. De acordo com Watcher (2006), há várias centenas de hospitais americanos que utilizam estes serviços internacionais de telerradiologia. São vários os desenvolvimentos que viabilizaram esta situação, quer do ponto de vista económico, quer tecnológico. Note-se que, enquanto nos EUA se paga cerca de 350 000 USD/ano a um radiologista, um médico indiano pode custar, apenas, 25 000 USD/ano (Watcher (2006)).

[333] Além disso, como acrescenta Friedman (2005), p. 25, as imagens estão disponíveis numa rede com um protocolo uniformizado, pelo que não há qualquer problema na sua visualização em qualquer parte do mundo.

[334] Curiosamente, não é invulgar que os radiologistas americanos recém-formados evitem departamentos que não oferecem o *outsourcing* dos serviços clínicos no período extraordinário, que não têm PACS instalados e onde os radiologistas não detêm uma participação numa *joint venture* ou no capital do centro de Imagiologia (Boland (2005), p. 161).

[335] Segundo informação do site desta empresa (http://www.nighthawkrad.net/about-us/), 25% dos hospitais americanos utilizam os seus serviços (informação acedida em 1 de Outubro de 2010).

Os serviços que estas empresas prestam são, por norma, relatórios preliminares ("molhados") que auxiliam o serviço de urgência, quanto ao tratamento imediato a dar ao doente. Habitualmente, no dia seguinte, é efectuada uma segunda leitura ("a seco") pelo radiologista que assina o relatório (Levy e Goelman (2005)). Esta segunda leitura reflecte considerações legais e de controlo de qualidade.

Alguns estudos publicados demonstram que tem sido possível obter resultados num curto espaço de tempo e com poucos problemas técnicos (Kalyanpur *et al* (2003); Kalyanpur *et al* (2004)). A generalização destas situações, inclusivamente, conduziu a que o *American College of Radiology* estabelecesse um grupo de trabalho, em 2004, para definir linhas de orientação quanto a esses processos. Uma das principais recomendações foi que os radiologistas deveriam possuir credenciais como prestadores de serviços (Stack *et al* (2007)), dada a dificuldade (ou impossibilidade)[336] em definir regras para a interpretação de exames. Na verdade, quanto mais fácil for a informatização (*computerization*) de uma tarefa, mais fácil será a sua deslocalização e *outsourcing* (Levy e Goelman (2005)). Como explicitam Levy e Murnane (2004)[337]:

"*All workplace tasks involve processing information (…) The tasks most vulnerable to computer substitution are those where the information processing can be described in rules. When a task can be fully described in rules, it can be programmed for a computer. When significant parts of a task can be described in rules, it is vulnerable to offshoring since it can be assigned to offshore producers with reduced risk of miscommunication and lower costs of monitoring. When a task's rules cannot be articulated – when the task involves extensive tacit knowledge – neither computerization nor offshoring is a readily available alternative.*"

Na Europa, vários países, entre os quais Portugal, recorrem à telerradiologia. Nalguns casos, há uma prestação internacional de serviços, como acontece com a empresa "Telemedicine Clinic", sedeada em Barcelona, que presta serviços a cerca de 80 hospitais nórdicos e do Reino Unido[338] (HealthCareEuropa (2009b)). Entretanto, alguns

[336] Porém, discute-se, hoje em dia, a possibilidade de o *software* de reconhecimento de imagem ser num futuro próximo o primeiro leitor das imagens (Goldsmith (2011)).

[337] Levy, Frank and Richard Murnane (2004), *The New Division of Labor*, Princeton University Press e Russell Sage Foundation, citados por Levy e Goelman (2005), p. 413. Relembre-se, a este propósito, a perspectiva da Visão Baseada no Conhecimento (cf. ponto 3.4.2).

[338] Em países como o Reino Unido, por exemplo, os exames não podem ser enviados para países não pertencentes à União Europeia, sem o consentimento escrito dos doentes (*Data Protection Act*), embora as transferências no interior da União Europeia possam ser realizadas sem o conhecimento dos doentes (Davis (2008)). Em Portugal, alguns exames imagiológicos, efectuados no Porto, são interpretados no Brasil (http://blogs.estadao.com.br/renato-cruz/outsourcing-na-saude/).

países europeus, como a Alemanha, a França e a Suíça impedem que as imagens sejam interpretadas fora do país. Na Alemanha, a interpretação das imagens não pode ser efectuada a mais de 45 minutos (HealthCareEuropa (2009b)).

Noutras situações, a telerradiologia é usada para *obter o parecer e a opinião de médicos muito especializados em determinadas áreas ou problemas*. Assim, é utilizada, por exemplo, no Reino Unido, para obter relatórios junto de centros especializados localizados na Europa ou noutros países. De modo semelhante, o Instituto de Radiologia Dr. Pinto Leite afirma no seu site[339] que detém um acordo com os Hospitais da Universidade da Califórnia Sul (San Diego), para onde envia os exames mais complexos sobre os quais pretende obter uma segunda opinião (de "super-especialistas"), de modo a "salvaguardar a actualização e formação dos seus médicos". Este fenómeno resulta do aumento gradual da especialização dos radiologistas (European Society of Radiology (2010a)), que, por sua vez, estará associado a uma prática médica cada vez mais especializada. Segundo Thrall (2007a), alguns observadores acreditam que a prática da radiologia "em geral" não é sustentável nesta era de prática médica especializada. Após uma formação de carácter mais geral, os radiologistas obtêm formação que pode ser de dois tipos: ou mais genérica (vocacionada para o trabalho em equipas que prestam serviços 24/7); ou numa especialidade específica (vocacionada para o trabalho nessa área, em centros de referenciação secundários ou terciários). Segundo a European Society of Radiology (2010a), o rápido progresso tecnológico que tem ocorrido em alguns exames (como as TACs e as RM), bem como o facto de, nos centros secundários e terciários de prestação de cuidados de saúde, se trabalhar com sistemas ou doenças específicas, têm contribuído para esta situação. Legitimamente, os pacientes e os médicos esperam obter a opinião de um perito.

7.2.4. Conclusão e implicações para o presente estudo

Em primeiro lugar, o problema da escassez de radiologistas (sentido em Portugal) é também objecto de preocupação internacional. Como se discutirá no ponto 7.6, o estabelecimento de relacionamentos de *outsourcing* poderá ser uma forma de conseguir

[339] Informação acedida em http://www.drpintoleite.com/index.php?id=37, a 5 de Abril de 2011.

aceder a este tipo de recursos (ou a conhecimento mais especializado). Em segundo lugar, há vários estudos, realizados nos EUA, que demonstram que, em situações de auto-referenciação, é prescrito maior número de exames, o que poderá indiciar a existência de indução de procura. Deste modo, um dos riscos que o *outsourcing* da Imagiologia poderá acarretar é a criação de incentivos para a indução de procura, sobretudo, se for estabelecido um pagamento por acto.

7.3. Estratégia e tácticas de investigação

Atendendo às questões de investigação, e como se justificou no ponto 4 do capítulo 5, considerou-se mais apropriado proceder à realização de um estudo de caso. Com efeito, pretende-se responder às questões "como?" e "porquê?", relativas a um fenómeno contemporâneo. Importa perceber as razões deste fenómeno, o desenrolar do processo nas suas várias etapas, assim como os resultados obtidos. É o tipo de investigação que Eisenhardt e Graebner (2007) denominam de *phenomenon driven.*

Por outro lado, este estudo da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM) é, também, *instrumental* (Stake (1994), p. 237), isto é, efectuado para ajudar a compreender (*provide insight*) a recente opção de alguns hospitais no sentido de efectuar o *outsourcing* da Imagiologia e procura ilustrar como é que os receios dos investigadores e teóricos se manifestam no caso (pp. 242-243).

O estudo iniciou-se com a realização de duas entrevistas semi-estruturadas, nos dias 6 de Agosto de 2009 (com a duração de duas horas), e no dia 29 Outubro de 2009 (cerca de 60 minutos), à Gestora hospitalar da ULSAM com a responsabilidade pelos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, cuja colaboração se mostrou imprescindível para a concretização deste trabalho. Foi a *gatekeeper* (relembre-se o ponto 5.2.5.2) que possibilitou a abertura das portas da organização e o acesso aos entrevistados, bem como à quase totalidade da documentação disponibilizada.

Nos dias 20 de Janeiro e 17 de Maio de 2010, realizaram-se várias entrevistas, já mais estruturadas, a alguns actores organizacionais, de diferentes níveis hierárquicos e de diversos departamentos, tal como sugerido por Eisenhardt e Graebner (2007)

(cf. ponto 5.5). Por tal, foram entrevistados, na ULSAM: o Director Clínico (que é também o Director do Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica)[340], um Assessor do Conselho de Administração, a Gestora hospitalar responsável pelo Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, a Directora do Serviço de Gestão Financeira, bem como o responsável pelos Serviços Jurídicos. Cada entrevista demorou, em média, 90 minutos. Efectuaram-se, ainda, duas entrevistas em profundidade (a 22 de Abril e a 7 de Maio de 2010), com uma duração total de 5 horas, ao Director-Geral do actual adjudicatário dos serviços de Imagiologia.[341] No entanto, não houve possibilidade de entrevistar nem o Presidente do Conselho de Administração que tomou a decisão inicial, nem o primeiro adjudicatário. Foi analisada variada documentação, alguma pública (relatórios e contas, dados da ACSS, notícias de imprensa, actas de decisões judiciais e elementos dos concursos públicos); outra, interna e privada (extractos contabilísticos, dados relativos à produção e à facturação e, inclusive, actas de reuniões celebradas entre o hospital e a instituição prestadora de serviços). A análise desta documentação forneceu "pistas" de investigação, estando na origem de certas questões colocadas aos inquiridos, porque se admitiu que a eventual existência de conflitos e/ou problemas se traduzisse em alterações das cláusulas do caderno de encargos ou dos contratos[342]. Por outro lado, permitiu obter evidência para, eventualmente, apoiar a perspectiva dos inquiridos, em particular, a dos informantes chave ou privilegiados. Versões preliminares deste capítulo foram, ainda, analisadas por vários entrevistados (pelos motivos já sintetizados no Quadro 5.10).

[340] Em Janeiro de 2011, passou a desempenhar, também, as funções de Presidente do Conselho de Administração.

[341] Entrevistas realizadas a vários gestores de outros hospitais e também ao responsável por uma grande empresa prestadora de serviços de Imagiologia (não directamente envolvida em nenhum dos acontecimentos aqui descritos) mostraram-se também úteis para a realização deste estudo de caso e serão oportunamente referidas.

[342] Os documentos que apoiam os vários procedimentos de aquisição não são particularmente extensos. O contrato ocupa 6 páginas, as condições gerais do caderno de encargos preenchem 3 páginas, e apenas o documento com as condições técnicas que, no primeiro concurso, era de 11 páginas (excluindo anexos) passou a 14 páginas, logo no segundo procedimento realizado.

7.4. Apresentação e história da ULSAM

O Centro Hospitalar do Alto Minho (CHAM) foi criado pelo Decreto-Lei 295/2002, de 11 de Dezembro, como sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos. Abrangia duas unidades hospitalares: o Hospital Distrital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, e o Hospital Conde de Bertiandos, em Ponte de Lima. Em 4 de Setembro de 2008, foi publicado o Decreto-Lei 183/2008 (posteriormente rectificado pelo Decreto-Lei 12/2009, de 12 de Janeiro) que determinava a integração do CHAM com os centros de saúde do distrito de Viana do Castelo, dando origem à Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. Assim, a ULSAM agrega, para além das duas unidades hospitalares, um "Centro de Saúde" por cada um dos Concelhos do Distrito[343] - à excepção do Concelho de Viana do Castelo com 3 "Centros de Saúde" - 21 Extensões de Saúde, e 2 Unidades de Convalescença. Por sua vez, diversos centros de saúde integram Unidades de Saúde Familiares.

Ilustração 1: Concelhos do distrito de Viana do Castelo

Fonte: Plano de Negócios (2003).

A ULSAM presta serviços em todas as valências básicas e intermédias e nalgumas valências altamente diferenciadas (como a endocrinologia, a reumatologia e a cirurgia plástica e reconstrutiva), num total de 30 especialidades. O número total de funcionários ascendia a 2666, em finais de 2009. Quanto ao número de camas, eram 479, repartidas do seguinte modo[344]: Hospital de Santa Luzia (373); Hospital Conde de Bertiandos (72) e Unidades de Convalescença (34).

[343] Arcos de Valdevez, Caminha, Melgaço, Monção, Paredes de Coura, Ponte da Barca, Ponte de Lima, Valença, Viana do Castelo e Vila Nova de Cerveira.
[344] Informação baseada na resposta ao inquérito remetido a todas as instituições hospitalares portuguesas e cujos resultados globais foram apresentados no capítulo 6 deste trabalho.

7.5. Decisão inicial de *outsourcing* e problemas judiciais subsequentes: análise à luz da Teoria dos Custos de Transacção

Com base na documentação relativa a vários processos judiciais associados ao primeiro procedimento de contratação do Serviço de Imagiologia, houve a possibilidade de reconstituir o modo como se desencadeou o processo e alguns problemas associados ao mesmo, que se resumem neste ponto[345].

7.5.1. Procedimento por Negociação inicial

Em 21 de Agosto de 2003, o Conselho de Administração (CA) do então CHAM decidiu adjudicar a um consultor externo (administrador hospitalar) a elaboração de um Caderno de Encargos para o Concurso de Gestão e Prestação de Serviços de Imagiologia da instituição. Cerca de um mês mais tarde, a 25 de Setembro, o CA deliberou a abertura de um Procedimento por Negociação para esses serviços, tendo ainda sido definidos os critérios de selecção e aprovado o Caderno de Encargos.

No primeiro concurso, foram apresentadas propostas por três sociedades comerciais: "SMIC – Serviço Médico de Imagem Computorizada" (SMIC); "Hipócrates – Imagem e Medicina" (Hipócrates) e "Dr. João Carlos Costa – Diagnóstico por Imagem, Lda" (JCC). As empresas propuseram os valores anuais que constam do Quadro 7.1, tomando em consideração que o contrato vigoraria por um período de 3 anos.

Quadro 7.1: Valor das propostas iniciais (Procedimento por Negociação Nº 1/ 2004)

Empresa	Montante anual proposto[346]
Hipócrates – Imagem e Medicina	1 745 833 € + IVA
Dr. João Carlos Costa - Diagnóstico por Imagem, Lda	2 400 790 €;
SMIC – Serviço Médico de Imagem Computorizada	Valor não disponível

Contudo, o critério de adjudicação não era o do preço mais baixo, mas sim o da proposta economicamente mais favorável, pelo que as propostas das empresas candidatas foram, ainda, classificadas quanto a outros factores ou elementos (como se irá explicitar no ponto 7.6), tendo obtido a pontuação apresentada no Quadro 7.2.

[345] Os factos apresentados no ponto 7.5.1 do estudo de caso são aqueles considerados como provados judicialmente (de acordo com o Acórdão 00406/04.6BEBRG do Tribunal Central Administrativo Norte, de 29 de Novembro de 2007).
[346] Nos casos em que as empresas fornecedoras renunciam à isenção, o IVA acresce ao valor da proposta.

Quadro 7.2: Classificação das propostas iniciais

Empresa	Pontuação atribuída
Hipócrates – Imagem e Medicina	87,66 pontos
Dr. João Carlos Costa - Diagnóstico por Imagem, Lda	79,63 pontos
SMIC – Serviço Médico de Imagem Computorizada	73 pontos

Fonte: "Resumo provisório" apresentado pela Comissão de Avaliação das Propostas.

De ressalvar que a Comissão de Análise de Propostas (CAP) era integrada por três elementos do quadro de pessoal administrativo que não possuíam "quaisquer conhecimentos quanto ao objecto do concurso, pois só tratavam da parte administrativa" e que os "concorrentes foram avaliados pela CAP segundo "*critérios de bom senso*", sendo atribuída mais pontuação ao concorrente que prestava mais equipamento, por o réu [CHAM] não saber que equipamentos devia pedir aos candidatos".

Após a elaboração deste resumo, os membros da CAP entregaram o processo ao Presidente do CA. Porém, o CA deliberou alargar o âmbito do objecto do concurso, estendendo-o ao Serviço de Urgência. Por isso, nos processos judiciais, estão incluídas três telecópias, datadas de 19.12.03, remetidas pelo Director Clínico às três concorrentes ao concurso, para que formulassem novas propostas, delas constando:

"Reafirmando o que foi conversado em reunião havida no dia 18 de Dezembro, pelas 11 horas, em sede de negociação sobre o processo de contratualização do Serviço de Imagiologia, solicito a apresentação de proposta que contemple a inclusão dos serviços de urgência do CHAM, S.A., nos moldes referidos na reunião. Assim, e a título de exemplo, refira-se que deverão ser contemplados o pessoal técnico e o movimento assistencial que se anexa. Igualmente conforme acordado, esperamos a proposta até ao próximo dia 30 de Dezembro […]".

Em anexo a estes faxes, foram remetidos documentos respeitantes à quantidade de exames nos anos de 2001 a 2003 e uma estimativa para 2004, bem como uma relação com os nomes de seis técnicos de diagnóstico e terapêutica/radiologia, a acrescentar aos técnicos inicialmente previstos. As propostas enviadas pelas empresas, após reformulação, constam do Quadro 7.3.

Quadro 7.3: Valor das propostas englobando o Serviço de Urgência

Empresa	Montante anual proposto
Hipócrates – Imagem e Medicina	2 942 853 € + IVA
Dr. João Carlos Costa - Diagnóstico por Imagem, Lda	2 879 800 €[347]
SMIC – Serviço Médico de Imagem Computorizada	n.d.

O Director Clínico e o Presidente do CA avaliaram qualitativamente as propostas apresentadas, atribuindo pontuações superiores às que tinham mais equipamentos, e transmitiram ao Presidente da Comissão (júri do concurso) o resultado da negociação que efectuaram. Na sequência desta análise, e para efeitos da sua audiência prévia, foi comunicada aos concorrentes a ordenação constante do Quadro 7.4 e a consequente proposta de adjudicação à empresa JCC, o que deu origem a reclamações das restantes empresas (note-se que antes da inclusão dos serviços de urgência estava prevista a adjudicação à empresa Hipócrates).

Quadro 7.4: Classificação final das propostas

Empresa	Pontuação atribuída
Dr. João Carlos Costa - Diagnóstico por Imagem, Lda	97 pontos
SMIC – Serviço Médico de Imagem Computorizada	94,26 pontos
Hipócrates – Imagem e Medicina	90,37 pontos

Nos processos judiciais, considerou-se que a abertura dos aditamentos às propostas apresentadas não tinha sido feita na presença dos concorrentes, mas sim no CA, existindo, inclusivamente, uma cópia de um ofício, datado de 19.02.04, dirigido à empresa "Hipócrates", onde se pode ler:

"1.1 A abertura das propostas iniciais foi pública (…) Esclarece-se, contudo, que em sede de negociação foi solicitada apresentação de novas propostas aos concorrentes, sendo-lhe determinada uma data limite para sua apresentação, sem qualquer menção a uma data de abertura pública, o que não foi contestado por nenhum dos concorrentes. Assim, dada a inexistência de regras rígidas para a condução de procedimentos por negociação, entendeu o órgão de gestão deste centro hospitalar proceder à abertura das propostas logo que lhe foi possível, tanto mais que os outros dois concorrentes apresentaram as suas propostas sem qualquer referência ao procedimento por negociação."

No dia 12 de Março de 2004, foi celebrado um contrato com a empresa JCC, que entrou em vigor no dia 15 de Março, por um período de 3 anos.

[347] Este é o valor que consta do processo judicial, embora o valor do contrato seja de 8 639 040 euros (e não de 8 639 400, como se obtém multiplicando por três aquele valor anual). Os serviços prestados por esta empresa estão isentos de IVA.

7.5.2. Breve síntese das decisões judiciais

No dia 2 de Abril de 2004, a empresa Hipócrates dá entrada em tribunal do primeiro pedido relacionado com este procedimento de aquisição. A empresa invocava a violação de diversas normas do Decreto-Lei nº 197/99[348], de 8 de Junho, pedia que fosse anulada a decisão do CHAM que determinou a apresentação de nova proposta e a ampliação do caderno de encargos e, em consequência, que fossem consideradas apenas as propostas apresentadas dentro do prazo estipulado pelo anúncio público do concurso. Sugeria, ainda, que sendo a sua proposta economicamente mais vantajosa, lhe fosse adjudicada a prestação dos serviços de Imagiologia, em causa no referido concurso, ou, em alternativa, que fosse anulado todo o procedimento concursal, bem como a deliberação que os adjudicou à empresa JCC[349]. Desde essa data, houve várias decisões e recursos judiciais associados a esse processo que só terminou, decorridos mais de 5 anos, em Outubro de 2009. Em seguida, sintetizam-se algumas das decisões mais significativas.

Quadro 7.5: Várias sentenças judiciais relacionadas com este processo

Data da Decisão e Tribunal	Despachos/Sentenças
14 de Dezembro de 2005 Tribunal Administrativo e Fiscal de Braga (TAFB)	Nega provimento à pretensão cautelar da empresa Hipócrates de suspensão do acto de adjudicação do fornecimento de serviços de Imagiologia à empresa JCC ou a intimação para não haver a transferência das instalações, pessoal e o demais englobado no concurso até decisão do processo principal.
9 de Novembro de 2006 TCAN (Proc. nº 00391/04.4BEBRG)	Considera extemporâneo o recurso jurisdicional interposto, no âmbito de processo de natureza urgente, em 30/12/2005, pela empresa Hipócrates.
18 de Junho de 2007 Tribunal Administrativo e Fiscal de Braga	O Tribunal entende que o CHAM, neste caso, não poderia ter optado por um procedimento por negociação e que, ao fazê-lo, violou o estabelecido no Decreto-Lei nº 197/99, que impunha o concurso público. Entendeu, ainda, que o procedimento negocial foi desenvolvido com desrespeito dos princípios da legalidade, do interesse público, da transparência e da publicidade, da imparcialidade e da estabilidade. Convida as partes a acordarem, no prazo de 20 dias, no montante da indemnização a pagar pelo CHAM à "Hipócrates"[350].

[348] Regime jurídico de realização de despesas públicas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens móveis e serviços que foi aplicável até à entrada em vigor do Código dos Contratos Públicos (Decreto-Lei nº 18/2008, de 29 de Janeiro).

[349] Esta descrição consta do relatório do Acórdão do Supremo Tribunal Administrativo, de 10 de Setembro de 2008, Processo nº 0823/08.

[350] Deliberação tomada de acordo com o nº 5 do artigo 102º do Código de Processo nos Tribunais Administrativos que estabelece que: "se, na pendência do processo, se verificar que à satisfação dos interesses do autor obsta a existência de uma situação de impossibilidade absoluta, o tribunal não profere a sentença requerida mas convida as partes a acordarem, no prazo de 20 dias, no montante da indemnização a que o autor tem direito". Saliente-se que o Tribunal entendeu que o Decreto-Lei nº. 197/99, de 8 de Junho era aplicável a esta situação, contrariando, deste modo, o entendimento da Unidade de Missão dos Hospitais SA, que, em 03.06.03, emitiu um documento denominado de "Linha Directa nº10", onde, no ponto relativo a Aquisição de Serviços, referia: *"Os Hospitais S.A. não se incluem no*

Data da Decisão e Tribunal	Despachos/Sentenças
29 de Novembro 2007 TCAN (Processo nº 00406/04.6BEBRG)	Nega provimento ao recurso apresentado pelo CHAM, mantendo a sentença recorrida.
14 de Fevereiro de 2008 Tribunal Administrativo e Fiscal de Braga (TAFB)	Na sequência da sentença referida no ponto anterior, a empresa Hipócrates requereu a fixação judicial de indemnização na quantia de 1 835 743,40 euros "ou o montante que se determinar como correspondendo aos lucros que deixou de obter pela adjudicação frustrada." O TAFB considera que a indemnização deveria ser "fixável em torno dos encargos por si suportados com a apresentação da sua proposta junto da Ré, mas apenas a título de danos emergentes" e não a título de "lucros cessantes".
Tribunal Central Administrativo Norte	Na sequência do Despacho do TAFB, ambas as partes apresentaram recurso para o TCAN que decide negar provimento ao recurso interposto pela empresa "Hipócrates", com fundamento na nulidade de todo o procedimento. Conclui que, sendo este nulo, nunca lhe poderia conferir qualquer direito de adjudicação. Logo, não lhe caberia sequer o direito a indemnização por lucros cessantes, porque a nulidade abrangeu todo o procedimento, *ab initio*.
Tribunal Central Administrativo Norte	Na sequência do acórdão referido no ponto anterior, a empresa Hipócrates interpõe "recurso de revista" [351], alegando, entre outros, que com tal entendimento, é desresponsabilizada a prática de actos ilícitos, não havendo lugar a qualquer consequência. Assim, considera o problema revestido de importância jurídica e social fundamental bastante para justificar a admissão do recurso de revista. O TCAN indefere o recurso com base em extemporaneidade, mas a empresa Hipócrates recorreu para o Presidente do Supremo Tribunal Administrativo. Por despacho do TCAN foi-lhe concedida razão, mas o CHAM opôs-se à admissão da revista.
9 de Outubro de 2008 STA (Proc. nº 0823/08)	O Supremo Tribunal Administrativo (STA) acorda em admitir a revista ao processo.
7 de Outubro de 2009 STA (Proc. nº 0823/08)	Os juízes do STA negam provimento à revista.

Fonte: Elaborado a partir dos Acórdãos do STA, de 7 de Outubro de 2009 e 9 de Outubro de 2008, Processo Nº 0823/08, do Acórdão do TCAN, de 29 de Novembro de 2007, Processo Nº 00406/04.6BEBRG, e do Acórdão do TCAN, de 9 de Novembro de 2006, Processo Nº 00391/04.4BEBRG.

No final, o CHAM foi absolvido e não pagou qualquer indemnização à empresa Hipócrates, apesar de as despesas com o processo terem ascendido a 57 690,01 €.

âmbito de aplicação do Decreto-Lei nº. 197/99, de 8 de Junho, que estabelece o regime de realização de despesas com locação e aquisição de bens e serviços, bem como da contratação pública relativa à locação e aquisição de bens moveis e imóveis. Todavia, os Hospitais S.A sempre que necessitem de efectuar aquisições de bens ou serviços devem observar os seus princípios, designadamente, de publicidade, de concorrência, estabilidade e transparência".

[351] "A revista dos Acórdãos proferidos pelo TCA em segunda instância não constitui um direito processual dos litigantes em contencioso administrativo, mas uma possibilidade restrita aos casos mais importantes, pelo que os requerimentos de admissão deste recurso dito "excepcional" são sujeitos ao crivo ou "filtro" de uma formação constituída por 3 juízes de entre os mais antigos do Supremo Tribunal Administrativo (STA), que decide sem recurso" (como se explicita no Acórdão do STA, de 9 de Outubro de 2008, Processo nº 0823/08).

7.5.3. Discussão à luz da Teoria dos Custos de Transacção

Este caso ilustra os possíveis custos de transacção que podem estar associados às decisões de contratação no mercado e que estes custos podem ser mais significativos para as empresas do sector público do que para as empresas privadas. Com efeito, a contratação por parte do sector público está muito restringida por regras que, ao procurarem salvaguardar que o dinheiro público é gasto nos fins pretendidos, impedem a realização de acordos com a flexibilidade do sector privado (Sclar (2000)). Os candidatos perdedores têm o direito de contestar a adjudicação inicial e as entidades públicas têm de estar preparadas para justificar os contratos celebrados, como aconteceu nesta situação.

Relembre-se que, como se expôs no ponto anterior (nota de rodapé 350), existia o entendimento de que os Hospitais SA não estariam abrangidos pelo Decreto-Lei nº 197/99, o que poderá ter incentivado o recurso ao *outsourcing*.

Os custos de transacção são evidentes, quer nos custos associados aos procedimentos judiciais que se acabaram de mencionar, quer nas dificuldades de controlo da quantidade de exames facturados, que serão descritas no ponto 7.7. [352]

Saliente-se, todavia, que se está a utilizar a designação "custos de transacção" não no sentido mais estrito a que Williamson atribuía particular importância (associados à especificidade dos activos e à incerteza), mas sim com o sentido mais abrangente, proposto por Coase (1960), p. 15, que os define da seguinte forma:

"In order to carry out a market transaction it is necessary to discover who it is that one wishes to deal with, to inform people that one wishes to deal and on what terms, to conduct negotiations leading up to a bargain, to draw up the contract, to undertake the inspection needed to make sure that the terms of the contract are being observed and so on."

[352] Para além dos custos com os tribunais e com os advogados, existe o significativo custo de oportunidade associado ao tempo dispendido com a resolução destes problemas. Além disso, todos os meses é necessário efectuar a conferência manual das requisições e realizar correcções na aplicação informática SIIMA, ou porque o exame foi validado incorrectamente pelo médico ou porque houve erro administrativo ou informático.

A opção inicial por um procedimento por negociação, em vez de concurso público, pode ser vista como forma de limitar a ameaça de *oportunismo*. O "procedimento de negociação" caracterizava-se pelo facto de o "conteúdo do contrato ser negociado com um ou vários prestadores de serviços ou fornecedores de bens" (Bernardino (2003))[353]. Na modalidade seleccionada pelo CHAM, a Administração escolhia, de entre as empresas admitidas, as que considerava "mais qualificadas para apresentar proposta". Recorde-se, contudo, que o entendimento dos tribunais foi que havia necessidade de celebrar um concurso público em situações semelhantes (como, aliás, se veio a verificar nos procedimentos seguintes (Quadro 7.6)).

O tipo de procedimento seleccionado, ao permitir que a negociação fosse efectuada apenas com empresas reputadas, contribuiria, também, para evitar o problema de "selecção adversa" [354]. Este problema é mais grave nas empresas públicas, como sugere Sclar (2000), p. 107. Uma entidade pública, ao analisar as propostas de preço mais baixo, tem dificuldade em avaliar se está perante uma empresa mais eficiente ou mais tolerante ao risco. Quando as empresas públicas são obrigadas, pela legislação, a adjudicar aos fornecedores com preços mais baixos, podem estar a seleccionar prestadores pequenos e com capital reduzido, que não são capazes de prestar o serviço, embora julguem que o são (Sclar (2000), p.111). Este é o problema da selecção adversa[355]. No ponto seguinte, discute-se o modo como o CHAM conseguiu contornar este problema, a partir do momento em que passou a celebrar concursos públicos.

[353] O Decreto-Lei nº 197/99, de 8 de Junho, previa a existência de 2 modalidades para este procedimento: "com publicação prévia de anúncio" e "sem publicação prévia de anúncio". Na primeira modalidade, que foi a seleccionada pelo CHAM, "todas as entidades que reúnam as condições técnicas, económicas ou outras exigidas, podem apresentar a sua candidatura, convidando a Administração, de entre as que forem admitidas, as que considere mais qualificadas para apresentar proposta"; na segunda modalidade, "as entidades a convidar por carta para apresentação de proposta, em número não inferior a três" eram escolhidas pela administração de "acordo com o conhecimento e experiência" que delas tinham (Bernardino (2003), p. 140). Note-se que o novo Código dos Contratos Públicos, aprovado pelo Decreto-Lei nº 18/2008, de 29 de Janeiro, apenas prevê a existência do procedimento de negociação com publicação prévia de anúncio, deixando de existir a figura da negociação sem publicação prévia de anúncio.

[354] A designação "selecção adversa" é usada aqui com um sentido mais abrangente do que aquele que foi apresentado no ponto 4.2. "Selecção adversa" é uma situação na qual a parte com informação inferior (sobre uma situação de mercado) actua primeiro, ao procurar estabelecer uma relação contratual (Salanié, Bernard (1998), *The Economics of Contracts*, Cambridge: The MIT Press).

[355] Como se explicou na nota de rodapé 350, as orientações dadas aos hospitais empresarializados eram no sentido de que o Decreto-Lei nº 197/99 não lhes era aplicável, o que permitia evitar situações deste tipo. Isso poderia incentivar maior recurso ao *outsourcing* por parte deste tipo de hospitais.

7.6. Motivações para a realização do *outsourcing* e alterações nos documentos dos procedimentos

Um dos objectivos da realização desta pesquisa era identificar as razões e motivos subjacentes à decisão da administração do CHAM e eventuais factores que a terão condicionado, tentando, simultaneamente, levantar hipóteses quanto a possíveis explicações aplicáveis noutros contextos idênticos ou similares. Quando a investigação se iniciou, considerava-se que a análise dos critérios de adjudicação poderia indiciar as motivações subjacentes ao *outsourcing* desta actividade, e a sua eventual alteração ao longo do tempo. Se uma empresa pretende reduzir custos, seria expectável que o factor preço tivesse grande peso na determinação da pontuação das propostas das empresas fornecedoras. Entretanto, esta análise não se revelou apropriada, como se irá expor.

De acordo com o referido no Relatório e Contas do CHAM de 2003, p. 24, a entrega a uma empresa privada da gestão do Serviço de Imagiologia resultava de "estrangulamentos vários", pretendendo-se melhorar a "qualidade global do serviço". "O grande objectivo" era "a melhoria das condições de assistência aos doentes", como afirmou o então presidente do Conselho de Administração, Fernando Marques, ao jornal Primeiro de Janeiro (Pereira (2003)). Pretendia-se "acabar com o sistemático transporte de doentes de clínica em clínica, para realização dos exames" (Lusa (2007c)), passando a efectuar cerca de 95% dos exames no hospital (Pereira (2003)), e recorrendo ao exterior apenas em casos pontuais. Esta ideia é reforçada, com a seguinte afirmação de Fernando Marques: "A nossa capacidade de resposta é péssima, andamos sempre a recorrer a outros hospitais públicos ou a gabinetes privados de Viana do Castelo, Braga e Porto, com tudo o que isso significa de incómodos para os doentes, que são obrigados a andar de ambulância de um lado para o outro" (Pereira (2003)).

Ou seja, os motivos apresentados publicamente para esta opção estavam relacionados com um desejo de *internalização* da realização dos exames e de melhoria da *qualidade*. A contratação de uma empresa externa para realizar os exames no interior do hospital, ou num local muito próximo (caso das instalações da JCC), seria benéfica para os

doentes, evitando deslocações maiores[356]. A preocupação com a melhoria da qualidade foi também invocada por vários entrevistados, tendo um referido:

"O custo, nessa altura, não era preocupação. A preocupação era a qualidade. Os custos não eram relevantes. (…) O serviço prestado pela [empresa de] João Carlos Costa era, indiscutivelmente, de qualidade superior."

O intuito de aumentar a qualidade correspondia, aliás, a uma das preocupações essenciais quando foram criados os hospitais SA, expressa em variada documentação. Assim, a título de exemplo, num artigo do então responsável da "Unidade de Missão Hospitais SA", Ribeiro (2004), refere-se que o primeiro objectivo estratégico da empresarialização era o "serviço ao utente e a qualidade de prestação", procurando-se "assegurar o desenvolvimento de políticas de gestão centradas no utente e na prestação de serviços de qualidade excepcional" (p. 67). Estas preocupações constavam até do Programa do XV Governo[357], como se pode ler nas páginas 148-149:

"O compromisso político (…) [no domínio da Saúde] é o de que as reformas a realizar serão norteadas pela preocupação de dar às pessoas um atendimento de qualidade, em tempo útil, com eficácia e com humanidade. (…) Neste contexto, o actual Serviço Nacional de Saúde deverá ser profundamente reformado por forma a passar de um sistema público, de natureza monopolista e administrativa, para um sistema misto de serviços de saúde, onde coexistam entidades de natureza pública, privada e social, agindo de forma integrada e orientado para as necessidades dos utentes. (...) O Estado pode e deve ter um papel a desempenhar na gestão das estruturas da Saúde. No entanto, onde se comprove que os sectores privado e social gerem com maior eficácia, menores custos e evidente benefício de quem carece de cuidados, o Governo não terá qualquer hesitação em assumir uma visão bem distinta da atitude estatizante, centralizadora e burocrática que tem caracterizado a política ao longo de sucessivos Ministérios da Saúde."

[356] Importa ressalvar que esta situação não tem correspondência "perfeita" com o conceito de *outsourcing* apresentado no capítulo 2. Com efeito, uma parcela da actividade (a que era desenvolvida no hospital) e os respectivos recursos humanos e materiais passaram a estar sob a responsabilidade da empresa externa, o que se insere na definição apresentada, mas os restantes exames (realizados noutros hospitais e empresas) passaram a ser efectuados pelo *outsourcer*, no interior do hospital. Todavia, como se irá verificar no ponto 7.8, a percentagem de exames realizados no exterior não ultrapassava 11% dos exames. Considera-se, ainda, que as principais conclusões são similares às que seriam obtidas caso tivesse havido uma transferência total da actividade.

[357] Disponível em http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos_Documentos/Prog_GC15.pdf, acedido a 14 de Fevereiro de 2011. Este governo foi liderado por Durão Barroso, tomou posse a 6 de Abril de 2002 e terminou o mandato a 17 de Julho de 2004.

Conclui-se, deste modo, que existiam pressões *institucionais* (cf. 3.6) no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados aos doentes e de haver maior participação do sector privado na prestação (e gestão) de cuidados de saúde.

Neste contexto, era expectável que as instituições financiadoras dos hospitais públicos, isto é, as detentoras dos recursos financeiros, fossem favoráveis a deliberações de externalização. Por isso, a decisão do CHAM pode ser encarada como uma actuação *política* (enquadrada na Perspectiva Política das organizações, de autores como Pfeffer, já discutida no ponto 3.5), com vista à obtenção de maior controlo sobre os recursos e, consequentemente, de maior poder. Porém, para além deste relacionamento entre a administração do CHAM e as entidades financiadoras, também na análise de outros relacionamentos, aquela Perspectiva Política se revela útil, designadamente: relações entre o CA e o Serviço de Imagiologia, entre os médicos e os técnicos do serviço e outras empresas fornecedoras e até entre os membros do Conselho de Administração.

Com efeito, de acordo com algumas notícias de imprensa (Pereira (2003)), havia incapacidade de resposta do serviço, quer em termos humanos (em 2004, só existiam dois radiologistas a prestar serviços no hospital, o que apenas assegurava o funcionamento do serviço durante 5 a 6 horas por dia), quer em termos materiais (inexistência de equipamentos para a realização de alguns exames, como ressonâncias magnéticas e alguns tipos de TACs). Vários entrevistados referiram que a Imagiologia "era uma área com muitos problemas", e um concretizou:

" [Esta opção pelo outsourcing foi um] modo de responder à ausência de profissionais". (…) Os profissionais que cá estavam não chegavam e não prestavam os serviços de forma qualificada. Havia 2 ou 3 profissionais e era humanamente impossível que prestassem todos os serviços que o CA queria. (…) Não havia profissionais em número suficiente para fazer um serviço. (…) Se se pagassem salários maiores, o hospital poderia aceder aos profissionais, mas não o queria fazer. [Como] a administração não pretendia aumentar os salários destes médicos, teve de se encontrar outra solução (…) Julgo que não há apenas uma maneira de fazer as coisas. As circunstâncias ditam o modo de fazer as coisas".

Recordando as principais fontes de poder consideradas por Pfeffer (explicitadas no ponto 3.5.1), nomeadamente, "autoridade formal, reputação e desempenho", "controlo sobre recursos" e "controlo ou acesso à informação", facilmente se infere que este Serviço detinha pouco poder no interior do hospital.

De facto, o poder será tanto maior, quanto maior a criação e manutenção de uma reputação de *eficácia* e de boa capacidade de *desempenho*. Ora, de acordo com os entrevistados, a qualidade dos serviços prestados internamente era inferior à pretendida. A capacidade de *obtenção de recursos* é, também, uma fonte de poder, mas o Serviço não dispunha nem dos recursos humanos, nem dos recursos materiais necessários à realização das suas actividades. Por outro lado, o modelo político sugere que existe poder quando não há substitutos facilmente acessíveis para os *produtos ou serviços* de um departamento (Lacity e Hirschheim (1993), p. 59)[358]. Um departamento torna-se tanto mais poderoso, quanto menor a alternativa de realização externa de certas actividades. Neste caso em concreto, apesar de não ser muito fácil substituir os *recursos humanos* (dada a escassez de radiologistas), existia facilidade em realizar, noutras instituições externas, os exames para os quais não havia capacidade de resposta interna, embora com sacrifícios para os doentes (em termos de deslocações).

O terceiro tipo de relacionamento (no qual a Perspectiva Política se revela útil) é o dos profissionais de saúde com as empresas externas prestadoras destes serviços. A este propósito, um dos entrevistados referiu: "Quando estes profissionais exercem [simultaneamente] a sua actividade cá fora, querem que as coisas, no interior do hospital, corram mal, para que sejam pedidos exames ao exterior". À luz desta perspectiva, a realização de menos exames no hospital e o reduzido espírito de colaboração com os médicos de outras áreas (mencionado por vários entrevistados) traduzem-se no aumento de exames no exterior, isto é, no desenvolvimento da actividade das instituições privadas onde os profissionais também trabalham. Deste modo, há reforço dos recursos financeiros angariados para as mesmas e, portanto, aumento do poder dos profissionais nessas instituições. Existe um conflito de interesses semelhante ao que Sclar (2000), p. 166, designa por "síndrome da porta giratória" (situação em que os agentes públicos adjudicam contratos públicos lucrativos, sendo, posteriormente, contratados pelos adjudicatários com quem celebraram os contratos)[359].

[358] Esta ideia está muito relacionada com a inexistência de alternativas da Teoria da Dependência dos Recursos, que, por sua vez, se relaciona com o conceito de recurso "único" (*uniqueness*) da Teoria Baseada nos Recursos (como se viu no ponto 3.4.7). Se um recurso é único ou raro, não existem fontes alternativas, constituindo, assim, uma base de poder organizacional.

[359] Uma situação análoga ocorreu noutro hospital da região norte (situação relatada por um dos gestores hospitalares entrevistados). O único radiologista de um serviço hospitalar público encaminhava, para o seu consultório privado, os exames (nomeadamente, RM) que não conseguia realizar no hospital. As

Em suma, os motivos publicamente apresentados para o recurso ao *outsourcing* estavam relacionados com o intuito de melhorar a acessibilidade e a qualidade do serviço prestado aos utentes. Com a lente política, observa-se, entretanto, um CA que deseja reforçar o seu poder, quer junto das instituições financiadoras, que privilegiam decisões neste sentido, quer junto do Serviço, onde não existiam incentivos, por parte dos profissionais, para um bom desempenho. Acresce, ainda, que na relação de poder entre médicos e gestores, no interior do hospital, no momento em que é tomada a decisão, o poder dos gestores parece ser superior, o que, à luz desta Perspectiva Política, também favorece as decisões de *outsourcing* de actividades auxiliares clínicas (cf. 3.5.3). Com efeito, de acordo com o Acórdão acima referido[360], foi considerado como provado que o Director Clínico nunca viu o Programa de Concurso e o Caderno de Encargos; e o Director do Departamento de Diagnóstico e Terapêutica, responsável geral pela área de Imagiologia durante 14 anos, não conhecia o processo, nem foi consultado quanto à sua realização[361].

Relativamente à possibilidade de aumentar as remunerações dos radiologistas, é de recordar que, antes da alteração do estatuto jurídico, a instituição não tinha liberdade de negociação salarial, pelo que este problema seria menos premente[362]. Contudo, a empresarialização e a liberdade de negociação do (modo e) nível de remuneração subsequente tê-lo-ão agudizado[363].

---

facturas eram emitidas por outra empresa privada, embora o equipamento estivesse localizado no seu consultório privado. Quando houve uma alteração do CA do hospital, realizou-se um concurso público e demonstrou-se que os preços cobrados por estes exames eram "exorbitantes".

[360] Acórdão 00406/04.6BEBRG do Tribunal Central Administrativo Norte, de 29 de Novembro de 2007.

[361] De ressalvar que o segundo procedimento foi já preparado recorrendo a uma equipa multidisciplinar que, para além da direcção clínica, envolveu a enfermagem, a informática e, inclusivamente, um radiologista, cuja colaboração foi solicitada a outro hospital.

[362] Problemas idênticos ocorrem noutros países. Em França, o Ministério da Saúde prevê recorrer a um *outsourcing* extensivo junto do sector privado, como forma de responder à escassez de profissionais no sector público, já que cerca de 4500 dos 7000 radiologistas existentes trabalham no sector privado, existindo grande diferencial de salários entre os dois sectores (HealthCareEuropa (2009a)).

[363] Não houve possibilidade de esclarecer cabalmente os motivos subjacentes à decisão do hospital de não concretizar o aumento de remuneração. Mahnke (2001) apresenta uma eventual justificação. Quando as empresas estão restringidas quanto à possibilidade de diferenciar os seus incentivos, a sua capacidade de adaptação a contextos em mudança pode ser diminuta. Isso pode acontecer por motivos jurídicos (como ocorria em Portugal antes da empresarialização), ou por outros motivos. Como explica Mahnke (2001), a mudança para incentivos *high-powered* pode ser considerada injusta (conduzindo à diminuição do esforço dos funcionários), ou pode colocar em causa compromissos contratuais já assumidos. Em situações deste tipo, níveis crescentes de *outsourcing* permitem diferenciar incentivos e relaxar as questões sociais de comparação, uma vez que os agentes (cuja racionalidade é limitada) comparam mais intensamente os incentivos no interior das fronteiras da empresa (onde trabalham) do que no exterior.

Quadro 7.6: Caracterização dos procedimentos, critérios de adjudicação e valor dos contratos

Procedimento de aquisição	Âmbito	Adjudicatário	Período do contrato	Factores dos critérios de adjudicação	Montante
Procedimento por Negociação nº 01/2004 (Gestão e Prestação de Serviços de Imagiologia)	Gestão e prestação de serviços de Imagiologia	"Dr. João Carlos Costa – Diagnóstico por Imagem, Lda"	3 anos (vigorou de 15 de Março de 2004 a 15 de Março de 2007).	Preço (60%); Qualidade (recursos humanos – 10%; equipamentos propostos – 10%; sistema de informação – 10%; experiência profissional – 10%).	8 639 040 € (isento de IVA) (anual: 2 879 680 €)
Concurso Público nº 1/2007	Concessão de exploração e prestação de serviços de Imagiologia		1 ano (vigorou de 20 Julho de 2007 a 19 Julho 2008)	Preço (70%); Qualidade (10%); Experiência profissional (20%).	2 801 510 € (isento de IVA)
Concurso Público nº 1/2008	Concessão de exploração e prestação de serviços de Imagiologia	"Dr. Campos Costa – Consultório de Tomografia Computorizada, SA"	1 ano (vigorou a partir de 18 de Agosto de 2008).	Preço (85%); Qualidade (15%).	2 463 100,95 € + IVA (5%) =2.586.256 €
Concurso Público nº 1/2009	Concessão de exploração e prestação de serviços de Imagiologia na ULSAM (englobando Urgência Básica de Monção).		3 anos (a partir de 18 de Setembro de 2009)	Mais baixo preço. Preço base do concurso[364]: 7 235 444,59€ sem IVA	6 084 928,3 € + IVA (5%) =6 389 174,71 (valor anual: 2 129 724,90 €)

Fonte: Anúncios publicados no Diário da República[365] e documentação dos procedimentos de aquisição (programas dos concursos e contratos).

[364] De acordo com o estabelecido no artigo 47º do Código dos Contratos Públicos, o preço base é o preço máximo que a entidade adjudicante se dispõe a pagar pela execução de todas as prestações que constituem o objecto do contrato, correspondendo ao mais baixo dos seguintes valores: a) O valor fixado no caderno de encargos como parâmetro base do preço contratual; b) O valor máximo do contrato a celebrar permitido pela escolha do procedimento; c) O valor máximo até ao qual o órgão competente, por lei ou por delegação, pode autorizar a despesa inerente ao contrato a celebrar.

[365] Respectivamente Diário da República, 3ª série, Nº 244, de 21 de Outubro de 2003, e Jornal Oficial das Comunidades Europeias 2003/S 198-178625, de 15 de Outubro de 2003; Diário da República, 2ª Série, Nº 38, de 22 de Fevereiro de 2007, e Jornal Oficial das Comunidades Europeias 2007/S 21-024954, de 31 de Janeiro de 2007; Diário da República, 2ª Série, Nº 82 de 28 de Abril de 2008, e Jornal Oficial das Comunidades Europeias 2008/S 78-105921, de 22 de Abril de 2008; e Diário da República, 2ª Série, Nº 104, de 29 de Maio de 2009 (Anúncio nº 2409) e Jornal Oficial das Comunidades Europeias 2009/S 103-148796, de 30 de Maio de 2009.

Como é óbvio, nenhuma daquelas questões *políticas* (no sentido já clarificado) se pode reflectir nos factores de ponderação no critério de adjudicação. Todavia, era expectável que a qualidade assumisse importância elevada no primeiro procedimento e, com efeito, este factor atingiu uma relevância de 40% na pontuação dos concorrentes (Quadro 7.6). Contudo, a avaliação da qualidade neste tipo de serviços não está isenta de problemas e envolve pelo menos duas dimensões importantes: a qualidade dos equipamentos e a qualidade dos recursos humanos.

Quanto à importância da qualidade dos equipamentos, um dos entrevistados salientou:

"*Nos concursos de Imagiologia, muitas vezes, os hospitais preocupam-se com o preço dos concursos e não com a qualidade dos equipamentos que vão ser usados na prestação de serviços. E isso não faz sentido. Qual o tipo de equipamento em que se vai fazer o exame? Os preços podem ser muito diferentes em função do equipamento utilizado.*" [366]

Como se mencionou no ponto 7.5.1, houve, claramente, dificuldades na avaliação comparativa da qualidade das propostas, no primeiro procedimento, tendo sido atribuída "mais pontuação ao concorrente que prestava mais equipamento", por não se saber quais "os equipamentos a pedir aos candidatos".[367]

[366] Uma ideia idêntica foi, aliás, expressa por João Carlos Costa numa entrevista ao Jornal Vida Económica (Silveira (2008)). Afirma que os meios de diagnóstico de última geração diminuem substancialmente as doses de radiação utilizadas, permitindo maior resolução e maior capacidade de diagnóstico, embora o SNS e os subsistemas não tenham mostrado a menor preocupação em identificar os equipamentos e, consequentemente, os tipos de serviços prestados. Outro problema reside na fiscalização dos equipamentos. Ainda não foi criada uma autoridade reguladora independente, tal como prevê a legislação comunitária, para fiscalizar os aparelhos que usam radiação ionizante, como as TACs e os Raios X. O jurista Miguel Sousa Ferro, autor do livro "Consolidação do Direito Nuclear Português", defende a necessidade da criação desta entidade e afirma que, em França, recentemente, várias pessoas foram queimadas por uma máquina mal calibrada (Diário Digital / Lusa (2010)).

[367] Esta situação ilustra, também, a ideia expressa por Araujo *et al* (2003), p. 1262, de que o acesso a competências externas também exige *know-how*. Como se teve oportunidade de explicitar no ponto 3.4.2, as fronteiras da empresa são determinadas não apenas pelas capacidades necessárias para realizar as actividades produtivas (competências directas ou nucleares), mas, também, pelas capacidades de que a empresa necessita para interagir com os seus clientes, fornecedores e outros actores externos (competências indirectas ou auxiliares). Sendo o conhecimento produtivo extremamente específico e tácito, uma empresa pode ter dificuldade em compreender e avaliar as capacidades de outra organização. Como afirmam Araujo *et al* (2003), p. 1269: "*Outsourcing of production does not imply that all the capabilities required to perform the previously integrated activities will also be outsourced.*"

À semelhança de muitos outros bens do sector público, os serviços que estão aqui em causa são *experience goods*[368], pelo que, apenas após a aquisição e experimentação do bem ou serviço, o comprador conhece os atributos de qualidade que valoriza (Sclar (2000), p. 106). Em situações deste tipo, a reputação pode assumir importância fundamental como indicador de qualidade: "*reputation becomes a useful surrogate for quality when buyers cannot readily observe it*" (Domberger (1998), p. 46). Relativamente à qualidade dos equipamentos, o primeiro adjudicatário goza de excelente reputação. Esse facto foi referido por vários entrevistados e a aquisição de tecnologias de ponta por parte desta empresa é, frequentemente, objecto de notícias na imprensa[369]. Um dos entrevistados corroborou esta ideia, afirmando que o Cristiano Ronaldo vai propositadamente a essa empresa, em Viana do Castelo, quando tem necessidade de realizar exames imagiológicos. E outro acrescentou:

"*A João Carlos Costa quer sempre ter os melhores equipamentos e comprou um equipamento de TAC específico para dentes que mais nenhuma empresa tem em Portugal. Custa cerca de 180 000 euros. É uma 'anormalidade'.*"

No entanto, esta qualidade dos equipamentos possuídos pela empresa privada não se traduz, necessariamente, na qualidade dos equipamentos usados no serviço prestado ao hospital[370]. Além do mais, a qualidade do exame está dependente não apenas do equipamento em que o mesmo é efectuado, mas, também, dos técnicos ou médicos que os executam e interpretam. A interpretação de um exame feita por um recém-licenciado será, provavelmente, diferente da realizada por um perito com uma subespecialização. Como se referiu no ponto 6.7, a heterogeneidade dos serviços clínicos pode dar origem a que a qualidade de serviço da empresa fornecedora desça aquém do nível considerado aceitável por parte do hospital (Foxx *et al* (2009)). Pode ser ainda mais difícil justificar

[368] Conceito introduzido por Nelson (1970), "Information and Consumer Behavior", *Journal of Political Economy*, Vol. 78, N.2, pp. 311-329. Nalguns exames, os problemas de assimetria de informação podem ser tão extremos que, nem após a aquisição, o comprador tem capacidade para avaliar a qualidade do bem, constituindo, por isso, *credence goods* (designação introduzida por Darby, M. e E. Karni (1973), "Free Competition and the Optimal Amount of Fraud, *Journal of Law and Economics*, Vol. 16, N. 1, pp. 67-88).

[369] A título de exemplo, foi a primeira empresa a instalar, em Portugal, o TAC mais rápido e de menor radiação existente no mundo (notícia, acedida no site da Siemens, a 5 de Agosto de 2010).

[370] Como se irá analisar no ponto seguinte, a empresa utilizava os equipamentos já existentes no CHAM e iria adquirir um equipamento de ressonância magnética e um ecógrafo com *doppler* a cores.

as diferentes pontuações atribuídas aos concorrentes, com base numa avaliação deste tipo, como argumentou um dos entrevistados:

"A questão da avaliação da qualidade também não é fácil. Avaliam-se competências. E essas ou existem ou não existem. Como se diz que um tem mais do que outro? Com base em quê?"

Para além da qualidade dos equipamentos e dos recursos humanos, no primeiro procedimento, a pontuação das empresas, em termos de qualidade, dependia do sistema de informação e da experiência profissional (Quadro 7.6)[371]. No procedimento seguinte, a qualidade é desagregada da experiência profissional e o factor preço vai aumentando o seu peso (Quadro 7.6). Uma análise mais aprofundada da documentação destes procedimentos revela, porém, que isso não significa que os factores qualidade e experiência profissional tenham perdido relevância. Com efeito, enquanto nos concursos para os anos de 2007-2008 e 2008-2009, a pontuação obtida, no factor qualidade, dependia do grau em que a empresa prestadora comprovava, através de documentação apropriada, que tinha iniciado, concluído e se mantinha integrada num sistema de gestão de qualidade (acreditação/certificação)[372], no último procedimento analisado, relativo ao período 2009-2012, a existência de certificação/acreditação, por entidade reconhecida, passou a ser um dos documentos exigidos, sob pena de exclusão.

Analogamente, e no que se refere ao factor "experiência profissional", enquanto no concurso 1/2007, as empresas eram pontuadas consoante o número de declarações de prestação de serviços emitidas por outros hospitais e o tipo de exames realizados nessas instituições, nos concursos seguintes, a apresentação de comprovativos da realização de exames, em todos os sectores e subsectores, em entidades de saúde legalmente estabelecidas, passou a ser um dos documentos obrigatórios[373]. Aumentaram, também,

[371] Aliás, na cláusula IV.1 das condições técnicas do primeiro procedimento estabelecia-se: "(…) o adjudicatário deverá apresentar um programa de garantia de qualidade abrangendo a qualidade dos recursos (…), dos processos (…) e dos resultados (incluindo a satisfação dos doentes). Considera-se desejável que este sistema inclua aspectos de certificação/acreditação (…)".

[372] De salientar, ainda, que os processos de acreditação/certificação garantem a qualidade dos procedimentos, mas não a qualidade clínica dos exames.

[373] De acordo com o estabelecido nos programas dos concursos - cláusula 4 h), do Concurso Público 1/2008, e pontos 3 e 4 do artigo 5º, do Concurso Público 1/2009. Note-se, também, que estas alterações são posteriores à publicação do Código dos Contratos Públicos (Decreto-Lei 18/2008). Este Código proíbe a avaliação de *propostas* com base em atributos ou características dos *concorrentes* (artigo 75º) e, nos concursos públicos, impõe a eliminação de qualquer tipo de subjectividade na avaliação, de tal forma que, cada concorrente deve ser capaz de determinar a pontuação da sua proposta (artigo 132º).

as imposições em termos de recursos humanos. Estas condicionantes permitiram excluir as candidaturas de duas empresas (cujas propostas estão sintetizadas no Quadro 7.21)[374]. Deste modo, a análise dos factores dos critérios de adjudicação apresenta limitações como indicador das motivações subjacentes a decisões deste tipo. Uma ideia semelhante foi transmitida por um gestor hospitalar que já assumiu a responsabilidade pelo Serviço de Aprovisionamento de alguns hospitais da região norte:

"*Face aos requisitos de alguns concursos, as únicas empresas que têm condições de apresentar propostas são as melhores empresas do mercado, cujo produto é relativamente semelhante ou homogéneo. Assim sendo, pode atribuir-se uma importância muito elevada ao preço, mesmo que a qualidade continue a ser importante para o hospital.*"

Em certa medida, o hospital conseguiu evitar um fenómeno de selecção adversa, através de um processo menos competitivo, mas mais cuidadosamente gerido, entre pequeno número de grandes empresas. Porém, e como salienta Sclar (2000), p. 114, terá de pagar um preço mais elevado, porque, face às exigências do concurso, a concorrência é menor. Daí o peso crescente do factor preço.

Em suma, num primeiro momento, há a influência de factores políticos e institucionais, assim como o desejo de aceder a recursos que possibilitem a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Posteriormente, como se desenvolverá no ponto 7.8.2, procura-se aceder a conhecimento e competências muito especializadas, o que só é possível se o serviço for prestado por empresas com determinadas características. Deste modo, também a Teoria Baseada nos Recursos se revela útil para compreender não apenas "porque é tomada a decisão inicial", mas também "porque se continua a manter essa decisão", tal como sugerido por Argyres e Zenger (2007).

[374] O júri do concurso 1/2009 considerou que a proposta do agrupamento "CIMB, IMANIA e José Granado, SA" não comprovava a realização de exames nalguns subsectores, nem a certificação/acreditação da entidade concorrente. Por outro lado, a proposta de JCC não indicava o nome de médico a afectar ao serviço com competência específica em radiologia músculo-esquelética, nem discriminava o seu horário.

7.7. Propriedade dos equipamentos, modalidade de pagamento e outras cláusulas contratuais: análise à luz da Teoria dos Direitos de Propriedade

Habitualmente, as decisões relativas à propriedade dos equipamentos e à realização de investimentos específicos são analisadas à luz da Teoria dos Direitos de Propriedade (cf. 3.7.2.2). Neste ponto, procede-se a uma discussão sobre essa problemática, bem como a uma síntese muito breve de outras cláusulas contratuais que foram sofrendo alterações ao longo do tempo.

O primeiro contrato celebrado estabelecia, na cláusula décima, a realização de significativos investimentos em capital, por parte da empresa prestadora (nomeadamente, num equipamento de ressonância magnética de alto campo e num ecógrafo com *doppler* a cores). Estes equipamentos (em particular, o primeiro) representam investimentos específicos, porque constituem "activos dedicados" (relembre-se o ponto 3.2). Apesar de não terem de ser adaptados a determinado hospital (como salientou Robinson (1994)), envolvem a realização de investimentos (genéricos), por parte da empresa fornecedora, que apenas se concretizam, porque se vende significativa quantidade do produto à empresa cliente. Se o acordo for abandonado, a empresa fornecedora fica com capacidade em excesso.

À luz da Teoria dos Direitos de Propriedade, quando o nível de investimento em equipamentos especializados é moderado ou significativo, podem surgir problemas, quer o equipamento pertença à empresa cliente, quer pertença à empresa prestadora de serviços (Domberger e Jensen (1997)). No primeiro caso, há riscos de subinvestimento em manutenção, porque a empresa prestadora tem consciência do risco de *hold-up* sempre que realiza investimentos específicos à relação: a empresa cliente poderá tentar apropriar-se das quase-rendas na fase de renegociação. A empresa fornecedora tem poucos incentivos para prolongar a vida económica do equipamento, para além do final do contrato, melhorando a sua operacionalidade (quando esses investimentos são irreversíveis).

Uma alternativa será a concessão da propriedade à empresa fornecedora. Mas, neste caso, dados os elevados investimentos em causa, o contrato terá de ter uma duração

muito longa para se tornar lucrativo. Esta ideia foi, aliás, explicada pelo responsável de uma das empresas prestadoras entrevistada:

"Pensemos num equipamento de RM. Um prazo de 3 anos é um prazo curto para recuperar o investimento. Uma RM demora 7 anos a ser amortizada e as empresas querem ter um contrato a 10 anos para beneficiarem de 3 anos de proveitos. Se as empresas [prestadoras] têm de adquirir o equipamento e ao fim de 3 anos perdem o concurso (ou mesmo a meio porque se "chatearam"), o que lhe fazem? É preferível que seja o hospital a ficar com o equipamento. (…) Se a relação terminar e não for até ao fim, é tudo mais simples, e não há contas a fazer. Caso contrário, se sou eu a adquirir o equipamento, ao sair de um dia para o outro, o que lhe faço?"

A propriedade por parte da empresa prestadora dá origem a dois problemas adicionais (Domberger e Jensen (1997)). Primeiro, fazer cumprir o contrato torna-se difícil, porque a rescisão do mesmo obrigaria a adquirir os equipamentos. Segundo, os contratos a longo prazo atenuam a força da concorrência *ex-ante*, reduzindo, assim, os benefícios potenciais para o comprador. Do exposto se conclui que há custos significativos em ambas as alternativas. Há, ainda, a acrescentar um problema relevante no caso específico da Imagiologia e que foi referido por um dos entrevistados:

" *[Quando a mudança de equipamentos é da responsabilidade do adjudicatário], pode haver problemas de saúde pública. Quando se paga mal, qual o incentivo para mudar o equipamento? A título de exemplo, num hospital, quando houve mudança de ecógrafos, a patologia da mama aumentou muito. Em equipamentos velhos não se "vê" nada. Não deixo as mulheres da minha família fazerem mamografias ou ecografias mamárias a não ser em três ou 4 sítios."*

Uma das áreas em que houve alteração das opções tomadas pelo CHAM foi, precisamente, na determinação de quem realizava os investimentos em equipamento. No primeiro procedimento, os equipamentos já existentes[375] foram "entregues para uso" da empresa prestadora de serviços e estava prevista a possibilidade de o adjudicatário adquirir e introduzir novos equipamentos e tecnologias, desde que não houvesse aumentos dos preços finais contratados (cláusulas VI e VII das condições técnicas do caderno de encargos). Por outro lado, os equipamentos acima referidos (ressonância magnética e ecógrafo) foram adquiridos pelo adjudicatário, em *leasing*, num contrato a

[375] Em 2003, o CHAM dispunha de todo o equipamento de apoio ao Raio X convencional e de TAC, mas não possuía ressonância magnética. Ao nível do serviço de urgência, existia um raio X digital (Plano de Negócios, 2003).

5 anos, apesar de estar contratualmente prevista a sua transferência para o hospital, no final do concurso de prestação de serviços (cláusula décima do contrato)[376]. [377]

Relativamente à manutenção, esta ficou a cargo do adjudicatário, que se responsabilizou por danos causados devido a deficiente utilização ou manutenção (ponto VI.1. das condições técnicas do caderno de encargos). O adjudicatário deveria submeter, anualmente, à aprovação do Serviço de Instalações e Equipamentos do hospital o plano de manutenção de cada um dos equipamentos, bem como apresentar o relatório de intervenções e reparações (ponto VI.2. das referidas condições técnicas).[378]

No concurso seguinte (Concurso Público nº 1/2007), já se previa que a substituição e a introdução de novos equipamentos e tecnologias fossem efectuadas pelo e a expensas do hospital com ou sem recurso a financiamento externo (capítulo IX das condições técnicas). A manutenção dos equipamentos continuava a ser da responsabilidade da empresa prestadora de serviços e estabelecia-se que fosse dada preferência pelo adjudicatário às empresas da própria marca dos equipamentos, na execução do plano de manutenção anual dos equipamentos (cláusula VIII.3 das condições técnicas). Procurou-se, deste modo, salvaguardar a realização de um adequado nível de manutenção dos equipamentos[379].

Esta alteração da entidade que realizava os investimentos esteve relacionada com dois aspectos. Por um lado, como o Serviço já estava reequipado, as necessidades de investimento eram muito mais reduzidas. Por outro lado, a comparação das propostas ficava facilitada, já que se ultrapassavam as dificuldades associadas à avaliação da qualidade dos equipamentos propostos pelas diversas empresas. O hospital, ao assumir a

[376] O hospital ficou também responsável pelo pagamento dos dois últimos anos do contrato de *leasing*. Como se pode verificar nos Anexos do Relatório e Contas de 2007, os contratos de locação financeira (relativos à ressonância magnética e ao ecógrafo) foram registados com os valores de "custo de aquisição" de, respectivamente, 829 907,52€ e de 118 174,27€.

[377] Uma possível vantagem adicional desta situação reside nos significativos diferenciais de preços de equipamentos praticados aos hospitais públicos e privados (com a justificação dos tradicionais atrasos de pagamento por parte das entidades públicas).

[378] O seguro das instalações e equipamentos e o seguro de responsabilidade civil eram da exclusiva responsabilidade do adjudicatário (cláusula VI. 6 das condições técnicas).

[379] Estas cláusulas correspondem, em certa medida, às cláusulas de "utilização e manutenção razoável" propostas por Vining e Globerman (1999) e referidas em 3.7.2.2. Estes contratos de assistência técnica podem assumir valores significativos. De acordo com uma das empresas prestadoras de serviços, o valor de um contrato de assistência técnica de um equipamento de ressonância magnética, por exemplo, pode ascender, por ano, a 15% do valor do equipamento.

realização dos investimentos, tinha a expectativa de conseguir diminuir os preços dos exames, como se irá expor em seguida.

