

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Curso ministrado conjuntamente com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007

Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

**Contributos para uma prospectiva da implementação de
um Centro de Responsabilidade de Radiologia numa
Unidade Local de Saúde**

- O caso da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano -

Dissertação de Mestrado elaborada por:

Luís Manuel Rondão Carvalho

Nº 18308

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora / Lisboa

Março, 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA / INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA
MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Área de especialização

Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Curso ministrado conjuntamente com a

Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa - IPL

Adequado ao Processo de Bolonha conforme Registo na DGES nº. R/B-AD-917/2007
Publicado no DR, 2.ª série, n.º 11, 18 de Janeiro de 2010

**Contributos para uma prospectiva da implementação de
um Centro de Responsabilidade de Radiologia numa
Unidade Local de Saúde**

- O caso da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano -

Dissertação de Mestrado elaborada por:

Luís Manuel Rondão Carvalho

Nº 18308

Orientador:

Professor Doutor Carlos Alberto da Silva

Évora / Lisboa

Março, 2011

Título: Contributos para uma prospectiva da implementação de um Centro de Responsabilidade de Radiologia numa Unidade Local de Saúde

- O caso da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano -

Relatório de Investigação elaborado no âmbito do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, área de especialização em Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde por:

Luís Manuel Rondão Carvalho

Nº. Universidade Évora: 18308

Estudo orientado por:

Prof. Doutor Carlos Alberto da Silva

Universidade de Évora

Évora / Lisboa: Março, 2011

Contributos para uma prospectiva da implementação de um Centro de Responsabilidade de Radiologia numa Unidade Local de Saúde

- O caso da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano -

Resumo:

O presente estudo pretende prospectivar o impacto que poderá causar a implementação dum CRI de radiologia na ULSNA, através da opinião de diversos stakeholders deste serviço (onde se identificam os funcionários do actual SR, representantes do CA, do GPCG e dos cuidados de saúde primários da ULSNA)

Esta possível mudança para um CRI de radiologia será analisado em três dimensões:

- Unidade de gestão intermédia;
- Centro de qualidade de excelência;
- Centro de tecnologia actualizada.

Enveredou-se pela aplicação duma adaptação do método de Delphi, sendo para isso criadas hipóteses de cenarização sobre as dimensões atrás mencionadas.

A apresentação de resultados é efectuada através da construção duma matriz SWOT, de forma a se poder visualizar esquematicamente o posicionamento desta possível cenarização, onde se exibem todas as ameaças e oportunidades que estão presentes no meio envolvente, assim como os pontos fracos e fortes de futuro CRI de radiologia da ULSNA.

Palavras – Chave: Centro de responsabilidade integrado, radiologia, prospectiva, Delphi, mudança.

Contributions to a prospective implementation of a Responsibility Center in a Local Unit of Radiology in Health

The study case of local health unit of the northern Alentejano

Abstract:

The aim of this study, is to investigate the impact that the implementation of a CRI of radiology at ULSNA, would produce, through the opinion of various stakeholders of this service (where are identified, the current SR employers, representatives from CA, GPCG and primary health care of ULSNA).

This possible change to radiology CRI will be analyzed in three dimensions:

- Intermediate Management Unit ;
- Quality and Excellence Unit;
- Technology Centre updated technology.

It was decided to apply an adaptation of Delphi method, and for that, created the scenario assumptions about the dimensions mentioned above.

The presentation of results is done through the construction of a SWOT matrix in order to be able to visualize schematically the positioning of the possible scenarios, which show all the threats and opportunities that are present in the environment, as well as the strengths and weaknesses of future CRI ULSNA of radiology.

Key - words: Center for Integrated responsibility, radiology, foresight, Delphi, change.

Agradecimentos:

Até poder chegar ao término deste estudo, houve uma série de protagonistas sem os quais, esta dissertação não teria sido possível.

Em primeiro lugar, agradecer ao Conselho de Ética e CA da ULSNA a autorização para a realização deste trabalho, sobre esta unidade local de saúde.

Em segundo lugar, agradecer não só a todos os que quiseram colaborar neste trabalho respondendo aos inquéritos, mas também o apoio incondicional, de colegas da ULSNA que desde o primeiro momento e mesmo ainda sem as devidas autorizações, se empenharam em facilitar esta tarefa, assim como ao comercial duma firma de equipamentos de radiologia, que tal como todos os outros colaboraram nesta tese, duma forma completamente desinteressada. Um muito obrigado à Anabela, à Teresa ao Carlos ao Bruno e ao Vasco.

Uma palavra de gratidão não só para o professor, Dr Paulo Freitas pela disponibilidade demonstrada, mas também e particularmente para o orientador, Professor Doutor Carlos da Silva, pela forma paciente e generosa como me apoiou e orientou.

Por fim agradecer à minha mulher e filhos, pela compreensão da minha ausência em alguns momentos destes quase três anos, assim como pelo apoio prestado. Muito obrigado Luís, Manuel, Zé e Nela.

Para concluir agradeço a todos aqueles que duma forma mais activa ou não, duma forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste trabalho.

Índice

1. Introdução	P.16
1.1. O problema e a questão de partida	P.16
1.2. Objectivos do estudo	P.20
1.2.1. Objectivo geral	P.20
1.2.2. Objectivos Específicos	P.20
1.3. Estrutura do Trabalho	P.20
2. Enquadramento Teórico	P.23
2.1. As Organizações	P.23
2.1.1. Organizações humanas	P.23
2.1.2. Organizações Empresariais	P.24
2.1.3. A empresa como organização complexa	P.25
2.1.4. A empresa como um sistema aberto	P.28
2.1.4.1. O ambiente contextual	P.30
2.1.4.2. O ambiente transaccional	P.30
2.1.5. Gestão Empresarial	P.32
2.1.5.1. Níveis de gestão	P.33
2.2. O serviço de radiologia como organização	P.35
2.2.1. O serviço de radiologia como organização sustentável	P.36
2.2.2. A gestão empresarial dos serviços de radiologia	P.37
2.2.2.1. Fase de diagnóstico	P.41
2.2.2.2. Fase de redesenhar o serviço	P.44
2.2.3. A avaliação do desempenho como referência num SR	P.46

2.3. A organização e a Mudança	P.53
2.3.1. A resistência à mudança	P.53
2.3.2. Metodologia da Mudança	P.58
2.3.3. A mudança no Serviço de Radiologia	P.62
2.4. Centro de responsabilidade como meio de reorganização dos serviços	P.64
2.5. Caracterização	P.68
2.5.1. Distrito de Portalegre	P.68
2.5.2. ULSNA	P.73
2.5.3. SR da ULSNA	P.77
3. Metodologia	P.80
3.1. O desenho da investigação	P.80
3.1.1. O método de Delphi	P.84
3.1.1.1. Participantes/Especialista	P.87
3.1.1.2. Os questionários	P.89
3.1.1.3. Estrutura utilizada no questionário	P.91
3.1.1.4. Tratamento dos dados	P.94
4. Análise de dados	P.96
4.1. Realidade pré e pós constituição da ULSNA	P.96
4.2. Visão Prospectiva do SR da ULSNA como CRI de radiologia	P.99
4.2.1. CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia (dimensão I)	P.102
4.2.2. CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência (dimensão II)	P.109
4.2.3. CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada (dimensão III)	P.118
4.3. Discussão de resultados	P.124

4.4. Análise SWOT sintética da cenarização	P.129
5. Conclusão	P.136
5.1. Plano de Intervenção	P.139
6. Bibliografia	P.146
7. Anexos	P.151
7.1. Anexo I – Viabilidade financeira do CRI de Radiologia da ULSNA	P.152
7.2. Anexo II – Plantas das Unidades Funcionais de Radiologia de Elvas e Portalegre	P.217
7.3. Anexo III – Custos unitarios dos diversos exames	P.220
7.4. Anexo IV – Questionarios	P.238

Índice de Figuras

Figura 1 - Empresa como sistema aberto	P.29
Figura 2 - Meio Envolvente	P.31
Figura 3 - Exemplo duma falha num serviço de radiologia	P.42
Figura 4 - Princípios para construir fluxogramas de tarefas em Radiologia	P.42
Figura 5 – Fluxograma de trabalho em radiologia – visão geral.	P.49
Figura 6 – Reacção à mudança.	P.55
Figura 7 – Processo de mudança	P.57
Figura 8 – Relacionamento dos 4 factores de Nudler e Tushman.	P.60
Figura 9 – Níveis de Objectivos	P.63
Figura 10 – Mapa do distrito de Portalegre com nº de habitantes por concelho	P.69
Figura 11 – Densidade populacional por concelhos do distrito de Portalegre (nº)	P.69
Figura 12 – Idade média por Concelho do Distrito de Portalegre (Anos)	P.70
Figura 13 - Índice de Envelhecimento por Concelho do Distrito de Portalegre (nº)	P.71
Figura 14 - Índice de dependência total por Concelho do Distrito de Portalegre (nº)	P.71
Figura 15 – Taxa de Analfabetismo por Concelho do Distrito de Portalegre (%)	P.72
Figura 16 - Ganho médio Mensal por Concelho do Distrito de Portalegre (€)	P.73
Figura 17 – Distribuição gráfica dos recursos humanos do SR da ULSNA por categorias profissionais	P.78
Figura 18 – Grupos com interesse no Serviço de Radiologia	P.88
Figura 19 – Stakeholders que responderam ao questionário	P.101
Figura 20 - Pontos fortes e fracos do CRI de radiologia	P.131
Figura 21 – Ameaças e oportunidades do meio envolvente	P.133
Figura 22 – Mapa de posicionamento SWOT	P.134

Figura 23 – Cenários	P.138
Figura 24 – Pontos fracos = Factores críticos/Acções a tomar	P.140
Figura 25 - Ameaças = Factores críticos/Acções a tomar	P.141

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Necessidades do doente na hora de realizar um exame radiológico	P.41
Tabela 2 - Indicador de acessibilidade/tipo doente	P.51
Tabela 3 – Causas resistência individual	P.53
Tabela 4 – Causas resistência organização	P.54
Tabela 5 – Exequibilidade da mudança	P.58
Tabela 6 – Agrupamentos de centros de saúde	P.74
Tabela 7 – Constituição da área hospitalar da ULSNA	P.74
Tabela 8 – Departamento de Medicina	P.75
Tabela 9 – Departamento de Psiquiatria	P.75
Tabela 10 – Departamento de Cirurgia e Anestesiologia	P.75
Tabela 11 – Departamento da Mulher e da Criança	P.76
Tabela 12 – Departamento de Urgência	P.76
Tabela 13 – Serviços de Apoio Médico e Técnico	P.76
Tabela 14 – Serviço de suporte à Prestação de cuidados	P.76
Tabela 15 – Apoio Geral e Logística	P.77
Tabela 16 – Serviços de Assessoria Técnica	P.77
Tabela 17 – Distribuição de recursos humanos no serviço de radiologia da ULSNA	P.78
Tabela 18 – Tipologia de exames executados no serviço de radiologia da ULSNA	P.79

Tabela 19 – Tableau de board desta investigação	P.90
Tabela 20 – Matriz SWOT do SR do HSLE	P.96
Tabela 21 - Matriz SWOT do SR do HDJMG	P.97
Tabela 22 - Matriz SWOT dos dois primeiros anos do Serviço de Radiologia da ULSNA	P.98
Tabela 23 – Dimensão I	P.102
Tabela 24 - Indicadores ao nível do conhecimento dos stakeholders, probabilidade de ocorrência e principal agente responsável das cenarizações desta dimensão.	P.103
Tabela 25 – Tempo para a concretização das hipóteses	P.105
Tabela 26 – Factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da I dimensão.	P.106
Tabela 27 – Factores endógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da I dimensão	P.107
Tabela 28 – Dimensão II	P.109
Tabela 29 – Indicadores ao nível do conhecimento dos stakeholders, probabilidade de ocorrência e principal agente responsável das cenarizações desta dimensão.	P.110
Tabela 30 - Tempo para a concretização das hipóteses	P.112
Tabela 31 – Factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da II dimensão.	P.113
Tabela 32 – Factores endógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da II dimensão.	P.115
Tabela 33 – Dimensão III	P.118
Tabela 34 – Indicadores ao nível do conhecimento dos stakeholders, probabilidade de ocorrência e principal agente responsável das cenarizações desta dimensão	P.119
Tabela 35 - Tempo para a concretização das hipóteses da dimensão III	P.121
Tabela 36 – Factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da III dimensão.	P.121
Tabela 37 – Factores endógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da III dimensão	P.123

Tabela 38 – Posição das hipóteses de cenarização, nas correspondentes dimensões	P.125
Tabela 39 – Análise SWOT; vector forças/fraquezas da cenarização	P.130
Tabela 40 – Análise SWOT; vector ameaças/oportunidades da cenarização	P.132
Tabela 41 – Relação dos indicadores aos objectivos	P.143
Tabela 42 - Resultados esperados associados aos destinatários	P.144

Abreviaturas e siglas:

ARS – Administração Regional de Saúde

BO – Bloco Operatório

CA – Conselho de Administração

CICS-UM – Centro de Investigação de ciências sociais da Universidade do Minho

CR – Centro de Responsabilidade

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

CS-Centro de Saúde

Ecod. - Ecodoppler

Ecog. – Ecografia

Enc. - Encargos

EPE – Entidade Pública Empresarial

Fig. - Figura

Fornec. – Fornecimento

GPCG – Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão

Higi - Higiene

Seg - Segurança

IGIF - Instituto de gestão informática e financeira da saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

MR – Médicos Radiologistas

Orto - Ortopantomografia

Osteo – Osteodensitometria.

PACS – Picture Archiving communication system

Probabi. - Probabilidade

Rad. - Radiologia

Rad.Conv. - Radiologia Convencional

Rad. introd. Prod. Contraste – Radiologia com introdução de produtos de contraste

Remun. – Remuneração

RMN – Ressonância Magnética Nuclear

RIS – Radiological Information System

Serv - Serviço

SI – Sistema de Informação

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SR – Serviço de Radiologia

SWOT – Strengths, weaknesses, opportunities, threats.

TC – Tomografia Computorizada

UF – Unidade Funcional

UFR – Unidade Funcional de Radiologia

ULS – Unidade Local de Saúde

USLNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

1. Introdução

1.1. O problema e a questão de partida

O SNS foi implementado em 1979, ficando associado a uma democratização do País, sendo não só o seu arranque como o desenvolvimento nos primeiros anos, influenciado pelo clima então vivido. Possivelmente, não só pelo ambiente de crispação pós 25 de Abril de 1974, que se vivia, como também a oposição pública de alguns profissionais da saúde, conduziu a uma aceitação do SNS pouco consensual.

Para Barros e Gomes, o SNS arrancou com uma estrutura débil, agravada por uma “...frágil base financeira e ausência de inovação nos modelos de organização e gestão (...) simultaneamente uma grande falta de transparência entre os interesses públicos e privados (...) dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços públicos de saúde...” (2002, p. 63)

Nos finais de 1995 havia a consciência de que aumentar financiamentos para o SNS, não era a solução. Devia-se aplicar da melhor forma estes montantes e proceder a reformas estruturais. Como forma de preparar uma mudança no SNS, procedeu-se então à criação do Concelho de Reflexão sobre a saúde (CRES).

Em 1998 e depois do conhecimento do relatório final do CRES, a reforma da saúde é cada vez mais uma necessidade e começam a surgir certos conceitos como a intenção de criação de “...novos mecanismos de orientação estratégica e responsabilização: estratégia de saúde, contratualização (agências), remuneração associada ao desempenho (...), inovação, descentralização e flexibilização das organizações prestadoras de cuidados de saúde.”, bem como a criação, entre outros de hospitais-empresa, de centros de responsabilidade, sistema locais de saúde. (Barros & Gomes, 2002, p. 67).

Dá-se então início a uma atitude de experimentação, de modo a descobrir o que de melhor poderá servir à administração das unidades do SNS.

Como exemplos:

Em 1996 a gestão do hospital Fernando da Fonseca (Amadora-Sintra), foi entregue por contrato a uma empresa privada. Os hospitais de S. Sebastião e do Barlavento Algarvio, em Santa Maria da Feira e Portimão respectivamente, sendo os dois hospitais públicos regem-se por regras do direito e gestão privado (modelo empresarial). A criação dos sistemas locais de saúde quer através da implementação da primeira Unidade Local de Saúde, que foi a de Matosinhos, que agrega sobre a mesma entidade gestora o Hospital de Matosinhos e os centros de saúde da sua área de influência, quer através do aparecimento também dos centros hospitalares (como o centro hospitalar da Cova da

Beira, mais recentemente o centro hospitalar Lisboa Norte, entre outros). O surgir dos centros de responsabilidade integrados, como por exemplo o caso de maior sucesso e que ainda subsiste, o CRI de cirurgia cardio-toraxica do Professor Manuel Antunes nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Em 2003 surgem os hospitais SA (sociedade anónima de capitais exclusivamente públicos), partindo-se pouco tempo depois para as EPE (entidades públicas empresariais).

Para Barros e Gomes, todos estes modelos, sem prejuízo dos valores fundamentais do SNS, tendem a agilizar, desburocratizar, mobilizar, gerir e facilitar a renovação, através duma contratualização entre o financiador e prestador de cuidados de saúde.

A gestão da saúde, indiscutivelmente, nos últimos anos tem sofrido profundas alterações.

Com a empresarialização da gestão não só hospitalar, mas também dos centros de saúde (integradas nas ULS) do SNS, é cada vez mais premente a consolidação de um modelo de gestão que controle os custos duma forma cada vez mais eficiente, melhorando a qualidade da prestação de serviços, tanto no Centro de Saúde, como no hospital.

Com a criação de Unidades de Saúde, caminha-se no sentido da "...concertação de acções no sentido de se obterem ganhos em saúde e a necessidade de se refazer o fluxo natural das pessoas entre os diversos prestadores..." (Barros & Gomes, 2002, p. 90), de modo a que estes estejam todos incluídos num dispositivo que contribua para a saúde da população, constituindo como um conjunto de recursos da saúde articulados na base da complementaridade, organizados segundo critérios geográfico populacionais, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades em saúde definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, com capacidade de coordenar os recursos

Sendo assim, uma Unidade Local de Saúde é composta por agentes de natureza diversa, pelo que alguns autores, afirmam que a componente de gestão para ser eficaz e eficiente, deve estar localizada ao nível de cada prestador de forma a poder decidir a quantidade e a qualidade de recursos a empregar, dependendo da especificidade de cada conjuntura. Através duma organização interna das ULS em centros de responsabilidade, estes, são caracterizados como um instrumento de gestão, contendo uma estrutura orgânica de gestão intermédia, com autonomia e com especial atenção à coordenação entre pessoal técnico e de gestão.

Os centros de Responsabilidade Integrada são segundo Barros e Gomes, uma forma de "...organização interna dos hospitais, para tentar a integração das decisões clínico-assistenciais como as económico-financeiras, ..." (2002, p. 75), relançando-se a ideia da

implementação de níveis de gestão. Ainda segundo este autor, esta atitude visa a responsabilização dos profissionais pelos recursos que têm à sua mão (já que os envolve). Indo mais longe, aumenta a produtividade e a qualidade da prestação de cuidados, com a fixação de incentivos tendo em conta os ganhos obtidos, para além de benefícios não só nas condições de trabalho, como também em áreas de formação e investigação. A criação do CR pretende essencialmente um elevado grau de eficiência, e de eficácia, onde numa forma estratégica se pretende aumentar os ganhos em saúde, promovendo a qualidade dos serviços prestados e a satisfação de profissionais e utentes, facilitando assim o acesso do doente/cliente aos serviços de saúde públicos.

Aproveitando a criação da recente Unidade Local de saúde do Norte Alentejano e a consequente tentativa gradual de organização interna em CRI, o autor deste trabalho como Técnico de Radiologia, a desempenhar funções na ULSNA, demonstra curiosidade por saber, qual será qual o comportamento do ponto de vista social e económico face à implementação de um Centro de Responsabilidade de Radiologia nesta Unidade Local de Saúde.

Ao frequentar o V ciclo de mestrados em “Intervenção sócio organizacional de saúde – área de especialização em políticas de administração e gestão de serviços de saúde.”, pensa que poderia ser pertinente o estudo desta problemática através da elaboração da dissertação do referido mestrado.

O ponto de partida, ou então a questão que vai originar este estudo será a seguinte:

Dum ponto de vista prospectivo, qual ou quais serão as reacções, a uma implementação dum Centro de Responsabilidade de Radiologia na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano?

A implementação deste CRI, vai logicamente aportar alterações ao nível de diversas dimensões dum serviço de radiologia como organização, quer seja ao nível dos modelos de gestão, quer ao nível social, em relação à aceitação ou não, desta mudança por parte dos funcionários deste serviço de radiologia.

Para haver uma transformação, esta tem que valer a pena, não se pode mudar só por mudar, tem que se ter a certeza que o impacto de mudança no futuro vai ser significativamente relevante e positivo.

A mudança numa forma geral, mesmo por bem planeada que esteja, comporta sempre resistência a esta, por isso, este tipo de decisão tem que ser ponderada, reflectida e sujeita a um estudo prévio de modo a poderem-se tomar decisões devidamente sustentadas sobre o investimento que acarreta a transformação deste serviço num CRI.

De outra forma precisa-se dum projecto específico que permita antever uma realidade e decidir sobre ela.

Abecassis e Cabral definem projecto como "...o conjunto sistematizado de informação destinado a fundamentar uma decisão de investimento." (2000, p.11)

Investir é a utilização dum fundo escasso de forma a gerar rendimento durante um certo período de tempo, corresponde duma forma genérica à troca da possibilidade de "...satisfação imediata e segura traduzida num certo consumo pela satisfação diferida, instantânea ou prolongada, traduzida num consumo superior." (Abecassis & Cabral, 2000, p13)

Com a constituição da ULSNA, e a transformação dos dois serviços de radiologia num só, acarretou só por si uma mudança, podendo-se considerar dificuldades que já existiam anteriormente como:

- Dificuldade em substituição de equipamentos;
- Concorrência com as clínicas privadas da Zona;
- Decisores muito longe dos problemas;
- Falta de motivação dos funcionários.

Mas trouxe outras, devido à constituição da ULSNA, como por exemplo:

- Aumento muito rápido da área de cobertura – área de influência –;
- Serviço disperso em várias unidades funcionais pelo distrito de Portalegre;
- Clima social de insegurança e ansiedade, por parte dos funcionários;
- Clima de desconfiança por parte dos stakeholders;
- Deslocação dos doentes ao longo da ULSNA.

Será que a constituição dum CRI de radiologia na ULSNA, compensará, todo o mecanismo de mudança associado? Esta transformação deverá pelo menos ser sustentável, ou preferencialmente apresentar rendibilidade.

Para Menezes, o "...conceito de rendibilidade, seja qual for o indicador utilizado para a sua quantificação...relaciona os resultados obtidos com os meios utilizados para a sua consecução." (2005, p.41), deste modo pode-se entender rendibilidade:

- Do ponto de vista empresarial, ou financeiro, segundo Neves, "...exprime a capacidade duma empresa para gerar lucros, ou melhor...a aptidão para gerar uma série de fluxos de caixa com saldo positivo." (2007, p. 19);

- Do ponto de vista Social, ou económico pretende apurar "...os benefícios globais para todos os seu agentes (Estado, famílias, empresas) ..." (Abecassis & Cabral, 2000, p.19), não descorando o bem-estar e satisfação dos grupos sociais que estejam envolvidos neste processo (essencialmente os funcionários do CRI, CA da ULSNA, doentes/utentes, etc).

O estudo da viabilidade dum projecto como este, embora com características especiais, como já referiu, e que se ira constatar no desenrolar do trabalho, precisa que previamente se consiga construir a realidade que virá ocorrer, de forma a se poder ponderar a pertinência da mudança, ainda mais, porque existe sempre associado ao investimento um risco, que logicamente deverá ser quantificado.

Para além da parte económica, existe uma parte social que tem a ver essencialmente com as expectativas dos funcionários, indo mais longe, dos diversos stakeholders do serviço de radiologia em questão. O que é que estes esperam dum CRI de radiologia na ULSNA, o que lhes pode trazer de novo?

Se os proveitos do ponto de vista económica e social, num projecto como este são fundamentais, não se pode descorar, que este é um projecto ao nível da saúde pública, pelo que é fundamental, a valorização e a melhoria dos benefícios em saúde.

1.2. Objectivos do estudo

1.2.1. Objectivo Geral

Duma forma geral pretende-se averiguar a viabilidade da possível criação dum CRI de radiologia na ULSNA.

1.2.2. Objectivos Específicos

Especificamente e numa primeira abordagem, os objectivos específicos deste estudo passariam por identificar o que os stakeholders do Serviço de radiologia (funcionários da ULSNA), pensam prospectivamente da implementação do CRI de radiologia em relação a três possíveis cenarizações:

- O CRI de Radiologia da ULSNA como unidade de gestão intermédia rendível;
- O CRI de Radiologia da ULSNA como ferramenta de qualidade;
- O CRI de Radiologia da ULSNA como centro de tecnologia actualizada.

1.3. Estrutura do trabalho

Este trabalho vai apresentar-se em sete tópicos:

1. Introdução
2. Enquadramento Teórico
3. Metodologia
4. Apresentação de resultados e sua análise
5. Conclusão
6. Bibliografia
7. Anexos

Na introdução pretende-se apresentar o tema desta tese, introduzir informação acerca desta temática e explicar em que contexto surge a pergunta de partida para todo este trabalho.

Identifica-se o objectivo geral deste trabalho, assim como a sua subdivisão nos objectivos específicos deste. Assume-se o que realmente é pertinente para este estudo.

Exibe-se a forma como este trabalho está dividido, de forma a que dum modo lógico se possam atingir os objectivos, a que se propôs este estudo.

No enquadramento teórico e depois da apresentação básica do tema, vai-se aprofundar de forma pertinente toda a componente teórica que fundamenta a criação dos centros de responsabilidade integrados de radiologia, como forma interna de organização de serviços.

Teve-se o cuidado de abordar a fundamentação teórica da organização, como organização social e empresarial. Abordou-se a gestão dum serviço de radiologia como organização empresarial e descreveu-se a fundamentação da mudança nas organizações.

Definiu-se CR e deu-se especial importância à caracterização do serviço de radiologia da ULSNA, da própria ULSNA como entidade de suporte do serviço e do próprio distrito de Portalegre, como lugar privilegiado de toda a acção.

Partiu-se depois, para a percepção prospectiva dos grupos interessados nesta mudança que é a implementação dum CRI de radiologia, à excepção dos doentes/clientes, já que seria demasiado extenso para este trabalho (esta abordagem justifica um estudo só para ela).

Enquanto ao capítulo da metodologia, justifica-se o modelo de investigação utilizado, de forma a atingir os objectivos deste estudo.

Explica-se o desenho do trabalho de investigação, que *“...es el plan lógico creado por el investigador com el propósito de obtener respuestas válidas a las cuestiones de*

investigación planteadas” (Fortin, 1999, p. 102). É o caminho a seguir para demonstrar as perspectivas que determinados grupos de interesse desta implementação dum CRI de radiologia poderão ter. Necessita-se da selecção e a delimitação do campo de conhecimento a pesquisar e as técnicas a utilizar na recolha de dados, sua justificação e estratégias utilizadas no tratamento, análise e apresentação dos dados obtidos.

Na apresentação e análise dos dados, construiu-se uma matriz SWOT, como forma de exhibir os resultados dos inquéritos aos representantes dos grupos com interesse na implementação do CRI de radiologia. Deste modo pretende-se mostrar aquilo que estes pensam que poderá ser o possível cenário dum futuro CRI de radiologia da ULSNA, identificam-do-se pontos fortes e fracos deste CRI de radiologia em concreto, assim como o que poderá ainda constituir para este, uma ameaça ou uma oportunidade proveniente do meio envolvente, tudo, claro do ponto de vista dos stakeholders que vão participar neste estudo.

Seguidamente tecem-se as conclusões pertinentes a este estudo, construindo um plano de intervenção, para a concretização desta realidade proposta neste trabalho, cuidando-se essencialmente a vertente social deste estudo.

O capítulo seis é dedicado à descrição de toda a bibliografia consultada neste trabalho de investigação.

Por último, exibem-se os anexos, onde consta para além doutros documentos, uma breve avaliação financeira deste CRI, (que poderá ser aprofundada em futuros estudos) para dar a conhecer uma leitura aproximada da eventual rendibilidade financeira deste possível CRI.

Concluindo, pretende-se aportar prospectivamente, um conjunto de vários elementos, que elucidem sobre a possível concretização dum centro de responsabilidade de radiologia na Unidade Local de Saude do Norte Alentejano.

2. Enquadramento Teórico

2.1. As Organizações

2.1.1. Organizações humanas

A definição de organização utilizada de uma forma geral em todos os campos do conhecimento científico, acaba por não ter uma descrição unânime entre os diversos autores.

Como organização humana, Teixeira defini-a como unidades “...intencionalmente construídas e reconstruídas, a fim de se atingirem objectivos específicos (...) nunca constitui uma unidade pronta e acabada, mas um organismo social vivo e sujeito a mudanças.” (1998, p.21)

Ao longo dos tempos assiste-se a um evoluir nos campos da matemática e astronomia, motivado essencialmente por “...necessidades práticas, ditadas pelas necessidades colectivas inerentes às grandes sociedades, ligadas com a agricultura, a navegação ou na consolidação da capacidade de defesa militar...” (Zorrinho, Serrano & Lacerda, 2007, p. 37).

A este desenvolvimento científico está associado uma imagem de governo central, poderoso, que cria uma imagem de sociedade sujeita a regras, ordenada, orientada para o bem-estar humano.