Quanto ao modo de pagamento à empresa prestadora de serviços, embora formalmente, no primeiro procedimento de aquisição (Procedimento por Negociação Nº 1/2004), estivesse estabelecido um preço global, na prática, estava em causa um preço por exame. Foi efectuada uma estimativa do número de exames a realizar e estipulou-se, na cláusula 6 das condições técnicas, que só haveria lugar a ajustamento do pagamento (aumento ou redução), no caso do número efectivamente realizado se afastar dessa previsão em mais de 2,5%. Acordou-se, ainda, que os exames executados com qualidade deficiente não seriam pagos (cláusula 17ª do contrato).

Quadro 7.7: Determinação do preço implícito por exame no primeiro procedimento

	Quantidade anual	Quantidade mensal	Valor mensal	Preço implícito	Valor anual
Radiologia convencional Serviço de Urgência	37 059	3 088	30 882,50 €	10 €	370 590 €
Radiologia convencional central	33 868	2 822	70 558,35 €	25 €	846 700 €
Ecografia/Doppler	8 200	683	23 916,50 €	35 €	287 000 €
Tomografia computorizada	6 730	561	44 866,50 €	80 €	538 400 €
Ressonância magnética	2 050	171	34 166,50 €	200 €	410 000 €
Radiologia de intervenção	1 346	112	33 650,00 €	300 €	403 800 €
Outros (Densitometria/Mamografia)	773	64	1 932,50 €	30 €	23 190 €
TOTAL			239 972,85 €		2 879 680 €

Fonte: Elaboração própria a partir dos valores mensais estipulados no contrato e da quantidade anual de exames prevista no caderno de encargos[380].

No ano de 2005, estão registados custos extraordinários no montante de 630 674,12 €, referentes a exames adicionais realizados no primeiro ano do contrato (página 20 do Relatório e Contas de 2005 do CHAM). Quando tomaram conhecimento desta cláusula contratual (que até aí desconheciam), os serviços financeiros decidiram passar a efectuar regularmente a estimativa de eventuais encargos associados a exames adicionais e fizeram uma estimativa, para o ano de 2006, no montante de 664 197,32 euros[381]. No entanto, a 6 de Abril de 2006, a factura efectivamente recebida pelo CA do CHAM, relativa aos exames adicionais do segundo ano, realizados entre Março de 2005 e Março

[380] Na medida em que o contrato previa uma facturação mensal por tipo de exame, foi possível deduzir o preço implícito para cada um, dividindo esse valor de facturação pela quantidade prevista de exames mensais.

[381] Extracto da conta "6218923 – FSE – Subcontratos – trabalhos executados no exterior noutras entidades", do ano de 2005.

de 2006, ultrapassava largamente essa estimativa, atingindo o montante de 1 822 800 €, isto é, cerca de 63% do montante anual contratado de 2 879 680 €.

Quadro 7.8: Discriminação do valor da factura de acerto relativa ao segundo ano

	Exames realizados (segundo JCC) (A)	Exames previstos (B)	Limite dos exames previstos (C=B*1,025)	Exames a pagar (D=A-C)	Preço por exame	Valor a pagar
Radiologia convencional Serviço de Urgência	71 305	37 059	37 985	33 320	10 €	333 200 €
Radiologia convencional central	48 452	33 868	34 715	13 737	25 €	343 425 €
Ecografia / *Doppler*	17 996	8 200	8 405	9 591	35 €	335 685 €
Tomografia computorizada	13 107	6 730	6 898	6 209	80 €	496 720 €
Ressonância magnética	3 079	2 050	2 101	978	200 €	195 600 €
Radiologia de intervenção	1 683	1 346	1 380	303	300 €	90 900 €
Outros (Densitometria /Mamografia)	1 701	773	792	909	30 €	27 270 €
TOTAL						1 822 800 €

O novo CA do CHAM (que tinha iniciado funções em Julho de 2005) decide, então, proceder à revisão do número de exames facturados e, após a realização de reuniões com a empresa prestadora de serviços, as duas entidades estabelecem, de comum acordo, que os exames realmente realizados eram os descritos no Quadro 7.9. Esta rectificação do número de exames, por si só, permitiu reduzir o montante da factura de acerto em cerca de 623 595 euros[382].

Quadro 7.9: Número de exames realizados

	Exames realizados entre 15/03/2005 e 15/03/2006
Radiologia convencional Serviço de Urgência	55 346
Radiologia convencional central	35 944
Ecografia/Doppler	17 913
Tomografia computorizada	11 252

Fonte: Acta de uma reunião celebrada com a empresa prestadora de serviços.

A 29 de Setembro de 2006, foi celebrado um "Protocolo de Execução", onde se fixou um valor por exame adicional inferior ao inicialmente estabelecido, bem como a dedução de 2 euros por cada exame para o qual não tivesse sido elaborado relatório (por

[382] Algumas normas de certificação de qualidade criam mecanismos que procuram impedir estes "erros".

não se revelar necessário). Assim, foram determinados os preços constantes do Quadro 7.10, para as "facturas de acerto", alguns com efeitos retroactivos.

Quadro 7.10: Preços dos exames adicionais

	Valor previsto (preço implícito)	Valores de acerto no primeiro e segundo ano	Valores de acerto no terceiro ano
Radiologia convencional Serv. Urgência	10 €	10 €	10 €
Radiologia convencional central	25 €	15 €	10 €
Ecografia/Doppler	35 €	30 €	30 €
Tomografia computorizada	80 €	60 €	60 €
Ressonância magnética	200 €	110 €	110 €
Radiologia de intervenção	300 €	300 €	300 €

Fonte: Protocolo de Execução do Contrato Nº1/2010.

Para conseguir esta redução nos preços, o hospital invocou que os custos fixos (amortização e manutenção de equipamentos) estavam já cobertos com os exames previstos no contrato, pelo que o pagamento de eventuais exames adicionais só deveria ser feito de modo a cobrir os custos marginais ou variáveis associados à sua realização[383]. Na sequência do exposto, já no procedimento seguinte (Concurso Público Nº 1 / 2007), estabeleceu-se, de modo explícito, o pagamento de um preço por exame[384]. Só poderia haver alterações de preços nas situações em que fossem introduzidos novos equipamentos e tecnologias que se traduzissem em maior produtividade ou redução de custos (cláusula IX das condições técnicas). Por fim, definia-se, na cláusula IX.3 das condições técnicas, que o programa a utilizar para a contagem dos exames efectuados seria o programa SIIMA (Sistema Informático de Imagiologia)[385]. Outras cláusulas relevantes da documentação dos procedimentos são sintetizadas no Quadro 7.11[386].

[383] Comunicação pessoal de Vogal Executivo do CA da ULSAM, a 20 de Janeiro de 2010. Note-se que raciocínio idêntico tem sido seguido nos contratos programa dos hospitais que remuneram a produção adicional a um preço marginal (variável consoante o tipo de produção).

[384] De acordo com o estipulado no ponto IV das condições técnicas. Como se explicitou, previa-se, neste concurso, que os equipamentos fossem propriedade do hospital, pelo que a maioria dos custos fixos (amortizações) seriam suportados pelo hospital. Sendo assim, os preços dos exames a propor pelas empresas deveriam reflectir, sobretudo, os custos variáveis associados à sua realização (comunicação pessoal acima referida). Todavia, segundo a empresa prestadora, os contratos de manutenção (que estão a seu cargo) assumem valores ainda significativos.

[385] Este programa foi instalado pelo adjudicatário, que se comprometeu a informatizar o serviço, "de acordo com os interesses superiores do CHAM, SA" (Acórdão 00406/04.6 BEBRG do TCAN).

[386] Como esclarecem Anacoreta e Magalhães (2007), em matéria de recursos humanos, importa salientar que, por vezes, não é clara a fronteira entre situações de externalização e de transmissão de estabelecimento (regulada nos artigos 318º a 321º do Código do Trabalho que transpõem para o ordenamento jurídico nacional a Directiva 2001/23/CE do Conselho, de 12 de Março). Esta directiva comunitária procura proteger os direitos dos trabalhadores, em caso de transferência de (partes de) empresas ou estabelecimentos.

Quadro 7.11: Outras cláusulas na documentação dos procedimentos e sua evolução ao longo do tempo

Recursos humanos	No contrato inicial, o adjudicatário assumiu ao seu serviço 19 técnicos de diagnóstico. Embora estes profissionais continuem a ser funcionários do hospital, os valores dos salários e remunerações variáveis são abatidos à prestação mensal a pagar ao adjudicatário. Os funcionários só podem ser transferidos em situações excepcionais, devidamente justificadas e com a concordância do hospital. Com excepção destes técnicos, a contratação do pessoal necessário para o funcionamento do Serviço (incluindo a sua remuneração, regalias, seguros e outros encargos) é da exclusiva responsabilidade do adjudicatário (Cláusula VIII das condições técnicas).
Penalizações e incentivos	Nenhum procedimento prevê a existência de incentivos, mas todos prevêem penalizações e o âmbito destas tem sido alargado, apesar de nunca terem sido aplicadas. O contrato inicial previa as seguintes penalizações (cláusulas 13º a 16º): • no valor total do prejuízo para o hospital, no caso de interrupção de funcionamento; • no valor de 250 euros, por cada infracção de não cumprimento de qualquer dos requisitos mínimos contratualmente previstos; • no valor de 5000 euros, no caso de não serem acatadas as orientações previstas nas condições técnicas; • no valor de 1000 euros, no caso de a avaliação mensal do prestador pelos Directores de Serviço do hospital ser negativa. Em 2007, são acrescentadas penalizações para eventuais situações de interrupção, superior a dois dias, na realização de exames, motivada por avaria em equipamentos, no montante de 250 euros por dia (cláusula 15º do contrato), bem como multa de 250 euros para as situações em que o adjudicatário efectue qualquer alteração nos equipamentos, incluindo nas configurações de *software*, sem o acordo prévio do hospital (cláusula 16º do contrato). A multa associada ao não cumprimento dos requisitos mínimos aumenta de 250 para 2500 euros, sendo acrescida de 30% daquele valor, por cada dia em falta, até à sua completa regularização (cláusula 12º do contrato).
Horários e tempos de espera	Os vários procedimentos prevêem a prestação de serviço em regime de presença física de médicos e técnicos dentro de horários pré-definidos, sendo ainda estabelecidos tempos máximos para a realização de exames por sector de actividade - internamento, urgência, etc.
Auditorias clínicas	Os contratos prevêem a realização de auditorias clínicas para determinar a conformidade com os protocolos estabelecidos, a necessidade e justificação dos actos e a existência e qualidade do relatório do exame. Em 2007, estabeleceu-se uma periodicidade trimestral para a realização destas auditorias (em vez de anual, como se determinava no primeiro contrato). Continua a estipular-se que "o adjudicatário tem o dever de (...) tomar todas as medidas, em articulação com a Direcção Clínica para evitar a inapropriação ou a duplicação de exames", mas acrescentou-se, em 2007, o "dever de evitar a sobreprescrição de exames" (Ponto III.2 das condições técnicas).
Mecanismos de resolução de conflitos	Em 2007, as condições técnicas do caderno de encargos passam a incluir uma cláusula em que se prevê que os problemas que surjam na execução da prestação de serviços sejam resolvidos, em primeira instância, entre o adjudicatário e os responsáveis da Direcção do Departamento de MCDT, seguindo-se, na estrutura hierárquica do hospital, a Direcção Clínica e o CA (Capítulo XIII das condições técnicas).
Actividade privada	No primeiro procedimento, estava previsto que o adjudicatário poderia utilizar os meios disponíveis no Serviço de Imagiologia para exercer actividade privada (Ponto II.6 das condições técnicas), mas esta hipótese nunca se veio a concretizar.

7.8. Resultados obtidos

Neste ponto, procuram-se justificações para os resultados conseguidos com esta experiência de *outsourcing*. A análise dos resultados obtidos com o *outsourcing* desta actividade deve tomar em consideração os objectivos (explícitos) pretendidos pela instituição e a sua evolução ao longo do tempo. Como se expôs, num primeiro momento, um dos objectivos do CHAM era melhorar a qualidade do serviço prestado aos clientes (diminuindo as suas deslocações) e aos restantes serviços internos. Nos procedimentos seguintes, o objectivo era continuar a assegurar o acesso a competências especializadas, ao mais baixo preço possível. Importa, então, tentar avaliar a evolução:

- Da percentagem de exames realizados interna e externamente;
- Dos custos associados ao Serviço de Imagiologia;
- Da qualidade dos serviços prestados e consequente satisfação (ou não) dos responsáveis hospitalares e dos utentes.

A análise da percentagem de exames realizados no exterior (Quadro 7.12) permite concluir que, antes do *outsourcing*, apenas cerca de 11% dos exames eram efectuados no exterior. Além disso, há um número muito residual de exames que continuam a ter de ser realizados no exterior[387]. A evolução dos custos e da qualidade é avaliada detalhadamente nos pontos seguintes.

Quadro 7.12: Percentagem de exames realizados no exterior

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Internamente	77 184	78 611	81 033	99 816	121 756	118 539	120 642	131 907	142 394
Externamente	9 239	9 482	9 577	2 302	193	80	17	16	76
Total	86 423	88 093	90 610	102 118	121 949	118 619	120 659	131 923	142 470
% de exames realizados internamente	89,3%	89,2%	89,4%	97,7%	99,8%	99,9%	100,0%	100,0%	99,9%
% de exames realizados no exterior	10,7%	10,8%	10,6%	2,3%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%

Fonte: Relatórios e Contas do CHAM e dados disponibilizados pelo hospital.

7.8.1. Evolução dos custos e a hipótese de indução da procura

De modo a avaliar o impacte desta decisão nos custos do Serviço de Imagiologia, mostrou-se relevante proceder a dois tipos de análise. Por um lado, comparar a evolução dos custos registados no centro de custo de Imagiologia ao longo do tempo e, por outro

[387] Por exemplo, nas ressonâncias magnéticas a doentes muito obesos, os doentes têm de ser transportados para efectuarem o exame em equipamentos apropriados.

lado, comparar os custos efectivamente associados a cada um dos procedimentos com os custos previstos no momento da adjudicação. Como a previsão do número de exames em cada procedimento se baseou no número de exames realizados no período anterior, as comparações estão relacionadas entre si.

7.8.1.1. Registados no centro de custo da Imagiologia

O site da Administração Central do Sistema de Saúde disponibiliza, desde meados de 2009, os dados da contabilidade analítica dos hospitais portugueses, o que veio facilitar o estudo de situações como a que constitui o objecto do presente trabalho. De acordo com a informação obtida a partir desta fonte, o *outsourcing* do Serviço de Imagiologia deu origem a um crescimento muito significativo dos custos, como se pode concluir da análise do Quadro 7.13.

Quadro 7.13: Dados da contabilidade analítica – centro de custo de Imagiologia

Ano	U. Obra 1	CMVMC	FSE	Pessoal	C. Extraord. e Outros	Amortiz.	Tot. Directos	Tot. Indirectos	Total	CUD / UO1	CUT/ UO1
2002	78.610	160 932,26 €	105 699,77 €	668 565,24 €	2 027,96 €	92 056,55 €	1 029 281,78 €	153 139,94 €	1 182 421,72 €	13,09	15,04
2003	81.092	137 827,02 €	116 182,31 €	707 518,22 €	1 798,55 €	141 546,37 €	1 104 872,47 €	163 840,57 €	1 268 713,04 €	13,62	15,65
2004	100.164	37 868,26 €	2 353 699,66 €	106 793,41 €		69 684,98 €	2 568 046,31 €	291 053,38 €	2 859 099,69 €	25,64	28,54
2005	121.756	1 066,41 €	3 723 394,65 €	18 160,85 €	630 674,12 €	41 424,20 €	4 414 720,23 €	994,61 €	4 415 714,84 €	36,26	36,27
2006	118.539	303,04 €	3 916 644,34 €	19 591,82 €	222 062,88 €	38 517,86 €	4 197 119,94 €	424,00 €	4 197 543,94 €	35,41	35,41
2007	120.642	1 252,77 €	3 188 166,67 €	23 669,56 €		245 081,94 €	3 458 170,94 €	398 522,90 €	3 856 693,84 €	28,66	31,97

Fonte: Dados obtidos em http://www.acss.min-saude.pt/bdea/, no *tab* "valências", do centro de custo "Imagiologia" acedidos a 10 de Março de 2010. A 1 de Março de 2011 ainda não estavam disponíveis os dados relativos a 2008.

Entre 2003 e 2004 (ano em que se iniciou o *outsourcing* no Serviço de Imagiologia), observa-se um crescimento muito acentuado dos custos directos. Contudo, em entrevista realizada, a 17 de Maio de 2010, à Directora dos Serviços Financeiros da ULSAM, foi possível esclarecer que houve uma alteração no modo de contabilização dos exames realizados no exterior, que explica, parcialmente, a evolução dos custos nos referidos anos. Assim, antes da celebração do contrato de *outsourcing* com a empresa João Carlos Costa, os custos com os exames celebrados no exterior eram imputados directamente aos serviços que os prescreviam e, após a celebração deste contrato, passaram a ser imputados ao centro de custo de Imagiologia. Consequentemente, os valores registados neste centro de custo, em 2002 e 2003, são relativos apenas aos exames realizados no

próprio hospital[388]. A análise dos extractos das contas de fornecimentos e serviços externos respeitantes a exames imagiológicos permitiu rectificar esses valores, nos anos de 2002 e 2004, de modo a tornar comparáveis os diferentes anos.

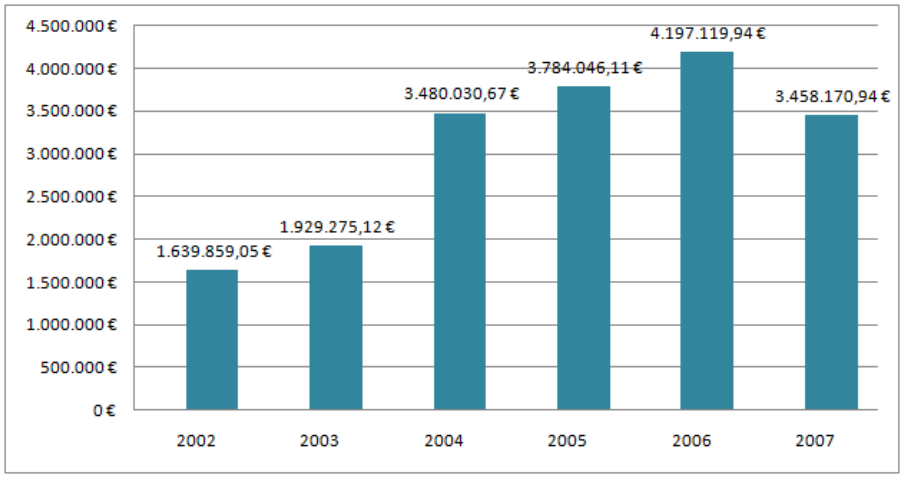
Quadro 7.14: Custos com exames imagiológicos realizados interna e externamente

Ano	U. Obra 1	CMVMC	FSE	Pessoal	C. Extraord. e Outros	Amortiz.	Tot. Directos	Tot. Indirectos	Total	CUD / UO1	CUT/ UO1
2002	88.093	160 932,26 €	716 277,04 €	668 565,24 €	2 027,96 €	92 056,55 €	1 639 859,05 €	153 139,94 €	1 792 998,99 €	18,62	20,35
2003	90.610	137 827,02 €	940 584,96 €	707 518,22 €	1 798,55 €	141 546,37 €	1 929 275,12 €	163 840,57 €	2 093 115,69 €	21,29	23,10
2004	102.118	37 868,26 €	2 635 009,90 €	106 793,41 €		69 684,98 €	2 849 356,55 €	291 053,38 €	3 140 409,93 €	27,90	30,75
2005	121.756	1 066,41 €	3 723 394,65 €	18 160,85 €	630 674,12 €	41 424,20 €	4 414 720,23 €	994,61 €	4 415 714,84 €	36,26	36,27
2006	118.539	303,04 €	3 916 644,34 €	19 591,82 €	222 062,88 €	38 517,86 €	4 197 119,94 €	424,00 €	4 197 543,94 €	35,41	35,41
2007	120.642	1 252,77 €	3 188 166,67 €	23 669,56 €		245 081,94 €	3 458 170,94 €	398 522,90 €	3 856 693,84 €	28,66	31,97

Fonte: Elaboração própria de acordo com dados obtidos em http://www.acss.min-saude.pt/bdea/, do centro de custo "Imagiologia", acedidos a 10 de Março de 2010, e informação adicional cedida pela ULSAM. Assim, em 2002, considerou-se como valor de FSE o saldo da conta 621823 do Hospital de Santa Luzia e do Centro Hospitalar do Alto Minho, e, nos anos de 2003 e 2004, o saldo da conta 6218923. Nesses anos, para efeitos de comparação, os exames realizados no exterior foram incluídos no número de exames.

Tomando em consideração estes valores e recordando que os custos extraordinários de 2005 dizem respeito a 2004 (cf. ponto 7.7), é possível analisar melhor a evolução dos custos através dos valores que constam do Gráfico 7.1.[389]

Gráfico 7.1: Evolução dos custos directos "corrigidos" com o centro de custo de Imagiologia



Assim, no ano em que se inicia o *outsourcing* (2004), observa-se um crescimento muito acentuado dos custos. Uma hipotética explicação é ter ocorrido uma alteração na

[388] De modo semelhante, o número de exames incluído nas unidades de obra é relativo aos exames realizados internamente (e inclui, a partir do momento em que se recorreu ao *outsourcing*, os exames efectuados no hospital pelo adjudicatário). Esta situação explica, pelo menos parcialmente, a evolução no número de exames.

[389] Para os anos seguintes só se conseguiu obter os montantes facturados pelas empresas prestadoras de serviços que ascenderam a 3.087.766,85 € (em 2008) e a 2.872.038,56 € (em 2009).

envolvente (tecnológica ou outra), que tenha influenciado os custos de todas as instituições hospitalares. A título de exemplo, alguns exames são usados em situações em que, no passado, não se realizava qualquer tipo de exame (caso da TAC utilizada para detectar um embolismo pulmonar). Outros exames (mais caros e dispendiosos) estarão, porventura, a substituir (ou mesmo complementar) exames mais tradicionais e menos dispendiosos[390].

A admitir-se esta possibilidade, seria natural que o crescimento dos custos observado no Centro Hospitalar do Alto Minho acompanhasse a evolução média dos custos dos restantes hospitais portugueses. Efectuou-se, então, uma comparação entre a evolução anual dos custos directos imputados ao centro de custo da Imagiologia do CHAM com a dos restantes hospitais públicos portugueses[391]. Para o efeito, foram seleccionadas apenas as instituições que disponibilizaram valores em todos os anos, no intervalo entre 2002 e 2008, tendo-se concluído (Quadro 7.15) que a evolução dos custos no CHAM não parece ser semelhante à das restantes instituições para as quais existem dados disponíveis, pelo que não será de atribuir a transformações no meio envolvente que tenham tido impacte em todas as instituições.

Quadro 7.15: Comparação da evolução dos custos directos da Imagiologia no CHAM e nos restantes hospitais públicos

	Var. 02-03	Var 03-04	Var. 04-05	Var. 05-06	Var. 06-07	Var. 03-07	Var. 04-07
CHAM	17,6%	80,4%	8,7%	10,9%	-17,6%	79%	-0,1%
40 restantes	20,5%	5,5%	7,4%	3,6%	0,5%	18%	12%

Fonte: Elaboração própria a partir de dados obtidos em http://www.acss.min-saude.pt/bdea/, do centro de custo "Imagiologia", acedidos a 10 de Março de 2010. Os dados para o CHAM foram obtidos a partir dos valores que constam do Gráfico 7.1.

[390] Esta hipótese é apresentada por Smith-Bindman *et al* (2008) que encontram um significativo crescimento do número de exames numa situação onde não existiam incentivos associados nem ao pagamento por acto, nem à auto-referenciação. Verificaram que, no período entre 1997 e 2006, as ecografias aumentaram de 157 para 225 exames (por 1000 utentes por ano); as TACs aumentaram mais do que duplicaram de 81 para 181 exames; e as RMs mais do que triplicaram, subindo de 22 para 72. Por outro lado, estes exames podem estar a substituir outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica (por exemplo, colonoscopias virtuais em vez de colonoscopias) e mesmo outro tipo de cuidados de saúde (por exemplo, Goldsmith (2011) afirma que a radiologia de diagnóstico tem permitido eliminar muitas cirurgias exploratórias).

[391] Optou-se por comparar apenas os custos directos, já que os custos indirectos dependem dos critérios de imputação escolhidos pelas diferentes instituições.

7.8.1.2. Comparação entre custos previstos e efectivos

Para os diversos procedimentos, procurou-se, também, efectuar uma comparação entre os valores previstos e os efectivamente pagos, apesar de tal não ter sido possível para o primeiro ano[392]. Quanto ao segundo ano do primeiro contrato (entre 15 de Março de 2005 e 15 de Março de 2006), houve possibilidade de aceder ao número de exames efectuados e facturados, tendo-se verificado que os custos totais excederam o previsto em 33% (Quadro 7.16).

Quadro 7.16: Comparação entre valores efectivos e previsionais no segundo ano do Procedimento por Negociação 1/2004

	Nº de exames			Valores					
	Previsto (anual)	Realizado (no 2º ano)	Variação	Preço por exame	Montante Previsto	Preço a pagar pelos exames adicionais	Custo dos exames adicionais	Montante previsto + adicional	Variação
Radiologia convencional - urgência	37 059	55 346	49%	10 €	370.590 €	10 €	173.605 €	544.195 €	47%
Radiologia convencional - central	33 868	35 944	6%	25 €	846.700 €	15 €	18.440 €	865.140 €	2%
Mamografias e densitometrias	773	1 701	120%	30 €	23.190 €	30 €	27.260 €	50.450 €	118%
Ecografias e ecodopplers	8 200	17 913	118%	35 €	287.000 €	30 €	285.240 €	572.240 €	99%
TAC	6 730	11 252	67%	80 €	538.400 €	60 €	261.225 €	799.625 €	49%
RM	2 050	3 079	50%	200 €	410.000 €	110 €	107.553 €	517.553 €	26%
Radiologia de intervenção	1 346	1 683	25%	300 €	403.800 €	300 €	91.005 €	494.805 €	23%
Total	90 026	126 918	41%		2.879.680 €		964.327,50 €	3.844.008 €	33%

Fonte: Elaboração própria com base em diversas fontes[393].

Saliente-se, ainda, que o montante que se previa gastar anualmente com o contrato de *outsourcing* (cerca de 2,9 milhões de euros) era, por sua vez, bastante superior aos custos históricos que se conseguiram apurar (cerca de dois milhões de euros). Recorde-se, porém, que as pressões para o aumento dos salários foram um dos factores que conduziu ao *outsourcing*, pelo que, mesmo que os exames tivessem sido realizados internamente, era expectável que tivesse havido algum aumento dos custos. Nos procedimentos seguintes, as variações face aos valores estimados, embora não sendo tão significativas, praticamente atingem os dois dígitos (Quadro 7.17 e Quadro 7.18).

[392] Com efeito, os exames adicionais desse ano foram facturados, em 2005, a um preço posteriormente corrigido (em 2006), não tendo havido possibilidade de aceder à quantidade de exames em causa.

[393] O número de exames previsto é o que consta do caderno de encargos do Procedimento por Negociação nº 1/2004 e baseou-se nos exames realizados em 2001, 2002 e no primeiro semestre de 2003, nos Hospitais de Viana e de Ponte de Lima. Os dados relativos aos exames realizados no segundo ano do contrato são provenientes da factura de acerto corrigida. O preço por exame é o preço implícito no contrato celebrado e o preço por exame adicional é o resultante do acordo posterior com o adjudicatário, na sequência do referido no ponto 7.7. Note-se que parte do montante de 964 327,5 € já tinha sido registada, como acréscimo de custo, em 2005 (no montante de 664 197,32 €). O custo extraordinário de 2006 (no montante de 222 062,88 €) não corresponde à diferença entre aqueles dois valores, uma vez que as empresas acordaram um preço mais baixo para a factura de acerto relativa ao primeiro ano (a que não foi possível aceder).

Quadro 7.17: Comparação entre valores efectivos e previsionais (Concurso Público Nº 1/2007)

	Nº de exames			Valores			
	Previstos	Facturados	Variação	Preço por exame	Montante previsto	Montante facturado	Variação
Radiologia convencional sem contraste	82 895	84 782	2%	10 €	828.950 €	847.820 €	2%
Radiologia convencional com contraste	531	563	6%	15 €	7.965 €	8.445 €	6%
Mamografias e densitometrias	2 091	1 282	-39%	30 €	62.730 €	38.460 €	-39%
Ecografias e ecodopplers	20 114	21 246	6%	30 €	603.420 €	637.380 €	6%
TAC	11 977	14 178	18%	60 €	718.620 €	850.680 €	18%
RM	2 542	3 261	28%	110 €	279.620 €	358.710 €	28%
Radiologia de intervenção							
biópsia citológica e histológica e marcação de lesão infraclínica	1 358	1 571	16%	125 €	169.750 €	196.375 €	16%
instilação de agentes farmacológicos e drenagem percutânea	156	188	21%	470 €	73.320 €	88.360 €	21%
colocação de prótese biliar ou digestiva (não inclui preço prótese)	15	6	-60%	1.500 €	22.500 €	9.000 €	-60%
Apoio radioscópico e radiográfico	2 295	2 370	3%	15 €	34.425 €	35.550 €	3%
Total	123 974	129 447	4%		2.801.300 €	3.070.780 €	9,6%

Fonte: Documentação do Concurso Público 1/2007 e dados cedidos pela ULSAM.[394]

Entre Julho de 2007 e Julho de 2008, período em que vigorou um novo contrato de adjudicação à empresa JCC, houve incremento de 4% do número de exames realizados, que se traduziu num custo superior ao estimado em 9,6%.

Quadro 7.18: Comparação entre valores efectivos e previsionais (Concurso Público Nº 1/2008)

	Nº de exames			Valores			
	Previstos	Facturados	Variação	Preço por exame	Montante previsto	Montante facturado	Variação
Radiologia convencional sem contraste	84 886	90 411	7%	8 €	679.088 €	723.378 €	7%
Radiologia convencional com contraste	553	487	-12%	40 €	22.120 €	19.482 €	-12%
Mamografias	1 275	1 219	-4%	23 €	29.325 €	28.031 €	-4%
Densitometrias	114	242	112%	20 €	2.280 €	4.841 €	112%
Ecografias e ecodopplers	20 997	24 849	18%	24 €	503.928 €	596.451 €	18%
TAC	13 341	16 668	25%	60,6 €	808.465 €	1.010.006 €	25%
RM	3 048	3 228	6%	90 €	274.320 €	290.505 €	6%
Radiologia de intervenção							
biópsia citológica e histológica e marcação de lesão infraclínica	1 443	1 811	26%	85 €	122.655 €	153.930 €	25%
instilação de agentes farmacológicos e drenagem percutânea	171	238	39%	400 €	68.400 €	95.199 €	39%
colocação de prótese biliar ou digestiva (não inclui preço prótese)	3	1	-67%	1.200 €	3.600 €	1.200 €	-67%
Apoio radioscópico e radiográfico							
até 30 minutos	12	333	2675%	12,5 €	150 €	4.161 €	2674%
mais de 30 minutos	2 910	1 243	-57%	18 €	52.380 €	22.370 €	-57%
Total	125 831	140 730	12%		2.566.711 €	2.949.555 €	15%

Fonte: Documentação do Concurso Público 1/2008 e dados cedidos pela ULSAM[395].

Entre Julho de 2008 e Julho de 2009, o número de exames e os custos ultrapassaram os valores previstos em, respectivamente, 12 e 15%.

[394] O número de exames previstos para o ano de 2007 correspondeu aos exames realizados entre 1 de Outubro de 2005 e 30 de Setembro de 2006. O contrato vigorou entre 20 de Julho de 2007 e 19 de Julho de 2008. Os valores da facturação correspondem ao período entre 1 de Agosto de 2007 e 19 de Julho de 2008, não tendo sido possível obter valores da facturação correspondente ao período entre 20 e 31 de Julho de 2007, pelo que o número de exames e o montante facturado estão ligeiramente subestimados.

[395] O número de exames previstos para o ano de 2008 correspondeu aos exames realizados entre 1 de Janeiro e 31 de Dezembro de 2007. O número de exames e o montante facturado correspondem ao período entre 19 de Agosto de 2008 e 18 de Agosto de 2009. Note-se que existe uma pequena diferença entre o valor global previsto e o valor do contrato (2 586 256 €), que se deverá a arredondamentos.

7.8.1.3. Evolução do preço por exame

Nos dois pontos anteriores, concluiu-se que o impacte inicial, no aumento dos custos deste Serviço, foi muito significativo, embora, a partir de 2007, tenha havido diminuição desses custos (que poderia ter sido mais relevante, se os montantes facturados não tivessem excedido as previsões do hospital). O aumento dos custos associados ao Serviço de Imagiologia pode resultar de um efeito preço (por exame), de um efeito quantidade (aumento do número de exames facturados), e/ou de uma alteração do *mix* de exames prescritos pelos médicos. Assim, em primeiro lugar, procurou-se analisar a evolução do preço pago por cada tipo de exame realizado, tendo-se constatado que, com excepção da radiologia convencional com contraste, cujo preço aumentou significativamente de 2007 para 2008, os diferentes preços (para os quais a comparação é possível) têm vindo a diminuir ao longo do tempo.

Quadro 7.19: Evolução do preço dos exames (com IVA)

	Procedimento por Negociação 1/2004	Concurso Público 1/2007	Concurso Público 1/2008	Concurso Público 1/2009
Radiologia convencional Serv. Urgência	10 €			
Radiologia convencional central	25 €			
Radiologia convencional sem contraste		10 €	8 €	5,99 €
Radiologia convencional com contraste		15 €	40 €	22,00 €
Densitometria	30 €	30 €	20 €	19,05 €
Mamografia	30 €	30 €	23 €	21,90 €
Ecografia/ doppler	35 €	30 €	24 €	22,58 €
TAC	80 €	60 €	60,6 €	50,40 €
RM	200 €	110 €	90 €	76,65 €
Radiologia intervenção	300 €			
Biópsia citológica e histológica e marcação de lesão infraclínica		125 €	85 €	80 €
Instilação de agentes farmacológicos e drenagem percutânea		470 €	400 €	370 €
Colocação prótese biliar ou digestiva		1 500 €	1 200 €	1 142,86€
Apoio radioscópico ou radiográfico		15 €		
Até 30 min			12,5 €	11,9 €
De 30 – 60 min			18 €	15 €
Mais de 60 min			18 €	16 €

Fonte: Contratos celebrados com os adjudicatários[396].

[396] Os preços relativos aos dois últimos procedimentos incluem IVA à taxa de 5%, porque a empresa CC renunciou à isenção.

Todavia, não foi possível aceder aos preços por exame pagos antes de 2004, pelo que não se pode avaliar se, no primeiro procedimento, este facto justificará, pelo menos em parte, o crescimento acentuado nos custos.

7.8.1.4. Evolução da quantidade de exames

Em relação à quantidade de exames, o número de exames realizados tem superado, quase sempre, as expectativas do hospital. No segundo ano do primeiro procedimento, isso aconteceu com todos os tipos de exame (Quadro 7.16). Procuram-se agora possíveis explicações para esta evolução. Uma primeira hipótese, válida sobretudo no primeiro procedimento, é a desse aumento estar associado à alteração no programa informático utilizado para contabilizar os exames realizados. Com efeito, no primeiro procedimento, a previsão do número de exames baseou-se num sistema informático (o Sonho), mas, para efeitos de facturação, foi acordado com o adjudicatário que seria utilizado o sistema informático SIIMA (instalado já no decurso do contrato)[397]. Isso poderia explicar, parcialmente, a diferença entre o número de exames previstos e os facturados. Todavia, houve possibilidade de aceder ao número de exames registados no sistema Sonho e no SIIMA, no segundo ano desse procedimento, como se apresenta no Quadro 7.20. Mantém-se a conclusão de que existiu crescimento acentuado dos exames realizados, face ao previsto, embora, de um modo geral, as variações contabilizadas no sistema Sonho não sejam tão significativas como no SIIMA (excepção para as ecografias e *ecodopplers* e TACs)[398].

Quadro 7.20: Comparação entre o número de exames registados no Sonho e no SIIMA, no período entre 16 Março de 2005 e 15 de Março de 2006

	Nº de exames			Var.	Var.
	Previstos	SIIMA	Sonho	Sonho	SIIMA
Radiologia convencional - urgência	37 059	55 346	51 489	39%	49%
Radiologia convencional - central	33 868	35 944	32 709	-3%	6%
Mamografias e densitometrias	773	1 701	1 445	87%	120%
Ecografias e ecodopplers	8 200	17 913	19 796	141%	118%
TAC	6 730	11 252	11 573	72%	67%
RM	2 050	3 079	2 764	35%	50%
Radiologia de intervenção	1 346	1 683	1 459	8%	25%
Total	90 026	126 918	121 235	35%	41%

Fonte: Documento interno da ULSAM

[397] O SIIMA foi instalado, em Março de 2005, no Hospital de Viana e, a 1 de Junho de 2005, no Hospital de Ponte de Lima.

[398] Não se conseguiu esclarecer cabalmente as razões destas discrepâncias. Uma das situações decorre da realização de Raios X com duas incidências, em que o SIIMA regista a realização de dois exames, mas, no Sonho, só é contabilizado um exame.

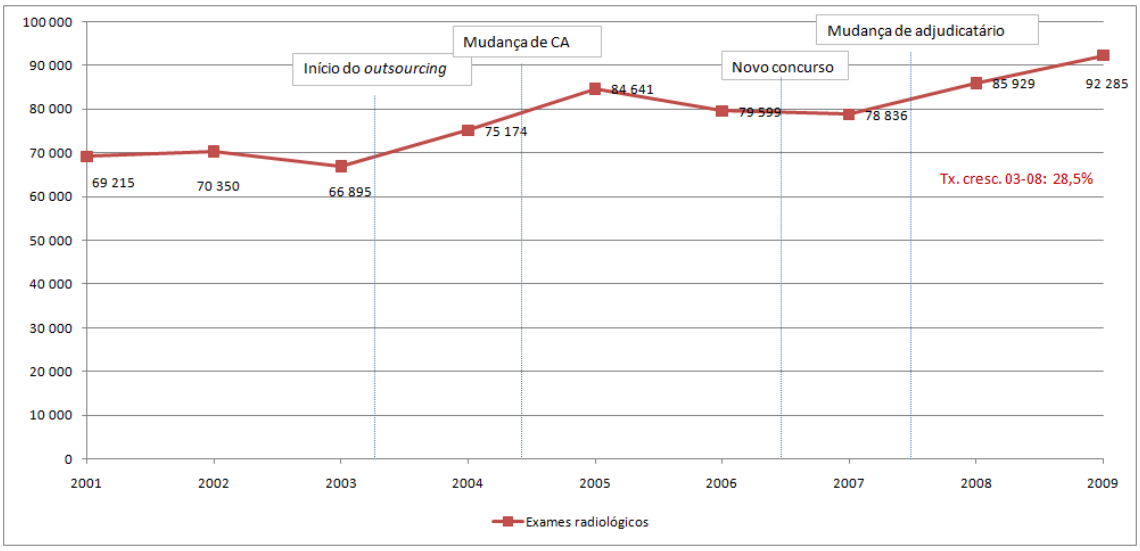
Utilizando os dados do programa informático Sonho, é possível analisar a evolução do número de exames ao longo do tempo, sendo notório o crescimento dos exames de radiologia, de TACs e de ecografias e *ecodopplers*, a partir do momento em que se recorreu ao *outsourcing* (Gráfico 7.2 e Gráfico 7.3). Mais uma vez, entendeu-se ser útil comparar a evolução da quantidade de exames realizados no CHAM/ULSAM com a dos restantes hospitais oficiais portugueses. Para este efeito, recorreu-se às Estatísticas da Saúde do INE, que registam o número de exames realizados nos hospitais (Gráfico 7.4 a Gráfico 7.6).

Verifica-se que, de um modo geral, o crescimento no número de exames realizados no CHAM, no período de 2003 a 2008, foi muito superior ao registado nos restantes hospitais oficiais. Com efeito, o número de exames radiológicos cresceu 28,5% contra 10,6% nos hospitais oficiais; o número de ecografias e *ecodopplers* cresceu 186% contra 32,5%; o número de TACS cresceu 142% contra 67,9%. No entanto, curiosamente, o único caso em que a evolução do número de exames foi inferior à evolução nos hospitais oficiais observou-se nas ressonâncias magnéticas, onde o número de exames cresceu apenas 66% contra um crescimento de 200% nos hospitais oficiais[399].

Procuram-se, então, possíveis hipóteses alternativas justificativas deste crescimento do número de exames. As duas hipóteses principais que se colocam são: ter havido um aumento de actividade do hospital que justifique este crescimento; ou ter ocorrido algum fenómeno de indução de procura. Contudo, há outras explicações rivais para essa evolução na quantidade de exames, que correspondem a problemas particulares do sector da Imagiologia e que são também equacionadas.

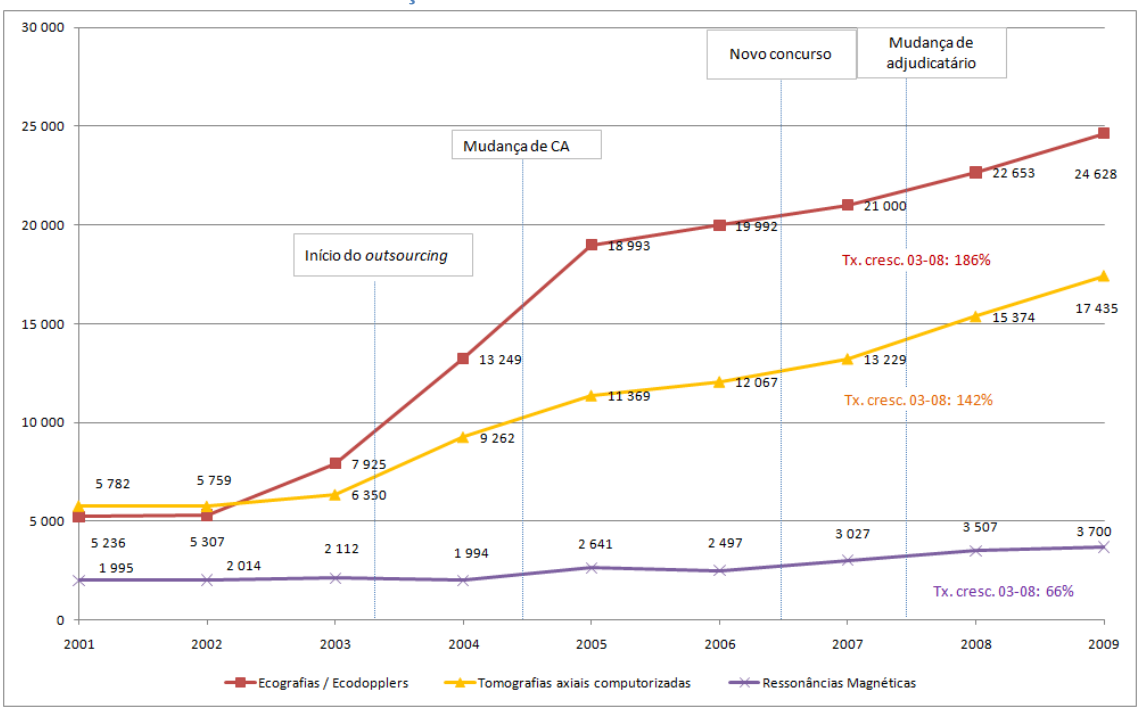
[399] Poderá questionar-se se este aumento no número de RM realizadas nos hospitais oficiais não reflectiu um aumento da capacidade instalada neste tipo de instituições, tendo correspondido a uma diminuição do número de exames efectuados em empresas e consultórios de radiologia privados. Não há possibilidade de responder a esta questão, dado que as estatísticas da saúde se reportam ao número de exames realizados em *hospitais*. Em 2007, segundo dados do *Health at a Glance*, da OCDE (2010), existiram 3,2 unidades de RM por milhão de habitantes nos hospitais e 5,7 no exterior dos hospitais. É apenas exequível comparar (recorrendo ao inquérito aos hospitais do INE) a evolução do número de exames realizados em hospitais privados, no período de 2003 a 2008, o que permite constatar aumentos no número de exames de: 121,4% no caso das RM (de 28 068 para 62 133), de 51% nas TACs (de 117 050 para 176 745), de 66,5% nas ecografias (de 438 145 para 729 596), de 19,7% nas mamografias (de 130 168 para 155 773) e de 7,3% nos exames radiológicos (de 985 299 para 1 056 831).

Gráfico 7.2: Evolução do número de exames realizados – Parte I



Fonte: Dados cedidos pela ULSAM.

Gráfico 7.3: Evolução do número de exames realizados – Parte II



Fonte: Dados cedidos pela ULSAM[400].

[400] Dados cedidos pela ULSAM, relativos aos exames realizados interna e externamente, e que estiveram na origem dos dados apresentados nos Relatórios e Contas de cada ano. Nos anos de 2001 e 2002, os números de exames correspondem aos exames dos hospitais de Viana do Castelo e de Ponte de Lima e foram obtidos num documento interno que serviu de base à elaboração do Plano de Negócios. No ano de 2003, só foi possível obter valores desagregados estimados, pelo que o número total de exames não coincide exactamente com o número total de exames que consta do Relatório e Contas.

Gráfico 7.4: Evolução do número de actos complementares de diagnóstico, nos hospitais oficiais – Parte I

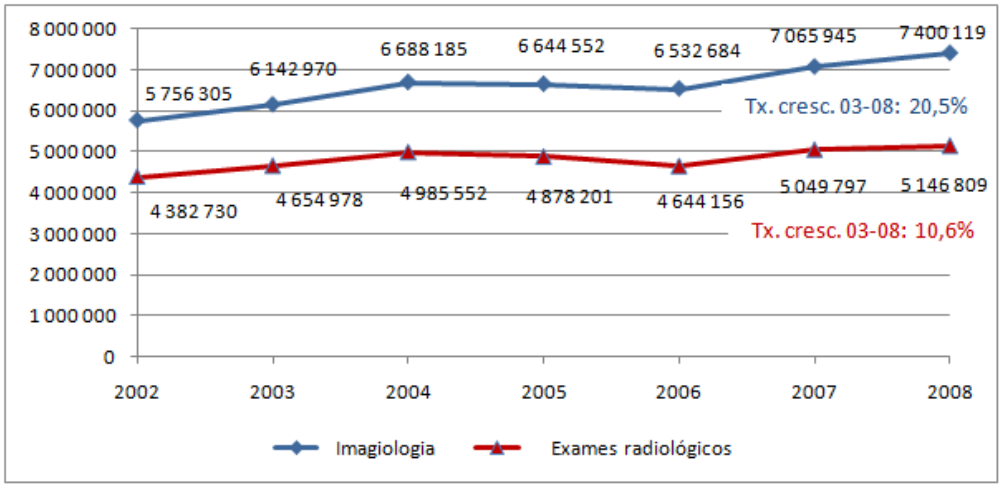


Gráfico 7.5: Evolução do número de actos complementares de diagnóstico, nos hospitais oficiais – Parte II

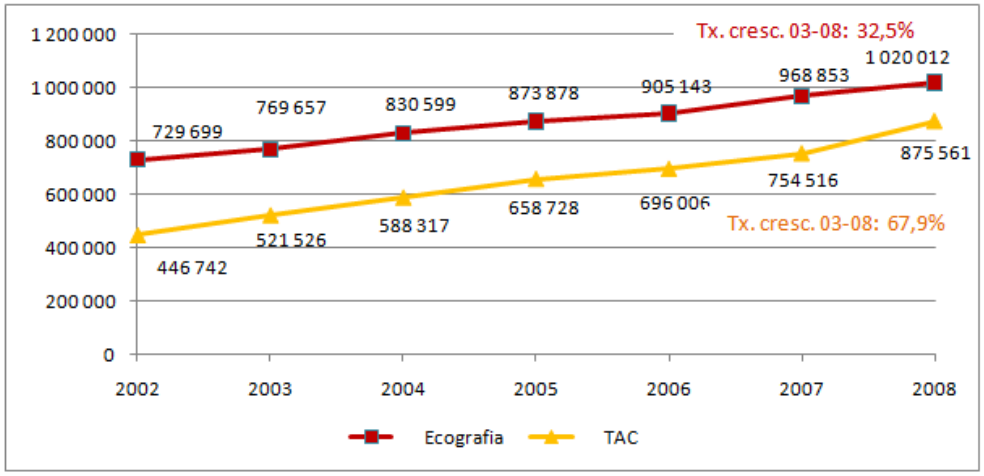
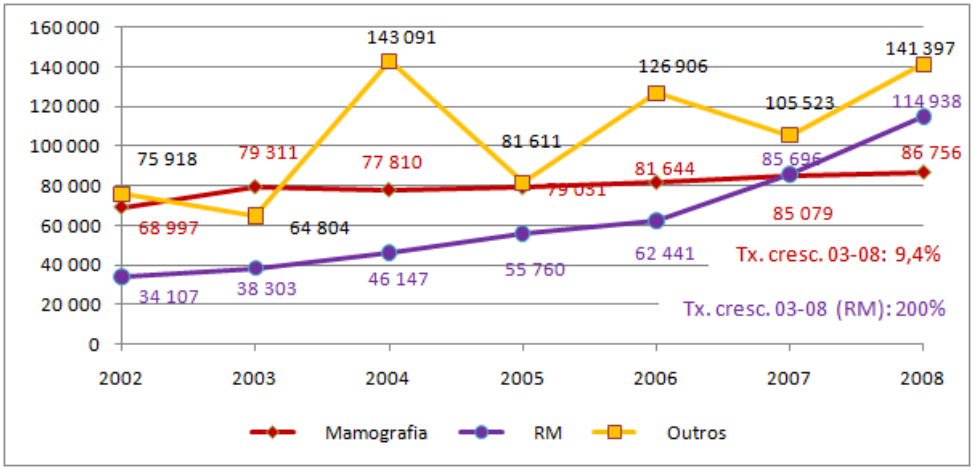


Gráfico 7.6: Evolução do número de actos complementares de diagnóstico, nos hospitais oficiais – Parte III



Fonte: Estatísticas da Saúde do INE. Dados relativos a 2006, 2007 e 2008 extraídos pelo INE a 17 de Março de 2010 (PED-85589695). Após um pedido de esclarecimento, foram recebidos, em 11 de Março de 2011, dados corrigidos, relativos ao ano de 2007.

7.8.1.5. Aumento da actividade

Um das hipóteses que se coloca é o aumento do número de exames ter resultado da evolução da actividade hospitalar. Porém, no período de 2003 a 2008, as taxas de crescimento dessa actividade (com excepção das intervenções de cirurgia de ambulatório e do número de sessões de hospital de dia)[401] têm sido bastante inferiores às taxas de crescimento do número de exames (Gráficos 7 e 8 *versus* Gráficos 2 e 3).

Gráfico 7.7: Evolução da Actividade Hospitalar na ULSAM – I: Consultas, urgências e doentes atendidos

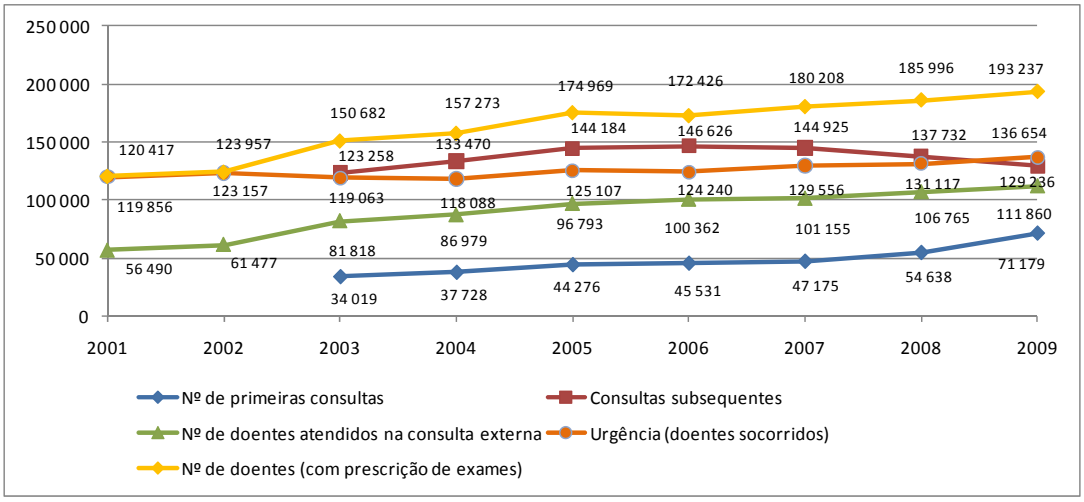
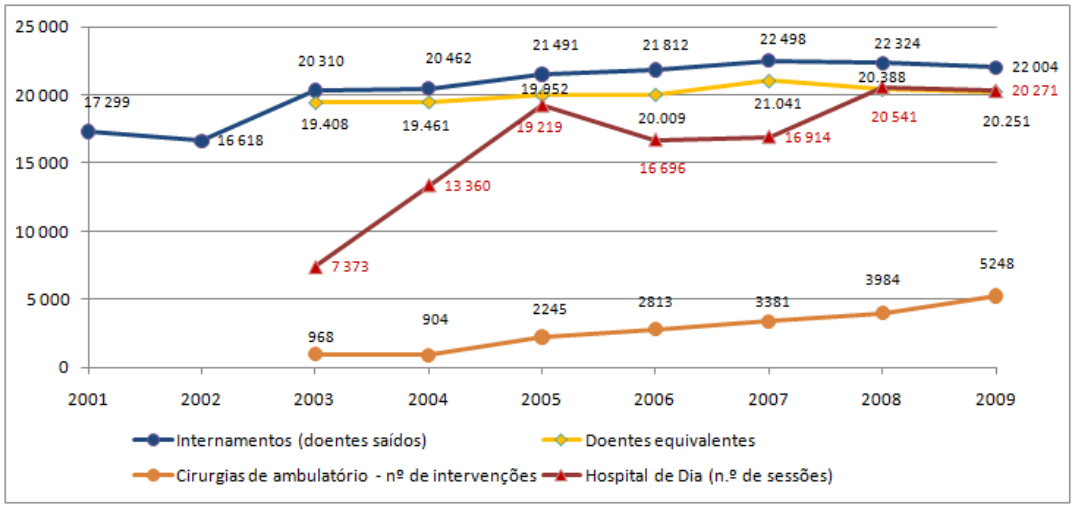


Gráfico 7.8: Evolução da Actividade Hospitalar na ULSAM – Internamentos, cirurgias e hospital de dia

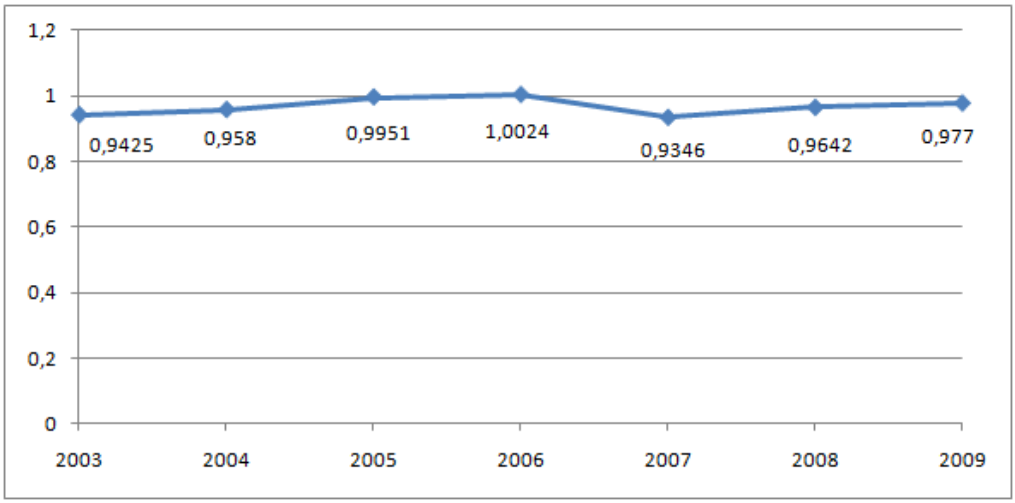


Fonte: Anexo 5 do Caderno de Encargos do Procedimento por Negociação 1/2004 (Anos de 2001 e 2002) e dados do Sistema Sonho (Anos de 2003 a 2009, retirados em Março e Abril de 2010).

[401] Neste período, observaram-se as seguintes taxas de crescimento: número de primeiras consultas (60,6%); doentes atendidos na consulta externa (30,5%); doentes com prescrição de exames (23,4%); consultas subsequentes (11,7%); doentes atendidos na urgência (10,1%); doentes saídos do internamento (9,9%); intervenções de cirurgia de ambulatório (311,6%); sessões de hospital de dia (178,6%) e doentes equivalentes (5,05%). Ressalve-se, contudo, que as primeiras consultas têm grande impacte no número de MCDT prescritos.

Outra explicação a equacionar é ter havido um aumento da complexidade dos doentes atendidos, exigindo a realização de mais meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Daí que seja relevante analisar a evolução do índice de *case-mix* na ULSAM.

Gráfico 7.9: Evolução do índice de *case-mix* na ULSAM



Conclui-se, assim, que, no primeiro procedimento, houve vários factores que contribuíram para o aumento do número de exames: alteração do sistema informático usado para os contabilizar, crescimento da actividade do hospital e, nos primeiros dois anos do procedimento, maior complexidade dos doentes atendidos. Todavia, não parecem explicar, integralmente, a evolução do número de exames. A análise da hipótese de indução de procura é apresentada no ponto seguinte.

7.8.1.6. Hipótese de Indução de procura

Como se assinalou na revisão de literatura efectuada no ponto 7.2.2, no sector da Imagiologia, existem indícios de indução de procura em contextos de auto-referenciação. Por outro lado, há evidência de que o pagamento por acto *aos médicos* influencia o número de actos realizados[402].

[402] Relativamente a esta questão, um dos estudos mais interessantes foi realizado por Hickson, Altmeier e Perrin (1987) [Hickson, G., Altemeier, W. e Perrin, J. (1987), "Physician reimbursement by salary or fee-for-service: effect on physician practice behavior in a randomized prospective study", *Pediatrics*, Vol. 80, N. 3, pp. 344-350]. Aleatoriamente, os doentes foram afectos aos pediatras e, enquanto metade dos profissionais passaram a receber por acto, outra metade recebia um salário fixo. Obteve-se apoio para a hipótese de os médicos assalariados prestarem poucos cuidados e de os médicos pagos por acto prestarem demasiados cuidados.

Atendendo ao modo de pagamento ao adjudicatário (por exame) e à assimetria de informação existente entre o médico prescritor e o médico radiologista, um problema semelhante poderá colocar-se em situações de *outsourcing* da Imagiologia. Esta possibilidade foi, também, sugerida por alguns entrevistados, que referiram que, nalguns casos, o radiologista propunha a realização de um exame adicional. Assim, por exemplo, após uma ecografia, o relatório afirmava: "exame inconclusivo, sugiro TAC abdominal"[403]. Aliás, como se pode observar no Quadro 7.11, foi acrescentada, em 2007, uma cláusula que previa o dever do adjudicatário evitar a "sobreprescrição de exames". A verificar-se aquela hipótese, seria expectável que o número de exames por doente aumentasse ao longo do tempo.

Há, no entanto, alguns factores que limitam e condicionam a possibilidade de indução numa situação como a analisada. Em princípio, a assimetria de informação entre os médicos será menor do que entre médicos e doentes e, como salientaram vários responsáveis, o exame só é pago se tiver sido prescrito por um médico do hospital, que terá sempre de concordar com a necessidade da sua realização[404]. Além disso, sendo os exames realizados no interior do hospital, usando equipamentos próprios, a possibilidade de indução da procura está limitada, quer pela capacidade do equipamento, quer pelo tipo de profissional de saúde que tem de executar o exame. Assim, por exemplo, a exequibilidade de realização de RM está limitada pela capacidade do equipamento (atendendo à inexistência de espaço físico para colocar equipamento adicional). Por outro lado, enquanto alguns exames têm de ser efectuados por médicos (como as ecografias, mamografias e radiologia de intervenção), outros podem ser executados por técnicos (como acontece na maioria das RM e TACs, embora, nalguns casos especiais, se exija a presença de um médico) [405].

[403] Pressupondo a existência de oportunismo, esta indução poderá ser mais subtil, se o próprio relatório for elaborado com pouco cuidado, criando dificuldades de interpretação ao médico que solicitou o exame e conduzindo-o a prescrever exames adicionais (http://saudesa.blogspot.com/2006/12/privados-no-spa-do-sns.html, acedido a 9 de Março de 2011).

[404] Eventualmente, podem surgir problemas, se os médicos que prescrevem os exames (por exemplo, no Serviço de Urgência) não forem, também, funcionários do hospital. Neste caso, poderá haver um "acordo" entre eles, no sentido da prescrição de elevado número de exames, em prejuízo do CHAM. Outra possibilidade, referida por um entrevistado, é a prescrição de mais exames (no SU), como forma de "desperdício contestatário", isto é, sendo o reflexo de uma atitude: "pagam pouco, logo prescrevo muito".

[405] Quando os serviços eram prestados pela JCC, havia exames que eram realizados nas suas instalações (nas proximidades do CHAM), sendo os custos de transporte assumidos pelo adjudicatário. Com a mudança para a CC, eventuais exames, que não sejam realizados no CHAM, implicam deslocações de doentes ao Porto, sendo os custos de transporte assumidos pelo CHAM.

Gráfico 7.10: Evolução do número de exames por doente - global

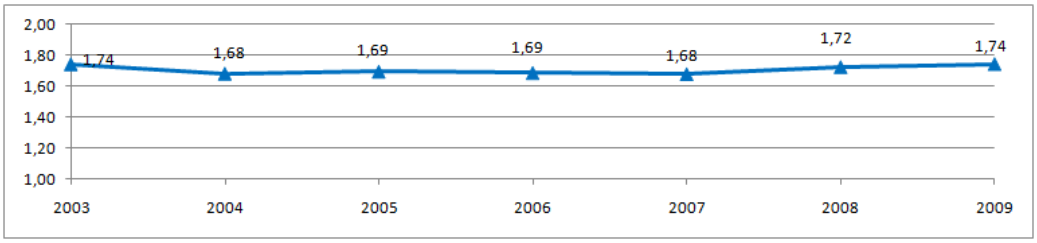


Gráfico 7.11: Evolução do número de exames por doente – discriminação I

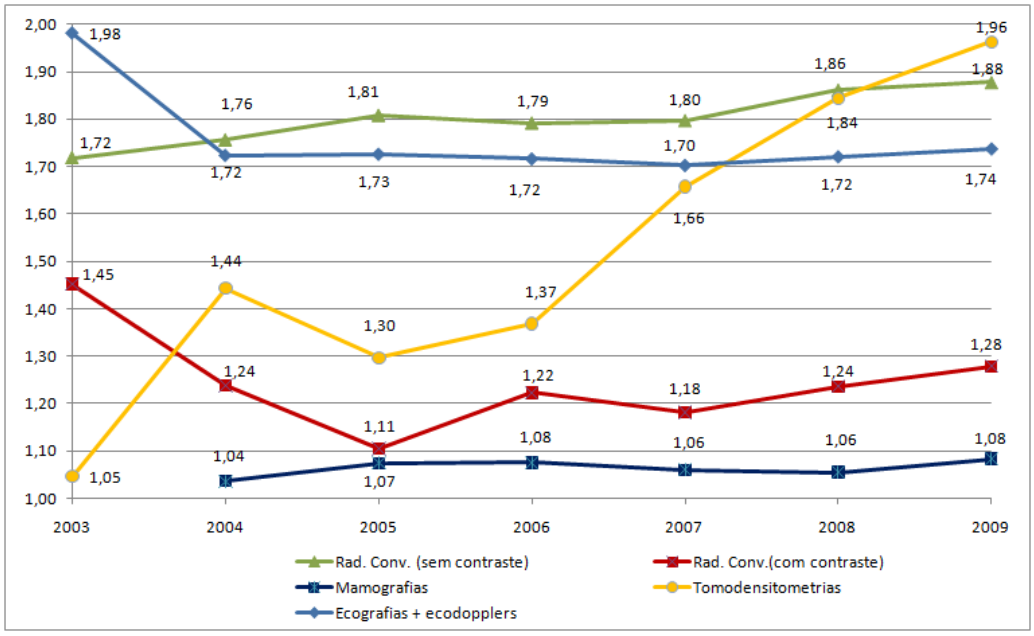
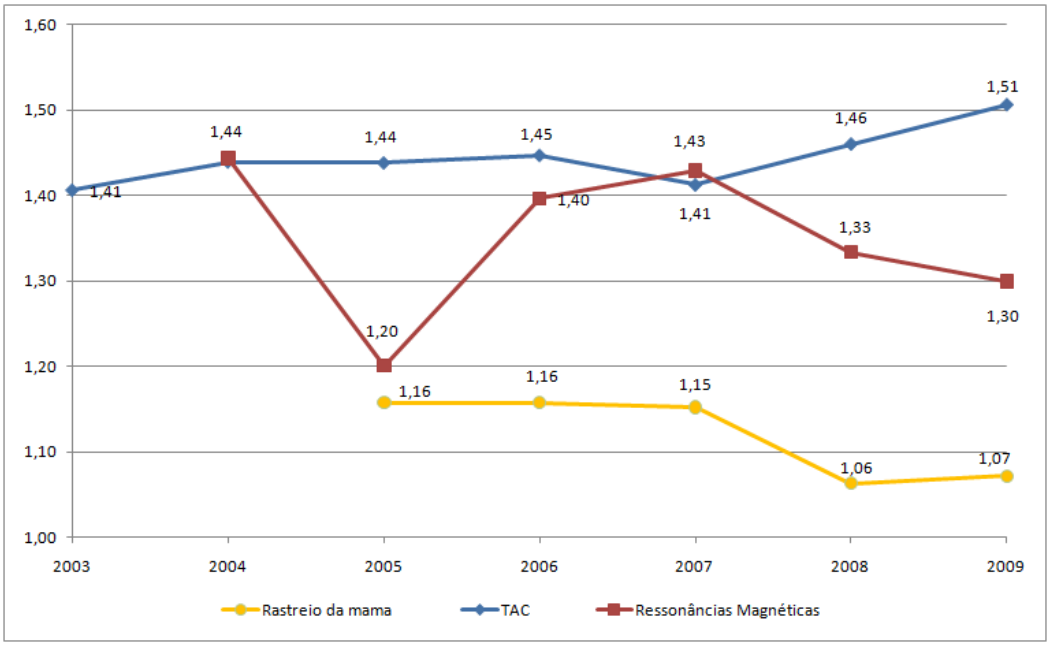


Gráfico 7.12: Evolução do número de exames por doente – discriminação II



Fonte: Dados do Sonho cedidos pela ULSAM.