A satisfação das necessidades humanas levaram desde os primórdios da humanidade, à procura contínua de conhecimento, de modo a compreender o seu entorno, estudando os “...diferentes fenómenos que se prendem com os mais variados domínios da ciência em paralelo com o desenvolvimento de todas as técnicas de apoio...”, que incrementarão a qualidade de estilo de vida das populações, mas que criarão “...novas necessidades colectivas, novos padrões de comportamento e novas formas de organização da sociedade.” (Zorrinho et al., 2007, p. 38)

Na verdade, a sedentarização foi o ponto de viragem na evolução do homem, que como ser gregário, sente a necessidade de viver em grupos, de viver em organizações. Teixeira define estas como compostas “...por duas ou mais pessoas, que interagem entre si, através de relações recíprocas, para atingirem objectivos.” (1998, p. 21), deste modo a organização é o modelo mais eficiente para atingir a satisfação dum grande número de necessidades do ser humano, pelo que se assiste a um maior cuidado e racionalização na gestão dos recursos disponíveis.

A satisfação das necessidades do grupo funciona como motivação para a procura ininterrupta de conhecimento, de modo a aumentar o seu bem-estar, desenvolvendo assim ao longo da história o campo das ciências.

Hoje em dia, a sociedade é constituída, maioritariamente por organizações, quer tenham ou não fins lucrativos. (hospitais, escolas, igrejas...)

A existência de organizações explica-se segundo Teixeira (1998) em três vertentes:

1. Social - A necessidade de sociabilidade e de relacionamento por parte do ser humano;
2. Material – O aperfeiçoamento e desenvolvimento da actividade de uma organização, leva a um acréscimo da “...habilidade (eficiência) na execução das tarefas, à redução do tempo necessário para alcançar um objectivo, à acumulação de conhecimento (pela experiência e vivência dos outros) e ao conhecimento acumulado e armazenado para passagem aos vindouros”;
3. Sinérgica – Consiste no “...efeito multiplicador da actividade dos seus membros...quando duas ou mais causas produzem – actuando conjuntamente – um efeito maior do que a soma dos efeitos que produziriam actuando isoladamente.” (Teixeira, 1998, p. 21)

2.1.2. Organizações empresariais

A empresa é considerada por Teixeira como “...uma das invenções mais importantes do homem e, ao mesmo tempo, uma das instituições fundamentais da nossa sociedade.” (1998, p. 21), daí assistir-se a um aumento extraordinário de empresas, não só em número, como em dimensão e complexidade.

As empresas são hoje em dia, onde o homem passa a maior parte do seu tempo, são elas que actualmente mais condicionam o seu modelo de vida. São vistas como uma organização social, “...em sentido lato comportam-se como sistemas abertos que evoluem e estão em permanente reorganização, pela introdução de novas informações e de novas tecnologias.” (Zorrinho et al., 2007, p. 39)

Historicamente, o conceito de evolução empresarial está intimamente relacionado com a revolução industrial, momento de conturbação ideológica impulsionadora dum grande desenvolvimento industrial, no entanto à empresa como organização humana “...é indissociável a importância que assumiram a reforma protestante, o mecanicismo de Newton, o espírito de concorrência evidenciado por Adam Smith, o darwinismo social, o pensamento de Marx, o nascimento dos movimentos sindicais, etc.” (Rivas citado por Zorrinho et al., p.38, 2007).

A empresa procura evoluir através, não só no restabelecimento do equilíbrio económico, mas essencialmente através da "...acumulação de capacidade tecnológica, na flexibilização da organização, na experimentação social e no reconhecimento da diversidade e autonomia." (Zorrinho et al., 2007, p. 39).

A organização do ponto de vista de autores clássicos da administração como Taylor, Fayol e Ford "...deveriam ser um espaço de standardização, de hierarquização e de especialização na execução de tarefas.". (Zorrinho et al., 2007, p. 40)

No entanto desde os anos da escola clássica de administração, até aos tempos da gestão actual, muitas mudanças tiveram lugar.

Hoje em dia os modelos de organização estão mais vocacionados para fazer frente a um ambiente de turbulência e de constante mudança, onde a imprevisibilidade e a instabilidade são características essenciais dum processo em contínua transformação, onde a presença da estratégia é fundamental como ferramenta de adaptabilidade e constante actualização.

A clássica escola da organização, conduzida na constante procura da redução dos custos de produção, assente na padronização e na produção em massa, contrasta claramente com a actual realidade onde "...mais do que continuar em busca de economias de escala o gestor deve procurar encontrar o que se poderá denominar de economias de adaptação." (Zorrinho et al., 2007, p. 40)

Entra-se numa realidade onde novos desafios de organização são criados, onde a produção de bens depende essencialmente do gosto do cliente, pelo que obriga a uma constante diversificação e adaptação não só de processos mas também como de modelos de produção, "...o factor determinante de sucesso reside na capacidade das empresas considerarem o conjunto das variáveis numa aproximação global do melhor resultado conseguido." (Zorrinho et al., 2007, p. 41)

As empresas distinguem-se das outras organizações, tais como clubes recreativos, instituições de beneficência, partidos políticos, porque são em regra "...orientadas para o lucro, assumem riscos, são geridas segundo uma filosofia de negócios e como tal reconhecidas pelos governos e pelas outras organizações que com elas lidam, e são, geralmente, avaliadas sob um ponto de vista contabilístico;" (Teixeira, 1998, p. 21)

2.1.3. A empresa como organização complexa

O campo de saberes da organização, no intuito de poder resolver as diversas dificuldades emergentes, durante muito tempo, tinha a tendência duma forma persistente de simplificar as situações, apartando do seu contexto os elementos com que não sabia lidar, "...como por exemplo os factores humanos, os aspectos psicológicos, a

efectividade, a ecologia, a incerteza do futuro etc. As soluções cartesianas que propunha eram deduzidas de uma decomposição analítica extrema e desconectada da verdadeira realidade.” (Zorrinho et al., 2007, p. 43).

Deste modo a partir do momento em que “...os objectivos que se pretendiam atingir, através das organizações, se tornavam mais complexos, exigiram a mobilização de maiores recursos e a coordenação mais rigorosa e sincronizada dos esforços de todos os participantes...” (Camara, 1997, p.37), transformando as organizações em estruturas mais pesadas.

Existem agora um maior número de variáveis, e de elementos heterogéneos, que numa empresa, passam pelos recursos humanos, as máquinas, as instalações, os capitais, etc.

Os acontecimentos já não existem de forma isolada, estão relacionados entre si, influenciam-se uns aos outros. A forma de os pensar obriga a uma maior complexidade, já não se pode cair na tentação de os simplificar à soma dos seus constituintes, representando o global mais que a soma destes.

Para Zorrinho et al., a empresa”...é mais que a soma das pessoas, das instalações, dos capitais e das tecnologias que a compõem...” fazendo “...emergir um sentido a partir dos componentes, estabelecendo entre eles interacções e sinergias mobilizadas em torno de finalidades.” (2007, p.42).

As organizações complexas são consideradas como sistemas constituídos por subsistemas, capazes de auto-regulação, de forma a poderem aprender e adaptar-se às novas situações, têm a competência de transformar incertezas ou ameaças em oportunidades, onde a desordem não é mais que uma possibilidade de aprendizagem, para se poder adaptar de novo, à nova realidade.

Esta constante necessidade de adaptabilidade por parte das organizações complexas, leva a um enriquecimento por parte dos recursos humanos que possui, visando o desenvolvimento de atitudes adequadas à necessidade de adaptabilidade.

A rápida e permanente adaptabilidade está intimamente relacionada com a maior ou menor capacidade de sobrevivência duma empresa. Mas esta lógica de inovação deverá ser ponderada, pois os “...seres humanos e as organizações têm necessidade de espaços e momentos de estabilidade, de pontos de referência, de rotinas, senão a vida seria extenuante...”. É necessária a “...procura de “equilíbrio “entre estabilidade e evolução, entre ordem e desordem.” (Zorrinho et al., 2007, p. 44).

A coerência e pertinência por parte da organização, pressupõe “...uma inteligibilidade face aos desafios, sistemas de acção e de transformação...”, construído

“...progressivamente por aprendizagem (...) e por memorização das experiências. Uma organização que não guarda o registo das suas experiências está condenada a reproduzir constantemente os mesmos erros.” (Zorrinho et al., 2007, p. 46).

A reflexão sobre os sucessos e insucessos numa organização, contribui para a identificação do melhor processo de transformação como ferramenta de adaptabilidade.

Estas organizações segundo Bettencourt da Camara (1997) podem ser apresentadas com uma diferenciação horizontal ou vertical.

A diferenciação horizontal será a responsável pela maior complexidade na coordenação das actividades entre as diversas unidades funcionais dentro da empresa, responsável pelos conflitos entre estas. Poderá ser definida como “...o grau de heterogeneidade entre as várias unidades funcionais existentes na organização, com base na orientação dos seus membros, na natureza das tarefas que desempenham e na sua formação académica e profissional.” (Camara, 1997, p. 38)

Na diferenciação vertical referencia-se o número de graus hierárquicos numa organização. Quanto mais graus hierárquicos entre a gestão de topo e a operacional, mais distorção de comunicação entre estes haverá.

A excessiva hierarquização vertical numa empresa afasta os gestores de topo, dos operacionais, transformando estas estruturas muito pesadas e lentas na hora da decisão. A delegação de poderes poderia atenuar esta tendência mas raramente acontece em organizações fortemente hierarquizadas.

Torna-se legítimo e pertinente questionar “se as decisões pudessem ser tomadas na base da hierarquia, para que serviriam os escalões hierárquicos intermédios?” (Camara, 1997, p.39).

A administração pública representa dos melhores exemplos em Portugal, de organizações fortemente hierarquizadas.

As empresas quanto mais diferenciação horizontal ou vertical possuem, mais complexidade apresentam, tornando-se pois inevitável, mais e melhores mecanismos de regulação, como forma de regular a informação e os sucessivos acontecimentos.

Como foi referido a delegação de poderes, que passa pela inclusão dos colaboradores no processo de gestão da empresa, origina uma maior capacidade de intervenção e regulação do sistema.

Esta capacidade passa por um processo de liderança adequado, definido como o “...processo de influenciar outros de modo a conseguir que eles façam o que o líder quer

que seja feito, ou ainda, a capacidade para influenciar um grupo a actuar no sentido da prossecução de objectivos do grupo.” (Teixeira, 1998, p. 139)

A forma como ela é desempenhada é essencial para definir a organização, para se saber qual a sua imagem perante a totalidade dos stakeholders.

A capacidade de liderança vai essencialmente actuar ao nível da “...vontade de uma pessoa desenvolver esforços com vista à prossecução dos objectos da organização.” (Teixeira, 1998, p.120)

2.1.4. A empresa como um sistema aberto

Hoje em dia vive-se rodeado de sistemas, o próprio corpo humano, é exemplo disso mesmo.

Os sistemas devem ser observados à luz das suas características e princípios comuns.

Os diferentes elementos constituintes dum sistema tendem a funcionar de forma coordenada, actuando de forma conjunta, permitindo que esta atitude possibilite que a acção conjunta dos elementos dum sistema seja maior que o somatório das partes individuais, chama-se a isto sinergia.

Existe uma incorporação duns sistemas nos outros a que se chama, metassistemas. O sistema com o tempo tende à entropia, que passa pela tendência que o sistema tem em desorganizar-se e desintegrar-se por falta de inter-relacionamento entre estes.

Os sistemas apresentam um ciclo de vida como o homem, nascem, desenvolvem-se e morrem.

Para Zorrinho et al., “ quanto maior é um sistema, mais difícil e complexa é a sua gestão, o que aumenta o risco de existência de entropia, de disfuncionamentos, com o decorrer do tempo. (2007, p.04)

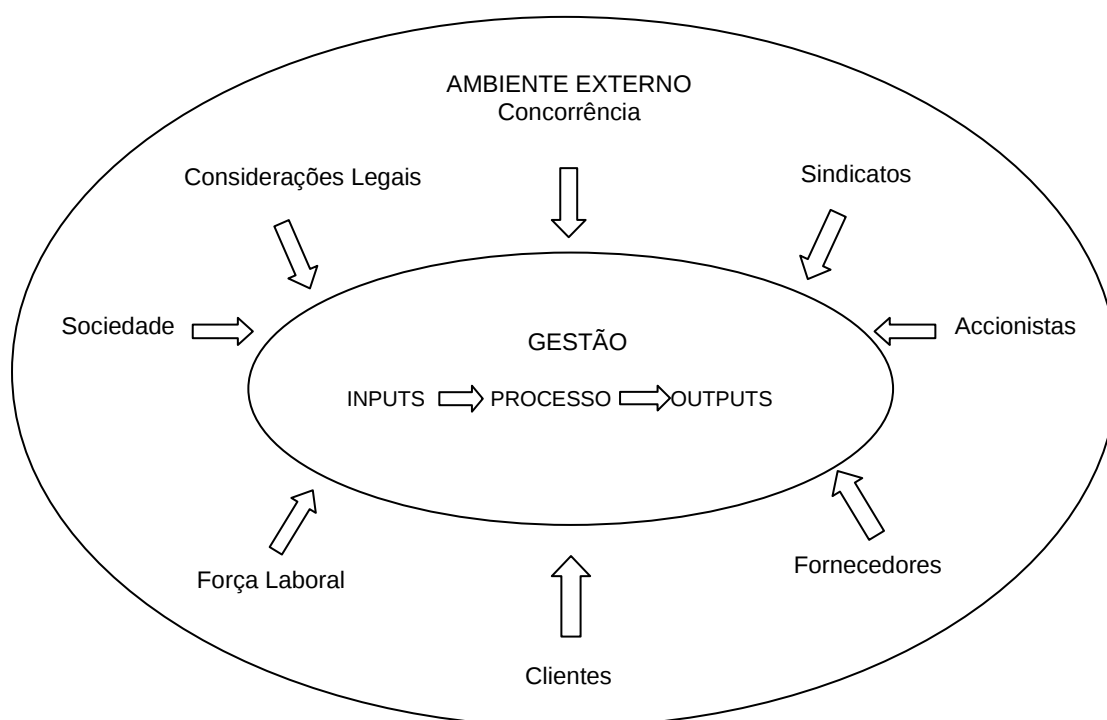
Segundo Teixeira, sistema é definido como um “...conjunto de elementos, partes ou órgãos componentes do sistema, isto é, os subsistemas (...) dinamicamente inter-relacionados, formando uma rede de comunicações e relações em função da dependência recíproca entre eles (...) desenvolvendo uma actividade ou função que é a actividade ou processo do sistema (...) para atingir um ou mais objectivos ou propósitos que constituem a própria finalidade para o qual o sistema foi criado”. (1998, p. 22)

O funcionamento do sistema faz-se numa forma global, organizada e lógica, assente no pressuposto que o todo seja superior à soma das partes.

Para funcionar como um sistema aberto, irá funcionar segundo determinados pressupostos:

- A presença de inputs ou entradas, que a nível empresarial mais não são que as matérias – primas, os recursos financeiros, humanos...
- Os inputs ou recursos, irão ser transformados em outputs, de acordo com os objectivos previamente traçados. A este processo chama-se operação de processamento (produção).
- Os outputs, representam os resultados finais da empresa.
- No processamento de inputs em outputs, tem que haver um reajuste desta operação, chama-se retroacção, de modo que os objectivos iniciais sejam atingidos.
- A entropia, como característica de cada sistema, que representa, a tendência à desorganização, à destruição...

Figura 1 - Empresa como sistema aberto



Fonte: Teixeira, 1998.

Pinto define sistema como um "...utilizador de recursos que transforma entradas (inputs) nas saídas desejadas (outputs) criando valor. Valor é algo que o cliente aprecia e que justifica a quantia paga pelo produto ou serviço (...) Assim criar e/ou acrescentar valor é um desafio permanente das organizações, e todas as actividades que não

apresentam valor devem ser eliminadas, dado que são tidas como desperdício.” (2006, p.04)

Segundo Teixeira, cada “...sistema é constituído por vários subsistemas e, por outro lado, faz parte integrante de um sistema maior, o qual constitui o seu ambiente externo.” (1998, p. 22)

Pode-se esquematicamente reproduzir a empresa, como se representa na figura um.

No centro da imagem está situada a empresa propriamente dita, onde ressalta a gestão como força impulsionadora da transformação de inputs em outputs, que depois são devolvidos ao meio envolvente.

É notória a influência do meio ambiente sobre a empresa, no entanto o meio envolvente ainda se divide em contextual e transaccional, como se pode observar na figura 2.

2.1.4.1. O Ambiente Contextual

Este ambiente vai afectar a longo prazo a performance da empresa, são factores que a empresa tem pouca capacidade de influenciar, no entanto a formulação de estratégias tem que passar pela sua contemplação, de forma a aproveitar possíveis oportunidades e a evitar ou até eliminar possíveis ameaças para os negócios desta organização.

Como é referenciado na figura dois, este ambiente pode desagregar-se em quatro Contextos:

- Económico – “determina as trocas de bens e serviços, dinheiro e informação na sociedade.”
- Sociocultural – “reflecte os valores, costumes e tradições da sociedade.”
- Politico - legal – “ condiciona a alocação de poder e providencia o enquadramento legal da sociedade.”
- Tecnológico – “Traduz o progresso técnico da sociedade”. (Freire, 2008, p. 76)

2.1.4.2. O Ambiente transaccional

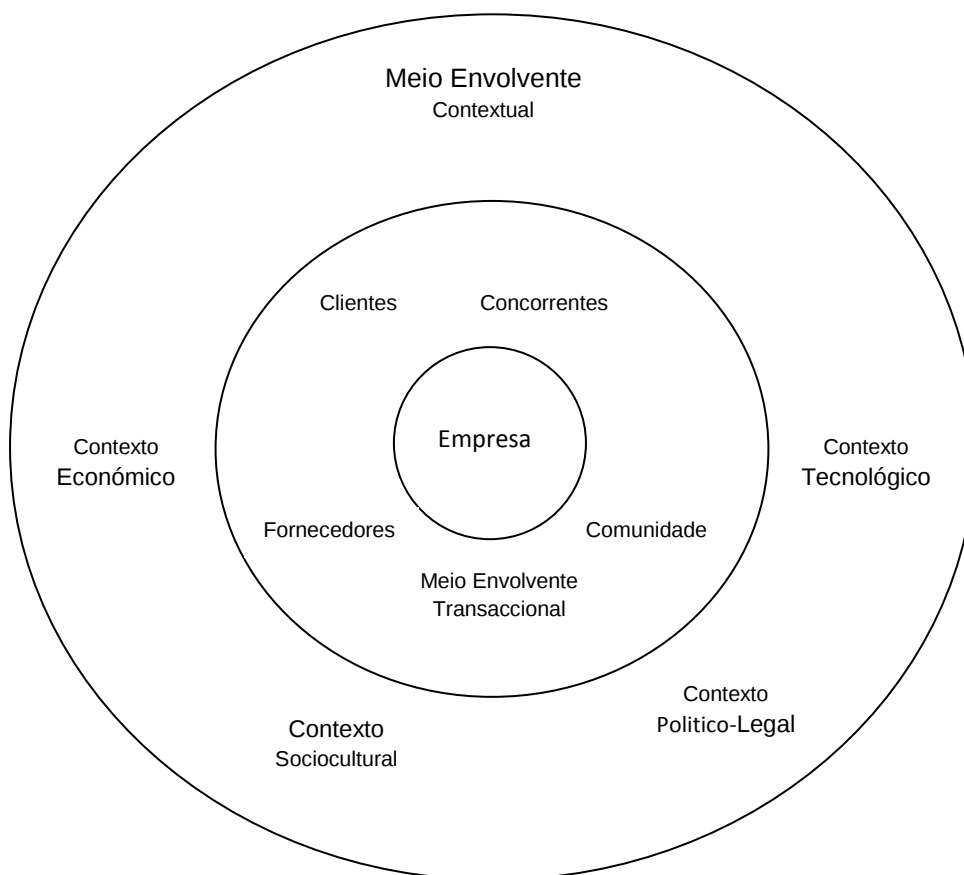
São todos os agentes e factores que interagem directamente com a empresa.

Como se pode observar na figura numero dois, divide-se em quatro elementos:

1. Clientes – “consumidores actuais e potenciais dos bens oferecidos (...) constituem o mercado ou a procura.”

2. Concorrentes – “competidores actuais e potenciais, bem como produtos substitutos, que satisfazem as mesmas necessidades do mercado...”
 3. Fornecedores – “agentes económicos que prestam serviço ou vendem produtos...”
 4. Comunidade – “organizações, indivíduos e factores que partilham recursos e têm interesses directa ou indirectamente relacionados com o mercado...”.
- (Freire, 2008, p.72)

Figura 2 – Meio envolvente



Fonte: Freire, 2008.

A influência do meio ambiente é notada não só na empresa como um todo, mas também nas sub unidades da organização, embora nestas, seja notada essencialmente as pressões internas da organização.

Os gestores de 2º nível ou intermédios, terão que se preocupar mais com a envolvente interna que propriamente com a externa, quase que exclusiva dos gestores de topo ou estratégicos.

Nesta ordem de ideias, é importante referir os vários factores que podem intervir desde o ambiente interno. Para Teixeira (1998), são eles:

- O estilo de gestão do chefe;
- As normas e regulamentos dentro da empresa;
- O perfil do empregado;
- A estrutura organizacional;
- A organização informal;
- O relacionamento com outros serviços ou departamentos;
- As organizações sindicais e ou comissões de trabalhadores.

Actualmente o grande desafio para os gestores passa pela capacidade de adaptação a uma constante mudança do meio ambiente, com um ritmo quase alucinante e numa forma cada vez mais imprevisível.

O gestor numa empresa deverá "...sempre de utilizar os seus recursos de forma eficiente, produzindo bens e serviços que satisfaçam, da melhor maneira, as necessidades dos consumidores (...) deve fazê-lo melhor do que fazem os concorrentes (...) significa (...) que a empresa tem de procurar colocar no mercado produtos ou serviços de qualidade igual à concorrência mas com custos mais reduzidos...ou produtos (ou serviços) de qualidade superior à dos concorrentes a preços convenientes para os consumidores." (Teixeira, 1998, p.25).

2.1.5. Gestão Empresarial

Sebastião Teixeira, define gestão "...como o processo de se conseguir obter resultados (bens ou serviços) com o esforço dos outros. Pressupõe a existência numa organização..." (1998, p. 03)

Duma forma geral, gerir, consiste na interiorização e assimilação dos objectivos previamente propostos e remodelá-los e dirigi-los para uma acção empresarial.

A gestão é composta por quatro funções, que a seguir se descreve.

Planeamento: O planeamento "pode ser definido como o processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito e como fazê-lo." (Teixeira, 1998, p. 03), representa a acção a implementar como meio de precipitar os acontecimentos. Os planos desenvolvidos tem a ver com o comportamento e desenvolvimento da empresa, de forma que se tenha conhecimento quem vai participar e como o vai fazer cada um, como se irão relacionar, quais os recursos que irão estar afectos.

Organização: A tarefa de organizar "consiste em estabelecer relações formais entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objectivos propostos." (Teixeira,

1998, p. 04). Dito de outra forma, é necessário definir e realizar o planeamento das funções de cada um na empresa e identificar os recursos disponíveis e qual a sua distribuição. Organizar é colocar a pessoa certa, com a formação certa, com os recursos adequados, à hora certa, no sítio certo, para que a tarefa seja cumprida em prol da concretização dos objectivos.

Direcção: A direcção “é entendida como o processo de determinar, isto é, afectar, ou influenciar, o comportamento dos outros.” (Teixeira, 1998, p. 04.), para isso é necessário motivar, conseguir liderar e acima de tudo comunicar. A motivação é uma forma de dinamizar e orientar os comportamentos das pessoas para a concretização dum determinado objectivo, a partir de estímulos específicos. A liderança é a capacidade de conseguir influenciar as pessoas de forma a que estas façam o que o líder quer. Comunicação é o modo como a transferência de informações, de emoções, de ideias entre indivíduos se processa.

Controlo: O controlo “é o processo de comparação do actual desempenho da organização com standards previamente estabelecidos, apontando eventuais acções correctivas.” (Teixeira, 1998, p. 05) Consiste na generalidade, na identificação dos desvios e consequente correcção para que estes não se registem no futuro. O conjunto destas quatro funções só tem visibilidade desde que se verifiquem todas elas em simultâneo. Isoladamente não têm qualquer viabilidade, existe uma forte inter ligação entre elas, pois influenciam-se umas às outras e em todos os sentidos. Estão sempre dependentes umas das outras.

2.1.5.1. Níveis de Gestão

Existem três níveis de gestão, não sendo clara a separação destes.

Não gerem somente aquele que se encontra num conselho de administração, numa forma geral, os gestores “...são todos aqueles que, numa organização, conseguem coisas feitas com o trabalho dos outros, planeando, organizando, dirigindo e controlando.” (Teixeira, 1998, p. 06).

Assim, pode-se considerar:

- Um nível institucional ou estratégico, onde se podem incluir os conselhos de administração, os gerentes que tem a capacidade para actuar na totalidade dos recursos disponíveis à organização, com vista a atingir os objectivos previamente traçados para esta. Entra-se num espaço temporal de actuação com repercussões a médio e longo prazo, estabelecem-se as políticas gerais da empresa;

- Um nível intermédio onde se encontram directores de serviço, de departamento, de divisão. Têm a ver com uma área mais específica de actuação, mais delimitada, onde as acções têm a ver essencialmente com um espaço temporal a curto prazo e onde os recursos envolvidos são restritos e adequados a esta área de especialização;
- Um nível operacional, onde estes gestores asseguram essencialmente o cumprimento de rotinas e procedimentos, predomina a parte mais técnica. Aqui, estão incluídos chefes de serviço, de secção por exemplo.

Independentemente do nível onde o gestor se encontra, está sempre sujeito à avaliação da sua actuação. Esta avaliação efectua-se através da apreciação de dois termos, eficiência e eficácia. Estas duas palavras, embora com significados diferentes, são muitas vezes utilizadas com o mesmo sentido, de forma errada.

Eficiência consiste “...numa relação proporcional entre a qualidade e a quantidade de inputs e a qualidade e a quantidade de outputs produzidos”, assim “...quanto maior for o volume de produção conseguido com o mínimo de factores produtivos, maior é o grau de eficiência ...” (Teixeira, 1998, p.07).

Eficácia tem a ver com a “...medida em que os outputs produzidos pelo processo se aproximam dos objectivos propostos (...) quanto menores forem os desvios entre o planeado e o realizado, maior é o grau de eficácia...” (Teixeira, 1998, p.07)

Para poder ser eficiente e eficaz um gestor deve possuir três características fundamentais:

- Aptidão conceptual “ é a capacidade para aprender ideias gerais e abstractas e aplicá-las em situações concretas (...) ver a organização como um todo...”, aperceber-se “...da forma como as várias funções da organização se complementam umas às outras, como a empresa se relaciona com o seu ambiente e como uma alteração numa parte da organização pode afectar a outra parte.” (Teixeira, 1998, p. 08);
- Aptidão técnica passa pelos conhecimentos técnicos que o gestor possa ter, para o bom desempenho na área do seu trabalho. Está intimamente ligado às ferramentas que possua para desenvolver o seu trabalho da forma mais adequada.
- Aptidão em relações humanas passa pela “...capacidade de compreender, motivar e obter a adesão das outras pessoas. Envolve características relacionadas com as capacidades de comunicar, trabalhar e entender as atitudes e os comportamentos dos indivíduos e dos grupos.” (Teixeira, 1998, p.08).

2.2. O serviço de radiologia como organização

Um serviço de radiologia, é constituído por um conjunto de seres humanos e de componentes materiais, onde se estabelece uma relação dinâmica entre si e o ambiente na procura de alcançar objectivos, tendo em conta a missão e visão desta organização. Esta não é mais que uma das muitas formas de se poder definir organização.

O serviço de radiologia como organização é composto por uma série de relações sociais, entre uma equipa multidisciplinar, onde está patente uma sociabilidade inerente ao próprio ser humano.

Num serviço de saúde como o de radiologia, com um conjunto de saberes bastante próprios e específicos, é indispensável o conhecimento adquirido pela vivência e experiência, não só com os pares, como também com os outros profissionais desta equipa, assim como a predisposição de transmissão desse saber aos que se integrarão posteriormente, como forma de desenvolvimento enquanto serviço e organização.

O desenvolvimento dum serviço de radiologia é também assegurado pela melhoria e aperfeiçoamento das condições para a preparação, realização e interpretação dos exames, tornando o desempenho das funções mais eficiente e mais eficaz, perdendo menos tempo para atingir os objectivos.

É importante para este tipo de serviços, o efeito de sinergia das organizações, onde claramente a soma de produção dos seus membros quando actuando interligados, formando uma equipa, um grupo, é claramente maior do que quando agem individualmente.

Veja-se pois num serviço como este, desde a marcação e recebimento do doente pelo serviço administrativo, passando pela execução do exame, quer seja por pessoal técnico, quer por pessoal médico, com a colaboração dos assistentes operacionais, até a disponibilização do exame, (independentemente do formato de apresentação), se não houver uma interligação forte em todo este processo ficará “encalhado”, prejudicando o fluxo normal de funcionamento duma organização e comprometendo claramente as suas aspirações.

Um serviço de radiologia, face às suas próprias características, envoltas num campo de saberes em constante aperfeiçoamento, e suportados cada vez mais por um componente informático, não pode de forma alguma ser uma unidade estática, tem que ter a capacidade de adaptação, pois uma organização “...nunca constitui uma unidade pronta e acabada, mas um organismo social vivo e sujeito a mudanças.” (Teixeira, 1998, p.21)

Deste modo um serviço de radiologia como organização, é indiscutivelmente o lugar, onde os seus recursos humanos passam uma parte importante do tempo das suas vidas, pelo que terá que representar o melhor modelo para a satisfação dum grande número de necessidades destes, ao mesmo tempo que se assiste a um maior cuidado e racionalização na gestão dos recursos disponíveis, como meio mais eficiente de atingir os objectivos do serviço.

2.2.1. O serviço de radiologia como organização sustentável

As unidades de saúde do SNS, que são financiados com o erário público, gozam neste momento de muito pouca credibilidade junto da opinião pública.

Outra questão é o peso que estas organizações representam para as despesas públicas, já que a orçamentação do SNS representa sempre uma percentagem importante do orçamento geral do estado.