Analisando a evolução do número de exames por doente, de modo geral tem havido estabilidade neste número. As excepções são as tomodensitometrias e as RM. Nos últimos dois anos considerados, parece estar a ocorrer uma utilização mais acrescida de TACs e uma diminuição na utilização de RM. Porém, e como já se referiu, o aumento do número de exames realizados poderá ter resultado de outros factores, que se analisam no ponto seguinte.

7.8.1.7. Outras explicações possíveis

Lysdahl e Hofmann (2009) efectuam revisão internacional de literatura, onde concluem que há vários factores com influência no comportamento de prescrição de exames de Imagiologia por parte dos médicos e que se revestem de importância diferente, consoante os países e as estruturas institucionais. Para além do sistema de pagamento e da auto-referenciação (que já se discutiu no ponto 7.2), a medicina defensiva, a incerteza profissional e as expectativas dos doentes assumem também um papel relevante. Por outro lado, no inquérito que realizaram aos médicos noruegueses, concluíram que as causas a que os médicos atribuem maior importância, como explicativas do crescimento do número de exames realizados, são: as possibilidades médicas acrescidas (devido a novas tecnologias e a indicações clínicas mais abrangentes para a utilização de exames radiológicos); as exigências acrescidas dos doentes e dos médicos (quanto ao conhecimento do estado de saúde) e a disponibilidade dos serviços. Como se irá desenvolver, os responsáveis do hospital estão convencidos que este último factor foi importante nesta situação concreta. É também objecto de análise a eventual existência de uma medicina mais defensiva.

7.8.1.7.1. Maior disponibilidade e acessibilidade

Na verdade, uma potencial explicação avançada foi que o aumento na acessibilidade e disponibilidade para a realização dos exames contribuíram para o incremento no número de exames realizados. Poderá estar aqui em causa um efeito semelhante ao

documentado em alguns estudos que salientam que a possibilidade de realização dos exames num local próximo aumenta o número de exames efectuados[406].

Levin e Rao (2004b) apresentam os resultados de um estudo de 1987, em que Strasser *et al*[407] comparam duas instalações prestadoras de cuidados de saúde. Não se colocavam eventuais problemas de indução de procura, porque os médicos de família não eram proprietários do equipamento, nem detinham interesses financeiros nas entidades externas, onde se realizavam os exames. Nas instalações em que estava disponível um aparelho de raio X pediam-se 2,4 vezes mais exames do que nas situações em que os exames não eram realizados localmente. Num outro estudo, Oguz *et al* (2002)[408] examinaram os efeitos da instalação de um TAC, no Serviço de Urgência, sobre a utilização de TACs do sistema nervoso central pelos médicos do SU. Em 1998, um ano antes da instalação do equipamento, 7,9% dos doentes vistos no SU realizavam uma TAC. Em 2000, um ano após a instalação, esse valor ascendia a 13%. Simultaneamente, a percentagem de resultados positivos significativos diminuiu de 22,1% para 15%. A instalação do equipamento reduziu o limiar (*threshold*) de pedido de TAC dos médicos. Estes dois estudos sugerem que, mesmo na ausência de incentivos financeiros, a mera disponibilidade de tecnologia de imagem, num local próximo, poderá conduzir a uma utilização acrescida.

Outra possibilidade está associada à redução do tempo de espera para a realização dos exames, que poderá ter originado aumento de prescrições. Com efeito, a documentação dos procedimentos estabeleceu tempos máximos para a realização dos exames. Poderá ter ocorrido um fenómeno semelhante ao que existe nas listas de espera cirúrgicas, em que o aumento da capacidade produtiva e a diminuição do tempo de espera para cirurgia conduzem ao crescimento das entradas em lista de espera (Justo (2004) e Hurst e Siciliani (2003)), porque os médicos passam a inscrever nas listas cirúrgicas doentes

[406] Vários entrevistados referiram situações análogas noutras instituições em que a aquisição de equipamentos, para realização de exames no interior do hospital (em vez da sua aquisição no exterior), se traduziu num aumento do número de exames realizados.
[407] Strasser, R., M. Bass e M. Brennan (1987), "The Effect of an On-site Radiology Facility on Radiologic Utilization in Family Practice", *Journal of Family Practice*, 24, pp. 619-623.
[408] Oguz, K., D. Yousem, T. Deluca, E. Herkovits e N. Beauchamp (2002), "Effect of emergency department CT on neuroimaging case volume and positive scan rates", *Academic Radiology*, Vol. 9, N. 9, pp. 1018-1024.

que, antes, encaminhavam para outro tipo de tratamento. Aqui poderá passar-se uma situação idêntica, em que maior capacidade de resposta (menor tempo de espera) conduz a mais "influxos" de doentes nas listas de espera para exames. Esta possibilidade é apresentada por Laupacis e Evans (2005), que defendem que, apesar de o *threshold* para prescrição de exames imagiológicos ser sobretudo influenciado por factores clínicos (como idade do doente, severidade e duração dos sintomas), é admissível que esse *threshold* diminua com o aumento de capacidade de realização de exames.

7.8.1.7.2. Medicina defensiva

Como se discutiu no ponto 4.4, o acréscimo na prescrição de exames de diagnóstico está, muitas vezes, relacionado com receios de processo judiciais, especialmente em determinados países. Nos EUA, por exemplo, são frequentes os processos por falhas na realização de diagnósticos de anomalias graves, ainda que sejam extremamente raros os processos decorrentes da sobreutilização de exames de diagnóstico (Hillman e Goldsmith (2010)). Procurou-se, então, analisar a evolução do número de MCD na ULSAM (Gráfico 7.13 a Gráfico 7.15), pretendendo avaliar em que medida possa estar em causa o exercício de uma medicina mais defensiva, por parte dos médicos desta instituição hospitalar. No ano de 2005, houve acréscimo na utilização de todos os meios complementares de diagnóstico já enunciados, o que poderá ajudar a explicar o aumento dos custos, verificado no segundo ano do primeiro procedimento de *outsourcing*, se bem que, mais uma vez, esse crescimento tenha sido bastante inferior ao observado na Imagiologia. No entanto, importa realçar que alguns estudos internacionais defendem que os departamentos de Imagiologia parecem ser os mais afectados pela prática da medicina defensiva (Baicker *et al* (2007)). Um recente inquérito, realizado a médicos do Massachusetts[409], mostrou que uma percentagem significativa dos exames de imagiologia solicitados representava práticas defensivas: 22% dos exames de Raio X, 28% das TACs, 27% das RM e 24% das ecografias e que estas percentagens eram superiores às dos exames laboratoriais.

[409] Disponível em www.massmed.org/defensivemedicine/. Acedido a 23 de Fevereiro de 2011.

Gráfico 7.13: Evolução do número de análises clínicas

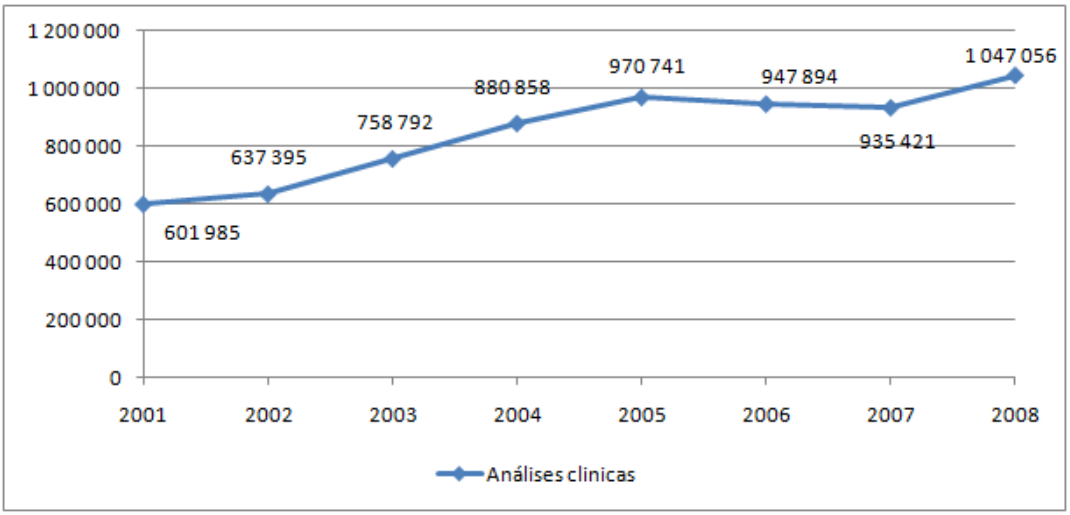


Gráfico 7.14: Evolução do número de exames de Imunohemoterapia

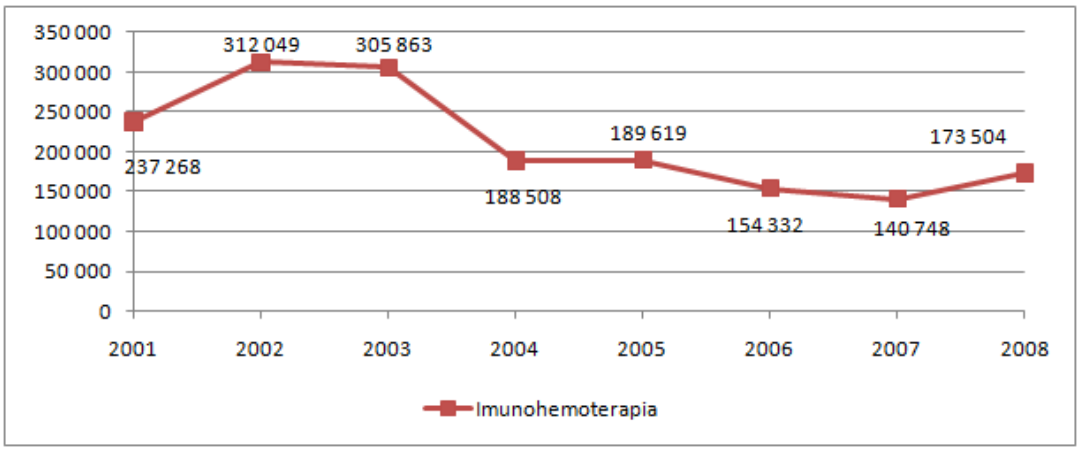
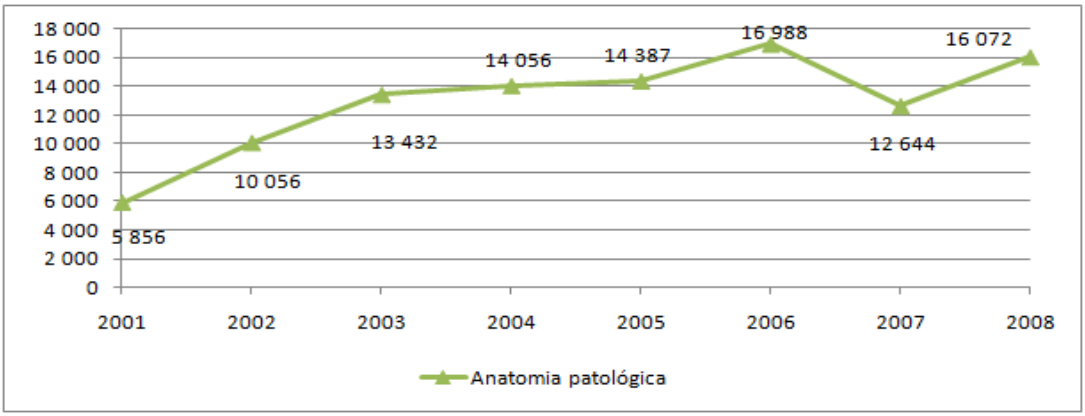


Gráfico 7.15: Evolução do número de exames de Anatomia Patológica



Fonte: Inquérito aos Hospitais – INE – informação relativa à ULSAM.

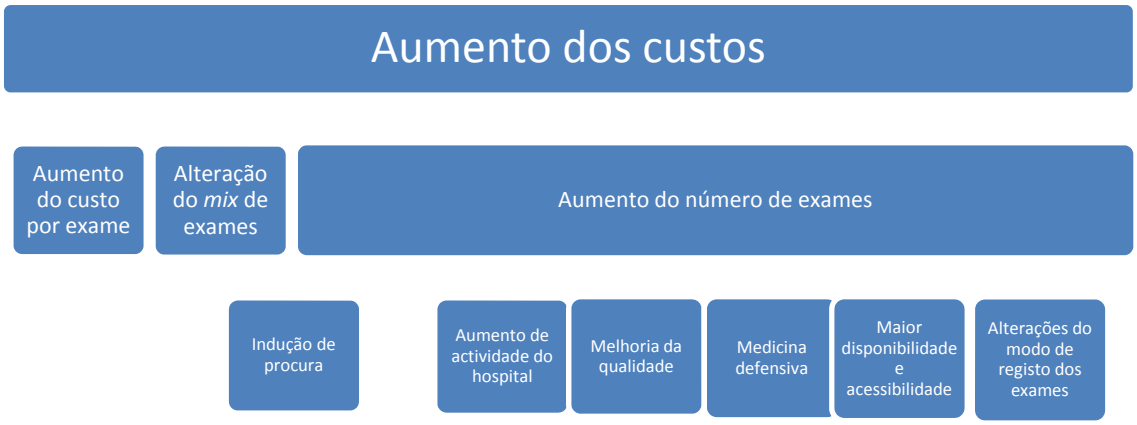
7.8.1.7.3. Melhoria da qualidade dos exames

Nas entrevistas com os responsáveis da ULSAM, outra das hipóteses levantadas para o crescente número de exames efectuados foi o aumento da qualidade percebida dos exames. Ambos os adjudicatários são reconhecidos como empresas que prestam serviços de elevada qualidade, pelo que os médicos terão reagido a essa melhoria da qualidade, solicitando maior número de exames. Esta questão será objecto de análise no ponto seguinte (7.8.2).

7.8.1.8. Conclusão e outras consequências negativas associadas à eventual sobreprescrição de exames

Os custos do Serviço de Imagiologia cresceram, de modo significativo, com o início do relacionamento de *outsourcing*. Em relação ao primeiro procedimento, não foi possível validar se terá havido uma subida do preço por exame que tenha contribuído para essa situação. Todavia, registou-se crescimento acentuado da quantidade de exames facturados, que terá resultado de vários factores: incremento da actividade do hospital, ligeiro aumento da complexidade dos doentes atendidos e alteração do programa informático usado para contabilizar os exames. Infelizmente, como todos estes factores tiveram influência na quantidade de exames prescritos e facturados, não houve possibilidade de rejeitar (ou não) a hipótese de indução de procura. Por outro lado, o facto de ter melhorado a qualidade dos exames, de os exames terem passado a ser realizados no interior do hospital e de existir menor tempo de espera, para além de uma eventual medicina mais defensiva, podem, também, ter contribuído para esse aumento do número de exames prescritos.

Esquema 7.1: Possíveis justificações para o aumento dos custos



A realização de exames imagiológicos desnecessários tem sido objecto de atenção internacional, tendo em conta o seu impacte não apenas nos custos das instituições e dos sistemas de saúde, mas até na própria saúde dos doentes. Na verdade, embora os benefícios de mais cuidados de saúde sejam amplamente reconhecidos, a possibilidade de que possam ser prejudiciais tem recebido pouca atenção (Fisher e Welch (1999)). O facto de a informação poder ter efeito negativo na saúde é contra-intuitivo, quer para médicos, quer para doentes. Alguns exames imagiológicos, como as TACs, expõem os doentes a doses de radiação ionizante muito elevadas. Da realização de demasiados procedimentos avançados podem resultar doses de radiação acumulada significativas com (eventuais) consequências negativas na saúde dos doentes. Segundo Brenner e Hall (2007), um raio X abdominal envolve uma dose de radiação que é, pelo menos 50 vezes, inferior à dose correspondente numa TAC abdominal. O "ruído" nas imagens é tanto maior, quanto menor a dose de radiação utilizada. A radiação nas crianças é particularmente preocupante, quer porque elas são mais sensíveis à radiação, quer porque, após a radiação, vivem maior número de anos, durante os quais podem desenvolver doenças do foro oncológico originadas por aquela. Os referidos autores fazem alusão a um estudo onde se sugere que cerca de um terço das TACs realizadas em crianças poderiam ser substituídas por exames alternativos (ou não ser efectuadas). Em especial, tem vindo a ser questionado o seu uso como mecanismo de diagnóstico da apendicite aguda nas crianças, assim como a sua utilização em situações como ataques de epilepsia, dores de cabeça crónica, etc. Brenner e Hall (2007) estimam,

inclusivamente, que 1,5 a 2% de todos os casos de cancro, nos EUA, podem ser resultantes da radiação atribuível a TACs[410].

Esta situação é ainda mais inquietante, porque é desconhecida por muitos profissionais de saúde. Num inquérito realizado nos EUA, concluiu-se que apenas 9% dos médicos que prescreveram TACs em casos de dor abdominal e de flanco, acreditavam que os exames envolvidos estavam associados a risco acrescido de cancro. Nos radiologistas, essa percentagem, apesar de muito superior (47%), não atingiu os 50% (Lee *et al* (2004)).

Ao problema da radiação acresce que os agentes de contraste necessários nalgumas TACS podem ter efeitos colaterais sérios (estudo referido por Ganeshan (2008)). Além disso, mesmo que não exista radiação adicional, nem a utilização de agentes de contraste, a realização de exames desnecessários expõe os doentes a riscos, como esclarece Hendee (2006), pp. 390-391:

"*Each image should be obtained at the lowest dose consistent with sufficient image quality, a minimum number of images should be acquired consistent with the successful completion of an examination or procedure, and requests for unnecessary or inappropriate examinations should be refused. Every radiologic examination – even those that are performed with US [ultrasonography] and MR [magnetic resonance] imaging, which do not employ ionizing radiation – expose patients to some element of risk. That risk comes from unwarranted exposure to radiation, as well as from false-positive results that lead to follow-up procedures and false-negative results that fail to demonstrate evidence of disease and injury.*"

Este tipo de preocupações será também relevante para compreender melhor o que se expõe no ponto seguinte.

[410] Mettler *et al* (2009) concluem que, nos EUA, as doses de radiação *per capita* associadas a procedimentos radiológicos e nucleares aumentaram 600%, entre 1980 e 2006.

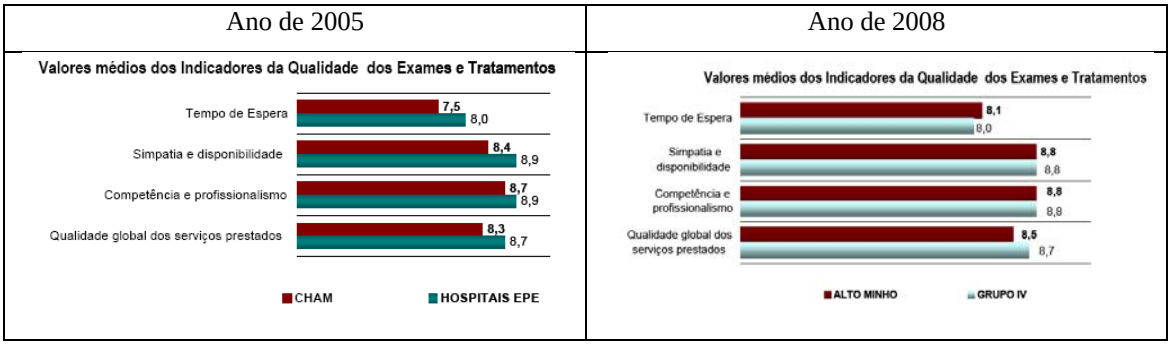
7.8.2. Melhoria da qualidade e aumento da satisfação: análise à luz da Perspectiva das Competências

Os responsáveis do hospital revelam estar muito satisfeitos com o *outsourcing* deste Serviço. No inquérito realizado em 2009 (cujos resultados se apresentaram no capítulo 6), os responsáveis da ULSAM classificaram com o nível de satisfação 5, numa escala de 1 a 5, o *outsourcing* desta actividade. Note-se, ainda, que o actual Presidente do Conselho de Administração (e Director Clínico) confessa que, apesar de ter subscrito, em 2004, em conjunto com outros profissionais, um documento onde se manifestava contra esta opção, hoje em dia (2011), considera que esta decisão se revelou benéfica para o hospital. Salienta, contudo, o diferente nível de satisfação com os dois adjudicatários:

" Saliento que "há dois filmes distintos", um com a empresa João Carlos Costa e outro com a empresa Campos Costa. A João Carlos Costa era uma empresa local, com características muito pouco profissionais e muito dependente de uma pessoa. Embora lhes reconheça competências técnicas. A Campos Costa é uma organização profissionalizada, com um modelo organizativo e pessoas qualificadas. Curiosamente, foi através do preço que passamos de uma situação para outra. E agora pago menos e obtenho um serviço mais qualificado."

Por outro lado, nos inquéritos aos clientes sobre a qualidade apercebida[411], no item correspondente aos exames e tratamentos, observa-se uma evolução bastante positiva entre 2005 e 2008:

Gráfico 7.16: Evolução da Qualidade Apercebida nos Exames e Tratamentos



Fonte: Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente – CHAM

[411] Estes inquéritos são realizados pela ACSS em parceria com a Universidade Nova de Lisboa. São uma das fontes dos dados utilizados na análise do capítulo 8, relativa ao impacte do *outsourcing* nos serviços hoteleiros, pelo que, nesse capítulo, se procede à apresentação mais detalhada da motivação para a sua realização, assim como do seu conteúdo e metodologia usada. Claro que os exames e tratamentos também dizem respeito a outras áreas como, por exemplo, as análises (embora neste tipo de exames a interacção com os doentes seja muito reduzida) e aos tratamentos de medicina física e reabilitação.

A análise desta situação, sob o prisma da Perspectiva das Competências, permite compreender melhor este nível de satisfação[412].

À luz da Teoria Baseada nos Recursos, inicialmente, o relacionamento entre o CHAM e a empresa prestadora de serviços foi estabelecido tendo em vista a partilha de recursos entre as instituições. Assim, o CHAM pretendia colmatar lacunas em termos de recursos humanos. Por outro lado, o adjudicatário utilizaria os meios disponíveis no Serviço de Imagiologia para o exercício de actividade privada, embora essa possibilidade nunca se tenha vindo a concretizar.[413] Entretanto, mais do que um mero acesso a recursos, este relacionamento entre as empresas acabou por permitir ao CHAM/ULSAM aceder a competências às quais atribui elevada importância, como se irá expor.

Na versão inicial da Teoria Baseada nos Recursos, proposta por Richardson (1972), e sintetizada no ponto 3.4.1, as organizações especializam-se em actividades similares (nas quais as suas capacidades oferecem algum tipo de vantagem comparativa) e recorrem à cooperação com outras organizações para realizar actividades muito complementares (*closely complementary*)[414], mas dissimilares. Nestas situações, a *coordenação* não deve ser confiada às forças de mercado, porque é necessário conjugar os planos individuais das empresas, quer em termos qualitativos, quer quantitativos (p. 892), mas também não pode ser confiada ao interior das empresas, porque as actividades *não são semelhantes*. A coordenação é conseguida através da cooperação, ou usando a terminologia de Williamson (1991b), através de algum tipo de acordo híbrido (como acontece com o *outsourcing*).

Na Imagiologia, algumas actividades desenvolvidas pelo hospital e pela empresa prestadora de serviços são muito complementares, na medida em que exigem um elevado *nível de coordenação* inter-organizacional. Na generalidade das actividades de ambulatório, as necessidades de coordenação não serão muito elevadas, já que é

[412] Esta análise foi parcialmente inspirada numa Tese de Doutoramento em Ciências Empresariais, na FEP, sobre Sistemas de *Franchising*, publicada em Marnoto (2010).
[413] Este facto poderá ajudar a explicar que, publicamente, se assuma a existência de uma parceria entre as organizações. Assim, quer na sala de espera dos utentes, quer nos relatórios dos exames, se efectuam referências a essa parceria.
[414] O autor distingue actividades complementares (como acontece, por exemplo, nas actividades de construção de casas e de tijolos) que podem ser confiadas ao mercado, de actividades muito complementares (por exemplo, travões ou *tabliers* de carros de determinada marca).

suficiente que os relatórios dos exames estejam disponíveis antes da realização das consultas subsequentes. Porém, no caso dos doentes atendidos no Serviço de Urgência, a rápida disponibilização dos relatórios permite tomar decisões, quanto ao diagnóstico e ao tratamento, que podem até ser cruciais para a sua sobrevivência (pois que, habitualmente, estarão em causa situações emergentes). Além do mais, no caso dos doentes internados, essa prontidão nos relatórios tem reflexos nas decisões relativas ao momento da alta do doente, o que tem implicações na satisfação do doente, nos resultados em saúde, e, também, nos resultados económico-financeiros.

Todavia, essas actividades *não são completamente dissimilares*, visto que, em muitas (ou mesmo na maioria das) situações, são realizadas pelos próprios hospitais (como aliás acontecia no CHAM, relativamente a alguns exames)[415]. Se as actividades forem completamente dissimilares, de acordo com o princípio da especialização, devem ser realizadas por outras organizações (Foss e Loasby (1998), p. 3), porque podem exigir capacidades apoiadas em tipos de conhecimento muito distintos, podendo tornar-se muito difícil a sua integração bem sucedida numa organização formal (Loasby (1998b), p. 156).

Ora, as actividades da Imagiologia estão a tornar-se mais dissimilares e menos complementares, desfavorecendo a opção pela integração vertical.

Com efeito, e de acordo com o que se expôs no ponto 7.2.3, neste sector, com a tendência de subespecialização, algumas actividades exigem conhecimentos cada vez mais particulares. Uma das vantagens associadas à prestação de serviços, por parte do segundo adjudicatário, foi o acesso a médicos com especializações e subespecializações. Nas palavras de um dos entrevistados: “Com um grande grupo, é possível diferenciar a qualificação dos profissionais. É possível ter um médico especializado em osteoarticulado; outro, em ressonância magnética pediátrica; outro, em neuropediatria”.

[415] Como explica Kay (2000), as abordagens baseadas nos recursos têm alguma dificuldade em explicar a integração vertical. As razões invocadas por Penrose não têm qualquer ligação óbvia ou necessária com a partilha de competências. Esses motivos estavam relacionados com o desejo de manter o controlo sobre qualidade e a quantidade dos abastecimentos, assim como com o desejo de segurança e de evitar flutuações em caso de risco ou incerteza.

Um hospital distrital dificilmente conseguirá (e terá interesse em) atrair subespecialistas em determinadas áreas. Mas a subespecialização é uma necessidade clara para os radiologistas nos grandes hospitais e mesmo para as grandes instituições privadas (European Society of Radiology (2010b)). Assim, segundo Thrall (2007b), os hospitais, em busca de melhor desempenho, terão de entrar em contacto com grandes organizações para gerir os seus departamentos. Para as instituições de menor dimensão, o *outsourcing*, ainda que apenas parcial, poderá representar a única forma de aceder, indirectamente, a este tipo de competências e de conhecimento. Esta externalização é facilitada pelo facto de, na radiologia de diagnóstico, a necessidade de proximidade física ser muito reduzida (Stack *et al* (2007)).

É precisamente através da especialização que se desenvolvem as competências directas e indirectas (Loasby (1998b), p. 152). No caso particular dos serviços de saúde, esta especialização, mais do que permitir produzir com maior eficiência, poderá ser a única forma de assegurar determinado nível mínimo de qualidade. Em certa medida, nalguns exames, estará em causa um problema de "escala mínima clínica" (expressão usada, por exemplo, por Dash e Meredith (2010)), isto é, nalgumas situações, apenas uma organização que consiga agregar a procura de várias instituições consegue obter número suficiente de casos que lhe permita garantir determinado nível mínimo de qualidade[416].

Como explicita Loasby (1998b), p. 156, o desenvolvimento de uma capacidade especializada depende da variedade de experiências, mas a única forma de aceder a essa variedade poderá ser através da criação de uma rede de relações. Ao tentar internalizar uma competência complementar, mas dissimilar, podem surgir problemas de gestão que a empresa não compreende (e desconhece que não compreende). Além disso, prossegue o autor, esta competência, quando separada da diversidade do seu campo de especialização, rapidamente se transforma numa fonte de desvantagem competitiva. A vantagem principal de relacionamentos como os de *outsourcing* reside na inovação: acesso a novos métodos, produtos e competências. Assim, afirma (p. 157):

[416] Na literatura académica, esta relação é conhecida como "*volume-outcome effect*". A bibliografia mais relevante é identificada por Kizer (2003), Porter e Teisberg (2007) e Barros e Braun (2010). Estes últimos efectuam um estudo de vários procedimentos médicos, em Portugal. Campos (2008), pp. 255-269, aponta motivos semelhantes para justificar a concentração de maternidades e de serviços de urgência.

"(…) the advantages [of building relationships to manage closely complementary capabilities] may justify increased costs of governance, and even new forms of organization, in which members of one business may effectively work for another (…) while preserving the distinctiveness on which their capabilities depend."

Esta ideia de Loasby corresponde ao que Leonard-Barton (1992) designava por "inflexibilidades nucleares": "*traditional core capabilities have a down side that inhibits innovation, here called core rigidities.*" Os valores, capacidades, sistemas técnicos e de gestão que foram úteis às empresas, no passado, podem constituir um conjunto de conhecimentos inapropriado para novos projectos, tornando-se uma barreira ao seu desenvolvimento.

Por outro lado, com o progresso tecnológico actual (descrito no ponto 7.2.3), as actividades estão a tornar-se, também, menos complementares[417]. Continua a ser exigido elevado nível de coordenação entre as actividades do hospital e as de quem realiza os exames (sobretudo nos exames solicitados na urgência e no internamento), mas, como grande parte dos exames podem ser interpretados através de telerradiologia, essa coordenação já não exige que (todos) os médicos estejam localizados no hospital (muitos exames são efectuados por técnicos, sendo a interpretação do exame realizada por médicos, à distância)[418]. Os custos temporais associados à interpretação num local externo foram eliminados (Burkholder (2006), p. 82). Este facto faz aumentar a contestabilidade do mercado, porque diminui as barreiras à entrada: mesmo empresas situadas em locais geograficamente afastados podem passar a estar disponíveis para prestar serviços (até em zonas menos litorais). A eventual mudança de empresa prestadora de serviços fica assim facilitada, o que corresponde a uma das ideias chave da Teoria Baseada nos Recursos (maior externalização associada à maior facilidade de substituição dos recursos). No presente caso, é interessante salientar que no Concurso Público nº 1/2009 (Quadro 7.21), uma das propostas foi apresentada pelo "IMI –

[417] Curiosamente, uma ideia semelhante é defendida por Hart (1995), que justifica a tendência actual de *outsourcing* com a menor complementaridade dos *activos* associada à maior flexibilidade tecnológica (cf. ponto 3.7.1).

[418] Porém, relativamente a este aspecto, convém salvaguardar contratualmente (como acontece no presente caso) que os exames são interpretados num determinado intervalo de tempo.

Imagens Médicas Integradas", que possui unidades na região de Lisboa (Lisboa, Cascais, Almada, Santiago do Cacém e Leiria). [419] [420]

Quadro 7.21: Comparação das propostas do Concurso Público Nº 1/2009

		Nº exames anuais	CC	CIMB	IMI	JCC
Sector						
1	Radiologia Convencional sem contraste, sem relatório	81.805,0	1.398.865,50 €	1.227.075,00 €	1.865.154,00 €	1.870.062,30 €
2	Radiologia Convencional com contraste	529,7	33.289,55 €	55.615,00 €	60.382,00 €	60.540,90 €
3	Mamografia	1.169,0	73.156,02 €	66.633,00 €	76.627,95 €	76.803,30 €
4	Densitometria	131,0	7.129,02 €	7.074,00 €	7.467,00 €	7.486,65 €
5	Ecografia e Ecodoppler	20.801,0	1.341.664,50 €	1.123.254,00 €	1.422.788,40 €	1.426.532,58 €
6	TAC - o preço inclui o contraste, no caso de constrate endovenoso, este será não iónico	13.695,0	1.972.080,00 €	2.054.250,00 €	2.365.263,45 €	2.371.015,35 €
7	RM - o preço inclui o contraste, no caso de constrate endovenoso, este será não iónico	3.040,7	665.906,00 €	684.150,00 €	779.931,00 €	781.846,62 €
Subsector - Radiologia de Intervenção						
8.1	Biópsia cistológica e histológica e marcação de lesão infraclinica	1.298,7	296.836,24 €	311.680,00 €	314.602,00 €	315.381,20 €
8.2	Instilação de agentes farmacológicos e drenagem percutânea	161,7	170.904,30 €	184.300,00 €	184.300,00 €	184.760,75 €
8.3	Colocação de prótese biliar ou digestiva - não inclui o preço da prótese	3,7	11.972,84 €	12.540,00 €	12.540,00 €	12.571,46 €
Subsector - Apoio Radioscópico ou Radiográfico						
9.1	Apoio radioscópico ou radiográfico até 30 min	41,7	1.416,25 €	1.250,00 €	1.483,75 €	1.487,50 €
9.2	Apoio radioscópico ou radiográfico de 30 até 60 min	416,0	17.833,92 €	18.720,00 €	21.340,80 €	21.390,72 €
9.3	Apoio radioscópico ou radiográfico mais de 60 min	2.053,7	93.893,64 €	98.576,00 €	105.353,10 €	105.599,54 €
	SOMA ESTIMADA PARA O TRIÉNIO		6.084.947,78 €	5.845.117,00 €	7.217.233,45 €	7.235.478,87 €
	VALOR GLOBAL DA PROPOSTA APRESENTADA		6.084.928,30 €	5.845.117,00 €	7.217.233,45 €	7.235.444,59 €
	VALOR COM IVA (SE APLICÁVEL)		6.389.174,72 €			
	VALOR ANUAL DA PROPOSTA		2.129.724,91 €	1.948.372,33 €	2.405.744,48 €	2.411.826,29 €

Fonte: Elaboração própria a partir do relatório preliminar do concurso público nº 1/2009, concebido para efeito de audiência prévia, e respectivo anexo, bem como do número de exames previsto no caderno de encargos (anualizado).

A facilidade de substituição dos recursos pode ser mais elevada através de um contrato de *outsourcing* do que através do recurso a funcionários próprios (Burkholder (2006)). Com efeito, aplicando um raciocínio análogo ao sugerido por Kay (2000), explicitado no ponto 3.4.1, conclui-se que os radiologistas possuem um conjunto altamente

[419] Um aspecto interessante é que a proposta apresentada pela empresa JCC é igual ao preço base do concurso. Segundo informação recolhida junto do serviço de aprovisionamento de alguns grandes hospitais da região norte, nalguns concursos públicos, as empresas têm optado por apresentar preços próximos do preço base. Nos casos em que o critério preço não é o único utilizado na avaliação das propostas, esta situação faz com que, na prática, os restantes critérios assumam importância acrescida relativamente ao que estava previsto (sendo o preço idêntico em todas as propostas, o que as diferencia são os restantes factores). No caderno de encargos do último concurso, foram incluídos vários requisitos, relativos ao pessoal médico e à direcção de serviço. A proposta apresentada pelo candidato "João Carlos Costa" acabou por ser excluída, precisamente por não satisfazer um destes requisitos.

[420] Por outro lado, a empresa CC presta serviços de telerradiologia a um hospital na Madeira.

especializado de competências, no sentido de Penrose/Richardson, na medida em que lhes permitem realizar apenas um tipo de actividades muito particulares. Contudo, estes activos não são específicos, no sentido que lhes é atribuído pela Teoria dos Custos de Transacção, já que com alguma facilidade podem ser reutilizados noutras organizações hospitalares sem diminuição do seu valor (o custo de oportunidade é elevado). A maioria dos hospitais necessita de competências idênticas ou similares às dos restantes hospitais. A substituição das empresas prestadoras de serviços não acarreta previsíveis custos significativos de mudança, sendo possível obter um serviço idêntico, em termos de qualidade e valor.

Efectivamente, se se proceder à análise dos dois processos de mudança que ocorreram neste caso particular, não surgiram dificuldades significativas. No primeiro processo, entre o CHAM e o primeiro adjudicatário, os principais problemas estiveram relacionados com questões de desmotivação dos funcionários envolvidos (inclusivamente, os poucos médicos que eram funcionários do hospital abandonaram o CHAM). No segundo processo, apesar de não ter havido colaboração por parte do primeiro adjudicatário na transição para a segunda empresa, os escassos problemas rapidamente foram ultrapassados e solucionados[421].

Uma das principais preocupações da Perspectiva das Competências é que há actividades que utilizam rotinas e linguagem específica de determinado hospital, pelo que a sua realização interna acarreta, possivelmente, uma vantagem em termos de eficiência para o hospital (relembre-se a discussão em 3.4.1). Ora, na situação da Imagiologia, poderá não existir, actualmente, nenhuma vantagem associada à realização destas actividades por parte deste hospital. Pelo contrário, algumas empresas externas (à partida as de maior dimensão) dispõem de redes de relacionamentos que lhes permitem acumular conhecimento e competências, possibilitando uma melhor realização destas actividades. Relativamente a este aspecto, parece relevante distinguir os dois adjudicatários. Assim, por exemplo, enquanto a JCC prestou serviços, em 2009, no montante de quase 3

[421] Por exemplo, foi impedida uma transferência gradual do serviço para o segundo adjudicatário. Quanto aos colaboradores que tinham sido contratados pela JCC para a prestação dos serviços de Imagiologia no CHAM, o prazo dos contratos de trabalho terminava com o fim do contrato de *outsourcing*. Quando ocorreu a transferência para o segundo adjudicatário, foram realizadas entrevistas a todos os colaboradores e o segundo adjudicatário optou por celebrar novos contratos com a maioria deles.

milhões de euros, recorrendo a 29 colaboradores, a empresa CC gere 14 unidades (algumas próprias e outras em *outsourcing*), facturando mais de 20 milhões de euros e utilizando mais de 340 colaboradores próprios e 400 sob gestão[422].

Inclusivamente, a empresa CC possui processos de criação de conhecimento que lhe podem até conferir uma "competência dinâmica". Relembre-se que Teece *et al* (1997)) definem estas competências como a capacidade de integrar, construir e reconfigurar capacidades internas e externas, de modo a conseguir responder a envolventes em constante mutação. Pode questionar-se se o mercado da Imagiologia está sujeito a uma profunda evolução tecnológica. Com efeito, os exames de TAC, RM ou ecografias utilizam tecnologias de base que são usadas há 30 ou mais anos (Goldsmith (2011)). Porém, as referidas tendências de subespecialização, o constante aperfeiçoamento dos equipamentos usados e as alterações nas tecnologias de digitalização e comunicação têm operado mudanças na estrutura de mercado e no seu modo de funcionamento. Além disso, têm surgido novos "produtos", como a Imagiologia de intervenção.

Autores como Zollo e Winter (2002) questionam a necessidade de existir uma envolvente em permanente mutação e propõem uma definição mais abrangente de competência dinâmica (p. 340):

"a dynamic capability is a learned and stable pattern of collective activity through which the organization systematically generates and modifies its operating routines in pursuit of improved effectiveness."

Uma actividade relativamente estável de adaptação e melhoria dos processos organizacionais constitui, pois, um exemplo de uma competência dinâmica (Zollo e Winter (2002), p. 340). De modo análogo, Eisenhardt e Martin (2000) distinguem mercados moderadamente dinâmicos e mercados de elevada velocidade tecnológica e realçam a importância de rotinas de criação de conhecimento (p. 118):

[422] A informação relativa à JCC foi obtida no Relatório e Contas; a informação referente à CC foi apresentada pelo Director-Geral da CC, num seminário, realizado na Faculdade de Economia, a 28 de Março de 2011, no âmbito do Mestrado em Economia e Gestão dos Serviços de Saúde.

"(…) other dynamic capabilities are related to the gain and release of resources. These include knowledge creation routines whereby managers and others build new thinking within the firm. A particularly crucial dynamic capability in industries like pharmaceuticals, optical disks and oil where cutting-edge knowledge is essential for effective strategy and performance (…). They also include alliance and acquisition routines that bring in new resources into the firm from external sources."

Eisenhardt e Martin (2000) prosseguem explicando que uma característica comum aos processos de criação de conhecimento bem sucedidos é a ligação explícita entre a empresa e fontes de conhecimento exteriores à empresa. Essa ligação pode assumir diferentes formas, que vão desde relações pessoais informais (*gatekeepers* no interior da empresa que mantêm uma comunicação activa com cientistas de outras empresas e universidades); até alianças formais entre empresas (frequentes nas empresas de biotecnologia); passando pela utilização da publicação em jornais científicos, como critério de promoção (na indústria farmacêutica). Algumas destas modalidades são usadas pela CC. Assim, por exemplo, vários médicos são remunerados em função dos artigos que publicam em jornais científicos, a empresa tem protocolos estabelecidos com várias universidades nacionais, participa em ensaios clínicos internacionais, aposta na formação[423] e contrata especialistas internacionais, que se deslocam, semanalmente, ao Porto[424].

Este investimento em recursos altamente especializados (não apenas na contratação de especialistas estrangeiros, mas também de físicas médicas, de médicos neurorradiologistas, nuclearistas e outros) é um dos aspectos que, habitualmente, caracteriza as "competências dinâmicas" (Winter (2003)). Este autor distingue as "competências dinâmicas" (relacionadas com a mudança) das "competências operacionais" ou de "nível zero". As competências de nível zero são as competências de uma empresa em equilíbrio, que vende os mesmos produtos, a uma determinada escala e a um conjunto de clientes, ao longo do tempo. As capacidades exercidas num processo estacionário são capacidades relacionadas com a subsistência da empresa ("*how we earn*

[423] Curiosamente, a telerradiologia e o pagamento por acto aos médicos facilitam estes processos. Há, por exemplo, médicos que participam em cursos de formação nos EUA e que, ao final do dia, fazem a interpretação de exames à distância. Por outro lado, a empresa está a preparar uma candidatura, junto da Ordem dos Médicos, para possuir idoneidade formativa que lhe permita também conceder formação.

[424] Além disso, efectua reuniões mensais com os responsáveis de cada uma das 14 unidades onde presta serviços, de modo a identificar problemas e eventuais soluções que, muitas vezes, são replicadas nas restantes unidades.

a living now" (p. 992)). Em contrapartida, continua Winter (2003), as competências que alteram o produto, o processo de produção ou os clientes (mercados) servidos não estão a esse nível zero, mas sim a um nível superior. A estratégia da empresa CC tem apostado na diferenciação, inovação e entrada em novos mercados. Assim, por exemplo, a empresa vende consultoria médica (há hospitais que compram períodos de tempo para se reunirem com determinados subespecialistas) e serviços PACS.

Em situações como a descrita, o *outsourcing* pode contribuir para as competências dinâmicas do hospital. Isso acontece, porque há a focalização da atenção num leque mais estreito de actividades, o que permite maior desenvolvimento de conhecimento (Mahnke (2001)). Acresce que maiores níveis de *outsourcing* contribuem para romper as "armadilhas das competências" (*competence traps*)[425], porque as empresas externas, estando expostas ao contacto com várias organizações, têm maiores oportunidades de aprendizagem (Mahnke (2001)). Finalmente, uma das preocupações, muitas vezes associada ao *outsourcing*, que é a influência negativa nas competências dinâmicas por perda de "capacidade absorvente" (relembre-se o ponto 3.4.5) também não parece manifestar-se neste caso, por dois motivos. Por um lado, os médicos prescritores, na sua actividade diária, são confrontados com os relatórios dos exames de Imagiologia e vão tomando consciência da evolução tecnológica que existe neste domínio. Por outro lado, estão previstas e decorrem reuniões semanais (entre a empresa prestadora de serviços e os clínicos) que assumem papel fundamental em termos de transferência de conhecimento, como se explica em seguida[426].

As actividades desenvolvidas pelos imagiologistas não se devem limitar à produção e comunicação atempada de relatórios de exames. Estes profissionais têm vindo a defender que devem ser encarados como especialistas responsáveis pela apropriada utilização, selecção, interpretação e aplicação da imagem, devendo participar activamente no processo de tomada de decisão, por exemplo, sobre quais os doentes que devem efectuar exames e qual o tipo de exame apropriado a cada situação (Blackmore (2007)). Esta questão tem-se tornado mais pertinente em resultado do progresso

[425] Este conceito foi introduzido por Levinthal e March (1993).
[426] Existem ainda sessões clínicas mensais, realizadas com todos os clínicos, onde se discute um caso clínico particular.

tecnológico associado a esta área e, também, do aumento de alguns riscos associados à realização de certos exames. Os vários exames apresentam diferentes benefícios, custos e riscos (em termos de exposição radiológica, por exemplo), que dependem também das características do doente, pelo que os médicos têm necessidade de possuir instrumentos de apoio à tomada de decisão quanto ao exame a prescrever[427] (Gunderman *et al* (2010). O papel mais importante dos radiologistas poderia envolver, por exemplo, a sua recusa de execução de um exame se não o considerassem apropriado, ou o poder para decidir o exame apropriado, em cada situação concreta, atendendo ao motivo da sua realização e às características do doente. Lembre-se, a propósito, que Lysdahl e Hofmann (2009), num inquérito a médicos noruegueses, concluíram que, no entender destes profissionais, as duas causas mais frequentes relacionadas com a realização de investigações desnecessárias eram a sobreinvestigação e a informação de referência insuficiente. Todavia, em situações de *outsourcing*, como a deste caso, em que existe um pagamento por acto, há incentivos à concretização do exame, mesmo que ele não seja o indicado[428], e a delegação de tomada de decisão no radiologista facilita a indução da procura.

Para além das colaborações locais e/ou informais, a determinação do tipo de exame apropriado a cada situação, pode ser estabelecida através de normas de orientação clínica (Blackmore (2007), p. 221). No entanto, a base de evidência para essas normas só está apenas parcialmente disponível[429]. Apesar dos passos que têm sido dados nesse sentido, muito desse conhecimento é ainda *tácito* e está *disperso*. Daí a importância de se encontrarem outros mecanismos de transferência de conhecimento entre a empresa prestadora e o hospital, como as referidas reuniões semanais.

[427] A título de exemplo, num hospital do interior, um médico decidiu fazer uma TAC a uma menina de 3 anos que estava com dores abdominais. É provável que desse exame resultem lesões nos seus órgãos internos. A existência de protocolos clínicos poderia ter evitado esta situação.

[428] Neste caso particular, estava prevista a realização de auditorias clínicas (ver Quadro 7.11) para validar a adequação do exame efectuado, embora tais auditorias nunca se tenham concretizado. Se forem estabelecidas penalizações financeiras, na sequência dessas auditorias, passa a haver um pagamento que, em certa medida, está relacionado com o desempenho, o que pode permitir um realinhamento de incentivos.

[429] Nas conclusões do Forum do *American College of Radiology* (ACR), dedicado ao tema das modalidades de pagamento aos radiologistas (Gunderman *et al* (2010), p. 107), pode ler-se: "*By conducting clinical trials and modeling high-quality existing data, the ACR should improve the quality of evidence for decisions concerning the appropriateness of medical imaging, with a view to reducing unnecessary imaging, enhancing appropriate utilization, and defending clinical malpractices cases*". Além do mais, segundo alguns dos entrevistados, o cumprimento das orientações já disponíveis comporta custos muito elevados.

Com efeito, desde o primeiro procedimento estava contemplada a necessidade de o adjudicatário disponibilizar "até uma hora/dia, em média, para actividade clínica conjunta (reuniões) com os médicos do CHAM, com vista à avaliação e racionalização das prescrições"[430] (ponto IV. 2 das condições técnicas), mas apenas com a mudança de adjudicatário, em 2008, estas reuniões se concretizaram, passando a assumir um carácter regular. Nestas reuniões, a empresa prestadora de serviços tem vindo a dar formação aos médicos, no sentido de esclarecer quais as situações em que devem ser realizados exames e quais os exames mais apropriados (atendendo ao tipo de doente e à situação particular em causa).

É curioso assinalar que o objectivo inicial era a "racionalização das prescrições", apesar de a possibilidade de indução de procura e o pagamento por acto criarem incentivos em sentido oposto. Isso poderá explicar o facto de, numa primeira fase, segundo um dos entrevistados, os médicos da ULSAM terem "reagido mal". Porém, num momento posterior, houve "uma grande receptividade e adesão", que talvez seja resultante da tomada de consciência do hiato de conhecimento entre as duas organizações e, eventualmente, da diferença, em termos culturais, dos dois adjudicatários. Vários intervenientes salientaram que, enquanto com o primeiro adjudicatário, o Serviço estava "fechado" e "raramente entravam no Serviço", com o segundo adjudicatário, as "portas estão abertas" e a interacção é frequente.

Uma das questões interessantes que a análise deste caso levanta é, precisamente, a desta transferência de conhecimento (entre a empresa prestadora de serviços e o hospital) associada ao *outsourcing*. Tradicionalmente, a Perspectiva das Competências realça a eventual dificuldade que a empresa cliente tem na transmissão de conhecimento à empresa prestadora de serviços. Podem existir dificuldades associadas à linguagem e à especificidade dos sistemas e aplicações usadas (este problema é muitas vezes referido a propósito dos sistemas de informação), não sendo fácil transmitir com exactidão aquilo que se pretende. Inclusive, a possível desmotivação dos funcionários envolvidos contribuirá para dificultar esta transferência. Porém, na situação em análise, a empresa prestadora de serviços possui um conhecimento superior e há necessidade de encontrar

[430] Ponto IV. 2 das condições técnicas no primeiro procedimento e ponto VI.3 no último concurso.

mecanismos de transferência de algum desse conhecimento da empresa para o hospital, para possibilitar a realização adequada da actividade de prescrição de exames.

Em suma, um dos motivos que esteve na origem da decisão inicial de *outsourcing* foi a necessidade de aceder a radiologistas. Porém, a partir do momento em que os serviços começaram a ser prestados pelo segundo adjudicatário, o hospital acedeu (indirectamente) ao seu conhecimento e às suas competências dinâmicas, o que justifica o seu elevado nível de satisfação actual com o *outsourcing* desta actividade.

7.9. Conclusões

"V*ertical integration is not necessarily optimal, even for functional areas that are directly related to patient treatment and diagnosis.*"

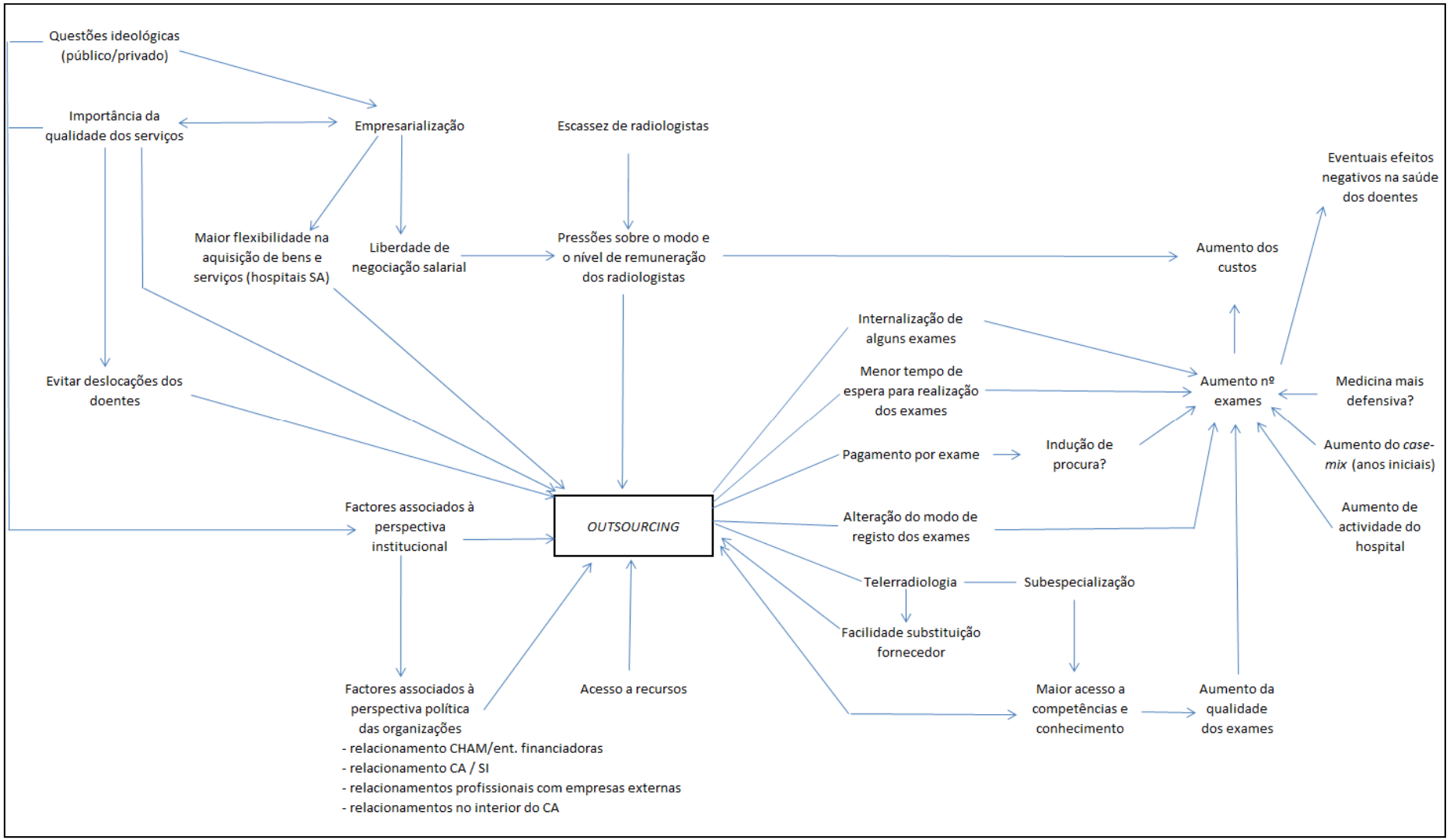
Burkholder (2006), p. 83

A utilização de diversas perspectivas teóricas revelou-se fundamental para compreender os factores que estiveram na origem da deliberação inicial de *outsourcing*, assim como para explicar algumas das decisões tomadas e os resultados conseguidos. As motivações e os comportamentos humanos são complexos, pelo que, muitas vezes, uma única teoria pode não ser suficientemente rica para obter uma imagem integral (Lacity e Hirschheim (1993), p. 105). A análise deste caso permitiu também equacionar hipóteses justificativas do crescente recurso ao *outsourcing* por parte dos hospitais, bem como revelou alguns aspectos que devem ser acautelados pelas organizações que resolvam enveredar por uma solução semelhante.

O Esquema 7.2 sintetiza a análise deste caso particular. Para além da preocupação com o aumento da qualidade, foi possível identificar pressões institucionais e factores políticos. A alteração na envolvente associada à empresarialização do hospital terá contribuído, indirectamente, para esta decisão, por várias vias[431], uma das quais foi a criação de pressões sobre a remuneração dos radiologistas, resultante da liberdade de negociação salarial.

[431] Outra hipótese, por vezes apresentada, é que alguns gestores nomeados para os CA dos hospitais SA não tinham formação específica na área da saúde, pelo que, possivelmente, seriam menos sensíveis aos riscos de indução de procura. Não foi o caso do CHAM, onde o Presidente do Conselho de Administração era administrador hospitalar.

Esquema 7.2: Síntese do estudo de caso



Sendo os níveis de remuneração, no sector privado, mais elevados do que no sector público, e existindo a expectativa de aceder a conhecimento ou experiência que o sector público não consegue atingir, não é de surpreender que não haja diminuição dos custos (Sclar (2000), p. 61). Porém, o crescimento dos custos foi de tal modo acentuado, que se receou ter ocorrido algum fenómeno de indução de procura. Infelizmente, comprovou-se, mais uma vez, a dificuldade em imputar ao *outsourcing*, em geral, e a um eventual efeito de indução da procura, em particular, esse aumento dos custos. Logo, também não foi possível avaliar se a utilização acrescida de exames de Imagiologia foi ou não apropriada e se se traduziu na melhoria dos resultados em saúde.

Apesar disso, em termos de qualidade dos serviços prestados, o hospital está muito satisfeito com a decisão tomada. Um dos aspectos cruciais para a explicação dos resultados obtidos parece residir na estrutura de mercado. Como oportunamente se explicou, a realização dos investimentos em equipamento por parte do hospital, neste caso em particular (cf. 7.7), e, mais do que isso, a possibilidade de interpretar alguns exames através de telerradiologia, aumentaram a contestabilidade do mercado de Imagiologia. Quanto maior essa contestabilidade, maior a probabilidade de a transferência das actividades do sector público para o sector privado proporcionar uma melhoria da qualidade dos serviços prestados. Contudo, subsistem alguns exames que exigem a presença física do médico. Isto significa que um hospital do interior (que opte por uma decisão semelhante) poderá não conseguir obter idênticos resultados, porque a concorrência será previsivelmente menor[432].

Por outro lado, a aplicação da Perspectiva das Competências a este caso concreto permitiu levantar hipóteses que talvez justifiquem a tendência actual de *outsourcing* das actividades de Imagiologia. Assim:

- A coordenação das actividades das empresas cliente e fornecedora está facilitada pelo progresso tecnológico, que deixou de exigir a presença física de

[432] Apesar de tudo, será, por certo, mais fácil para uma empresa especializada conseguir assegurar o acesso a estas prestações de serviço.

(todos os) médicos no local onde se encontra o doente (neste sentido, as actividades passaram a ser menos complementares);

- A tendência de subespecialização está a tornar as actividades associadas à Imagiologia mais dissimilares das restantes actividades do hospital, aumentando a desvantagem de manter a sua realização com médicos próprios;
- em consequência do progresso tecnológico que tem ocorrido nesta área, os benefícios esperados da utilização de uma empresa especializada tornaram-se, nos últimos anos, de tal forma elevados, que podem, eventualmente, justificar maiores custos de governação.

De salientar, ainda, a importância do desenvolvimento das tecnologias de informação e de comunicação, que, para além de terem impulsionado a telerradiologia, incentivaram a subespecialização e facilitaram o controlo da actividade desenvolvida.

Este caso ilustra também a importância das competências indirectas, quer para o estabelecimento de relações deste tipo, quer para a sua manutenção (o adjudicatário tem de manter algumas competências indirectas, que lhe permitam supervisionar a empresa prestadora de serviços). Com efeito, um dos receios das empresas que efectuam o *outsourcing* de certas actividades (como, por exemplo, a informática) é a existência de dificuldades crescentes na avaliação da qualidade dos serviços recebidos, a partir do momento em que abandonam a realização da actividade. Assim, a empresa pode perder não apenas as competências necessárias para realizar internamente a actividade externalizada, como, também, as competências necessárias para avaliar a qualidade dos serviços que lhe são prestados (Domberger (1998), p. 70). No entanto, na actividade de Imagiologia em particular, os utilizadores dos serviços (médicos prescritores que utilizam os relatórios dos exames na tomada de decisão clínica), na generalidade dos casos, têm possibilidade de avaliar, pelo menos *ex-post*, essa qualidade. Isto é, enquanto, relativamente à prestação de serviços informáticos, uma empresa que não possua competências nessa área pode ter dificuldade em avaliar o serviço que lhe está a ser prestado, na Imagiologia, o médico, que utiliza a informação dos relatórios na tomada de decisão clínica, consegue, pelo menos em certa medida, avaliar a qualidade desse relatório.

Porém, os gestores que equacionam a hipótese de efectuar o *outsourcing* desta actividade devem ponderar alguns riscos que lhe estão especificamente associados. O principal é o de indução de procura. Impõe-se, por isso, reflectir sobre a melhor forma de conceber o contrato e de implementar mecanismos de controlo com a finalidade de minimizar este risco. Neste caso concreto, a possibilidade de indução, a ter existido, foi incentivada pela modalidade de pagamento (pagamento por acto) e facilitada, quer pela inexistência de protocolos clínicos (que permitam orientar o médico prescritor, quanto ao exame mais adequado em cada situação ou doente particular), quer pela não concretização das auditorias clínicas, contratualmente previstas.

Convém salientar que alguns desses mecanismos não são fáceis de estabelecer. A definição de outras modalidades de pagamento (como, por exemplo, o pagamento por desempenho, não apenas na radiologia, mas também na actividade médica em geral)[433] e o estabelecimento de normas de orientação clínica (sobretudo para a realização de exames de Imagiologia avançada) têm estado no topo das preocupações de gestores e decisores, em termos de políticas de saúde (Mitchell (2008)). Todos os intervenientes (e também a literatura desta área)[434] reconhecem a importância de definir e fazer cumprir normas de orientação clínica para a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica, de modo a permitir melhor controlo das despesas em saúde e a impedir a exposição dos doentes a radiação ionizante desnecessária[435]. Sendo assim, é expectável que estes desenvolvimentos possam vir a facilitar o *outsourcing* destas actividades. Outros riscos são a prescrição de maior número de exames quando a qualidade aumenta, ou quando diminuem os tempos de espera, ou quando os equipamentos passam a estar localmente disponíveis.

Estes riscos são específicos desta actividade. Em particular, o risco de indução de procura não ocorrerá noutras actividades como, por exemplo, as ligadas aos laboratórios

[433] Gunderman *et al* (2010), p. 105, esclarecem que o pagamento pelo desempenho na Imagiologia é problemático, "*because it has proved difficult to define outcomes metrics for radiology*."
[434] Veja-se, por exemplo, Goldsmith (2011).
[435] Os radiologistas têm sido líderes no desenvolvimento de critérios apropriados para facilitar a tomada de decisão quanto ao meio de diagnóstico (Goldsmith (2011)), mas, mesmo nos EUA, reconhece-se que a informação é ainda insuficiente. Assim, por exemplo, Gunderman *et al* (2010), p. 107, afirmam: "*By conducting clinical trials and modeling high-quality existing data, the ACR should improve the quality of evidence for decisions concerning the appropriateness of medical imaging, with a view to reducing unnecessary imaging, enhancing appropriate utilization, and defending malpractice cases.*"

clínicos. Não existem relatórios associados às análises clínicas e as interpretações são, geralmente, realizadas pelos médicos que prescreveram os exames (embora possa ser solicitada alguma colaboração em situações pontuais). Eventualmente, a inexistência de situações de *outsourcing* desta área, por parte dos hospitais privados com fins lucrativos, junto de empresas externas (que não estejam integradas no mesmo grupo económico), poderá ser justificada por maior sensibilidade aos riscos de pagamento por acto e de indução de procura. Relembrando a discussão inicial, verificou-se que apenas hospitais privados sem fins lucrativos efectuavam o *outsourcing* da actividade de Imagiologia na sua totalidade, embora, como se concluiu no capítulo 6, todos os hospitais privados com fins lucrativos efectuem o *outsourcing* de pelo menos algumas actividades laboratoriais e vários tomem decisões de *outsourcing* total da actividade laboratorial. Esta área poderá ser um sector privilegiado para a realização do *outsourcing* por parte dos hospitais públicos.

Este estudo apoia, portanto, a ideia de que a integração vertical poderá não constituir uma estratégia óptima, mesmo em áreas que estão directamente relacionadas com a actividade clínica e identifica algumas circunstâncias que a podem favorecer (ou não).

8. Impacte do *outsourcing* nos serviços hoteleiros

"*Because knowing what doesn´t work is often as important as knowing what does, it would be nice to encourage the publication of studies showing what ideas, particularly those that are widely believed, aren't true. (…) accumulating evidence on what works, and what doesn´t, is fundamentally important for learning about management, improving managerial practice, and actually providing the grist for the meta-analytic mill that the field so loves (…). Unfortunately, this quest for 'what's new' rather than 'what's true' and a lack of interest in data and scientific findings also afflicts practitioner journals in management.*"

Pfeffer (2007), pp.1338-1339

8.1. Introdução

Neste capítulo, pretende-se avaliar o impacte do *outsourcing* dos designados "serviços hoteleiros" nos custos e na qualidade apercebida desses serviços. Essencialmente, procura-se comparar os custos das instituições que recorrem ao *outsourcing* com os das instituições que não recorrem, bem como avaliar as diferenças de qualidade apercebida pelos seus clientes, procedendo ao cruzamento e tratamento de dados secundários provenientes de várias fontes.

Esta comparação mostra-se relevante, porque, como se concluiu a propósito da Teoria Institucional (ponto 3.6), os hospitais (e outras instituições) raramente analisam, de forma sistemática, os resultados obtidos com as inovações de gestão adoptadas (Walston e Kimberly (2001), p. 218) e é sabido que muitos tomam opções, em termos de integração vertical, apenas porque "todos o fazem" (Arndt e Bigelow (1992)). Nos últimos anos, tem vindo a ser enfatizada a necessidade de os gestores se preocuparem em aplicar sistematicamente a melhor evidência disponível, na avaliação de estratégias de gestão, de modo a conseguirem melhorar o desempenho das organizações (cf. 4.5, relativo à Importância da Medicina e da Gestão Baseada na Evidência). Reconhece-se, porém, que nem sempre tal informação está disponível ou tratada (Pfeffer (2007)).

O problema também existe em relação ao *outsourcing* em geral. A evidência na literatura é, sobretudo, qualitativa e a evidência quantitativa limita-se aos determinantes da decisão de *outsourcing* (Mahnke, Overby e Vang (2005)). Não surpreende, por isso, que, como se irá demonstrar no ponto seguinte, a evidência internacional, quanto aos resultados obtidos com diferentes políticas de integração nos serviços hoteleiros hospitalares, seja relativamente escassa. O Reino Unido constitui uma excepção, porque, em inícios dos anos 80, foi estabelecida a obrigatoriedade de os hospitais efectuarem concursos para a realização das actividades relacionadas com os serviços de alimentação, limpeza e lavandaria (embora fosse dada a oportunidade aos departamentos internos de submeter propostas). Além disso, a evidência quantitativa sobre o impacte do *outsourcing* na diminuição dos custos de certas actividades não permite que se avalie a eventual influência de uma deterioração da qualidade nessa diminuição dos custos (Milne e Wright (2004)).

Ao proceder ao cruzamento de dados relativos a custos e à qualidade dos serviços prestados, o estudo econométrico, apresentado neste capítulo, pretende contribuir para a colmatação destas lacunas, estando estruturado do modo que se expõe em seguida. No ponto 2, efectua-se uma revisão da evidência existente do impacte do *outsourcing* nos serviços hoteleiros doutros países, com particular destaque para o Reino Unido. No ponto 3, descrevem-se os dados usados e a sua proveniência. Nos pontos 4 e 5, apresentam-se e discutem-se os resultados obtidos em termos de custos e de qualidade. Finalmente, no ponto 6, expõem-se as principais conclusões.

8.2. Revisão de literatura

Como se comprova nos quadros seguintes, são escassos os estudos que se debruçam sobre o impacte do *outsourcing* nos custos e na qualidade dos serviços hoteleiros das instituições hospitalares. Das poucas investigações científicas publicadas, a maioria diz respeito ao Reino Unido (cuja experiência se sintetiza em 8.2.1) e, em especial, ao serviço de limpeza.

Quadro 8.1: Conclusões de vários estudos sobre o impacte do *outsourcing* e da adjudicação concorrencial (*competitive tendering*) na qualidade e nos custos da alimentação

Países	Método	Nº de Hospitais	Ref. Bibliográfica	Qualidade	Custos	Outros Resultados / Conclusões
Índia	Estudo de caso em Bombaim		Mills (1998)	(-)	(-)	Outras motivações: diminuição de preocupações com esta área, redução do desperdício e dos roubos.
Inglaterra	Inquérito, realizado em 1990, aos gestores de alimentação. Inquiridos 280 hospitais de agudos com mais de 200 camas que lançaram concursos públicos, mas mantiveram internamente a prestação de serviços. A taxa de resposta foi de 65%.		Kelliher (1995)		(-) (contrat. interna)	Em 63% dos concursos, as empresas privadas não submeteram propostas e, em metade dos restantes casos, apenas surgiu um candidato. Todavia, como na altura da preparação da proposta interna, o hospital desconhecia a receptividade do mercado ao concurso (cerca de 45% dos gestores esperavam que aparecessem propostas e apenas 18% estavam confiantes que não), esta ameaça concorrencial obrigou os gestores a procurarem aumentar a eficiência e permitiu alterar as posições negociais dos gestores e dos funcionários. As poupanças foram conseguidas sobretudo graças à utilização mais eficiente do factor trabalho (ajustando os trabalhadores a tempo inteiro e a tempo parcial, não substituindo aqueles que abandonavam as instituições, nem renovando contratos a prazo). Houve uma deterioração da moral, da lealdade e do nível de satisfação dos funcionários. Nas situações em que havia concorrência efectiva, os níveis de poupança foram superiores.
Inglaterra	Inquérito, realizado em 1994, aos gestores de alimentação. Inquiridos 282 hospitais de agudos com mais de 200 camas que lançaram concursos públicos, mas mantiveram internamente a prestação de serviços. A taxa de resposta foi de 54%.		Kelliher (1998)			Em 77% dos concursos, as empresas privadas submeteram propostas e em 46% dos casos foram apresentadas propostas por mais de duas empresas privadas. Havia uma envolvente muito mais competitiva do que no inquérito realizado em 1990. As empresas privadas estavam mais proactivas, mas também mais selectivas e os contratos considerados como potencialmente muito lucrativos davam origem ao aparecimento de muitas propostas. Em 1994, já 51% dos gestores internos antecipavam a apresentação de propostas por parte de empresas privadas e apenas 13,5% estavam confiantes que não. A duração mais frequente dos contratos continuou a ser de 3 anos.

Quadro 8.2: Conclusões de vários estudos sobre o impacte do *outsourcing* e da adjudicação concorrencial na qualidade e nos custos de limpeza (*domestic services*)

Países	Método	Nº de Hospitais	Ref. Bibliográfica	Qualidade	Custos	Outros Resultados / Conclusões
Austrália	Estudos de caso de 3 hospitais: (A) optou pela adjudicação interna; (B) pela externa; (C) desistiu da externa		Hall e Domberger (1995)	A: (+) B: (+) C: (-)[436]	A: (- 20.8%) B: (-29.7%)	A e B: outros aspectos positivos foram a satisfação e moral dos trabalhadores e melhorias de gestão. C: apesar de tudo, foi considerado positivo o facto de ter permitido diminuir de 276 para 184 o número de funcionários.
Dinamarca	Estudo do "National Hospital", em 1992		Jensen (1997)	(+)	(-43%)	A redução de custos resulta da comparação com a proposta interna. Diminuição significativa do absentismo por doença.
Reino Unido	Entrevistas aos responsáveis de enfermarias, em 2003		Healthcare Commission (2005)	(-)	(-4%)	Apenas numa região, a opinião, quanto à qualidade dos serviços, foi em sentido contrário.
Reino Unido – Escócia	Análise de regressão (painel de dados de 1986 a 1991) de 176 hospitais		Milne e Wright (2004)	Não foi possível avaliar	(-5,9%)	Os melhores modelos (em termos de ajustamento) são os que incluem efeitos fixos seccionais e temporais. Noutros modelos, as poupanças podem atingir 15,8%. Mais do que a eficiência superior por parte do sector privado, os resultados sugerem também que a introdução de concorrência esteve na origem da redução de custos conseguida.
Reino Unido	Estudo de caso (análise do contrato e de dados da *District Health Authorithy* e realização de entrevistas)		Bach (1989), referido por Sturgess *et al* (2007b)	(-)		O equipamento era de má qualidade e o pessoal era inexperiente. Verificou-se um aumento das infecções nosocomiais, que obrigou a retomar a realização interna da actividade. A nova proposta interna era 37% superior à proposta da empresa externa. Com o *insourcing*, a qualidade do serviço melhorou, mas a moral dos funcionários e as condições de trabalho não regressaram aos níveis iniciais.
Reino Unido	Regressão múltipla, anos de 1984/85 e de 1985/86, com cerca de 1500 hospitais em cada ano		Domberger *et al* (1987)		(-34%) externa (-22%) interna	Também foram conseguidas poupanças, embora menos significativas, pelos hospitais que, embora não tivessem realizado o *outsourcing*, estavam nas imediações de outros que o fizeram (cerca de 7%). Nos anos iniciais, as poupanças obtidas com a contratação externa dos serviços foram muito elevadas (as propostas apresentavam preços muito baixos). Efectuando o estudo da amostra relativa ao período de 1985/1986 e distinguindo os contratos adjudicados antes de 1984 dos contratos adjudicados após essa data, verifica-se que, nos primeiros, foram conseguidas poupanças médias de 44%, apesar de, nos contratos mais recentes, a poupança de custos ser de apenas 27% (nos contratos externos) e de 18% (nos contratos adjudicados internamente). A diferença entre estes dois grupos é estatisticamente significativa.

[436] Neste contrato (C), o sindicato aconselhou os empregados do hospital a não aceitarem a transferência para a empresa prestadora, pelo que a actividade se iniciou com um conjunto de funcionários que desconheciam o hospital.

Quadro 8.3: Conclusões de vários estudos sobre o impacte do *outsourcing* e da adjudicação concorrencial (*competitive tendering*) na qualidade e nos custos de vários serviços

Países	Método	Nº de Hospitais	Ref. Bibliográfica	Qualidade	Custos	Outros Resultados / Conclusões
Austrália	Avaliação de resultados de auditorias e de inquéritos à satisfação dos clientes		States Services Authority (2005)	=		Nas auditorias à limpeza, as diferenças nos resultados obtidos entre hospitais com *outsourcing* e com prestação interna de serviços de limpeza foram pouco relevantes. Ambos os modelos apresentaram genericamente bons resultados. Relativamente à satisfação dos clientes, com os serviços de limpeza e de alimentação, a categoria de hospital contribuía mais para as variações nos resultados do que o modelo de prestação de serviços. A satisfação dos clientes com a alimentação (entre 64 e 68%) era bastante inferior à satisfação com a limpeza (entre 79 e 80%). As diferenças quanto à prestação de serviços interna ou externa não foram estatisticamente significativas (com excepção de um tipo particular de hospitais em que existiam diferenças estatisticamente significativas, mas de reduzida relevância, quanto ao item qualidade das refeições: 56% nas refeições em *outsourcing* versus 54.9% quando realizadas internamente).
Inglaterra	Estudo de 6 casos: 2 alimentação; 3 limpeza e 1 lavandaria		Milne (1987)		(-)	Em 5 dos 6 casos, a diminuição de custos situou-se no intervalo 33% a 65%, mas no sexto foi marginal. Parte dessa diminuição foi conseguida à custa da racionalização dos serviços (facilitada pela nova envolvente/contexto). Também houve diminuição dos níveis salariais e outros benefícios por parte dos funcionários.
Inglaterra	Análise de dados do *Department of Health and Social Security*, antes e após processo de contratação obrigatória		National Audit Office (1987)[437]		(-10%) Aliment. (-26%) Limpeza (-14%) Lavand.	Inicialmente, a diminuição de custos permitida pelo recurso a entidades externas, quando comparada com as situações em que o contrato era adjudicado internamente, era bastante superior, mas diminuiu de 34% em 1984-85 para 21% em 1986. Esta redução de 21% era comparável com as reduções conseguidas com a contratação interna. Os factores apontados como responsáveis pelas reduções de custos foram: racionalização das operações existentes, condições de emprego menos favoráveis, maior utilização de pessoal a tempo parcial, mudanças nas práticas de trabalho e aumento da produtividade.
Inglaterra – uma ARS	Regressão múltipla, com dados relativos ao ano de 1985-1986, de cerca de 30 contratos e 200 hospitais, nas actividades de alimentação e limpeza		Milne e McGee (1992)		(-14%) Aliment. (-48%) *Domestic services*	As diminuições de custo não são estatisticamente significativas. Retirando o acréscimo de custos de gestão e os custos de despedimento, estima-se uma redução de custos de apenas 12% na alimentação e de 39% na limpeza. As empresas de alimentação não estavam interessadas em apresentar propostas. Na limpeza, um adjudicatário representativo teve prejuízos de 43%, no primeiro ano em que ganhou vários concursos hospitalares, mas, no ano seguinte, teve de aumentar os preços para evitar prejuízos.

[437] Segundo Sturgess *et al* (2007b) e Milne e McGee (1992).

8.2.1. A experiência do Reino Unido

Nos anos 70, no sector público do Reino Unido, os serviços de apoio hospitalares eram tradicionalmente prestados por serviços e departamentos internos. Em 1983, foi emitida uma circular do *Department of Health and Social Security*, HC 83(18), intitulada: "*Health Services Management: Competitive Tendering in the Provision of Domestic, Catering and Laundry Services*". Esta circular exigia às autoridades de saúde e aos hospitais que realizassem concursos públicos para as actividades de alimentação, limpeza e lavandaria. Note-se, porém, que esta obrigatoriedade[438] era acompanhada da possibilidade conferida aos serviços internos de apresentarem, também, uma proposta (que seria comparada com as das empresas externas). No caso de essa proposta ser aceite, era efectuado um contrato interno com esse serviço. Por este motivo, tal processo é, muitas vezes, designado "adjudicação concorrencial" (*competitive tendering*) e, mais recentemente, por "teste de mercado" (*market testing*).[439]

Como explicita Kelliher (1995), esta medida inseria-se numa política governamental mais ampla, destinada a reformar o sector público. Com efeito, em 1979, o recém-eleito Governo Conservador de Margaret Tatcher comprometeu-se a controlar as despesas públicas, a reduzir a dimensão do Estado, a "injectar" um novo estilo de gestão no sector público remanescente e a diminuir o poder dos sindicatos. Com estes objectivos, foram tomadas várias medidas desde a privatização total, a desregulação e o "teste de mercado" à "importação" para o sector público das designadas "práticas comerciais". Esta política global era impulsionada por dois factores (Kelliher (1995)): um ideológico (desejo de reduzir as actividades e o nível de intervenção do Estado na economia); outro, mais pragmático (necessidade de diminuir a despesa pública e os impostos). Verificou-se, então, que um dos maiores impedimentos à eficiência era a existência de monopólios na prestação de serviços. Assim, prossegue a autora, a mera contratação

[438] Segundo Walsh (1995), p. 119, inicialmente, o governo procurou encorajar a subcontratação voluntária por parte das autoridades de saúde, mas, como não existiu uma boa receptividade, optou por estabelecer a sua obrigatoriedade.

[439] Destaque-se que, no Jornal Oficial da União Europeia, disponível em http://eur-lex.europa.eu/pt/index.htm, as expressões "*market testing*", "*competitive tendering*" e "*compulsory competitive tendering*" são traduzidas por, respectivamente, "prática de análise de preços de mercado", "concursos competitivos" e "obrigatoriedade de realização de concurso público".

externa (*contracting out*) não era considerada como solução, porque a existência de concorrência era mais importante do que a prestação privada dos serviços.

Segundo dados apresentados por Milne e Wright (2004), em Inglaterra, no ano de 1983-1984, as despesas com empresas externas representavam apenas 2% e 0,2%, respectivamente, das despesas totais em limpeza e alimentação. Os poucos contratos existentes destinavam-se, em geral, à limpeza dos escritórios. A percentagem correspondente, na lavandaria, era de 9,7%. Na Escócia, as empresas privadas eram ainda menos relevantes. Esta opção pela internalização contrastava com as preferências de outros países europeus, incluindo a França, a Bélgica, a Dinamarca e a Suécia, onde se admitia que fossem externalizados pelo menos metade dos serviços de limpeza (Laing (1982)). A política do Governo Conservador encontrou grande resistência por parte dos sindicatos que envidaram esforços concertados, no sentido de desacreditar as empresas a quem o NHS adjudicou contratos (Milne e Wright (2004)).

Entretanto, em Novembro de 1991, foi publicado o *paper* "*Competing for Quality"*. O princípio do "teste de mercado" alargou-se a outros serviços de apoio e, no ano de 1992-1993, mais de 40 serviços diferentes eram submetidos ao "teste de mercado" (Milne (1997), p. 544). Houve, contudo, uma mudança na ênfase dada às suas finalidades, já que o texto afirma claramente (segundo Milne e Wright (2000), p. 17): "*Competition does not mean invariably choosing the cheapest service: it means finding the best combination of quality and price which reflects the priority of the service*".

Mas nem sempre tinha sido assim. As circulares iniciais referiam expressamente que os contratos deviam ser adjudicados à proposta com o preço mais baixo, a não ser que existissem "*compelling reasons endorsed at District authority level*" para não o fazer (Milne (1987), p. 151). Apesar de tudo, em meados dos anos 90, a obrigatoriedade de realização de concursos públicos era, ainda, pouco popular entre os gestores de topo hospitalares, que a consideravam uma medida ideológica e não um instrumento útil de gestão. Os gestores entendiam que a política se tinha tornado um fim em si mesmo e que os custos de transacção associados à especificação dos contratos e à sua monitorização eram inaceitavelmente elevados (Bach (1998)).

Por outro lado, os esforços de criação de mercados nestas áreas foram mal sucedidos nalgumas actividades e regiões. Assim, por exemplo, havia um consenso generalizado que os hospitais geriam eficientemente as actividades de alimentação, pelo que as empresas privadas se mostraram pouco interessadas nos concursos do NHS (Kelliher (1995)). Na Escócia, nas actividades de lavandaria, não existia uma capacidade instalada suficiente que permitisse dar resposta à actividade exigida pelo NHS.

Noutras áreas, como a limpeza, verificou-se um fenómeno curioso. Apesar de, numa fase inicial, muitas empresas terem sido atraídas para o mercado, posteriormente, acabaram por o abandonar. De facto, no início dos anos 80, as empresas entraram com entusiasmo nestes concursos públicos, embora não tivessem qualquer experiência prévia de trabalho em hospitais. A maioria delas obteve prejuízos (Milne (1993)). Nalguns casos, os prejuízos foram planeados e aceites como meio de assegurar contratos em hospitais "bandeira". No entanto, as empresas não especializadas na actividade hospitalar concluíram que as exigências de prestação de serviços, durante 24 horas por dia, em contacto permanente com os doentes, não eram comparáveis com a actividade de limpeza de escritórios e de edifícios, em "horas mortas". Naturalmente, os hospitais começaram a exigir experiência prévia no sector, o que deu origem à concentração do mercado (Milne (1993)), que, em 1991, era constituído por apenas cerca de 8 empresas. Não surpreende, por isso, que as poupanças de custo estimadas nos estudos iniciais (Domberger *et al* (1987)) sejam superiores às estimadas nos estudos posteriores (Milne e Wright (2004)). Aliás, mesmo Domberger *et al* (1987) observam que as poupanças de custos conseguidas nos contratos adjudicados após Março de 1984 foram inferiores às alcançadas com os contratos adjudicados no ano anterior.

Começou a questionar-se, também, se as poupanças de custo não teriam sido obtidas à custa de serviços de qualidade inferior[440]. A possibilidade de inovação técnica ou organizacional na actividade de limpeza é muito limitada, segundo autores como Quiggin (1996). Por norma, os trabalhadores actuam isoladamente, ou em pares, usando equipamentos que não se alteraram de modo substancial nas últimas décadas. Há estudos em que se estima que os custos de pessoal representam cerca de 93% dos custos

[440] E, como salientam Sturgess *et al* (2007a), p. 33, "*much of the debate was hijacked by interest groups with a direct stake in the outcome*".

de limpeza (Davies (2005)). Defender que existem alterações não exploradas, nos métodos de limpeza, que permitam um aumento de 20% na produção, sem qualquer aumento do esforço ou redução da qualidade de serviço, não parece plausível (Quiggin (1996)). Milne e Wright (2004) partilham desta preocupação, afirmando (p. 22): "*[…) the cost savings that we estimate may (…) simply reflect the outcome that competitive tendering delivers a lower quality service at a lower cost. Future research will have to consider this difficult issue carefully*".

Relativamente a esta questão, um dos únicos documentos disponíveis ("*National Standards of Cleanliness for the NHS*"), publicado em 2001, conclui, através de extensa consulta ao público, que os padrões de limpeza hospitalar diminuíram muito. A obrigatoriedade de realização de concursos públicos era apontada como tendo estado na origem daquela redução, pelo que foi abandonada (Davies (2005)). As instituições governamentais redefiniram as especificações a exigir pelos hospitais e recomendaram frequências mínimas de limpeza (NHS Estates (2004) e NHS Estates (2007)).

Além disso, os críticos da política de saúde do governo britânico relacionaram, também, a obrigatoriedade de celebração de concursos públicos para a limpeza hospitalar com o aumento de infecções por *Staphylococcus Aureus* resistente à meticilina (MRSA). O Reino Unido tem uma das maiores taxas de MRSA do mundo (editorial The Lancet (2005))[441] e subsistem receios de que o *outsourcing* da actividade de limpeza possa ter contribuído para a subida das infecções nosocomiais[442]. Em 2005, os membros do *Commons Public Accounts Comittee* perguntaram ao Departamento de Saúde inglês se existia uma correlação entre a externalização de serviços de limpeza e o número de falecimentos relacionados, de algum modo, com a MRSA, pergunta à qual o departamento respondeu, dizendo: "*there is no significant simple correlation (either positive or negative) between whether or not cleaning has been contracted out and the*

[441] Posteriormente, a situação ter-se-á agravado. O número de falecimentos atribuídos a esta bactéria aumentou de 1804, em 2003, para 8324, em 2007, com uma taxa de crescimento, entre 2006 e 2007, de 28% (dados do *Office for National Statistics* de 2008, referidos por Davies (2009)).

[442] As infecções nosocomiais estão relacionadas com muitos outros factores, como a lavagem das mãos (as mãoes dos prestadores são consideradas os principais vectores de transmissão da doença), a limpeza das instalações, a utilização de antibióticos, as taxas de ocupação e a mobilidade dos doentes (Davies (2009), p. 5). O *Staphylococcus Aureus* é uma bactéria existente na pele e que pode causar pneumonias e infecções nas cicatrizes cirúrgicas (Hall *et al* (2008)). Estima-se que cerca de 30% da população do Reino Unido seja portadora desta bactéria.

MRSA incidence rate" (documentos referidos por Davies (2009))[443]. Foram utilizadas várias variáveis de controlo, tais como as características e o *casemix* do hospital.

Na sequência da morte, num único hospital, de 17 doentes infectados com a bactéria *Clostridium Difficile*, a Escócia decidiu proibir, em 2008, a realização de concursos públicos da actividade de limpeza (Davies (2009)). A proibição estendeu-se ainda ao *outsourcing* das actividades de alimentação e de serviços de gestão de *soft facilities* (ligados à actividade clínica).

Há 3 formas através das quais o *outsourcing* pode contribuir para o aumento das infecções nosocomiais. Em primeiro lugar, estarão em causa questões relacionadas com a quantidade e qualidade dos recursos utilizados e os métodos de trabalho. Assim, por exemplo, como explicitam Oliveira e Holland (2007), p. 27, muitas empresas de limpeza limitaram a quantidade de desinfectante que os funcionários podiam usar, aumentando, simultaneamente, a área a limpar por intervalo de tempo, o que, ao dificultar a mudança de água, facilitaria a disseminação de infecções pelo hospital. Por outro lado, segundo informações de um documento da "House of Lords", mencionado por Davies (2005), p. 18, a utilização continuada de sabonete de má qualidade pode dar origem a lesões crónicas na pele das mãos dos enfermeiros, o que, apesar de não ameaçar a sua própria saúde, acarreta riscos de infecções para os seus pacientes. O empenhamento das entidades governamentais na especificação dos níveis de serviço poderá ajudar a resolver alguns problemas deste tipo.

Em segundo lugar, estão em causa problemas e dificuldades de coordenação e de comunicação. Alguns administradores acreditam que só os funcionários hospitalares estão preparados para realizar um serviço cuidadoso, cumprindo as recomendações da Comissão de Controlo de Infecção e mantendo boa comunicação com os profissionais de saúde (Boeger (2005), p. 76). Todavia, autores como Liyanage e Egbu (2006) concluíram que a questão essencial, no controlo das infecções hospitalares, é a integração entre a equipa de limpeza e os profissionais clínicos. Esta integração pode estar facilitada num contexto em que a actividade é realizada por profissionais do

[443] Liyanage e Egbu (2006) mencionam outros estudos, no Reino Unido, com conclusões semelhantes.

hospital, mas pode também existir em situações de *outsourcing*, no caso de serem tomadas medidas adequadas de comunicação e de coordenação[444].

Finalmente, autores como Hall *et al* (2008) encontraram uma associação positiva e significativa entre as taxas de MRSA e a utilização de trabalhadores temporários em geral (enfermeiros ou assistentes operacionais). Para além de conhecerem pior as políticas de controlo de infecção de cada hospital, estes profissionais temporários deslocam-se mais entre enfermarias e entre hospitais. Como, muitas vezes, os seus turnos são mais curtos do que os dos trabalhadores permanentes, entram em contacto com mais doentes e os doentes, por seu turno, entram em contacto com maior número de profissionais.

Na sequência do exposto, e segundo estimativas da UNISON[445], referidas por Davies (2005), apenas 30% dos serviços de limpeza são realizados por empresas externas. Tem vindo a verificar-se uma tendência para que os contratos, no NHS, sejam multi-serviços, combinando várias áreas num mesmo contrato (limpeza, lavandaria, portaria, recepção, estacionamento e segurança), de modo a obter economias de escala e de gama[446].

8.2.2. A experiência da Austrália

Na Austrália, em 1988, determinou-se que vários serviços, incluindo os serviços de apoio dos hospitais (limpeza, lavandaria, vigilância, manutenção, segurança, transportes e jardinagem), deveriam ser objecto de um "teste de mercado", de modo a avaliar se o

[444] O problema é que, nalguns países, as condições de trabalho oferecidas pelas empresas só atraem imigrantes. No Reino Unido, aquando da investigação das mortes atribuídas a *C. Difficile*, concluiu-se que alguns assistentes operacionais (de limpeza) não sabiam inglês, o que dificultava a comunicação com o pessoal clínico, prejudicando a capacidade de realização apropriada das tarefas (Davies (2009), p. 29).

[445] A UNISON é o maior sindicato inglês e europeu dos trabalhadores dos serviços públicos e tem mais de 1,3 milhões de membros.

[446] No Reino Unido, estima-se que algumas grandes empresas, como a ISS, a Compass, a Sodexho e a Rentokil Initial, sejam as adjudicatárias de mais de metade dos serviços contratados pelo NHS (Davies (2005)). Um dos hospitais *trust* com melhor desempenho no Reino Unido, o "Derbyshire Royal Infirmary" confiou vários serviços de apoio à "Carillion", sendo a remuneração da empresa baseada na poupança de custos conseguida (Okoroh *et al* (2000)). Esta situação resulta também do número crescente de contratos de longa duração de PFI. No programa de PPP, as entidades privadas ficam responsáveis pela manutenção das instalações e pelo fornecimento de serviços não clínicos. O estabelecimento de contratos multi-serviços generalizou-se, igualmente, noutros países, como nos EUA (Sunseri (1999)) e na Austrália (States Services Authority (2005)), em finais dos anos 90. Nalguns casos, a totalidade dos serviços de apoio é confiada a uma única empresa (Moon (2004)).

seu fornecimento, por parte do sector privado, poderia ser mais eficiente (Hall e Domberger (1995))[447]. Por outro lado, em 1999, muitos hospitais metropolitanos estavam a implementar uma segunda fase do processo concorrencial, através da avaliação da hipótese de um possível *outsourcing* de serviços tais como a patologia e a radiologia (Duckett *et al* (1999)). Na maioria dos casos, os hospitais decidiram celebrar contratos com os serviços internos, mas com padrões e condições estabelecidas de acordo com os vigentes no sector empresarial. Em 2000, com a tomada de posse de novo governo, foi abandonada essa obrigatoriedade, embora se mantivesse a obrigação de assegurar o melhor valor (*best value*). Em 2005, 27% dos hospitais metropolitanos tinham externalizado a actividade de limpeza e 20% os serviços de alimentação. É, porém, mais frequente o *outsourcing* da gestão de serviços que continuam a ser executados por pessoal do hospital[448]. Cerca de 40% das instituições optam por essa solução nos serviços de limpeza e de alimentação (States Services Authority (2005), p. 7). Os doentes não avaliam de modo diferente nem a alimentação, nem a limpeza, quando realizadas em *outsourcing* (Quadro 8.3).

8.2.3. A experiência dos EUA

Griffin (2006) defende que a utilização de pessoal altamente especializado poderá permitir uma diminuição nos custos, em simultâneo com um aumento da qualidade no *outsourcing* desta actividade. Contudo, as conclusões obtidas por Kwon e Yoon (2003) foram diferentes. Os autores procuraram comparar o desempenho dos serviços de alimentação, geridos internamente, com os geridos por uma empresa externa, inquirindo gestores de nutrição clínica. Receberam 485 questionários, o que representou uma taxa de resposta de 29%. Em 41% das respostas era reconhecido o *outsourcing* de, pelo menos, um de três serviços: alimentação dos doentes, cafetaria ou serviço de nutrição clínica. Pediu-se aos gestores que avaliassem 12 afirmações relativas ao desempenho das unidades de alimentação e comparou-se a avaliação das unidades mantidas no

[447] Na Austrália, 37% dos grandes hospitais realizam o *outsourcing* das actividades de limpeza e alimentação, e as poupanças conseguidas com o processo de contratação são consideradas como o maior impulsionador da eficiência técnica destas instituições, desde a introdução do financiamento por *casemix* (Duckett *et al* (1999)).

[448] Esta modalidade de contrato foi inicialmente muito popular, porque permitia aceder aos sistemas de gestão e ao conhecimento da empresa prestadora, assegurando a continuidade do pessoal.

interior do hospital com a de unidades confiadas a empresas externas. Nos 5 casos em que as diferenças entre as médias dos dois grupos eram estatisticamente significativas, os serviços internos tinham melhor desempenho do que os externos (Quadro 8.4).

Quadro 8.4: Afirmações com diferenças estatisticamente significativas quanto ao desempenho apercebido por parte dos gestores de nutrição clínica, relativamente aos serviços externalizados e aos mantidos internamente

	Serviços externalizados		Serviços internalizados		Valor de p
Afirmações	Nº	Média±DP	Nº	Média±DP	
Os menus dos pacientes satisfazem os requisitos nutricionais das dietas dos hospitais gerais	148	4.18±0.73	249	4.33±0.67	0.047
A comida dos doentes é de elevada qualidade	147	3.67±1.02	248	3.90±0.97	0.029
O serviço das cafetarias para os visitantes e colaboradores é de elevada qualidade	147	3.57±1.10	239	3.86±0.96	0.007
A utilização dos recursos materiais na alimentação é eficiente	147	3.37±0.98	247	3.63±0.95	0.011
A utilização dos recursos humanos na alimentação é eficiente	146	3.13±1.11	247	3.41±1.07	0.013

Fonte: Kwon e Yoon (2003).

Assim, os gestores de nutrição clínica não têm a percepção de que os serviços externalizados ofereçam melhor alimentação ou qualidade de serviço, nem mesmo melhor eficiência de gestão[449].

8.2.4. Conclusão

Do exposto, há algumas conclusões relevantes para o presente trabalho. Em primeiro lugar, em todos os estudos, o *outsourcing* das actividades hoteleiras permitiu reduzir custos. Em segundo lugar, as poupanças de custo diferem consoante as actividades consideradas. Por exemplo, as poupanças de custos associadas ao *outsourcing* da actividade de limpeza (mais intensiva em trabalho) são geralmente superiores às conseguidas com o *outsourcing* da actividade de alimentação (National Audit Office (1987) e Milne e McGee (1992)). Em terceiro lugar, quanto maior a concorrência efectiva no mercado, maiores as poupanças de custo obtidas. Esta conclusão é, também, válida nas situações em que os serviços são prestados pelos departamentos internos (Kelliher (1995)). Por fim, persistem alguns receios de que o *outsourcing* da actividade

[449] Uma das limitações do estudo é que a comparação não foi efectuada recorrendo a registos dos hospitais, nem à percepção dos funcionários e clientes. Outro risco é o de estarem a ser consideradas várias respostas para uma mesma instituição (nos casos em que há mais do que um gestor).

de limpeza possa estar relacionado com um aumento de infecções nosocomiais, mas não existe evidência comprovativa.

Relativamente à qualidade, alguns casos esporádicos chegam a conclusões contraditórias, explicadas, eventualmente, por diferentes estruturas de mercado. Um estudo realizado na Austrália (States Services Authority (2005)) não encontrou qualquer relação entre o grau de satisfação dos clientes quanto à qualidade da alimentação e da limpeza e o facto de o serviço ser realizado interna ou externamente. Um inquérito realizado nos EUA concluiu que os gestores de nutrição clínica tinham a percepção que os serviços prestados por empresas externas eram menos eficientes e de pior qualidade.

8.3. Funções estimadas e caracterização das variáveis

Com a realização do presente estudo, pretendeu-se testar duas hipóteses de investigação. A primeira é que o recurso ao *outsourcing* tem influência nos custos dos serviços hoteleiros hospitalares (em particular da "alimentação", "tratamento de roupa", "segurança" e "limpeza"). A segunda é que o recurso ao *outsourcing* tem influência na qualidade apercebida (pelos clientes) dos serviços de "alimentação" e de "limpeza".

Deste modo, procurou-se, em primeiro lugar, estimar uma "função custo" do seguinte tipo[450]:

$$C_{it}=f(q_{it}, OUT_{it}, Z_{it}, \theta_i, \theta_t , \varepsilon_{it}) \qquad \text{(Equação 1)}$$

Mais precisamente, procura-se "explicar" o custo de cada um dos quatro serviços hoteleiros (em logaritmos), de cada hospital "i", num dado momento "t", usando como variáveis explicativas o nível de *outsourcing (*OUT_{it}*)*, o nível de actividade da função em causa[451] (em logaritmos), assim como um vector de variáveis (Z_{it}) medindo determinadas características dos hospitais considerados. Noutros modelos, como se irá explicar, usaram-se efeitos fixos seccionais (θ_i) e efeitos fixos temporais (θ_t).

[450] Esta função inspira-se nos modelos utilizados por Domberger *et al* (1987) e por Milne e Wright (2004).
[451] Isto é, aquilo que a ACSS designa por "unidades de obra": o número de refeições servidas, o número de quilos de roupa lavada, a área limpa (número de metros) e a área segura (número de metros). A consideração desta variável permite avaliar eventuais economias de escala.

Por outro lado, procurou-se relacionar a qualidade apercebida pelos clientes, nos serviços de limpeza e de alimentação, nos anos de 2005 e 2008[452], com o nível de *outsourcing*, utilizando, mais uma vez, algumas variáveis de controlo.

Em ambos os casos, o peso dos fornecimentos e serviços externos nos custos directos totais (assumindo um valor entre zero e um) foi usado como o indicador (*proxy*) do nível de *outsourcing*. Optou-se por ter em conta apenas os custos directos, uma vez que os custos indirectos dependem dos critérios de repartição usados por cada instituição (havendo, inclusivamente, instituições que optaram, em determinados anos, por não imputar custos indirectos a estas actividades).

Justifica-se, em seguida, a escolha das variáveis consideradas, bem como a sua proveniência. Como se irá expor, estão em causa dados secundários provenientes de várias instituições oficiais. Alguns dados são públicos, mas outros foram solicitados especificamente para possibilitar a concretização deste trabalho. A estimação dos modelos foi efectuada no *Software Eviews*, versão 7.

8.3.1. Proveniência dos dados

Dados sobre custos. Desde meados de 2009, a ACSS disponibiliza no seu site (em http://www.acss.min-saude.pt/bdea/), a designada "Base de Dados dos Elementos Analíticos" (BDEA) das instituições hospitalares públicas, com dados históricos, por instituição, a partir do ano de 2002. Estes dados da contabilidade analítica permitem efectuar comparações de custos, entre hospitais, quanto aos serviços de "alimentação", "higiene e limpeza", "tratamento de roupa" e "segurança e apoio". Foram usados os custos relativos aos anos de 2002 a 2008. A amostra utilizada limitou-se às observações para as quais houve possibilidade de cruzar informação. Acresce que, nos anos de 2007 e 2008, as instituições não disponibilizaram informação (relativa às unidades de obra) nos serviços de segurança e de higiene e limpeza[453].

[452] Dado que só existe informação relativa a estes dois serviços hoteleiros e apenas para estes anos.
[453] Quanto à segurança, esta informação também não está disponível para o ano de 2003.

Dados sobre qualidade. Em 2003, na sequência da empresarialização de um conjunto de hospitais, o Ministério da Saúde iniciou um processo de avaliação sistemática da satisfação dos utentes desses hospitais, que incidia apenas sobre o serviço de Internamento. Estes estudos (intitulados "Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente") têm sido realizados através de uma parceria estabelecida entre o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL) e o Ministério da Saúde (actualmente, a parceria está estabelecida com a ACSS). Em 2005, o estudo foi alargado às Consultas Externas e às Urgências e, em 2008, passou a abranger, também, os hospitais SPA. Para além da monitorização da satisfação, um dos objectivos principais destes estudos tem sido o de identificar as áreas-chave que devem merecer atenção, de modo a aumentar aquela satisfação. A população alvo é constituída pelos utentes com idade compreendida entre 15 e 75 anos que, no primeiro trimestre dos anos em estudo (2005 e 2008), estiveram internados, frequentaram uma consulta externa ou utilizaram o serviço de urgência das instituições analisadas. Os dados foram obtidos através da realização de 16 936 entrevistas telefónicas, no ano de 2005, e de 22 653 entrevistas, em 2008. A informação relativa ao ano de 2005 está publicamente disponível (no site da ACSS em "*downloads* e publicações" \ "satisfação do utente"). No entanto, os dados correspondentes ao ano de 2008 tiveram de ser pedidos formalmente à ACSS e foram cedidos para a realização deste trabalho, sob compromisso da manutenção do anonimato das instituições de saúde. Agradece-se à ACSS a disponibilização desta informação. No âmbito destes estudos, os utentes das unidades hospitalares avaliam (numa escala de 1 a 10) a "Qualidade da higiene e limpeza" do internamento, da consulta externa e da urgência, assim como a "Qualidade das refeições".

Dados sobre a produção, localização e classificação dos hospitais. Finalmente, na caracterização da produção das instituições hospitalares e do tipo de instituição mostrou-se relevante o recurso à Base de Dados do "Inquérito aos Hospitais", realizado anualmente pelo INE. Esta informação foi também solicitada no contexto deste projecto de investigação. Foram, ainda, utilizadas algumas variáveis para caracterizar as instituições cuja justificação se apresenta em seguida.

8.3.2. Justificação da escolha de algumas variáveis

Transformação em centro hospitalar ou empresarialização. Foram usadas variáveis *dummy* que assumiram o valor 1, quando estava em causa a existência de um centro hospitalar ou de um hospital-empresa, respectivamente[454]. Quanto à empresarialização, seria de esperar que esta conduzisse a uma diminuição dos custos, quer nas situações em que as actividades são realizadas internamente, quer nas situações em que são realizadas em *outsourcing*. Com efeito, invoca-se que este fenómeno concedeu aos hospitais maior margem de negociação, possibilitando-lhes a obtenção de melhores preços junto de empresas externas (quer vendedoras de equipamentos, quer vendedoras de serviços)[455]. Além do mais, a liberdade de negociação salarial poderá, talvez, ter permitido a alguns hospitais a celebração de (novos) contratos individuais de trabalho com assistentes operacionais, a níveis salariais inferiores aos estabelecidos centralmente para o sector público administrativo. Quanto mais os níveis salariais fixados se afastarem das condições locais do mercado de trabalho onde se insere o hospital, maior a facilidade em conseguir a referida redução. À partida, os preços de mão-de-obra que as empresas privadas conseguem obter estão mais relacionados com os mercados regionais de trabalho[456]. Decidiu-se, então, incluir, também, variáveis *dummy* para as diversas regiões.

Regiões. Em vários países, são conhecidas as diferenças de custo entre regiões, em termos dos serviços hoteleiros hospitalares. Isso acontece, por exemplo, em Espanha (Alcántara *et al* (2006)[457]) e no Reino Unido (Healthcare Commission (2005), p.16), admitindo-se a possibilidade de estas diferenças estarem, em certa medida, relacionadas com as condições do mercado de trabalho.

[454] No caso do Centro Hospitalar de Gaia, como houve integração posterior do Hospital de Espinho, só foi classificado como Centro Hospitalar após essa integração. Por outro lado, em termos de painel de dados, os novos centros hospitalares foram considerados como uma nova instituição (com identificação própria).
[455] Numa fase inicial, a dotação de capital destes hospitais permitiu, também, pagar mais atempadamente aos fornecedores.
[456] No Reino Unido, segundo estudos referidos por Pollock (2004), o pessoal directamente contratado pelas empresas externas ganha, em média, menos 20% do que o pessoal equivalente do NHS.
[457] Alcántara *et al* (2006) comentam: "existe uma grande variabilidade na gestão de serviços gerais (...). Se fizermos uma breve análise entre os serviços (por exemplo de limpeza, manutenção, alimentação,...) de hospitais com características semelhantes em Espanha, assusta verificar as abissais diferenças de custos entre os mesmos, tanto em valores absolutos como relativos, mesmo em hospitais mais recentes."

Concelho do litoral ou do interior. De modo semelhante, o facto de um hospital se localizar num concelho do litoral ou do interior poderá ter influência nos custos unitários associados à realização destas actividades. Essas diferenças estarão relacionadas com diferentes condições do mercado de trabalho ou com diferentes custos de distribuição (por exemplo, de roupa), quando a actividade não é realizada nas instalações do hospital.

Universitários. Estudos referidos por Domberger *et al* (1987) concluem que os custos hospitalares são, por norma, mais elevados nos hospitais universitários e essa relação também se verifica em várias actividades realizadas, regra geral, pelos assistentes operacionais, designadamente nas actividades de limpeza[458].

Tipo de hospital. É possível existir uma relação entre o tipo de hospital e os custos de determinados serviços. Alguns hospitais (por exemplo, maternidades ou hospitais para tratamento de doenças infecto-contagiosas) provavelmente despendem mais em limpeza do que os hospitais gerais. No estudo econométrico realizado por Domberger *et al* (1987) concluiu-se que os custos da limpeza eram mais elevados nos hospitais de agudos e significativamente mais baixos nos hospitais de estadias prolongadas (hospitais de reabilitação e psiquiátricos). Concluíram, ainda, que os custos de limpeza eram significativamente maiores nas maternidades e nos hospitais pediátricos. Quanto às necessidades de lavagem de roupa hospitalar, há que ter consciência de alguma heterogeneidade entre os hospitais (Milne (1997)). Para além dos lençóis de cama e das fardas do pessoal, é lavada "roupa verde" utilizada no bloco operatório, roupa utilizada no departamento de Imagiologia, na sala de partos e na central de esterilização (para fazer os pacotes cirúrgicos). Os hospitais foram, então, agrupados[459] nas seguintes categorias: "gerais", "materno-infantis", "psiquiátricos", "infecciosos e oncológicos", "oftalmológicos, ortopédicos e de reabilitação".

[458] Foram considerados como hospitais universitários: o Hospital de São João, o Hospital de Santo António, o Hospital de Santa Maria, os Hospitais da Universidade de Coimbra, o Hospital de Braga e o Centro Hospitalar da Cova da Beira. Nos casos em que estas unidades foram integradas em centros hospitalares, esses centros foram também classificados como hospitais universitários.
[459] O reduzido número de hospitais de cada tipo exigiu um agrupamento dos mesmos.

Grupos hospitalares. Para efeitos de financiamento, monitorização e acompanhamento, os hospitais (com excepção dos hospitais psiquiátricos) têm sido agrupados pelo Ministério da Saúde de acordo com um conjunto de factores que se sintetizam no Quadro 8.5. Estes factores não são considerados pelo ajustamento de *case mix* e podem, também, justificar diferenças de custo entre as instituições. A classificação dos hospitais nestes grupos foi também solicitada à ACSS, embora só esteja disponível para os anos de 2003 a 2008[460]. Os hospitais foram, então, reunidos nos 4 grupos considerados pelo Ministério da Saúde, tendo sido, ainda, acrescentado um grupo especial ("outros") para englobar os hospitais psiquiátricos.

Quadro 8.5: Factores utilizados para o agrupamento dos hospitais

Factor 1 Escala / Diferenciação / Leque de valências	Este factor traduz o efeito de diferenciação tecnológica num conjunto alargado de patologias que, tipicamente, está associado aos hospitais de maior escala. As variáveis que melhor reflectem este factor são: número de médicos, consultas, internos, camas, doentes equivalentes, análises, ecografias, urgências, valências de consulta diferenciada, valências de MCDT básicas, valências de MCDT diferenciadas e percentagem de camas especiais.
Factor 2 - Complexidade não ajustada pelo *casemix*	Este factor diferencia particularmente os hospitais mais especializados que, para o mesmo tipo de doentes (com o mesmo *case mix*), têm tendência a receber os casos mais complicados. As variáveis que melhor reflectem este factor são: nível central, percentagem de GDH médicos complicados, peso relativo de episódios *outliers*, percentagem de GDH cirúrgicos complicados, doentes equivalentes por médico, doentes equivalentes por enfermeiro e doentes equivalentes por médico em tempo completo.
Factor 3 - Básico/Intermédio	Este factor surge a discriminar os hospitais que não são muito diferenciados, nem muito especializados, de acordo com os dois primeiros factores. As principais variáveis de distinção são: número de valências/especialidades básicas e intermédias na consulta externa, nível distrital, número de valências intermédias dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, número de GDH diferentes tratados e classificação dos hospitais no nível 1.
Outros Factores	Factores que parecem relevantes para distinguir a estrutura hospitalar, mas que, nas análises efectuadas, surgiram como menos explicativos da estrutura de custos. São eles: urgência médico-cirúrgica, básica e polivalente, maternidade, taxa de ocupação e percentagem de cirurgias ambulatórias no total de episódios cirúrgicos.

Fonte: Relatórios hospitalares de 2008 e Valente (2010).

No Quadro 8.6, sintetizam-se as variáveis usadas neste estudo, bem como a sua proveniência. Uma vez que os dados foram provenientes de várias instituições, houve necessidade de proceder à identificação de cada hospital, de modo a possibilitar o cruzamento dos dados.

[460] No ano de 2002, considerou-se que o grupo do hospital era idêntico ao do ano de 2003. Porém, relativamente aos hospitais de Abrantes, Torres Novas e Tomar não foi possível proceder à sua classificação, dado que foram integrados no Centro Hospitalar do Médio Tejo.

Quadro 8.6: Síntese das variáveis usadas neste estudo

Sigla	Designação, definição e unidade de medida		Fonte
C_{it}	Custos directos do hospital i no momento t.	Valores nominais, totais ou unitários, em euros	ACSS / BDEA
q_{it}	Unidades de obra	Número de refeições (ponderadas); Número de quilos de roupa; Número de metros limpos; Número de metros vigiados.	
OUT_{it}	Nível de *outsourcing* do hospital i, no ano t $FSE_{actividade} / CDT_{actividade}$	Rácio entre zero e um	
Grupo hospitalar	Grupo em que o hospital é classificado pela ACSS para efeitos de financiamento	$\begin{cases} I \\ II \\ III \\ IV \\ Outros\ (psiquiátricos) \end{cases}$	ACSS
Tipo de hospital		$\begin{cases} Geral \\ Materno-infantil \\ Psiquiátrico \\ IPO\ ou\ infeccioso \\ Oftalm., ortop.\ ou\ reabilitação \end{cases}$	INE – Inquérito aos Hospitais
Nº de camas		Nº de camas	
Taxa de ocupação		Entre 0 e 1	
Consultas externas		Nº de consultas externas realizadas	
Doentes observ. SU		Nº de doentes observados no serviço de urgência	
Centro hospitalar	Variável *dummy* que classifica o hospital como centro hospitalar	$\begin{cases} 0 - se\ não\ é\ centro\ hospitalar \\ 1 - se\ é\ centro\ hospitalar \end{cases}$	
EPE	Variável *dummy* que classifica o hospital como hospital empresa	$\begin{cases} 0 - se\ não\ é\ hospital\ empresa \\ 1 - se\ é\ hospital\ empresa \end{cases}$	
Concelho do litoral	Variável *dummy* que classifica o concelho em que se localiza o hospital	$\begin{cases} 0 - se\ não\ está\ localizado\ no\ litoral \\ 1 - se\ está\ localizado\ no\ litoral \end{cases}$	
Universitário	Variável *dummy* que classifica o hospital como universitário	$\begin{cases} 0 - se\ não\ é\ hospital\ universitário \\ 1 - se\ é\ hospital\ universitário \end{cases}$	
Região	Região (Administração Regional de Saúde) a que pertence o hospital	$\begin{cases} Norte \\ Centro \\ Lisboa\ e\ Vale\ do\ Tejo \\ Alentejo \\ Algarve \end{cases}$	
Qualidade das refeições	Pontuação atribuída à "qualidade das refeições" [461]	Escala de 1 a 10	ACSS - ISEGI/UNL Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida
Qualidade da limpeza	Pontuação média atribuída a vários itens de avaliação da qualidade de limpeza[462]		

[461] Os utentes avaliam também a "Qualidade global da alimentação e serviços associados", mas este item não foi considerado no presente trabalho.

[462] Média simples para cada hospital da avaliação que os utentes fazem dos seguintes itens: "limpeza e higiene das instalações no internamento", "limpeza e higiene do gabinete de consulta externa" e "limpeza e higiene das instalações da urgência" (quando esta existe).

8.4. Resultados: Efeitos na eficiência

8.4.1. Análise prévia dos dados e resultados obtidos com diferentes métodos

Antes de se iniciar o tratamento dos dados, efectuou-se uma análise dos mesmos, o que permitiu detectar incoerências e conduziu à não consideração de certas observações. Além disso, através de uma análise estatística, foram identificados *outliers* extremos[463]. Após esses ajustamentos, foram considerados os dados[464] que se sintetizam no Quadro 8.7 e no Gráfico 8.1.

Numa primeira fase, realizou-se uma estimação (Quadro 8.8) pelo Método dos Mínimos Quadrados (*Ordinary Least Squares* (OLS)) da seguinte função (para cada actividade): $C_{it} = \beta_1 + \beta_2 OUT_{it} + \varepsilon_{it}$. Conclui-se que o *outsourcing* conduz ao aumento do custo unitário das refeições, da limpeza e da roupa (embora, neste último caso, o efeito não seja estatisticamente significativo) e parece conduzir também à diminuição do custo unitário da segurança (embora o efeito também não seja estatisticamente significativo). A representação gráfica destas estimações está sintetizada no Gráfico 8.1.

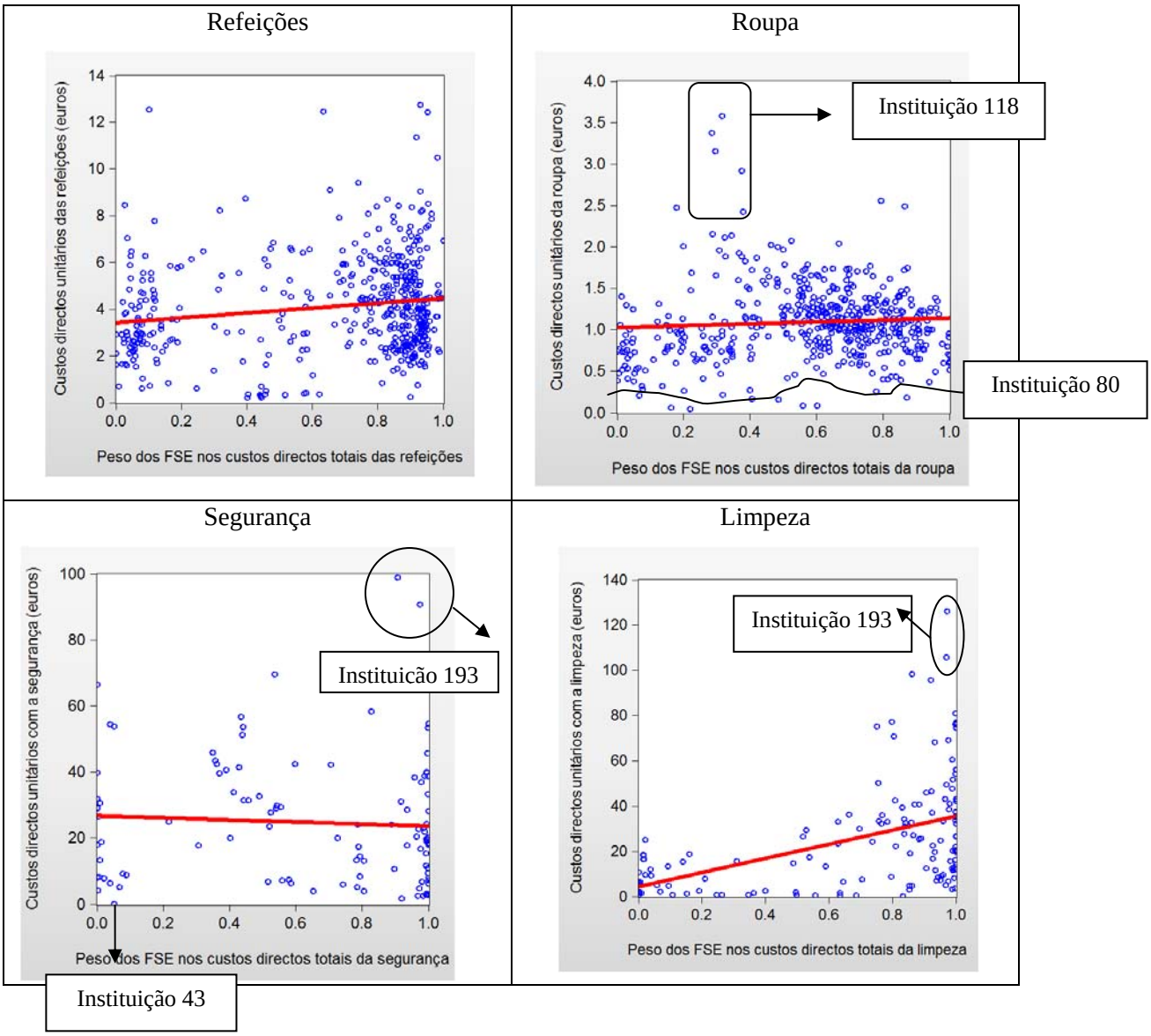
[463] Foram considerados *outliers* extremos superiores aqueles em que o custo unitário directo de cada actividade excedia o terceiro quartil em 3 vezes o intervalo interquartis. Não se registaram *outliers* extremos inferiores. Numa situação particular em que vários *outliers* da roupa diziam respeito à mesma instituição, as observações foram mantidas. Esta análise de *outliers* conduziu à eliminação de 8 observações.

[464] Estas eliminações, tal como a criação de uma nova identificação para as instituições resultantes da criação de centros hospitalares, deram origem à existência de um painel de dados não balanceado ou não equilibrado.

Quadro 8.7: Quadro resumo (valores médios (e desvios-padrão))

	Custos directos unitários				Peso dos FSE nos custos directos totais				Qualidade	
	Refeições	Roupa	Segurança	Limpeza	Refeições	Roupa	Segurança	Limpeza	Refeições	Limpeza
Total	4,11 (2,05)	1,09 (0,45)	24,71 (19,16)	25,67 (24,58)	67% (33%)	58% (26%)	61% (38%)	67% (37%)	7,58 (0,76)	8,55 (0,46)
Menos de 200 camas	4,4 (1,93)	1,18 (0,54)	27,13 (22,20)	24,94 (26,52)	53% (36%)	53% (25%)	55% (43%)	60% (40%)	8,24 (0,62)	8,76 (0,46)
Entre 201 e 399 camas	3,76 (2,03)	1,05 (0,34)	23,22 (16,18)	23,31 (21,82)	77% (25%)	57% (30%)	64% (35%)	74% (31%)	7,36 (0,60)	8,45 (0,52)
Mais de 400 camas	4,02 (2,21)	0,99 (0,36)	22,34 (17,76)	33,66 (24,88)	79% (25%)	69% (17%)	71% (33%)	69% (37%)	7,2 (0,64)	8,47 (0,31)
SPA	4,3 (1,95)	1,15 (0,49)	24,88 (20,6)	25,51 (25,82)	63% (33%)	56% (26%)	58% (42%)	65% (37%)	8,05 (0,85)	8,6 (0,61)
EPE	3,72 (2,18)	0,98 (0,31)	24,46 (17,12)	25,95 (22,46)	74% (30%)	62% (25%)	66% (33%)	69% (36%)	7,39 (0,63)	8,53 (0,39)
Centros Hospitalares	4,85 (1,80)	1,18 (0,30)	29,11 (13,04)	41,65 (22,24)	84% (13%)	63% (21%)	63% (34%)	70% (28%)	7,47 (0,54)	8,47 (0,40)
Outros	3,97 (2,07)	1,07 (0,47)	24,06 (19,87)	23,84 (24,24)	64% (34%)	57% (26%)	61% (39%)	66% (38%)	7,62 (0,82)	8,58 (0,48)
Hospital do Grupo I	4,67 (2,41)	1,34 (0,74)	21,51 (21,44)	27,99 (25,69)	58% (37%)	53% (26%)	72% (37%)	64% (40%)	8,14 (0,49)	8,92 (0,46)
Hospital do Grupo II	4,4 (2,65)	0,96 (0,27)	3,97 (2,40)	7,55 (3,45)	79% (25%)	75% (14%)	82% (26%)	70% (36%)	7,29 (0,54)	8,37 (0,28)
Hospital do Grupo III	4,11 (1,99)	1,07 (0,45)	31,16 (27,13)	21,92 (28,05)	44% (35%)	49% (26%)	31% (44%)	44% (40%)	8,59 (0,49)	8,73 (0,52)
Hospital do Grupo IV	4,12 (1,76)	1,08 (0,38)	26,06 (15,46)	32,01 (23,30)	81% (21%)	62% (25%)	66% (32%)	75% (32%)	7,31 (0,67)	8,47 (0,44)
Geral	4,14 (2,03)	1,07 (0,40)	26,98 (19,81)	28,65 (25,53)	70% (31%)	61% (25%)	59% (38%)	67% (37%)	8,49 (0,76)	7,49 (0,43)
Psiquiatrico	2,22 (1,04)	0,99 (0,27)	13,05 (8,45)	5,43 (5,75)	41% (33%)	36% (24%)	72% (47%)	74% (25%)	-	-
Oncológicos ou infecciosas	3,76 (1,58)	1,01 (0,38)	5 (4,47)	10,79 (6,61)	20% (24%)	51% (26%)	72% (42%)	26% (34%)	9,04 (0,37)	8,16 (0,30)
Materno-infantis	5,76 (1,88)	1,28 (0,23)	21,61 (3,85)	49,85 (0,67)	87% (3%)	58% (10%)	50% (70%)	87% (14%)	8,3 (n.d.)	8,2 (n.d.)
Oftalmológico, ortopédico ou reabilitação	6,26 (1,74)	1,92 (1,26)	19,6 (10,26)	23,17 (9,26)	91% (10%)	31% (19%)	95% (10%)	88% (24%)	9,3 (0,85)	8,3 (0,42)
Universitario	4,66 (2,30)	0,91 (0,25)	42,33 (n.d.)	26,94 (n.d.)	69% (35%)	71% (21%)	71% (n.d.)	64% (32%)	7,36 (0,27)	8,66 (0,24)
Não universitário	4,06 (2,02)	1,1 (0,46)	24,55 (19,17)	25,66 (24,66)	67% (32%)	57% (26%)	61% (39%)	67% (37%)	7,6 (0,79)	8,54 (0,47)
Alentejo	4,96 (1,49)	1,14 (0,33)	43,82 (31,69)	66,56 (37,70)	77% (23%)	71% (30%)	98% (3%)	82% (26%)	7,78 (0,26)	8,63 (0,38)
Algarve	6,2 (2,05)	1,06 (0,29)	31,45 (15,10)	27,36 (5,07)	87% (7%)	40% (30%)	76% (45%)	71% (19%)	6,47 (0,59)	8,33 (0,57)
Centro	3,69 (1,63)	0,92 (0,39)	24,94 (17,26)	13,07 (10,98)	59% (35%)	59% (30%)	66% (33%)	56% (40%)	7,67 (0,88)	8,69 (0,45)
LVT	4,43 (2,38)	1,3 (0,50)	20,11 (18,65)	33,93 (22,03)	75% (26%)	60% (20%)	70% (31%)	83% (26%)	7,51 (0,80)	8,37 (0,48)
Norte	3,79 (1,92)	1,02 (0,40)	23,21 (15,53)	22,26 (22,28)	61% (37%)	55% (23%)	45% (41%)	56% (40%)	7,64 (0,61)	8,6 (0,42)
Interior	3,61 (1,70)	1,04 (0,37)	24,05 (15,71)	24,62 (23,90)	62% (35%)	58% (27%)	55% (39%)	67% (37%)	7,69 (0,62)	8,6 (0,39)
Litoral	4,52 (2,22)	1,13 (0,50)	25,43 (22,48)	26,9 (25,48)	71% (30%)	58% (25%)	69% (37%)	66% (37%)	7,48 (0,85)	8,51 (0,51)
2002	4,14 (1,54)	1,01 (0,41)	-	33,48 (26,27)	66% (32%)	56% (25%)	-	63% (40%)	-	-
2003	4,27 (2,12)	1,1 (0,44)	25,46 (14,65)	31,04 (23,23)	66% (33%)	54% (26%)	66% (38%)	66% (37%)	-	-
2004	4,05 (2,01)	1,06 (0,43)	29,43 (17,86)	27,67 (28,28)	64% (35%)	55% (26%)	57% (41%)	65% (37%)	-	-
2005	3,57 (1,96)	1,09 (0,45)	25,6 (20,89)	24,25 (24,61)	67% (33%)	57% (25%)	63% (38%)	67% (37%)	7,44 (0,60)	8,59 (0,44)
2006	3,91 (2,34)	1,11 (0,46)	22,27 (19,83)	23,1 (23,72)	66% (32%)	60% (27%)	61% (39%)	65% (37%)	-	-
2007	4,55 (2,06)	1,12 (0,46)	-	-	68% (32%)	63% (26%)	-	72% (34%)	-	-
2008	4,48 (2,09)	1,13 (0,51)	-	-	73% (31%)	66% (25%)	-	70% (36%)	7,65 (0,82)	8,53 (0,47)

Gráfico 8.1: Custos directos unitários - relação com o nível de *outsourcing*



Quadro 8.8: Custos directos unitários - relação com o nível de *outsourcing* (estimação por *pooled* OLS)

	Refeições	Roupa	Segurança	Limpeza
Constante	3,405***	1,023***	26,721***	4,312
OUT	1,048***	0,115	-3,185	31,180***
R^2	0,028	0,004	0,0039	0,216
R^2 ajustado	0,026	0,002	0,0054	0,210
Nº observações	485	483	109	146
Efeitos *cross-section?*	Não	Não	Não	Não
Efeitos período?	Não	Não	Não	Não
Nº de *cross-sections*	104	106	57	67
Anos considerados	2002 a 2008 (7)	2002 a 2008 (7)	2003 a 2006 (4)	2002 a 2006 (5)

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente[465].

[465] Em todos os modelos apresentados neste ponto 8.4, foi efectuado um teste de significância global da regressão e dos coeficientes (que se revelou estatisticamente significativo a um nível de 1%). Nos modelos apresentados neste quadro não foi efectuada a logaritmização dos custos.

Contudo, aquela estimação não será muito realista, já que é de pressupor a existência de diferenças estruturais significativas entre as várias instituições hospitalares e entre diferentes momentos do tempo[466]. Deste modo, considerou-se oportuno proceder a uma estimação com efeitos fixos seccionais e temporais, isto é, utilizando variáveis *dummy* para cada instituição e para cada período de tempo (Quadro 8.9). Ou seja, assume-se que o termo independente é específico para cada instituição hospitalar e para cada ano[467].

Quadro 8.9: Custos directos unitários (em log) - relação com o nível de *outsourcing* (estimação com efeitos fixos seccionais e temporais)

	Refeições	Roupa	Segurança	Limpeza
Constante	9,661***	7,841***	13,637***	7,205***
Log (unidades de obra)	-0,746 ***	-0,672***	-1,047***	-0,659***
OUT	1,011***	0,916***	-1,365***	2,092***
R^2	0,8814	0,8400	0,9885	0,9435
R^2 ajustado	0,8461	0,7909	0,9736	0,8877
Nº observações	485	483	109	146
Efeitos *cross-section?*	Sim	Sim	Sim	Sim
Efeitos período?	Sim	Sim	Sim	Sim
Nº de *cross-sections*	104	106	57	67
Anos considerados	2002 a 2008 (7)	2002 a 2008 (7)	2003 a 2006 (4)	2002 a 2006 (5)

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

Quanto aos efeitos temporais, é possível verificar que a sua evolução tem diferido consoante as actividades e sem correspondência com a taxa de inflação[468] (Quadro 8.10).

Quadro 8.10: Efeitos temporais nas várias actividades

	Coeficientes estimados das *dummys* temporais						Efeitos temporais relativamente a 2002			
	Refeições	Roupa	Segurança	Limpeza	Tx. Inflação	Tx. Inf. acumulada	Refeições	Roupa	Segurança	Limpeza
2002	0,045	-0,022		0,063						
2003	0,057	0,014	-0,112	0,105	3,3%	3,3%	1,2%	3,6%		4,2%
2004	0,032	-0,008	-0,031	-0,023	2,4%	5,7%	-1,3%	1,4%	8,1%	-8,6%
2005	-0,05	0,028	0,05	-0,111	2,3%	8,1%	-9,5%	5,0%	16,2%	-17,4%
2006	-0,068	-0,01	0,094	-0,035	3,1%	11,5%	-11,3%	1,2%	20,6%	-9,8%
2007	0,008	0,018			2,5%	14,2%	-3,7%	4,0%		
2008	-0,023	-0,02			2,6%	17,2%	-6,8%	0,2%		

Complementarmente, efectuou-se uma estimação sem efeitos fixos seccionais[469], mas, agora, a heterogeneidade das instituições (diferenças estruturais entre os hospitais) é

[466] Além disso, ao ignorar a heterogeneidade (seccional e/ou temporal) nos dados, a aplicação de OLS em *pool* não constitui um verdadeiro método de estimação em painel (Marques (2000), p. 5).
[467] Decidiu-se ainda proceder à transformação logarítmica de algumas variáveis.
[468] Os dados para a taxa de inflação foram obtidos no Banco de Portugal.

capturada através das diferentes variáveis de controlo acima mencionadas, pois é importante incorporar a diversidade das unidades hospitalares nos modelos estimados, de modo a aproveitar toda a informação disponível. Realizou-se, assim, uma estimação pelo Método dos Mínimos Quadrados Generalizados Exequível (EGLS - *Estimated Generalized Least Squares*), de modo a procurar ultrapassar possíveis problemas de heterocedasticidade proveniente das características dos diferentes hospitais. Como para caracterizar as unidades hospitalares, se recorreu a variáveis binárias, existem algumas sobreposições nas classificações hospitalares e possíveis riscos de multicolinearidade, pelo que se optou por efectuar estimações distintas, consoante os vários tipos de classificação ("grupo hospitalar" e "tipo de hospital").

Para os quatro serviços hoteleiros considerados, a estimação foi efectuada com custos unitários e com custos totais. A título de exemplo, no caso da alimentação e da roupa, trata-se de serviços que estão directamente relacionados com o internamento[470]. Em consequência, e porque a informação relativa ao número de camas e à taxa de ocupação é, de um modo geral, mais credível que a informação relativa ao número de refeições ou ao número de quilos de roupa, nestes dois serviços, foram também estimados modelos que usaram o número de camas multiplicado pela taxa de ocupação como *proxy* da variável "unidades de obra". Por outro lado, como alguns hospitais não dão indicação do número de "unidades de obra", a utilização daquela *proxy* permite efectuar a estimação sobre maior número de observações. Os resultados são apresentados nos quadros seguintes.

[469] Foram introduzidas variáveis *dummy* para cada um dos anos, excepto para o primeiro.
[470] No caso da roupa, há algumas excepções associadas às cirurgias de ambulatório (cuja importância tem vindo a aumentar nos últimos anos) e aos exames de Imagiologia (já que há exames que podem não estar relacionados com a actividade cirúrgica). Acresce que as fardas do pessoal não se relacionam apenas com os doentes internados.

Quadro 8.11: Custos da Alimentação - Estimação por EGLS (*cross section weights*)

	Modelo 1	**Modelo 2**	**Modelo 3**	**Modelo 4**
Var. dependente:	Log (custos directos totais)		Log (custos directos unitários)	
Var. explicativas:				
Constante	9,168***	9,01***	4,802***	5,378***
$OUT_{alimentação}$	0,192***	0,128***	0,454***	0,293***
Log (Nº camas*tx de ocupação)	0,854***	0,817***	[471]	
Log (Nº ref. servidas)			-0,312***	-0,366***
Grupo hospitais (face a Outros)				
I		0,647***		0,306***
II		0,641***		0,762***
III		0,336***		-0,062
IV		0,359***		0,296***
Tipo de hospital (face a Geral)				
Materno-infantil	-0,310***		0,158**	
Psiquiátrico	-0,411***		-0,149**	
IPO ou infecciosas	0,335***		0,253***	
Oftal., Ort. ou Reab.	-0,050		-0,228***	
Universitário	0,088**		0,539***	
Região (face ao Alentejo)				
Algarve	0,096	0,131**	0,229***	0,157**
Centro	-0,144***	-0,170***	-0,244***	-0,191***
LVT	-0,195***	-0,181***	-0,135***	-0,238***
Norte	-0,315***	-0,328***	-0,285***	-0,258***
Concelho do litoral	0,211***	0,128***	0,141***	0,173***
EPE	-0,125***	-0,088***	0,030	-0,076**
Centro hospitalar	0,189***	0,255***	0,262***	0,325***
Dummys para diferentes anos?	Sim			
R^2 Ajustado (*weighted*)	0,9627	0,9730	0,8930	0,7814
Nº observações	498	495	485	482
Cross-sections	105	102	104	101
Anos	2002 a 2008 (7)			
Var. custos alimentação com *outsourcing* total[472]	21,18%	13,70%	57,52%	34,11%

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

[471] Apesar da discrepância de valores estimados nos modelos que usam custos totais (1 e 2) e nos que usam custos unitários (3 e 4), os valores tornam-se mais próximos se nos modelos 3 e 4 for usada a variável "número de camas*taxa de ocupação" (em log) em vez do "número de refeições" (em log). O coeficiente associado à variável OUT passa a ser de 0,297 e de 0,188 (valores estatisticamente significativos a 1%); o R^2 ajustado tem uma ligeira diminuição para 0,8525 e para 0,6051, respectivamente. Com esta substituição, o acréscimo de custos associado à passagem de uma situação de *insourcing* total para uma situação de *outsourcing* total é de 34,56% e de 20,69%.