Em 1998 o Professor Daniel Serrão escreve que os “...profissionais de saúde querem ser bem pagos, querem ter carreiras seguras, sem precariedade, associadas a uma grande liberdade e autonomia nas prestações profissionais (...) querem trabalhar em instituições com todo o equipamento tecnológico actualizado e actualizável, querem ter autonomia na gestão dos Serviços sem limitações de financiamento...”. (A Reforma Estrutural da Saúde, n.d)

Por seu lado “...os cidadãos querem serviços mais acessíveis, sem tempo de espera e de boa qualidade humana e técnica...”, no entanto e segundo o mesmo autor “...temos um **Serviço Nacional de Saúde** que não consegue cumprir as obrigações que lhe estão legalmente atribuídas, o que gera descontentamento popular, expresso, por exemplo, nos meios de comunicação social, na queixa apresentada ao Provedor de Justiça por milhares de cidadãos e nas numerosas cartas que todos os dias chegam aos Serviços, ao Ministério da Saúde e até chegam ao **Conselho de Reflexão**, expondo casos concretos, alguns deles reveladores de uma ineficiência ostensiva, agressiva para o cidadão (...) o **Sistema de Saúde Português** é ambíguo, caótico e ineficiente”. (A Reforma Estrutural da Saúde, n.d)

Um dos serviços prestados dentro do SNS, que muitas vezes é criticado, é a realização de exames de radiologia, respectivamente nos serviços distribuídos geograficamente na rede das diversas unidades de saúde a nível nacional.

As críticas mais frequentes passam pela pouca acessibilidade do doente, e pelo tempo excessivo de espera para a realização dos exames desta especialidade.

Mais uma vez o Professor Daniel Serrão referiu que quando o médico requisita por exemplo um TAC, desencadeia todo um processo de desespero para o doente. Citando

este académico: “ A partir daqui arrumou-se tudo. Há TAC onde? Chega lá e só daqui a três meses, mesmo no privado a trabalhar para o público. E se for ao hospital de S. João para fazer o TAC (...) os papéis vão para o hospital, a resposta há-de vir quando calhar, quando houver possibilidades.” (Serrão, n.d, p 13)

Tem-se vindo a verificar, ao longo dos últimos anos, uma tentativa de reorganização dos serviços de saúde, pelos diferentes governos, com vista a torná-los sustentáveis, com maior qualidade e acessibilidade ao doente.

É indiscutível que a sociedade evolui a um ritmo muito elevado, as empresas numa forma geral tentam adaptar-se a novas realidades, a redução de custos sem deixar de lado a garantia da qualidade, a necessidade de protocolar as tarefas, assim como torná-las o mais fluentes, de forma a eliminar perdas de tempos supérfluos, a diminuir prazos de entrega, procurando uma optimização da empresa como meio de atingir vantagem competitiva em relação aos concorrentes, é um requisito indispensável para afirmação no mercado.

Este cenário tem sido progressivamente transferido para as unidades de saúde do SNS, com a passagem de alguns hospitais a entidades públicas empresariais e mais recentemente com a criação de centros hospitalares e de unidades locais de saúde, também como EPE.

2.2.2. A gestão empresarial dos serviços de radiologia

Como já se referiu, para Teixeira (1998), uma organização empresarial é orientada para o lucro, estando sujeita a avaliação do ponto de vista contabilístico, é gerida segundo uma filosofia de negócios e como tal reconhecida pelos governos e pelas outras organizações que com elas lidam. As empresas são “sistemas vivos”, assumindo comportamentos de risco.

Neste momento existe uma maior apetência, principalmente nas unidades de saúde EPE, para que haja um maior racionamento dos diversos recursos, procurando-se essencialmente a sustentabilidade dos serviços.

De acordo com as características de empresa enunciadas atrás, um serviço de radiologia não pode ser considerado uma organização empresarial na verdadeira acepção do conceito, essencialmente porque não toma riscos e esta dependente dum conselho de administração; não está orientado para o lucro, no entanto, um serviço de radiologia para poder ser sustentável (garantia mínima para que as empresas possam ter sucesso), tem que ter uma gestão de qualidade.

Teixeira afirma que basicamente, “...a tarefa da gestão é interpretar os objectivos propostos e transformá-los em acção empresarial, através de planeamento, organização,

direcção e controlo de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da empresa, a fim de atingir esses mesmos objectivos.” (1998, p.03)

Para atingir os objectivos a que o serviço se propõe utilizando da forma mais correcta possível os recursos ao dispor dum serviço de radiologia, é indispensável a associação das quatro funções de gestão.

O planeamento é indispensável para a identificação dos objectivos e posteriormente elaborar os planos de acção mais pertinentes para a sua concretização.

Organizar, tem a ver com “... a definição dos diferentes grupos, estrutura hierárquica e relações de trabalho...” (Serrano, Caldeira & Guerreiro, 2004, p. 05). Num serviço de radiologia com equipas multidisciplinares é determinante a criação e definição de hierarquias, ao fim e ao cabo criar relações formais.

Dirigir, “...corresponde à acção empreendida no sentido de influenciar os membros da organização para a realização das tarefas que lhe estão atribuídas...”. (Serrano et al., 2004, p.05). Neste ponto tem grande importância a liderança como meio de saber aproximar os objectivos dos elementos dum serviço, aos objectivos deste, através de motivação, ou seja esperar que os elementos desenvolvam esforços para realizar os objectivos do serviço, satisfazendo as necessidades destes elementos.

O Controlo tem a ver com a verificação de possíveis desvios em relação ao planeado e a sua correcção. O planeamento em qualquer organização (e os serviços de radiologia não são excepção), nem sempre correm da melhor forma, podem haver alterações na organização que levem a um desvio do planeado, então a acção do controlo mais que corrigi-las à posteriori, deverá evitá-las. No entanto quando estes desvios ultrapassam determinados limites tem que se corrigir imediatamente sob o risco de não cumprir o que anteriormente fora planeado.

No serviço de radiologia encontra-se dois níveis de gestão, o intermédio, representado pela figura do director de serviço e o operacional desempenhado pelo técnico de radiologia coordenador.

Tal como em qualquer empresa, os gestores, são avaliados por bitolas de eficiência e eficácia.

Em 2004 na revista do *American College of Radiology*, é referida a utilização do *clinical operations management* como “ *a scientific approach to problem solving for executive management that encompasses the effective (doing the right thing) and efficient (doing things right) control of organizational processes.*”(Ondategui-Parra et al., 2004, p. 632)

Embora a gestão dum serviço de radiologia, se deva efectuar numa forma próxima aos conceitos empresariais para garantir a sustentabilidade, numa realidade onde cada vez é maior a pressão dos concorrentes privados, não se pode descurar a prestação de serviços de alta qualidade, principalmente porque a vida humana é o bem mais precioso para qualquer individuo e por esse motivo a qualidade traduz-se num conceito muito mais valorizado em Saúde que noutra área qualquer.

A ter em conta também que os serviços de radiologia batem-se com o constante desenvolvimento tecnológico, aliado a uma constante evolução do campo de saberes da radiologia, que origina o estado de obsolescência dos equipamentos. O serviço de radiologia não pode compadecer-se com este tipo de situações, pelo que precisa manter os seus níveis de eficiência e eficácia, como meio de manter a sua competitividade no mercado.

The operations management, ou em português gestão de operações ou de produção, é definida "...como o desenho, a operação e a melhoria do sistema que concebe, produz e entrega ao cliente os produtos e serviços da empresa (...) A gestão de operações envolve a gestão e o controlo dos processos e as suas entradas para alcançar as saídas desejadas, de forma a ir ao encontro dos pedidos dos clientes." (Pinto, 2006, p. 04)

A sua capacidade operacional faz-se sentir através das funções da gestão (planear, organizar, dirigir e controlo), objectivando a promoção das actividades inerentes à empresa de forma bem sucedida, de forma a criar bens e serviços para disponibilizar aos seus clientes.

Precisa-se nos serviços de radiologia, de analisar as situações, como meio de entender o, ou os seus problemas, identifica-los, ter a noção onde o sistema parou, de forma a deter toda a informação, para facilitar a tomada de decisões, assente numa estratégia de negócios.

Ondagueti-Parra et al. num artigo do *American College of Radiology* (2004), refere que devido à in experiência dos responsáveis por estes serviços, estes, tendem a aplicar medidas correctivas, ou novas estratégias nos serviços sem qualquer resultado, como por exemplo:

- O corte de custos, sem a consciência dos reais problemas dentro do sistema;
- Adicionar sistemas de informação e equipamentos médicos, de forma inconsequente;
- Aumentar a produção, através do estabelecimento de bónus, mais uma vez sem os reajustes necessários ao sistema.

Quando o sistema não funciona bem, de nada serve tentar resolver os problemas emergentes, pois isto só irá mascarar o seu desempenho, não o melhorando.

Deve-se proceder a correcções e alterações no sistema, este deve ser repensado, com a opinião dos interessados (médicos, técnicos, Administrativos, Assistentes operacionais, director, coordenador), tendo em conta a opinião e as críticas principalmente dos clientes/doentes deste serviço. Estas alterações só são efectuadas depois de ter em atenção a fase de diagnóstico e a de redesenhar, explicadas adiante.

A eliminação dos problemas para que as diversas tarefas fluam de forma natural, surge com a reivindicação duma análise sistemática das actividades diárias, tendo em conta o projecto operacional do serviço previamente estabelecido.

A melhoria das prestações só é conseguida com o repensar da forma de utilização dos processos operacionais que possam contribuir para a melhoria do sistema, como um método contínuo e sustentável.

O repensar do sistema pode ser conseguido através de *“Significant improvements such as (1) more efficient resource use, (2) a greater capability to manage and reduce variability in operations, and (3) an enhanced ability to adapt to changing circumstances...”* (Ondategui-Parra et al., 2004, p.633)

A verificação destes pressupostos, contribuirá certamente para uma maior segurança do cliente/doente, pois num sistema com uma coordenação mais forte, cujos processos estão controlados e apoiados por um sistema estatístico, tem menos hipóteses de surgirem erros.

Um serviço de radiologia como organização, tem que criar uma abordagem “...sistemática e sistémica à organização e gestão de processos”, onde a empresa tem que ser avaliada e gerida na totalidade e não como “...um conjunto de funções descoordenadas e concorrentes entre si...”. Deverá aplicar conceitos multifuncionais, pois um gestor de operações “...deverá possuir uma formação polivalente e assumir uma abordagem integradora aos desafios e problemas que se lhe colocam”. (Pinto, 2006. p. 22).

Contribui-se assim para um sistema com um maior nível de qualidade na prestação de serviços. Estes são realizados pelos colaboradores dum serviço, principalmente os que estão em contacto com o doente/cliente, é um sistema de gestão centrado no cliente/utente.

Se a prestação dos serviços se centra no doente, deve-se ter a sensibilidade de saber ouvir o doente, conhecer as suas necessidades e expectativas, satisfazer as necessidades dos doentes/clientes, como exemplifica a tabela um.

Cada vez mais, as pessoas têm um nível educacional maior, com padrões de vida mais exigentes, tornado o cliente/utente dum serviço de radiologia mais informado e exigente e atento às alternativas disponíveis. Tendo em conta o constante aumento de competição na área da radiologia, os serviços devem saber adaptar-se à sua envolvente.

O serviço tem que ser dinâmico, repensando-se e resenhando-se de forma continua. Torna-se pertinente ter uma ideia do que constam as fases que levam ao repensar e redesenhar do serviço de radiologia como sistema.

Tabela 1 – Necessidades do doente na hora de realizar um exame radiológico

O serviço de radiologia deve	Satisfazer os seus pedidos e a resolução dos seus problemas.
	Proporcionar atendimento rápido e eficiente
	Perceber o doente
	Fazer com que o doente se sinta bem
	Fazer com que o doente se sinta importante
	Proporcionar conforto ao doente

Fonte: Adaptado de Pinto, 2006.

2.2.2.1. Fase de diagnóstico

É a fase crítica, que questiona o estado actual da organização e prepara os argumentos para a mudança, indica o sentido que se deve seguir para se poder mudar, quais os processos fundamentais que possam estar sujeitas a uma intervenção, para melhorá-los através duma avaliação dos fluxogramas de tarefas, vendo as suas fragilidades e pontos críticos.

Esta fase numa forma sintética, tenta compreender o estado do sistema, como é que ele age, “...*understandig what the process does, how and why it does it...*”(Ondategui-Parra et al., 2004, p.633), e concluir, no contexto da missão, e tendo em conta os serviços que se prestam ao cliente/utente o que se pode melhorar, estabelecendo uma ponte entre o que são as expectativas do serviço e os seus reais resultados.

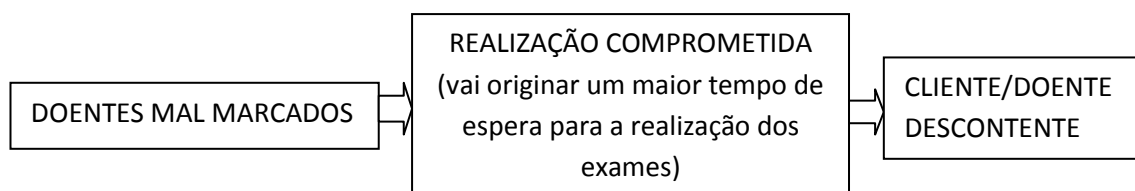
Em todo este processo, que pode conduzir a uma mudança, é indispensável, como já foi dito, a participação de todos os intervenientes e participantes no serviço.

Duma forma geral, os profissionais dum serviço de radiologia tem somente uma visão parcial deste, não compreendendo como uma falha na sua prestação poderá comprometer o bom desempenho de todo o serviço.

É importante que todos os sectores dum serviço de radiologia (administrativos, assistentes operacionais, técnicos e médicos), compreendam que independentemente da responsabilidade de cada área de actuação, são indispensáveis boas regras de funcionamento, pois se cada um realizar bem a sua parte, haverá menos possibilidades de comprometer o bom desempenho do sistema.

A existência duma consciência, onde o serviço é um todo, onde o resultado final é mais que a soma das partes individuais, conduz à percepção de que em caso de alguma falha que possa ocorrer nalgum sector, irá sempre condicionar as prestações dos outros sectores com os quais está relacionado, como exemplifica a figura numero três.

Figura 3 - Exemplo duma falha num serviço de radiologia

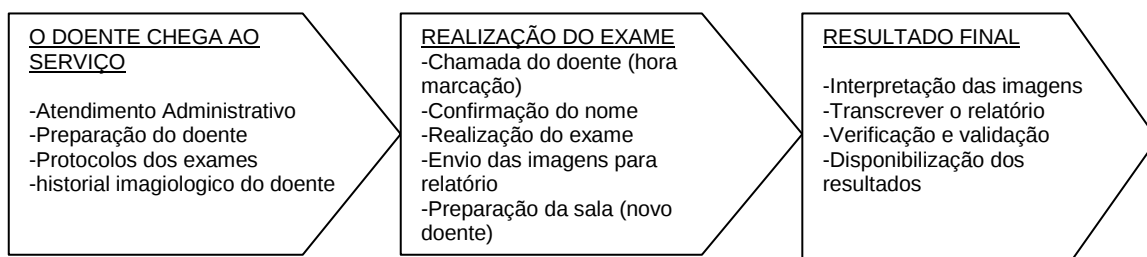


Fonte: Elaborado pelo autor

É importante, cada um no serviço saber o que faz e quando o faz (e qual a repercussão de não o fazer e no tempo adequado), pois do registo de todo o processo desde o principio até ao fim, depende a sua compreensão e assimilação e claro, o bom desempenho de todos em prol dos bons resultados do serviço, em suma a satisfação do doente.

Para materializar o atrás descrito é indispensável a construção de fluxogramas de tarefas. Estes, deverão ter em conta os aspectos descritos abaixo na figura número quatro.

Figura 4 - Princípios para construir fluxogramas de tarefas em Radiologia



Fonte: Adaptado de Ondategui-Parra et al., 2004.

Claro que o diagrama acima representado pela figura número quatro, é uma forma muito generalista de representar as tarefas, os processos num serviço de radiologia.

Por norma na construção dum fluxograma de trabalho, ou de tarefas, deve-se identificar a unidade operacional, (que corresponde ao nosso foco de análise) e decompô-la de forma a facilitar ao máximo a sua análise.

Num serviço de radiologia, podem-se identificar várias unidades operacionais, como por exemplo a radiologia convencional, a ecografia, a tomografia computadorizada, etc.

Dentro duma unidade operacional, esta ainda se pode dividir em postos de trabalho. Cada posto trabalho é constituído por trabalhadores e ou máquinas.

A tarefa de cada unidade operacional é constituída por um encadear de postos de trabalho.

Por exemplo se é necessário realizar uma radiografia de tórax, o doente em primeiro lugar é atendido no guichet administrativo (posto de trabalho 1), o exame é realizado pelos técnicos de radiologia (posto de trabalho 2), as imagens são enviadas para o médico radiologista, para realizar o relatório (posto de trabalho 3), o relatório é transcrito e validado (posto de trabalho 4).

Há que ter em conta, que durante a execução duma tarefa como por exemplo a execução dum exame de radiologia, em cada posto de trabalho estão a ser consumidas capacidades ao serviço, nomeadamente tempo.

Ondategui-Parra et al. (2004), define *Workcenter run time*, como o período de tempo gasto pela capacidade de cada posto de trabalho; *Setup time*, corresponde ao tempo gasto para preparar o doente para cada exame; *Machine constrained time*, é o tempo que o equipamento leva para realizar o exame.

Depois das tarefas das unidades operacionais estarem identificadas e analisadas e da sua capacidade ter sido avaliada, pode-se ainda avaliar de muitas formas o desempenho noutras dimensões, tudo depende da estratégia utilizada pelo serviço de radiologia.

Alguns exemplos:

- Custos;
- Produtividade;
- Qualidade;
- Satisfação do doente;
- Protocolos para aquisição de imagem;

- Tempo de entrega de exames, etc.

Cada unidade de radiologia deve estabelecer os patamares básicos (baselines), como ponto de partida para avaliação do seu desempenho, todas as dimensões atrás referidas ou aquelas que se achem pertinente avaliar terão que ser quantificadas para serem medidas.

Depois da construção de fluxogramas das tarefas num serviço de radiologia, e tendo o conhecimento duma avaliação prévia de desempenho deste serviço, um gestor pode agora ver onde os fluxos podem não funcionar de forma adequada, analisando a diferença entre os dados de desempenho que dispomos e aqueles que esperamos atingir.

Utilizar a técnica de *benchmarking*, com outros serviços reconhecidamente portadores de boas práticas, pode ainda identificar algumas situações menos conseguidas, que poderão ser melhoradas, ou identificar práticas de excelência que poderiam ser importadas, no entanto não existem dois serviços de radiologia iguais, deve-se sempre salvaguardar as características únicas de cada serviço, pelo que o mais cómodo será sempre a comparação dos dados do passado e do presente com os possíveis resultados que se querem alcançar.

Todos estes indicadores e medidas transformar-se-ão, num painel de instrumentos capazes de efectuar leituras rápidas do curso das tarefas do serviço de radiologia, em qualquer momento a fim de identificar possíveis falhas.

No fim desta fase de diagnóstico, haverá uma ideia consistente, daquilo que duma forma viável se poderá modificar e implementar.

2.2.2.2. Fase de redesenhar o serviço

Nesta fase pretende-se *“the establishment of performance standards for the department and (2) the implementation of the redesigned process along with continuous performance evaluation.”* (Ondategui-Parra et al., 2004, p.636)

Depois dos processos operacionais do serviço de radiologia estarem identificados e os pontos fracos conhecidos, chegou o momento (depois da análise do serviço) de partir para a sua reestruturação, através dum novo desenho, que deverá partir duma nova mentalidade de como estruturar o serviço, com a principal tarefa de o focalizar para a satisfação do cliente/doente, sempre, com a ajuda do conhecimento daqueles que mais sabem do assunto, as pessoas que estão no terreno no dia-a-dia (são eles como já referimos desde o radiologista até ao assistente operacional).

Esta reestruturação, tem que ter em atenção os aspectos particulares que poderão influenciar cada serviço, tais como:

- O mercado para que está mais vocacionado (públicos/privados);
- Se é mais vocacionado para doente externos ou se está dependente dos doentes internos;
- Quais as áreas de atração e de influência;
- Quais os médicos de referência para esse serviço;
- Quais as patologias mais frequentes;
- Número de doentes/clientes.

Come se pode ver, existem um número importante de condicionantes para a realização dum novo desenho para um serviço. A variabilidade, que já antes tinha sido referida, pode ser um grande obstáculo ao redesenho de sucesso do serviço.

Ondategui-Parra et al. (2004) referem vários tipos de variabilidade. Quando se referem ao grande leque de doenças, com diversos graus de severidade e de possibilidades terapêuticas, chama-se variabilidade clínica. Quando tem a ver com a variabilidade de exames no serviço chama-se variabilidade do fluxo, se tem a ver com a diferença de exames pedidos pelos médicos de referência deste serviço, chama-se variabilidade profissional.

Para o controle desta situação seria óptima reduzi-las ao máximo, mas como tal não é possível, é indispensável o papel da estatística, assim como a utilização de modelos de simulação, de modo a poder dar-nos uma ideia das flutuações sistémicas na hora do redesenhar o serviço com êxito.

Um tema também muito importante, tem a ver com o estudo das filas de espera. Não só com o comportamento, como com o tipo de fila de espera, como meio de saber qual a forma de alterar esta situação, assim como prever o comportamento do serviço no futuro.

O repensar dum serviço de radiologia, como sistema aberto, não é um acto único, estático, o ambiente está em contante mutação, o que leva a que o líder deste processo crie condições para a interacção entre os membros do serviço e os membros da equipa que repensam e reestruturam este serviço através duma troca constante de informação.

Para se ter sucesso na implementação do novo projecto é necessário um novo e detalhado desenho do serviço, que deriva das emanações dos seus próprios membros, havendo mais probabilidades para trabalhem em equipa.

É indispensável um plano de implementação com o pormenor da elaboração dum conjunto de actividades específicas como meio de empreender a mudança, com metas devidamente e claramente estipuladas e com um cronograma de implementação.

Tem de haver uma monitorização das mudanças por alguém do serviço de radiologia, como forma de feedback, para que a equipa que está a operacionalizar o processo de mudança possa proceder à rectificação de possíveis desvios.

Objectivamente pretende-se com esta melhoria contínua, permitir uma liderança do serviço com a tarefa de constantemente controlar os possíveis desvios.

2.2.3. A avaliação do desempenho como referência num SR

Embora no mundo dos negócios seja uma prática comum o uso de indicadores para a monitorização dos desempenhos nomeadamente da qualidade, ao nível das organizações prestadoras de cuidados de saúde ainda não é unânime a opinião da utilização destes critérios, como por exemplo para medir a qualidade dos serviços.

Cada vês mais a preocupação, principalmente nas organizações empresariais prende-se com o controlo financeiro, ao nível dos serviços de radiologia realmente a parte financeira terá que ser uma realidade, no entanto nunca se deverá descorar num serviço como este, indicadores para medir o correcto funcionamentos dos vários processos do serviço, mas também a avaliação de desempenho dos seus membros, como a preocupação de satisfação do cliente/utente.

A avaliação do desempenho em serviços de saúde, nomeadamente na radiologia é de vital importância. Hoje em dia e com o evoluir constante desta área medica, começa-se a pressentir um desejo de dentro dos serviços, para a sua certificação externa, de modo a garantir a qualidade das operações no serviço.

O desejo duma gestão para o desempenho, deve partir, de dentro do serviço e com o apoio incondicional dos seus responsáveis, nomeadamente o director de serviço. É importante assentar na delimitação coerente duma estratégia para o serviço com especial atenção à qualidade de desempenho do serviço, como prestador de serviços de imagem radiológica. A medição da qualidade dum serviço de radiologia é indispensável para a melhoria da sua prestação.

O desenhar da estratégia deve ter em conta:

- O aumento da eficácia da produção:

- Melhorar o aceso dos doentes ao serviço – maior facilidade das marcações, menores tempos de espera para realização do exame;
- Aumentar a produção do serviço
- Reduzir tempo de realização de relatórios, etc.

- Um sistema de gestão de qualidade, baseado na segurança e satisfação do cliente/utente (regulamentação e certificação):

- A melhora da satisfação dos stakeholders;

- A diversificação – A escolha de novas oportunidades, aquisição de novas técnicas radiológicas (RMN, Osteo...);

- Uma maior atenção, para áreas como a formação e a investigação.

Ondategui-Parra et al.(2004), propõe como um bom exemplo de visão para um serviço de radiologia: *“... to provide significant value-added services to the department and to grow the overall business in radiology by identifying strategic areas of development and improvement for all stakeholders.”*(p.560)

Para a implementação do sistema de gestão que permita avaliar o desempenho, é necessária a composição duma equipa multidisciplinar, composta por todos os componentes das classes profissionais que constituem o serviço, sendo liderada por um responsável por este grupo. Este grupo tem de ser capaz de operacionalizar as estratégias anteriormente definidas num plano de acção. Para este poder ser executado, é necessário mensurar os objectivos da estratégia de forma a se conseguir avaliar se estes são ou não alcançados.

Para o atingir dos objectivos, devem ser definidos os melhores indicadores, para isso devem possuir as seguintes características:

- Precisos e concisos;

- Mensuráveis;

- Abrangentes – *“when considered together with all other indicators, it should give a clear Picture of key organizational process”* (Ondategui-Parra et al., p.560, 2004);

- Imparciais – A informação deve ser isenta;

- Relevantes – Mede o importante para atingir metas;

- Estabelecidos dentro de prazos pertinentes;

- Verificáveis – A informação recolhida pode ser confirmada e verificada por pessoas qualificadas.

- Consistentes com os objectivos da organização;

- Atingíveis e realistas.

A equipa que esteja a implementar o sistema de gestão de qualidade, deve em prol do sucesso deste processo, perder algum tempo com todos os interessados

(stakeholders - desde o gestor hospitalar até aos assistentes operacionais do serviço), a estabelecer as unidades de medida para a avaliação dos objectivos. Para se poderem colocar objectivos mais ambiciosos é indispensável um bom sistema métrico (ex: produção mede-se em numero de doentes? De exames?).

No entanto os sistemas de medidas não são eternos, poderão ser adaptados dependentemente das necessidades da organização.

Os indicadores em traços gerais medem o grau de alcance dum objectivo, através da observação dos resultados obtidos.

Ondategui-Parra et al. (2004), refere a importância dum estudo piloto para “...*validate the accuracy, reliability, robustness, and timelessness of the metrics...*”, pois um indicador que é “...*extremely accurate but delayed is of little use.*” (p.560)

Além da importância na definição e padronização do sistema métrico, importa também os métodos de colheita de dados, que antes de serem interiorizados e assimilados, devem ser devidamente, examinados, questionados e padronizados. Dependente da estratégia a utilizar, importa também definir a frequência das medições, o grau de precisão e o tamanho das amostragens.

Voltando aos indicadores específicos para um serviço de radiologia, devem ser orientados para estes cinco pontos que se começam agora a descrever:

A Produtividade

É imprescindível saber o que se produz num serviço de radiologia. Frequentemente a produtividade é utilizada para avaliar o desempenho do serviço.

Desempenho financeiro

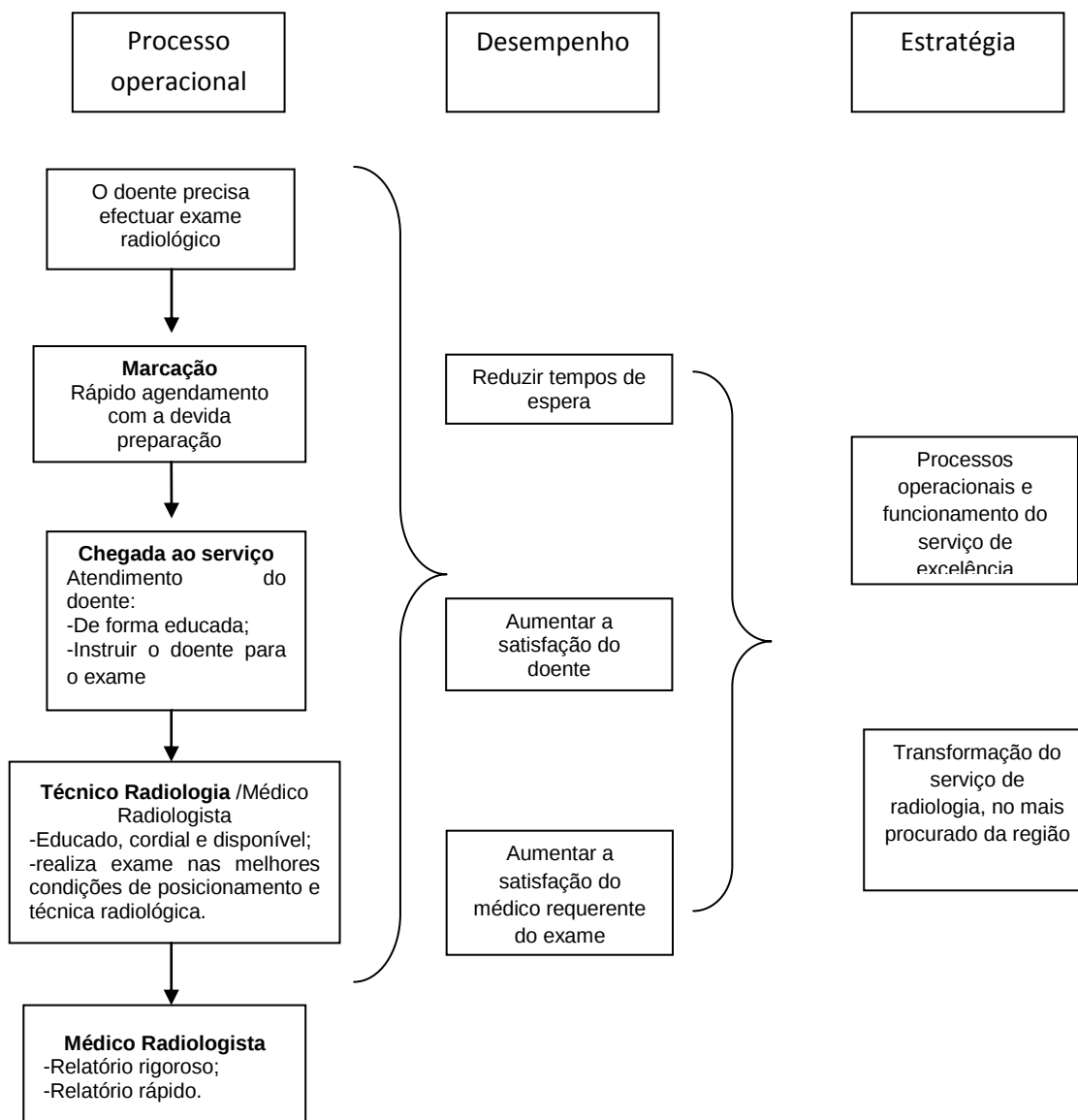
São facilmente calculáveis e tradicionalmente utilizados para medir o desempenho do serviço. Com a cada vez maior concorrência no panorama radiológico, e com o abrandar económico, os indicadores financeiros tem cada vez mais preponderância na avaliação de desempenho dum serviço de radiologia, já que podem ajudar na identificação de estratégias para melhorar a relação custo-eficácia e aumentar as margens operacionais. Este indicador define “...*the financial performance expected from de organization and help in future projections. They ultimately serve as the link between all categories of performance metrics.*” (Ondategui-Parra et al., p.562, 2004)

Gestão de qualidade e segurança do doente/cliente

Como já se constatou atrás, cada vez mais os números são importantes num serviço de radiologia, que como entidade prestadora de serviços, dedica cada vez mais importância aos custos, à produtividade, etc., não podendo logicamente subestimar a

qualidade dos serviços que presta. Para que isto aconteça, tem que haver programas de controlo e garantia de qualidade. Serviços de qualidade são uma mais-valia na tentativa de conseguir atrair mais clientes/doentes, que assim reconhecem que estes exames são merecedores dum maior crédito e confiança.

Figura 5 – Fluxograma de trabalho em radiologia – visão geral.



Fonte: Adaptado de Ondategui-Parra et al., 2004.

Efectivamente, a garantia do controlo de qualidade é uma ferramenta importante, para manter e melhorar os níveis de qualidade dos serviços prestados em toda a organização e não só em alguns indicadores mais específicos.

O desempenho final é melhorado através da criação duma consciência da necessidade da melhoria dos diversos processos operacionais internos do serviço.

Há a necessidade de uniformizar procedimentos, protocolar processos, de forma a torná-los mais eficientes, mais eficazes. Na figura cinco descreve-se de forma geral o fluxograma de trabalho dum serviço de radiologia.

Este tipo de serviços, numa forma geral lida com indivíduos fragilizados, que recorrem a este tipo de técnicas de diagnóstico, como meio de obter informações para prevenir ou tratar a doença. Aqui a questão da segurança do indivíduo enquanto sujeito à realização de exames radiológicos, ganha contornos bastante mais relevantes.

Quando se aborda a segurança do doente num serviço de radiologia, imediatamente vem à memória as possíveis reacções anafiláticas, por causa dos produtos de contraste utilizados nestes serviços, assim como complicações secundárias a determinados exames com um grau maior de dificuldade de realização e onde se exige mais colaboração por parte do doente (por exemplo o clister opaco, biopsia...). E muito importante nestes casos a valorização do grau de ansiedade que o doente possa ter, podendo por o bem-estar em risco, devido a falta de colaboração

Importa considerar que a imagem dum serviço de radiologia, onde já ocorreu algum incidente com produtos de contraste é sempre prejudicada

Como evitá-las é quase impossível, deve-se efectuar monitorização e uma forte documentação como meio de melhorar os padrões de segurança, através dum repensar constante dos procedimentos e comportamentos nas salas onde estas adversidades poderão acontecer.

Neste tipo de exame é indispensável a cuidada explicação ao doente de como se processará o exame, referindo-lhe os benefícios, mas também as contra indicações, de modo que este decida sobre a realização ou não do exame e que o expresse através da assinatura dum consentimento informado. Deve-se no entanto equipar estes serviços com todos os meios de socorro necessário, para que, em caso de ocorrência de alguma adversidade que possa por em risco o bem – estar do utente/doente, se possa de imediato actuar evitando que a vida deste possa perigar.

Acessibilidade

O acesso dos doentes/clientes ao serviço de radiologia, principalmente nos serviços públicos, nem sempre é a melhor, por sua vez a procura destes services continua em crescimento, segundo Ondategui-Parra et al., *“Diagnostic imaging volumes have skyrocketed relative to population, and the demand for radiology services is expected to grow over 200% during the next decade.”* (p. 562, 2004).

Fica abaixo uma tabela com alguns indicadores para avaliação da acessibilidade do doente ao serviço de radiologia.

Tabela 2 - Indicador de acessibilidade/tipo doente

Indicador Tipo doente	Tempo Marcação/ Realização	Tempo Realização/ Observação	Tempo Realização/ Relat. assinado	Tempo Realização/ Disponível
Doente interno		X	X	X
Doente externo	X	X	X	X

Fonte: Elaborado pelo autor

Satisfação dos stakeholders

Os stakeholders, num serviço de radiologia passam por todos aqueles que tem interesse neste serviço:

- Doentes/clientes;
- Os funcionários do serviço;
- Todos os médicos que requisitam exames de radiologia para realizar neste serviço;
- O conselho de Administração, etc.

O contentamento, a satisfação destes interessados pelo serviço de radiologia é fundamental para o desempenho da prestação de serviços, principalmente nos ambientes concorrenciais a que a radiologia está sujeita hoje em dia.

O aspecto mais valorizado, passa pela satisfação do doente/cliente, no entanto, seria importante a implementação de programas para avaliação da satisfação de todos os interessados, duma forma periódica.

A selecção dos indicadores logicamente será diferente para cada um. Para os médicos que requisitam os exames, estes serão alguns dos indicadores a ter em conta:

- Facilidade na marcação de exames;
- Tempo entre a marcação e a realização dos exames;
- A possibilidade de vagas para exames urgentes;
- O trato dos profissionais do serviço;
- A formação dos profissionais do serviço;

- O tempo que o exame demora a estar concluído;
- A qualidade das imagens;
- O rigor dos relatórios;
- A disponibilidade dos radiologistas para esclarecimentos.

A satisfação dos doentes/clientes, geralmente apercebe-se pelo número de reclamações, aqui ficam alguns exemplos:

- Facilidade de marcação de exames;
- Tempo entre a marcação e a realização dos exames;
- Tempo de espera no dia do exame;
- O trato dos profissionais do serviço;
- A qualidade e disponibilidade dos funcionários do serviço, para prestar informações e esclarecimentos;
- O tempo que o exame demora a estar concluído;

Em relação aos funcionários a satisfação prende-se com questões como:

- Possibilidade de formação e investigação;
- Grandes Volumes de trabalho;
- Baixas remunerações;
- Sentimento de papel pouco importante ou não reconhecido.

Os indicadores acima, representam só alguns, que se consideraram pertinentes aqui referir, dependentemente de serviço para serviço convém pesquisar quais os mais adequados.

Depois do estabelecimento de objectivos, da definição do sistema de medição e estabelecidos indicadores, traçou-se a estratégia que importa agora ser operacionalizada. É necessário colocar um plano de acção em funcionamento, para passar da estratégia para uma acção concertada de forma a atingir os objectivos.

É essencial o poder da comunicação no serviço de radiologia, de modo a que todos os stakeholders, tanto internos como externos possa ter a noção do que realmente se vai passar e qual será o seu papel no processo com vista ao alcançar dos objectivos previamente traçados. No caso concreto dos colaboradores do serviço, ao terem

conhecimento do que se pretende deles, depois vai ser muita mais fácil direccionar o seu esforço para o bem da organização.

2.3. A organização e a Mudança

2.3.1. A resistência à mudança

Por muito bem preparada e necessária que seja um processo de mudança, enfrenta sempre focos de resistência.

A resistência, no entanto não é totalmente negativa já que comporta previsibilidade e estabilidade ao comportamento das empresas, sem algum grau de resistência o comportamento da empresa poderia ser imprevisível e caótico.

A mudança representa a alteração duma estrutura de poder, dos hábitos e vícios organizacionais, que representam toda uma gama de poderes e interesses instalados.

Tabela 3 - Causas de resistência individual

Resistência individual	Hábitos – O ser Humano é um animal de hábitos, qualquer alteração nas rotinas quotidianas é encarado de mau grado.
	Segurança – A mudança interfere na sensação de segurança de cada um.
	Factores económicos – A mudança pode pressupor uma redução de remuneração e benefícios ou até à perda do posto de trabalho
	Medo do desconhecido – A mudança representa a incerteza, a insegurança.
	Informação selectiva – Todos tem a tendência de construir as suas concepções da realidade que os rodeia, quando em mudança tendem a ignorá-la ou então a minimizá-la.

Fonte: Adaptado de Camara, 1997.

De forma esquemática, apresenta-se as principais causas de resistência individual na tabela número três.

Mas a organização é um sistema aberto, é uma entidade viva, como tal, para além de ser influenciada pelas alterações do meio envolvente, pretende também influenciar estas alterações, mantendo uma permanente interacção com o meio envolvente, para

tentar manter a sua sobrevivência, satisfazendo as necessidades dos consumidores, através da produção de bens e serviços.

Na organização mas duma forma colectiva, também pode originar mecanismos de imobilismo e resistência face há mudança, assim na tabela quatro, descreve-se resumidamente as causas de resistência colectivas.

Tabela 4 – Causas de resistência da organização

Resistência da organização	Inércia estrutural – as organizações possuem mecanismos que garantem a estabilidade. (Mecanismos de recrutamento, formação)
	Âmbito da mudança – A organização é composta por um conjunto de sistemas e sub sistemas, se o processo de mudança se limitar a uma parte restrita da organização poderá ser anulada pelas partes que ficaram de fora.
	Inércia de grupo – Mesmo que individualmente se aceite a mudança, se o grupo resistir a estas, a disponibilidade individual sucumbe ao grupo.
	Ameaça aos conhecimentos técnicos – A mudança pode representar a obsolescência do KNOW-HOW dos membros da organização, perdendo influência nesta.
	Ameaça à estrutura do poder existente – A mudança pode trazer ameaças às repartições de poder. (participação na gestão de funcionários da base da empresa)
	Ameaça à alocação de recursos – Os recursos são escassos por definição e distribuídos segundo a estratégia da organização, a mudança pode trazer alterações de estratégias e consequente alterações de repartição de recursos.

Fonte: Adaptado de Camara, 1997.

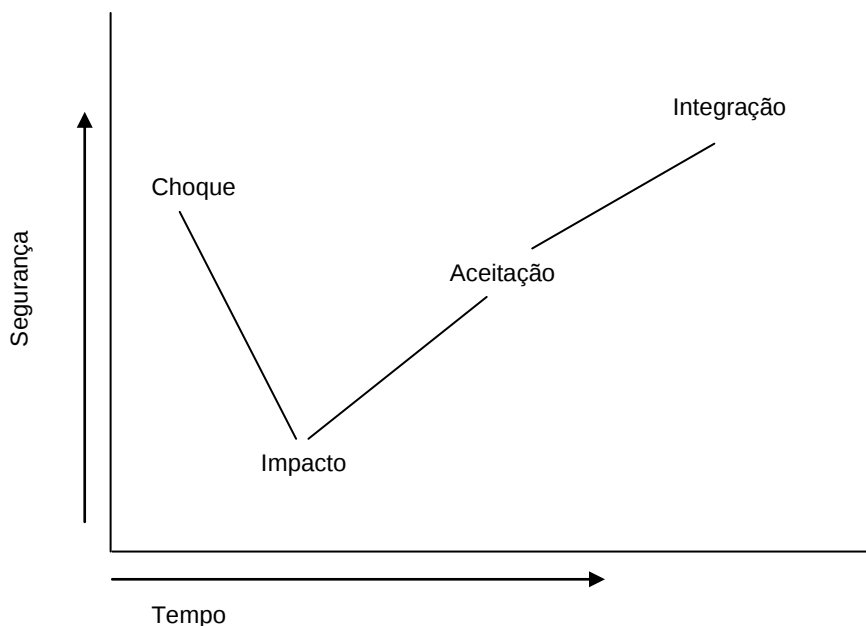
A empresa como um tipo específico de organização, mas como já se referiu, vocacionada para o negócio e o lucro, quando em condições de competitividade e não conseguindo produzir aquilo que os consumidores pretendem, entra então numa situação de ameaça constante.

Sob ameaçada esta tende a repensar a sua atitude, redesenhar a sua estratégia, duma forma geral, se necessário terá que mudar, como forma de sobrevivência.

Bettencourt da Camara define mudança como "...a alteração da estrutura e forma de funcionamento duma organização, com o propósito de a tornar mais competitiva e ajustada às realidades do mercado." (1997, p. 159)

Graficamente elucida-se na figura seguinte a reacção à mudança.

Figura 6 – Reacção à mudança.



Fonte: Adaptado de Camara, 1997.

A mudança apresenta várias dimensões, uma individual, outra focalizada nos grupos e finalmente uma outra baseada no nível macro-organizacional.

Quando se fala na dimensão individual, de um modo geral, só por si não tem grande influência na organização, reporta-se ao aperfeiçoamento profissional de forma singular, tem a ver com o reforço das competências individuais. A organização individual do trabalho e o atendimento ao cliente são dois exemplos de campos de influência deste tipo de mudança

A mudança focalizada nos grupos tem essencialmente a ver com as "...relações entre os diversos grupos que integram a organização, com vista a gerir a cooperação e a competição associada à interdependência das suas actividades ou à interdependência dos recursos disponíveis na organização..." (Ferreira, Neves & Caetano, 2001, p.536), o melhor exemplo numa organização tem a ver com o reforço e a solidificação do espírito de grupo de equipa.

Na dimensão macro-organizacional, "...a mudança pode incidir sobre toda a actividade sócio-organizativa, nomeadamente, sobre os valores e a cultura

organizacional, sobre as práticas e os processos de gestão, sobre a tecnologia e a estrutura, ou sobre a estratégia global da organização...” (Ferreira et al., 2001, p.537)

Como se referiu atrás, em situações de mudança, se se actuar somente ao nível individual, o mais certo é não obtermos qualquer resultado ao nível da organização, mas também pode acontecer, se actuarmos ao nível da estrutura não se traduzir qualquer efeito ao nível individual, ao nível do elemento da organização, ou das relações entre os grupos.

Para implementar um processo de mudança, existem vários modelos teóricos, aqui vai-se explicitar a título de exemplo o modelo de Shein, que contempla três fases:

Descongelamento

Resulta na “...diminuição da força dos valores, atitudes ou comportamentos anteriores a partir da percepção de novas experiências ou informações que desafiam aqueles...” (Ferreira et al., 2001, p.537), origina uma mudança pela insatisfação da situação actual.

Esta fase começa pela frustração no sentido da percepção, que as suas concepções acerca do mundo ou até mesmo que o comportamento dos outros não leva ao resultado esperado, acarretando um grande sentimento de insatisfação com o que se está a passar, anseia-se por uma mudança.

Pode-se chamar ao atrás descrito fase da desconfirmação, que se for suficiente irá levar aos sentimentos de culpa e ansiedade. Estes podem criar um “...fosso entre a situação presente e a situação desejável...criando motivação para a mudança.” (Ferreira et al., 2001 p.537).

Geralmente o indivíduo tem tendência a criar um mecanismo de combate à fase anteriormente descrita, este tem que acreditar que conseguirá envolver-se no processo de mudança e que este não lhe será prejudicial. É absolutamente indispensável que os indivíduos não temam o julgamento por erros do passado e que de forma alguma serão punidos por eles, “... o seu valor e auto – estima não serão postos em causa, podendo, assim, abandonar com segurança os seus comportamentos antigos e aprender outros novos.” (Ferreira et al., 2001, p.537), estão a criar uma segurança psicológica.

Mudança

Nesta fase assiste-se a uma mudança da organização e do grupo para outro patamar de valores com alteração nas atitudes, na conduta dos indivíduos. O grupo desencadeia uma nova postura face à realidade com que depara, através dum “...processo sociocognitivo, afectivo e comportamental e não se verificará realmente se

não existir motivação prévia das pessoas ou dos grupos para adquirir nova informação que permita ver a situação de um modo diferente.” (Ferreira et al., 2001, p.538).

Começa a ser assimilado pelo individuo a possibilidade de agir segundo novos modelos, novos protótipos, permitindo a este ver a realidade de prismas diferentes, assim como a necessidade de aprender mais acerca na nova realidade de modo a poder caracterizá-la, através da aprendizagem de novas ideias, conhecimentos, compreende-la, para depois partir para uma redefinição e modificação desta nova realidade.

Recongelamento

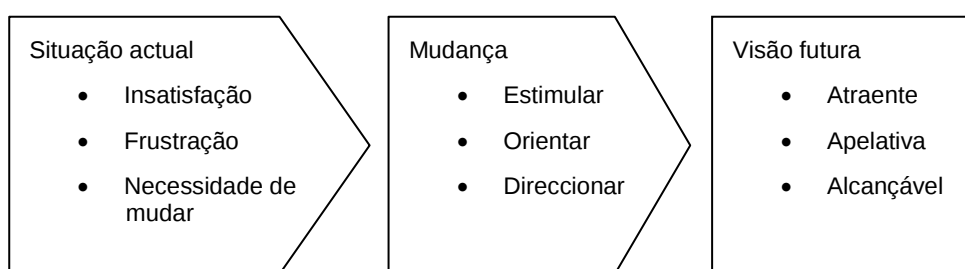
Esta última fase tem a ver com a consolidação de tudo o que se tem passado até se chegar aqui, procura-se a estabilização de todo o processo de mudança, com a sua assimilação e integração por parte de toda a organização.

O recongelamento tem a ver por um lado com uma vertente pessoal, a qual possibilita conferir se “...os novos comportamentos ou atitudes são congruentes com o seu auto-conceito e com os seus valores e se se sente confortável com as mudanças efectuadas:”, e outra relacional que “...permite verificar se as outras pessoas, membros de grupos de referência ou de pertença, aceitam e confirmam os novos padrões comportamentais e atitudes resultantes da mudança.” (Ferreira et al., 2001, p.537).

Em resumo esta fase não é mais, que o garantir do não retrocesso à situação anterior à mudança

Pode-se esquematizar o processo de mudança da seguinte forma:

Figura 7 – Processo de mudança



Fonte: Adaptado de Camara, 1997.

Como se consegue então ultrapassar as barreiras da mudança? Como mediar o processo para mudar mentalidades?

Está resumido na tabela número cinco, as várias alternativas de como lidar com a resistência à mudança.

Tabela 5 - Exequibilidade da mudança

A exequibilidade da mudança	
A comunicação	Tendo os elementos duma organização o conhecimento sobre todos os acontecimentos do processo de mudança, não haverá lugar a duvidas ou a climas de suspeição. É necessária uma relação de confiança, respeito e credibilidade entre gestores e demais elementos.
Participação	É difícil para os participantes dum processo de mudança, resistirem já que são participantes.
Facilitação e Apoio	Os responsáveis do processo de mudança colocarem ao dispor dos elementos da organização, um conjunto de ferramentas para os ajudar a ultrapassar a insegurança e o medo (terapia, aconselhamento, entre outros). É limitada a sua utilização por ser dispendioso e moroso.
Negociação	“Pode ser aconselhável, se a resistência à mudança partir dum grupo organizado e poderoso, que tenha poder para bloquear (...) negociar com indivíduos ou grupos adaptações ao processo de mudança que salvaguardem os seus interesses específicos.” (Camara, 1997, p.176). Esta ferramenta de influência acarreta muitos riscos, pois é uma cedência, e a ideia que prevalecerá será a de que reivindicar compensa.
Coacção	Neste método estão incluídos acções como despedimentos, despromoções, transferências forçadas, etc. É um método que obriga a utilização de força e ameaça, a utilizar-se, somente quando absolutamente mais nada resultou, ou poderá resultar. Esta coacção fica ligada a sentimentos de revolta, desconfiança, insegurança, desacreditação, afastamento em relação à mudança, o que não abona nada de positivo em seu favor, tornando este processo já de si melindroso num autêntico fracasso.

Fonte de dados: Adaptado de Camara, 1997.

2.3.2. Metodologia da Mudança

Para Bettencourt da Camara existem três pré-requisitos essenciais para se poder implementar a mudança com sucesso:

- “A comunicação da visão em faces sucessivas (sistema de cascata) a todos os empregados, por forma a que a possam analisar, aperfeiçoar com criticas (...) comentários (...) compreender.”

- “A interiorização pelos intervenientes da razão de ser da mudança, sua adesão e motivação para nela participar.”
- “A disponibilização a priori dos recursos (financeiros, materiais e humanos) necessários à implementação com sucesso da mudança.” (Camara, 1997, p.177)

Para uma mudança planeada, Ferreira et al. (2001), referem a abordagem da mudança em três fases:

Diagnostico da situação da organização

Esta fase é fundamental, pois fará uma “radiografia” da organização, onde se isolarão os pontos problemáticos para a eficácia da organização, assim como os factores responsáveis por estes.

Esta fase diagnóstica é ajustada à dimensão da mudança, consoante esteja relacionada com toda a organização e a consequente influência da envolvente externa, quer seja ao nível dalgum dos sectores internos e as sua inter-relações ou mesmo se for somente sobre um determinado grupo com os seus relacionamentos intergrupais, dito de outro modo, importa saber qual a nossa unidade de análise e identificar as variáveis que sobre ela tem influência, apurando “...a relação dessas variáveis com os resultados desse sistema ou unidade de análise e identificar os problemas críticos que afectam a sua eficácia, ao que se segue a produção de soluções alternativas.” (Ferreira et al., 2001, p.542).

Necessita da sustentabilidade dum modelo teórico de análise de eficácia organizacional. Entre a panóplia de autores que dissertam sobre esta temática, Ferreira et al., refere o modelo da congruência das organizações de Nudler e Tushman.

Este modelo está baseado em quatro constituintes, graficamente, descritos na figura oito.

Para o sucesso desta tarefa de diagnóstico, importa não só identificar as características destes quatro elementos como também a forma como interagem e como os seus resultados poderão ou não influenciar a eficácia da organização, sendo para isso de vital importância a recolha de dados, de forma sistematizada sobre a organização, que poderá ser feita com recurso a técnicas de recolha como a entrevista, os questionários, a observação directa e a análise de documentos.

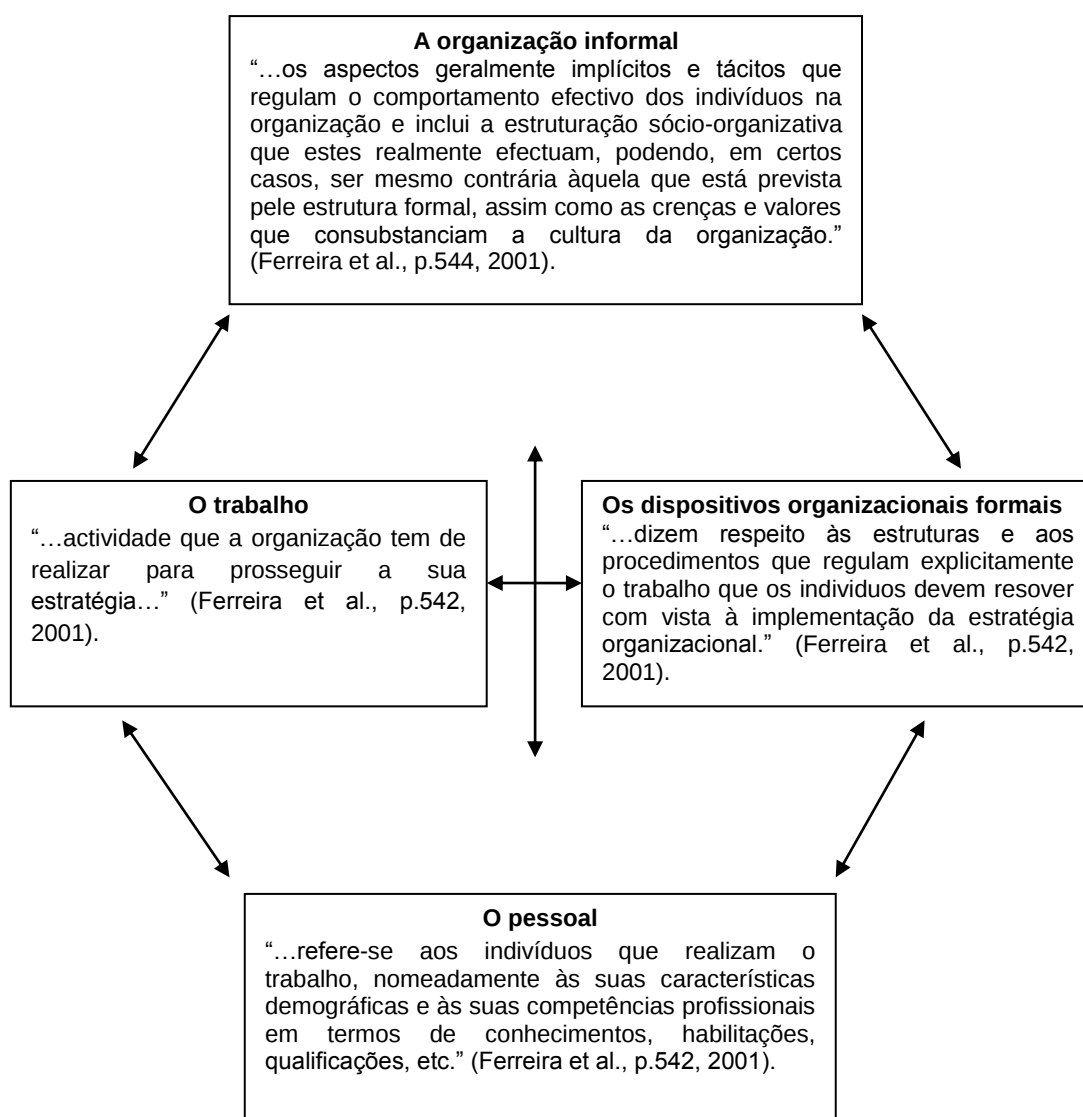
Este modelo constituído por estes quatro factores está ainda dependente do seu contexto, que é constituído pelo ambiente, recursos e história da organização.

No modelo de congruência das organizações de Nadler e Nashman, desenvolve-se como o próprio nome indica, um grau de congruência entre os 4 factores, entre estes e

as relações entre eles e ainda entre estes e o contexto. Resumindo quanto maior o grau de coerência, mais exequível se tornará a estratégia da organização.

Quando a referência é em relação à congruência entre os quatro factores, esta denomina-se de adequação da organização interna; quando “...as decisões da alta direcção permitem à organização lidar adequadamente com as restrições e oportunidades do seu ambiente”, denomina-se de adequação estratégica. Por último a adequação estratégia-organização representa a coerência entre “...as exigências resultantes das decisões relativas aos objectivos do negócio e a dinâmica organizacional.” (Ferreira et al., 2001, p.544).

Figura 8 – Relacionamento dos 4 factores de Nudler e Tushman.



Fonte: Adaptado de Ferreira et al., 2001.

A fase de intervenção

Depois da fase de diagnóstico e a correspondente identificação dos pontos críticos, há que haver uma operação interventiva para operacionalizar a mudança, assente num conjunto de acções estruturadas, que são desenvolvidas consoante o nível de intervenção necessário, ou ao nível do indivíduo, ou do grupos ou da organização na sua totalidade, tendo sempre como objectivo a mudança organizacional.

A fase de avaliação

Esta fase é essencial para a percepção da eficácia do processo de mudança, relacionando-se os resultados que se obtêm "...com a situação inicial e com os objectivos definidos para a intervenção...", identificando "...os progressos realizados, as falhas que aconteceram, os problemas que se mantêm e os que surgiram de novo em resultado do próprio processo de mudança." (Ferreira et al., 2001, p.545).

Todas as fases da abordagem da mudança são importantes, não tendo lógica, serem utilizadas, se não for em simultâneo e na ordem aqui apresentada. No entanto a avaliação revela-se essencial para a eficácia do processo, já que vai permitir identificar os desvios, corrigindo as acções e decisões de intervenção.

Na avaliação deve-se ter em atenção aos critérios utilizados, pois a utilização de critérios mais objectivos, como aumento de vendas, dos lucros, pode ser enganador, pois pode ter a ver com conjecturas externas e não propriamente com a intervenção proposta. As intervenções realizadas, muitas vezes só produzem efeito a longo prazo.

Interessa pois recorrer a outro tipo de critérios, por vezes mais subjectivos, com um teor mais perceptivo.

Este tipo de abordagem requer a utilização de métodos adequados, realizando-se duma forma geral "...através de inquérito aos colaboradores envolvidos no processo de mudança, aos fornecedores, aos clientes, etc..." (Ferreira et al., 2001, p.545). A construção destes inquéritos deve ter em atenção:

- As reacções afectivas dos colaboradores - ao nível da sua satisfação e postura face à mudança;
- As mudanças comportamentais dos colaboradores – a forma de realização do trabalho, bem como o relacionamento destes, uns com os outros e com o cliente;
- A capacidade de aprendizagem de novos saberes, que sem o programa de mudança, nunca aprenderia;

- A capacidade de mudar – “...as mudanças no desempenho da organização ou do departamento, nomeadamente, a produtividade, o lucro, o volume de produção e de vendas, o absentismo, etc.” (Ferreira et al., 2001, p.542).

O ideal passará sempre por juntar estes dois tipos de abordagens, com a junção de elementos duros e de elementos moles, designação utilizada por Ferreira et al.