[472] O coeficiente associado à variável OUT dá directamente uma taxa de crescimento instantânea e não discreta. Esta última pode ser obtida fazendo, por exemplo, no modelo 1: $(e^{0,192079}-1)*100$.

Quadro 8.12: Custos da Roupa - Estimação por EGLS (*cross section weights*)

	Modelo 1	**Modelo 2**	**Modelo 3**	**Modelo 4**
Var. dependente	Log (custos directos totais)		Log (custos directos unitários)	
Var. explicativas:				
Constante	8,326***	7,976***	2,134***	2,930***
OUT_{Roupa}	0,397***	0,453***	0,415***	0,468***
Log (Nº de camas*taxa de ocupação)	0,774***	0,674***		
Log (Nº quilos de roupa)			-0,198***	-0,269***
Grupo hospitais (face a outros)				
I		0,791***		0,059
II		1,294***		0,360***
III		0,654***		-0,055
IV		0,840***		0,115***
Tipo de hospital (face a Geral)				
Materno-infantil	0,155**		0,090**	
Psiquiátrico	-0,844***		-0,080	
IPO ou infecciosas	-0,127		-0,160**	
Oftal., Ortopédico ou de Reabilitação	-1,086***		-0,823***	
Universitário	0,357***		0,183***	
Região (face ao Alentejo)				
Algarve	-0,024	0,037	0,180***	0,174***
Centro	-0,102**	-0,071	-0,105**	-0,074**
LVT	0,255***	0,296***	0,254***	0,255***
Norte	-0,023	0,034	-0,006	0,011
Concelho do litoral	0,005	-0,029	-0,051***	-0,061***
EPE	0,018	0,026	-0,031	-0,039*
Centro hospitalar	0,097***	0,157***	0,129***	0,176***
Incluídas *dummy* para hospitais específicos?	Sim para a instituição 118 (Instituto de Oftalmologia Gama Pinto) e 80 (Hospital de Pombal) cujas observações constituíam *outliers* (superiores e inferiores, respectivamente).			
Dummys para diferentes anos?	Sim			
R^2 Ajustado (*weighted*)	0,9940	0,9593	0,7475	0,7500
Nº observações	500	497	483	480
Cross-sections	106	103	106	103
Anos	2002 a 2008 (7)			
Var. estimada de custos associada ao *outsourcing* total	48,71%	57,37%	51,44%	59,74%

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

Quadro 8.13: Custos da Segurança - Estimação por EGLS (*cross section weights*)

	Modelo 1	**Modelo 2**	**Modelo 3**	**Modelo 4**
Var. dependente	Log (custos directos totais)		Log (custos directos unitários)	
Var. explicativas:				
Constante	4,442***	5,408***	4,414***	5,921***
$OUT_{Segurança}$	-0,108*	-0,061	-0,117*	-0,129
Log (Nº de camas*Taxa ocup)	0,477***	0,243***	0,503***	0,264***
Log (Consultas externas)	0,468***	0,501***	0,499***	0,501***
Log (Doentes observ. SU + 1)[473]	0,014	0,021	0,023**	0,026
Log (Nº metros seguros)			-1,061***	-1,068***
Grupo hospitais (face a Outros)[474]				
I		-0,140		-0,168
II		-0,226		-0,107
III		-0,401		-0,537*
IV		-0,242		0,270
Tipo de hospital (face a Geral)				
Materno-infantil	-0,184***		-0,214**	
Psiquiátrico	0,055		0,153	
IPO ou infecciosas	0,072		0,191**	
Oftal., Ort. ou de Reabilitação	0,962***		1,094***	
Região (face ao Alentejo)				
Algarve	0,580***	0,801***	0,593***	0,797***
Centro	0,129*	0,232***	0,146**	0,235***
LVT	0,124	0,381***	0,139	0,418***
Norte	-0,090	-0,089	-0,044	-0,064
Concelho do litoral	0,156**	-0,050	0,173***	0,008
EPE	0,009	0,049	0,023	0,096
Centro hospitalar	0,071	0,074	0,039	0,079
Dummys para diferentes anos?	Sim			
R^2 Ajustado (*weighted*)	0,9510	0,9444	0,9727	0,9436
Nº observações[475]	109	109	106	106
Cross-sections	56	56	55	55
Anos	2003 a 2006 (4)			
Var. estimada de custos associada ao *outsourcing* total	-10,20%	-5,89%	-11,03%	-12,08%

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

[473] Somou-se uma unidade, para evitar o logaritmo de zero, nas situações em que não há doentes atendidos no serviço de urgência.

[474] Nos modelos 2 e 4, não considerando as variáveis relativas aos grupos hospitalares, à transformação em centro hospitalar e à transformação em EPE, o coeficiente associado a OUT passa a ser de -0,073 (não estatisticamente significativo) e de -0,128 (valor estatisticamente significativo a 10%), aumentando o R^2 ajustado para 0,9792 e 0,9840, respectivamente. Assim, com esta substituição, a diminuição de custos associada à passagem para uma situação de *outsourcing* total é de -7,01% e de -12,02%.

[475] Foram eliminadas as observações relativas às instituições 193 (Hospital do Litoral Alentejano) e 43 (IPO de Coimbra). As observações relativas à primeira instituição constituíam *outliers* superiores e a observação relativa à segunda tinha um custo directo unitário muito próximo de zero (ver Gráfico 8.1).

Quadro 8.14: Custos da Limpeza - Estimação por EGLS (*cross section weights*)

	Modelo 1	**Modelo 2**	**Modelo 3**	**Modelo 4**
Var. dependente	Log (custos directos totais)		Log (custos directos unitários)	
Var. explicativas:				
Constante	5,212***	4,356***	6,359***	3,016***
$OUT_{Limpeza}$	1,196***	1,223***	1,997***	1,992***
Log (Nº de camas*Taxa ocup)	0,666***	0,569***	0,642***	0,681***
Log (consultas externas)	0,310***	0,206***	0,0007	0,047
Log (doentes observ. SU + 1)[476]	-0,019**	0,033***	-0,067***	-0,029*
Log (Nº metros limpos)			-0,766***	-0,765***
Grupo hospitais (face a Outros)				
I		1,966***		2,488***
II		2,086***		2,444***
III		1,265***		2,343***
IV		1,721***		2,180***
Tipo de hospital (face a Geral)				
Materno-infantil	0,203**		0,085	
Psiquiátrico	-2,152***		-2,694***	
IPO ou infecciosas	-0,198		-0,280	
Oftal., Ort. ou de Reabilitação	-0,086		-0,499**	
Universitário	0,454***			
Região (face ao Alentejo)				
Algarve	-0,488***	-0,401***	-0,341**	-0,405***
Centro	-0,666***	-0,466***	-0,666***	-0,667***
LVT	-0,245***	-0,179*	-0,414***	-0,501***
Norte	-0,869***	-0,735***	-0,779***	-0,794***
Concelho do litoral	0,471***	0,434***	0,531***	0,497***
EPE	0,030	0,014	-0,251***	-0,236***
Centro hospitalar	0,167***	0,307***	0,675***	0,758***
Dummys para diferentes anos?	Sim			
R^2 Ajustado (*weighted*)	0,9611	0,9437	0,9549	0,9821
Nº observações[477]	321	318	143	142
Cross-sections	85	82	67	66
Anos	2002 a 2006 (5)			
Var. estimada de custos associada ao *outsourcing* total	230,81%	239,72%	636,48%	633,13%

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

[476] Somou-se uma unidade, para evitar o logaritmo de zero, nas situações em que não há doentes atendidos no serviço de urgência.

[477] A eliminação das observações relativas à instituição 193 não alterava de modo relevante as conclusões.

8.4.2. Discussão dos resultados em termos de eficiência

Alimentação e dietética. Em todos os modelos estimados, o *outsourcing* da actividade de alimentação conduz ao aumento dos custos das instituições e os valores obtidos são estatisticamente significativos (a um nível de significância de 1%). Os modelos que utilizam custos totais (modelos 1 e 2 do Quadro 8.11) são aqueles que recorrem informação mais credível e que possibilitam melhores ajustamentos, para além de controlarem outras variáveis com influência nos custos. Nestes modelos, conclui-se que, quando a variável "OUT" passa de 0 para 1[478], o acréscimo estimado nos custos directos é de 21% ou de 14% respectivamente (ver última linha do Quadro 8.11). A este propósito, parece oportuno recordar que a Autoridade da Concorrência terá detectado "práticas lesivas da concorrência no mercado de refeições rápidas e serviços de gestão e exploração de refeitórios, cantinas ou restaurantes" que terão lesado o Estado em 172 milhões de euros, entre 1998 e 2007 (Filipe e Babo (2010)). As empresas foram condenadas por terem celebrado um acordo com o objecto de "restringir de forma sensível" a concorrência no mercado da "prestação de serviços relacionados com o fornecimento de refeições em restauração colectiva, quer no âmbito do denominado "*catering*", quer no âmbito da gestão e exploração de espaços de terceiros para restauração colectiva." (Autoridade da Concorrência (2009)). Ao abrigo desse acordo, foram implementados mecanismos de troca de informações e de fixação de preços nas propostas, que permitiam garantir a manutenção da partilha de clientes entre si. A Autoridade da Concorrência estimou, ainda, que, nos anos de 1995 a 2006, as empresas condenadas (Eurest, Trivalor, Uniself, ICA e Sodexo Portugal) detinham uma quota de mercado conjunta que oscilou entre 61,7% e 70,7%)[479].

Tratamento de roupa. Relativamente a esta actividade, também os modelos que usam custos totais são preferíveis (atendendo a argumentos idênticos aos acima apresentados). Nestes modelos, conclui-se que o *outsourcing* desta actividade acarreta acréscimos de custo estimados em 49% e em 57%, respectivamente. A utilização dos custos totais permite, ainda, ultrapassar dois problemas adicionais. Os contratos celebrados com as

[478] Numa situação de *outsourcing* total, o peso dos FSE nos CDT será de 1, mas, numa situação de realização interna da actividade, o peso dos FSE poderá não ser zero.
[479] O Tribunal de Comércio, a 3 de Janeiro de 2011, declarou nulo este processo (notícia disponível em http://www.jornaldenegocios.pt/home.php?template=SHOWNEWS_V2&id=461499, acedida a 2 de Maio de 2011), com base em questões processuais.

empresas prestadoras de serviços podem basear-se nos quilos de roupa suja ou nos quilos de roupa limpa. A utilização do número de quilos de roupa tratada poderá reflectir, deste modo, realidades distintas. Por outro lado, a comparação dos custos unitários poderá só ser adequada se os hospitais procederem ao necessário controlo da quantidade de roupa tratada externamente[480]. Porém, as conclusões obtidas nos modelos que utilizam custos unitários e custos totais são semelhantes. Quanto aos resultados, importa salientar que a principal empresa prestadora deste tipo de serviços é o SUCH, existindo elevado nível de concentração neste mercado. Como se pode ler no Relatório e Contas desta instituição, relativo ao ano de 2010[481], o SUCH prestou serviços de roupa em 75% dos hospitais associados, em 75% das Misericórdias Associadas e na totalidade das ARS. De modo semelhante, no Relatório de 2006 (p. 35)[482] pode ler-se: "(…) a área de Gestão e Tratamento de Roupa encontra[-se] consolidada, tendo o SUCH atingido a posição de principal operador na Saúde."

Segurança e Apoio. Este é o centro de custo para o qual há menor número de anos com informação disponível: só existem dados para os anos de 2003 a 2006. Nesta actividade (assim como na de higiene e limpeza), a informação relativa à área, bem como a informação respeitante à produção hospitalar, são importantes para efectuar a comparação dos custos. Daí que os modelos 3 e 4 sejam preferíveis[483]. As reduções de custo estimadas são de 11% e 12%, respectivamente (embora apenas no modelo 3 o coeficiente associado à variável "OUT" seja estatisticamente significativo e apenas para um nível de significância de 10%).

[480] Vários profissionais com a responsabilidade pelo acompanhamento desta área reconhecem a necessidade de efectuar pesagens de controlo dos quilos de roupa (suja e/ou limpa), de modo a evitar "incorrecções" nos quilos de roupa tratada e facturada. Se estes controlos não forem realizados, é provável que o aumento de custos, estimado em modelos que utilizam os custos totais, seja superior aos aumentos de custo estimados em modelos que usam os custos por quilo de roupa tratada.

[481] Nas páginas 18 e 19 do relatório, acedido, a 9 de Maio de 2011, em http://www.somos.pt/publicdocs/AG/SUCH_Relatorio_de_Actividades_e_Contas_Ano2010.pdf,).

[482] Disponível em http://www.somos.pt/Publicdocs/publications/RelatoriocontasSUCH06.pdf e acedido a 9 de Maio de 2011.

[483] Os modelos 1 e 2 não incluem o número de metros seguros, por ser uma informação considerada menos credível (a sua inclusão levaria às mesmas conclusões dos modelos 3 e 4, com excepção do coeficiente estimado associado ao logaritmo do número de "unidades de obra"). Do ponto de vista teórico, e ao contrário do que acontecia nas actividades de roupa e de alimentação, esta omissão é mais problemática. Enquanto na alimentação e na roupa, o número de refeições e o número de quilos de roupa tratados estão directamente relacionados com o número de doentes internados (que pode ser medido através do número de camas e da taxa de ocupação), será razoável pressupor que os custos de segurança dependem mais da área a vigiar do que da actividade hospitalar, embora possam ser influenciados por esta. Esta observação é também aplicável à actividade de limpeza.

Higiene e Limpeza. Quanto a este centro de custo, a disparidade de custos entre instituições é mais elevada e há dificuldades na sua comparação, o que resulta de diversos factores. Como se salientou no capítulo 6, há mais hospitais públicos a efectuar o *outsourcing* na consulta externa do que nos internamentos ou na urgência (Gráfico 6.1). Quando as actividades são efectuadas em *outsourcing*, os custos, em princípio, estão imputados ao centro de custo da limpeza, mas, quando são realizadas internamente, os custos podem estar subestimados, se a afectação do tempo dos funcionários aos centros de custo não for rigorosa. Com frequência, os funcionários que realizam a limpeza das áreas comuns dedicam-se apenas a essa actividade, pelo que é expectável que os custos correspondentes estejam devidamente imputados ao centro de custo "higiene e limpeza". O problema coloca-se com os assistentes operacionais que efectuam a limpeza dos internamentos e que, por norma, realizam outras actividades ou tarefas[484]. Nestes casos, como reconhecem alguns responsáveis hospitalares contactados, os custos são imputados apenas ao internamento (não sendo repartidos com o centro de custo "higiene e limpeza")[485]. Acresce que, ao contrário da alimentação, em que o número de refeições está directamente relacionado com o nível de internamento, no serviço de higiene e limpeza, é mais difícil conhecer as áreas que são objecto de limpeza, sem que seja efectuada essa determinação por parte dos hospitais. O próprio facto de, nos anos de 2007 e 2008, as instituições terem deixado de fornecer indicações, quanto a essas áreas, poderá traduzir as dificuldades que existem na sua determinação.

Outras conclusões. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os custos das diversas regiões, à semelhança do que acontece noutros países. Nas actividades de "alimentação", por exemplo, os custos são mais elevados no Algarve. Quanto ao "tratamento de roupa", os custos são superiores na região de Lisboa e Vale do Tejo. A variável EPE, nos casos em que assume significado estatístico, tem sinal negativo. Os hospitais que são centros hospitalares e que estão localizados em concelhos do litoral têm, de um modo geral, custos mais elevados.

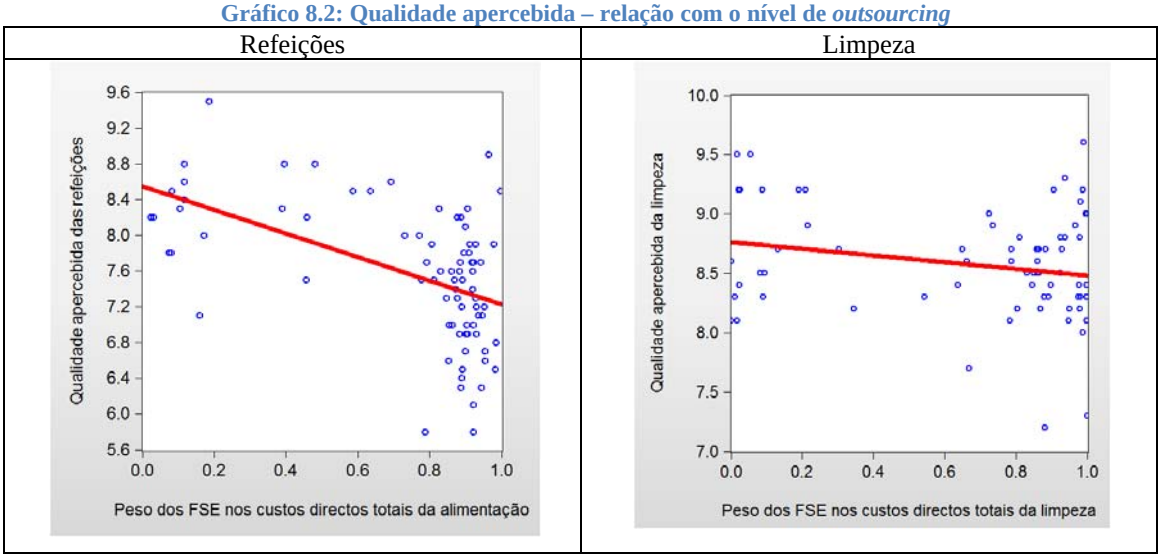
[484] Segundo um dos administradores entrevistados, em determinadas áreas, como nas enfermarias, nos blocos operatórios e nas salas de tratamento, por norma, a limpeza é efectuada por funcionários do hospital, porque há necessidade de dispor de assistentes operacionais 24 horas por dia, 7 dias por semana, de modo a desempenhar outras funções (como mudar um doente ou trazer um copo de água).

[485] Não surpreende, por isso, que alguns responsáveis hospitalares admitam que o *outsourcing* da limpeza do internamento não permitiu obter reduções proporcionais nos custos com o pessoal de apoio aos doentes internados.

8.5. Resultados: Efeitos na qualidade apercebida

Da análise gráfica da relação entre o nível de *outsourcing* e a avaliação que os clientes fazem da qualidade das refeições e dos serviços de limpeza (Gráfico 8.2) parece existir uma relação negativa entre as variáveis: as piores avaliações são observadas nos hospitais onde o rácio FSE/CDT é mais elevado. Efectuada uma estimação por OLS da relação entre o nível de *outsourcing e* a qualidade apercebida, obtêm-se os valores apresentados no Quadro 8.15.

Gráfico 8.2: Qualidade apercebida – relação com o nível de *outsourcing*



Quadro 8.15: Qualidade apercebida - relação com o nível de *outsourcing* (estimação por *pooled* OLS)

	Refeições	Limpeza
Constante	8,545***	8,760***
OUT	-1,321***	-0,283**
R^2	0,267	0,049
R^2 ajustado	0,257	0,036
Nº observações	81	73
Efeitos *cross-section?*	Não	Não
Efeitos período?	Não	Não
Nº de *cross-sections*	65	57
Anos considerados	2005 e 2008 (2)	

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente[486].

Por motivos idênticos aos expostos a propósito dos modelos que relacionaram o nível de *outsourcing* com os custos dos serviços hoteleiros, foram efectuadas as estimações por

[486] Em todos os modelos apresentados neste ponto 8.5 foi efectuado um teste de significância global da regressão e dos coeficientes (que se revelou estatisticamente significativo a um nível de 1%, com excepção do modelo relativo à limpeza, deste Quadro 8.8, que só é significativo a um nível de 10%).

EGLS, apresentadas no Quadro 8.16, que usam como variável de controlo o grupo hospitalar.

Quadro 8.16: Qualidade apercebida - Estimação por EGLS (*cross-section weights*)

	Refeições	Limpeza
Variável dependente	Log (Qualidade das refeições)	Log (Qualidade da limpeza)
Variáveis independentes:		
Constante	2,138***	2,206***
OUT	-0,092***	-0,012
Grupo hospitais (face a "I")		
II	-0,078***	-0,077***
III	0,051***	-0,019*
IV	-0,077***	-0,062***
R^2	0,993	0,617
R^2 ajustado	0,992	0,594
Nº observações	81	73
Efeitos *cross-section?*	Não	Não
Efeitos período?	Não	Não
Cross-sections	65	57
Anos considerados	2005 e 2008	2005 e 2008

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

Conclui-se que o *outsourcing* tem um impacte negativo na qualidade da alimentação: a passagem de uma situação em que os FSE são nulos, para uma situação em que representam a totalidade dos custos directos, implica uma diminuição da qualidade de cerca de 9% (estatisticamente significativa a um nível de significância de 1%). O impacte na limpeza é de apenas 1%, embora esta diminuição não seja estatisticamente significativa.

Por fim, decidiu-se reestimar a variação nos custos directos totais associada ao *outsourcing* da actividade da alimentação, usando, também, como variável de controlo a qualidade apercebida, o que se mostra relevante, porque o aumento (ou a redução) dos custos obtido com o *outsourcing* poderá estar associado ao aumento (ou à diminuição) da qualidade.

Quadro 8.17: Custos da Alimentação - Estimação por EGLS (*cross section weights*)

	Refeições
Var. dependente	Log (CDT)
Var. explicativas:	
Constante	8,538***
OUT	0,258***
Qualidade das refeições	0,081**
Log (Nº de camas * taxa de ocupação)	0,914***
Região (face ao Alentejo)	
Algarve	-0,093
Centro	-0,286***
LVT	-0,359***
Norte	-0,505***
Concelho do litoral	0,211***
EPE	-0,035
Centro hospitalar	0,206***
Grupo hospitais (face a I)	
II	-0,182*
III	-0,100
IV	-0,374***
Ano=2008 (face a 2005)	0,110***
R^2 Ajustado (*weighted*)	0,9930
Nº observações	81
Cross-sections	65
Anos	2005 e 2008
Var. custos com *outsourcing* total	29,47%

Nota: ***, ** e * significa que o coeficiente é significativo a um nível de significância de 1%, 5% e 10%, respectivamente.

De acordo com o esperado, quanto maior a qualidade, maiores os custos. O acréscimo de custos das refeições associado ao *outsourcing* passa a ser de 29,5%[487].

[487] Nesta estimação é usado menor número de observações do que no Quadro 8.11. Com estas observações, sem a variável qualidade, o acréscimo de custos estimado associado ao *outsourcing* era de 13,28% (semelhante ao do modelo 2) e o R^2 ajustado de 0,9946.

8.6. Potenciais problemas e limitações do estudo

Existem, como já se referiu, alguns problemas com os dados da contabilidade analítica hospitalar usados para a realização deste estudo, em particular no que diz respeito ao centro de custo "higiene e limpeza". Relativamente aos custos com a mão-de-obra, nos restantes centros de custo (lavandarias, alimentação e dietética e segurança), os problemas não serão tão graves, já que, por norma, os trabalhadores que estão afectos a estas actividades não realizam outras funções[488]. Apesar disso, alguns problemas subsistem. Por exemplo, na alimentação e dietética, quando as refeições são preparadas internamente, há transporte de refeições até à entrada nas enfermarias e, depois, dentro das enfermarias, são os assistentes operacionais do internamento que efectuam a distribuição. Na vigência de um contrato de *outsourcing*, já é habitual que seja a empresa externa a proceder a essa distribuição até ao doente. Quanto aos fardamentos e roupa, também pode haver diferenças, em termos de organização das instituições, com reflexos nos custos imputados ao centro de custo respectivo. Há situações em que os próprios profissionais se deslocam à lavandaria para trocar a sua farda, quando a mesma necessita de ser substituída; noutros, a distribuição de roupa é efectuada pelo pessoal afecto à lavandaria (e, consequentemente, nestes últimos, os custos do "tratamento de roupa" serão mais elevados)[489]. Problemas semelhantes surgem com outro tipo de roupa, como lençóis. Quando o tratamento ocorre num local externo ao hospital, o adjudicatário pode proceder à sua entrega nos serviços utilizadores ou nos serviços de rouparia do hospital. Por outro lado, quando o tratamento de roupa é realizado em *outsourcing*, muitas vezes, os hospitais optam por efectuar, também, o *leasing* da roupa, (nomeadamente dos lençóis). Todavia, sendo a actividade levada a cabo pelo próprio hospital, o custo de aquisição dos lençóis pode não estar imputado ao centro de custo de tratamento de roupa, mas sim aos serviços utilizadores. Finalmente, existem situações em que a preparação das refeições ou o tratamento de roupa são efectuados pela empresa externa nas instalações hospitalares, o que também poderá ter impacte nos custos (por exemplo, reduzindo os custos de distribuição).

[488] Acresce que a actividade de limpeza é mais intensiva em trabalho do que a alimentação (Milne e McGee (1992)), o que poderá agravar estes problemas.
[489] Ainda noutras instituições, são os próprios profissionais de saúde que asseguram a lavagem e tratamento da farda (por exemplo, lavando a bata e passando-a a ferro na sua residência).

8.7. Conclusões e pistas de investigação futura

O impacte do *outsourcing* nos custos e na qualidade depende da estrutura de mercado. Assim, e em sentido contrário às conclusões obtidas noutros contextos, o cruzamento de dados proveniente de várias fontes permitiu concluir que o recurso ao *outsourcing* pelos hospitais públicos portugueses, nas actividades de alimentação e de tratamento de roupa, conduziu, nos anos em análise, a um aumento dos custos. O facto de não se verificar uma concorrência efectiva nos respectivos mercados terá contribuído para os resultados obtidos. Na alimentação, apesar de haver várias empresas fornecedoras, está comprovada, pela Autoridade da Concorrência, a existência de um cartel entre as principais prestadoras dos serviços. Na lavandaria, cerca de 75% das unidades hospitalares recorrem a uma única empresa (o SUCH). Já na actividade de segurança, onde há várias empresas fornecedoras, o *outsourcing* conduz à diminuição dos custos. Para comprovar estas hipóteses, seria vantajoso recolher informação adicional relativa aos procedimentos de contratualização, tal como o número de empresas que apresentaram propostas nos concursos efectuados, assim como a duração dos contratos.

No que diz respeito à actividade de limpeza, torna-se muito difícil a comparação dos custos entre as diferentes instituições, não sendo, pois, possível retirar conclusões válidas. Caso contrário, teria sido muito interessante cruzar a informação disponível com informação relativa às taxas de incidência e de prevalência de infecções hospitalares (apesar de esta não estar publicamente disponível, pelo que teria sido necessário conseguir o acesso à mesma). Com efeito, de um ponto de vista hospitalar, mais importante do que a qualidade apercebida por parte dos utentes é a situação em termos microbiológicos e de infecções hospitalares, como se teve oportunidade de explicitar no ponto 8.2.1. Se o *outsourcing* conduzir a aumento das infecções hospitalares, as suas consequências, em termos de custos hospitalares, podem ser mais significativas noutros serviços (a jusante) do que no próprio centro de custo “higiene e limpeza” (por exemplo, com maiores demoras médias, os custos do internamento irão certamente aumentar).

Em termos de qualidade, concluiu-se que o *outsourcing* da actividade de alimentação diminui a qualidade das refeições apercebida pelos utentes. Também aqui mais

importante do que esta percepção pode ser o impacte da qualidade nutricional das refeições no prolongamento dos internamentos dos doentes e, consequentemente, nesses custos. A título de exemplo, Amaral *et al* (2007) advertem que a subnutrição poderá implicar um acréscimo nos custos dos internamentos de cerca de 19,3%. Neste contexto, a promoção da qualidade da alimentação assume uma importância considerável. Por outro lado, um benefício importante do *outsourcing* das actividades de alimentação poderá ser a libertação de espaços para realizar outras actividades passíveis de facturação (no âmbito dos contratos-programa hospitalares).

Os resultados obtidos estarão, por certo, relacionados com os menores níveis de satisfação que os gestores hospitalares revelam nas actividades de alimentação e lavandaria e com a maior satisfação na actividade de vigilância e segurança (Gráfico 6.16).

Em suma, apesar da generalização da utilização do *outsourcing* nos serviços hoteleiros, por parte dos hospitais públicos, esta poderá não ter constituído, no período analisado, a melhor opção nas actividades de alimentação e de lavandaria.

9. Conclusões, contributos e direcções de pesquisa futura

"Is vertical integration a beneficial strategy for a firm to pursue? As with most questions of strategy – it all depends."

Grant (2008), p. 353

"We believe that articulating and testing multiple, competing theoretical perspectives is essential for advancing our knowledge."

Ferraro *et al* (2009), p. 669

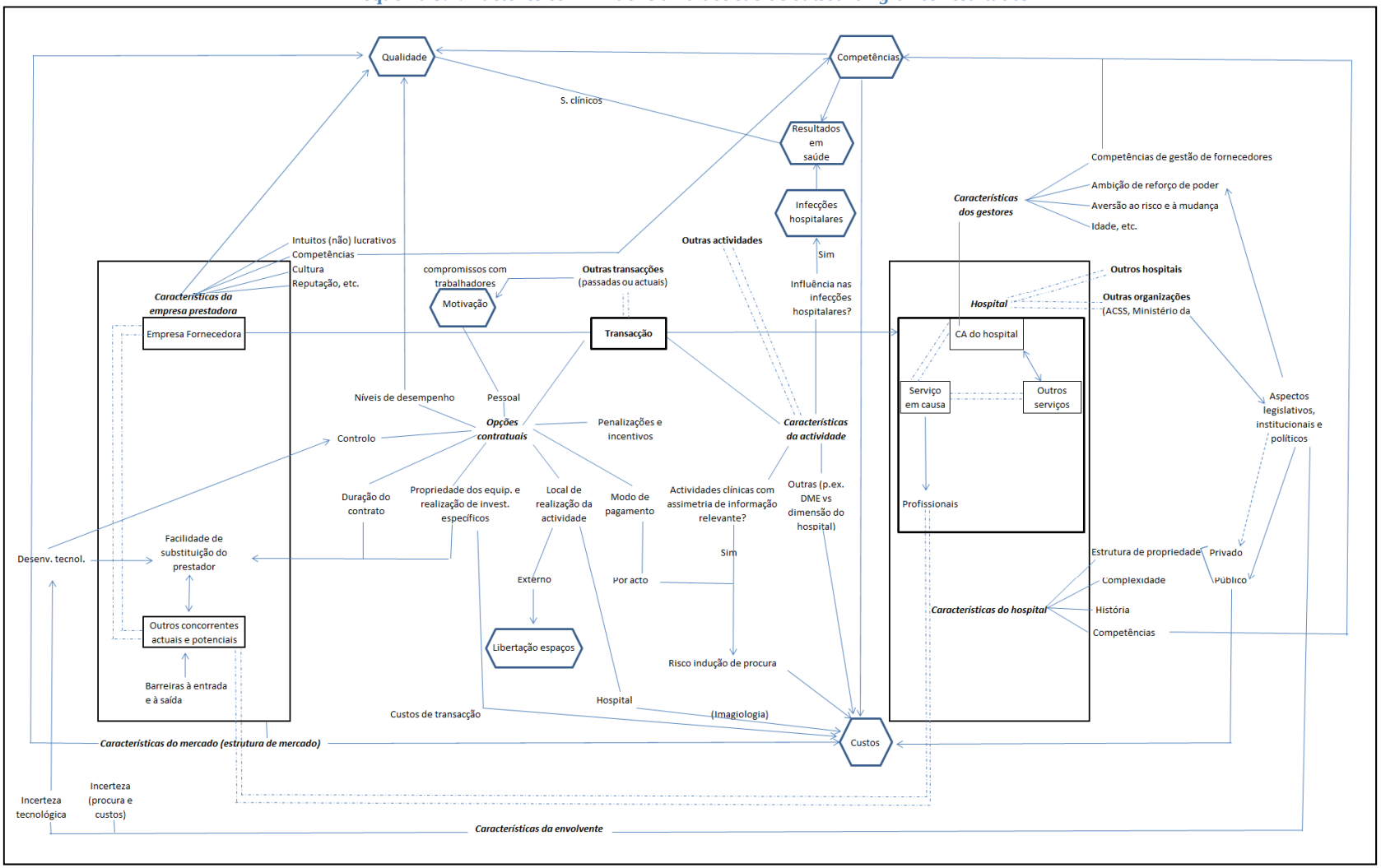
Os hospitais são organizações extremamente complexas onde coexistem diversas actividades (desde as hoteleiras e de atendimento ao público, aos sistemas de informação, passando pela prestação de serviços complementares de diagnóstico e terapêutica), múltiplas profissões e várias especialidades médicas (Alcántara *et al* (2006)). Atendendo a esta especificidade e complexidade, a hipótese de entregar a empresas especializadas actividades acessórias à prestação de cuidados revela-se particularmente atractiva (Vaz (1998)). Não surpreende, pois, que quase todos os hospitais portugueses recorram ao *outsourcing*, existindo um vasto leque de actividades que são objecto de externalização (como se depreendeu do inquérito realizado, cujos resultados se apresentaram no capítulo 6).

Porém, os gestores hospitalares nem sempre atribuem o devido nível de importância a alguns factores, no processo de decisão quanto à externalização ou internalização de determinadas actividades e, noutros casos, tomam decisões em sentido contrário ao previsto por algumas das perspectivas teóricas consideradas. Assim, por exemplo, em Portugal, os gestores hospitalares conferem importância aos custos irreversíveis, quando estes deveriam ser ignorados e, embora as variáveis relacionadas com a especificidade dos activos físicos e humanos assumam relevância na tomada de decisão das instituições públicas, o sentido desse impacte é contrário ao previsto pela *Teoria dos Custos de Transacção* (capítulo 6).

Se o *outsourcing* for mal planeado, poderá ter repercussões negativas na motivação dos colaboradores, nas competências, na cultura, na qualidade e na reputação do hospital (Schneller e Williams (1989)). O trabalho realizado permitiu corroborar a importância da utilização de múltiplos enquadramentos teóricos e de diversos métodos de investigação no estudo do fenómeno do *outsourcing* e, em particular, do *outsourcing* no sector hospitalar. Para ajudar a responder à questão "em que áreas e circunstâncias pode ser preferível o estabelecimento de uma relação contratual (com uma entidade externa) à integração vertical da actividade?", concluiu-se que, como se procura sintetizar e integrar no Esquema 9.1, há vários aspectos, a diferentes níveis, que influenciam a decisão de *outsourcing*, assim como as possíveis consequências que lhe estão associadas. Se os gestores não os tiverem em devida consideração, correm o risco de ignorar todos os efeitos potenciais das suas opções (quer estes sejam positivos, quer negativos), podendo, por isso, estar a tomar decisões não óptimas (os efeitos estão representados no esquema por hexágonos). Assim, por exemplo, como se discutiu no estudo de caso apresentado no capítulo 7, possivelmente, alguns gestores não estarão a ponderar eventuais benefícios do *outsourcing* em certas áreas mais próximas da sua actividade nuclear.

Para além das características da envolvente e, em especial, da estrutura do mercado em que se insere a empresa prestadora de serviços (tal como se salientou nos capítulos 3 e 4 e evidenciou no capítulo 8), as características das organizações em causa e da própria transacção são, também, relevantes. Não se devem esquecer, ainda, sobretudo à luz da *Perspectiva Política*, os diversos relacionamentos estabelecidos entre os vários intervenientes (organizações, departamentos e profissionais). Estes factores são explicitados em seguida.

Esquema 9.1: Factores com influência na decisão de *outsourcing* e nos resultados



Características do mercado (estrutura de mercado). Quanto menores as barreiras à entrada e à saída, e quanto maior a concorrência entre as empresas actuais (e potenciais), mais atractiva se torna a opção pelo *outsourcing*. Estarão, à partida, reunidas as condições para se assegurar preços reduzidos e elevada qualidade, e, numa eventual situação de insatisfação, será relativamente fácil a substituição da empresa prestadora de serviços. Por outro lado, se existir reduzido número de empresas prestadoras de serviços, ou se houver um comportamento de conluio entre elas, já a alternativa de desintegração não se revelará tão aliciante (como sucede no *outsourcing* das actividades de alimentação e de tratamento de roupa hospitalar, em Portugal). Deste modo, e como tão bem sintetiza Sclar (2000), as dinâmicas que condicionam a estrutura futura podem ser, até, mais importantes do que a estrutura actual de mercado. Assim, devem ser objecto da maior atenção os movimentos de concentração de empresas, a que se assiste, hoje em dia (sobretudo a nível europeu), nas actividades laboratoriais e de Imagiologia e, inclusivamente, entre empresas que prestam os dois tipos de serviços (capítulo 6). Algumas modificações na estrutura de mercado são condicionadas por transformações na envolvente: por exemplo, as alterações tecnológicas têm facilitado a prestação de serviços de Imagiologia à distância, bem como a mudança de empresa fornecedora, alterando o mercado relevante (cf. capítulo 7).

Outras características da envolvente. É imprescindível considerar, ainda, o contexto institucional e histórico em que as decisões são (ou foram) tomadas (Sclar (2000)). Os hospitais operam numa envolvente caracterizada por diversas regulações e restrições[490]. A título de exemplo, através do *outsourcing* poderá ser possível contornar a impossibilidade de contratação de funcionários públicos ou cumprir mais facilmente as exigências da legislação aplicável a actividades como o tratamento de resíduos (capítulo 6). O processo de empresarialização dos hospitais, ao ter alterado algumas das restrições a que os hospitais estavam sujeitos, teve influência na realização de contratos de *outsourcing*, em áreas como a Imagiologia (capítulo 7). Essa envolvente caracteriza-se, também, por permanentes e profundas actualizações tecnológicas (isto é, há incerteza

[490] A eficácia do sistema regulador e judicial influencia o grau em que estas regulações e restrições condicionam, efectivamente, a actividade do hospital, bem como a celeridade e facilidade com que são resolvidos eventuais problemas com a empresa prestadora de serviços (ou com possíveis candidatos à prestação).

tecnológica). A contratação no mercado oferece maior flexibilidade para utilizar tecnologias alternativas no futuro (*Perspectiva das Opções Reais*), mas existe uma tensão entre a necessidade de manutenção da flexibilidade e de controlo de operações complexas (Burkholder (2006), p. 61). Para além dos aspectos legislativos, outras pressões institucionais, ou mesmo ideológicas, podem, também, influenciar a decisão de *outsourcing* (*Perspectiva Institucional*). Quando as entidades governamentais privilegiam uma solução de desintegração (ou de integração), as opções de *outsourcing* tornam-se mais (ou menos) atractivas (*Perspectiva Política*), embora estas questões sejam mais relevantes para as instituições do sector público do que para as instituições do sector privado. As características da envolvente podem, pois, conjugar-se com as características do hospital (neste caso, a sua estrutura de propriedade), influenciando a opção pelo *outsourcing*. Esta questão é desenvolvida no ponto seguinte.

Características e competências do hospital. Uma das instituições sem fins lucrativos inquirida reconheceu que não efectuava o *outsourcing* das actividades gerais, porque, se o fizesse, isso daria origem a grande desemprego na comunidade rural onde estava inserida (capítulo 6). É outro caso em que as características da envolvente se conjugam com a *estrutura de propriedade* do hospital, condicionando as decisões de integração vertical. Nos hospitais públicos, o *outsourcing* acarreta, muitas vezes, *custos de transacção* mais elevados do que para os hospitais privados (capítulo 7). Pode, além disso, ocasionar acrescidos *custos de mudança*, associados, por exemplo, a restrições à rescisão de contratos de trabalho ou a maior poder dos membros da área em análise. Relembre-se que a generalidade das instituições públicas considera que a internalização é preferível quando os membros da área em questão têm muito poder dentro do hospital[491], enquanto para os hospitais privados este factor não tem impacte na tomada de decisão (capítulo 6). Por outro lado, nestes casos, do *outsourcing* resultam, também, vantagens específicas. À luz da *Perspectiva Política*, enfraquece o poder dos sindicatos ou dos médicos; à luz da *Teoria dos Custos de Transacção*, permite a existência de incentivos ao desempenho *high-powered*, que são de particular importância para este

[491] Esta preferência pela internalização pode ser explicada quer à luz da *Perspectiva Política*, quer à luz da *Teoria Evolucionista*. Por exemplo, em situações em que os sindicatos têm um poder elevado, a *Teoria Evolucionista* prevê a existência de elevados custos de mudança e de menores níveis de *outsourcing* (Mahnke (2001)).

tipo de organização (atendendo ao seu enquadramento jurídico). Para além da estrutura de propriedade, a *dimensão* do hospital e, sobretudo, a *complexidade* das actividades que realiza, podem influenciar a decisão de *outsourcing*. Por último, à luz da *Perspectiva Evolucionista* (e da *Perspectiva das Competências*), a *história* do hospital (isto é, o seu percurso e as decisões que foram tomadas no passado) condiciona o âmbito e a velocidade da desintegração vertical passível de ser adoptada num determinado momento (Mahnke (2001)). Essa trajectória influencia a dotação de *conhecimento* possuído por cada hospital (Foss *et al* (1995)), tornando mais ou menos atraente a hipótese de integração vertical. É fundamental, porém, acautelar, por um lado, que não existem "inflexibilidades nucleares" (Leonard-Barton (1992)), quando os serviços são prestados internamente[492] e que, por outro lado, se possuem as "competências indirectas" (Loasby (1998)) necessárias para a gestão da relação com a empresa prestadora de serviços, quando o serviço é executado externamente. A gestão de recursos externos envolve competências muito diferentes das exigidas para a gestão dos recursos internos. Mais uma vez, as organizações do sector público enfrentam dificuldades adicionais, já que, tradicionalmente (e, sobretudo, antes da empresarialização), as competências de negociação, gestão de contratos, resolução de disputas e auditoria aos serviços eram pouco valorizadas neste tipo de organização. É preciso salvaguardar, entre outras coisas, que há compatibilidade cultural e de sistemas de informação com a empresa prestadora de serviços, que a integração de serviços é possível ou que são estabelecidos mecanismos de resolução de conflitos nos contratos (Schneller e Williams (1989)), o que remete para as características da empresa prestadora de serviços e para o modo como o contrato está estruturado (aspectos discutidos em seguida).

Características e competências da empresa prestadora de serviços. Não existindo contratos completos, o preço da proposta será menos importante do que aspectos como a reputação de honestidade do fornecedor e a sua experiência técnica (Sclar (2000) e

[492] Como pode acontecer em serviços como a Imagiologia (capítulo 7) ou o aprovisionamento. Um exemplo é dado por Schneller numa entrevista a O'Connor (2011). O especialista em aprovisionamento hospitalar e defensor das *Group Purchasing Organizations* receia que os hospitais que mantêm internamente as funções relacionadas com o aprovisionamento não sejam capazes de acompanhar as inovações tecnológicas e de gestão que se têm observado neste sector (p. 6).

Teoria da Agência), a sua cultura[493] e a sua solidez financeira[494] ou mesmo a qualidade dos sistemas logísticos. Em certas actividades associadas à prestação de cuidados de saúde, o facto de a instituição prestadora de serviços ter ou não intuitos lucrativos pode ter repercussões na motivação e nos comportamentos pró-sociais dos funcionários (como se discutiu no capítulo 4), assim como nos possíveis riscos (por exemplo, de desnatação, de indução de procura, etc.). O *outsourcing* será, de facto, tanto mais vantajoso, quanto maior o diferencial das competências da empresa prestadora de serviços face ao hospital (*Perspectiva das Competências*). Nalgumas actividades, como as associadas aos serviços hoteleiros, as empresas prestadoras de serviços, por certo, possuem competências relativamente semelhantes. No entanto, nas actividades de carácter mais clínico, as diferenças entre o nível de competências disponibilizado pelas empresas prestadoras de serviços podem ser significativas, pelo que é necessário salvaguardar o acesso às melhores competências (capítulo 7). Então, algumas características da empresa prestadora de serviços assumem maior ou menor relevância, consoante a actividade em causa.

Características da transacção. Quer as características intrínsecas da *actividade*, quer as *opções contratuais* tomadas (quanto ao modo como é estruturado o relacionamento com a empresa prestadora de serviços), podem ter implicações nos resultados conseguidos.

a) *Características da actividade*. Quanto maior for a *dimensão mínima eficiente para a actividade em causa (relativamente à dimensão do hospital)*, maior a possibilidade de se conseguir reduzir custos com o *outsourcing*, beneficiando de economias de escala[495] (casos de várias actividades laboratoriais e da Imagiologia). Se existe *dificuldade em explicar o que se pretende de uma empresa externa*, há mais obstáculos à externalização *(Teoria Baseada nos Recursos)*. Por outro lado, quando a actividade apresenta certas características

[493] O certo é que, ao abrigo do artigo 75º do Código dos Contratos Públicos (Decreto-Lei 18/2008), é proibida a avaliação de *propostas* com base em atributos ou características dos *concorrentes* (capítulo 7).
[494] Relembre-se a experiência mal sucedida de *outsourcing* no domínio da anestesiologia, descrita no capítulo 6.
[495] Desde que haja possibilidade de agregar a prestação de serviços a várias instituições. Como se assinalou no capítulo 3, a prestação de certos serviços, numa zona rural, pode não permitir beneficiar de economias de escala.

particulares, em que há *elementos da qualidade muito relevantes e não passíveis de contratação*, os custos sociais de uma diminuição dessa qualidade (não contratável) podem ser muito elevados (relativamente às eventuais poupanças de custos com a transferência de actividade), sendo preferível manter a internalização da actividade (capítulo 4). Nos *exames complementares de diagnóstico*, a sua qualidade (incluindo a rapidez com que são efectuados) influencia a quantidade de exames pedidos e, por isso, os custos (este problema não se coloca, por exemplo, nos serviços hoteleiros).

b) *Opções contratuais*. As decisões tomadas em termos de *duração* do contrato e de *propriedade dos equipamentos* necessários à prestação dos serviços têm influência no número de fornecedores interessados e, naturalmente, na eventual redução de custos e na facilidade de substituição da empresa prestadora de serviços. É importante avaliar diferentes mecanismos de pagamento e possíveis consequências que lhes podem estar associadas. As participações de capital e os mecanismos de partilha de lucros podem desencorajar atitudes oportunistas (capítulo 3). A *Teoria da Agência* revela-se muito útil quanto ao estabelecimento de variadas cláusulas contratuais. Os hospitais devem salvaguardar o estabelecimento de *níveis de desempenho* e de *mecanismos e direitos de controlo* quer sobre a quantidade, quer sobre a qualidade dos serviços subcontratados (através, por exemplo, da realização de auditorias clínicas, no caso de serviços de Imagiologia). Ainda à luz desta teoria, este controlo (isto é, a *monitorização e a medição da actividade e dos resultados)* tem sido facilitado pelo desenvolvimento tecnológico (uma transformação na envolvente), e, em particular, pelo aperfeiçoamento dos sistemas de informação utilizados. Por fim, e como realça Geis (2007)), de modo a mitigar os custos de *agência*, devem ser explicitados direitos de saída por justa causa (*for clause*) e por conveniência (*for convenience*).

c) *Conjunção de características da actividade com certas opções contratuais*. Há situações em que as opções contratuais da entidade contratante, quando conjugadas com determinadas características das actividades, podem dar origem

a riscos específicos. Assim, os riscos de indução de procura, de "desnatação" e de selecção de doenças (ou doentes)[496] estão associados à *prestação de cuidados de saúde propriamente ditos,* quando são acordadas determinadas modalidades de pagamento à empresa fornecedora. Então, se for estabelecido um *pagamento por acto (ou outro que propicie a realização de mais actos),* o *outsourcing* dos *exames complementares de diagnóstic*o pode dar origem à realização de actos desnecessários, ineficazes ou mais diferenciados que o apropriado (capítulo 7). As possíveis consequências associadas à eventual utilização de tecnologias não isentas de risco (infecções ou mesmo morte) serão, até, mais relevantes que os custos associados ao pagamento de actos desnecessários. Neste tipo de serviços, o *local* em que os mesmos são prestados tem repercussões não apenas nas necessidades de deslocação dos doentes, mas, também, no nível de actividade, e, portanto, nos custos. A deslocalização de outras tarefas (por exemplo, de alimentação, esterilização ou tratamento de roupa) permite libertar espaços, por vezes, valiosos. Quanto mais complexos os serviços prestados, maiores os riscos de disputas e litígios numa situação de *outsourcing*. Se a essa complexidade se adicionar prolongada *duração contratual*, menor será o papel desempenhado pela concorrência de mercado nos custos e benefícios (Sclar (2000)). Há que ter consciência, ainda, que mesmo o *outsourcing* de actividades hoteleiras pode ter repercussões clínicas importantes (e, naturalmente, consequências económico-financeiras e nos resultados em saúde), como se analisou, no capítulo 8, a propósito de eventuais riscos de infecções nosocomiais associadas ao *outsourcing* da actividade de limpeza, embora esses riscos possam ser minimizados, através de *medidas adequadas de comunicação e de coordenação, que facilitem a integração* entre a equipa de limpeza e os profissionais clínicos (Liyanage e Egbu (2006)). Mais uma vez, é fundamental o modo como é gerido o relacionamento com a empresa prestadora de serviços.

[496] Por exemplo, na realização de cirurgias adicionais em SIGIC, alguns relatos esporádicos indiciam a possibilidade de transferir os "piores" doentes para outros hospitais (ou para produção base), ou de negar o tratamento dos doentes mais custosos.

Características dos gestores. A idade dos gestores, o seu grau de aversão ao risco, a sua maior ou menor ambição de reforço de poder em diversos relacionamentos podem influenciar, positiva ou negativamente, a decisão de *outsourcing* (capítulos 3 e 7).

Esta última questão remete para a relevância dos vários tipos de relacionamentos (representados no esquema com uma linha dupla tracejada), a diferentes níveis: inter-organizacionais, intra-organizacionais e inter-profissionais.

Relacionamentos entre empresas prestadoras de serviços. Estes relacionamentos estão directamente associados ao problema da estrutura de mercado. A empresa que presta determinado serviço ao hospital pode estabelecer, com outras, ligações prejudiciais ao hospital, sem que este se aperceba disso.

Relacionamento entre a empresa prestadora de serviços e o hospital. Quanto à relação entre o hospital e a empresa prestadora de serviços, é útil criar diversos mecanismos de comunicação e integração (como se referiu, a propósito das possíveis implicações das várias opções em termos contratuais). Por outro lado, a tendência actual de *outsourcing* pode ser explicada pela menor complementaridade entre os activos das organizações. A maior flexibilidade tecnológica permite que um activo possa ser facilmente modificado para se adaptar às exigências de novo parceiro comercial (Hart (1995), pp. 53-54 e *Teoria dos Direitos de Propriedade*).

Relacionamentos entre hospitais. Os hospitais estabelecem, por vezes, relacionamentos entre si, que reforçam, pelo menos teoricamente, o seu poder junto das empresas fornecedoras de bens e serviços, tornando o *outsourcing* mais atractivo. Nos EUA, muitos hospitais estão integrados em *Group Purchasing Organizations* (O'Connor (2011)). Em Portugal, há algumas experiências de contratação conjunta de serviços, por parte de grandes hospitais da cidade do Porto, e, recentemente, foram criados os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Os relacionamentos entre hospitais podem, por outro lado, ser influenciados pela entrega da prestação de cuidados de saúde a entidades privadas com fins lucrativos, existindo receios de diminuição da cooperação e de maior transferência de doentes entre hospitais.

Relações entre transacções, entre actividades, entre serviços e entre médicos. Havendo economias de gama na prestação de diversos serviços, o *outsourcing* de actividades isoladas pode ter reflexos nos custos de outras[497]. As transacções não podem ser analisadas individualmente, esquecendo as interdependências com outras *transacções* (realizadas, por exemplo, no passado), onde se assumiram determinados compromissos legais e psicológicos (Mahnke (2001)). Há que ter em conta possíveis repercussões negativas quer na *reputação* da empresa como boa empregadora, quer na *motivação* dos (restantes) colaboradores[498]. Do mesmo modo que as opções ao dispor do hospital estão condicionadas por decisões tomadas no passado, as escolhas actuais influenciam as possibilidades de que o hospital irá dispor no futuro (*Perspectiva Evolucionista*). Assim, por exemplo, a externalização de certas *actividades* poderá condicionar a capacidade de *aprendizagem* do hospital (*Perspectiva das Competências*), originando a diminuição de externalidades em termos de conhecimento e reduzindo a eficiência das restantes actividades (fenómeno que Mahnke (2001) designa por "dores fantasma do membro amputado"). Mais uma vez, este é um factor cuja relevância poderá ser diferente, consoante o tipo de actividade e consoante o tipo de instituição. A complementaridade entre actividades será, em princípio, maior nas actividades clínicas do que nas gerais, podendo existir maiores dificuldades de *coordenação* e de *imputação de responsabilidades*, caso surja algum problema. Num hospital universitário, as possíveis repercussões negativas na actividade de *ensino*, associadas ao *outsourcing* de uma actividade como a Imagiologia, podem ser de extrema importância. Há, também, relações a considerar entre os serviços clínicos que solicitam a realização dos exames ou tratamentos e entre os serviços complementares de diagnóstico e terapêutica que os executam. Como se discutiu nos capítulos 6 e 7, o *outsourcing* de actividades clínicas pode diminuir a *comunicação* entre os diferentes profissionais e, consequentemente, dificultar o eventual *gatekeeping* dos médicos dos Laboratórios ou da Imagiologia.

Relações entre médicos e gestores. Quer no interior do conselho de administração, quer entre o conselho de administração e os serviços clínicos, quer no interior destes serviços

[497] Ao nível dos serviços gerais, recordem-se as dificuldades associadas ao *outsourcing* das actividades de limpeza do internamento e a tendência, nos países anglo-saxónicos, para confiar vários serviços a uma única empresa (capítulo 8)). Ao nível dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica, relembrem-se as conclusões do trabalho de Gonçalves e Barros (2009), apresentadas no capítulo 3.
[498] Assegurando que o *outsourcing* não é encarado como "castigo" por mau desempenho.

(ou departamentos ou unidades intermédias de gestão), existem diferentes relações de poder, que incentivam ou dificultam a externalização de actividades (capítulos 3 e 7). Como se concluiu no capítulo 6, estes aspectos são, por norma, mais importantes para as organizações do sector público.

Relações entre alguns profissionais do hospital e empresas prestadoras de determinados serviços. Nalgumas situações, existem óbvios conflitos de interesses quando os profissionais do hospital trabalham, simultaneamente, em organizações prestadoras de serviços (cf. capítulo 7).

Estas conclusões reforçam a necessidade e a importância de se analisar o fenómeno do *outsourcing* sob várias perspectivas teóricas e aí residirá uma das inovações do trabalho realizado, já que são escassos os estudos que adoptam mais de uma (ou duas) perspectivas teóricas na investigação deste fenómeno. Constatou-se ainda, que, conforme a estrutura de propriedade do hospital ou a natureza das actividades efectuadas, algumas perspectivas se revelaram mais importantes do que outras, apoiando, assim, certas hipóteses colocadas nos estudos revistos na literatura como merecendo pesquisa adicional. É curioso que, a perspectiva que se mostrou particularmente relevante, quer no inquérito realizado (capítulo 6), quer na explicação do elevado nível de satisfação dos responsáveis da ULSAM com a decisão de *outsourcing* da Imagiologia (capítulo 7), foi a *Teoria Baseada nos Recursos* (e, em especial, a *Perspectiva das Competências*). Relembre-se que há poucos trabalhos empíricos relacionados com esta perspectiva (Klein (2005)) ou que procurem investigar o seu poder explicativo das decisões de *outsourcing* (Mahnke *et al* (2005), p. 239). Como se concluiu no capítulo 3, não foi identificado nenhum estudo que utilizasse esta perspectiva na justificação de decisões de (des)integração vertical hospitalar, o que constitui também um dos contributos deste trabalho.

Crê-se que o estudo de caso realizado foi, de igual modo, inovador, ao analisar um processo de *outsourcing*, na área da Imagiologia, e ao longo de vários anos. O recurso a múltiplas perspectivas teóricas permitiu, mais uma vez, obter possíveis explicações para diferentes decisões tomadas, assim como identificar eventuais riscos e formas de os

minimizar. À luz da *Perspectiva das Competências*, discutiu-se a hipótese de o progresso tecnológico, ao facilitar a telerradiologia e a subespecialização, ter tornado as actividades associadas à realização de exames de Imagiologia menos complementares e mais dissimilares, aumentando os benefícios associados à externalização deste serviço. Foi ainda identificada a importância de estabelecer mecanismos de transmissão de conhecimento entre a empresa prestadora e o hospital (por exemplo, através da realização de reuniões periódicas), que assegurem a actualização tecnológica necessária para prescrever relatórios, bem como a importância de criar normas de orientação clínica (modos de explicitação de conhecimento) que auxiliem nessa prescrição.

Quanto às motivações para a não realização do *outsourcing,* a manutenção do *status quo* foi mencionada por alguns administradores entrevistados (capítulo 6). Curiosamente, o responsável do Serviço de Aprovisionamento de uma das instituições revelou que, apesar de, no passado, ter sido muito céptico quanto ao *outsourcing*, com o tempo acabou por reconhecer as vantagens que poderiam estar associadas ao acesso a competências especializadas. As conclusões obtidas no estudo de caso apontam no mesmo sentido, indiciando que os gestores podem estar presos na "armadilha do *status quo*" (Hammond *et al* (1998)). Nos casos em que, no passado, foram responsáveis pela decisão de internalização, podem evitar o *outsourcing* com receio de que tal aparente ser a correcção de um erro anterior (Roodhooft e Warlop (1999)), temendo prejudicar o modo como os restantes membros da organização percebem a sua competência, ou seja, receiam diminuir o seu poder (*Perspectiva Política* das organizações). Então, embora a manutenção do *status quo* e eventuais custos de mudança associados a compromissos assumidos no passado (*Perspectiva Evolucionista*) possam contribuir para uma resposta à questão: "Porque não existem mais situações de *outsourcing* da Imagiologia?", esta questão deverá ser objecto de investigação adicional. Considera-se, ainda, fundamental comparar a experiência da ULSAM com a de outras instituições. Um ponto de partida poderia ser a instituição pública que revelou estar, também, muito satisfeita com essa opção, bem como o estudo de uma eventual situação de insucesso. Em ambos os casos, seria importante efectuar o confronto com o sucedido na ULSAM, procurando investigar explicações para os resultados obtidos.

O estudo efectuado permitiu, além disso, obter alguma evidência, em Portugal, quanto aos efeitos, em termos de custos e de qualidade, das decisões de *outsourcing* em determinados serviços hoteleiros (capítulo 8).

Relativamente às direcções de pesquisa futura, julga-se que permanecem válidas as conclusões de Atun (2008) quanto à existência de pouca evidência sobre o impacte da participação de entidades privadas na prestação de cuidados de saúde:

"(…) while there are a number of theoretical and conceptual discourses on the pros and cons of private sector involvement in health care, in spite of rich experience in the NHS, very few studies have evaluated the impact of private-sector involvement. This is of major concern, as this knowledge gap increases the risk of "value driven policies" by "conviction" politicians and managers at the expense of evidence-based policy".

Há, pelo menos três áreas, onde se considera que haveria todo o interesse em realizar investigação adicional, a curto prazo, em Portugal: cateterismos cardíacos; cirurgias realizadas no âmbito do SIGIC e urgências hospitalares.

Exames de cateterismo cardíaco[499]. De acordo com pelo menos dois responsáveis hospitalares entrevistados, as percentagens de realização de angioplastias e de colocação de *stents* por intervenção são muito mais elevadas quando os exames são contratualizados com hospitais privados em vez de hospitais públicos, o que, inclusivamente, conduziu um hospital a estabelecer limites contratuais para as percentagens de angioplastias e de colocação de *stents*, que seriam passíveis de facturação. Aliás, Goldsmith (2011), p. 162, faz referência a problemas semelhantes sentidos noutros países: existem grandes variações na utilização deste procedimento e há alguma evidência circunstancial de sobreutilização (com riscos de intervenções desnecessárias guiadas pelo rendimento adicional proporcionado). Seria, por isso, oportuno explorar e justificar eventuais variações de prática clínica associadas a estes procedimentos.

[499] O cateterismo é um exame em que se introduz um cateter num canal ou conduto naturais do organismo (uretra, esófago, vasos sanguíneos, etc.) com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Na área da cardiologia, por exemplo, o cateterismo consiste na visualização de "obstruções" nos vasos sanguíneos, geralmente formadas por placas de aterosclerose. No momento da realização do exame, pode-se concluir que é necessário desobstruir os vasos (intervenção terapêutica designada por *angioplastia*), colocando ou não um *stent* (tela de aço inoxidável, inserida na parede interna do vaso desobstruído durante a angioplastia, para evitar novo estrangulamento).

Cirurgias realizadas no âmbito do SIGIC. Actualmente decorreu já um período de tempo suficiente para avaliar os efeitos da entrega a entidades privadas da realização de algumas cirurgias (referida no capítulo 1). Será, pois, o momento apropriado para analisar a existência de eventuais situações de desnatação, de deterioração da qualidade dos serviços prestados ou de indução de procura.

Urgências hospitalares. No capítulo 6, identificaram-se possíveis riscos associados à contratação de trabalhadores temporários em serviços de urgência. A investigação do impacte destas experiências (por exemplo, nas capacidades de aprendizagem e nos problemas de coordenação com outras áreas) poderá, de igual modo, revelar-se proveitosa.

Uma nota final, em termos de implicações práticas da investigação realizada. Ao comparar a realidade portuguesa com a de alguns países anglo-saxónicos (revista no capítulo 8), torna-se notória a ausência de situações de contratualização interna (com excepção dos recentes avanços em termos de unidades intermédias de gestão). Embora, de acordo com a evidência internacional disponível, a contratualização interna de serviços não permita, regra geral, poupanças de custo tão elevadas como as de *outsourcing* propriamente dito, esta solução, por norma, é melhor recebida. Alguns hospitais deveriam ponderar, talvez, essa possibilidade. Entende-se que o difícil contexto em que encontra o nosso país será particularmente propício para o fazer.

Referências Bibliográficas

Abrahamson, Eric e Lori Rosenkopf (1993), "Institutional and Competitive Bandwagons: Using Mathematical Modeling As a Tool to Explore Innovation Diffusion", *Academy of Management Review*, Vol. 18, Nº 3, pp. 487-517.

Alcántara, Luis, Salvador Perez, Josep Bertomeu e Pablo Balazote (2006), "Projectos De Associação Público-Privado Para a Realização De Grandes Investimentos e Gestão De Serviços Hospitalares", *Revista Hospitais de Portugal*, Vol. 1, Nº 2, pp. 18-23.

Álvarez, Mercedes (2003), "Gestión De Carácter General" in Mercedes Álvarez (editor), *Documentacion Clínica y Archivo*, pp. 85-109, Madrid: Diaz de Santos.

Amaral, Teresa, Luís Matos, Maria Tavares, Ana Subtil, Rosário Martins, Margarida Nazaré e Nuno Pereira (2007), "The Economic Impact of Disease-Related Malnutrition at Hospital Admission", *Clinical Nutrition*, Vol. 26, Nº6, pp. 778-784.

Anacoreta, José e José Magalhães (2007), "Perspectiva Laboral Da Transmissão De Estabelecimento", *Actualidad Jurídica (Uría e Menéndez)*, Nº 17, pp. 97-101.

Andrade, Luís (2010), "Medicina Defensiva: Boa Ou Má Para Si?...", Jornal Oje, 5 de Julho, acedido em http://www.oje.pt/especiais/mais-saude/medicina-defensiva-boa-ou-ma-para-si, a 23 de Julho de 2010.

Ang, Soon e Larry L. Cummings (1997), "Strategic Response to Institutional Influences on Information Systems Outsourcing", *Organization Science*, Vol. 8, Nº 3, pp. 235-256.

Ang, Soon e Detmar Straub (1998), "Production and Transaction Economies and IS Outsourcing: a Study of the US Banking Industry", *MIS Quarterly*, Vol. 22, Nº 4, pp. 535-552.

Anónimo (2001), "Farming It Out: Hazmat Tops the List in Outsourcing", *Health Facilities Management*, 1 Janeiro de 2001.

Anónimo (2004), "Vida Em Jogo", *Revista Logística Moderna*, pp. 46-47.

Araújo, Luís, Anna Dubois e Lars Erik Gadde (2003), "The Multiple Boundaries of the Firm", *Journal of Management Studies*, Vol. 40, Nº 5, pp. 1255-1277.

Argyres, Nicholas e Julia Porter Liebeskind (2000), "The Role of Prior Commitment in Governance Choice" in Nicolai Foss e Volker Mahnke (editors), *Competence, Governance & Entrepreneurship: Advances in Economic Strategy Research*, pp. 232-249, Oxford: Oxford University Press.

Argyres, Nicholas e Todd Zenger (2007), "Are Capability-Based Theories Of Firm Boundaries Really Distinct From Transaction Cost Theory?", *Academy of Management Best Paper Proceedings*.

Arndt, Margarete e Barbara Bigelow (1992), "Vertical Integration in Hospitals: A Framework for Analysis", *Medical Care Review*, Vol. 49, Nº 1, pp. 93-115.

Arndt, Margarete e Barbara Bigelow (2007), "Evidence-Based Management In Health Care Organizations: A Critique Of Its Assumptions", *Academy of Management Proceedings*, pp. 1-6.

Aron, Ravi, Eric K. Clemons e Sashi Reddi (2005), "Just Right Outsourcing: Understanding and Managing Risk", *Journal of Management Information Systems*, Vol. 22, Nº 2, pp. 37-55.

Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, Vol. 53, Nº 5, pp. 941-973.

Atun, Rifat (2007), "Privatization As a Decentralization Strategy" in Richard Saltman, Vaida Bankauskaite e Karsten Vrangbaek (editors), *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, pp. 246-271, Glasgow: Open University Press.

Atun, Rifat (2008), "Public-Private Partnerships in Health: Time for Evidence-Based Policies", *Heart*, Vol. 94, Nº 8, pp. 967-968.

Aubert, Benoit, Michel Patry e Suzanne Rivard (1995), "The Structure of Incentives in a Major Information Systems Outsourcing Contract: The Case of a North American Public Organization", Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) - Scientif Series, 95s-14.

Aubert, Benoit, Michel Patry e Suzanne Rivard (1996), "A Transaction Cost Approach to Outsourcing Behavior: Some Empirical Evidence", *Information & Management*, Vol. 30, pp. 51-64.

Aubert, Benoit, Michel Patry e Suzanne Rivard (1998), "Assessing the Risk of IT Outsourcing", Centre Interuniversitaire de Recherche en Analyse des Organisations (CIRANO) - Scientif Series, 98s-16.

Aubert, Benoit, Suzanne Rivard e Michel Patry (2004), "A Transaction Cost Model of IT Outsourcing", *Information & Management*, Vol. 41, Nº 7, pp. 921-932.

Autoridade da Concorrência (2009), "Autoridade Da Concorrência Condena Empresas No Mercado Da Restauração Colectiva", disponível em http://www.concorrencia.pt/download/FAQ_RestauracaoColectiva.pdf, acedido a 20 de Abril de 2011.

Augurzky, B. e M. Scheuer (2007), "Outsourcing in the German Hospital Sector", *Service Industries Journal*, Vol. 27, Nº 3, pp. 263-277.

Bach, Stephen (1989), "Too High a Price to Pay? A Study of Competitive Tendering for Domestic Services in the NHS", Warwick Papers in Industrial Relations, N. 25, Industrial Relations Research Unit, University of Warwick.

Bach, Stephen (1998), "NHS Pay Determination and Work Re-Organization", *Employee Relations*, Vol. 20, Nº 6, pp. 565-576.

Bach, Stephen (2000), "Decentralization And Privatization in Municipal Services: The Case of Health Services", Working Paper 164, International Labour Office, Geneva.

Baicker, Katherine, Elliott S. Fisher e Amitabh Chandra (2007), "Malpractice Liability Costs And The Practice Of Medicine In The Medicare Program", *Health Affairs*, Vol. 26, Nº 3, pp. 841-852.

Balakrishnan, Ramji, Leslie Eldenburg, Ranjani Krishnan e Naomi Soderstrom (2006), "The Influence of Ownership in the Incentives to Outsource: an Empirical Analysis", *Presented at the American Accounting Association*.

Balakrishnan, Srinivasan e Birger Wernerfelt (1986), "Technical Change, Competition and Vertical Integration", *Strategic Management Journal*, Vol. 7, Nº 4, pp. 347-359.

Barney, Jay (1986), "Strategic Factor Markets: Expectations, Luck and Business Strategy", *Management Science*, Vol. 32, Nº 10, pp. 1231-1241.

Barney, Jay (1991), "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage", *Journal of Management*, Vol. 17, Nº 1, pp. 99-120.

Barney, Jay (1999), "How a Firm's Capabilities Affect Boundary Decisions", *MIT Sloan Management Review*, Vol. 40, Nº 3, pp. 137-145.

Barney, Jay, David J. Ketchen e Mike Wright (2011), "The Future of Resource-Based Theory: Revitalization or Decline?", *Journal of Management*, *forthcoming*.

Barros, Pedro Pita (2009), *Economia Da Saúde: Conceitos e Comportamentos*, Coimbra: Edições Almedina, 2ª edição.

Barros, Pedro Pita e Xavier Martinez-Giralt (2009), "Contractual Design and PPP for Hospitals: Lessons for The Portuguese Model", *European Journal of Health Economics*, Vol. 10, Nº 4, pp. 437-453.

Barros, Pedro Pita e Gisele Braun (2010), "Volume-Outcome Effect in a NHS", *Working Paper*, acedido a 26 de Maio de 2011, em http://www.apes.pt/user_files/barros_braun_vpaper.pdf,.

Baumol, William, John Panzar e Robert Willig (1982), *Contestable Markets and the Theory of Industry Structure*, New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Bazzoli, Gloria, Linda Dynan, Lawton Burns e Clarence Yap (2004), "Two Decades of Organizational Change in Health Care: What Have We Learnt?", *Medical Care Research & Review*, Vol. 61, Nº 3, pp. 247-331.

Bennett, Sara, Barbara McPake e Anne Mills (1997), *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?*, London: Zed Books.

Bernardino, Mário de Figueiredo (1994), *Privatização de Sectores de Actividade nos Hospitais Públicos*, Tese de Pós-Graduação, Curso de Administração Hospitalar da Escola Nacional de Saúde Pública.

Bernardino, Mário (2003), *Aquisições De Bens e Serviços Na Administração Pública*, Coimbra: Almedina.

Bettis, Richard, Stephen Bradley e Gary Hamel (1992), "Outsourcing and Industrial Decline", *The Academy of Management Executive*, Vol. 6, Nº 1, pp. 7-22.

Biesta, Gert (2010), "Pragmatism and The Philosophical Foundations of Mixed Methods Research" in Abbas Tashakkori e Charles Teddlie (editors), *SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research*, pp. 95-105, Los Angeles: Sage.

Bishop, Tara F., Alex D. Federman e Salomeh Keyhani (2010), "Physicians' Views on Defensive Medicine: A National Survey", *Archives of Internal Medicine*, Vol. 170, Nº 12, pp. 1081-1083.

Blackmore, C. Craig (2007), "Defining Quality in Radiology", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 4, Nº 4, pp. 217-223.

Boeger, Marcelo (2005), *Gestão Em Hotelaria Hospitalar*, São Paulo: Editor Atlas.

Boardman, Anthony E. e Erica Susan Hewitt (2004), "Problems With Contracting Out Government Services: Lessons From Orderly Services at SCGH", *Industrial & Corporate Change*, Vol. 13, Nº 6, pp. 917-929.

Boland, Giles (2005), "Stakeholder Expectations for Radiologists: Obstacles or Opportunities?", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 3, Nº 3, pp. 156-163.

Brant-Zawadzki, Michael e Dieter Enzmann (2008), "The Disaggregation of Radiology", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 5, Nº 12, pp. 1181-1185.

Bravard, Jean-Louis e Robert Morgan (2006), *Smarter Outsourcing: An Executive Guide to Managing Successful Relationships*, Harlow: Financial Times / Prentice Hall.

Brenner, David J. e Eric J. Hall (2007), "Computed Tomography -- An Increasing Source of Radiation Exposure", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 357, Nº 22, pp. 2277-2284.

Bryman, Alan (2006), "Paradigm Peace and the Implications for Quality", *International Journal of Social Research Methodology*, Vol. 9, Nº 2, pp. 111-126.

Burkholder, Nicholas (2006), *Outsourcing: The Definitive View, Applications and Implications*, New Jersey: John Wiley & Sons.

Burns, Lawton, Gilbert Gimm e Sean Nicholson (2005), "The Financial Performance of Integrated Health Organizations", *Journal of Healthcare Management*, Vol. 50, Nº 3, pp. 191-211.

Burns, Lawton e Mark V. Pauly (2002), "Integrated Delivery Networks: a Detour on the Road to Integrated Health Care?", *Health Affairs*, Vol. 21, Nº 4, pp. 128-143.

Busi, Marco (2008), "Editorial: Rationale, Vision and Values", *Strategic Outsourcing: An International Journal*, Vol. 1, Nº 1.

Cabral, Nazaré (2009), *As Parcerias Público-Privadas*, Coimbra: Livraria Almedina.

Cameron, Roslyn e Molina Azorin (2010), "Mixed Methods in Business and Management Research", *call for papers for a special issue of* Multiple Research Approaches, Vol. 5, N. 3, *dedicated to Mixed Methods in Business and Managament Research*, disponível em http://mra.e-contentmanagement.com/archives/vol/5/issue/3/marketing/, acedido a 25 de Março de 2011.

Campos, A. Correia (1995), "Normativismo e Incentivos: Contributo Da Economia Para a Administração Da Saúde" in S. Piola e S. Vianna (editors), *Economia da Saúde: Conceitos e Contribuição para a Gestão da Saúde*, pp. 69-98, Brasilia: IPEA.

Campos, A. Correia (2008), *Reformas Da Saúde: O Fio Condutor*, Coimbra: Almedina.

Carapinheiro, Graça (1989), *Saberes e Poderes no Hospital: Estudo Sociológico de Dois Serviços Hospitalares*, Tese de Doutoramento em Sociologia, Universidade Técnica de Lisboa.

Carifio, James e Rocco J. Perla (2007), "Ten Common Misunderstandings, Misconceptions, Persistent Myths and Urban Legends About Likert Scales and Likert Response Formats and Their Antidotes", *Journal of Social Sciences*, Vol. 3, Nº 3, pp. 106-116.

Carter, Richard e Geoffrey M. Hodgson (2006), "The Impact of Empirical Tests of Transaction Cost Economics on the Debate on the Nature of the Firm", *Strategic Management Journal*, Vol. 27, Nº 5, pp. 461-476.

Cheon, Myun, Varun Grover e James Teng (1995), "Theoretical Perspectives on the Outsourcing of Information Systems", *Journal of Information Technology*, Vol. 10, Nº 4, pp. 209-219.

Chesbrough, Henry W. e David J. Teece (1996), "Organizing for Innovation: When Is Virtual Virtuous?", *Harvard Business Review*, Vol. 74, Nº 1, pp. 65-73.

Ciotti, Vince e Bob Pagnotta (2005), "The Other Side of Outsourcing", *Healthcare Financial Management*, Vol. 59, Nº 2, pp. 38-41.

Coase, R. (1937), "The Nature of the Firm", *Economica*, Vol. 4, Nº 16, pp. 386-405.

Coase, R. (1960), "The Problem of Social Cost", *The Journal of Law and Economics*, Vol. 3, pp. 1-44.

Coase, R. (1988), "The Nature of the Firm: Origin, Meaning, Influence", *Journal of Law, Economics & Organization*, Vol. 4, Nº 1, pp. 3-59.

Cohen, Marjorie (2001), "Do Comparisons Between Hospital Support Workers and Hospitality Workers Make Sense?", Report Prepared for Hospital Employees' Union, disponível no site da Simon Fraser University em http://www.sfu.ca/~mcohen/publications/labour/Do%20Comparisons.pdf, acedido a 22 de Dezembro de 2010.

Cohen, Wesley M. e Daniel A. Levinthal (1990), "Absorptive Capacity: A New Perspective on Learning and Innovation", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 35, Nº 1, pp. 128-152.

Coles, Jerilyn e William Hesterly (1998a), "The Impact of Firm-Specific Assets and the Interaction of Uncertainty: an Examination of Make or Buy Decisions in Public and Private Hospitals", *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol. 36, Nº 3, pp. 383-409.

Coles, Jerilyn e William Hesterly (1998b), "Transaction Costs, Quality and Economies of Scale: Examining Contracting Choices in the Hospital Industry", *Journal of Corporate Finance*, Vol. 4, Nº 4, pp. 321-345.

Collis, David J. e Cynthia A. Montgomery (1995), "Competing on Resources: Strategy in the 1990s", *Harvard Business Review*, Vol. 73, Nº 4, pp. 118-128.

Comissão de Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima (2006), "Resultados Da Avaliação Dos Hospitais SA", Síntese dos Resultados.

Conner, Kathleen R. (1991), "A Historical Comparison of Resource-Based Theory and Five Schools of Thought Within Industrial Organization Economics: Do We Have a New Theory of the Firm?", *Journal of Management*, Vol. 17, Nº 1, pp. 121-154.

Conover, W. J. (1999), *Practical Nonparametric Statistics*, New York: John Wiley.

Creswell, John (2009), *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*, London: Sage Publications.

Creswell, John e Vicki Clark (2010), *Designing and Conducting Mixed Methods Research*, London: Sage Publications.

Dash, Penelope e David Meredith (2010), "When and How Provider Competition Can Improve Health Care Delivery?", McKinsey Quarterly, disponível em http://www.mckinsey.com/clientservice/payorprovider/pdfs/issue10/HI10_competition_improve_healthcare_delivery.pdf, acedido a 17 de Fevereiro de 2011.

Datta, Surja (2006), "Strategic Outsourcing - A Real Option Approach", Apresentado na 10º conferência anual internacional sobre opções reais, realizada em New York, EUA, 14-17 Junho de 2006, disponível em http://realoptions.org/, acedido em 18 de Julho de 2008.

David, R. e S. Han (2004), "A Systematic Assessment Of The Empirical Support For Transaction Cost Economics", *Strategic Management Journal*, Vol. 25, Nº 1, pp. 39-58.

Davies, Steve (2005), "Hospital Contract Cleaning and Infection Control", documento da Universidade de Cardiff, Reino Unido, patrocinado por "UNISON-The Public Service Union".

Davies, Steve (2009), "Making the Connections: Contract Cleaning and Infection Control", documento da Universidade de Cardiff, Reino Unido, patrocinado por "UNISON-The Public Service Union", disponível em http://www.unison.org.uk/acrobat/14564.pdf, acedido a 22 de Dezembro de 2010.

Davis, Amy (2008), "Outsourced Radiology: Will Doctors Be Deskilled?", *British Medical Journal*, Vol. 337, Nº 7669, pp. 542-543.

Delgado, Manuel (1994), "A Privatização De Serviços De Saúde Em Portugal", *Revista Portuguesa de Gestão*, pp. 43-46.

Demsetz, Harold (1988), "The Theory of the Firm Revisited", *Journal of Law, Economics and Organization*, Vol. 4, Nº 1, pp. 141-161.

Devereaux, P., H. Schunemann, N. Ravindran, M. Bhandari, A. Garg, P. Choi, B. Grant, T. Haines, C. Lacchetti, B. Weaver, J. Lavis, D. Cook, D. Haslam, T. Sullivan e G. Guyatt (2002), "Comparison of Mortality Between Private For-Profit and Private Not-For-Profit Hemodialysis Centers: A Systematic Review and Meta-Analysis", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 288, Nº 19, pp. 2449-2457.

DHL Supply Chain (2010), "Innovative Procurement and Logistics Model Drives Substantial Saving for UK's National Health Service", disponível em http://www.exel.com/exel/dynamicpdf/casestudy/211/CaseStudy_NHSProcurementSupplyChain_LifeSciences_DHL.pdf, acedido a 15 de Outubro de 2010.

Diário de Notícias (2008), "Recurso a Empresas De Médicos é Solução Cara", Diário de Notícias, 30 de Agosto.

Diário Digital / Lusa (2010), "Aparelhos De TAC e Raio X Com 'Fraca Fiscalização'", acedido a 17 de Novembro de 2010 em http://www.dinheirodigital.com/news.asp?section_id=62&id_news=4751841.

DiMaggio, Paul e Walter Powell (1983), "The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, Vol. 48, Nº 2, pp. 147-160.

Domberger, Simon (1998), *The Contracting Organization: a Strategic Guide to Outsourcing*, Oxford: Oxford University Press.

Domberger, Simon, Christine Hall e Eric Li (1995), "The Determinants of Price and Quality in Competitively Tendered Contracts", *The Economic Journal*, Vol. 105, Nº 433, pp. 1454-1470.

Domberger, Simon e Paul Jensen (1997), "Contracting Out by the Public Sector: Theory, Evidence, Prospects", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 13, Nº 4, pp. 67-78.

Domberger, Simon, S. Meadowcroft e D. Thompson (1987), "The Impact of Competitive Tendering on the Costs of Hospital Domestic Services", *Fiscal Studies*, Vol. 8, Nº 4, pp. 39-54.

Donaldson, Cam e K. Gerard (2005), *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*, Houndmills: Palgrave.

Dragonetti, N., F. Dalsace e K. Cool (2003), "A Comparative Test of the Efficiency, Focus and Learning Perspectives of Outsourcing", Working Paper, Insead.

Drucker, Peter (2002), "They're Not Employees, They're People", *Harvard Business Review*, Vol. 80, Nº 2, pp. 70-77.

Du, Julan, Yi Lu e Zhigang Tao (2006), "Why Do Firms Conduct Bi-Sourcing?", *Economics Letters*, Vol. 92, pp. 245-249.

Duarte, Catarina (2010), "Estado Desperdiça 400 Milhões De Euros Há Dois Anos", entrevista a Paula Nanita, Diário Económico, 25 de Junho.

Duckett, Stephen, Lucy Hunter e Alan Rassaby (1999), "Health Services Policy Review Discussion Paper", Documento preparado para o Victorian Government Department of Health Services, disponível em http://www.dhs.vic.gov.au/ahs/archive/review/polrev.pdf, acedido a 14 de Junho de 2011.

Earl, Michael (1996), "The Risks of Outsourcing IT", *Sloan Management Review*, Vol. 37, Nº 3, pp. 26-32.

Eban, Katherine (2008), "Your Hospital's Deadly Secret", Conde Nast Portfolio, disponível em: http://www.portfolio.com/news-markets/national-news/portfolio/2008/02/18/Hospital-Pharmacy-Outsourcing, acedido em 20 de Maio de 2009.

Eisenhardt, Kathleen (1989a), "Agency Theory: An Assessment and Review", *Academy of Management Review*, Vol. 14, Nº 1, pp. 57-74.

Eisenhardt, Kathleen (1989b), "Building Theories From Case-Study Research", *Academy of Management Review*, Vol. 14, Nº 4, pp. 532-550.

Eisenhardt, Kathleen e Jeffrey A. Martin (2000), "Dynamic Capabilities: What Are They?", *Strategic Management Journal*, Vol. 21, Nº 10/11, pp. 1105-1121.

Eisenhardt, Kathleen e Melissa Graebner (2007), "Theory Building From Cases: Opportunities And Challenges", *Academy of Management Journal*, Vol. 50, Nº 1, pp. 25-32.

Entidade Reguladora da Saúde (2008), "Estudo Sobre a Concorrência No Sector Das Análises Clínicas", disponível em http://www.ers.pt/actividades/pareceres-e-recomendacoes/estudo-sobre-a-concorrencia-no-sector-das-analises-clinicas, acedido em 23 de Setembro de 2008.

Entidade Reguladora da Saúde (2009), "Estudo Sobre a Concorrência No Sector Da Imagiologia", http://www.ers.pt/informacoes_uteis/noticias-ers/estudo-sobre-a-concorrencia-no-sector-da-imagiologia, acedido em 29 de Abril de 2009.

Ensor, Tim (2002), "Microeconomics and Market Failure in Health" in Sophie Witter e Tim Ensor (editors), *An Introduction to Health Economics for Eastern Europe and the Former Soviet Union*, pp. 13-34, York: Eskdale Publishing .

Espino-Rodríguez, Tomás F. e V. Padrón-Robaina (2006), "A Review of Outsourcing From the Resource-Based View of the Firm", *International Journal of Management Reviews*, Vol. 8, Nº 1, pp. 49-70.

European Society of Radiology (2010a), "The Future Role Of Radiology in Healthcare", *Insights into Imaging*, Vol. 1, Nº 1, pp. 2-11.

European Society of Radiology (2010b), "The Professional and Organizational Future of Imaging", *Insights into Imaging*, Vol. 1, Nº 1, pp. 12-20.

Feldstein, Paul (2005), *Health Care Economics*, New York: Thomson-Delmar Learning, 6ª edição.

Ferraro, Fabrizio, J. Pfeffer e Robert Sutton (2009), "How and Why Theories Matter: A Comment on Felin and Foss (2009)", *Organization Science*, Vol. 20, Nº 3, pp. 669-675.

Fialho, Vitor (2007), *Outsourcing do Serviço de Imagiologia*, Dissertação de pós-graduação em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Filipe, Celso e Maria João Babo (2010), "Estado Admite Levar Cartel Das Cantinas a Tribunal Para Pedir Indemnização", Jornal de Negócios, 7 de Janeiro, p.14.

Fink, Arlene (2009), *How to Conduct Surveys: A Step-by-Step Guide*, London: Sage.

Finkler, Steven A. e David M. Ward (2003), "The Case for the Use of Evidence-Based Management Research for the Control of Hospital Costs", *Health Care Management Review*, Vol. 28, Nº 4, pp. 348-365.

Fisher, Elliott S. e H. Gilbert Welch (1999), "Avoiding the Unintended Consequences of Growth in Medical Care: How Might More Be Worse?", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 281, Nº 5, pp. 446-453.

Fisher, Elliott S., David E. Wennberg, Therese A. Stukel, Daniel J. Gottlieb, F. L. Lucas e Etoile L. Pinder (2003), "The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 138, Nº 4, pp. 273-288.

Flick, Uwe (2005), *Métodos Qualitativos Na Investigação Científica*, Lisboa: Monitor.

Flynn, R. e G. Williams (1997), "Contracting for Health" in R. Flynn e G. Williams (editors), *Contracting for Health: Quasi-Markets and the National Health Service*, pp. 1-13, Oxford: Oxford University Press.

Folland, Sherman, Allen Goodman e Miron Stano (2010), *The Economics of Health and Health Care*, New Jersey: Pearson Prentice Hall, 6ª edição.

Fonseca, Luís (2001), *Outsourcing do Serviço de Patologia Clínica (Estudo do Caso do Laboratório do Hospital de São José)*, Trabalho de Pós Graduação em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Foss, Nicolai e Brian Loasby (1998), "Introduction: Co-Ordination and Capabilities" in Nicolai Foss e Brian J. Loasby (editors), *Economic Organization, Capabilities and Co-ordination: Essays in honour of G.B. Richardson*, pp. 1-13, London: Routledge.

Foss, Nicolai e Peter Klein (2008), "The Theory of the Firm and Its Critics: a Stocktaking and Assessment" in Jean-Michel Glachant e Eric Brousseau (editors), *New Institutional Economics: A Guidebook*, Cambridge: Cambridge University Press, disponível em http://www.druid.dk/wp/pdf_files/05-03.pdf, acedido em 13 de Julho de 2011.

Foss, Nicolai, Christian Knudsen e Cynthia Montgomery (1995), "An Exploration of Common Ground: Integrating Evolutionary and Strategic Theories of the Firm" in Cynthia Montgomery (editor), *Resource-Based and Evolutionary Theories of the Firm: Towards a Synthesis*, pp. 1-16, Boston: Kluwer.

Foss, Nicolai e Brian Loasby (1998), "Introduction: Co-Ordination and Capabilities" in Nicolai Foss e Brian J. Loasby (editors), *Economic Organization, Capabilities and Co-ordination: Essays in honour of G.B. Richardson*, pp. 1-13, London: Routledge.

Foss, Nicolai J. (1996), "Capabilities and the Theory of the Firm", *Revue d'Economie Industrielle*, Nº 77, pp. 7-28.

Foxx, William, Michele Bunn e Valarie McCay (2009), "Outsourcing Services in the Healhcare Sector", *Journal of Medical Marketing*, Vol. 9, Nº 1, pp. 41-55.

Frank, Robert e Ben Bernanke (2003), *Princípios De Economia*, Lisboa: McGraw Hill.

Friedman, Bruce A. (2001), "The Total Laboratory Solution: A New Laboratory E-Business Model Based on a Vertical Laboratory Meta-Network", *Clinical Chemistry*, Vol. 47, Nº 8, pp. 1526-1535.

Friedman, Thomas L. (2005), *O Mundo é Plano: Uma História Breve Do Século XXI*, Lisboa: Actual Editor.

Fuchs, Victor R. (1986), "Physician-Induced Demand: A Parable", *Journal of Health Economics*, Vol. 5, Nº 4, pp. 367-367.

Fulop, Naomi, Gerasimos Protopsaltis, Andrew Hutchings, Annette King, Pauline Allen, Charles Normand e Rhiannon Walters (2002), "Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis", *British Medical Journal*, Vol. 325, Nº 7358, pp. 246-249.

Ganeshan, D. (2008), "The Impact of Defensive Medicine on Patients, Doctors and Radiologists", *British Journal of Hospital Medicine*, Vol. 69, Nº 8, p. 481.

Garg, Pushkal P., Kevin D. Frick, Marie Diener-West e Neil R. Powe (1999), "Effect of the Ownership of Dialysis Facilities on Patients' Survival and Referral for Transplantation", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 341, Nº 22, pp. 1653-1660.

Garrouste, Pierre e S. Saussier (2005), "Looking for a Theory of the Firm: Future Challenges", *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol. 58, pp. 178-199.

Gates, D. M., R. T. Smolarek e J. G. Stevenson (1996), "Outsourcing the Preparation of Parenteral Nutrient Solutions", *American Journal of Health-System Pharmacy*, Vol. 53, Nº 18, pp. 2176-2178.

Gazelle, G. Scott, Elkan F. Halpern, Heather S. Ryan e Angela C. Tramontano (2007), "Utilization of Diagnostic Medical Imaging: Comparison of Radiologist Referral Versus Same-Specialty Referral1", *Radiology*, Vol. 245, Nº 2, pp. 517-522.

Geis, George (2007), "Business Outsourcing and The Agency Cost Problem", *Notre Dame Law Review*, Vol. 82, Nº 3, pp. 101-146.

Getzen, Thomas (2007), *Health Economics and Finance*, Hoboken: John Wiley and Sons.

Ghoshal, Sumantra e Peter Moran (1996), "Bad for Practice: A Critique of the Transaction Cost Theory", *The Academy of Management Review*, Vol. 21, Nº 1, pp. 13-47.

Gilley, K. Matthew e Abdul Rasheed (2000), "Making More by Doing Less: An Analysis of Outsourcing and Its Effects on Firm Performance", *Journal of Management*, Vol. 26, Nº 4, pp. 763-790.

Gillham, Bill (2001), *Case Study Research Methods*, London: Continuum.

Gioia, Dennis A. e Evelyn Pitre (1990), "Multiparadigm Perspectives on Theory Building", *Academy of Management Review*, Vol. 15, Nº 4, pp. 584-602.

Glied, Sherry (2000), "Managed Care" in A. Culyer e Joseph Newhouse (editors), *Handbook of Health Economics*, pp. 707-753, Amsterdam: Elsevier Science.

Glouberman, Sholom e Henry Mintzberg (2001), "Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I: Differentiation", *Health Care Management Review*, Vol. 26, Nº 1, pp. 56-69.

Goddard, Maria e Russel Mannion (1998), "From Competition to Cooperation: New Economic Relationships in the National Health Service", *Health Economics*, Vol. 7, Nº 2, pp. 105-119.

Golden-Biddle, Karen e Karen Locke (1993), "Appealing Work: An Investigation of How Ethnographic Texts Convince", *Organization Science*, Vol. 4, Nº 4, pp. 595-616.

Goldsmith, Jeff (2011), "The Future of Radiology in the New Health Care Paradigm: The Moreton Lecture", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 8, Nº 3, pp. 159-163.

Gomes, Catarina (2010), "Governo Pede Inspecção a Empresas Que Contratam Médicos Reformados", Jornal Público, 30 de Março.

Gonçalves, Paula (2008), " 'Falta Coragem Política' Para Falar Das Urgências", Tempo Medicina, 8 de Dezembro de 2008.

Gonçalves, Ricardo e P. Pita Barros (2009), "Economies of Scale and Scope in the Provision of Diagnostic Techniques and Therapeutic Services in Portuguese Hospitals", disponível em http://ssrn.com/abstract=1474331, acedido a 15 de Outubro de 2009.

Goodstein, Jerry, Warren Boeker e John Stephan (1996), "Professional Interests And Strategic Flexibilty: A Political Perspective On Organizational Contracting", *Strategic Management Journal*, Vol. 17, Nº 7, pp. 577-586.

Grant, Robert M. (1991), "The Resource-Based Theory of Competitive Advantage: Implications for Strategy Formulation", *California Management Review*, Vol. 33, pp. 114-135.

Grant, Robert M. (1996), "Toward a Knowledge-Based Theory of the Firm", *Strategic Management Journal*, Vol. 17, pp. 109-122.

Grant, Robert M. (2008), *Contemporary Strategy Analysis*, Malden: Blackwell, 6ª edição.

Greene, J. (2007), *Mixed Methods in Social Inquiry*, San Francisco: Jossey Bass.

Griffin, Don (2006), *Hospitals: What They Are and How They Work*, Boston: Jones and Bartlett Publishers.

Grimshaw, D., S. Vincent e H. Willmott (2002), "Going Privately: Partnership and Outsourcing in UK Public Services", *Public Administration*, Vol. 80, Nº 3, pp. 475-502.

Grossman, Sanford e Oliver Hart (1986), "The Costs and Benefits of Ownership: a Theory of Vertical and Lateral Integration", *Journal of Political Economy*, Vol. 94, Nº 41, pp. 691-719.

Grout, Paul (1997), "The Economics of the Private Finance Initiative", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 13, Nº 4, pp. 53-66.

Grout, Paul e Margaret Stevens (2003), "The Assessment: Financing and Managing Public Services", *Oxford Review of Economic Policy*, Vol. 19, Nº 2, pp. 215-234.

Grout, Paul (2008), "Private Delivery of Public Services", The Centre for Market and Public Organisation, disponível em http://www.bris.ac.uk/cmpo/publications/ppfinal.pdf, acedido a 7 de Julho de 2009.

Gulati, Ranjay e Phanish Puranam (2006), "Complementary & Constraints: Why Firms Both Make and Buy the Same Thing", Disponível na SSRN.

Gunderman, Richard B., John A. Patti, Frank Lexa, Jeffrey Weinreb, Bruce J. Hillman, James H. Thrall e Harvey Neiman (2010), "The 2009 ACR Forum: Health Care Payment Models", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 7, Nº 2, pp. 103-108.

Hall, Christine e S. Domberger (1995), "Competitive Tendering for Domestic Services: A Comparative Study of Three Hospitals in New South Wales" in S. Domberger e Christine Hall (editors), *The contracting casebook: competitive tendering in action*, pp. 99-126, Sydney: University of Sydney.

Hall, Emma, Carol Propper e John Van Reenen (2008), "Can Pay Regulation Kill? Panel Data Evidence on the Effect of Labor Markets on Hospital Performance", Centre for Market and Public Organisation, Working Paper Series, Número 08/184, disponível em http://www.bristol.ac.uk/cmpo/publications/papers/2008/wp184.pdf, acedido em 12 de Outubro de 2009.

Hamel, Gary e C. K. Prahalad (1994), *Competing for the Future*, Boston, Massachussets: Harvard Business School Press Books.

Hammer, Michael e James Champy (1993), *Reengineering the Corporation: A Manifesto for Business Revolution*, London: Nicholas Brealey.

Hammond, John, Ralph Keeney e Howard Raiffa (1998), "The Hidden Traps in Decision Making", *Harvard Business Review*, Vol. 76, Nº 5, pp. 47-58.

Hampers, Louis C., Susie Cha, David J. Gutglass, Steven E. Krug e Helen J. Binns (1999), "The Effect of Price Information on Test-Ordering Behavior and Patient Outcomes in a Pediatric Emergency Department", *Pediatrics*, Vol. 103, Nº 4, pp. 877-882.

Hart, O., A. Shleifer e R. W. Vishny (1997), "The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons", *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 112, Nº 4, pp. 1127-1161.

Hart, Oliver (1995), *Firms, Contracts and Financial Structure*, Oxford: Oxford University Press.

Hart, Oliver (2003), "Incomplete Contracts and Public Ownership: Remarks and an Application to Public-Private Partnerships", *Economic Journal*, Vol. 113, Nº 486, pp. C69-C76.

Healthcare Commission (2005), "Acute Hospital Portfolio Reviews: Pathology, Facilities Management, Therapy and Dietetics, Information and Records", Commission for Healthcare Audit and Inspection, Londres.

HealthCareEuropa (2009a), "French Prepare to Outsource Imaging", disponível em http://www.healthcareeuropa.com/articles/20091207_1, acedido a 2 de Julho de 2010.

HealthcareEurope (2009b), "Teleradiology - a Small Business Having a Big Impact", 22 de Novembro, disponível em http://www.healthcareeuropa.com/articles/privateteleradiologyeurope, acedido a 13 de Janeiro de 2010.

HealthCareEuropa (2010a), "All Change for Diagnostics", Revista Healthcare Europa, Número de Junho 2010, pp. 26-31.

HealthCareEuropa (2010b), "Where's the Money in Imaging", Revista HealthCare Europa, Número de Abril 2010, pp.24-26.

Hendee, William R. (2006), "An Opportunity for Radiology", *Radiology*, Vol. 238, Nº 2, pp. 389-394.

Hendry, John (1995), "Culture, Community and Networks: The Hidden Cost Outsourcing", *European Management Journal*, Vol. 13, Nº 2, pp. 193-200.

Hill, Charles (1990), "Cooperation, Opportunism, and the Invisible Hand: Implications for Transaction Cost Theory", *Academy of Management Review*, Vol. 15, Nº 3, pp. 500-513.

Hill, Reggie, Thomas Bartrun e Robert Guy (2006), "Hospital Outsourcing Trends in Clinical Services", Inquérito patrocinado por Waller Lansden, disponível em: www.wallerlaw.com.sitemason.com/files/WallerSurvey.pdf, acedido a 17 de Julho de 2009, e respectivo comentário explicativo.

Hillman, B., C. Joseph, M. Mabry, J. Sunshine, S. Kennedy e M. Noether (1990), "Frequency and Costs of Diagnostic Imaging in Office Practice – a Comparison of Self-Referring and Radiologist-Referring Physicians", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 323, Nº 23, pp. 1604-1608.

Hillman, B. e Jeff Goldsmith (2010), "The Uncritical Use of High-Tech Medical Imaging", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 363, Nº 1, pp. 4-6.

Hillman, B., George Olson, Patricia Griffith, Jonathan Sunshine, Catherine Joseph, Stephen Kennedy, William Nelson e Lee Bernhardt (1992), "Physicians' Utilization and Charges for Outpatient Diagnostic Imaging in a Medicare Population", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 268, Nº 15, pp. 2050-2054.

Hodge, G. (1998), "Contracting Public Sector Services: A Meta-Analytic Perspective of the International Evidence", *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 57, Nº 4, pp. 98-110.

Holmstrom, Bengt e John Roberts (1998), "The Boundaries of the Firm Revisited", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 12, Nº 4, pp. 73-94.

Hood, Cristopher (1991), "A Public Management for All Seasons", *Public Administration*, Vol. 69, Nº 1, pp. 3-19.

Hrab, Roy (2004), "Private Delivery of Public Services: Public Private Partnerships and Contracting-Out", Panel on the Role of Government in Ontario Research Paper N. 21, Disponível em SSRN: http://ssrn.com/abstract=694582, acedido em 28 de Janeiro de 2011.

Huber, Richard L. (1993), "How Continental Bank Outsourced Its 'Crown Jewels' ", *Harvard Business Review*, Vol. 71, Nº 1, pp. 121-129.

Humphreys, H., E. Nagy, G. Kahlmeter e G. Ruijs (2010), "The Need for European Professional Standards and the Challenges Facing Clinical Microbiology", *European Journal of Clinical Microbiology Infectious Diseases*, Vol. 29, Nº 6, pp. 617-621.

Hunter, D. J. (2009), "Relationship Between Evidence and Policy: A Case of Evidence-Based Policy or Policy-Based Evidence?", *Public Health*, Vol. 123, Nº 9, pp. 583-586.

Hurley, Jeremiah (2000), "An Overview of the Normative Economics of the Health Sector" in Anthony J. Culyer e Joseph Newhouse (editors), *Handbook of Health Economics 1 A*, pp. 55-118, Amsterdam: Elsevier Science.

Hurst, Jeremy e Luigi Siciliani (2003), "Tackling Excessive Waiting Times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries", OECD Health Working Papers, nº 6, Julho.

Jacobides, Michael G. e Stephan Billinger (2006), "Designing the Boundaries of the Firm: From 'Make, Buy, or Ally' to the Dynamic Benefits of Vertical Architecture", *Organization Science*, Vol. 17, Nº 2, pp. 249-261.

Jensen, Michael C. e William H. Meckling (1976), "Theory of the Firm: Managerial Behavior, Agency Costs and Ownership Structure", *Journal of Financial Economics*, Vol. 3, Nº 4, pp. 305-360.

Jensen, P. e Christine Hall (1995), "Medical Services: New Arrangements for Radiology at Sydney Hospital" in S. Domberger e Christine Hall (editors), *The Contracting Casebook: Competitive Tendering in Action*, pp. 87-97, Sydney: University of Sydney.

Jensen, Paul e Robin Stonecash (2005), "Incentives and the Efficiency of Public Sector-Outsourcing Contracts", *Journal of Economic Surveys*, Vol. 19, Nº 5, pp. 767-787.

Jensen, Wayne (1997), "Contracting Out Building Cleaning Services at the National Hospital of Denmark", in *Contracting Out Government Services: Best Practice Guidelines and Case Studies*, Public Management Occasional Papers, Nº 20, OCDE.

Jesus, Patrícia (2008), "Médicos De Empresas Cobram 100 Euros Por Hora", Diário de Notícias, 8 de Setembro.

Jesus, Patrícia (2010), "Médicos "Tarefeiros" Já Fazem 30% Das Urgências", Diário de Notícias, 3 de Fevereiro.

Josué, José (1988), *Prestações de Terceiros no Hospital: Uma Experiência de Subcontratação no Hospital Distrital de Setúbal*, Trabalho de Pós Graduação em Administração Hospitalar, Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.

Justo, Cipriano (2004), *Acesso Aos Cuidados De Saúde: Porque Esperamos?*, Lisboa: Campo da Comunicação.

Kaissi, Amer A. e James W. Begun (2008), "Fads, Fashions and Bandwagons in Health Care Strategy", *Health Care Management Review*, Vol. 33, Nº 2, pp. 94-102.

Kalyanpur, Arjun, Vladimir Neklesa, D. Pham, H. Forman, S. Stein e James Brink (2004), "Implementation of an International Teleradiology Staffing Model", *Radiology*, Vol. 232, Nº 2, pp. 415-419.

Kalyanpur, Arjun, Joy Weinberg, Vladimir Neklesa, James Brink e Howard Forman (2003), "Emergency Radiology Coverage: Technical and Clinical Feasibility of an International Teleradiology Model", *Emergency Radiology*, Vol. 10, Nº 3, pp. 115-118.

Kay, J. A. e D. J. Thompson (1986), "Privatisation: a Policy in Search of a Rationale", *Economic Journal*, Vol. 96, Nº 381, pp. 18-32.

Kay, Neil (1997), *Pattern in Corporate Evolution*, Oxford: Oxford University Press.

Kay, Neil (2000), "The Growth of Firms" in Nicolai Foss e Volker Mahnke (editors), *Competence, Governance and Entrepreneurship: Advances in Economic Strategy Research*, pp. 187-206, Oxford: Oxford University Press.

Kay, Neil (2004), "Reappraising the Nature of the Firm: The Role and Influence of Lexical and Structural Ambiguity", Second draft, homepage do autor.

Kelliher, Clare (1995), "The Dog That Didn't Bark in the Night? Competitive Tendering and Industrial Relations in the NHS", *Industrial Relations Journal*, Vol. 26, Nº 4, pp. 306-318.

Kelliher, Clare (1998), "Competitive Pressure in the NHS: a Longitudinal Analysis", *Strategic Change*, Vol. 7, Nº 7, pp. 387-395.

Khosrowpour, M., G. Subramanian e J. Gunterman (1995), "Outsourcing: Organizational Benefits and Potential Problems" in M. Khosrowpour (editor), *Managing Information Technology Investments with Outsourcing*, pp. 244-268, Harrisburg: Idea Group Pub.

Kirchheimer, Barbara (2005), "Outsourcing Ins and Outs", *Modern Healthcare*, Vol. 35, Nº 40, pp. S1-S5.

Kirchheimer, Barbara (2006), "Out Through The In Door", *Modern Healthcare*, Vol. 36, Nº 39, pp. S1-S5.

Kizer, Kenneth W. (2003), "The Volume-Outcome Conundrum", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 349, Nº 22, pp. 2159-2161.

Klein, Benjamin, Robert G. Crawford e Armen A. Alchian (1978), "Vertical Integration, Appropriable Rents And The Competitive Contracting Process", *Journal of Law & Economics*, Vol. 21, Nº 2, pp. 297-326.

Klein, Peter (2005), "The Make-or-Buy Decision: Lessons From Empirical Studies" in Claude Ménard e Mary Shirley (editors), *Handbook of New Institutional Economics*, pp. 435-464, Dordrecht: Springer.

Klein, R. (1998), "Why Britain Is Reorganizing Its National Health Service - Yet Again", *Health Affairs*, Vol. 17, Nº 4, pp. 111-125.

Kludert, Joris, Philippe Muls e Maarten Schadd (2008), "Optimizing Sterilization Logistics in Hospitals", *Health Care Management Science*, Vol. 11, Nº 1, pp. 23-33.

Kovner, Anthony R. e Thomas G. Rundall (2006), "Evidence-Based Management Reconsidered", *Frontiers of Health Services Management*, Vol. 22, Nº 3, pp. 3-22.

Kraaijenbrink, Jeroen, J. Spender e Aard Groen (2010), "The Resource-Based View: A Review and Assessment of Its Critiques", *Journal of Management*, Vol. 36, Nº 1, pp. 349-372.

Kuzon, William, Melanie Urbancheck e Steven McCabe (1996), "The Seven Deadly Sins of Statistical Analysis", *Annals of Plastic Surgery*, Vol. 37, Nº 3, pp. 265-272.

Kvale, Steinar e Svend Brinkmann (2009), *InterViews: Learning the Craft If Qualitative Research Interviewing*, London: Sage.

Kwon, Junehee e Barbara J. H. Yoon (2003), "Prevalence of Outsourcing and Perception of Clinical Nutrition Managers on Performance of Health Care Dietetics Services", *Journal of the American Dietetic Association*, Vol. 103, Nº 8, pp. 1039-1042.

Lacity, Mary e Rudy Hirschheim (1993), *Information Systems Outsourcing: Myths, Metaphors and Realities*, New York: John Wiley and Sons.

Lacity, Mary e Rudy Hirschheim (1995), *Beyond the Information Systems Outsourcing Bandwagon: the Insourcing Response*, Chiscester: John Wiley and Sons.

Lacity, Mary e Leslie Willcocks (1998), "An Empirical Investigation of Information Technology Sourcing Practices: Lessons From Experience", *MIS Quarterly*, Vol. 22, Nº 3, pp. 363-408.

Laing, William (1982), "Contracting Out in the National Health Service", *Public Money*, Vol. 2, Nº 3, pp. 25-29.

Langlois, Michel R. e Pierre Wallemacq (2009), "The Future of Hospital Laboratories. Position Statement From the Royal Belgian Society of Clinical Chemistry (RBSCC)", *Clinical Chemistry & Laboratory Medicine*, Vol. 47, Nº 10, pp. 1195-1201.

Langlois, Richard N. (1992), "Transaction-Cost Economics in Real Time", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 1, Nº 1, pp. 99-127.

Langlois, Richard N. (1998), "Capabilities and the Theory of the Firm" in Nicolai Foss e Brian J. Loasby (editors), *Economic Organization, Capabilities and Co-ordination: Essays in honour of G.B. Richardson*, pp. 183-203, London: Routledge.

Langlois, Richard N. e Nicolai J. Foss (1999), "Capabilities and Governance: The Rebirth of Production in the Theory of Economic Organization", *Kyklos*, Vol. 52, Nº 2, pp. 201-218.

Langlois, Richard N. e Paul L. Robertson (1995), *Firms, Markets and Economic Change: A Dynamic Theory of Business Institutions*, London: Routledge.

Laupacis, Andreas e W. Evans (2005), "Diagnostic Imaging in Canada", *HealthcarePapers*, Vol. 6, Nº 1, pp. 8-15.

Le Grand, Julian (2007), *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition*, London: Princeton University Press.

Lee, Christoph I., Andrew H. Haims, Edward P. Monico, James A. Brink e Howard P. Forman (2004), "Diagnostic CT Scans: Assessment of Patient, Physician, and Radiologist Awareness of Radiation Dose and Possible Risks1", *Radiology*, Vol. 231, Nº 2, pp. 393-398.

Leiblein, Michael J. (2003), "The Choice of Organizational Governance Form and Performance: Predictions From Transaction Cost, Resource-Based, and Real Options Theories", *Journal of Management*, Vol. 29, Nº 6, pp. 937-961.

Leiblein, Michael J. e Douglas J. Miller (2003), "An Empirical Examination of Transaction and Firm Level Influences in the Vertical Boundaries of the Firm", *Strategic Management Journal*, Vol. 24, Nº 9, pp. 839-859.

Leonard-Barton, Dorothy (1992), "Core Capabilities and Core Rigidities: a Paradox in Managing New Product Development", *Strategic Management Journal*, Vol. 13, Nº 5, pp. 111-125.

Levin, David e Vijay Rao (2004a), "Turf Wars in Radiology: Introduction", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 1, Nº 1, pp. 23-25.

Levin, David e Vijay Rao (2004b), "Turf Wars in Radiology: The Overutilization of Imaging Resultinhg From Self-Referral", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 1, Nº 3, pp. 169-172.

Levin, David, Vijay Rao e William Orrison (2004), "Turf Wars in Radiology: The Quality of Imaging Facilities Operated by Nonradiologist Physicians and of the Images They Produce", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 1, Nº 9, pp. 649-651.

Levin, David, Vijay Rao, Laurence Parker, Andrea Frangos e Jonathan Sunshine (2008), "Ownership or Leasing of CT Scanners by Nonradiologist Physicians: A Rapidly Growing Trend That Raises Concern About Self-Referral", *Journal of the American College of Radiology*, Vol. 5, Nº 12, pp. 1206-1209.

Levinthal, Daniel A. e James G. March (1993), "The Myopia of Learning", *Strategic Management Journal*, Vol. 14, Nº S2, pp. 95-112.

Levy, Frank e Ari Goelman (2005), "Offshoring and Radiology", *Brookings Trade Forum*, pp. 411-426.

Liyanage, Champika e Charles Egbu (2006), "The Integration of Key Players in the Control of Healthcare Associated Infections in Different Types of Domestic Services", *Journal of Facilities Management*, Vol. 4, Nº 4, pp. 245-261.

Loasby, Brian (1998a), "The Concept of Capabilities" in Nicolai Foss e Brian J. Loasby (editors), *Economic Organization, Capabilities and Co-ordination: Essays in honour of G.B. Richardson*, pp. 163-182, London: Routledge.

Loasby, Brian (1998b), "The Organization of Capabilities", *Journal of Economic Behavior and Organization*, Vol. 35, Nº 2, pp. 139-160.

Luke, Roice e Stephen Lee Walston (2003), "Strategy in an Institutional Environment: Lesson Learned From the 1990s 'Revolution' in Health Care" in Stephen S. Mick e Mindy Wyttenbach (editors), *Advances in Health Care Organization Theory*, pp. 289-323, San Francisco: Jossey-Bass.

Lundsgaard, Jens (2002), "Competition and Efficiency in Publicly Funded Services", Estudos Económicos da OCDE, N. 35.

Lusa (2007a), "Governo De Santana Lopes Aprovou Pagamento à Bragaparques Dois Dias Antes Das Eleições", Jornal Público, 21 de Fevereiro.

Lusa (2007b), "Ministério Público Ordena Arquivamento Do Processo Bragaparques - Hospital De São João", Jornal Público, 31 de Maio.

Lusa (2007c), "Imagiologia Do Centro Hospitalar Do Alto Minho Entregue a Privados Por Mais Um Ano", 25 de Maio de 2007.

Lysdahl, Kristin e Bjorn Hofmann (2009), "What Causes Increasing and Unnecessary Use of Radiological Investigations? a Survey of Radiologists' Perceptions", *BMC Health Services Research*, Vol. 9, Nº 1, pp. 155-164.

Maarse, Hans (2006), "The Privatization of Health Care in Europe: An Eight-Country Analysis", *Journal of Health Politics, Policy & Law*, Vol. 31, Nº 5, pp. 981-1014.

Macinati, Manuela (2008), "Outsourcing in the Italian National Health Service: Findings From a National Survey", *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 23, Nº 1, pp. 21-36.

Madureira, Ricardo (2007), "Desenho De Projecto", Apresentação gentilmente cedida pelo autor.

Mahnke, Volker (2001), "The Process of Vertical Dis-Integration: An Evolutionary Perspective on Outsourcing", *Journal of Management & Governance*, Vol. 5, Nº 3/4, pp. 353-379.

Mahnke, Volker, Mikkel Overby e Jan Vang (2005), "Strategic Outsourcing of It Services: Theoretical Stocktaking and Empirical Challenges", *Industry & Innovation*, Vol. 12, Nº 2, pp. 205-253.

Mahoney, Joseph T. (2005), *Economic Foundations of Strategy*, London: Sage.

Maia, Nuno (2009), " 'Incúria' " No Hospital De São João Não é Punida", Jornal de Notícias, 17 de Agosto.

Marnoto, Sandra (2010), *Sistemas De Franchising: Uma Perspectiva De Competências e Redes De Relacionamentos*, Maia: ISMAI.

Maroco, João (2010), *Análise Estatística Com o PASW Statistics (Ex-SPSS)*, Lisboa: Report Number.

Marques, Luís (2000), "Modelos Dinâmicos Com Dados Em Painel: Revisão De Literatura", Working Paper do CEMPRE, disponível em http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/wp100.pdf, acedido a 25 de Maio de 2011.

Mason, Jennifer (2002), *Qualitative Researching*, London: Sage Publications, segunda edição.

Maxwell, Joseph A. (2010), "Using Numbers in Qualitative Research", *Qualitative Inquiry*, Vol. 16, Nº 6, pp. 475-482.

Mayer, Kyle J. e Robert M. Salomon (2006), "Capabilities, Contractual Hazards and Governance: Integrating Resource-Based and Transaction Cost Perspectives", *Academy of Management Journal*, Vol. 49, Nº 5, pp. 942-959.

McGuire, A., John Henderson e Gavin Mooney (1988), *The Economics of Health Care: An Introductory Text*, London: Routledge.

McGuire, Thomas G. (2000), "Physician Agency" in Anthony J. Culyer e Joseph P. Newhouse (editors), *Handbook of Health Economics*, pp. 461-536, Amsterdam: Elsevier Science.

McIvor, Ronan (2005), *The Outsourcing Process: Strategies for Evaluation and Management*, Cambridge University Press.

McIvor, Ronan, Paul Humphreys e Alan McKittrick (2010), "Integrating the Critical Success Factor Method into the Business Process Outsourcing Decision", *Technology Analysis & Strategic Management*, Vol. 22, Nº 3, pp. 339-360.

McKee, Martin e Judith Healy (2002), *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham - Philadelphia: Open University Press.

McKinney, Maureen (2010), "Outsourcing Sees Stimulus Effect", *Modern Healthcare*, Vol. 40, Nº 38, pp. S1-S5.

McKinsey Global Institute (2003), "Offshoring: Is It a Win Win Game?", San Francisco, Agosto de 2003.

McLellan, Kerry (1993), *Outsourcing Core-Skills into Non-Equity Alliance Networks*, Tese de Doutoramento, Western Business Scholl, The University of Western Ontario.

McLellan, Kerry, Barbara L. Marcolin e Paul W. Beamish (1995), "Financial and Strategic Motivations Behind IS Outsourcing", *Journal of Information Technology*, Vol. 10, Nº 4, pp. 299-321.

McPake, Barbara e Charles Normand (2008), *Health Economics: An International Perspective*, London: Routledge.

Medcof, John W. (2001), "Resource-Based Strategy And Managerial Power In Networks Of Internationally Dispersed Technology Units", *Strategic Management Journal*, Vol. 22, Nº 11, pp. 999-1012.

Ménard, Claude (2004), "The Economics of Hybrid Organizations", *Journal of Institutional and Theoretical Economics*, Vol. 160, Nº 3, pp. 345-376.

Mendes, Diana (2008), "10% Dos Médicos Das Urgências Vêm De Empresas", Diário de Notícias, 24 de Agosto.

Mettler, F., M. Bhargavan, K. Faulkner, D. Gilley, J. Gray, G. Ibbott, J. Lipoti, M. Mahesh, J. McCrohan, M. Stabin, B. Thomadsen e T. Yoshizumi (2009), "Radiologic and Nuclear Medicine Studies in the United States and Worldwide: Frequency, Radiation Dose, and Comparison With Other Radiation Sources", *Radiology*, Vol. 253, Nº 2, pp. 520-531.

Meyers, Susan (2004), "ED Outsourcing: Is It Good for Patient Care?", *Trustee Magazine*, Vol. 57, Nº 4, pp. 12-14.

Mick, Stephen S. (1990), "Explaining Vertical Integration in Health Care: An Analysis and Synthesis of Transaction Cost Economics and Strategic-Management Theory" in Stephen S. Mick (editor), *Innovations in Health Care Delivery: Insights for Organization Theory*, pp. 207-240, San Francisco: Jossey-Bass.

Miles, Matthew e A. Michael Huberman (1994), *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, Thousand Oaks: Sage Publications.

Mills, Anne (1997), "Contractual Relationships Between Government and the Commercial Private Sector in Developing Countries" in Sara Bennett, Barbara McPake e Anne Mills (editors), *Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest?*, pp. 189-213, London: Zed Books.

Mills, Anne (1998), "To Contract or Not to Contract? Issues for Low and Middle Income Countries", *Health Policy and Planning*, Vol. 13, Nº 1, pp. 32-40.

Mills, Anne e Jonathan Broomberg (1998), "Experiences of Contracting: an Overview of the Literature", Macroeconomics, Health and Development Series, N. 33, Geneva, WHO.

Milne, Robin (1993), "Contractors' Experience of Compulsory Competitive Tendering: A Case Study of Contract Cleaners in the NHS", *Public Administration*, Vol. 71, Nº 3, pp. 301-321.

Milne, Robin (1987), "Competitive Tendering in the NHS: An Economic Analysis of the Early Implementation of HC (83)18", *Public Administration*, Vol. 65, Nº 2, pp. 145-160.

Milne, Robin (1993), "Contractors' Experience of Compulsory Competitive Tendering: A Case Study of Contract Cleaners in the NHS", *Public Administration*, Vol. 71, Nº 3, pp. 301-321.

Milne, Robin (1997), "Market-Type Mechanisms, Market Testing and Market Making: a Longitudinal Study of Contract Interest in Tendering", *Urban Studies*, Vol. 34, Nº 4, pp. 543-559.

Milne, Robin e Magnus McGee (1992), "Compulsory Competitive Tendering in the NHS: a New Look at Some Old Estimates", *Fiscal Studies*, Vol. 13, Nº 3, pp. 96-111.

Milne, Robin e Robert Wright (2000), "Competitive Tendering in the Scottish National Health Service: Was It Compulsory, and Did It Make a Difference?", *Scottish Affairs*, Vol. 31, pp. 133-152.

Milne, Robin e Robert Wright (2004), "Competition and Costs: Evidence From Competitive Tendering in the Scottish National Health Service", *Scottish Journal of Political Economy*, Vol. 51, Nº 1, pp. 1-23.

Mitchell, Jean (2010), "Imaging Technology Adoption: The Impact of Self-Referral", Health Affairs Blog, 15 de Abril, http://healthaffairs.org/blog/2010/04/15/imaging-technology-adoption-the-impact-of-self-referral/, acedido a 30 Abril de 2010.

Mitchell, Jean e J. Sunshine (1992), "Consequences of Physicians' Ownership of Health Care Facilities - Joint Ventures in Radiation Therapy", *New England Journal of Medicine*, Vol. 327, Nº 21, pp. 1497-1501.

Mitchell, Jean M. (2007), "The Prevalence of Physician Self-Referral Arrangements After Stark II: Evidence From Advanced Diagnostic Imaging", *Health Affairs (Project Hope)*, Vol. 26, Nº 3, pp. w415-w424.

Mitchell, Jean M. P. (2008), "Utilization Trends for Advanced Imaging Procedures: Evidence From Individuals With Private Insurance Coverage in California", *Medical Care*, Vol. 46, Nº 5, pp. 460-466.

Mol, Michael J. (2007), *Outsourcing: Design, Process and Performance*, Cambridge: Cambridge University Press.

Monteverde, Kirk (1995), "Technical Dialog As an Incentive for Vertical Integration in the Semiconductor Industry", *Management Science*, Vol. 41, Nº 10, pp. 1624-1638.

Morrissey, John (2003), "Outsourcing Tangle", *Modern Healthcare*, Vol. 33, Nº 8, pp. 6-6.

Moschuris, S. e M. Kondylis (2006), "Outsourcing in Public Hospitals: a Greek Perspective", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 20, Nº 1, pp. 4-14.

Moschuris, S. e M. Kondylis (2007), "Outsourcing in Private Healthcare Organisations: a Greek Perspective", *Journal of Health Organization and Management*, Vol. 1, Nº 2, pp. 220-223.

Mota, João e Luis M. De Castro (2004), "A Capabilities Perspective on the Evolution of Firm Boundaries: A Comparative Case Example From the Portuguese Moulds Industry", *Journal of Management Studies*, Vol. 41, Nº 2, pp. 295-316.

Musgrove, Philip (1999), "Public Spending on Health Care: How Are Different Criteria Related?", *Health Policy*, Vol. 47, Nº 3, pp. 207-223.

National Audit Office (1987), "Competitive Tendering for Support Services in the National Health Service", HC318, Londres: HMSO.

Nery, Isabel, Rosa Ruela e José Caria (2010), "Caça Aos Médicos", *Revista Visão*, Nº 4 de Fevereiro de 2010, pp. 78-87.

Neuman, W. Lawrence (2003), *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*, Boston: Pearson Education.

NHS Estates (2004), "Revised Guidance on Contracting for Cleaning", Department of Health, Reino Unido.

NHS Estates (2007), "The National Specifications for Cleanliness in the NHS: a Framework for Setting and Measuring Performance Outcomes", disponível em http://www.nrls.npsa.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=60127&type=full&servicetype=Attachment, acedido em 14 de Junho de 2011.

Nikolic, Irina e Harald Maikisch (2006), "Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview With Case Studies From Recent European Experience", Health, Nutrition and Population Discussion Paper, The World Bank.

Norwood, Andy e George Bishop (2008), "Outsourcing 2008: Patient Care Services and Information Technology", Inquérito patrocinado por Waller Lansden, disponível em: http://www.sitemason.com/files/ly6oKs/Waller%20Lansden%202008%20Outsourcing%20Survey.pdf acedido a 17 de Julho de 2009.

OCDE (2006), "Competition in the Provision of Hospital Services", Directorate for Financial and Enterprise Affairs - Competition Committee, DAF/COMP (2006) 20.

OCDE (2010), "A System of Health Accounts", *Draft* da Segunda Versão, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, Health Committee, acedido em http://www.who.int/nha/sha_revision/SHA_2Part1.pdf, a 28 de Outubro de 2010.

O' Connor, Stephen (2011), "Interview With Eugene S. Schneller, PhD, Professor and Dean's Council of 100 Distinguished Scholars, W. P. Carey School of Business, Arizona State University", *Journal of Healthcare Management*, Vol. 56, Nº 1, pp. 3-8.

Okoroh, M., P. Gombera, Evison John e Martin Wagstaff (2000), "Adding Value to the Healthcare Sector – a Facilities Management Partnering Arrangement Case Study", *Facilities*, Vol. 19, Nº 3/4, pp. 157-163.

Oliveira, Teresa e Stuart Holland (2007), "Alternative Paradigms of Hospital Work Organisation and Health Provision", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 25, Nº 1, pp. 19-37.

OPSS (2004), "Incertezas... Gestão Da Mudança Na Saúde", Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Relatório Publicado a 15 de Junho.

Ovretveit, John (1996), "Beyond the Public-Private Debate: the Mixed Economy of Health", *Health Policy*, Vol. 35, Nº 1, pp. 75-93.

Peisch, Richard (1995), "When Outsourcing Goes Awry", *Harvard Business Review*, Vol. 73, Nº 3, pp. 24-37.

Penrose, Edith (1959), *The Theory of the Growth of the Firm*, Oxford: Blackwell.

Pereira, Vítor (2003), "Doentes Já Não Vão Ter Que Sair Do Hospital Para Fazer Um Raio X Ou Um TAC - Imagiologia Entregue a Privados", O Primeiro de Janeiro, 20 de Dezembro.

Pessoa, Argentino (2009), "Outsourcing and Public Sector Efficiency: How Effective Is Outsourcing in Dealing With Impure Goods?" in Karl Carettas (editor), *Outsourcing, Teamwork and Business Management*, pp. 167-189, New York: Nova Science Publishers.

Pessoa, Argentino (2010), "Reviewing PPP Performance in Developing Countries" in G. Hodge, C. Greve e A. Boardman (editors), *International Handbook on Public-Private Partnerships*, Edward Elgar, disponível em http://www.fep.up.pt/investigacao/workingpapers/10.02.18_wp362.pdf, acedido a 7 de Setembro de 2010.

Peteraf, Margaret A. (1993), "The Cornerstones of Competitive Advantage: a Resource-Based View", *Strategic Management Journal*, Vol. 14, Nº 3, pp. 179-191.

Pfeffer, Jeffrey (1992), *Managing With Power: Politics and Influence in Organizations*, Boston, Massachusets: Harvard Business School Press.

Pfeffer, Jeffrey (2007), "A Modest Proposal: How We Might Change The Process And Product Of Managerial Research", *Academy of Management Journal*, Vol. 50, Nº 6, pp. 1334-1345.

Pfeffer, Jeffrey e Gerald Salancik (1978), *The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective*, New York: Harper & Row.

Pfeffer, Jeffrey e Robert I. Sutton (2006), "Evidence-Based Management", *Harvard Business Review*, Vol. 84, Nº 1, pp. 62-74.

Phelan, Steven E. e Peter Lewin (2000), "Arriving at a Strategic Theory of the Firm", *International Journal of Management Reviews*, Vol. 2, Nº 4, pp. 305-323.

Phelps, Charles (2000), "Information Diffusion and Best Practice Adoption" in Anthony J. Culyer e Joseph P. Newhouse, *Handbook of Health Economics*, pp. 223-264, Amsterdam: Elsevier Science.

Phelps, Charles (2003), *Health Economics*, Boston: Addison Wesley, 3ª edição.

Piotrowski, Julie (2004), "Outsiders Get the Call", *Modern Healthcare*, Vol. 34, Nº 10, pp. 49-60.

Pollock, Allyson M. (2004), *NHS PLC: The Privatisation of Our Health Care*, London: Verso.

Porter, Michael E. (1996), "What Is Strategy?", *Harvard Business Review*, Vol. 74, Nº 6, pp. 61-78.

Porter, Michael E. e Elizabeth Olmsted Teisberg (2007), "How Physicians Can Change the Future of Health Care", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 297, Nº 10, pp. 1103-1111.

Poppo, Laura e Todd Zenger (1998), "Testing Alternative Theories of the Firm: Transaction Cost, Knowledge-Based and Measurement Explanations for Make-or-Buy Decisions in Information Services", *Strategic Management Journal*, Vol. 19, Nº 9, pp. 853-877.

Powell, Thomas C. (2001), "Competitive Advantage: Logical and Philosophical Considerations", *Strategic Management Journal*, Vol. 22, Nº 9, pp. 875-888.

Prahalad, C. K. e Gary Hamel (1990), "The Core Competence of the Corporation", *Harvard Business Review*, Vol. 68, Nº 3, pp. 79-91.

Preker, Alexander, April Harding e Phyllida Travis (2000), ""Make or Buy" Decisions in the Production of Health Care Goods and Services: New Insights From Institutional Economics and Organizational Theory", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 78, Nº 6, pp. 779-790.

Procop, Gary e Washington Winn (2003), "Outsourcing Microbiology and Offsite Laboratories: Implicatons on Patient Care, Cost Savings and Graduate Medical Education", *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Vol. 127, Nº 5, pp. 623-624.

Propper, Carol, Simon Burgess e Denise Gossage (2008), "Competition and Quality: Evidence From the NHS Internal Market 1991-9", *Economic Journal*, Vol. 118, Nº 525, pp. 138-170.

Puig-Junoy, Jaume e Pol Pérez-Sust (2003), "Integración Vertical y Contratación Externa En Los Servicios Generales De Los Hospitales Españoles", Documentos de

Trabajo nº 6 - Fundación BBVA, Centre De Recerca en Economia I Salut - CRES, Universitat Pompeu Fabra.

Quiggin, J. (1996), "Competitive Tendering and Contracting in the Australian Public Sector", *Australian Journal of Public Administration*, Vol. 55, Nº 3, pp. 49-58.

Ribagorda, Miguel (2003), "Archivos Externos De Documentación Clínica" in Mercedes Álvarez (editor), *Documentacion Clínica y Archivo*, pp. 149-174, Madrid: Diaz de Santos.

Ribeiro, José Mendes (2004), "Reforma Do Sector Público Hospitalar: Programa De Empresarialização De 34 Hospitais Portugueses", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático 4, pp. 65-77.

Ribeiro, José Mendes (2009), *Saúde: A Liberdade De Escolher*, Lisboa: Gradiva.

Richardson, G. B. (1972), "The Organisation of Industry", *Economic Journal*, Vol. 82, Nº 327, pp. 883-896.

Robinson, James C. (1994), "The Changing Boundaries of the American Hospital", *The Milbank Quarterly*, Vol. 72, Nº 2, pp. 259-275.

Robinson, James C. (1997), "Physician-Hospital Integration and Economic Theory of the Firm", *Medical Care Research & Review*, Vol. 54, Nº 1, pp. 3-24.

Romano, Michael (2003), "A Piece of the Action", *Modern Healthcare*, Vol. 33, Nº 41, pp. 32-5p.

Roodhooft, F. e L. Warlop (1999), "On the Role of Sunk Costs and Asset Specificity in Outsourcing Decisions: a Research Note", *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 24, Nº 4, pp. 363-369.

Rossetti, Manuel (2008), "Inventory Management Issues in Health Care Supply Chains", documento da Universidade do Arkansas, disponível em http://cihl.uark.edu/Inventory_Management_Issues_in_Health_Care_Final.pdf, acedido a 22 de Dezembro de 2010.

Rousseau, Denise (2006), "Is There Such a Thing As 'Evidence-Based Management'?", *Academy of Management Review*, Vol. 31, Nº 2, pp. 256-269.

Ryan, R., R. Scapens e M. Theobald (2002), *Research Methods and Methodology in Accounting and Finance*, London: Thomson Learning.

Sackett, D. e W. Rosenberg (1995), "The Need for Evidence-Based Medicine", *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 88, Nº 11, pp. 620-624.

Sallant, Priscilla e Don Dillman (1994), *How To Conduct Your Own Survey*, New York: John Wiley.

Saltman, Richard B. (2003), "Melting Public-Private Boundaries in European Health Systems", *The European Journal of Public Health*, Vol. 13, Nº 1, pp. 24-29.

Santos, António (1998), *Outsourcing e Flexibilidade: Uma Ferramenta De Gestão Para o Século XXI*, Lisboa: Texto Editor.

Santos, António (2009), "Avaliação Do Impacto Da Criação De Unidades Centralizadas De Preparação De Nutrição Parentérica No Contexto Hospitalar", Tese de Mestrado, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto.

Santos, José (1999), "Todos Os Gestores 'Sabem' Teorias Da Empresa" in Miguel Cunha (editor), *Teoria Organizacional: Perspectivas e Prospectivas*, pp. 15-46, Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Saunders, C., M. Gebelt e Q. Hu (1997), "Achieving Success in Information Systems Outsourcing", *California Management Review*, Vol. 39, Nº 2, pp. 63-79.

Saunders, Mark, Philip Lewis e Adrian Thornhill (2009), *Research Methods for Business Students*, Edinburgh: Pearson.