Esta fase de avaliação pode ser considerada o catalisador, para novo ciclo, já que se comporta como um bom prestador de informação para uma nova fase diagnóstica, requisito indispensável para o recomeço de mais um processo de mudança planeada.

2.3.3. A mudança no Serviço de Radiologia

Num serviço como o de radiologia é indispensável a avaliação de desempenho e a correcção do que está menos bem e que pode comprometer os objectivos desta organização, no entanto toda a recolha de dados se deve fazer da forma mais automatizada possível com recurso aos sistemas de informação e interferindo o mínimo possível com o normal decorrer da realização dos exames de radiologia, tendo o máximo de respeito por doentes e por trabalhadores deste serviço.

Deste modo a avaliação de desempenho facilita o atingir dos objectivos, propondo alterações. Como vimos já atrás, as alterações nas organizações, são um processo muito sensível e delicado, segundo Ondategui-Parra et al., “...*managers should be aware that opposition to the initiative from stakeholders is possible, because some of them may object to their performance being monitored closely.*” (2004, p. 560)

Aqui, como em todas as organizações a mudança não é bem-vinda, por parte dos trabalhadores, já que estes desempenham as suas funções de forma habitual há muito tempo e com a consciência de que o fazem bem.

Por isso e depois da aceitação da avaliação de desempenho, como uma actividade que pode conduzir a processos de mudança como forma de manter e melhorar o serviço, torna-se fundamental a constante medição dos indicadores, de forma regular, assente em intervalos de tempo pré-estabelecidos, nos mesmos sítios e efectuadas sempre nas mesmas condições de leitura.

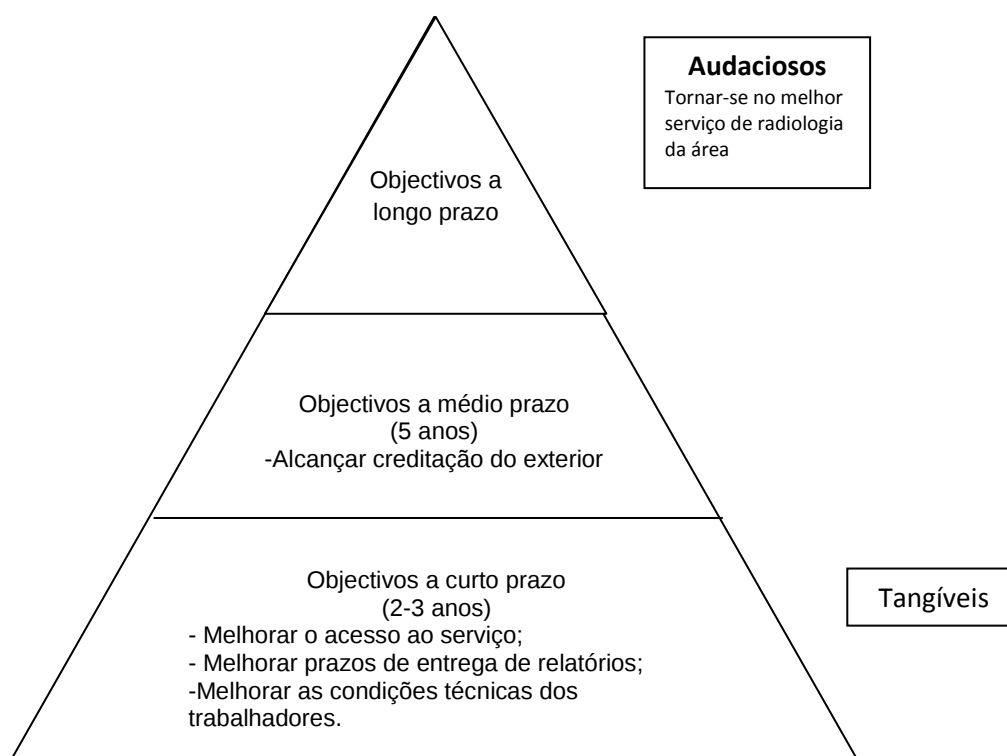
O plano de acção para materializar a estratégia tem que se revelar dinâmico, como já foi referido atrás a unidade de medição pode ser alterada conforme as necessidades do serviço, assim como os indicadores podem ser readaptados, de forma a privilegiar a utilização dos mais pertinentes.

É indispensável manter o plano de acção sempre actual e orientado para a sua missão, que passa pela operacionalização das estratégias traçadas.

Deste modo e tendo em conta, possíveis necessidades de readaptação das estratégias para alcançar os objectivos, devem-se traçar segundo Ondategui-Parra et al. (2004), três tipos de objectivos, conforme a figura numero nove.

O traçar de objectivos a curto prazo e facilmente alcançáveis, encoraja os funcionários na sua prossecução, podendo inclusivamente estimula-los para metas mais difíceis (objectivos a médio e longo prazo), no entanto estas metas se mais auspiciosas devem ser sempre realistas

Figura 9 – Níveis de Objectivos



Fonte: Adaptado de Ondategui-Parra et al., 2004.

Como organização que é, um serviço de radiologia, depreende-se que seja um conjunto de indivíduos perseguindo os mesmos objectivos, para isso é necessário o trabalho de equipa com todos os interessados, para além dum apurado sentido de auto crítica, como forma de atingir as melhores práticas de radiologia, melhorando a qualidade dos serviços prestados e caminhando no sentido dos objectivos de médio e longo prazo, só atingíveis com a escolha adequada dos indicadores mais pertinentes, para a melhor implementação dum programa de gestão de qualidade.

Para as melhores praticas de radiologia, é útil o benchmarking com outros serviços, para ver as melhores praticas, não esquecendo que cada serviço é único e tomando em

consideração as suas diferenças, mas também com o histórico de práticas desse mesmo serviço, como já se referiu atrás.

Como se pode então ter um serviço de radiologia do SNS, com uma boa prestação de serviços de qualidade, sustentável e com os trabalhadores motivados?

A resposta a esta pergunta mais que uma utopia, pode ser dada pela leitura dum artigo do portal da confederação nacional das instituições de solidariedade, onde Jorge Almeida refere que a reforma do SNS, tem que ser "... centrado no desenvolvimento de Centros de Responsabilidade Integrados, no financiamento por produção contratualizada, na valorização do trabalho premiando o mérito profissional..." (n.d). Os centros de responsabilidade devem pretender sistematicamente a melhoria da eficiência e eficácia dos serviços.

2.4. Centro de responsabilidade como meio de reorganização dos serviços

De alguns anos a esta data tem sido preocupação dos diversos ministros da saúde a contenção de custos e a sustentabilidade dos serviços de saúde públicos, associado a uma política de prestação de serviços de saúde de qualidade.

No decreto-lei nº 19/88, I série, de 21 de Janeiro, no artigo 7ª e 9º, podia-se ler, que a "...A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo-se à colectividade o mínimo custo no seu funcionamento (...) os hospitais devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos. " (1988)

Esta foi a primeira referência a centros de responsabilidade, ao nível do SNS, tendo sido efectivamente criados aproximadamente onze anos mais tarde pelo decreto-lei nº 374/99 de 18 de Setembro onde o artigo 1º referia que o diploma em questão estabelecia "...o regime geral a que deve obedecer a criação dos centros de responsabilidade integrados (...) nos hospitais e centros hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS). " (1999).

Em 2005 com a transformação de 31 unidades de saúde em entidades públicas empresariais, através do decreto-lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro, pode ler-se no 9º artigo que as "...estruturas orgânicas devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade...".

Em 2007 é criada a ULSNA, EPE, através do decreto-lei nº 50-B/2007 de 28 de Fevereiro e no artigo 7º diz que as "...estruturas orgânicas da ULSNA, EPE., devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade...".

Os centros de responsabilidade são “...unidades de contratualização interna, traduzindo um compromisso entre os gestores dos CRI e o Conselho de Administração do Hospital para o cumprimento de um dado volume de produção de cuidados, negociados em função dos recursos atribuídos. Constituem níveis intermédios de gestão, entre o nível de administração e o nível operacional, baseados no processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades funcionais, por áreas homogéneas de actividade, em qualquer caso com dimensão gestonária adequada e com afinidade funcional.” (Barros & Gomes, 2002, p. 92).

Robert Anthony citado por Jordan, Neves e Caetano, define CR como “ uma unidade da organização chefiada por um gestor que é responsável pelas suas actividades” (n.d, 147)

Dito doutra maneira, é necessário ter um chefe, é necessário que sejam estabelecidos objectivos próprios, “...para os quais estão orientadas as suas actividades...” e que este “...chefe tenha “...poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos seus objectivos.” (Jordan et al., n.d, p.148).

Os CR surgem segundo Barros, “...como o resultado de uma visão contabilística de organização em centros de custos.” (2009, p.278), com a finalidade de melhoria de dois critérios, que são a eficiência e eficácia.

Os centros de custos são definidos por Jordin at al., como uma organização “...em que o responsável tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos, ou seja, sobre a utilização de recursos...” (n.d, 149), pode-se sintetizar dizendo que possuem autonomia de decisão em relação aos meios necessários para alcançar os objectivos, respeitando claro o preestabelecido no contrato programa e orçamento com o Conselho de Administração da instituição.

Em 17 de Fevereiro de 2005 no Diário de Noticias o Dr. Manuel Antunes escrevia: “...como já tantas vezes tenho repetido, é a um nível mais inferior, nos departamentos ou serviços, que tudo o que é importante dentro do hospital acontece. É aqui que os factores que determinam a produtividade e os seus custos podem ser geridos e modificados...”.

Estes CR estão intimamente dependentes duma unidade de comando, que é responsável e que responde pela não realização dos objectivos, assim como pela utilização dos recursos que tem ao seu dispor.

Segundo Moutinho, o “...sucesso desta experiência baseia-se nos princípios de liderança, atribuição e assunção de responsabilidades, gestão eficiente dos recursos materiais e humanos e atribuição dos prémios de desempenho. A celebração dos contratos-programa implica uma relação de confiança recíproca entre a Administração

Hospitalar e a Direcção do CRI, que não pode ser afectada por factores circunstanciais. O não cumprimento do contrato por parte da Administração, que se observou em algumas circunstâncias, resulta em descrédito de um sistema cuja implementação exige cuidados especiais e deve ser progressiva, com frequentes correcções do mesmo.” (1999).

Os contratos programa “...deverão reflectir pagamentos de acordo com a produção contratualizada.” (Barros, 2009, p. 279)

Com a atribuição de incentivos ao desempenho promove-se assim na função pública por primeira vez, a gestão dos recursos humanos, permitindo e promovendo formas de remunerações aos profissionais dependentes da produtividade, – incentivos – teoricamente melhorando desempenhos e resultados, bem como a eficiência e eficácia destes recursos.

A criação do CR pretende essencialmente um elevado grau de eficiência, e eficácia, onde numa forma estratégica se pretende aumentar os ganhos em saúde, promovendo a qualidade dos serviços prestados e a satisfação de profissionais e utentes, já que se vai responsabilizar todos os funcionários pela correcta utilização dos recursos à sua disposição, motivando-os e logicamente, isto vai resultar num melhor atendimento e numa mais fácil acessibilidade a estes centros.

Para isso é necessário colocar o poder de decisão a um nível mais adequado, representado assim numa unidade de gestão intermédia, permitindo a descentralização de decisões, mas para que tal aconteça é necessário um processo de mudança estrutural das instituições em jogo, assente num sistema de informação adequado, de forma a uma monitorização adequada às actividades, permitindo reajustes oportunos de forma a cumprir os contratos programas com os conselhos de administração como forma de criação numa imagem de prestígio e credibilidade, desenvolvendo capacidade e até vantagem competitiva nestes centros.

O CR será um subsistema dentro de outro sistema maior e mais complexo, que se chama hospital. O CR rege-se por “...objectivos próprios que contribuam para a realização dos objectivos globais da organização...” de modo a que, “... os centros de responsabilidade sejam instrumentos, na adequação das suas atitudes à estratégia da empresa...” observando-se nesta “...algumas condições, das quais salientamos a existência de gestão por objectivos, de estruturas descentralizadas e de responsabilização e delegação de autoridade” (Jordan et al., n.d, p.146)

Em relação à gestão por objectivos, impõem-se a necessidade de negociação com via à obtenção a curto e médio prazo de definir objectivos para a empresa. Sem objectivos não se podem traçar estratégias, não existem planos de acção.

O plano de acção vai materializar a estratégia, revelando os meios necessários para alcançar os objectivos da empresa, propondo incentivos à produção.

Um CR é uma estrutura onde é indispensável transparência ao nível financeiro, através da clara demonstração de custos e proveitos, onde a política de investimentos é implementada com bastante rigor.

Para Jordan et al., "...conclui-se que uma empresa desprovida de objectivos, ou com objectivos mal clarificados, que pretenda implementar uma estrutura baseada em centros de responsabilidade, confronta-se inequivocamente com o fracasso total." (n.d., p.146)

Como já se referiu, para além da gestão por objectivos existem outra duas condições nas empresas para que existam CR, são eles, as estruturas descentralizadas e a responsabilização delegação de autoridades.

O conceito de estruturas descentralizadas, "...não se limita apenas à delegação de autoridade decorrente de uma estrutura piramidal da empresa mas também, e sobretudo, das actividades e funções." (Jordan et al., n.d, p.146).

A responsabilização e delegação de autoridade é o caminho para o enquadramento dos CR, como estruturas integrados numa estratégia da empresa para atingir os objectivos destas. Para Jordan et al., a responsabilização e delegação de poderes, não poderá apenas supor "...um cartão-de-visita, mas uma realidade de facto. Sem esta, uma das funções importantes do controlo de gestão que é motivar os vários níveis hierárquicos levando-os à participação e envolvimento, ficará amputado e, por isso, a sua eficácia será reduzida." (n.d, p.147).

Em jeito de resumo, num CR tem que haver uma definição de objectivos, usufruir duma liderança forte e empreendedora, que seja responsabilizada, pelos seus actos, tendo a capacidade de motivar os responsáveis, motivando estes os seus colaboradores, quer através de remunerações por avaliação de desempenho, quer através da necessidade da participação destes, na gestão como ferramenta para melhorar o desempenho e satisfação pessoal, aparada por uma política séria de formação e investigação no serviço.

Os CR têm por objectivo final "... melhorar a acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos.", integrando as "...funções de administração com as de direcção técnica e chefia operacional, tornando mais ágil, adequado e oportuno o processo de tomada de decisão.", assegurando a avaliação "...objectiva e permanentemente dos meios existentes e da capacidade instalada." (Decreto-lei nº 374/99,1999, p.6490) e vigiando os possíveis desvios que possam comprometer o cumprimento dos objectivos.

Pode-se constatar que através da organização em CR, existe um maior controlo de gestão, onde a gestão de operações, que se referiu atrás, como processo de produção de serviços “assenta” perfeitamente.

Ao ler-se o regulamento interno da ULSNA, o artigo 29º refere a necessidade de organização em CR. Com a criação de Unidades de Saúde, caminha-se no sentido da “...concertação de acções no sentido de se obterem ganhos em saúde e a necessidade de se refazer o fluxo natural das pessoas entre os diversos prestadores...”, de modo a que estes estejam todos incluídos num dispositivo que contribua para a saúde da população, como “...um conjunto de recursos da saúde articulados na base da complementaridade, organizados segundo critérios geográficopopulacionais, implantado tanto nas zonas urbanas como nas zonas rurais, desenhado a partir das necessidades em saúde definidas em termos de risco de uma comunidade finita, responsável pelos cuidados a prestar aos indivíduos, às famílias e aos grupos sociais, com capacidade de coordenar os recursos.” (Barros & Gomes, 2002, p. 90)

Uma Unidade Local de Saúde é composta por agentes de natureza diversa, pelo que alguns autores afirmam que a componente de gestão para ser eficiente deve estar localizada ao nível de cada prestador de forma a poder decidir a quantidade e a qualidade de recursos a empregar, dependendo da especificidade de cada conjuntura.

Este trabalho pretende pois gerar informação sobre o impacto que poderá criar a implementação dum CR de radiologia na ULSNA.

Importa pois partir para a caracterização desta unidade local de saúde, mas antes proceder-se-á à caracterização do espaço físico em que está compreendida – o distrito de Portalegre.

2.5. Caracterização

2.5.1. Distrito de Portalegre

A ULSNA (tal como já foi referido), é responsável pelos cuidados de saúde aos utentes de todo o distrito de Portalegre.

Este distrito tem como área total aproximadamente 6065 Km² e cerca de 118141 habitantes distribuídos por 15 concelhos, conforme a figura dez.

Para atravessar dum limite ao outro deste distrito, segundo o seu maior eixo, percorre-se aproximadamente 110Km

Figura 10 – Mapa do distrito de Portalegre com nº de habitantes por concelho.



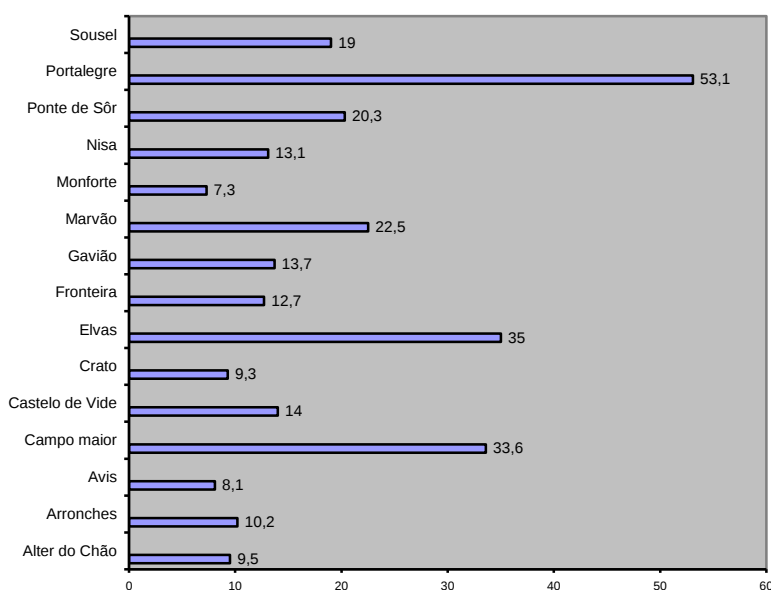
Concelhos	Habitantes
Alter do Chão	3499
Arronches	3231
Avis	4968
Campo Maior	8291
Castelo de vide	3739
Crato	3766
Elvas	22279
Fronteira	3230
Gavião	4142
Marvão	3556
Monforte	3129
Nisa	7710
Ponte de Sôr	17203
Portalegre	24028
Sousel	5370

Fonte: INE, período de referência dos dados: 2001.

Em relação à densidade populacional, ainda segundo o INE, em Portugal ronda os 115.4, enquanto a média dos concelhos do distrito de Portalegre é de 31.34 residentes, como se pode constatar na figura onze.

Considera-se densidade populacional, como o número de habitantes por unidade de área. Regra geral número de habitantes por quilómetro quadrado.

Figura 11 – Densidade populacional por concelhos do distrito de Portalegre (nº).



Fonte: INE, período da referência dos dados: 2001.

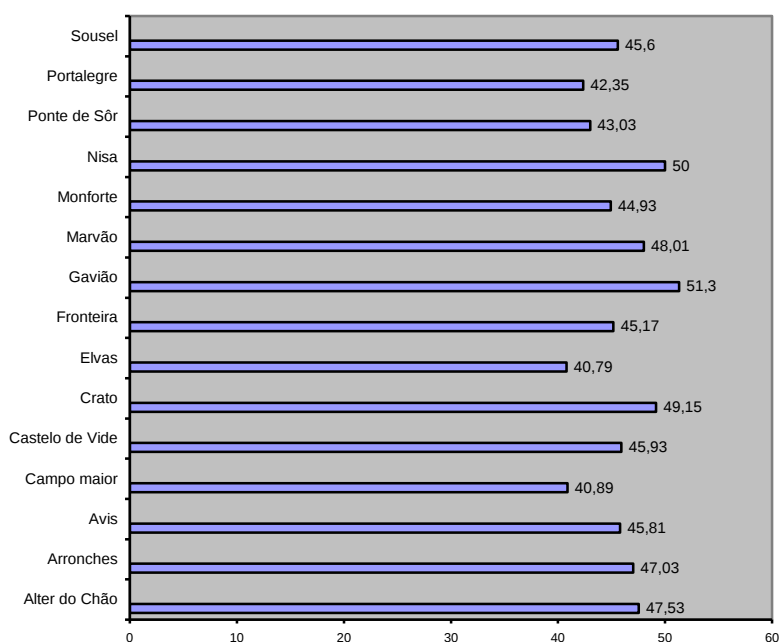
Pode-se concluir que este distrito não terá grande concentração de habitantes por metro quadrado, em consideração com a média nacional, sendo um distrito com a população bastante dispersa pela sua área.

Em relação à caracterização da população começa-se possivelmente por uma das características mais evidentes neste distrito do interior, a idade, veja-se então a distribuição de idades por concelho deste distrito na figura doze.

Segundo o INE, a média de idade em Portugal ronda os 39.01, ou seja 39 anos, enquanto que a media aritmética neste distrito é de 45.83, cerca de 46 anos.

Pode-se constatar por uma leitura bastante superficial destes dados que o distrito de Portalegre está mais envelhecido que a média portuguesa. Tendo em conta os dados do INE referente ao período de 2007, o índice de envelhecimento em Portugal situa-se em 113.6.

Figura 12 – Idade média por Concelho do Distrito de Portalegre (Anos)

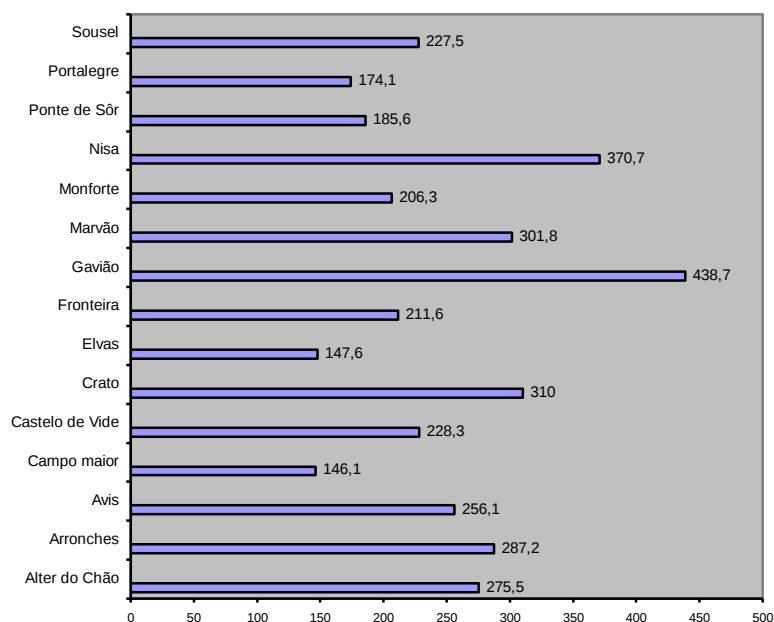


Fonte: INE, período da referência dos dados: 2007.

Na figura treze, estão representados os índices de envelhecimento por concelho, do distrito de Portalegre, cuja média atribui um índice de 251.25 ao este distrito.

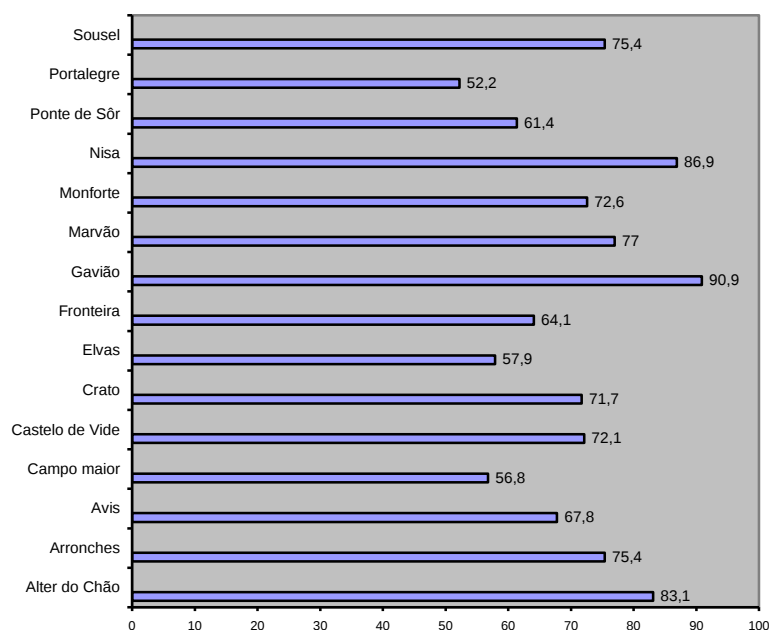
Este índice corresponde a uma "...relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.", (INE, 2003) Expressa-se habitualmente por cada 100 pessoas residentes dos 0 aos 14 anos.

Figura 13 - Índice de Envelhecimento por Concelho do Distrito de Portalegre (nº)



Fonte: INE, período de referência dos dados: 2003.

Figura 14 - Índice de dependência total por Concelho do Distrito de Portalegre (nº).



Fonte: INE, período de referência dos dados: 2003.

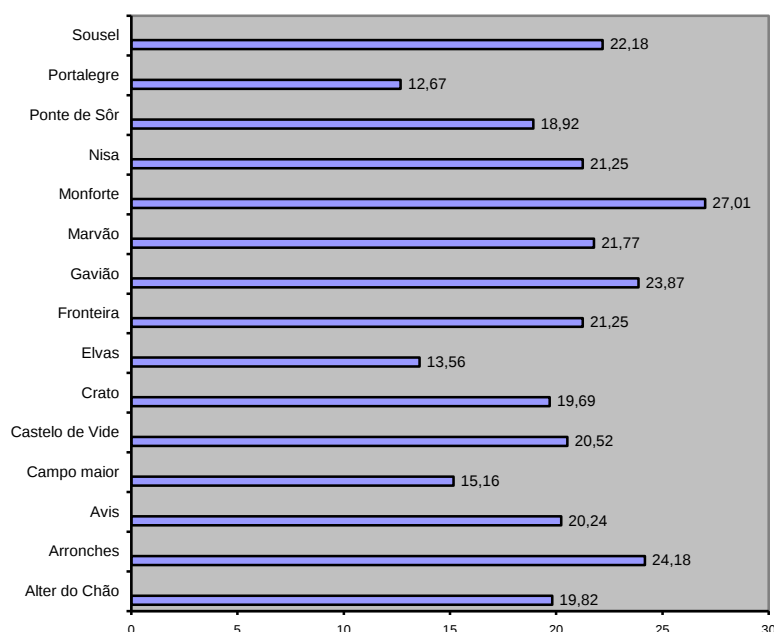
Outra característica importante, é o índice de dependência total, que é a "...relação entre a população jovem e idosa e a população em idade activa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos conjuntamente com as pessoas com 65 ou mais anos e o número de

pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos” (INE, 2003). Expressa-se habitualmente por cada 100 pessoas residentes entre os 15-64 anos.

Este índice situa-se para Portugal num valor de 48.5, enquanto que, para os concelhos do distrito de Portalegre é de 71.02, conforme a figura catorze. Comparativamente ao resto do país este distrito tem um índice de dependência total bastante mais elevado.

Este distrito possui igualmente uma taxa de analfabetismo, mais elevada, que a média em Portugal. Enquanto em Portugal o valor desta taxa se situa nos 9.03%, podemos observar na figura Quinze, que a média aritmética dos dados referentes a cada concelho deste distrito, a situa em 20.14% para o distrito de Portalegre.

Figura 15 – Taxa de Analfabetismo por Concelho do Distrito de Portalegre (%)

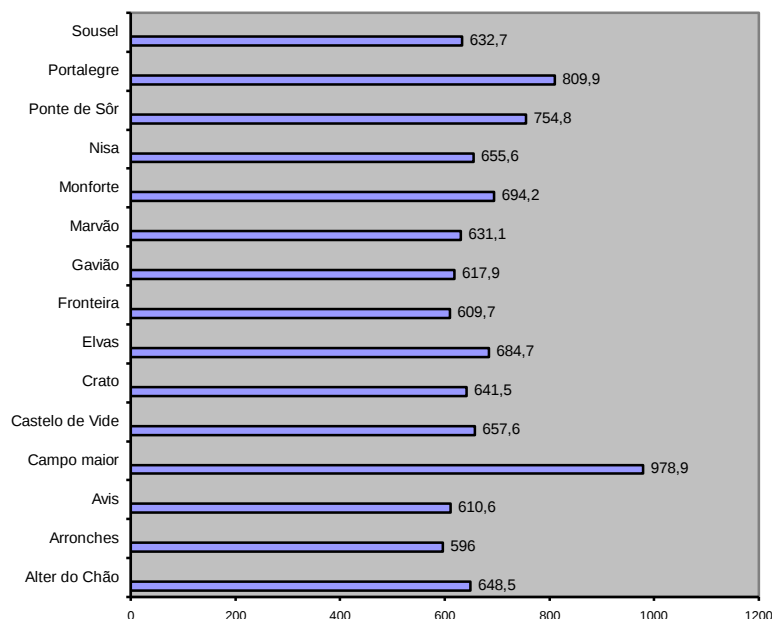


Fonte: INE, período de referência dos dados: 2001.

Ao nível das condições de vida, interessa focar o ganho médio mensal dos diversos concelhos, comparativamente à média do país.

Ganha-se em média em Portugal 907.2€, enquanto nos diversos municípios do distrito de Portalegre este valor é significativamente mais baixo à exceção de Campo Maior onde em média o valor de ganho médio mensal é inclusivamente mais elevado (esta é uma exceção no distrito). No entanto a média do ganho mensal para o distrito é de 681.58€.

Figura 16 - Ganho médio Mensal por Concelho do Distrito de Portalegre (€)



Fonte: INE, período de referência dos dados: 2005.

Assim, veja-se a distribuição do valor do ganho médio mensal por município deste distrito no gráfico dezasseis.