Savas, Emanuel (1987), *Privatization: the Key to Better Government*, Chatam: Chatam House.

Savas, Emanuel (2000), *Privatization and Public-Private Partnerships*, New York: Chatham House.

Schneller, E. S. e F. G. Williams (1989), "Contract Management Requires Strategic Planning", *Healthcare Financial Management: Journal Of The Healthcare Financial Management Association*, Vol. 43, Nº 3, pp. 56-57,61.

Sclar, E. (2000), *You Don't Always Get What You Pay for: The Economics of Privatization*, Ithaca: Cornell University Press.

Shaw, R. Paul (1999), "New Trends in Public Sector Management in Health: Applications in Developed and Developing Countries", World Bank Institute, disponível em http://www.worldbank.org/wbi/healthflagship/dl_paul.pdf.

Sheskin, David (2007), *Handbook of Parametric and Nonparametric Statistical Procedures*, New York: Chapman & Hall.

Shleifer, Andrew (1998), "State Versus Private Ownership", *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 12, Nº 4, pp. 133-150.

Silveira, Teresa (2008), "O SNS e Os Subsistemas Desvalorizam a Qualidade Dos Equipamentos", Jornal Vida Económica, 14 de Novembro.

Simões, Jorge, Manuel Teixeira, Pedro Pita Barros, João Pereira, Paulo Moreira, Ana Sofia Ferreira, Maria Menchero, Mónica Oliveira, Alberto Hespanhol, Paulo Ferreira e Sofia Silva (2007), "Relatório Final Da Comissão Para a Sustentabilidade Do Financiamento Do SNS", Lisboa.

Skelcher, Chris (2007), "Public-Private Partnerships and Hybridity" in Ewan Ferlie, Lawrence Lynn e Christopher Pollitt (editors), *The Oxford Handbook of Public Management*, pp. 347-370, Oxford: Oxford University Press.

Smith, Briony (2007), "What Gets Measured: Contracting for Delivery", The Serco Institute.

Smith-Bindman, Rebecca, Diana L. Miglioretti e Eric B. Larson (2008), "Rising Use Of Diagnostic Medical Imaging in A Large Integrated Health System", *Health Affairs*, Vol. 27, Nº 6, pp. 1491-1502.

Solomon, Daniel H., Hideki Hashimoto, Lawren Daltroy e Matthew H. Liang (1998), "Techniques to Improve Physicians' Use of Diagnostic Tests: A New Conceptual Framework", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 280, Nº 23, pp. 2020-2027.

Solovy, Alden (1996), "No, You Do IT", *Hospitals & Health Networks*, Vol. 70, Nº 20, pp. 40-46.

Stack, Martin, Myles Gartland e Timothy Keane (2007), "The Offshoring of Radiology: Myths and Realities", *SAM Advanced Management Journal*, Vol. 72, Nº 1, pp. 44-51.

Stake, Robert (1994), "Case Studies" in Norman Denzin e Yvonna Lincoln (editors), *Handbook of Qualitative Research*, pp. 236-247, Thousand Oaks: Sage.

States Services Authority (2005), "Review of the Provision of Hospital Ancillary and Food Services", Melbourne, disponível em http://www.ssa.vic.gov.au/CA2571410025903D/WebObj/HA&FSReport/$File/HA&FSReport.pdf, acedido a 22 de Outubro de 2009.

Stevens, S. (1946), "On the Theory of Scales of Measurement", *Science*, Vol. 103, Nº 2684, pp. 677-680.

Stigler, G. (1951), "The Division of Labor Is Limited by the Extent of the Market", *Journal of Political Economy*, Vol. 59, Nº 3, pp. 185-193.

Studdert, David M., Michelle M. Mello, William M. Sage, Catherine M. DesRoches, Jordon Peugh, Kinga Zapert e Troyen A. Brennan (2005), "Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment", *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, Vol. 293, Nº 21, pp. 2609-2617.

Sturgess, Gary, Briony Smith, Peter May e Alexis Sotiropoulos (2007a), "Competitive Edge: Does Contestability Work?", The Serco Institute, London.

Sturgess, Gary, Briony Smith, Peter May e Alexis Sotiropoulos (2007b), "Competitive Edge: The Evidence", The Serco Institute, London.

Sunseri, Reid (1999), "Outsourcing on the Outs", *Hospitals & Health Networks*, Vol. 73, pp. 46-52.

Tashakkori, Abbas e Charles Teddlie (1998), "Introduction of Mixed Method and Mixed Model Studies in the Social and Behavioral Sciences" in Abbas Tashakkori e Charles Teddlie (editors), *Mixed Methodology: Combining Qualitative and Quantitative Approaches*, pp. 3-19, Thousand Oaks: Sage.

Taylor, Matthew (2007), "Hospital's Elective Surgery May Be Put in Hands of Private Firm", *The Guardian*, 6 de Agosto.

Taylor, Rob e Simon Blair (2002), "Public Hospitals: Options for Reform Through Public-Private Partnerships", Public Policy for the Private Sector, N. 241, The World Bank Group.

Teece, David J., Gary Pisano e Amy Shuen (1997), "Dynamic Capabilities and Strategic Management", *Strategic Management Journal*, Vol. 18, Nº 7, pp. 509-533.

Tempo Medicina (2007), "Alargar o Horário Dos Blocos Pode Ser Necessário", 26 de Novembro.

Terry, Nicolas (2007), "Under-Regulated Health Care Phenomena in a Flat World: Medical Tourism and Outsourcing", *Western New England Law Review*, Vol. 29, pp. 421-472.

The Economist Intelligence Unit (2006), "A Case for Outsourcing?", *Business Europe*, Vol. 46, Nº 16, pp. 2-2.

The Lancet (2005), "MRSA: How Politicians Are Missing the Point", *The Lancet*, Vol. 365, pp. 1203-1203.

Thrall, James (2007a), "Changing Relationships Between Radiologists and Hospitals - Part I. Background and Major Issues", *Radiology*, Vol. 245, Nº 3, pp. 633-637.

Thrall, James (2007b), "Teleradiology Part I. History and Clinical Applications", *Radiology*, Vol. 243, Nº 3, pp. 613-617.

Thrall, James (2008), "Changing Relationships Between Radiologists and Hospitals - Part II. Contracts and Resolution of Issues", *Radiology*, Vol. 246, Nº 2, pp. 343-347.

Towne, Jennifer e Suzanna Hoppszallern (2003), "13th Annual Contract Management Survey", *Hospitals & Health Networks*, Vol. 77, Nº 10, pp. 52-56.

Tribunal de Contas (2010), "Auditoria De Resultados à Contratação Externa De Serviços Médicos Pelas Unidades Hospitalares Do Serviço Nacional De Saúde", Relatório de Auditoria Nº 19/2010, Processo nº 29/09-AUDIT, disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2010/audit-dgtc-rel019-2010-2s.pdf, acedido a 24 de Novembro de 2010.

Turrini, Alessandro (2004), "Public Investment and the EU Fiscal Framework", Economic Papers, Nº 202, Comissão Europeia, Bruxelas, disponível em http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication734_en.pdf, acedido a 23 de Outubro de 2009.

Valente, Maria Do Céu (2010), "Contratualização Em Contexto Hospitalar", *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático sobre Contratualização, Nº 9, pp. 25-39.

Vaz, Artur (1998), "Breve Reflexão Sobre Outsourcing Hospitalar Numa Perspectiva Estratégica", *TecnoHospital*, Vol. 1, Nº 1, pp. 18-19.

Veloso, Germany e Ana Maria Malik (2010), "Avaliação Dos Recursos e Capacidades Nas Decisões De Terceirização Em Hospitais", Apresentado no SIMPOI - XIII Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais, Brasil e disponível em http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2010/artigos/E2010_T00071_PCN71779.pdf, acedido a 17 de Março de 2011.

Vining, Aiden R. e Steven Globerman (1999), "Contracting-Out Health Care Services: A Conceptual Framework", *Health Policy*, Vol. 46, Nº 2, pp. 77-96.

Walsh, Kieron (1995), *Public Services and Market Mechanisms: Competition, Contracting and the New Public Management*, London: McMillan Press.

Walshe, Kieran (2006), "Research, Evaluation and Evidence-Based Management" in Kieran Walshe e Judith Smith (editors), *Healthcare Management*, pp. 479-496, Maidenhead: Open University Press.

Walshe, Kieran e Thomas G. Rundall (2001), "Evidence-Based Management: From Theory to Practice in Health Care", *Milbank Quarterly*, Vol. 79, Nº 3, pp. 429-457.

Walston, Stephen Lee e John Kimberly (2001), "Institutional and Economic Influences on the Adoption and Extensiveness of Managerial Innovation in Hospitals: The Case of Reengineering", *Medical Care Research & Review*, Vol. 58, Nº 2, pp. 194-228.

Watcher, R. M. (2006), "The 'Dis-Location' of U.S. Medicine - The Implications of Medical Outsourcing", *The New England Journal of Medicine*, Vol. 354, Nº 7, pp. 661-665.

Wennberg, J. E. (1984), "Dealing With Medical Practice Variations: a Proposal for Action", *Health Affairs*, Vol. 3, Nº 2, pp. 6-32.

Wernerfelt, Birger (1984), "A Resource-Based View of the Firm", *Strategic Management Journal*, Vol. 5, Nº 2, pp. 171-180.

Wernerfelt, Birger (1995), "The Resource-Based View of the Firm: Ten Years After", *Strategic Management Journal*, Vol. 16, Nº 3, pp. 171-174.

Williamson, Oliver E. (1971), "The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations", *American Economic Review*, Vol. 61, Nº 2, pp. 112-123.

Williamson, Oliver E. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York: The Free Press.

Williamson, Oliver E. (1979), "Transaction-Cost Economics: The Governance of Contractual Relations", *Journal of Law & Economics*, Vol. 22, Nº 2, pp. 233-261.

Williamson, Oliver E. (1983), "Credible Commitments: Using Hostages to Support Exchange", *American Economic Review*, Vol. 73, Nº 4, pp. 519-540.

Williamson, Oliver E. (1985), *The Economic Institutions of Capitalism*, New York: Free Press.

Williamson, Oliver E. (1991a), "Comparative Economic Organization: The Analysis of Discrete Structural Alternatives", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 36, Nº 2, pp. 269-296.

Williamson, Oliver E. (1991b), "Strategizing, Economizing and Economic Organization", *Strategic Management Journal*, Vol. 12, Nº 8, pp. 75-94.

Williamson, Oliver E. (1998), "Transaction Cost Economics: How It Works: Where It Is Headed", *De Economist*, Vol. 146, Nº 1, pp. 23-58.

Williamson, Oliver E. (1999), "Strategy Research: Governance and Competence Perspectives", *Strategic Management Journal*, Vol. 20, Nº 12, pp. 1087-1108.

Willmott, Hugh (1993), "Breaking the Paradigm Mentality", *Organization Studies*, Vol. 14, Nº 5, pp. 681-719.

Winter, Sidney G. (2003), "Understanding Dynamic Capabilities", *Strategic Management Journal*, Vol. 24, Nº 10, pp. 991-995.

Wood, Douglas, Peter Barrar e Katherine O'Sullivan (1996), "Outsourcing Finance Activities: a Practical Approach for Small and Medium Enterprises", Relatório apresentado por uma comissão de investigadores da *Manchester Business School* ao *Board for Chartered Accountants in Business*.

World Health Organization (1993), *Investing in Health (World Development Report)*, New York: Oxford University Press.

World Health Organization (2000), "Health Systems: Improving Performance", The World Health Report.

Yigit, Vahit, Dilaver Tengilimoglu, Adnan Kisa e Mustafa Zeedan Younis (2007), "Outsourcing and Its Implications for Hospital Organizations in Turkey", *Journal of Health Care Finance*, Vol. 33, Nº 4, pp. 86-92.

Yin, Robert (2009), *Case Study Research: Design And Methods*, California: Sage Publications.

Young, Suzanne (2005a), "Outsourcing in the Australian Health Sector: The Interplay of Economics and Politics", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 18, Nº 1, pp. 25-36.

Young, Suzanne (2005b), "Why Outsource and What Makes It Work? Alternative Arrangements for Work in the Health Sector", *Proceedings of the 19th Conference of the Association of Industrial Relations Academics of Australia and New Zealand*, pp. 573-581, The University of Sydney, Australia.

Young, Suzanne e Joahanna MacNeil (2000), "When Performance Fails to Meet Expectations: Managers' Objectives for Outsourcing", *The Economic and Labour Relations Review*, Vol. 11, Nº 1, pp. 136-168.

Zenger, Todd R. e William S. Hesterly (1997), "The Disaggregation of Corporations: Selective Intervention, High-Powered Incentives, and Molecular Units", *Organization Science*, Vol. 8, Nº 3, pp. 209-234.

Zollo, Maurizio e Sidney G. Winter (2002), "Deliberate Learning and the Evolution of Dynamic Capabilities", *Organization Science*, Vol. 13, Nº 3, pp. 339-351.

ANEXOS

Anexo I: Caracterização da Organização Interna de um Hospital

1. Introdução

Este anexo procura descrever a estrutura de organização habitual de um hospital. Com essa finalidade, procura-se comparar o modelo americano descrito no livro "*Hospitals: What They Are and How They Work*", de Griffin (2006) com o modelo português. Na análise da realidade nacional, mostraram-se particularmente úteis os organogramas e os regulamentos internos disponíveis nos sites dos hospitais públicos. Tipicamente, as instituições públicas portuguesas encontram-se organizadas em várias áreas distintas:

- Serviços de prestação de cuidados de saúde (englobando serviços de acção médica e serviços complementares de diagnóstico e terapêutica);
- Serviços de suporte à prestação de cuidados (ou serviços de apoio clínico);
- Serviços administrativos, logísticos e de apoio geral (ou serviços de apoio à gestão, logística e instalações).

Como se evidenciará nos pontos seguintes, não existe um organograma comum a todos os hospitais. A heterogeneidade estrutural, presente também em países como a Inglaterra e os EUA (Healthcare Commission (2005); Griffin (2006)), decorre, naturalmente da variedade de dimensões e de âmbito de actividade.

2. Serviços de Prestação de Cuidados (Clínicos ou Assistenciais)

A estrutura organizacional pode contemplar a existência de serviços de prestação de cuidados como os seguintes: Anatomia Patológica; Anestesiologia; Angiologia-Cirurgia Vascular; Cardiologia; Cirurgia Cardiotorácica; Cirurgia Geral; Cirurgia Pediátrica; Cirurgia Plástica; Dermatologia; Endocrinologia; Estomatologia; Gastroenterologia; Ginecologia/Obstetrícia; Hematologia Clínica; Imagiologia; Imunoalergologia; Imunohemoterapia; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Interna; Nefrologia; Neurocirurgia; Neurologia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Patologia Clínica; Pediatria Médica; Pneumologia; Psiquiatria e Saúde Mental; Reumatologia; Urgência e Urologia.

Estes serviços podem actuar nas seguintes áreas: internamento; cirurgia do ambulatório[1]; consulta externa; hospital de dia; serviços domiciliários; urgência e meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Habitualmente, as áreas de actividade "urgência" e "meios complementares de diagnóstico e terapêutica" são realizadas por serviços fundamentalmente destinados a tais actividades, como o "Serviço de Urgência" ou como o "Serviço de Imagiologia". Há muitos anos atrás, o serviço de urgência era designado por "Serviço de Acidentes" (*accident room*) destinando-se ao tratamento de doentes que enfrentavam necessidades cirúrgicas resultantes de acidentes (de viação, domésticos ou de trabalho). Com o final da Segunda Guerra Mundial, as faculdades de medicina e os hospitais universitários criaram as "superespecialidades" e o clínico geral foi "perdendo terreno" no cenário médico (Griffin (2006)). Rapidamente, os doentes perceberam que não tinham a quem recorrer em caso de pequenas doenças ou queixas. A porta geralmente aberta (e que oferecia menos resistência) era a do serviço de urgência. Em vários países, este serviço tornou-se uma clínica médica, aberta 24 horas por dia, 7 dias por semana. A partir do momento em que a medicina de emergência foi reconhecida como uma especialidade médica nalguns países (por exemplo, em 1979, nos EUA)[2], vários hospitais passaram a contratar tais especialistas para a prestação deste tipo de serviços.

[1] Nos últimos anos, uma das maiores alterações na prestação de cuidados de saúde nos hospitais tem sido o crescimento da actividade em ambulatório, possibilitado pelos avanços tecnológicos que permitiram tornar mais seguras e menos invasivas algumas técnicas de cuidados e incentivado pela necessidade de reduzir os elevados custos associados aos internamentos. As cirurgias de ambulatório podem ser realizadas num bloco operatório convencional, ou num bloco concebido especificamente para esse fim, e que poderá até não estar incluído no *campus* hospitalar (Griffin (2006)). Segundo um especialista no sector da saúde (referido por Romano (2003)), enquanto, no início dos anos 90, cerca de 70% do rendimento dos hospitais americanos era proveniente das actividades de internamento, em inícios de 2000, cerca de 70% do rendimento dos hospitais era já proveniente das actividades de ambulatório.

[2] Em 2001, em Portugal, a Ordem dos Médicos publicou um documento regulamentador da Competência em Emergência Médica. Assumiu-se um carácter polivalente e transversal, sendo a Competência aberta à inscrição de qualquer médico, de qualquer especialidade ou sem especialidade, incluindo internos complementares, que cumpram os requisitos (informação do site da Ordem dos Médicos, acedida a 4 de Outubro de 2010).

3. Exames e Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

De acordo com o exposto no ponto anterior, os serviços que se dedicam fundamentalmente à realização de exames complementares de diagnóstico e terapêutica são, muitas vezes, englobados numa "categoria" particular dos serviços de prestação de cuidados sendo considerados "serviços complementares de diagnóstico e terapêutica".[3] [4]

3.1 Laboratórios Clínicos (Anatomia Patológica, Imunohemoterapia e Patologia Clínica)

Os laboratórios clínicos ou de patologia têm uma origem relativamente recente. Durante a Primeira Guerra Mundial, os médicos aperceberam-se da importância destes serviços, o que conduziu ao aumento da procura. Constituem funções dos laboratórios clínicos:

- No âmbito da Patologia Clínica ou Medicina Laboratorial: fornecer informação que ajude os profissionais de saúde no diagnóstico, prognóstico, terapêutica e prevenção de doenças, através da realização de análises (exames laboratoriais) ao sangue, fezes, urina e outros produtos biológicos[5]. A maioria dos serviços de patologia clínica enquadra-se nas seguintes categorias ou valências: Bioquímica ou Química Clínica, Microbiologia, Hematologia, Imunologia, Endocrionologia laboratorial e Genética[6].

[3] Em Portugal, há legislação que contempla os dois tipos de serviços. Assim, o Decreto-Lei N.º 188/2003, no artigo 19º, prevê não apenas a existência de Serviços de Acção Médica, como também de Serviços Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. O INE, por seu turno, faz a desagregação entre "Serviços Complementares de Diagnóstico" (unidade orgânico-funcional dotada de recursos especializados, onde se realizam exames e testes diversos, cujos resultados são necessários à efectivação de diagnóstico clínico) e "Serviços Complementares de Terapêutica" (unidade orgânico-funcional dotada de recursos especializados, destinada a prestar cuidados curativos após diagnóstico), mas reconhece que os primeiros podem, em determinadas situações, realizar simultaneamente actos de diagnóstico e terapêutica.

[4] Segundo Griffin (2006), nos EUA, o que distingue estes serviços, designados por *ancillary services*, que estão, também, sob orientação de um médico, é que os cuidados prestados são facturados ao doente (embora possam ser pagos por uma terceira entidade). Todavia, em Portugal, nos hospitais oficiais públicos não existe a possibilidade de facturar individualmente este serviços (excepto quando estão em causa subsistemas de saúde), já que se consideram incluídos no pagamento dos episódios de internamento, de consulta ou urgência. Taylor e Blair (2002) designam estes serviços por "*clinical support services*" no caso de serviços como a Imagiologia e os Laboratórios ou por "*specialized clinical services*" no caso de serviços como a litotrícia ou cirurgias simples como as operações às cataratas.

[5] Esta definição inspira-se na definição de "análise clínica" do Instituto Nacional de Estatística, em vigor desde 26 de Novembro de 2002.

[6] Os exames bioquímicos analisam, por exemplo, os níveis de enzimas, hormonas, proteínas, colesterol, minerais, etc. no sangue e em outros fluídos; a Microbiologia estuda microorganismos, procurando detectar a presença de bactérias, vírus, fungos e parasitas e analisando, por exemplo, o modo como as bactérias reagem a diferentes antibióticos (Healthcare Commission (2005)); a Hematologia é o ramo da

- No âmbito da Imunohemoterapia ("Banco de sangue"): atender e orientar todas as solicitações de sangue e/ou derivados, oriundas dos diferentes serviços da instituição ou outros, com os quais exista protocolo de cooperação, bem como atender os utentes com "doenças do sangue". Para respeitar a legislação vigente, é necessário respeitar uma série de regras relativas ao processamento, armazenamento, diagnóstico ou exclusão de possíveis infecções virais e outras doenças transmissíveis pelo sangue, bem como estudar as causas de possíveis reacções transfusionais.
- No âmbito da Patologia Cirúrgica ou Anatomia Patológica: tratamento e observação macro e microscópica de tecidos biológicos, colhidos em organismos vivos (através de cirurgias, por exemplo) ou cadáveres, com vista à detecção de anomalias e deformações nas estruturas celulares, conseguindo assim realizar diagnósticos (de cancro, por exemplo)[7].

3.2 Imagiologia

Por meio das técnicas da Imagiologia, o médico pode observar e analisar a estrutura interna do corpo humano sem necessidade de uma incisão cirúrgica. Os exames permitem constatar a existência de fracturas ósseas e obstruções de vasos, alterações de forma e posição de órgãos etc. Os raios X foram descobertos, em 1895, por um professor de física alemão, Wilhelm Roentgen. Durante a primeira guerra mundial, os raios X foram muito utilizados para diagnóstico e controle do tratamento de fracturas e para a localização de corpos estranhos (como balas). As primeiras pesquisas no sector revelaram que grandes doses de radiação provocavam, após algum tempo, manchas

biologia que estuda a "saúde" do sangue, verificando por exemplo, a sua composição em termos de células (glóbulos vermelhos, brancos e plaquetas) e a velocidade de sedimentação. Por seu turno, a Imunologia estuda as reacções imunitárias do organismo, isto é, o estado de resistência de um organismo a factores patogénicos. Refira-se ainda que o documento de trabalho da ACSS, de Janeiro de 2009, com a proposta de requisitos a satisfazer por unidades privadas que pretendam exercer actividades de patologia clínica, para além das valências já referidas prevê a existência das valências de monitorização de fármacos e toxicologia clínica, bem como de patologia molecular.

[7] De acordo com o INE, a anatomia patológica é uma "especialidade médica que desenvolve o estudo científico das alterações funcionais e estruturais (macroscópicas, microscópicas, celulares e moleculares) das doenças com o objectivo de identificar as suas causas, para permitir a prática de uma medicina preditiva e preventiva adequadas, bem como a terapêutica eficaz e o prognóstico das doenças". Os exames de tecidos designam-se por exames histológicos ou histopatológicos, enquanto os exames de células se designam por exames citológicos.

vermelhas na pele ou mesmo queimaduras e úlceras. Mesmo pequenas doses, se repetidas, poderiam originar lesões graves. A utilização dos raios X com finalidade terapêutica baseia-se, assim, na sua acção destruidora e modificadora sobre os tecidos, especialmente nos casos de neoplasias, porque destrói mais facilmente as células malignas do que os tecidos normais. Isso deu origem a uma disciplina autónoma designada radioterapia.

Antigamente os serviços de Imagiologia eram designados por serviços de Radiologia. Todavia, com o aparecimento da tecnologia de Ressonância Magnética (que utilizam a energia electro-magnética, em vez da radiação, para produzir imagens), bem como das máquinas de ultra-som (que utilizam ondas de som e a captação do seu eco para dar origem a imagens), aquele termo tornou-se desadequado (Griffin (2006), p. 101).

Embora, nos EUA, um número crescente de hospitais realize os procedimentos radiológicos de diagnóstico e terapêutica em centros independentes dos hospitais (Griffin (2006), p. 105)[8], em Portugal, a maioria dos hospitais (ainda) possui Serviços de Imagiologia próprios que estão habitualmente divididos em Radiologia, Radioterapia e Medicina Nuclear. Nalguns hospitais de maior dimensão existem ainda os Serviços de Neuroradiologia e Neurofisiologia.

Num serviço de Imagiologia são usadas várias técnicas de obtenção de imagem ou de tratamento. De acordo com o Manual de Boas Práticas de Radiologia[9], os vários exames estão agrupados nas seguintes áreas: radiologia convencional, ecotomografia, tomografia computorizada, ressonância magnética, radiologia de intervenção, angiografia geral e osteodensitometria.

Radiologia convencional. Para além das radiografias, engloba a radioscopia e as radiografias estereoscópicas. A *radiografia ou imagem radiográfica* é uma imagem estática, ao contrário da radioscopia, e representa um dado momento da evolução

[8] Estes centros são designados por *freestanding imaging centers* correspondendo, de certa forma aos "centros de diagnóstico e terapêutica" em Portugal (que são, segundo o INE, "estabelecimentos de saúde dotados de recursos especializados onde se realizam exames ou procedimentos de diagnóstico ou de terapêutica,).

[9] Aprovado por Despacho N.º 258/2003 do Secretário de Estado da Saúde, de 10 de Dezembro de 2002 (publicado no Diário da República de 8 de Janeiro de 2003).

temporal do objecto em estudo (é como uma fotografia que se obtém mediante a projecção da radiação que atravessou o corpo em estudo sobre um filme fotográfico, que depois é revelado). Na *Radioscopia ou Fluoroscopia*, a imagem radioscópica é obtida pela projecção dos raios X que atravessam o corpo a ser estudado numa placa ou ecrã (tela) fluorescente que emite luz visível ao ser estimulada pela radiação invisível dos raios X. Este fenómeno, designado por fluorescência, permite a observação imediata da imagem radiológica, bem como das suas variações temporais. As *Radiografias Estereoscópicas* são duas radiografias tiradas de ângulos ligeiramente diferentes e que ao serem examinadas num instrumento próprio (estereoscópio de Wheatstone) proporcionam o efeito de uma visão tridimensional.

Ecografias, ecotomografias ou ultra-sonografias. É um método de diagnóstico que utiliza o eco produzido por ultrasons para visualizar, em tempo real, os reflexos das estruturas e órgãos do organismo. A ultra-sonografia permite também, através do efeito *doppler*, conhecer o sentido e a velocidade de fluxos sanguíneos, permitindo diagnosticar problemas circulatórios. Por não utilizar radiação ionizante, como na radiografia e na tomografia computadorizada, é um método inócuo, barato e ideal para inúmeras situações como, por exemplo, avaliar gestantes.

Tomografia Computorizada (TC). A tomografia axial computadorizada foi criada, na década de 1970, pelo britânico Godfrey Hounsfield e pelo americano Allan Cormack. É um exame em que, após a submissão do corpo a uma sucessão de raios X, um computador reconstrói a imagem do órgão em estudo, numa série de secções ou planos. A técnica permite que órgãos de tecidos moles, como o fígado e o rim, sejam claramente diferenciados nas imagens reconstruídas pelo computador. A tomografia fornece uma quantidade imensamente maior de informações úteis ao diagnóstico do que uma simples radiografia. Enquanto um raio x só permite visualizar um osso partido ou fracturado, uma TC também permite diagnosticar uma infecção ou hemorragia. Algumas tomografias utilizam imagem a três dimensões permitindo a rotação de imagens, obtendo-se, assim, diferentes perspectivas dos vários tecidos.

Ressonância Magnética (RM). Enquanto a tomografia computorizada utiliza a radiação para produzir imagens, a ressonância magnética permite visualizar a anatomia interna

sem utilizar radiação ionizante. Forças magnéticas muito intensas fazem com que os protões das moléculas do corpo girem e se alinhem, dando origem a sinais de energia que são medidos por frequência de rádio e transformados em imagens do corpo.

Radiologia de intervenção. A radiologia de intervenção utiliza técnicas invasivas, apoiadas por métodos de imagem, para diagnóstico e terapêutica (por exemplo, drenagens, biópsias e colocação de próteses). Existe a convicção de que estes procedimentos vão ter uma importância cada vez maior na medicina (European Society of Radiology (2010b)), uma vez que permitem níveis mínimos de invasão, mas existem dúvidas se serão realizadas por radiologistas de intervenção ou por outros especialistas.

Angiografia geral. Um angiograma consiste na visualização por radiografia da anatomia do coração e vasos sanguíneos depois da introdução intravascular de meio de contraste radiopaco. A angiografia consiste no estudo e interpretação médica do angiograma.

Osteodensitometrias ou Densitometias Ósseas. Estes exames desempenham um papel importante na medição da densidade óssea, permitindo a detecção da osteoporose e do seu comportamento e evolução.

Medicina Nuclear. Diz-se, habitualmente, que a Medicina Nuclear está para a Fisiologia como a Radiologia para a Anatomia. A Fisiologia estuda as múltiplas funções mecânicas, físicas e bioquímicas nos seres vivos, isto é, estuda o funcionamento do organismo[10]. Engloba exames como as cintiligrafias, os PET e os PET- CT.

a) *Cintilografias, cintigrafias ou gamagrafias.* A Medicina Nuclear permite observar o estado fisiológico dos tecidos, de forma não invasiva, através da marcação de moléculas participantes nesses processos fisiológicos com marcadores radioactivos, que assinalam a sua localização, com a emissão de partículas detectáveis ou raios gama (fotom). Os marcadores radioactivos contêm uma pequena quantidade de um elemento radioactivo que se une aos

[10] Enquanto, nos EUA, a medicina nuclear continuou inserida nos serviços de Radiologia, na Europa, em muitos países, tornou-se uma especialidade autónoma, a funcionar em departamentos próprios (European Society of Radiology (2010b)).

órgãos. O agente utilizado depende do órgão que está a ser estudado. Uma câmara regista a radioactividade emitida pelo órgão e pelo tecido envolvente e é produzida uma imagem (cintilograma ou cintigrama).

b) *Tomografia por emissão de positrões (PET).* Este tipo de exame consiste na injecção de uma substância radioactiva e permite obter imagens tridimensionais do corpo humano que informam acerca do estado funcional ou metabólico dos órgãos. Uma das diferenças fundamentais relativamente às cintigrafias convencionais é que o radiofármaco utilizado tem um "tempo de semi-vida" muito curto, isto é, a cada 2 horas reduz-se a metade a quantidade inicial da substância e, portanto, não pode ser armazenado. A grande vantagem da PET em relação à cintilografia convencional e aos demais exames de diagnóstico por imagem é que é capaz de detectar áreas mínimas de tumor (até 4 mm), pelo que permite o seu diagnóstico numa fase inicial da doença. Para além da oncologia, este exame é particularmente importante no diagnóstico de doenças das artérias coronárias, evitando a utilização de procedimentos invasivos como o cateterismo cardíaco. Além disso, este exame tem sido utilizado para diagnosticar enfartes, tumores cerebrais, epilepsia, doença de Alzheimer e esquizofrenia.

c) *Tomografia de emissão de positrões conjugada com a tomografia computorizada (PET-CT).* Apesar das imagens de PET serem altamente informativas da presença do tumor, muitas vezes, não se consegue identificar com precisão a sua localização num determinado órgão. Os aparelhos de PET de última geração são híbridos, isto é, associam num mesmo equipamento, o PET e um tomógrafo convencional (CT), permitindo, assim, localizar muito precocemente e com alta precisão as pequenas lesões tumorais.

Radioterapia. Geralmente, os hospitais de maior dimensão possuem uma Unidade de Radioterapia que utiliza radiações ionizantes, com a finalidade de destruir células tumorais. Inicialmente as terapias por radiação eram também utilizadas com a finalidade de aliviar a dor (situações de artrite, herpes-zoster e outras), mas, à medida que aumentou o conhecimento sobre os seus possíveis efeitos nocivos, a radioterapia passou a ser utilizada quase exclusivamente no tratamento de neoplasias.

3.3 Medicina Física e de Reabilitação

A Medicina Física e de Reabilitação teve um grande desenvolvimento nos períodos subsequentes às grandes guerras, em que houve necessidade de criar e/ou reestruturar instituições dirigidas à readaptação e reintegração profissional dos incapacitados e lesionados em combate. Assim, para além da "avaliação da funcionalidade", um dos seus "objectivos fundamentais é o de procurar contribuir (…) para a reabilitação/recuperação do indivíduo afectado funcionalmente por uma doença ou um traumatismo"[11]. Os fisiatras (médicos com a especialidade de medicina física e reabilitação) actuam em articulação com os técnicos fisioterapeutas. As principais terapêuticas efectuadas são:

- Física (conhecida como Fisioterapia), realizada geralmente num ginásio.
- Ocupacional, procurando tratar incapacidades físicas e ensinar aos doentes técnicas de compensação que lhes permitam realizar as actividades diárias.
- Fala, tentando corrigir dificuldades na fala ou reeducar um doente que possa ter perdido a capacidade de falar devido, por exemplo a um acidente vascular cerebral.

Em suma, procura-se "promover a saúde e prevenir a doença, a deficiência, a incapacidade e a inadaptação e/ou tratar, habilitar ou reabilitar indivíduos com disfunções de natureza física, mental, de desenvolvimento ou outras (incluindo a dor) com o objectivo de maximizar a sua funcionalidade e qualidade de vida" (Decreto-Lei nº 564/99, artigo 25º).

3.4 Outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica

Há ainda outros meios complementares de diagnóstico e terapêutica que, tradicionalmente, não são efectuados no Serviço de Imagiologia, mas sim noutros serviços clínicos, como a Cardiologia, a Neurologia, a Gastroenterologia, a Urologia, a Pneumologia, etc, constituindo, por isso, áreas de actividade destes serviços (cf. 2. Serviços de Prestação de Cuidados (Clínicos ou Assistenciais)).

[11] Conforme é referido no documento que estabelece a "Rede de Referenciação Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação" (que pode ser acedido em http://www.i-cidadao.org/).

Electrocardiografia. O electrocardiograma (ECG) é um exame de diagnóstico de anomalias cardíacas utilizado nas mais diversas situações (por exemplo, é um exame pré-operatório fundamental). O exame pode prolongar-se por 24 horas, situação em que é designado por traçado de Holter.

Cateterismo. É um exame em que se introduz um cateter num canal ou conduto naturais do organismo (uretra, esófago, vasos sanguíneos, etc.) com finalidade diagnóstica ou terapêutica. Na área da cardiologia, por exemplo, o cateterismo consiste na visualização de "obstruções" nos vasos sanguíneos, geralmente formadas por placas de aterosclerose. No momento da realização do exame, pode-se concluir que é necessário desobstruir os vasos (intervenção terapêutica designada por *angioplastia*) o que pode ser feito, no momento, através da colocação de uma prótese (*stent)*[12].

Terapias e provas respiratórias. As terapias respiratórias eram conhecidas como terapias de inalação (de oxigénio, por exemplo). Para além dessas terapias, os cuidados respiratórios realizam estudos da função pulmonar (provas funcionais respiratórias que medem a capacidade pulmonar dos doentes, o que se revela particularmente útil na medicina desportiva e no diagnóstico de doenças associadas ao tabaco) e gasimetrias. Em Portugal, as terapias respiratórias são habitualmente realizadas, quer pelo Serviço de Pneumologia, quer pelo Serviço de Medicina Física e Reabilitação.

Electroencefalogramas. Estes exames (EEG) geralmente são realizados nos serviços de Neurologia ou Neurocirurgia e permitem estudar a actividade eléctrica do sistema nervoso central e periférico do doente. Inicialmente, estes testes eram fundamentalmente utilizados para diagnosticar as causas de convulsões. Mais recentemente, a sua utilização tem-se generalizado na análise de situações como dores de cabeça moderadas, tonturas e doenças do sono.

Hemodiálise e diálise peritoneal. Os pacientes que, por qualquer motivo, perderam a função renal e, irreparavelmente, atingiram a fase terminal da doença têm, hoje, três métodos de tratamento: o transplante renal, a hemodiálise e a diálise peritoneal. A

[12] Um *stent* é um pequeno dispositivo constituído por uma rede aramada que é colocada na parede interna do vaso desobstruído durante a angioplastia, para impedir novo estrangulamento.

diálise é um processo artificial que serve para retirar, por filtração, todas as substâncias indesejáveis acumuladas pela insuficiência renal crónica. Isto pode ser efectuado usando a membrana filtrante do rim artificial (hemodiálise) e/ou da membrana peritoneal que reveste a cavidade abdominal do corpo humano (diálise peritoneal). A diálise peritoneal pode ser realizada no domicílio do paciente.

Endoscopias. As endoscopias digestivas[13] consistem num método de investigação de doenças do esófago, estômago e intestinos através de tubos flexíveis com uma micro-câmara na extremidade (endoscópios) introduzidos pela cavidade oral ou anal. A primeira chama-se endoscopia digestiva alta e a segunda, colonoscopia.

Colangiopancreatografia Endoscópica Retrógrada (CPRE). A CPRE é uma técnica especializada utilizada para o estudo dos canais da vesícula, pâncreas e o fígado. Um endoscópio é introduzido pela boca e desloca-se até o duodeno, ponto onde é injectado contraste radiológico. Todo o procedimento é acompanhado através de um monitor de raios X.

São ainda frequentes os exames urodinâmicos (procuram avaliar o funcionamento da bexiga e do aparelho urinário), as mamografias e outros.

3.5 Anestesiologia

O desenvolvimento da anestesia iniciou-se com a introdução do éter por William Morton, dentista, em 1847. Nos EUA, até à Segunda Guerra Mundial, e ao contrário da Europa, a prática da anestesia, era fundamentalmente da responsabilidade de enfermeiros anestesistas e não de médicos. Nesse país, a Anestesiologia pode constituir um serviço independente (sendo considerada um serviço complementar de diagnóstico e terapêutica) ou pode estar integrada no Serviço de Cirurgia (Griffin (2006)). Em Portugal, a classificação como Serviço Complementar de Diagnóstico e Terapêutica não é habitual. Geralmente, o serviço de Anestesiologia é considerado um Serviço de Acção Médica ou está integrado em departamentos ou centros de responsabilidade cirúrgicos.

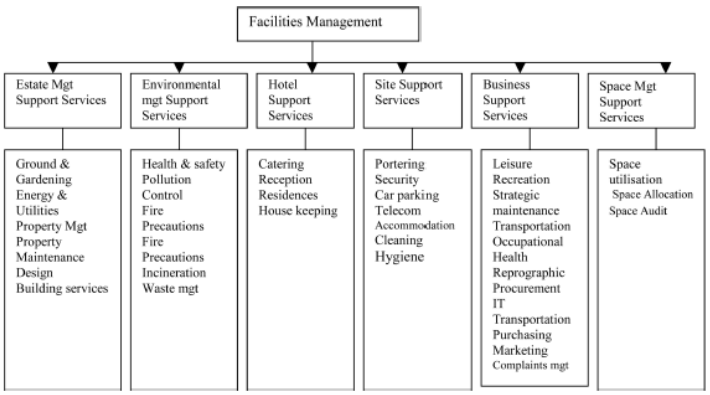
[13] Para além das endoscopias digestivas existem endoscopias urológicas, ginecológicas e outras.

4. Serviços de Apoio (*support services*)

São considerados de apoio os serviços de natureza complementar ou auxiliar cuja actividade é necessária ou útil para a prestação de cuidados de saúde, mas que não têm, eles próprios, a natureza de prestação de cuidados de saúde[14]. São serviços que não prestam cuidados, nem realizam exames ou tratamentos aos utentes, mas realizam actividades de apoio à missão hospitalar. Dito por outras palavras, não realizam actividades passíveis de facturação individualizada nem estão, habitualmente, sob a direcção de um médico (Griffin (2006). Nos EUA, é geralmente considerada a existência de três tipos de serviços de apoio (Griffin (2006)):

- Serviços de apoio aos doentes e à função assistencial que envolvem contacto directo com os doentes (*patient support services*) e que correspondem aos serviços de suporte à prestação de cuidados de saúde nos hospitais portugueses;
- Serviços de apoio técnico à gestão e logística que englobam as funções administrativas (*administrative support services*)
- Serviços de apoio geral e às instalações (*facilities support services*) que incluem os serviços de instalações e equipamentos e os serviços hoteleiros tradicionais.

Nos organigramas dos hospitais portugueses, dada a progressiva externalização dos serviços de apoio geral e de várias actividades do serviço de instalações e equipamentos, estes serviços aparecem geralmente "classificados" como "serviços de gestão e logística" ou "serviços de gestão, logística e apoio geral". A título de curiosidade, refira-se que, no Reino Unido, consideram-se como operações de "*facilities management*" (Okoroh *et al* (2000)):



[14] Esta definição consta do artigo 1º do Anexo do Decreto Regulamentar nº 14/2003, de 30 de Junho, que define o caderno de encargos tipo dos contratos de parcerias público-privadas na saúde.

4.1 Serviços e unidades de suporte à prestação de cuidados de saúde

Constituem serviços de suporte à prestação de cuidados (por vezes designados de Serviços de Apoio Clínico ou de Apoio à Função Assistencial (*patient support services*))[15]: Farmácia; Esterilização; Bloco Operatório; Nutrição e Dietética; Serviço Social; Psicologia; Assistência Espiritual e Religiosa e o Gabinete do Utente.

4.1.1 Farmácia

Há alguma controvérsia quanto ao tipo de serviço que aqui está em causa. Nos EUA, este serviço é considerado como complementar de diagnóstico e terapêutica (Griffin (2006)). Na generalidade dos hospitais portugueses, é considerado como serviço de suporte à prestação de cuidados de saúde. A sua principal função é dispensar e preparar medicamentos e outras substâncias químicas de diagnóstico e terapêutica que são utilizadas no hospital. Assim, os serviços de farmácia têm, habitualmente, e entre outras, as seguintes competências:

a) Proceder à preparação e distribuição de soluções de fluídos intravenosos ou de produtos distribuídos através de alimentação parentérica[16]. Nestes casos, o *timing* da preparação e distribuição é crucial uma vez que algumas soluções só são estáveis por um período curto de tempo.
b) Participar na gestão dos medicamentos e outros produtos farmacêuticos e apoiar o Serviço de Aprovisionamento na aquisição e gestão desses produtos;
c) Dar cumprimento às exigências legais sobre medicamentos, estupefacientes e psicotrópicos.
d) Participar na distribuição dos medicamentos pelos diferentes serviços.

[15] Por exemplo, no Instituto Português de Oncologia do Porto são designados por Serviços de Apoio Assistencial.
[16] A alimentação parentérica (através das veias) é utilizada quando a alimentação por via oral é insuficiente, ineficaz ou impossível, ou quando se revela necessário manter o tubo digestivo em repouso.

4.1.2 Esterilização

Compete ao Serviço de Esterilização, fundamentalmente, assegurar o processamento e distribuição de todos os dispositivos médicos reutilizáveis necessários à prestação de cuidados ao utente. Esta actividade exige equipamento e pessoal altamente especializado. Se os instrumentos contaminados não forem bem esterilizados, podem constituir uma fonte de infecção de outros doentes e, se o processo de distribuição não assegurar a disponibilização do material esterilizado, no momento oportuno, isso pode colocar em risco a vida dos doentes (Kludert *et al* (2008)).

4.1.3 Bloco operatório

Em Portugal, o bloco operatório é geralmente incluído nos serviços de prestação de cuidados, nomeadamente nos departamentos ou centros de responsabilidade cirúrgicos, sendo pouco habitual ser considerado como um serviço de suporte à prestação de cuidados. Hospitais como o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, o Hospital da Figueira da Foz e o Hospital de Santo André (em Leiria) são algumas das excepções a esta norma.

4.1.4 Nutrição e Dietética

Compete a este serviço ou unidade avaliar a composição das ementas fornecidas aos utentes e pessoal da instituição, bem como supervisionar a preparação, confecção e distribuição das refeições, de modo a garantir a sua qualidade e adequação nutricional. Este serviço actua assim em estreita colaboração com o Serviço de Alimentação que poderá, inclusivamente, estar sob a responsabilidade de uma empresa externa.

4.1.5 Serviço Social

Em 1935, Malcolm MacEachern escreveu o livro *Hospital Organization and Management* considerado um clássico na administração hospitalar. Segundo este autor, já no hospital britânico do século XIX havia funcionários (*almoners)* cujo papel fundamental era o de distribuir as esmolas (*alms*) da comunidade no interior da instituição (referido por Griffin (2006)). Eram responsáveis por estudar e solucionar os

problemas económicos, familiares e sociais dos internados, aproveitando da melhor forma os recursos financeiros existentes, constituindo assim, de certo modo, os precursores dos assistentes sociais actuais. Modernamente, a actividade do Serviço Social desenvolve-se em equipa multidisciplinar e visa:

a) Ajudar os profissionais de saúde a compreender os factores sociais (e outros) que influenciam o estado de saúde, o tratamento e a recuperação do utente;
b) Acompanhar psicossocialmente o doente, a sua família e outros membros da rede pessoal de apoio, com o objectivo de promover a autonomia do doente;
c) Articular diferentes redes formais e informais de suporte, na esfera individual e colectiva, com o objectivo de avaliar problemas e programar actuações psicossociais;
d) Implementar uma política de planeamento de altas hospitalares.

O Serviço Social é geralmente coordenado por um técnico de serviço social designado pelo CA e tem as atribuições e competências previstas na legislação aplicável, designadamente o Decreto-lei 296/91, de 16 de Agosto.

4.1.6 Psicologia

Esta unidade pode não existir autonomamente, estando, nesse caso, associada ao Serviço Social, à Psiquiatria, ou mesmo a diferentes serviços clínicos (Pediatria, por exemplo). Os psicólogos trabalham com os doentes que enfrentam problemas emocionais e mentais, bem como pessoais ou sociais.

4.1.7 Assistência Espiritual e Religiosa

Esta unidade presta apoio a todos os doentes, seus próximos e comunidade hospitalar qualquer que seja a sua religião ou credo.

4.1.8 Gabinete do Utente

O Gabinete do Utente funciona nos termos do Despacho nº 26/86 de 30 de Junho, da Ministra da Saúde, publicado no DR, 2ª série, de 24 Julho, e da Resolução do Conselho de Ministros nº 189/96, de 28 de Novembro, e tem por objectivo avaliar a qualidade dos

serviços prestados e servir de meio de informação e de defesa dos doentes. Compete-lhe organizar e manter o sistema de sugestões e reclamações relativas ao hospital. Desempenha um papel de ligação entre o doente e a sua família e o sistema hospitalar. Deve trabalhar conjuntamente com os profissionais de saúde, o serviço social e a assistência religiosa[17].

4.2 Serviços de gestão e logística

Para além dos habituais Serviços Financeiros e de Contabilidade (por vezes designados de Serviços de Gestão Financeira), Serviços de Recursos Humanos e Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação, num hospital, o Serviço de Aprovisionamento assume uma importância especial e existem serviços (ou actividades) particulares como os de "Gestão de Doentes", "Arquivo Clínico" e "Codificação Clínica".

4.2.1 Aprovisionamento

A função aprovisionamento é definida como o conjunto de operações que concorrem para assegurar aos serviços utilizadores o fornecimento de materiais ou serviços adquiridos no exterior, adequados à utilização a que se destinam, na quantidade necessária, nas datas de utilização previstas e por um custo total mínimo. A actividade do serviço de Aprovisionamento envolve três áreas fundamentais: Compras (aquisição e locação de bens imóveis, móveis e serviços); Armazenagem e Distribuição/logística (promovendo a adequada distribuição dos bens pelos serviços de modo a permitir a existência de baixos níveis de *stocks*, sem que ocorram rupturas).

4.2.2 Gestão de Doentes e Arquivo Clínico

A atribuição fundamental do Serviço de Gestão de Doentes é de gerir os circuitos do doente desde a admissão até à alta. Compete-lhe, assim, a marcação e alteração de datas

[17] Sobre a importância que a imagem tem assumido na estrutura organizacional dos hospitais portugueses, ver 4.2.4. Outros. Note-se, ainda, que nem todos os hospitais incluem aqui o Gabinete do Utente. A título de exemplo, o Hospital de Barcelos considera-o como um Serviço de Gestão e Logística.

de actos médicos ou exames de diagnóstico e terapêutica[18] e o encaminhamento dos doentes para a unidade ou serviço competente para prestação de cuidados. Habitualmente, também é responsável por instruir os processos para assistência médica noutro hospital nacional ou em hospital estrangeiro.

Ao Arquivo Clínico, muitas vezes integrado no Serviço de Gestão de Doentes, compete a guarda, conservação e tratamento da documentação clínica, organizada em processos clínicos, assim como a sua disponibilização em tempo útil, sempre que solicitada.

4.2.3 Codificação clínica

A codificação clínica é a tarefa de atribuição de códigos (de um sistema de classificação) a cada um dos diagnósticos, situações clínicas, sinais ou sintomas, registados no processo clínico de internamento, bem como às cirurgias ou intervenções clínicas, exames de diagnóstico e outros, a que o doente tenha sido submetido.

4.2.4 Outros

Para além dos serviços já mencionados, assumem ainda relevância alguns serviços que são, por vezes, considerados como de "assessoria ao Conselho de Administração":

- Serviço de Planeamento e Informação para a Gestão;
- Serviço de Apoio Jurídico e Contencioso que deve emitir pareceres sobre assuntos jurídicos, instruir processos de inquérito, disciplinares e de cobrança de dívidas, etc.;
- Serviço de Qualidade[19].
- Comunicação e Imagem[20].

[18] Com os recentes progressos na informatização hospitalar, frequentemente esta actividade passou a ser desempenhada pelos profissionais de saúde.

[19] Com a empresarialização dos hospitais houve uma alteração do modelo de financiamento hospitalar e passaram a ser celebrados contratos–programa entre os hospitais e as ARS e a ACSS que prevêem uma série de compromissos por parte do Hospital em matéria de qualidade. Este facto deu origem a que, na maioria dos hospitais portugueses, sobretudo nos EPE, exista um Serviço de Qualidade.

[20] Ainda na sequência da empresarialização, a preocupação com a imagem assumiu tal importância que, hoje em dia, é muito frequente encontrar um Gabinete de Comunicação e Imagem nos hospitais. A título de exemplo, no Centro Hospitalar do Porto existe um Gabinete de Relações Públicas e Marketing.

4.2.5 Serviços Hoteleiros

Os serviços hoteleiros abrangem, como se viu no capítulo 8, aquelas actividades que são, de certo modo, semelhantes às realizadas num hotel: vigilância e segurança de pessoas e bens, alimentação, lavandaria e rouparia, higiene e limpeza[21], gestão de resíduos, etc.

Alimentação. O Serviço de Alimentação é considerado, nos EUA, um serviço de suporte à prestação de cuidados de saúde (*patient support service*). Todavia, em Portugal, é habitualmente considerado um Serviço Hoteleiro, estando, normalmente, associado a serviços como a higiene e limpeza ou a lavandaria e rouparia. Daí que se tenha optado por considerá-lo como um serviço de apoio geral englobando-o neste ponto. Note-se, porém, que as actividades mais clínicas (de determinação das necessidades nutricionais e dietéticas) continuam a ser da responsabilidade do serviço de nutrição e dietética exposto no ponto 4.1.4. Nutrição e Dietética. Existem, actualmente, pelo menos 3 sistemas de preparação de alimentos, alguns dos quais exigem investimentos relevantes: Sistema tradicional (em que o menu é preparado diariamente nas instalações do hospital a partir de ingredientes básicos); e dois sistemas diferidos de produção de refeições (Cozinhar-arrefecer (*Cook-Chill*) e Cozinhar-congelar (*Cook-Freeze*))[22].

Tratamento de resíduos. A remoção de resíduos hospitalares, na medida em que são potenciais meios de transmissão de infecções, assume, hoje em dia, muita importância. Devem ser respeitadas as políticas de controlo de infecção definidas pelo hospital, os resíduos devem ser colocados em recipientes próprios e os funcionários que realizam

[21] Em inglês, as funções de limpeza das instalações em conjunto com as funções associadas ao serviço de lavandaria e rouparia são designadas por *environmental services* ou *housekeeping services*.

[22] O sistema diferido é um sistema de produção de refeições onde se promove uma descontinuidade entre o momento da produção e o momento do serviço, por intermédio de um processo de arrefecimento rápido dos alimentos até cerca de 3º C ("*cook-chill*") ou até cerca de -18º ("*cook-freeze*"). Este processo de arrefecimento não só reduz ao mínimo o risco de contaminação por microorganismos, como permite que os alimentos sejam conservados a temperaturas de refrigeração ou congelação por vários dias, facilitando a gestão da sua utilização, relativamente a um sistema tradicional. Para grandes quantidades de alimentos só é possível cumprir as velocidades de arrefecimento recomendadas recorrendo a equipamentos específicos. Embora estes sistemas não sejam muito recentes (a sua origem remonta à década de 60, no Reino Unido), têm-se verificado alguns progressivos significativos na manutenção da qualidade sensorial e nutricional dos produtos obtidos (Azevedo (2008)) [[Azevedo, Daniel (2008), "Sistema De Cook-Chill: Produção De Refeições Em Sistema Diferido", *Revista Segurança e Qualidade Alimentar*, Nº 4, pp. 36-37). Assim, e consoante a tecnologia utilizada, os produtos têm um prazo de validade que pode atingir os 15 ou mesmo 20 dias.

estas actividades devem usar luvas e ter cuidados acrescidos, porque podem colocar a sua vida em risco com uma mera picada com uma agulha infectada. São considerados resíduos hospitalares, de acordo com o Decreto-Lei nº 178/2006, de 5 de Setembro, entre outros, os "resíduo[s] resultante[s] de actividades médicas desenvolvidas em unidades de prestação de cuidados de saúde, em actividades de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e investigação (…)" (artigo 3º, al. z). Há resíduos hospitalares que não podem ser colocados na rede de recolha de resíduos normais, visto serem potenciais portadores de patologias. Existem ainda substâncias que, devido à sua natureza, apesar de não serem portadoras de microrganismos patogénicos, podem causar danos na saúde pública (como, por exemplo, os materiais radioactivos). De acordo com a legislação em vigor, os resíduos hospitalares são classificados da seguinte forma (segundo o Despacho nº 242/96):

Classificação	Resíduos Hospitalares
Grupo I - resíduos equiparados a urbanos, não apresentam exigências especiais no seu tratamento	Exemplo: resíduos provenientes de serviços gerais (gabinetes, salas de reunião, salas de convívio, instalações sanitárias, vestuários, etc);
Grupo II - resíduos hospitalares que não estão sujeitos a tratamentos específicos, podendo ser equiparados a urbanos	Exemplo: fraldas e resguardos descartáveis não contaminados e sem vestígios de sangue
Grupo III - resíduos hospitalares de risco biológico, contaminados ou sujeitos a contaminação, susceptíveis de incineração ou de outro pré-tratamento eficaz, permitindo posterior eliminação como resíduo urbano	Exemplo: todos os resíduos provenientes de quartos ou enfermarias de doentes infecciosos ou suspeitos, de unidades de hemodiálise, de blocos operatórios, de salas de tratamento, de salas de autópsia e de anatomia patológica, de patologia clínica e de laboratórios de investigação, com excepção dos do grupo IV;
Grupo IV - resíduos hospitalares específicos, de vários tipos de incineração obrigatória	Exemplos: Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo; Produtos químicos e fármacos rejeitados, quando não sujeitos a legislação específica; Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.

Consoante o grupo, os resíduos são colocados em sacos de cores próprias. O tratamento destes lixos consiste, em grande parte, na sua incineração. No entanto, existem outros processos, que ao serem utilizados nos resíduos do grupo III os podem tornar inofensivos, permitindo que possam seguir o mesmo percurso que os resíduos comuns[23].

[23] Nestes métodos inclui-se a autoclavagem, o tratamento por microondas e a desinfecção química. A autoclavagem consiste no processo de submeter os resíduos a uma temperatura bastante elevada, juntamente com vapor de água até que sejam destruídos os microrganismos patogénicos. Tem como desvantagem não diminuir a perigosidade de resíduos não orgânicos, sendo no entanto menos dispendioso

A falta de informação relativamente à problemática dos resíduos hospitalares pode dar origem a que os resíduos sejam ignorados (pondo em risco os profissionais e a saúde pública) ou a que sejam objecto de um cuidado excessivo (acarretando custos desnecessários às instituições hospitalares). As instituições de saúde são, ainda, obrigadas a proceder a um registo dos quantitativos produzidos (de acordo com o estabelecido no Despacho 242/96, de 13 de Agosto, na Portaria 178/97 de 11 de Março e no Decreto-Lei 178/2006 de 5 de Setembro).

4.2.6 Instalações e Equipamentos

O Serviço de Instalações e Equipamentos, no entender de Griffin (2006), é um serviço de apoio às instalações, embora na generalidade dos organogramas dos hospitais portugueses seja considerado como um serviço de apoio técnico à gestão e logística. A sua importância tem vindo a aumentar, dada a complexidade crescente das instalações e equipamentos hospitalares. A dificuldade que os recursos internos têm em acompanhar o progresso tecnológico nestas áreas tem conduzido a que muitos hospitais optem pelo *outsourcing* desta área (Griffin (2006)). É da responsabilidade deste serviço:

a) Efectuar a gestão de instalações de redes eléctricas, de gases medicinais e de fluidos, bem como dos sistemas de aquecimento, ventilação e ar condicionado (AVAC);
b) Explorar e manter as centrais de transformação de energia;
c) Assegurar a gestão e manutenção dos edifícios e dos equipamentos dos vários serviços, clínicos ou não, tais como blocos operatórios, unidades de cuidados intensivos, laboratórios, esterilização e, também, centrais térmicas, disponibilizando acções de inspecção e manutenção preventiva e curativa.

4.2.7 Outros

De acordo com o artigo 1º do Anexo do Decreto Regulamentar nº 14/2003, de 30 de Junho (que define o caderno de encargos tipo dos contratos de PPP na saúde) convém

que a incineração. O tratamento por microondas surgiu mais recentemente e também é um processo em que são utilizadas as temperaturas elevadas para destruir os microrganismos patogénicos. Por último, na desinfecção química são utilizados produtos químicos.

salientar que são ainda considerados serviços de apoio: "Portaria", "Jardinagem e manutenção de espaços verdes"; "Estacionamento"; "Comunicações" e "Transportes".

5. Comissões de Apoio Técnico

As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que colaboram com o Conselho de Administração, por iniciativa própria ou a pedido deste, em matérias especializadas. Quer a norma que regula o enquadramento jurídico aplicável aos hospitais do SPA (Decreto-Lei 188/2003), quer a norma aplicável aos hospitais EPE (Decreto-Lei 233/2005) estabelecem a obrigatoriedade da existência das seguintes comissões, nos artigos 4º e 21º, respectivamente[24]: Ética; Humanização e Qualidade dos Serviços; Controlo da Infecção Hospitalar; Farmácia e Terapêutica.

Por outro lado, quer o Decreto-Lei 233/2205 (no ponto 3 do artigo 21º), quer o Decreto-Lei nº 188/2003 (no ponto 4 do artigo 4º) prevêem a criação, por parte dos CA dos hospitais de outras comissões de apoio técnico desde que a sua estrutura, composição e funcionamento constem do respectivo regulamento interno. Assim, é usual a existência das seguintes comissões: Comissão Médica; Comissão de Enfermagem; Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica; Comissão de Internato Médico; Comissão Técnica de Certificação para a Interrupção Voluntária da Gravidez; Comissão de Coordenação Oncológica; Comissão de Normalização de Consumos; Comissão de Catástrofe e Emergência.

[24] No caso dos Hospitais SPA estas comissões são consideradas órgãos de apoio técnico.

Quadro I. 1: Comissões de Apoio Técnico

	Atribuições e competências	Composição	Legislação
Ética	"Zelar pela observância de padrões de ética no exercício das ciências médicas, por forma a proteger e garantir a dignidade e integridade humanas, procedendo à análise e reflexão sobre temas da prática médica que envolvam questões de ética" (artigo 1º)	Multidisciplinar e constituída por 7 membros, designados de entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, juristas, teólogos, psicólogos, sociólogos ou profissionais de outras áreas das ciências sociais e humanas, nomeados pelo director clínico da instituição de saúde (artigos 2º e 3º).	Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio
Humanização e Qualidade dos Serviços	Promover a qualidade e a humanização dos serviços	Multiprofissional, sendo habitualmente presidida por um membro do CA. A sua composição é determinada pelo CA variando consoante a dimensão da instituição e a complexidade dos problemas com que se debate.	Despacho do Secretário de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, II Série, nº 13, de 16 de Janeiro de 1993
Controlo da Infecção Hospitalar	Prevenir, detectar e propor medidas de controlo das infecções. Estudar e analisar os dados relativos à incidência e prevalência da infecção hospitalar e definir propostas de estratégias comuns de intervenção, no sentido de a evitar. Esta Comissão é obrigatória "em todos os estabelecimentos de saúde públicos ou privados integrados na rede nacional de prestação de cuidados de saúde, quando articulados com o SNS" (artigo 1º).	Deve integrar, sempre que existam no estabelecimento de saúde, um microbiologista, um infecciologista, um clínico da área cirúrgica, um clínico da área médica, um epidemiologista e um médico de saúde pública. Deve integrar ainda um enfermeiro que poderá acumular funções na área da esterilização ou da formação, mas nunca com a chefia de um serviço clínico.	Despacho do Director-Geral da Saúde, de 23 de Agosto de 1996, publicado no DR, 2.ª Série, Número 246, de 23 de Outubro
Farmácia e Terapêutica	Compete-lhe actuar como órgão consultivo e de interligação entre os serviços de prestação de cuidados e o Serviço de Farmácia. Deve zelar pelo cumprimento do Formulário Hospitalar Nacional de Medicamentos, adaptando-o à realidade do Hospital, pronunciar-se sobre a correcção das terapêuticas prescritas, analisar os custos dos serviços e emitir parecer sobre a aquisição de novos medicamentos.	Hospitais SPA: é constituída, em paridade, por três médicos e três farmacêuticos. Em vários hospitais conta com a participação do Director do Serviço de Aprovisionamento, mas sem direito a voto. É presidida pelo director clínico do hospital ou um dos seus adjuntos.	Hospitais SPA: Despacho nº 1083/2004 publicado no Diário da República, II Série, nº 14 de 17 de Janeiro de 2004.
Médica	Acompanhar periódica e sistematicamente a actividade clínica, designadamente, os aspectos relacionados com o exercício da medicina	Para além do Director Clínico (que a preside) integra os respectivos adjuntos e os directores dos departamentos e serviços prestadores de cuidados.	
Enfermagem	Apreciar os aspectos relacionados com o exercício da enfermagem no hospital e avaliar periódica e sistematicamente a actividade desenvolvida neste sector e a formação dos profissionais	Geralmente presidida pelo Enfermeiro Director, é composta pelos seus adjuntos, pelos enfermeiros supervisores e pelos enfermeiros chefes.	

	Atribuições e competências	Composição	Legislação
Conselho Técnico dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica	Deve existir nos estabelecimentos com pelo menos duas profissões da carreira de técnico de diagnóstico e terapêutica. Cabe-lhe "promover a articulação das actividades dos respectivos sectores e ainda emitir pareceres sobre matérias relacionadas com o exercício profissional no âmbito das actividades de diagnóstico e terapêutica" (artigo 13º nº 1).	Integra os técnicos directores, os coordenadores e os técnicos indigitados para o exercício das funções de coordenador.	Estatuto da Carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica: Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de Dezembro
Internato Médico	Deve existir uma direcção de internato médico nos estabelecimentos onde se realizem internatos médicos (nº 4º do artigo 8º do Decreto-Lei 203/2004, de 18 de Agosto). A Direcção do Internato Médico assegura o processo de formação médica especializada dos médicos internos. Compete-lhe, por exemplo, programar o funcionamento e desenvolvimento do internato médico e dos estágios a efectuar, bem como coordenar os processos de avaliação (artigo 14º)	As funções de direcção do internato médico cabem a um médico de reconhecida competência e experiência de formação de médicos internos, nomeado pelo director clínico e coadjuvado por um a três assessores (artigo 12º)	Portaria nº 183/2006, de 22 de Fevereiro
Técnica de Certificação para a Interrupção Voluntária da Gravidez	O código penal, na alínea c) do artigo 142º, prevê que "a interrupção voluntária da gravidez não é punível quando houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo." A certificação de que existe uma situação desse género compete à Comissão Técnica de Certificação.	"Composta por três ou cinco médicos como membros efectivos e dois suplentes, a nomear pelo conselho de administração do estabelecimento oficial de saúde pelo período de um ano renovável", de acordo com o previsto no artigo 20º da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho	Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho
Coordenação Oncológica	Existe nos hospitais centrais e distritais e organiza as consultas de grupo com o objecto de analisar e definir a estratégia de diagnóstico e terapêutica relativa a casos clínicos oncológicos. Propõe protocolos de relacionamento com entidades como o IPO.	Presidida pelo Director Clínico ou por um dos seus adjuntos e integra especialistas, nas áreas de cirurgia, oncologia médica e, se possível, de radioterapia e de anatomia patológica.	Portaria nº420/90, de 8 de Junho.
Normalização de Material de Consumo e Equipamentos	É um órgão consultivo, de apoio ao Serviço de Aprovisionamento, a quem compete emitir parecer acerca da introdução novos materiais de consumo clínico e equipamentos, bem como propor uma política de normalização dos produtos consumidos.		
Catástrofe e Emergência.	Sobretudo os hospitais de maior dimensão têm optado por criar comissões que apoiam a administração nesta matéria, designadamente: promovendo a elaboração de planos de catástrofe e de emergência; organizando acções de prevenção, informação e sensibilização dos funcionários e promovendo a realização, pelas entidades competentes, de vistorias às instalações, etc.		

6. Órgãos sociais

Para além do CA, constituem órgãos sociais: o Conselho Consultivo e o Fiscal Único[25].

Conselho Consultivo. A composição do Conselho Consultivo não é idêntica no caso dos hospitais SPA e EPE. Basicamente, trata-se de um órgão constituído por representantes de conjuntos de pessoas ou entidades que influenciam ou são influenciadas pela actividade do hospital. Assim, integram o Conselho Consultivo: uma personalidade de mérito, nomeada pelo Ministro da Saúde, que preside; representantes dos municípios; representantes dos vários grupos profissionais do hospital ou, no caso dos hospitais EPE, um representante eleito pelos trabalhadores do hospital; etc. As suas competências estão estabelecidas no artigo 19º do Decreto-Lei N.º 233/2005 e no artigo 17º do Decreto-Lei N.º 188/2003.

Fiscal Único. O fiscal único é o órgão responsável pelo controlo da legalidade, da regularidade e da boa gestão financeira e patrimonial do hospital (artigo 15º, número 1, do Decreto-Lei 233/2005). No caso dos hospitais EPE, é obrigatória a sua existência devendo ser nomeado um Revisor Oficial de Contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas, por despacho do Ministro das Finanças, por um período de três anos apenas renovável uma vez (ponto 2 do artigo 15º do Decreto-Lei 233/2005). No caso dos hospitais SPA, só é obrigatória a sua existência nos hospitais com mais de 200 camas, sendo a nomeação efectuada através de um despacho conjunto dos ministros das Finanças e da Saúde. Nos hospitais SPA centrais, distritais e especializados o fiscal único deve ser também Revisor Oficial de Contas ou uma sociedade de revisores oficiais de contas (artigo 14º, nº 2 do Decreto-Lei 188/2003).

[25] Nos hospitais SPA com mais de 500 camas e nos hospitais EPE (salvo se forem de reduzida dimensão e complexidade e em situações em que os Ministros das Finanças e da Saúde o entendem conveniente – ponto 8 do art. 17º do Decreto-Lei nº 233/2005) deverá existir um auditor devidamente qualificado e designado pelo CA do hospital. Nos hospitais SPA com mais de 500 camas prevê-se, inclusivamente, a existência de um Serviço de Auditoria Interna dirigido pelo referido auditor, nomeado pelos Ministros das Finanças e da Saúde (artigo 15º do Decreto-Lei nº 188/2003. Já no caso dos hospitais EPE, este auditor é designado pelo CA dos hospitais.

ANEXO II

O OUTSOURCING
NO SECTOR HOSPITALAR EM PORTUGAL

Notas prévias:

- Para esclarecimento de qualquer dúvida, agradece-se o contacto com Susana Oliveira (Telemóvel: 91 753 86 45; e-mail: soliveira@fep.up.pt).
- Quando terminar o preenchimento do questionário, que se estima não demorar mais de 15 minutos, por favor, devolva-o utilizando o envelope RSF em anexo ou remeta-o, por e-mail, para soliveira@fep.up.pt ou, por fax, para 22 550 50 50.
- Todas as informações prestadas estão sujeitas a um rigoroso sigilo. Garante-se a total confidencialidade das respostas, assim como um tratamento estatístico que observe o anonimato das Instituições envolvidas.
- No âmbito deste questionário, o termo *outsourcing* refere-se à transferência de uma actividade, função ou serviço para uma empresa externa, havendo assim uma utilização significativa de recursos externos, para realizar actividades que, tradicionalmente, seriam efectuadas recorrendo a colaboradores e a outros activos do próprio hospital.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

IDENTIFICAÇÃO DO HOSPITAL
(apenas para efeitos de caracterização da amostra)

Nome do hospital:_____
Número de camas:_____ **Número de colaboradores/funcionários:**_____

PARTE A

1. ÁREAS/FUNÇÕES/ACTIVIDADES

Da lista seguinte, indique, por favor, assinalando com uma cruz, se cada uma das actividades referidas:

- é objecto de *outsourcing* actualmente (distinguindo aquelas que o são há mais de dois anos daquelas que o são há menos tempo);
- vai, previsivelmente, ser objecto de *outsourcing*, num futuro próximo (menos de 1 ano);
- já foi objecto de *outsourcing*, mas deixou de o ser.

Relativamente às actividades para as quais são utilizados recursos externos, solicita-se ainda que seja indicado o escalão de percentagem do orçamento da área/função/actividade entregue a terceiros:

- menos de 20% do orçamento é entregue a terceiros;
- entre 20% a 80% desse orçamento é entregue a terceiros;
- mais de 80% do orçamento é entregue a terceiros.

Quanto às áreas em que, actualmente, o hospital está a recorrer ao *outsourcing*, assinale, por favor, o grau de satisfação obtido. Para cada área é apresentado um campo livre "Outras", onde poderá especificar actividades que, não estando mencionadas no quadro, são efectuadas em regime de *outsourcing*.

Situação no final de 2009

		Transferência da actividade ou Serviço há		Prevê recorrer no prazo de 1 ano	Já não recorre	% do orçamento da actividade entregue a empresa externa			Grau de satisfação				
		Mais de 2anos	Menos de 2 anos			<20	20-80	>80	1 - Muito insatisfeito	2-Insatisfeito	3 - Indiferente	4 - Satisfeito	5 - Muito satisfeito
1	**Laboratórios Clínicos**												
1.1	Patologia clínica												
1.1.1	Bioquímica												
1.1.2	Microbiologia												
1.1.3	Hematologia												
1.1.4	Imunologia												
1.2	Imuno-hemoterapia												
1.3	Anatomia patológica												
1.4	Outros:_____												
2	**Imagiologia**												
2.1	Radiologia												
2.1.1	Radiologia convencional												
2.1.2	Ecografias ou ultra-sonografias												
2.1.3	Tomografias computorizadas												
2.1.4	Ressonâncias m. nucleares												
2.1.5	Radiologia de intervenção												
2.1.6	Angiografia												
2.1.7	Osteodensitometria												
2.2	Radioterapia												
2.3	Medicina Nuclear												
2.3.1	Cintigrafias												
2.3.2	PET												
2.3.3	PET – CT												
2.4	Outros:_____												
3	**Medicina Física e Reabilitação**												
3.1	Terapia física (Fisioterapia)												
3.2	Terapia ocupacional												
3.3	Terapia da fala												
3.4	Terapias respiratórias												
3.5	Outras: _____												

		Transferência da actividade ou Serviço há		Prevê recorrer no prazo de 1 ano	Já não recorre	% do orçamento da actividade entregue a empresa externa			Grau de satisfação				
		Mais de 2anos	Menos de 2 anos			<20	20-80	>80	1 - Muito insatisfeito	2-Insatisfeito	3 - Indiferente	4 - Satisfeito	5 - Muito satisfeito
4	**Outros exames complementares de diagnóstico e terapêutica**												
4.1	Litotrícia												
4.2	Diálise												
4.3	Endoscopias e colonoscopias												
4.4	Outros:_____												
5	**Outros Serviços de prestação de cuidados e de suporte à prestação de cuidados**												
5.1	Anestesiologia												
5.2	Urgência												
5.3	Farmácia												
5.4	Esterilização												
5.5	Bloco operatório												
5.6	Outros: _____												
6	**Serviços de apoio (técnico) à gestão e logística**												
6.1	Gestão de Doentes												
6.2	Arquivo e Documentação Clínica												
6.3	Codificação Clínica												
6.4	Recursos Humanos												
6.5	Aprovisionamento												
6.5.1	Compras												
6.5.2	Stocks e Logística												
6.6	Gestão Financeira												
6.6.1	Cobranças												
6.6.2	Outros: _____												
6.7	Sistemas e Tecnologias de Informação												
6.8	*Call-center* e informações aos utentes												
6.9	Comunicações telefónicas												
6.10	Planeamento e Informação de Gestão												
6.11	Apoio Jurídico e de Contencioso												
6.12	Gestão da Qualidade												
6.13	Comunicação e Imagem												
6.14	Medicina no Trabalho												
6.15	Outros:_____												

		Transferência da actividade ou Serviço há		Prevê recorrer no prazo de 1 ano	Já não recorre	% do orçamento da actividade entregue a empresa externa			Grau de satisfação				
		Mais de 2anos	Menos de 2 anos			<20	20-80	>80	1 - Muito insatisfeito	2-Insatisfeito	3 - Indiferente	4 - Satisfeito	5 - Muito satisfeito
7	**Serviços hoteleiros, de apoio geral e às instalações**												
7.1	Alimentação (de doentes)												
7.2	Cantinas, refeitórios e bares												
7.3	Vigilância e segurança												
7.4	Lavandaria e rouparia												
7.5	Higiene e Limpeza												
7.5.1	Consulta Externa												
7.5.2	Internamento												
7.5.3	Urgência												
7.5.4	Outros												
7.6	Gestão de resíduos gerais												
7.7	Gestão de resíduos hospitalares												
7.8	Gestão e manutenção de instalações e equipamentos não clínicos												
7.8.1	Gestão inst. redes eléctricas												
7.8.2	Gestão inst. redes de fluidos												
7.8.3	Gestão sistemas aquecimento, ventilação e ar condicionado												
7.8.4	Exploração das centrais de transformação de energia												
7.8.5	Gestão frota automóvel												
7.8.6	Gestão imóveis												
7.8.7	Equipamentos de cópia e impressão												
7.9	Gestão de instalações de redes de gases medicinais												
7.10	Manutenção equipamentos clínicos												
7.11	Transporte doentes ambulância												
7.12	Transporte expediente												
7.13	Transporte outros bens												
7.14	Desinfestação												
7.15	Arruamentos e espaços verdes												
7.16	Parques de estacionamento												

PARTE B

1. MOTIVAÇÃO PARA EFECTUAR O *OUTSOURCING*

Os factores referidos nos quadros seguintes são muitas vezes apresentados como **benefícios que se espera obter**, genericamente, com o recurso ao *outsourcing*. Assinale com uma cruz o seu nível de acordo/desacordo em relação a cada um deles, considerando a distinção entre serviços de (suporte à) prestação de cuidados e serviços administrativos, logísticos e de apoio geral.

A. Nos serviços de prestação de cuidados e de suporte à prestação de cuidados

		1-Totalmente em desacordo	2-Moderadamente em desacordo	3-Neutro / indiferente	4-Moderadamente de acordo	5-Totalmente de acordo
1.	Reduzir custos					
2.	Evitar ou adiar investimentos avultados					
3.	Concentração nas competências nucleares					
4.	Facilitar a reestruturação organizacional					
5.	Melhorar a qualidade do serviço prestado					
6.	Aceder a tecnologias de ponta					
7.	Aceder a conhecimento e competências					
8.	Postos de trabalho difíceis de preencher					
9.	Reduzir / não aumentar o número de funcionários					
10.	Aumentar a flexibilidade					
11.	Outras:_____					

B. Nos serviços administrativos, logísticos e de apoio geral

		1-Totalmente em desacordo	2-Moderadamente em desacordo	3-Neutro / indiferente	4-Moderadamente de acordo	5-Totalmente de acordo
1.	Reduzir custos					
2.	Evitar ou adiar investimentos avultados					
3.	Concentração nas competências nucleares					
4.	Facilitar a reestruturação organizacional					
5.	Melhorar a qualidade do serviço prestado					
6.	Aceder a tecnologias de ponta					
7.	Aceder a conhecimento e competências					
8.	Postos de trabalho difíceis de preencher					
9.	Reduzir / não aumentar o número de funcionários					
10.	Aumentar a flexibilidade					
11.	Outras:_____					

2. MOTIVAÇÃO PARA NÃO EFECTUAR O *OUTSOURCING*

Os factores referidos no quadro seguinte são muitas vezes apontados pelas empresas como razões para não optar pelo *outsourcing* de algumas actividades. Assinale com uma cruz, numa escala de 1 a 5, o seu nível de acordo/desacordo relativamente à importância de cada factor na decisão de internalização, considerando a distinção entre os serviços de (suporte à) prestação de cuidados e os serviços administrativos, logísticos e de apoio geral.

A. Nos serviços de prestação de cuidados e de suporte à prestação de cuidados

		1-Totalmente em desacordo	2-Moderadamente em desacordo	3-Neutro / indiferente	4-Moderadamente de acordo	5-Totalmente de acordo
1.	Os custos são menores se a actividade for realizada internamente					
2.	É reduzido (ou mesmo inexistente) o número de empresas prestadoras de serviços no mercado					
3.	Os serviços prestados pelas empresas existentes no mercado são de qualidade reduzida					
4.	A única forma de assegurar que os serviços prestados são de elevada qualidade é através da sua internalização					
5.	Evitar a dependência de uma empresa fornecedora de serviços					
6.	Outras:_____					

B. Nos serviços administrativos, logísticos e de apoio geral

		1-Totalmente em desacordo	2-Moderadamente em desacordo	3-Neutro / indiferente	4-Moderadamente de acordo	5-Totalmente de acordo
1.	Os custos são menores se a actividade for realizada internamente					
2.	É reduzido (ou mesmo inexistente) o número de empresas prestadoras de serviços no mercado					
3.	Os serviços prestados pelas empresas existentes no mercado são de qualidade reduzida					
4.	A única forma de assegurar que os serviços prestados são de elevada qualidade é através da sua internalização					
5.	Evitar a dependência de uma empresa fornecedora de serviços					
6.	Outras:_____					

3. IMPACTE DO *OUTSOURCING*

No quadro seguinte referem-se várias **consequências** possíveis do *outsourcing*. Assinale, com uma cruz, a alternativa que melhor traduz a avaliação que faz do impacte do *outsourcing* relativamente ao aspecto mencionado. Os efeitos são considerados negativos quando são prejudiciais ao hospital e positivos quando são benéficos ao hospital.

		1-Efeitos muito negativos	2-Efeitos negativos	3-Sem impacte relevante	4-Efeitos positivos	5-Efeitos muito positivos
1.	Custo dos serviços (custos associados à realização das actividades)					
2.	Custos de gestão e transição					
3.	Dificuldades de coordenação com as restantes áreas do hospital (custos de coordenação)					
4.	Nível de serviço (qualidade do serviço prestado)					
5.	Possibilidade de concentração nas actividades mais importantes do hospital (competências nucleares)					
6.	Obtenção de recursos adicionais					
7.	Dependência relativamente à empresa prestadora de serviços					
8.	Motivação dos colaboradores da área afecta					
9.	Motivação dos restantes colaboradores do hospital					
10.	Produtividade					
11.	Controlo da actividade					
12.	Conhecimentos sobre a área					
13.	Capacidade de inovação					
14.	Capacidade de adaptação à envolvente / flexibilidade					
15.	Outras:_____					
	_____					

4. OUTROS FACTORES

Para cada hipótese ou factor colocados no quadro seguinte, indique, por favor, em que medida uma alternativa de internalização ou externalização se tornaria mais ou menos atractiva, bem como o nível de importância que esse factor tem na tomada de decisão.

		Este factor torna mais atractiva a opção pela:			Importância atribuída a este factor na tomada de decisão				
		1-Internalização	2-Sem impacte	3-Externalização	1- Irrelevante	2 -Pouco relevante	3 -Algo relevante	4 - Relevante	5- Muito relevante
1.	O equipamento utilizado na prestação dos serviços em causa é único ou especificamente concebido de modo a que não seja rotineiramente utilizado na prestação deste serviço por outro hospital								
2.	É muito elevado o tempo necessário para que alguém, com formação prévia nas áreas em causa, consiga alcançar um nível de desempenho satisfatório na prestação desses serviços, neste hospital								
3.	O nível de coordenação necessário entre os indivíduos que prestam o serviço externalizado e os administradores hospitalares ou colaboradores de outros departamentos do hospital é muito elevado								
4.	É muito frequente a introdução de novos métodos ou tecnologias nessas áreas que tornam obsoletos os anteriormente usados								
5.	Foram realizados investimentos significativos nessas áreas nos dois últimos anos								
6.	As actividades em causa são muito complexas								
7.	É fácil transmitir a uma empresa externa aquilo que se pretende								
8.	É fácil medir a actividade realizada								
9.	É fácil monitorizar a actividade desempenhada pela empresa externa								
10.	As empresas existentes no mercado têm um nível de conhecimento superior ao disponível no hospital								
11.	Empresarialização do hospital								
12.	Integração do hospital num centro hospitalar								
13.	Os recursos envolvidos na prestação do serviço são fáceis de imitar ou substituir								
14.	Os membros da área em análise têm muito poder dentro do hospital								
15.	A percentagem de hospitais que recorre ao *outsourcing* da área em questão é muito elevada								

5. QUESTÕES ADICIONAIS

	Sim	Não	Área / E-mail
Estaria disponível para partilhar informação relativamente ao *outsourcing* de alguma área específica que pense constituir um caso interessante como objecto de estudo (a título de exemplo, porque uma determinada situação foi muito bem ou mal sucedida)?			
Deseja receber por e-mail as conclusões do presente estudo?			

O questionário terminou. Relembro que todas as informações prestadas estão sujeitas a um rigoroso sigilo. Garante-se a total confidencialidade das respostas, assim como um tratamento estatístico que observe o anonimato das Instituições envolvidas.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO.

Anexo III: O problema da identificação dos hospitais em Portugal Continental

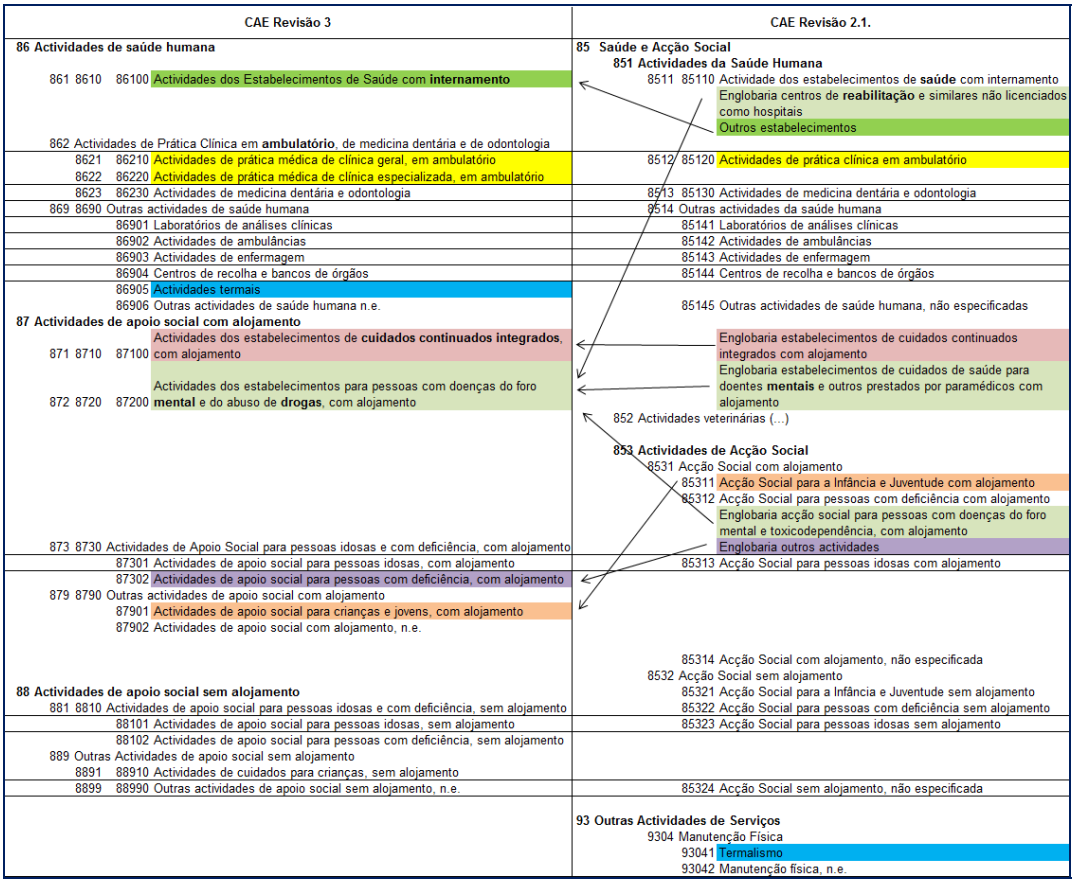
A tarefa de identificação dos hospitais privados existentes em Portugal Continental não se revelou simples. Um dos problemas é a inexistência de uma Classificação das Actividades Económicas (CAE) própria para estas organizações. Concluiu-se que a CAE mais próxima, na Revisão 3[1], era a "86100 – Actividades dos Estabelecimentos de Saúde com Internamento" (correspondendo parcialmente à CAE 85510, da Revisão 2.1., com a mesma designação). Tornou-se, assim, necessário começar por determinar as instituições cuja CAE *é* a 86100, bem como aquelas que *deveriam* (ou não) estar incluídas nesta CAE. Para este efeito, identificaram-se as CAE relativas às actividades de saúde humana e de apoio social.

Da análise das principais alterações efectuadas com a revisão do sistema de classificação das actividades económicas (Quadro III. 1), verifica-se que, quer os estabelecimentos de cuidados continuados, quer os estabelecimentos para pessoas com doenças do foro mental e do abuso de drogas, deixaram de ser considerados como instituições prestadoras de cuidados de saúde humana, passando a ser classificados como instituições de apoio social. Consequentemente, haveria que equacionar a sua inclusão no âmbito do presente trabalho.

De modo a determinar os hospitais que operam em Portugal Continental, recorreu-se a várias fontes de informação, tomando-se como "ponto de partida" a base de dados relativa ao "Inquérito aos Hospitais", utilizada nas "Estatísticas da Saúde" do INE. De acordo com esta fonte de informação, no ano de 2008, existiam 189 hospitais (Quadro III. 2).

[1] A Classificação Portuguesa de Actividades Económicas, Revisão 3 (CAE-Rev.3), aprovada pelo Decreto-Lei nº 381/2007, de 14 de Novembro, substituiu a CAE-Rev.2.1 a partir de 1 de Janeiro de 2008.

Quadro III. 1: Correspondência entre as CAE na Revisão 3 e na Revisão 2.1.



Fonte: Elaborado a partir da tabela de correspondências entre CAEs do INE.[2]

Quadro III. 2: Hospitais em Portugal, em 2008

	Continente	Regiões Autónomas	Total
Hospitais Privados	86	11	97
Hospitais Públicos e Oficiais Não Públicos	88	4	92
Total	174	15	189

Fonte: Inquérito aos Hospitais, Estatísticas da Saúde, INE, 2008.[3]

Tornando-se relevante identificar cada uma das organizações consideradas para efeitos de realização destas estatísticas, essa informação foi solicitada ao INE (Quadro III. 3).

[2] Disponível em http://metaweb.ine.pt/sine/UInterfaces/SineTabCorr_Lista.aspx, acedido a 14 de Abril de 2010.

[3] Dados recebidos no dia 25 de Agosto de 2010, na sequência do pedido PED-90227206, efectuado ao abrigo do Protocolo entre o INE e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, no dia 4 de Junho de 2010.

Quadro III. 3: Hospitais em Portugal (incluindo Regiões Autónomas), em 2008

	Públicos	Oficiais não Públicos	Privados com fins lucrativos	Privados sem fins lucrativos	Total
Gerais	61	10	43	25	139
Infecciologia	1				1
Maternidades	1				1
Oftalmologia	1				1
Oncologia	3				3
Ortopedia				2	2
Reumatologia				1	1
Reab. de diminuídos físicos				1	1
Reab. de toxicodependentes	7		2		9
Recuperação de alcoólicos	3				3
Psiquiatria	3		3	18	24
Outros	1	1	1	1	4
Total	81	11	49	48	189

Fonte: Inquérito aos Hospitais, Estatísticas da Saúde, INE, 2008.[4]

Atendendo a que se pretendia estudar apenas a situação em Portugal Continental, houve necessidade de excluir as 15 instituições das Regiões Autónomas, pelo que estariam em causa cerca de 174 organizações, tal como se explicita no quadro seguinte.

Quadro III. 4: Hospitais em Portugal Continental, em 2008

	Públicos	Oficiais não Públicos	Privados com fins lucrativos	Privados sem fins lucrativos	Total
Gerais	57	10	40	24	131
Infecciologia	1				1
Maternidades	1				1
Oftalmologia	1				1
Oncologia	3				3
Ortopedia				2	2
Reumatologia				1	1
Reab. de diminuídos físicos				1	1
Reab. de toxicodependentes	7		2		9
Recuperação de alcoólicos	3				3
Psiquiatria	3		3	11	17
Outros	1	1	1	1	4
Total	77	11	46	40	174

Fonte: Inquérito aos Hospitais, Estatísticas da Saúde, INE, 2008.[5]

Em virtude da discussão já efectuada, a propósito da nova classificação das actividades económicas, foi tomada, ainda, a decisão de não abranger as 14 instituições psiquiátricas privadas, as 3 Unidades de Alcoologia[6], bem como as 9 instituições de

[4] A listagem identificando as 189 instituições que responderam ao Inquérito aos Hospitais, relativo ao ano de 2008, foi recebida a 21 de Setembro de 2010 (em resposta ao pedido PED-96410293).
[5] Dados recebidos ao abrigo do pedido PED-96410293.
[6] As Unidades ou Centros Regionais de Alcoologia são estabelecimentos de saúde dotados de capacidade de internamento e destinados à profilaxia e tratamento do alcoolismo (Glossário da DGS constante do documento "Centros de Saúde e Unidades Hospitalares do SNS", 2008), disponível em http://www.dgs.pt/, acedido a 2 de Setembro de 2010.

reabilitação de toxicodependentes[7]. Quanto aos hospitais oficiais, verificou-se que 10 dos hospitais considerados pelo INE tinham, nos anos de 2008 e 2009, sido agrupados em Centros Hospitalares ou Unidades Locais de Saúde[8].

Quadro III. 5: Hospitais transformados em Centros Hospitalares ou ULS, em 2009

Hospitais considerados no Inquérito aos Hospitais do INE (2008)	**Hospitais considerados no âmbito deste trabalho**
Hospital Bernardino Lopes Oliveira, de Alcobaça	Centro Hospitalar do Oeste Norte, criado pela Portaria 83/2009, de 22 de Janeiro. É hospital distrital.
Centro Hospitalar das Caldas da Rainha	
Hospital São Pedro Gonçalves Telmo de Peniche	
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, no Barreiro	Centro Hospitalar do Barreiro-Montijo, criado através do Decreto-Lei nº 280/2009, de 6 de Outubro. É hospital distrital.
Hospital Distrital do Montijo	
Hospital de Santa Maria da Feira	Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga, criado pelo Decreto-Lei nº 27/2009, de 27 de Janeiro. É hospital distrital.
Hospital Distrital de São João da Madeira	
Hospital de São Miguel, em Oliveira de Azeméis	
Hospital de Nossa Senhora da Assunção, em Seia	ULS da Guarda, criada pelo Decreto-Lei nº 183/2008, de 4 de Setembro (alterado pelo Decreto-Lei nº 12/2009, de 12 de Janeiro).
Hospital de Sousa Martins, na Guarda	

Concluiu-se, também, que o INE não estava a incluir nos Hospitais o "Centro de Medicina de Reabilitação do Sul", que iniciou a sua actividade em Abril de 2007. Este Centro, de acordo com a informação disponibilizada no respectivo site[9], é uma unidade especializada da rede de referenciação hospitalar de medicina física e de reabilitação do Serviço Nacional de Saúde, que é gerida em regime de parceria público-privada pelo Grupo Português de Saúde. Na medida em que o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro, bem como o Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão (da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) são reconhecidos como hospitais nas Estatísticas do INE, aquela instituição foi também integrada. Quanto aos 11 hospitais oficiais não públicos considerados pelo INE, não foram inseridas três entidades[10], por actualmente serem centros de saúde ou centros clínicos (no total, as 3 instituições tinham 50 camas, em 2008).

[7] As instituições de reabilitação de toxicodependentes não estão incluídas nas unidades hospitalares do SNS consideradas nas Estatísticas da Saúde da Direcção-Geral de Saúde (ano de 2008).
[8] Uma Unidade Local de Saúde é uma entidade que integra os vários serviços e instituições do SNS que, naquele município, prestam cuidados de saúde à população e são por ela responsáveis (Glossário da DGS constante do documento "Centros de Saúde e Unidades Hospitalares do SNS", 2008), disponível em http://www.dgs.pt/, acedido a 2 de Setembro de 2010.
[9] http://cmrsul.gpsaude.pt/gpsCMR/Menu/Institucional/Apresentacao/, acedido a 15 de Abril de 2010.
[10] Centro de Saúde do Campo Militar, Centro de Saúde da Região Militar Sul e Centro Clínico da Guarda Nacional Republicana (no Porto).

Por outro lado, a informação proveniente do INE foi cruzada com informação oriunda de outras fontes, designadamente, da "Entidade Reguladora da Saúde" (ERS)[11], do site do "Sistema de Informação da Classificação da Actividade Económica" (SICAE)[12], do Portal da Saúde (incluindo os prestadores de SIGIC)[13], da base de dados "SABI - Bureau van Dijk", dos sites das instituições de saúde, de notícias de imprensa, etc. Na sequência dessa análise, foram acrescentadas 5 Instituições Privadas Sem Fins Lucrativos e 6 Instituições Privadas Com Fins Lucrativos.

Quadro III. 6: Hospitais privados (sem fins lucrativos) não incluídos no Inquérito aos Hospitais do INE em 2008

Nome	**Observações**
Residência São João de Ávila (do Instituto Irmãos de São João de Deus)	Registada na ERS. Todas as restantes unidades do Instituto S. João de Deus são consideradas como hospitais pelo INE. É uma unidade de reabilitação com 50 camas.
Hospital de São João Baptista da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento	Registado na ERS. Considerado nas estatísticas do INE em 2005, 2006 e 2007, mas não em 2008. Dispõe de 60 camas. 9 especialidades.
Centro Hospitalar Nossa Senhora da Conceição da Santa Casa da Misericórdia da Batalha	Registado na ERS. Possui 37 camas e as mais recentes tecnologias para reabilitação e meios complementares de diagnóstico (incluindo TAC). Em 2007 reabriu após obras num montante total de 15 milhões de euros. Possui 14 especialidades.
Hospital da Celestial Ordem Terceira da Santíssima Trindade	Registado na ERS. Possui 68 camas. Considerado nas estatísticas do INE em 2007, mas não em 2008. A CAE é 88990 (Outras actividades de apoio social sem alojamento, n.e.).
Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Vila do Conde	Registado na ERS. 23 especialidades. Realiza vários exames de diagnóstico incluindo TACs e RM. Dispõe de 2 blocos e urgência 24 horas por dia. Quase 100 camas.

Fonte: Site da ERS e das instituições ou notícias de imprensa.[14]

[11] A ERS disponibilizou a informação relativa às instituições prestadoras de cuidados de saúde com internamento (incluindo centros de saúde) registadas no site (em Março de 2009). Um dos problemas com esta fonte de informação é que o registo (e a correcção de eventuais erros) é da responsabilidade dos prestadores, tendo sido detectadas várias incorrecções. No site da ERS, na "consulta a prestadores", é possível obter variado tipo de informação, incluindo os prestadores registados num determinado local.

[12] Este site (www.sicae.pt) disponibiliza a CAE de qualquer instituição através de uma consulta por nome ou por Número de Identificação de Pessoa Colectiva (NIPC). Permite também obter o NIPC e a denominação das instituições com determinada CAE, tendo-se recolhido informação sobre as instituições com CAE 86100 (Actividades dos estabelecimentos de saúde com internamento). De salientar que a recolha de informações sobre os hospitais das misericórdias foi dificultada pelo facto de, na generalidade dos casos, a CAE ter sido atribuída à Misericórdia e não à instituição hospitalar

[13] http://www.portaldasaude.gov.pt/portal.

[14] http://www.isjd.pt/site/index.php?menu=menu6h, http://www.scment.pt/conteudos/File/História.pdf, http://www.tintafresca.net/News/newsdetail.aspx?news=d552f5a9-6fd8-42f6-a993-5c9048fa48be&edition=85, http://www.ordemtrindade.pt/, http://www.ordemtrindade.pt/, http://aeiou.expresso.pt/saude-psdvila-do-conde-defende-parceria-publico-privada-enquanto-se-aguarda-pelo-novo-hospital=f212108, informação acedida a 3 de Setembro de 2010.

Quadro III. 7: Hospitais privados com fins lucrativos não incluídos no Inquérito aos Hospitais do INE em 2008

Nome	Observações
Clínica de São Vicente de Paulo - SGPS, Lda	Registada na ERS. Possui 30 especialidades e 10 camas. CAE 64202 (Actividades das sociedades gestoras de participações sociais não financeiras).
PMV Policlínica SA (Hospital de São Martinho)	Possui 23 especialidades e 47 camas. Registada na ERS. Dispõe de TAC e RM. CAE é 86220 (no passado era clínica de ambulatório). Iniciou actividade hospitalar em 2008.
São Camilo Serviços de Saúde, Lda	Tem internamento (23 camas) e 15 especialidades. Registado na ERS. CAE 86220.
Hospital da Misericórdia de Paredes	Registado na ERS. Possui cerca de 50 camas, mas só reiniciou a actividade em 2009. Constava do ficheiro de instituições a quem o INE solicitou informação sobre o ano de 2008, mas não está incluído nos números estatísticos desse ano.
Hospital Privado da Boa Nova	Iniciou a actividade em Março de 2009. Dispõe de 73 camas e 250 colaboradores. Constava do ficheiro de instituições a quem o INE solicitou informação relativa ao ano de 2008, mas não está incluído nos números estatísticos desse ano. Registado na ERS.
Hospital de Alverca do Ribatejo	A CAE principal é 86100. Não registado na ERS. Constava do ficheiro de instituições a quem o INE solicitou informação relativa ao ano de 2008, mas não está incluído nos números estatísticos desse ano.

Fonte: Sites da ERS e das instituições[15] e notícias de imprensa[16].

Detectou-se ainda que uma das instituições considerada pelo INE como tendo finalidade lucrativa, actualmente é uma IPSS. Por outro lado, o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro estava classificado como "outros" e não como hospital de reabilitação.

Efectuados todos estes ajustamentos, o universo considerado no capítulo 6 foi o apresentado no Quadro 6.3.

[15] http://www.csvp.pt/, http://www.hsmartinho.pt/template.php?id=introducao e http://www.hpalg.com/, informação acedida a 3 de Setembro de 2010.

[16] http://www.matosinhoshoje.com/index.asp?idEdicao=411&id=21050&idSeccao=3177&Action=noticia e http://www.maraoonline.com/MARAO/MARAO_online/9A05FF5A-2B0A-4712-82DE-F10E9B3BD016.html, acedidas a 21 de Setembro de 2010.

Anexo IV: Gráficos Adicionais com os Resultados do Inquérito

Gráfico IV. 1: Serviços gerais - benefícios esperados pelas instituições públicas

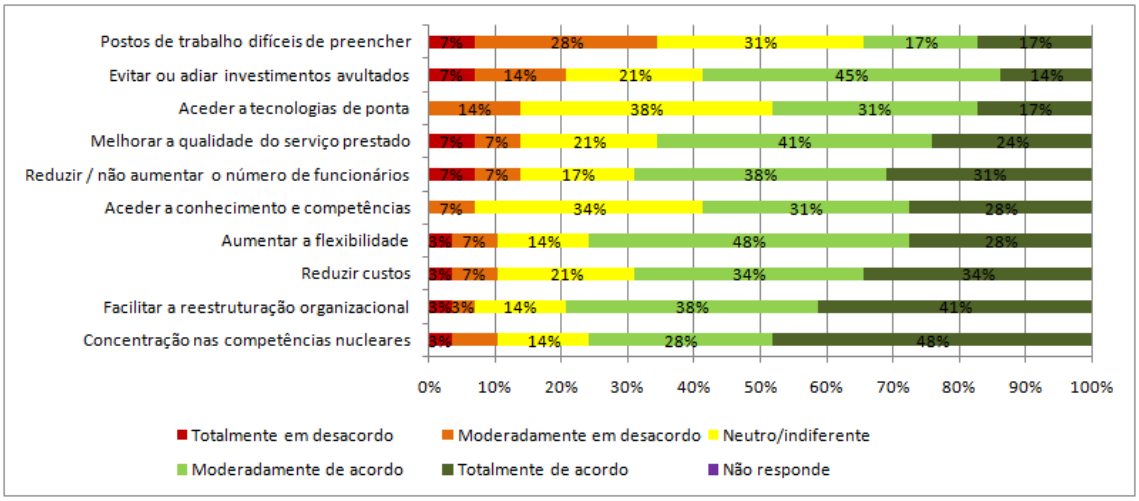


Gráfico IV. 2: Serviços gerais - benefícios esperados pelas instituições privadas com fins lucrativos

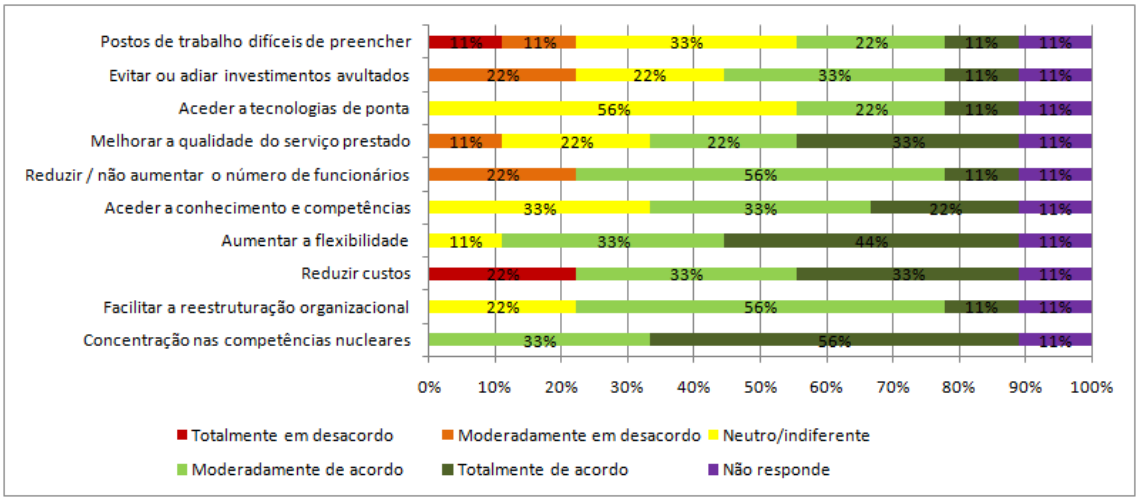


Gráfico IV. 3: Serviços gerais - benefícios esperados pelas instituições privadas sem fins lucrativos

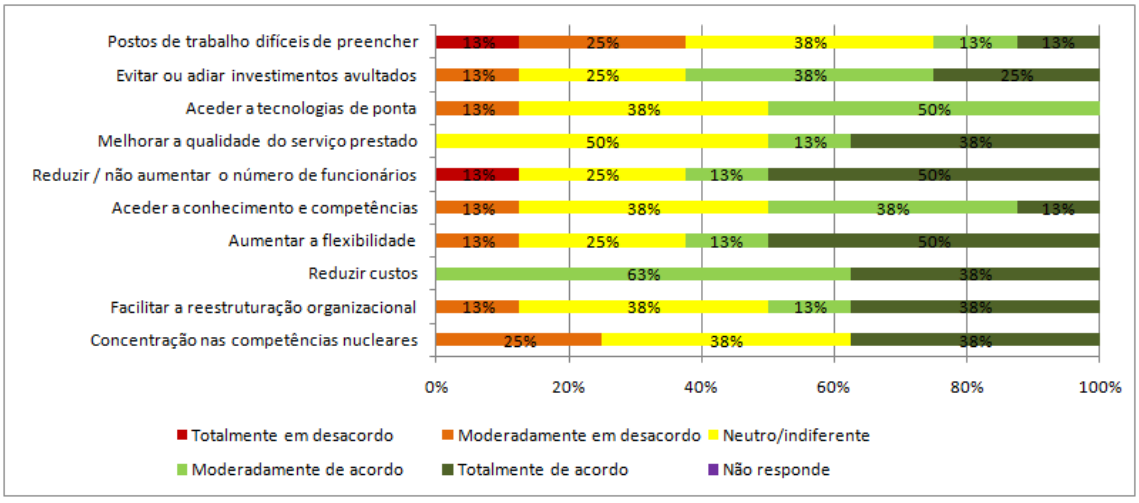


Gráfico IV. 4: Serviços clínicos - benefícios esperados pelas instituições públicas

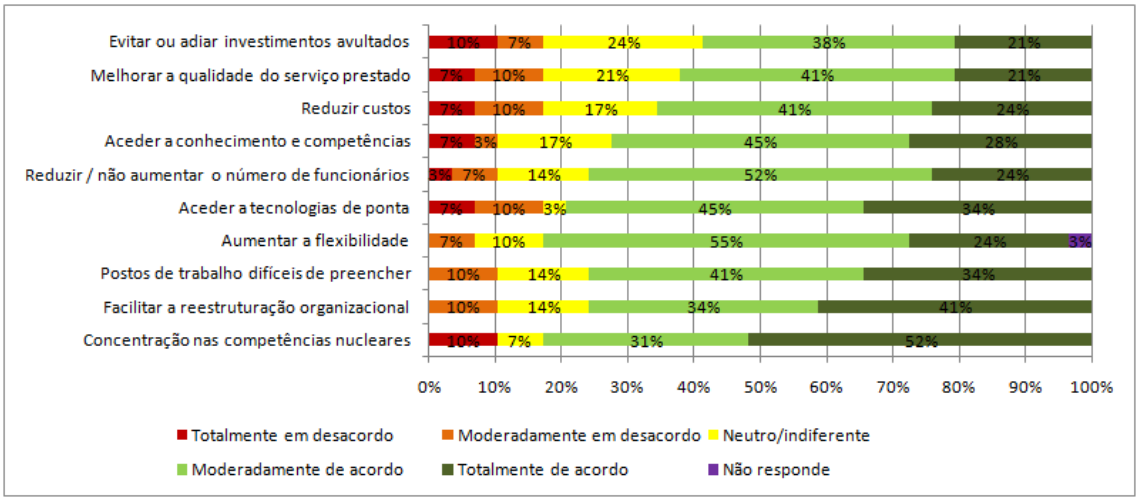


Gráfico IV. 5: Serviços clínicos - benefícios esperados pelas instituições privadas com fins lucrativos

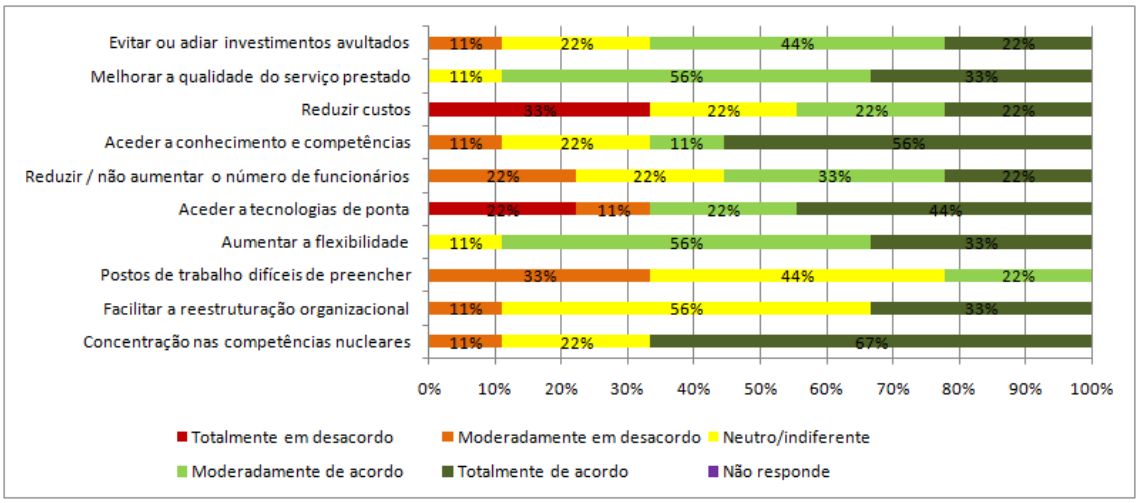


Gráfico IV. 6: Serviços clínicos - benefícios esperados pelas instituições privadas sem fins lucrativos

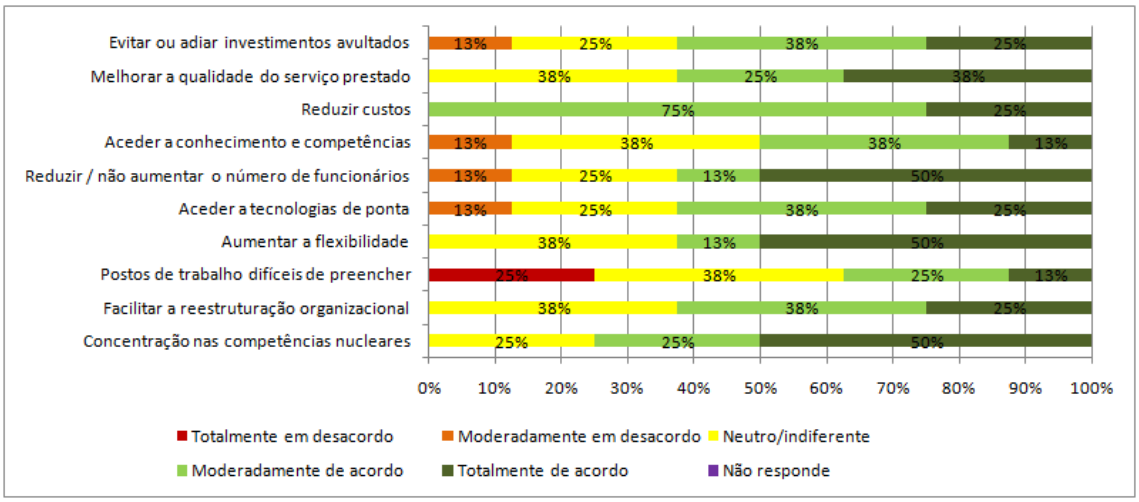


Gráfico IV. 7: Serviços gerais – motivação das instituições públicas para não efectuar o *outsourcing*

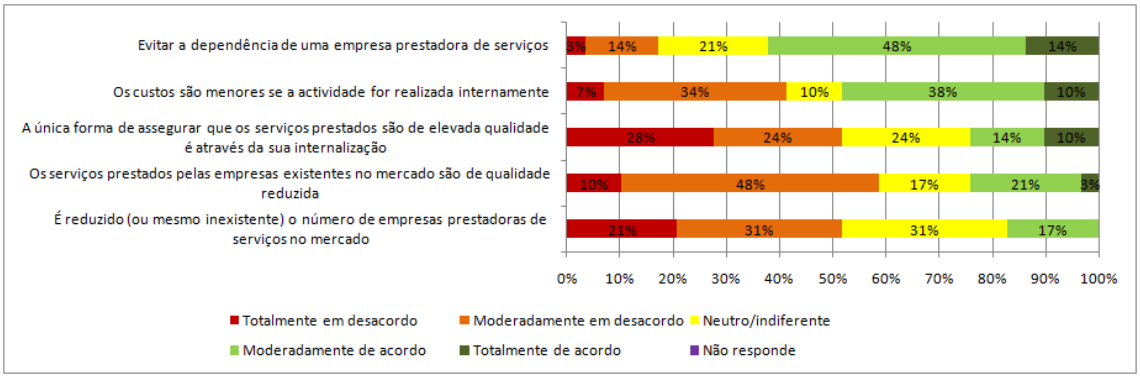


Gráfico IV. 8: Serviços gerais – motivação das instituições privadas com finalidades lucrativas para não efectuar o *outsourcing*

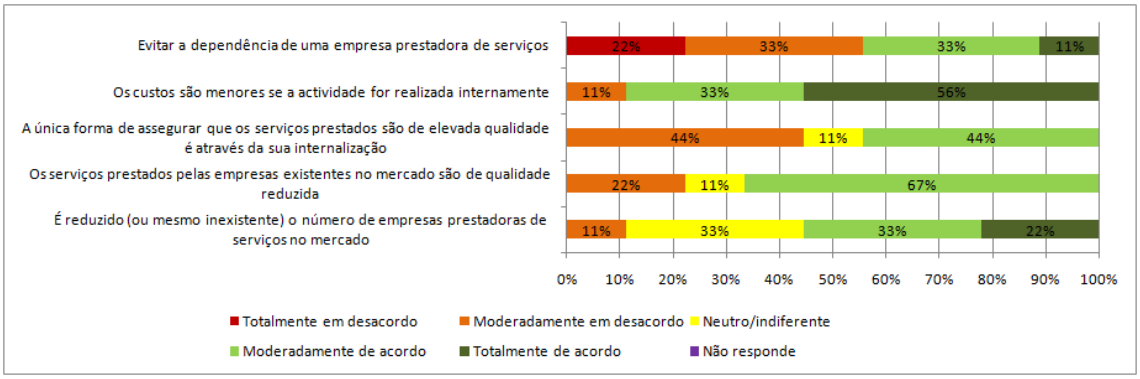


Gráfico IV. 9: Serviços gerais – motivação das instituições privadas sem finalidades lucrativas para não efectuar o *outsourcing*

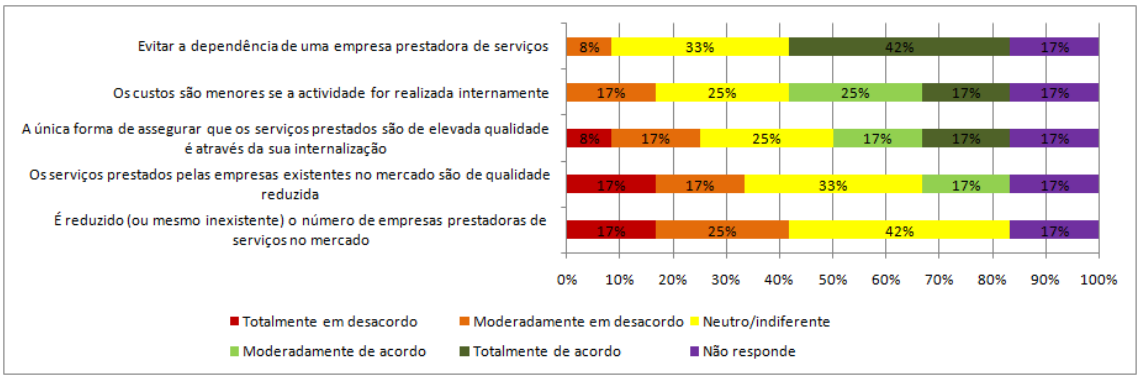


Gráfico IV. 10: Serviços clínicos – motivação das instituições públicas para não efectuar o *outsourcing*

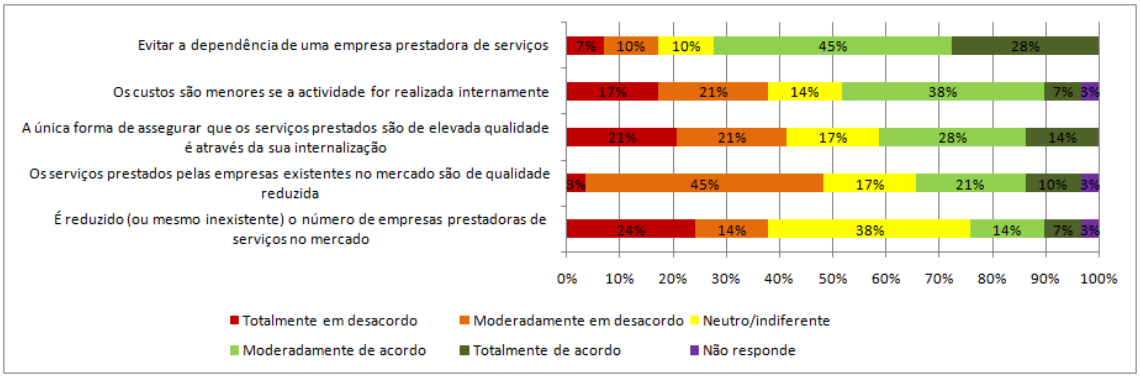


Gráfico IV. 11: Serviços clínicos – motivação das instituições privadas com finalidades lucrativas para não efectuar o *outsourcing*

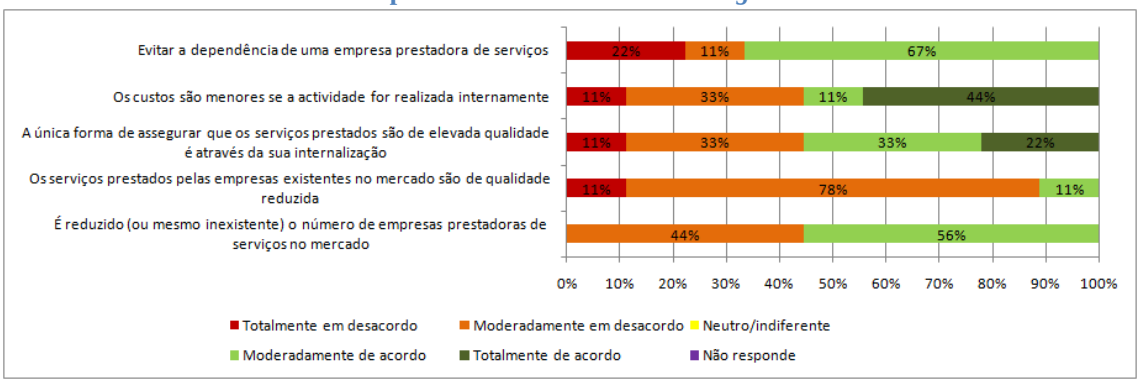


Gráfico IV. 12: Serviços clínicos – motivação das instituições privadas sem finalidades lucrativas para não efectuar o *outsourcing*

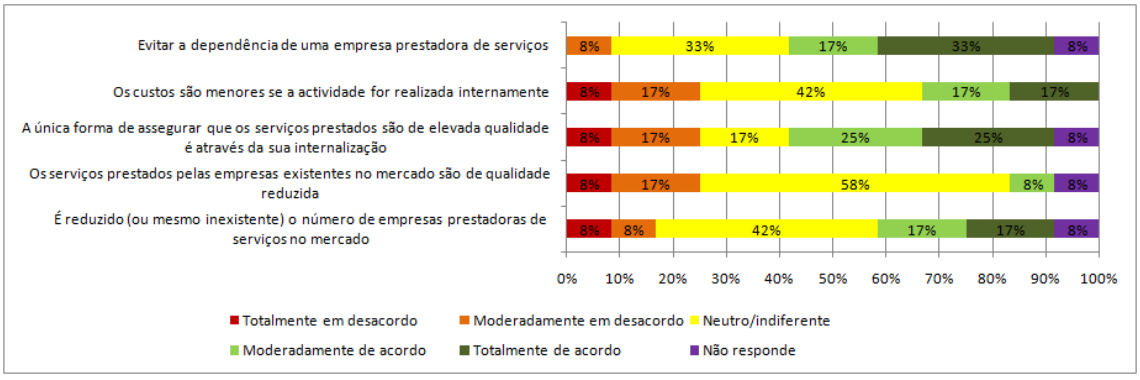


Gráfico IV. 13: Hospitais públicos – Impacte do *outsourcing*

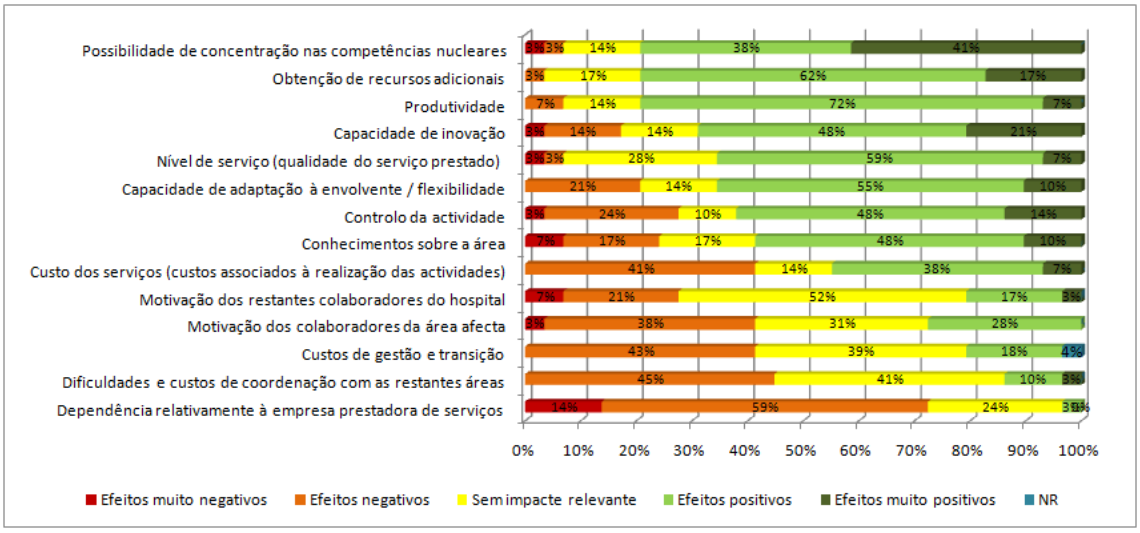


Gráfico IV. 14: Hospitais privados com fins lucrativos – Impacte do *outsourcing*

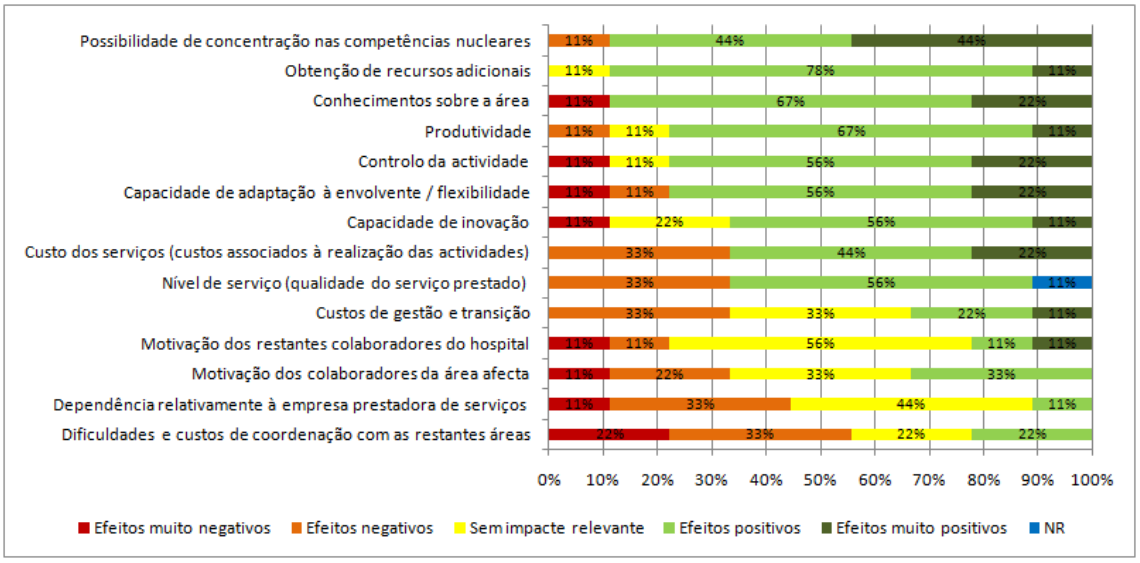


Gráfico IV. 15: Hospitais privados sem fins lucrativos – Impacte do *outsourcing*

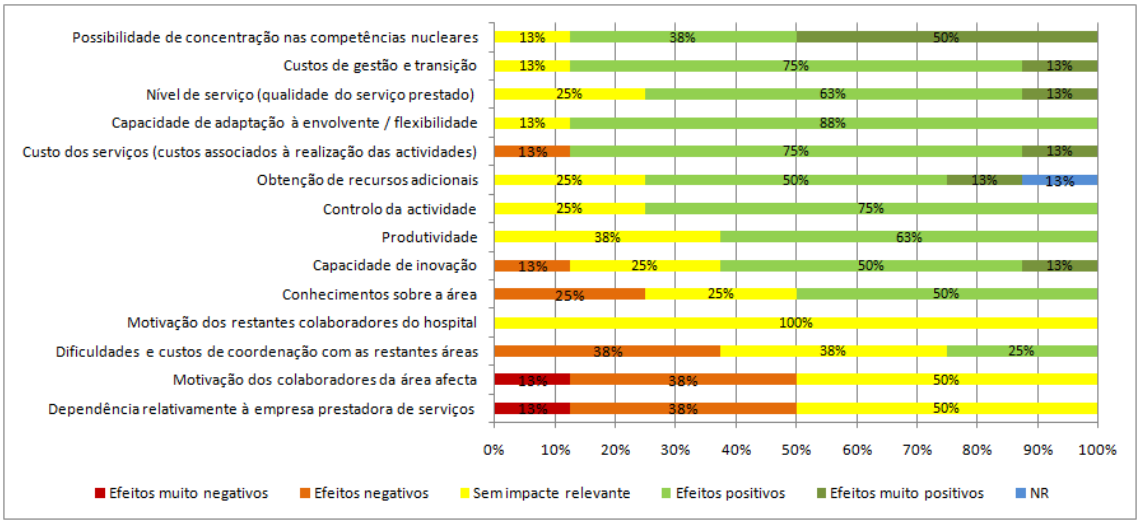


Gráfico IV. 16: Nível de Importância atribuída a cada factor – instituições públicas

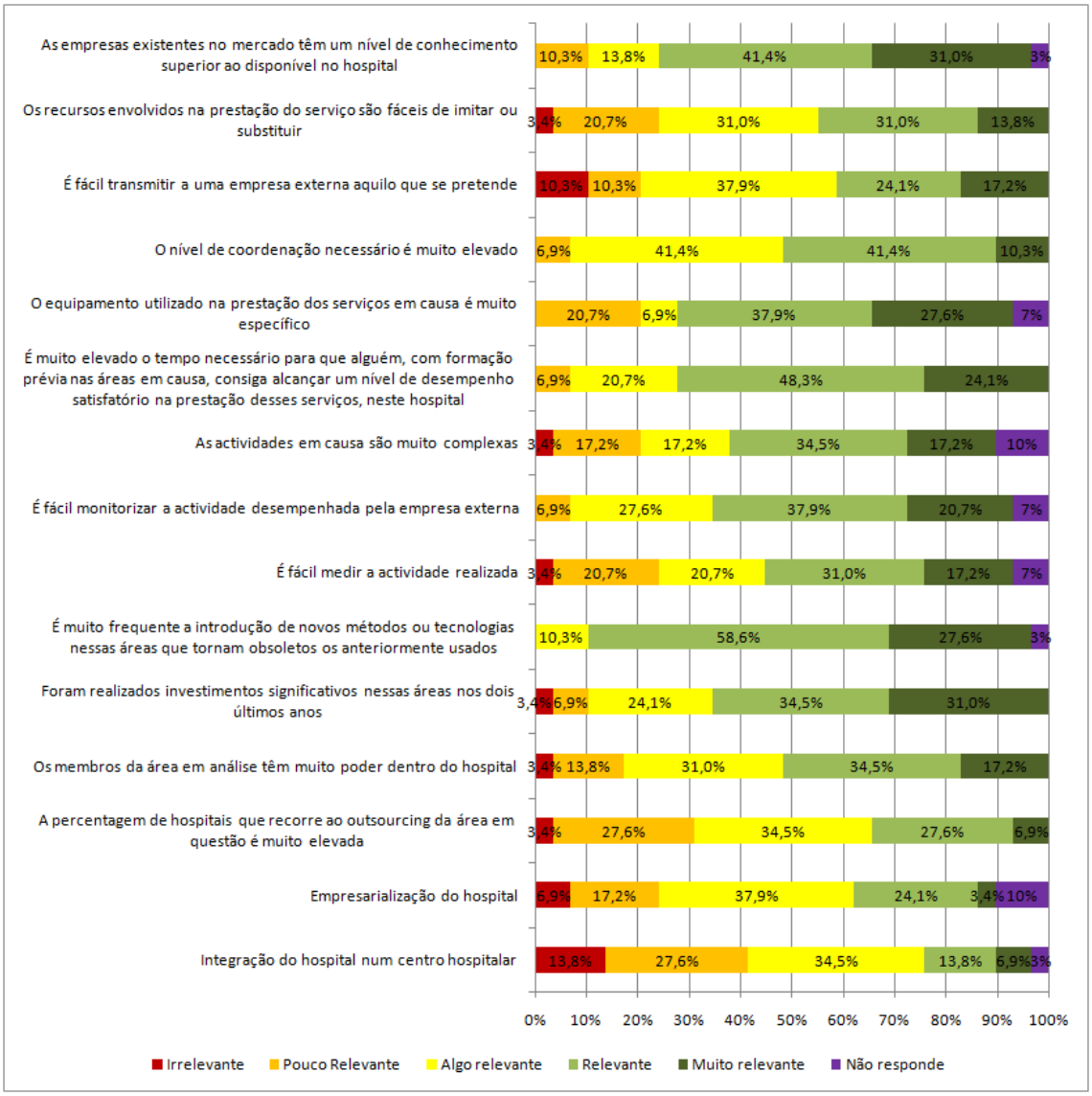


Gráfico IV. 17: Nível de importância atribuída a cada factor – instituições PCFL

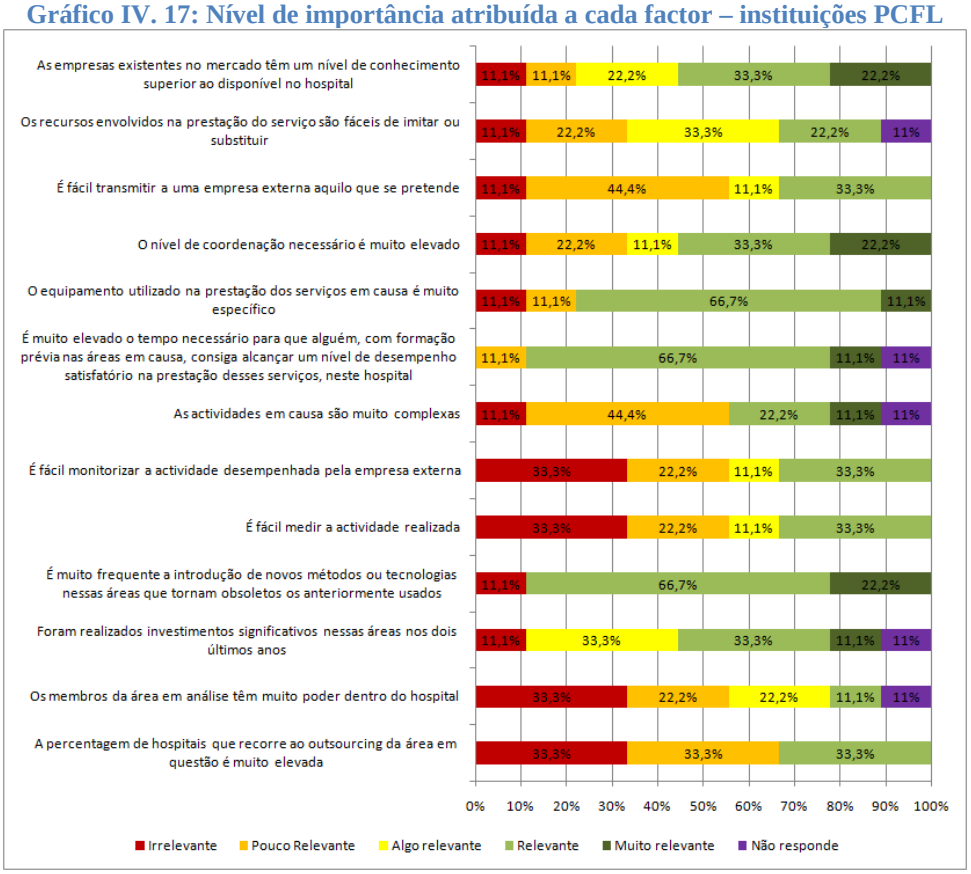


Gráfico IV. 18: Nível de importância atribuída a cada factor – instituições PSFL