Pela abordagem sumária destes gráficos, consegue-se concluir que a população encontra-se dispersa pelo distrito, a idade média dos residentes neste distrito é superior à média nacional, apresentando graus de dependência e envelhecimento bastante consideráveis. Ao nível do vencimento, ganha-se menos no Distrito de Portalegre em media que no total do país.

2.5.2. ULSNA

Com a criação da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, pelo Decreto-lei 50-B de 28/2 de 2007, Juntam-se aproximadamente 1713 trabalhadores distribuídos por 2 hospitais - Dr. José Maria Grande em Portalegre e Sta. Luzia em Elvas –, 15 centros de Saúde com uma área de influência correspondente à totalidade do distrito de Portalegre, abrangendo todos os seus concelhos: Alter do Chão, Arronches, Avis, Campo Maior, Castelo de Vide, Crato, Elvas, Fronteira, Gavião, Marvão, Monforte, Nisa, Ponte de Sôr, Portalegre e Sousel (figura dez).

A ULSNA é composta por uma área assistencial que promove a vigilância do estado da saúde, o tratamento da doença, a reabilitação, a prestação de cuidados continuados e paliativos e intervenção multidisciplinar ao domicílio. A área supracitada é composta por área de cuidados de saúde primários e cuidados de saúde hospitalar.

Ao nível da área de cuidados de saúde primária, esta divide-se em 2 agrupamentos de centros de saúde, O agrupamento do Caia e o de S. Mamede, conforme a tabela numero seis.

Tabela 6 – Agrupamentos de centros de saúde

Agrupamento do Caia	Agrupamento de S. Mamede
Centro de Saúde de Arronches	Centro de Saúde de Nisa
Centro de Saúde de Campo Maior	Centro de Saúde do Gavião
Centro de Saúde de Elvas	Centro de Saúde de Castelo de Vide
Centro de Saúde de Fronteira	Centro de Saúde do Marvão
Centro de Saúde de Monforte	Centro de Saúde de Ponte de Sôr
Centro de Saúde de Sousel	Centro de Saúde do Crato
Centro de Saúde de Avis	Centro de Saúde de Portalegre
	Centro de Saúde de Alter do Chão

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Como se pode ler no regulamento interno da ULSNA, os departamentos da área dos cuidados hospitalares são "...compostos por serviços e unidades funcionais homogêneas, tendo em conta a dimensão dos mesmos, procurando uma resposta flexível e articulada às exigências e prossecução dos objectivos comuns.", Sendo o serviço a unidade básica da organização, funciona "...autonomamente ou de forma agregada em departamentos". Para terminar as "...unidades funcionais, enquanto estruturas específicas constituídas por recursos humanos e meios tecnológicos, integram-se nos serviços ou actuam de modo autónomo, integradas nos departamentos, colaborando com os vários serviços." (2008)

Quanto à área dos cuidados hospitalares é representada pelos dois hospitais do distrito de Portalegre atrás citados, que se encontra organizada em departamentos e serviços de apoio médico e técnico. (tabela sete).

Tabela 7 – Constituição da área hospitalar da ULSNA

Hospital de Sta. Luzia de Elvas	Hospital Dr. José Maria Grande
Departamento de Medicina	
	Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
Departamento de Cirurgia e Anestesiologia	
	Departamento da Mulher e Criança
Departamento de Urgência	
	Cuidados Intensivos
Serviços de Apoio Médico e Técnico	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Os departamentos vão ser constituídos por serviços e Unidades Funcionais, como exemplificam as tabelas que se seguem.

Tabela 8 – Departamento de Medicina

Departamento de Medicina	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Serviço de Medicina	Serviço de Medicina
	Unidade Funcional de Cardiologia	
		UF de dermatologia
	Unidade Funcional de Oncologia médica	
		UF de Pneumologia
		UF de Neurologia
		UF de Nefrologia
		UF do AVC
	Unidade Funcional de Gastroenterologia	
	Unidade Funcional de imunoalergologia.	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008

Tabela 9 – Departamento de Psiquiatria

Departamento de Psiquiatria e saúde mental	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
		Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental
	Psicologia clínica	
		Terapia Ocupacional

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Tabela 10 – Departamento de Cirurgia e Anestesiologia

Departamento de Cirurgia e Anestesiologia	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Serviço de Cirurgia	
	Serviço de Anestesiologia	
	Serviço de Ortopedia	
		Unidade Funcional de ORL
		Unidade Funcional de Urologia
	Unidade Funcional do Bloco Operatório	
	Unidade Funcional de Cirurgia do Ambulatório	
	Unidade Funcional de Cirurgia Plástica	
		UF de Estomatologia
		UF de Oftalmologia

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Tabela 11 – Departamento da Mulher e da Criança

Departamento da Mulher e da Criança	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
		Pediatria e Neonatologia
		Ginecologia e Obstetrícia

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Tabela 12 – Departamento de Urgência

Departamento de Urgência	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Unidade Funcional de Urgência	
		U.F. de Cuidados Intensivos
		U.F. de Cuidados Intermédios
	VMER	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Tabela 13 – Serviços de Apoio Médico e Técnico

Serviços de Apoio Médico e Técnico	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Serviço de Patologia Clínica	
	Serviço de Imagiologia	
	Serviço de Convalescença e Paliativos	
	Serviço de Medicina Física e Reabilitação	
	Serviço de Consulta Externa	
		U.F. de Imunohemoterapia
	Serviço de Hospital de Dia	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Depois de breve descrição da área assistencial, importa descrever o conjunto de serviços que prestam apoio à área assistencial como prestadora de cuidados. Descreve-se na tabela número catorze e é designada como a área de suporte à prestação de serviços.

Tabela 14 – Serviço de suporte à Prestação de cuidados

Serviço de suporte à Prestação de cuidados	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Serviços Farmacêuticos	
	Serviços de Esterilização	
		Serv. de Seg. higi. e saúde no trabalho
	Serviço Social	
	Serviço de nutrição e dietética	
	Serviços religiosos	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Esta Unidade Local de Saúde é ainda constituída por uma área de apoio geral e logística, que por sua vez é constituída por um departamento de administração geral e logística, que é dividido em vários serviços conforme a tabela 15 e ainda pelo serviço de Assessoria Técnica composto conforme a tabela 16.

Tabela 15 – Apoio Geral e Logística

Área de apoio geral e logística	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Serviço de Gestão de recursos Humanos	
	Serviço de Formação, Investigação, Biblioteca e Documentação	
	Serviço Financeiro	
	Serviço de Aprovisionamento e Hotelaria	
	Serviço de instalações e equipamentos	
	Serviço de Sistemas e Tecnologias de Informação	
	Serviço de Gestão da Produção	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

Tabela 16 – Serviços de Assessoria Técnica

Serviços de Assessoria Técnica	H. Sta. Luzia de Elvas	H. Doutor José Maria Grande
	Serviço Jurídico e de contencioso	
	Gabinete de planeamento e controlo de gestão	
	Gabinete de imagem e Comunicação	
	Gabinete de apoio ao cidadão	
	Gabinete de projectos e Investimento	
	Gabinete de Promoção e Garantia de Qualidade	

Fonte: Regulamento Interno da ULSNA, 2008.

2.5.3. SR da ULSNA

O Serviço de Imagiologia desta Unidade de Saúde Local resulta da fusão dos serviços de radiologia do hospital de Sta. Luzia de Elvas e hospital Doutor José Maria Grande (Tabela dezassete). Depois da reorganização dos serviços de saúde do distrito de Portalegre na ULSNA, estes serviços de radiologia perderam a sua individualidade e autonomia, transformando-se em duas unidades funcionais. Este serviço ficará completo quando a unidade de Funcional de Radiologia da Ponte de Sôr estiver a funcionar em pleno.

Para além da Caracterização já realizada convém referir que a Unidade Funcional de Portalegre se situa a cerca de 60km das outras duas unidades funcionais, enquanto que a unidade de Ponte de Sôr e Elvas distam mais de 100 Km.

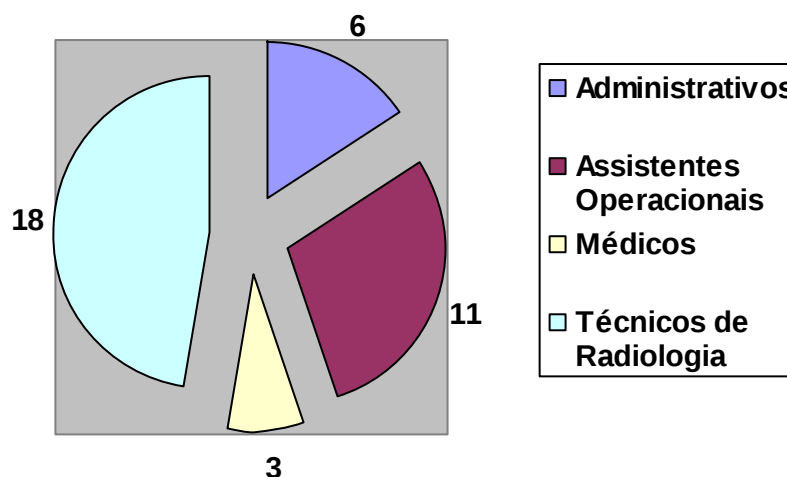
Tabela 17 – Distribuição de recursos humanos no serviço de radiologia da ULSNA.

	UF Elvas	UF Portalegre	UF Ponte de Sôr	SR da ULSNA
Administrativos	3	3	Encontra-se em fase de arranque	6
Assistentes Operacionais	5	6		11
Médicos	2	1		3
Técnicos de Radiologia	8	10		18

Fonte: GPCG, 2009.

Serviço de Radiologia da ULSNA

Figura 17 – Distribuição gráfica dos recursos humanos do SR da ULSNA, por categorias profissionais



Fonte: GPCG, 2009.

Unidade de Elvas – Tem cerca de 15 anos, com excepção do aparelho de tomografia computadorizada bicorte que tem cerca de 4 anos e do ecografo que foi comprado este ano, os restantes aparelhos são os mesmos com que se abriu o serviço.

Necessidade imediata de substituir o mamografo

É constituída por uma sala para Radiologia Convencional, uma para Radiologia de Exames Especiais, uma para Tomografia computadorizada e ainda uma sala para Mamografia e uma sala de Ecografia.

Unidade de Portalegre – Tem uma sala para Radiologia convencional, outra para exames especiais, uma Sala de Tomografia Computorizada e uma sala de ecografia, contiguamente existe a unidade da mama com um mamografo e um aparelho de ecografia.

Serviço que abriu em 1974. As salas de radiologia convencional e de exames especiais, foram este ano equipadas de novo.

Necessidade de comprar um aparelho de tomografia computadorizada de 32 cortes e duma Ressonância Magnética.

Unidade de Ponte de Sôr – A inaugurar, unicamente com uma sala de radiologia convencional recém equipada.

Na tabela dezoito, apresenta-se quadro resumo do tipo de exames realizados no serviço de radiologia da ULSNA.

Tabela 18 – Tipologia de exames executados no serviço de radiologia da ULSNA

Salas	Executa
Radiologia Convencional	Todo o tipo de radiologia convencional.
Radiologia de exames especiais	Exames com introdução de contraste baritado, como: - Clister Opaco; - Esófago; - Estômago e duodeno; - Transito esofágico; - Trânsito intestinal; Exames com introdução de contrastes não iónicos como: - urografias de eliminação - Fistulografias
Tomografia Computurizada	- de corpo; - articular; - neuroradiologia. - AngioTC de carótidas, polígono de Willis, e vasos torácicos e abdominais.(excepto parte cardíaca) - Colonoscopia virtual e perfusão tc
Mamografia	Mamografia, galactografias e extereotáxias
Ecografia	- mamárias; - abdominais; - pélvicas; - transrectais - endovaginais; - partes moles: - ecodopplers venosos e arteriais.

Fonte: GPCG, 2009.

Este serviço como já foi aqui referido, realiza exames para a área de influência do distrito de Portalegre, para todo o tipo de instituições: centros de saúde (agora dentro da unidade local de saúde), seguradoras, ADSE, Ministério da justiça, etc. Neste momento esta unidade é financiada através dum modelo de financiamento por capitação, pelo que ficou pouco claro com a ACSS, como seria efectuado o pagamento a esta ULS, dos exames que viriam de outros concelhos fora da ULSNA, principalmente de Borba, Vila Viçosa, Alandroal, Estremoz (concelhos integrantes duma área de atracção desta ULS bastante apetecível, como forma de aumentar os ganhos).

3. Metodologia

Com este estudo pretende-se na sua essência, contribuir com informação acertiva, tendo em vista a prospectivação de implementação dum CRI de radiologia na ULSNA. Neste contexto importa saber qual o ponto de vista de determinados stakeholders do serviço de radiologia da ULSNA (que se descreverá à frente), em relação a uma possível transformação deste serviço num CRI de radiologia.

Seria importante também, estudar a viabilidade financeira deste projecto, mas como já foi referido neste estudo, foi relegado para segundo plano, colocando-se como anexo, visto que, de outra forma este trabalho se tornaria demasiado longo e exaustivo. Deste modo pretendeu-se efectuar de forma simples e o mais concisa possível a averiguação da rendibilidade deste projecto (num plano secundário), deixando assim um estudo de avaliação financeira exaustivo e mais demorado dum possível CRI de radiologia nesta unidade local de saúde, como tema para outro estudo ou outra tese que se possa vir a realizar.

Pretende-se pois, a focalização na opinião de determinados stakeholders deste SR da ULSNA. A concentração de atenções nestes actores da investigação, prende-se com a recolha de informação, de modo a utilizar um método que assente na criação de cenários e tendências, em que o investigador possa criar futuros alternativos, constituindo um método prospectivo.

Os modelos duma forma geral devem ser guiados ao encontro dum certo número de objectivos, tais como:

- Efectuar a escolha certa ao nível da área mais conveniente de actuação.
- Definir estratégias e traçar as linhas de acção
- Adquirir uma maior capacidade de reacção às mudanças habituais, através da aquisição de conhecimentos acerca dos futuros possíveis.
- Apurar a opinião dos grupos de interesse
- Aumentar o conhecimento dos agentes através da comunicação.

3.1.O desenho da investigação

Como já se referiu na introdução, o desenho da investigação é o esquema lógico construído pelo investigador, para responder à questão de partida deste trabalho.

A construção deste esquema, vai permitir a obtenção de informação que possa descrever de forma clara o tema que se está a investigar, assim como permita a

obtenção de conclusões sólidas, sustentadas, diminuindo ao máximo o erro e contribuindo para que esta, não seja enviesada deste o princípio.

O desenho de investigação representa “...un conjunto de directivas asociadas al tipo de estudio elegido. Precisa la forma de recoger y analizar los datos para asegurar un control sobre la variables objeto del estudio.” (Fortin, 1999, p.102)

O controlo, é uma característica essencial, para reduzir as fontes de erro, como forma de validação interna da investigação, de modo a “...aproximar-se lo más possible a la perfección y poner todos los medios para reducir, e incluso eliminar, todo lo que pueda atentar contra la validez (...) supone pues la toma de decisiones importantes a este respecto.” (Fortin, 1999, p. 102)

No decorrer de cada investigação o desenho desta, contribui para a tentar “...aproximarse lo mas posible a la perfección y poner todos los medios para reducir, e incluso eliminar, todo lo que pueda atentar contra la validez.” (Fortin, 1999, p. 102)

Segundo os “... diferentes fines de investigación según el nivel de conocimientos que hay sobre um fenómeno, tambien existen diferentes tipos de investigación...” (Fortin, 1999, p. 102). Em consequência, neste trabalho, envereda-se pelo estudo exploratório, pois “...o objetivo é examinar um tema ou problema de pesquisa pouco estudado, do qual se tem muitas duvidas...” (Sampieri, Collado & Lucio, 2003,p.99). O estudo exploratório serve para familiarizar os investigadores com fenómenos relativamente desconhecidos, serve para “...explorar algo pouco pesquisado ou conhecido.” (Sampieri et al., 2003,p.100).

Normalmente as pesquisas qualitativas estão associadas aos estudos exploratórios, pois revelam-se numa “...maior flexibilidade na sua metodologia, em comparação com os estudos descritivos (...), e são mais amplos e dispersos que esses outros três tipos.”, implicando um maior risco, e exigindo “...muita paciência, serenidade e receptividade por parte do pesquisador” (Sampier et al., 2003,p.100).

Importa no entanto referir que nem todas as investigações qualitativas estão relacionadas com os estudos exploratórios, pois podem também vir a ser do tipo descritivo, correlacional ou casual. Ainda mais, nalguns casos “...uma pesquisa pode caracterizar-se como exploratória, descritiva correlacional ou explicativa, mas não ser apenas isso, isto é, ainda que um estudo seja em essência exploratório, conterá elementos descritivos...” (Sampieri et al., 2003,p.109).

Assim, neste estudo utilizou-se tambem elementos dos estudos descritivos, já que estes “...medem, avaliam e coletam dados sobre diversos aspectos, dimensões ou componentes do fenómeno a ser pesquisado.” (Sampieri et al., 2003,p. 99, 101),

procurando “...especificar as propriedades, as características e os perfis importantes de pessoas, grupos, comunidades...” (Danhke citado por Sampieri et al., 2003,p.101).

Aplicando a este trabalho (trata-se dum tema com pouca informação), sobre a utilização dum modelo de organização denominado CR em serviços de saúde em Portugal, deve-se referir que de facto existem muito poucos. Pretende-se pois, tendo em conta um determinado número de stakeholders do serviço de radiologia em causa, e através da colecta das suas opiniões, aportar conhecimentos sobre esta temática, para tentar descrever as possíveis realidades que podem advir da instalação de CRI de radiologia, assim como os factores que poderão condicionar os diferentes futuros.

Pretende-se por um lado atravez dos estudos exploratórios “...descobrir e prefigurar...”, por outro e atravez de estudos descritivos, “...colectar dados que mostrem um evento, uma comunidade, um fenómeno, feito, contexto ou situação que ocorre.” (Sampieri et al., 2003,p.102)

Tendo em conta o até aqui descrito, o enfoque que geralmente está associado a um estudo exploratório será o qualitativo.

O enfoque qualitativo “...procura a compreensão do fenómeno de estudo em seu ambiente usual (como as pessoas vivem, se comportam e atuam; o que pensam; quais suas atitudes etc.) ...” não se pretende “...generalizar de maneira intrínseca os resultados para populações mais amplas, nem necessariamente obter amostras representativas (sob a lei da probabilidade) ...” fundamentando-se “...mais em um processo indutivo (exploram e descrevem, e logo geram perspectivas teóricas) ”. (Sampieri et al., 2003,p.11).

Ora partindo da opinião anónima dum grupo de elementos, com interesses no serviço de radiologia, sobre temas “...relativamente aos quais existe conhecimento incerto e incompleto...”, pretende-se chegar a uma prospectivação duma possível realidade através dum “...conjunto de antecipações (subjectivas e intuitivas) sobre o futuro...” (Alvarenga, Carvalho & Escária, 2007, p. 03). É pois necessário a utilização dum método prospectivo. Neste estudo vai utilizar-se o método de Delphi (adaptado ou incompleto).

Para Astigarraga, da “...*familia de los métodos de pronóstico, habitualmente se clasifica al método delphi dentro de los métodos cualitativos o subjetivos.*” (2007, p.03), embora os resultados possam ser apresentados sob a forma qualitativa como relatórios, ou também, apresentar os resultados sob a forma quantitativa, como médias ou medianas.

Pode-se então argumentar a utilização dos dois enfoques numa investigação. No caso desta tese, aplicou-se, “...*um enfoque e em seguida o outro, de maneira*

relativamente independente, dentro do mesmo estudo.” (Sampieri et al, 2003, p.16). Utiliza-se o que este autor chama de modelo de duas etapas, onde se pode encontrar uma abordagem qualitativa e a outra abordagem quantitativa, mas com alguma independência entre elas.

O enfoque quantitativo, tende a delimitar a informação, medindo com precisão as variáveis do estudo, “...usa a colecta dos dados para testar hipóteses com base na medição numérica e na análise estatística...” (Sampieri, et al., 2003, p. 05)

Todo o teor desta investigação está relacionado com uma determinada particularidade, que é o estudo duma realidade específica, (a implementação dum CRI de radiologia), num ambiente particular e previamente definido, que é o serviço de radiologia da ULSNA. Deste ponto de vista o serviço de radiologia da ULSNA, será a unidade básica de pesquisa. Como tal, esta investigação será sobre um caso específico.

Para Sampieri et al., “...o caso é a unidade básica de pesquisa e trata-se duma pessoa, um casal, uma família, um objecto (...), um sistema (...), uma organização (hospital, fabrica, escola) ...” (2003, p. 274), deste modo este estudo será um estudo de caso.

O estudo de caso, pode-se descrever, não como uma escolha “...de modelo, mas de “objecto”, ou da “amostra” que serão estudados (...) é tanto de corte quantitativo (...) como de corte qualitativo (...) ou inclusive misto (quantitativo - qualitativo) (...) são realizados do ponto de vista de qualquer modelo...” (Sampieri et al., 2003, p. 274)

Nesta investigação em concreto, sobre a transformação do serviço de radiologia da ULSNA, num CRI de radiologia, o estudo de caso “...é útil para assessorar e desenvolver processos de intervenção em (...) organizações (...), e desenvolve recomendações ou cursos de acção a serem seguidos.” (Sampieri, et al., 2003, p. 276)

Fortin citando Robert, reconhece duas aplicações ao estudo de caso, “...servir para aumentar el conocimeinto que se tiene de un individuo (...), o puede servir para estudiar el efecto de un cambio en un individuo.” (Fortin, 1999, p. 129). O estudo de caso, ainda segundo Fortin, pode”... tomar diversas formas según la naturaleza de la cuestión planteada. Puede ser de tipo descriptivo, exploratório...” (1999, p.130)

Para a condução deste trabalho optou-se por uma aplicação do método de Delphi, modificada e adaptada, como método prospectivo, para tentar estabelecer cenários do futuro CRI de radiologia da ULSNA¹.

¹ Na verdade, embora não contemplada nos objectivos do estudo, procedeu-se, a uma breve análise financeira do futuro CRI de radiologia da ULSNA, de modo a poder comprovar duma forma simples mas com o máximo de rigor, (seguindo a metodologia sugerida por Abecassis e Barros) a hipótese de viabilidade financeira desta estrutura organizacional.)

3.1.1. O Método de Delphi

O nome de Delphi vem do antigo oráculo da cidade de Delphos na Grécia (onde se predizia o futuro). Este modelo terá sido pensado nos anos 50, no contexto dum centro de investigação norte americana chamado RAND Corporation. Os seus “pais” terão sido Olaf Helmer e Theodore J. Gordon como ferramenta com capacidade de criar cenários para uma possível catástrofe nuclear. Hoje em dia continua a utilizar-se no sentido de tentar criar cenários sobre a realidade que se pretende, é uma visão prospectiva de que poderá acontecer no futuro.

O método de Delphi encara o futuro, não como a simples continuação do passado, mas sim como um conjunto de possíveis “futuros” que se possam materializar. Para este método o futuro não está definido pelo passado, pois existe a possibilidade de agir nas variáveis que o determinam, aproximando-nos dos futuros pretendidos e afastando-se, daqueles que menos interessam, através duma posição dinâmica, determinada pelas escolhas que se tomam no presente.

O Método de Delphi, como estudo prospectivo, é incluído dentro das abordagens exploratórias, já que se concentra “...na análise no processo de mudança e nos caminhos alternativos viáveis para o futuro, procurando-se identificar eventos e ações que provocam mudanças, levando a situações futuras diferentes das atuais...” (Cardoso, Abiko, Haga, Inouye & Gonçalves, 2005, p.66)

A prospectivação do futuro não se realiza somente através da aplicação rotineira de técnicas, mas em grande parte, ela é fruto de processos de negociação e comunicação entre os diversos constituintes da organização que seja objecto de estudo ou análise, no sentido da criação de possíveis cenários para o seu futuro.

O método de Delphi, como meio de prospectivar o futuro “Concentra-se nas Incertezas, legitimando o seu reconhecimento” originando “...imagens diversas, mas lógicas, do futuro” e considerando as rupturas. Na Prospectiva alia -se “...Qualitativo e Quantitativo...”, realça-se os riscos, favorecendo “...uma atitude de Flexibilidade e o espírito de Responsabilidade”. Opta-se por “...uma abordagem Global...”, partindo “...do que é Complexo, para o que é Simples...” (Ribeiro, Correia & Carvalho, 1997, p.10)

Objectivamente neste estudo o método prospectivo, auxilia na tomada de decisões, definindo “...grandes linhas de ação, estratégias e proposição de políticas”, para além de definir prioridades, através da “...identificação e escolha de áreas mais promissoras de atuação”. Associa-se ainda a capacidade de reação e antecipação, construindo “...conhecimento sobre variáveis que determinam futuros possíveis e tendências emergentes, de modo a tornar os agentes/organizações com maior capacidade de

reação a mudanças ambientais e de antecipação na busca de oportunidades” (Cardoso et al., 2005, p.66)

Este método “...é especialmente recomendável quando não se dispõe de dados quantitativos, ou estes não podem ser projectados para o futuro com segurança, em face de expectativa de mudanças estruturais nos factores determinantes das tendências futuras.” (Ribeiro et al., 1997, p.8)

Pode-se então definir o método de Delphi como a “...selección de expertos a los que se les pregunta su opinión sobre cuestiones referidas a acontecimientos del futuro. Las estimaciones de los expertos se realizan en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de los participantes. Por lo tanto, la capacidad de predicción de la Delphi se basa en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos.” (Astigarraga, n.d, p.03)

Neste método o inquérito é realizado “...de una manera anónima (actualmente es habitual realizarla haciendo uso del correo electrónico o mediante cuestionarios web establecidos al efecto) para evitar los efectos de “líderes”.” (Astigarraga, n.d, p.03). No caso deste trabalho o inquérito foi entregue pessoalmente.

Para se proceder à descrição deste método, importa referir os princípios básicos que o caracterizam:

- Garantia do anonimato, permitindo a tomada de posições mais extremas e até a rectificação de posições ao longo do processo.
- Implica a não confrontação face a face, evitando pressões sobre as posições a tomar, para além de tornar o método mais barato.
- Existe um apelo “...à intuição dos participantes e ao seu posicionamento face a questões incertas, caracterizadas por informação limitada” (Alvarenga et al., 2007, p.06), resultando em previsões subjectivas.
- Parte do pressuposto que o “...futuro pode ser “moldado”/“construído”, princípio de base prospectiva, tentando **utilizar a força de “self-fulfilling” e “self-destruction” de antecipação**” (Alvarenga, et al., 2007, p.06).
- É interactivo, pois proporciona feedback nas diversas rondas, pela partilha das respostas dos participantes, originando um processo de aprendizagem mútua.
- No conjunto de métodos prospectivos, este é considerado como um método qualitativo ou subjectivo, no entanto é-lhe reconhecido a capacidade de

apresentação de resultados qualitativos e quantitativos. Os qualitativos através da apresentação de relatórios por exemplo, os quantitativos através da apresentação de médias e medianas. Engloba ainda elementos exploratórios e que poderão eventualmente funcionar como normativos.

- Pressupõem que se realce “...os processos psicológicos envolvidos na **comunicação** em detrimento dos modelos matemáticos” (Alvarenga et al, 2007, p.06).
- Existe maior probabilidade de acerto entre um conjunto de especialistas em determinado assunto, do que aqueles que não o são.

Existem três características que distinguem o método Delphi “puro”: O anonimato, a interação com *feedback* controlado e as respostas estatísticas do grupo.

No entanto tem que se ter em conta algumas desvantagens ou limitações deste método, que tem a ver com a construção dos questionários, as respostas dos especialistas e o prazo.

As desvantagens em relação à construção de questionários e às respostas dos peritos, serão abordadas mais adiante. No entanto e em relação ao prazo, este método revela-se “...*largo, costoso, fastidioso e intuitivo más que racional.*” (Astigarraga, n.d, p.13). A duração dos estudos com o método de Delphi geralmente são muito morosos, pois envolvem toda uma sequência de operações desde a construção dos questionários até à sua análise e passagem à próxima ronda subsequente, com a consequente análise e apresentação de resultados.

O desenvolvimento deste método, recorrendo a várias rondas é no mínimo discutível, sendo apontado como uma das desvantagens deste metodo, visto que “...*solo los expertos que se salen de la norma deben justificar su posición (...) podemos considerar también que la opinión de los divergentes es, en terminos de prospectiva, más interesante que aquella de los que entran en el rango.*” (Astigarraga, n.d, p.13). Mais ainda, a experiência mostra também que as variações entre a primeira e segunda ronda são mínimas.

No caso particular deste estudo, não é desejável obter consensos, antes pelo contrário, ao instruir vários grupos profissionais duma Unidade Local de Saúde, como especialistas, não é importante o consenso, mas sim evidenciar os vários tipos de resposta possíveis para analisar e constituir vários cenários possíveis com a transformação do serviço de radiologia em CRI.

Apesar do método de Delphi ser só um, as suas aplicações são múltiplas, podendo proceder-se a algumas modificações, que impliquem “... a eliminação de uma ou mais

características do método Delphi, ou a criação de procedimentos diferentes...” (Alvarenga et al., 2007, p.07).

A qualidade dos resultados neste método “...depende, sobre todo, del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y en la elección de los expertos consultados.” (Astigarraga, n.d, p.03)

3.1.1.1. Participantes/Especialistas

O método de Delphi, numa forma geral pressupõe a escolha dum grupo de especialistas em determinado campo de saberes, “... são normalmente profissionais que actuam na área de estudo do tema em análise. Obviamente, os peritos devem ser escolhidos tendo em conta o seu conhecimento...” (Alvarenga, et al., 2007, p.08).

Embora não exista um numero óptimo de elementos que façam parte deste grupo de especialistas, estudos realizados por investigadores da Rand Corporation referem que será necessário “...un mínimo de siete expertos...” tendo em “...cuenta que el error disminuye notablemente por cada experto añadido hasta llegar a los siete expertos, no es aconsejable recurrir a más de 30 expertos, pues la mejora en la previsión es muy pequeña y normalmente el incremento en coste y trabajo de investigación no compensa la mejora” (Astigarraga, n.d, p.10).

Para Alvarenga, Carvalho e Escoria, os integrantes do grupo de especialistas que é utilizado numa “...pesquisa exploratória poderá ser intencional/escolhida, probabilística (com uma componente aleatória na escolha) ou uma conjugação de ambas. A diversidade dos participantes (no seio de uma organização, de uma área de actividade ou de conhecimento e geográfica) deve ser tida em conta e explicitada no estudo”. (2007, p. 09).

É importante referir que o termo especialista/perito “...es ambiguo. Com independencia de sus títulos, su función o su nivel jerárquico, el experto será elegido por su capacidad de encarar el futuro y posea conocimientos sobre el tema consultado.” (Astigarraga, n.d, p.10). Neste sentido quando se aplica em estudos de organizações, a participação dos stakeholders como grupos de interesse é bastante importante, pois o seu conhecimento (conforme o grupo em que está integrado) da organização e a diversidade de opiniões poderá seguramente trazer dados importantes para a investigação, já que possuem segundo Cardoso et al. (2005), “...a experiência de atuação no ramo em questão” (p. 68)

O envolvimento de stakeholders, reveste-se de grande importância na avaliação das organizações, já que este envolvimento “...in all phases of the process, including the framing of the evaluation, increases the attention paid to the findings” (Cousins & Earl,

citado por Geist, 2009, p.01) e assegura “...that relevant questions are asked.” (Fine, Thayer, & Coghlan, citados por Geist, 2009, p.01), aumentando a compreensão dos stakeholders em relação à avaliação e também em relação à própria organização, promovendo uma “...participatory and collaborative relationship between the evaluator and stakeholders” e deste modo aumentar os resultados da avaliação em curso. Este envolvimento dos stakeholders “... also allows the researcher to ask evaluation questions in the shared terms and language of the stakeholders” (Patton citado por Geist, 2009, p.01), já que se está a lidar com vários grupos profissionais, sendo a possibilidade de toda a “...evaluation should be planned and conducted with anticipation of the different positions of various interest groups, so that their cooperation may be obtained, and so that possible attempts by any of these groups to curtail evaluation operations or to bias or misapply the results can be averted or counteracted (Sanders citado por Geist. 2007, p.01).

Figura 18 - Grupos com interesse no Serviço de Radiologia

Seleccção dos participantes:

- Presidente da ULSNA - Vogais executivos do CA da ULSNA (2) - Enf. Directora ULSNA - Directora Clínica Hospitalar da ULSNA - Director Clínico do serviço de cuidados primários da ULSNA - Director do Agrupamento de centros de saúde do Caia - Director do agrupamento de centros de saúde de S.Mamede - Representante do Gabinete de Planeamento e Gestão	Elementos externos ao serviço de radiologia da ULSNA
- Director do Serviço de radiologia da ULSNA - Médico do serviço de radiologia da ULSNA(2) - Técnico Coordenador da UFR de Portalegre - Técnico de radiologia da UFR de Portalegre - Técnico de radiologia da UFR de Elvas - Responsável pelos serviços administrativos da UFR de Portalegre - Administrativo da UFR de Portalegre - Responsável pelos serviços administrativos da UFR de Elvas - Administrativo da UFR de Elvas - Assistente operacional da UFR de Portalegre - Assistente operacional da UFR de Elvas	Elementos internos ao serviço de radiologia da ULSNA

Fonte: Elaborado pelo autor

Neste estudo, a sua amostra vai ser constituída, pelos grupos profissionais com interesses neste serviço de Radiologia, claro que, e de acordo com o dito anteriormente, teve que ser feita uma escolha intencional dos intervenientes de forma a constituir uma amostra não probabilística. Este tipo de amostras num método qualitativo, não representa qualquer entrave, pois não há a preocupação de generalizar os resultados, constituindo um valor acrescentado para este tipo de estudo já que conseguem “... obter

os casos (pessoas, contextos, situações) que interessam ao pesquisador e que oferecem uma grande riqueza para a coleta e a análise dos dados.” (Sampieri, et al., 2003, p.272). Dentro do grupo das amostras não probabilísticas existem vários tipos, onde se insere exactamente a amostra de especialistas, segundo Sampieri et al. (2003), utilizados em estudos qualitativos e exploratórios.

Deste modo foram entregues 20 questionários a elementos externos e internos ao serviço de radiologia da ULSNA, consoante o representado na figura dezoito.

Os elementos acima referidos, foram identificados pelo investigador como stakeholders deste serviço, já que apresentam manifestamente interesse ao nível do:

- Modelo organizacional;
- Desempenho;
- Sustentabilidade financeira do serviço;
- Condições de trabalho.

3.1.1.2. Os questionários

No modelo de Delphi o questionário “ ...é estruturado contendo questões de natureza prospectiva, por exemplo visando detectar factores a serem valorizados no futuro, probabilidades e tempos de ocorrência, prioridades em termos de recursos e dificuldades e oportunidades.” (Alvarenga et al., 2007, p.09). Estas “...se refieren, por ejemplo, a las probabilidades de realización de hipótesis o de acontecimientos con relación al tema de estudio...”. (Astigarraga, n.d, 03)

A construção do questionário, exige o conhecimento aprofundado do tema, para além de ser manifesta “...a dificuldade de se redigir um questionário que trata de temas complexos, sem ambiguidades e sem vieses que podem trazer visões implícitas da equipe de elaboração, direccionando indevidamente o processo” (Britto citado por Cardoso et al., 2005, p. 68)

Então o questionário Delphi deste trabalho foi elaborado de modo a ser “...o mais claro e objectivo possível (as perguntas podem ser difíceis de responder, mas devem ser fáceis de entender), auto-explicativo e que contenha todos os elementos necessários para as respostas sem necessidade de estudos e consultas adicionais.” (Britto citado por Cardoso et al., 2005, p. 68) Evitaram-se questões que contenham eventos compostos ou ordenação de itens, para evitar confusões nas respostas ou que levem demasiado tempo a responder. Seguiu-se as referências de alguns autores de modo a que este não fosse excessivamente curto (podendo dificultar informações sobre este tema), nem excessivamente longo (causando o desinteresse dos inquiridos). Assim, por exemplo Giovinazzo, citado por Cardoso et al. (2005), recomenda um número não superior a 25

questões, dependentemente do tema e do perfil dos especialistas. Estes terão maior ou menor conhecimentos acerca do tema em questão, pelo que poderão responder mais facilmente e mais rapidamente a determinadas questões em detrimento de outras, podendo mesmo alguns não se sentirem aptos para responder. Por isso foi necessária a realização de testes (pré-teste com um grupo reduzido de pessoas) para aferir, o grau de dificuldade e o tempo de resposta, para além de modelar e otimizar esta ferramenta de recolha de dados. Tendo em conta que o grupo de especialistas seleccionados, são exteriores à investigação, é de vital importância para o estudo, a motivação o interesse e a disponibilidade dos inquiridos, para que estes participem e não abandonem o processo. Para se ter uma ideia, Britto citado por Cardoso et al refere uma taxa de abandono entre a primeira e última volta de 50%. Giovinazzo, citado por Cardoso et al. (2005), aponta para uma não colaboração entre os 30% e os 50% dos inquiridos contactados na primeira volta de inquéritos e de 20% a 30% na volta posterior.

Nas questões utilizadas no questionário deste estudo, teve-se a preocupação de incidir sobre assuntos em que o conhecimento é insuficiente, onde existe disponibilidade de pouca informação (os CRI no SNS), através essencialmente de perguntas fechadas, com várias alternativas de resposta (nas questões relacionadas com indicadores) ou dicotómicas (nas questões sobre os factores condicionantes), incidindo-se num assunto de cada vez, com perguntas realizadas de forma curta, específica, clara e concisa, de forma a eliminar ambiguidades e múltiplas interpretações.

É importante o contacto personalizado com os participantes, como forma de reconhecer a sua importância, perdendo algum tempo para lhes explicar os objectivos e o enquadramento do estudo, tentado assim que estes se vejam como parte fundamental da investigação e sintam vontade de participar. Uma das formas que o investigador encontrou neste trabalho, foi a entrega pessoal dos inquéritos, ou quando a distância não o permitia (já que essencialmente os gestores que participam no inquérito, por norma encontravam-se em Portalegre, a 60 Km da residência e do local de trabalho do investigador), efectuava sempre um contacto telefónico prévio ao envio do inquérito.

Tabela 19 – Tableau de board desta investigação

Nº da hipótese	Nº de respostas	Conhecimento do perito	Probabi. de ocorrência	Principal Agente	Timing de concretização	Estratégia Nac. e local	Enquadramento legal	Concorrência	Evolução tecnológica	Limitação democrática	Auto-financiamento	Plano estratégico	Adequação recursos	Cultura Organizacional	Qualificação serviços	Organização

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Para Alvarenga et al. (2007), o inquérito, num método prospectivo como o Delphi, é o seu suporte, podendo ser organizado como um *tableux de bord* que sintetiza o processo. Na tabela dezanove, pode-se ver esta estruturação adaptada a este trabalho, onde se pode visualizar por um lado o "... conjunto de tópicos/*statements* definidos (a selecção, a descrição e o número de tópicos são algumas das decisões cruciais em qualquer Delphi) e, por outro lado" o conjunto "...de questões a serem colocadas perante cada um dos tópicos (estas questões variam, entre outros factores, em função do objectivo, foco, objecto de análise e entidade que promove o projecto)." (p. 10)

O timing de concretização do evento em questão (no caso deste trabalho, a implementação do CRI) num Delphi é muito importante, pois vai condicionar o modo como o questionário será elaborado e quais os temas mais pertinentes.

Dependentemente "...das características temáticas (por exemplo de carácter eminentemente qualitativo e/ou com um campo de abrangência muito complexa), os instrumentos poderão não ser exaustivos mas dependendo dos objectivos do exercício, não perdem necessariamente a sua validade" (Alvarenga et al., 2007. p.10)

No anexo IV, existe cópia dos questionários realizados, para serem utilizados neste estudo.

3.1.1.3. Estrutura utilizada no questionário

O questionário foi elaborado tendo em conta as três dimensões deste trabalho, sendo cada dimensão constituída por uma série de hipóteses de cenarização, somando o total do questionário 20 hipóteses (questões). Estas hipóteses são caracterizadas essencialmente, de acordo com o grau de conhecimento do perito, quanto ao grau de probabilidade de ocorrência, principal agente responsável, Timing de concretização e influência de factores endógenos e exógenos para a criação do CRI de radiologia na ULSNA. De referir que o questionário criado, foi uma adaptação da CICS – UM.

As dimensões são as seguintes:

- Dimensão I – Unidade de Gestão intermédia
- Dimensão II – Qualidade de excelência
- Dimensão III – Centro de tecnologia actualizada

As hipóteses de cenarização descrevem-se abaixo:

Dimensão I - CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC1 – Capacidade duma maior adequação no processo de decisão, já que se assiste a uma descentralização do poder de decisão ao nível dos Serviços ou Departamentos (Direcção de Serviço).

HC2 – Integração das funções de Administração, direcção clínica e chefia operacional que permitem um maior controlo de gestão contribuindo para uma maior agilidade e oportunidade na tomada de decisão.

HC3 – Realização de contratualização interna da actividade do serviço com o CA de forma a serem atingidos objectivos.

HC4 – Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos existentes versus capacidade instalada.

HC5 – Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos e distribuição de prémios monetários ao desempenho incentivando a produção (maior competitividade).

HC6 – Permissão e promoção de todos os profissionais na gestão, promovendo a melhoria de desempenhos, maior empenho, permitindo um maior acesso dos utentes aos serviços.

HC7 – Realização de ganhos em saúde com a satisfação de todas as partes interessadas:

- Utente, funcionário, ULSNA.

Dimensão II - CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC8 – O financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade, do volume da actividade realizada e da qualidade dos resultados obtidos.

HC9 – Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos, como forma natural de responder à maior produtividade e consequente rentabilização do serviço.

HC10 – Verificar-se-á uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos tendo em conta os objectivos previamente contratualizados.

HC11 – A melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.

HC12 – Promoção da formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.

HC13 – A par da formação, promover a investigação científica.

HC14 – Criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade

HC15 – A remuneração será constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável calculado com base não só em objectivos e parâmetros de produtividade mínima, como também de qualidade.

Dimensão III - CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada

HC16 – Incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão, adequados à monitorização dos CRI de forma a tomar acções correctivas de forma simples e célere.

HC17 – Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS), como meio de colocar as imagens à distância em qualquer computador da ULSNA com o devido relatório num período curto de tempo.

HC18 – Criação dum call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA de modo a se poder centralizar e efectuar assim a melhor marcação dependente do tempo de espera, deslocação e patologia associada.

HC19 – Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada.

HC 20 – Realização de investimentos de modernização ou inovação, que permita a compra de equipamentos novos investindo em produtos inteiramente novos. (RM, osteodensitometria, ortopantomografia).

Cardoso et al. cria três cenários aquando da aplicação do método Delphi na cadeia produtiva da construção civil. São eles um tendencial, um optimista e um pessimista. Adaptando esta terminologia para este estudo, temos que:

Optimista – Com mais ou menos dificuldades, o CRI de radiologia da ULSNA, transforma-se numa realidade. Pelo menos estas hipóteses têm que se verificar:

- Hc1; Hc2; Hc3; Hc4; Hc5; Hc6; Hc7; Hc8; Hc9; Hc10; Hc11; Hc12; Hc14; Hc15; Hc16; Hc17; Hc19; Hc20.

Tendencial – Com diversos avanços e recuos, consegue-se uma situação intermédia entre a correcta adaptação dum CRI de radiologia e a sua adaptação parcial, onde alguns dos conceitos teóricos deste tipo de organização conseguem-se aplicar, ficando

outros aquém da sua exequibilidade. Ou seja, nem toda a componente teórica acerca do CRI é aplicada. Assim veja-se, pelo menos estas hipóteses têm que se observar:

- Hc2; Hc3; Hc4; Hc5; Hc8; Hc9; Hc10; Hc11; Hc12; Hc14; Hc15; Hc16; Hc19.

Pessimista – O CRI de radiologia é completamente inviável. Abandonando-se este sistema organizacional como uma possibilidade. Mantendo-se em traços gerais a realidade que existe, podendo pontualmente existir alguma evolução. Estas são no máximo as cenarizações que se poderão observar:

- Hc3; Hc4; Hc8; Hc10; Hc12; Hc17; Hc18.

A perspectivação destes três cenários é somente conseguida através da inter-relação entre as hipóteses de cenarização levantadas e do seu correspondente enquadramento. Contudo não quer dizer que no final dependentemente da inter-relação das hipóteses de cenarização, não surjam outros cenários e até com uma probabilidade maior de vingar.

Ou seja a concretização dos cenários depende das possibilidades de encadeamento destas hipóteses, que por sua vez estão dependentes das respostas dos peritos. É importante lembrar que as hipóteses são constituídas por questões fechadas dicotómicas, pelo que o encadear das hipóteses depende desta dicotomia.

3.1.1.4. Tratamento dos dados

Depois da recolha dos dados nesta fase, através dum inquérito em forma de questionário, estes vão ser tratados com recurso ao programa informático SPSS, versão 16.0 para o Windows. Tem então lugar a consequente codificação dos dados e correspondente criação duma base de dados. Depois e com auxílio deste programa informático tem lugar uma análise estatística, com o recurso a medidas de frequência e rácios, para além do cálculo da moda.

Após esta análise, procedeu-se há elaboração de tabelas, onde ficou explícito a opinião dos inquiridos em relação a cada hipótese de cenarização. Estas tabelas foram efectuadas, tendo estas sido construídas por dimensões. Neste ponto o importante passa pela constatação de quais as hipóteses de cenarização com probabilidade de ocorrência ou não. Por uma questão de facilidade de compreensão das opções dos inquiridos, optou-se pelo encadeamento das hipóteses de cenarização com mais probabilidade de ocorrer em todas as dimensões, relacionando-as, expondo um exercício lógico de raciocínio por parte dos inquiridos.

Quer dizer que o possível futuro cenário, simplificou-se, dividindo este em várias lógicas de pensamento e raciocínios coerentes. Depois tendo em conta a percentagem de probabilidade de ocorrência das hipóteses, vai-se proceder a uma quantificação, de forma a ponderá-lo, para compreender a sua importância no conjunto. O total dos seus

valores deve ser 100%, tanto para os vectores pontos fortes e fraquezas, como para as ameaças e oportunidades.

E indispensável, o balizar destas hipóteses, numa escala de 0 a 10, de forma que 0=ameaça ou fraqueza e 10= oportunidade ou ponto forte, estabelecendo uma relação entre forças e fraquezas e ameaças e oportunidades, apresentando dois valores, que servirão de medida para posicionar o cenário num mapa de posicionamento SWOT. O posicionamento no quadrante correspondente, identificará a situação geral da organização em estudo, do possível CRI de radiologia da ULSNA.

A atribuição dos valores da escala, às várias hipóteses tem a ver com a capacidade condicionante que os factores críticos terão sobre as hipóteses de cenarização. Assim foram abordados onze factores críticos nos inquéritos para cada hipótese de cenarização, que dependentemente da sua capacidade de influenciar positiva ou negativamente estas, será atribuído um valor entre 0 e 10.

Estipulou-se à partida um peso de valor um por cada factor condicionante, finalmente vai-se proceder ao tratamento e análise dos dados que se apresenta num próximo capítulo.

4. Análise de dados

4.1. Realidade pré e pós constituição da ULSNA

Importa diferenciar dois momentos, que são o antes e o depois da organização dos serviços de saúde do Distrito de Portalegre na actual ULSNA.

Para isso espelha-se abaixo uma análise da realidade que existia antes da ULSNA, ao nível da radiologia do distrito, dois serviços completamente autónomos, com realidades diferentes e sem qualquer tipo de ligação funcional.

Tabela 20 – Matriz SWOT do SR do HSLE

SWOT	<u>Pontos Fortes</u>	<u>Pontos Fracos</u>
	-Director empenhado nos resultados do serviço	-Serviço de Radiologia completamente autónomo e independente do seu congénere de Portalegre. -Estado de incerteza e de desmotivação dos funcionários -Remunerações baixas -Capacidade do SR para a diversidade de oportunidades de mercado limitada (doentes cs). -Numero insuficiente de MR -Alguns exames com excessivo tempo de espera -Ausência de fluxogramas de tarefas -Planeamento insuficiente -Dificuldade em entregar relatórios no tempo estipulado. -Dificuldade para substituir ou comprar equipamento -Decisores muito longe dos problemas -Serviço não certificado -Rentabilização do SR
<u>Oportunidades</u> -Grande oferta de exames -Encaminhamento de doentes preferencialmente para este SR	-Deslocação aos CS para protocolar encaminhamento de exames. -Construção de tabela com capacidades e tempos de resposta para os CS.	-Promover turnos de trabalho extraordinário, nos fim-de-semanas para terminar listas de espera. -Aumento do nº de exames. -Colocação duma administrativa, dedicada aos relatórios
<u>Ameaças</u> -Deslocação dos doentes ao longo do Distrito e para fora deste -Grandes distâncias a percorrer -Concorrência com os privados da região -Pouca oferta de MR para este SR -Dificuldade de planeamento -Dificuldade em protocolar e normalizar tarefas.	-Deslocação aos CS para protocolar encaminhamento de exames. -Construção de tabela com capacidades e tempos de resposta para os CS. -Facilitar as marcações como meio de aproveitamento dos transportes ao longo do distrito. -Consoante a tipologia do exame, efectuem-se sessões para determinados concelho com transporte pago pelas Câmaras Municipais.	-Promover turnos de trabalho extraordinário, nos fim-de-semanas para terminar listas de espera. -Colocação duma administrativa, dedicada aos relatórios. -Aproveitar os poucos MR, que existem no serviço

Fonte: Análise SWOT, realizada, através dum exercício de brainstorming, com os técnicos de radiologia coordenadores destes dois serviços.

Procedeu-se pois a um brainstorming, entre os técnicos de radiologia coordenadores de Elvas e Portalegre, que culminou, na construção das matrizes SWOT representadas nas tabelas vinte e vinte e um.

Tabela 21 – Matriz SWOT do SR do HDJMG

SWOT	<u>Pontos Fortes</u>	<u>Pontos Fracos</u>
	-Director empenhado nos resultados do serviço - Tentativa de certificação em qualidade.	- Serviço de Radiologia completamente autónomo e independente do seu congénere de Elvas. -Estado de incerteza e de desmotivação dos funcionários -Remunerações baixas - Produção só com doentes internos, sem capacidade para as oportunidades de mercado (doentes cs). -Numero insuficiente de MR -Alguns exames com excessivo tempo de espera -Ausência de fluxogramas de tarefas -Dificuldade em entregar relatórios no tempo estipulado. -Dificuldade para substituir ou comprar equipamento -Decisores muito longe dos problemas -Rentabilização do SR
<u>Oportunidades</u> - Grande oferta de exames	-Recurso a protocolos para a realização de exames de TC, provenientes de fora do hospital.	-Tentativa de substituir equipamento obsoleto.
<u>Ameaças</u> -Pouca tradição dos doentes externos se dirigirem ao hospital para realizar exames radiológicos. -Deslocação dos doentes ao longo do Distrito e para fora deste -Grandes distâncias a percorrer -Preferência dos utentes e tradição em realizar exames nos privados da região -Pouca oferta de MR para este SR	-Recurso a empresas de tele-relatorios como meio de maior produção sem MR.	- Aposta na realização unicamente de exames para o interior do HDJMG.

Fonte: Análise SWOT, realizada, através dum exercício de brainstorming, com os técnicos de radiologia coordenadores destes dois serviços.

Depois da unificação destes dois serviços, depara-se com a vontade expressa, de que ambos deverão funcionar segundo as mesmas regras, assumindo contudo, que se está a falar de dois hospitais localizados em zonas diferentes e com características próprias que se deveriam considerar. Interessa, deste modo e como já se referiu atrás, a realização de exercícios de “Benchmarking” entre os resultados anteriores e presentes

com o que se pretende para o futuro, mas também a realização de benchmarking, entre os dois serviços de radiologia (agora unidades funcionais), de forma que as praticas de qualidade por excelência, fossem aproveitadas. Nesta sequência de ideias, a definição de objectivos, embora partindo duma base comum, deveria seguir para uma especificidade dependente das características próprias de cada serviço. Assim, a construção de indicadores terá, como é óbvio, de satisfazer as necessidades de cada serviço, pois um bom indicador em Portalegre, pode não o ser em Elvas e vice-versa.

Interessa deste modo, descrever o que se passou no “unificado” serviço de radiologia nos dois primeiros anos de ULSNA, descrito através da matriz SWOT elucidada na tabela numero vinte e dois.

Tabela 22 - Matriz SWOT dos dois primeiros anos do Serviço de Radiologia da ULSNA

SWOT	<u>Pontos Fortes</u> -Um único Serviço para toda a ULSNA -Director de Serviço único. - Integração horizontal	<u>Pontos Fracos</u> -Mecanismos insuficientes para fundir os dois Serviços de Radiologia que eram completamente autónomos e independentes. -Estado de incerteza e de desmotivação dos funcionários -Remunerações baixas -Numero insuficiente de MR -Alguns exames com excessivo tempo de espera -Ausência de fluxogramas de tarefas -Forma de trabalhar diferente nas duas UFR. -Dificuldade em entregar relatórios no tempo estipulado. -Dificuldade para substituir ou comprar equipamento -Deslocação dos doentes ao longo do Distrito -Decisores muito longe dos problemas -Serviços não certificados
<u>Oportunidades</u> -Integração vertical -Grande oferta de exames -Encaminhamento de doentes preferencialmente para este SR	-CRI de Radiologia -Exigir o cumprimento do protocolo de transportes da ULSNA -Protocolar com os CS, o envio dos doentes para o SR da ULSNA	-Definir fluxogramas de tarefas -CRI de Radiologia -Utilização em pleno do SI PACS. -Contratação de mais MR -Formação aos funcionários
<u>Ameaças</u> -Grandes distâncias a percorrer -Concorrência com os privados da região -Pouca oferta de MR para este SR	-Investimento estratégico -Investimento de expansão -Investimento de Substituição -Central de Marcações	-CRI de Radiologia -Central de Marcações -Acreditação de qualidade do serviço - Investimento estratégico

Fonte: Análise SWOT, realizada, através dum exercício de brainstorming, com os técnicos de radiologia coordenadores destes dois serviços.

4.2. Visão Prospectiva do SR da ULSNA como CRI de radiologia

Para se pensar numa mudança ao nível do modelo organizacional do SR da ULSNA, tem que se ter em conta três dimensões que se descrevem abaixo:

Dimensão I - Os CRI são criados pelo decreto-lei nº 374/99, constituindo "...unidades de contratualização interna, traduzindo um compromisso entre os gestores dos CRI e o Conselho de Administração do Hospital para o cumprimento de um dado volume de produção de cuidados, negociados em função dos recursos atribuídos. Constituem níveis intermédios de gestão, entre o nível de administração e o nível operacional, baseados no processo assistencial, agrupando serviços e/ou unidades funcionais, por áreas homogéneas de actividade, em qualquer caso com dimensão gestionária adequada e com afinidade funcional." (Barros & Gomes, 2002, p. 92)

Estes centros de responsabilidade terão a autonomia necessária, de modo a que se consiga a desconcentração de poderes e correspondentemente repartição de responsabilidades.

Ou seja, possuem autonomia de decisão em relação aos meios necessários para alcançar os objectivos, respeitando claro o preestabelecido no contrato programa e orçamento com o Conselho de Administração da instituição.

Existe de forma tácita um compromisso para a atribuição de incentivos ao desempenho promove-se assim na função pública a gestão dos recursos humanos, permitindo e promovendo formas de remunerações aos profissionais dependentes da produtividade, de forma a motivar estes para a melhoria de desempenhos e resultados, bem como a eficiência dos recursos.

Como unidade de gestão intermédia, permite a colocação do poder de decisão a um nível mais adequado, originando a descentralização de decisões, que carece dum processo de mudança estrutural das instituições em jogo assente num sistema de informação adequado, de forma a uma monitorização adequada às actividades, permitindo reajustes oportunos de forma a cumprir os contratos programas com os conselhos de administração como forma de criação duma imagem de prestígio e credibilidade, desenvolvendo capacidade e até vantagem competitiva nestes centros.

Dimensão II - A primeira referência que conseguimos encontrar aos centros de responsabilidade data de 1988 através do decreto-lei nº 19/88, onde no número um do Artigo 7º deste decreto-lei se refere que, para se conseguir uma "...maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo-se à colectividade o mínimo de custo no seu funcionamento..." (p.248-20).

Em 1999, o Decreto-lei 374/99 refere o objectivo final dum CRI, com a melhoria da "...acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos." (p.6489)

A melhoria continua da qualidade dos cuidados de saúde representa nos nossos dias uma arma estratégica fundamental, no entanto a forma como os serviços de saúde funcionam muitas vezes tendem a comprometer esta característica fundamental em saúde, pelo que importa objectivamente mudanças ao nível da estrutura funcional, aumentando não só ganhos em saúde como também contribuir para uma maior satisfação dos funcionários da saúde, mas essencialmente para os utilizadores.

É necessário agilizar e desburocratizar estes serviços, assim como protocolar tarefas de forma a um melhor aproveitamento dos recursos ao seu dispor.

Segundo o artigo 4º do dec. Lei nº219, um dos princípios destes centros passará pela avaliação contínua e objectiva da capacidade instalada versus meios ao seu dispor.

Esta avaliação constante dos resultados permite, correcções quando existem desvios que possam comprometer o atingir dos objectivos a que se propuseram.

Ainda segundo este artigo deve-se promover a formação profissional dos profissionais e a investigação científica.

O contrato - programa entre o CA e o CRI de ver a ter os montantes adequados para "...a melhoria da produtividade, da eficiência, da efectividade e da qualidade dos cuidados prestados." (Decreto-lei nº 374, p.6492, 1999)

Dimensão III - A dificuldade dos serviços públicos de saúde em adquirirem tecnologia de topo tem a ver essencialmente com a falta de rendibilidade destes.

O autor deste trabalho, gostaria de conhecer as opiniões dos stakeholders deste serviço (os que participam no estudo), em relação à possibilidade duma gestão do tipo empresarial, poder criar excedentes de exploração, que poderão ser investidos tanto em aparelhagem nova como também em novas tecnologias (ex. Ressonância Magnética).

Esta dúvida, prende-se com o facto dos equipamentos utilizados nestas unidades estarem sujeitos a 2 tipos de depreciação, a causada por factores externos e internos. Os factores internos tem a ver essencialmente com o uso e as avarias, enquanto aos externos têm a ver com a obsolescência das tecnologias.

A possibilidade de forma sustentada de efectuar compra de novas tecnologias, concretizando investimentos de modernização ou inovação foi sempre uma dificuldade nos serviços públicos, que poderá ser ultrapassada, com a mudança para um CRI.

Para além disso, com a unificação dos dois serviços de radiologia de Elvas e Portalegre num só serviço de radiologia o da ULSNA, assiste-se a um investimento de expansão com o claro aumento da unidade produtiva de forma a dar resposta a toda a unidade, rentabilizando este serviço de radiologia.

No artigo 17º e 18º do Dec lei nº219 podemos ler que quando “...o valor dos proveitos obtidos pelo CRI forem superior aos custos da actividade realizada, poderá o resultado de exercício...” (p.6491,1999), ser utilizado em percentagens a negociar com o CA, entre outras aplicações num sistema de incentivos, que passará não só por prémios de desempenho mas também na melhoria das condições de trabalho, assim como no apoio à investigação.

O que pensam os stakeholders/inquiridos desta problemática?

De seguida vai-se proceder à visualização dos dados referentes aos inquéritos utilizados juntamente com o método de Delphi.

Dos 20 inquéritos entregues, somente se receberam 15. De realçar que a distribuição contemplava 21 inquiridos, mas um deles acumulava duas funções a de director clínico da ULSNA para os cuidados primários e a de Director do agrupamento de centros de saúde de S. Mamede.

Desta forma representa-se na figura dezanove, os elementos que responderam ao inquérito proposto neste estudo, mantendo o devido anonimato.

Figura 19 – Stakeholders que responderam ao questionário

A sua distribuição é a seguinte:

- Três representantes do CA da ULSNA
- Dois elementos fora do CA mas com responsabilidades de gestores.

Elementos
externos ao
serviço de
radiologia da
ULSNA

- Dois médicos do serviço de radiologia da ULSNA
- Três técnicos de radiologia ULSNA
- Três administrativos da ULSNA
- Dois assistentes operacionais da ULSNA

Elementos
internos ao
serviço de
radiologia da
ULSNA

Fonte: Elaborado pelo autor

A classificação das questões colocadas no questionário é feita com os seguintes conceitos:

- Excelente/Muito grande (Ee/MG); Bom/grande (B/G); Moderado/parcial (M/P); Fraco/Escasso (F/E); Muito Provável (M/P); Pouco provável (PP); Provável (P); Improvável (Im); Ausente (A); Presente (Pr); Adequado (AD); Inadequado (In); Existente (Ex); Inexistente (I); Elevada (E); Fraca (F); Baixo (B).

Vai-se então proceder ao desdobramento das várias dimensões abordadas para se dar lugar à sua análise.

4.2.1. CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia (dimensão I)

Vão-se então exibir os dados provenientes dos questionários em formato de tabelas (tableau de board de cada dimensão).

Começa-se a análise pela tabela vinte e três, onde sumariamente se exibem os resultados da primeira dimensão, que se refere à aplicabilidade da gestão intermédia num possível CRI de radiologia.

Os Resultados apresentados resultam da aplicação do programa informático SPSS, onde pelo cálculo da moda, frequência e de rácios se pretende ter uma ideia sobre a generalidade dos dados, sobre a forma como os inquiridos pensam das questões propostas numa forma geral.

Tabela 23 – Dimensão I

Nº da hipótese	Nº de respostas	Indicadores				Factores condicionantes exógenos					Factores condicionantes endógenos					
		Conhecimento do perito	Probabi. de ocorrência	Principal Agente	Timing de concretização	Estratégia Nac. e local	Enquadramento legal	Ambiente concorrencial	Evolução tecnológica	Limitação demoaráfica	Auto-financiamento	Plano estratégico	Adequação recursos	Cultura Organizacional	Qualificação dos serviços	Organização
Hc 1	15	B/G	PP	SR	?	A	AD	E	PR	E	F	I	IN	F	E	AD
Hc 2	15	B/G	P	CA	?	P	AD	E	PR	E	F	EX	AD	F	E	?
Hc 3	15	B/G	P	CA	5	P	AD	E	PR	E	F	EX	AD	E	E	AD
Hc 4	15	B/G	P	SR	?	P	AD	E	PR	E	F	EX	?	E	E	AD
Hc 5	15	M/P	P	CA	?	P	AD	E	PR	E	F	EX	?	E	E	In
Hc 6	15	B/G	PP	SR	?	P	IN	I	PR	E	F	?	AD	F	E	In
Hc 7	15	B/G	PP	SR	?	P	AD	E	PR	E	F	EX	IN	F	E	In

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; B/G – Bom/Grande; M/P – moderado/pouco; PP – Pouco provável; P – provável; CA – Conselho de Administração; SR – Serviço de radiologia; A- ausente; P – presente; AD – adequado; In – inadequado; EX – existente; I – inexistente; ? – valor incerto.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Da observação da Tabela vinte e três, destaca-se imediatamente a dificuldade dos inquiridos em conseguir definir uma dimensão temporal para a concretização das diversas hipóteses de cenarização, ou seja para a total concretização desta dimensão.

De seguida desdobra-se o tableaux de board, de modo a isolar-se três indicadores, que são a probabilidade da hipótese de cenarização ocorrer, o nível de conhecimento que os stakeholders pensam que têm sobre estes assuntos e finalmente o principal agente responsável pela concretização de cada hipótese de cenarização, constituindo a tabela vinte e quatro.

Tabela 24 – Indicadores ao nível do conhecimento dos stakeholders, probabilidade de ocorrência e principal agente responsável das cenarizações desta dimensão.

Nº da hipótese	Conhecimento do perito			Probabilidade de ocorrência			Principal Agente Responsável		
Hc 1	B/G	46.7%	7/15	PP	53.3%	8/15	SR	40%	6/15
	Ee/MG	13.3%	2/15	IM	13.3%	2/15			
Hc2	B/G	60%	9/15	P	53.3%	8/15	CA	53.3%	8/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	13.3%	2/15			
Hc 3	B/G	46.7%	7/15	P	53.3%	8/15	CA	73.3%	11/15
	Ee/MG	13.3%	2/15	MP	26.7%	4/15			
Hc 4	B/G	53.3%	8/15	P	53.3%	8/15	SR	66.7%	10/15
	Ee/MG	13.3%	2/15	MP	20%	3/15			
Hc 5	B/G	66.7%	10/15	P	60%	9/15	CA	46.7%	7/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	13.3%	2/15			
Hc 6	B/G	66.7%	10/15	PP	40%	6/15	SR	46.7%	7/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	IM	6.7%	1/15			
Hc 7	M/P	26.7%	4/15	PP	40%	6/15	SR	53.3%	8/15
	B/G	53.3%	8/15	IM	6.7%	1/15			

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; B/G – Bom/Grande; Ee/MG- Excelente/muito grande; M/P – moderado/parcial; PP – Pouco provável; P – provável.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Duma forma geral os inquiridos, em relação às hipóteses de cenarização desta primeira dimensão, consideram-se conhecedores sobre as temáticas em que assentam as hipóteses de cenarização desta dimensão, havendo no entanto diferenças como se vai constatar de imediato.

Das primeiras sete hipóteses desta dimensão, somente quatro delas são consideradas prováveis de acontecer (Hc2, Hc3, Hc4, Hc5), pelos inquiridos. Ainda segundo estes, as hipóteses consideradas com menos probabilidades para a sua ocorrência, são as Hc 1, Hc 6 e Hc 7.

Da observação da tabela da figura vinte e quatro, a hipótese número três é a que reúne um maior consenso dos inquiridos para a sua concretização. Esta, relaciona a

“...contratualização interna da actividade do serviço com o CA...”, tendo uma alta probabilidade de ocorrência, já que 80% (12/15) dos inquiridos considera como provável ou muito provável a sua concretização. Os indagados consideram-se conhecedores desta matéria, pois 60% (9/15), caracteriza o seu conhecimento desta hipótese de cenarização, como Bom/Grande e até Excelente/Muito grande. O principal agente responsável para a ocorrência desta hipótese para pelo menos 73.3% (11/15), dos indagados é o CA da ULSNA.

A seguir as hipóteses com maior probabilidade de ocorrência, é a número cinco, que prospectiva uma “Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos...”, onde 73.3% dos indagados (11/15), considera-a provável e até muito provável. Por outro lado, 73.4% destes (11/15) consideram-se conhecedores destas matérias, ao nível do Bom/Grande e até do Excelente/muito grande. Para 46.7% dos indagados (7/15), consideram o CA da ULSNA como principal agente pela ocorrência desta hipótese.

Ainda com a mesma percentagem de possibilidade de ocorrência, 73.3% (11/15) dos indagados considera ser provável ou até muito provável a concretização da hipótese número quatro, sobre a “Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos...”. Aqui, 66.6% dos indagados (10/15), considera-se portador de conhecimento sobre este tópico da cenarização, situados entre o Bom/Grande e o Excelente/Muito grande. Para a hipótese, 66.7% dos inquiridos (10/15) consideram o SR da ULSNA, como principal agente responsável pela sua concretização.

A hipótese de cenarização número dois, que menciona a acumulação “...das funções de Administração, direcção clínica e chefia operacional que permitem um maior controlo de gestão...”, têm também a possibilidade de concretização, já que 66.6% dos inquiridos (10/15), consideram ser provável ou até muito provável a sua concretização. Ainda, 66.7% (10/15), consideram ter conhecimentos sobre esta hipótese, ao nível do Bom/Grande e até do Excelente/Muito grande, apontando pelo menos 53.3% (8/15) destes, para o CA da ULSNA, como agente responsável por esta concretização.

Do lado das hipóteses consideradas com poucas probabilidade de concretização, observando ainda a tabela número vinte e quatro, verifica-se que:

Para a hipótese número um, que refere a “Capacidade duma maior adequação no processo de decisão ...”, 66.6% dos inquiridos (10/15), referem a pouca probabilidade ou até a sua improbabilidade de concretização. Assim como para as hipóteses número seis, sobre a “... promoção de todos os profissionais na gestão, promovendo a melhoria de desempenhos...”, e para a hipótese número sete, que faz referência à possibilidade de “...ganhos em saúde com a satisfação de (...) Utente, funcionário, ULSNA.”, 46.7% (7/

15) dos inquiridos considera pouco provável ou até improvável, a sua concretização com a criação dum CRI de Radiologia.

Imediatamente vai-se decompor mais uma vez este tableau de board, de forma a evidenciar a pouca clareza que os inquiridos deste estudo têm sobre o possível tempo de concretização destas hipóteses de cenarização da primeira dimensão, como aliás já se teve oportunidade de referir no princípio desta análise.

Do exposto na tabela numero vinte e cinco, mesmo para as hipóteses de cenarização consideradas possíveis de concretizar, os inquiridos deste estudo não têm uma posição claramente definida acerca dum limite temporal objectivo e delimitado para a concretização destas.

Tabela 25 – Tempo para a concretização das hipóteses

Nº da hipótese	Timing de concretização		
Hc 1	De 5anos a + de 10anos	53.4%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	46.7%	7/15
Hc2	De 5anos a + de 10anos	53.4%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	46.7%	7/15
Hc 3	Entre 5 anos e 10 anos	63.3%	10/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	23.3%	5/15
Hc 4	Entre 5 anos e 10 anos	46.7%	7/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	53.4%	8/15
Hc 5	Entre 5 anos e 10 anos	46.7%	7/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	53.4%	8/15
Hc 6	Entre 5 anos e 10 anos	60%	9/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	40%	6/15
Hc 7	De 5anos a + de 10anos	53.4%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	46.6%	7/15

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Mais uma vez se vai processar ao desmembramento do tableau de board, de modo a constatar para as hipóteses desta dimensão que são realizáveis, quais os factores endógenos e exógenos condicionantes, de modo a identificar os factores críticos que poderão condicionar a concretização destas hipóteses de cenarização.

Com a observação na tabela vinte e seis, pode-se compreender a influência dos factores endógenos sobre as hipóteses de cenarização. Assim, para a hipótese de cenarização numero dois, que reconhece a integração "...das funções de Administração, direcção clínica e chefia operacional que permitem um maior controlo de gestão...", 66.7% dos inquiridos (10/15), identifica a existência duma estratégia nacional ou local,

60% (9/15), reconhece como adequado o enquadramento legal desta hipótese, 66.75% (9/15) refere a existência dum ambiente concorrencial, 80% (12/15), admite a presença de evolução tecnológica, finalmente 53.3% (8/15), reconhece as limitações criadas por uma geografia adversa, que se pode considerar um factor critico ao desenvolvimento para esta hipótese de cenarização.

Tabela 26 – Factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da I dimensão.

Nº da hipótese		Estratégia nacional ou local				Enquadramento legal			Concorrência			Evolução tecnológica			Limitação demográfica		
Hc2	PR	66.7%	10/15	AD	60%	9/15	EX	66.7%	9/15	PR	80%	12/15	E	53.3%	8/15		
	A	26.7%	4/15	IN	33.3%	5/15	I	26.7%	5/15	A	13.3%	2/15	F	40%	6/15		
Hc3	PR	66.7%	10/15	AD	73.3%	11/15	EX	53.3%	8/15	PR	80%	12/15	E	60%	9/15		
	A	26.7%	4/15	IN	20%	3/15	I	40%	6/15	A	13.3%	2/15	F	33.3%	5/15		
Hc4	PR	66.7%	10/15	AD	73.3%	11/15	EX	53.3%	8/15	PR	80%	12/15	E	60%	9/15		
	A	26.7%	4/15	IN	20	3/15	I	40%	6/15	A	13.3%	2/15	F	33.3%	5/15		
Hc5	PR	73.3%	11/15	AD	60%	9/15	EX	66.7%	10/15	P	73.3%	11/15	E	66.7%	10/15		
	A	20%	3/15	IN	33.3%	5/15	I	26.7%	4/15	A	20%	3/15	F	26.7%	4/15		

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; PR- Presente; A – Ausente; AD – Adequado; IN- Inadequado; EX- Existente; I-Inexistente; E-Elevada; F-Fraca.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Para a hipótese de cenarização numero três, que refere a “...contratualização interna da actividade do serviço com o CA...”, 66.75% (10/15) dos inquiridos refere a existência duma política nacional ou local, 73.3% (11/15) menciona a complementação por um enquadramento legal.

Para a realização deste cenário, 53.3% (8/15) dos inquiridos reconhecem a presença dum ambiente concorrencial, 80% (12/15) a existência de evolução tecnológica. Também nesta hipótese de cenarização, a presença de limitações demográficas, para 60% dos indagados (9/15), funciona como um factor crítico de desenvolvimento.

Em relação à hipótese de cenarização numero quatro, “Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos...”, é corroborada por 66.7% (10/15) dos inquiridos, pela presença duma estratégia nacional e local, 73.3% (11/15) pensam que existe uma adequação de enquadramento legal. Aproximadamente 53.3% (8/15) dos inquiridos manifesta a presença dum ambiente concorrencial, assim como para 80% (12 de 15) identificam a presença de evolução tecnológica para a realização desta cenarização. Finalmente, 60% (10 de 15) dos indagados, faz referência, mais uma vez à limitação demográfica como factor condicionante de desenvolvimento.

Para finalizar e em relação à hipótese de cenarização numero cinco, que implica a “Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos...”, 73.3% (11/15) dos inquiridos assume a presença duma estratégia local ou nacional para a implementação desta hipótese, assim como 60% (10/15) refere a presença de enquadramento legal. Com a concretização desta hipótese de cenarização, 66.7% (10/15) dos inquiridos identifica a presença dum ambiente concorrencial, assim como para 73.3% (11/15), acredita na elevada qualificação dos serviços. Como factor condicionante do desenvolvimento desta hipótese é apontado por 66.7% (10/15) dos inquiridos a elevada limitação demográfica.

Tabela 27 – Factores endógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da I dimensão.

Nº da hipótese	Auto-financiamento			Plano estratégico			Adequação recursos disponíveis aos objectivos			Cultura Organizacional orientada para serviços de qualidade			Qualificação dos funcionários			Modelos de organização e gestão do trabalho		
Hc2	E	13.3%	2/15	EX	53.3%	8/15	AD	60%	9/15	E	33.3%	5/15	E	73.3%	11/15	AD	46.7%	7/15
	F	80%	12/15	I	40%	6/15	IN	33.3%	5/15	F	60%	9/15	B	20%	3/15	IN	46.7%	7/15
Hc 3	E	20%	3/15	EX	73.3%	11/15	AD	53.3%	8/15	E	66.7%	10/15	E	73.3%	11/15	AD	46.7%	7/15
	F	73.3%	11/15	I	20%	3/15	IN	33.3%	5/15	F	33.3%	5/15	B	20%	3/15	IN	40%	6/15
Hc 4	E	40%	6/15	EX	76.3%	11/15	AD	46.7%	7/15	E	56.3%	8/15	E	73.3%	11/15	AD	56.3%	8/15
	F	53.3%	8/15	I	20%	3/15	IN	46.7%	7/15	F	40%	6/15	B	20%	3/15	IN	40%	6/15
Hc 5	E	26.7%	4/15	EX	60%	9/15	AD	46.7%	7/15	E	53.3%	8/15	E	73.3%	11/15	AD	40%	6/15
	F	66.7%	10/15	I	33.3%	5/15	IN	46.7%	7/15	F	40%	6/15	B	20%	3/15	IN	53.3%	8/15

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; P- Presente; A – Ausente; AD – Adequado; IN- Inadequado; EX- Existente; I-Inexistente; E-Elevada; F-Fraca; B – Baixa; ? – Valor incerto.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Em relação à forma como os factores críticos endógenos influenciam, estas hipóteses de cenarização e com o auxílio da tabela numero vinte e sete, pode-se constatar que:

Para a hipótese de cenarização numero dois, a maioria dos inquiridos pensa que com a implementação dum CRI de radiologia na ULSNA, estará segundo 53.3% (8/15) dos inquiridos, associado um plano estratégico, para 60% (9/15) terá lugar uma adequação de recursos disponíveis aos objectivos e finalmente para 73.3% (11/15) destes, estará associado uma elevada qualificação dos funcionários. No entanto, 80% (12/15) dos inquiridos, identificam como principais factores condicionantes de desenvolvimento, para esta hipótese de cenarização a fraca capacidade de auto financiamento, assim como a associação duma fraca cultura organizacional pelo menos para 60% (9/15) dos indagados. Existe ainda uma grande indecisão quanto aos modelos de organização e gestão do trabalho, associados a um CRI, particularmente para esta

questão, já que 46.7% (7/15) acredita que serão adequados e o mesmo número pensa que serão inadequados.

Em relação à hipótese de cenarização número três, que aborda a “...contratualização interna da actividade do serviço com o CA...”, 73.3% (11/15) pensam que existe um plano estratégico associado, 53.3% (8/15) sentem que haverá uma adequação dos recursos disponíveis a utilizar, 66.7% (10/15) referem a presença duma elevada cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços, enquanto 46.7% (7/15) pensam que os modelos de organização e gestão de trabalho são adequados, com a presença duma elevada qualificação dos funcionários, para pelo menos 73.3% (11/15) dos inquiridos. Como factor critico de desenvolvimento, que poderá condicionar a ideal aplicabilidade deste cenário a fraca capacidade de auto financiamento do CRI, referida pelo menos em 73.3% (11/15) do total dos inquiridos.

Passando à hipótese de cenarização número quatro, que refere a “Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos...”, num futuro CRI de radiologia, 76.3% (11/15) dos inquiridos pensa que exista um plano estratégico associado a esta hipótese, 56.3% (8/15) refere a presença duma elevada cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços, assim como o mesmo número acredita num acompanhamento dum adequado modelo de organização, assim como de gestão do trabalho. Em relação à qualificação dos funcionários, 73.3% (11/15) opina que será elevado. As opiniões dividem-se na hora de assumir que haverá uma adequação dos recursos disponíveis, 46.7% (7/15) acha que será adequado, o mesmo número refere o contrário, importa mencionar ainda falta de confiança na capacidade de auto financiamento do CRI, para a concretização desta hipótese, já que 53.3% (8/25), pensa que não será viável.

Por último e em relação à hipótese de cenarização numero cinco, que refere um cenário de “Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos...”, com a efectivação dum CRI de radiologia, 73.3% (11/15) pensa que estará associada uma elevada qualificação dos funcionários, assim como estará presente um plano estratégico segundo 60% (9/15) dos inquiridos. Embora 53.3% (8/15) acreditem na presença duma elevada cultura organizacional orientado para a qualidade de serviços. Com a implementação do CRI, a mesma percentagem duvidam no entanto da correcta adequação dos modelos organizativos e de gestão do trabalho. Existe ainda a divisão de opiniões em relação à adequação dos recursos disponíveis aos objectivos, para a realização desta hipótese já que 46.7% (7/15) pensa que será adequada e o mesmo número é de opinião contrária. Mas, mais uma vez e também para esta hipótese de cenarização a fraca capacidade de auto financiamento é apontada como um factor condicionante para a realização desta hipótese.

4.2.2. CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência (dimensão II)

Também para esta dimensão, os dados vão ser exibidos em formato de tabelas (tableau de board), como a da tabela vinte e oito, onde sumariamente se exibem os resultados da segunda dimensão, que se refere ao CRI como ferramenta de qualidade de excelência.

Tabela 28 – Dimensão II

Indicadores						Factores condicionantes exógenos					Factores condicionantes endógenos					
Nº da hipótese	Nº de respostas	Conhecimento do perito	Probabi. de ocorrência	Principal Agente	Timing de concretização	Estratégia Nac. e local	Enquadramento legal	Concorrência	Evolução tecnológica	Limitação demográfica	Auto-financiamento	Plano estratégico	Adequação recursos	Cultura Organizacional	Qualificação serviços	Organização
Hc 8	15	?	P	CA	?	PR	AD	EX	PR	E	F	EX	AD	F	E	?
Hc 9	15	B/G	P	SR	?	PR	AD	EX	PR	E	F	EX	AD	EX	E	AD
Hc 10	15	B/G	P	SR	?	PR	AD	EX	PR	E	F	I	IN	F	E	IN
Hc 11	15	B/G	P	SR	?	PR	AD	EX	PR	E	F	I	IN	F	E	IN
Hc 12	15	B/G	P	SR	?	PR	AD	EX	PR	E	F	I	IN	F	E	?
Hc 13	15	B/G	P	SR	?	A	AD	EX	PR	E	F	I	AD	F	E	?
Hc 14	15	B/G	P	SR	10	PR	AD	EX	PR	E	F	I	IN	F	E	IN
Hc 15	15	B/G	P	CA	5	PR	AD	EX	PR	E	F	?	AD	?	E	IN

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; B/G – Bom/Grande; M/P – moderado/pouco; PP – Pouco provável; P – provável; CA – Conselho de Administração; SR – Serviço de radiologia; A – ausente; PR – presente; AD – adequado; In – inadequado; Ex – existente; I – inexistente; ? – valor incerto.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Os Resultados apresentados resultam como na dimensão anterior da aplicação do programa informático SPSS, onde pelo cálculo da moda, frequência e dos rácios se pretende ter uma ideia sobre a generalidade dos dados.

De igual forma do que aconteceu na dimensão anterior, vai-se desdobrar o tableau de board, de modo a isolar-se três indicadores, que são a probabilidade da hipótese de cenarização ocorrer, o nível de conhecimento que os stakeholders pensam que têm sobre estes assuntos e finalmente o principal agente responsável pela concretização de cada hipótese de cenarização, constituindo a tabela vinte e nove.

Da observação desta tabela, pode-se constatar que todas as hipóteses de cenarização desta dimensão têm probabilidade de acontecer, segundo os inquiridos deste estudo.

Tabela 29 - Indicadores ao nível do conhecimento dos stakeholders, probabilidade de ocorrência e principal agente responsável das cenarizações desta dimensão.

Nº da hipótese	Conhecimento do perito			Probabilidade de ocorrência			Principal Agente Responsável		
Hc 8	M/P	40%	6/15	P	60%	9/15	CA	66.7%	10/15
	B/G	40%	6/15	MP	6.7%	1/15			
Hc 9	B/G	60%	9/15	P	60%	9/15	SR	66.7%	10/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	6.7%	1/15			
Hc 10	B/G	60%	9/15	P	73.3%	11/15	SR	66.7%	10/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	6.7%	1/15			
Hc11	B/G	60%	9/15	P	66.7%	10/15	SR	60%	9/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	13.3%	2/15			
Hc12	B/G	53.3%	8/15	P	60%	9/15	SR	53.3%	8/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	6.7%	1/15			
Hc13	B/G	53.3%	8/15	P	66.7%	10/15	SR	60%	9/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	0	0			
Hc 14	M/P	40%	6/15	P	60%	9/15	SR	66.7%	10/15
	B/G	53.3%	8/15	MP	6.7%	1/15			
Hc 15	B/G	53.3%	8/15	P	66.7%	10/15	CA	53.3%	8/15
	Ee/MG	6.7%	1/15	MP	6.7%	1/15			

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; B/G – Bom/Grande; Ee/MG- Excelente/muito grande; M/P – moderado/parcial; PP – Pouco provável; P – provável.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Continuando com a análise da tabela vinte e nove, constata-se que, para 80% (12/15) dos inquiridos, as hipóteses com mais possibilidade de acontecer são a número dez, que permite “...uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos...”, e a número onze, que aposta na “...melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.” Os inquiridos referiram que seria provável ou até muito provável a sua concretização. Segundo 66.7% (10/15), admitiram ser conhecedores das matérias a que se referiam as hipóteses de cenarização. O principal agente responsável pela concretização destas duas hipóteses, passaria pelo SR da ULSNA, segundo 66.7% (10/15) dos inquiridos, quando se referem à hipótese dez e 60% (9/15) destes em relação à hipótese onze.

A segunda maior possibilidade de ocorrência das hipóteses de cenarização, segundo 73.4% (11/15), vai para a hipótese número quinze que prospecta uma remuneração “...constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável...”, os inquiridos referem como provável ou até muito provável a concretização desta. Nesta hipótese, estes assumem-se como conhecedores das matérias referentes a esta hipótese de cenarização, assim 60% (9/15) referem ter um conhecimento ao nível do Bom/Grande e do Excelente/muito grande. O

principal agente responsável pela concretização desta hipótese, pelo menos para 53.3% das respostas, é o CA da ULSNA.

Todas as outras hipóteses de cenarização, segundo 66.7% (10/15) dos inquiridos, são possíveis de concretizar, pois estes acham provável, ou até muito provável a sua ocorrência. Veja-se então uma de cada vez.

Para a hipótese de cenarização número oito, que refere que o "...financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade...", 80% (12/15) dos inquiridos referem possuir conhecimentos sobre a temática desta hipótese, que poderão ser situados entre o Moderado/Parcial e o Bom/Grande. Para 66.7% (10 de 15) das respostas, é considerado o CA da ULSNA, como agente responsável principal pela concretização desta hipótese.

Em relação à hipótese número nove, que prospectiva a "Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos...", 66.7% das respostas a estes inquéritos situam 10 dos 15 inquiridos, com conhecimentos sobre as matérias que concernem a esta hipótese ao nível do Bom/Grande e do Excelente/Muito Bom. A mesma percentagem responsabiliza o SR da ULSNA como principal agente, responsável pela concretização desta hipótese.

Para a hipótese número doze, que prospectiva a promoção "...da formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.", 60% (9/15) dos indagados considera-se conhecedor da temática em torno desta hipótese de cenarização, ao nível do Bom/grande e até do Excelente/muito grande. Em relação ao principal agente responsável pela concretização desta hipótese, 53.3% (8/15) dos inquiridos identifica o SR da ULSNA.

Na hipótese treze, onde se refere a importância de a "...par da formação, promover a investigação científica.", 60% (9/15) dos inquiridos consideram-se com conhecimentos ao nível do Bom/Grande e do Excelente/muito bom para poder opinar acerca desta cenarização. Consideram pelo menos 60% (9 de 15), como principal agente responsável por operar esta cenarização o SR da ULSNA.

Para finalizar, na hipótese de cenarização número catorze, prospectiva a criação de "...vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade.". Aqui, 93.3% (14/15) dos inquiridos referiram possuir conhecimentos, sobre esta temática, ao nível do Moderado/Parcial e do Bom/grande. O SR da ULSNA, foi uma vez mais identificado para 66.7% (10 de 15) dos inquiridos, como principal agente responsável pela concretização desta hipótese.

Mais uma vez e de igual forma, como já se tinha efectuado na análise das hipóteses de cenarização da dimensão anterior, decompôs-se na tabela número trinta este

tableaux de board, de forma a evidenciar a pouca clareza que os inquiridos deste estudo, também nesta segunda dimensão, têm sobre o possível tempo de concretização das diversas hipóteses de cenarização.

Do exposto na tabela trinta e tendo em conta que todas as hipóteses de cenarização desta segunda dimensão, foram duma forma geral consideradas, possíveis de concretizar pelos inquiridos deste estudo, não foi contudo possível a estes, delimitarem um limite temporal objectivo para a sua concretização.

Tabela 30 – Tempo para a concretização das hipóteses

Nº da hipótese	Timing de concretização		
Hc 8	De 5anos a + de 10anos	53.4%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	46.6%	7/15
Hc 9	Entre 5anos e 10anos	53.3%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	46.6%	7/15
Hc 10	Entre 5 anos e 10 anos	46.6%	7/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	53.3%	8/15
Hc 11	Entre 5 anos e 10 anos	46.6%	7/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	53.3%	8/15
Hc 12	Entre 5 anos e 10 anos	33.3%	5/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	66.6%	10/15
Hc 13	Entre 5 anos e 10 anos	33.4%	5/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	60%	9/15
Hc 14	Entre 5anos e 10anos	53.3%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	40%	6/15
Hc 15	De 5anos a + de 10anos	53.3%	8/15
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	40%	6/15

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Para ajudar na análise, das hipóteses de cenarização desta segunda dimensão e de igual forma do que aconteceu da análise da dimensão anterior, vai-se processar ao desmembramento do tableau de board, de modo a constatar para todas as hipóteses desta dimensão, já que todas elas são realizáveis, quais os factores endógenos e exógenos condicionantes, de modo a identificar os factores críticos para a concretização destas hipóteses de cenarização.

Depois da visualização da tabela tinta, vai-se prestar alguma atenção à análise da influência dos factores exógenos, sobre a exequibilidade destas hipóteses de cenarização, através da análise da tabela trinta e um.

Em relação às hipóteses com mais probabilidade de ocorrer, a número dez que referência "...uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que

possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos...”, e a número onze, que aponta para a “...melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.”, 60% dos inquiridos (9 /15), concordam em admitir que existe a presença duma estratégia nacional e local e 66.7% (10/15) destes consideram o enquadramento legal adequado para a concretização destas duas hipóteses de cenarização desta segunda dimensão.

Tabela 31 – Factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da II dimensão.

Nº da hipótese	Estratégia nacional ou local			Enquadramento legal			Ambiente Concorrencial			Evolução tecnológica			Limitação demográfica		
Hc 8	P	60%	9/15	AD	66.7%	10/15	EX	73.3%	11/15	P	73.3%	11/15	E	66.7%	10/15
	A	26.7%	4/15	IN	20%	3/15	I	13.3%	2/15	A	20%	3/15	F	26.7%	4/15
Hc 9	P	53.3%	8/15	AD	60%	9/15	EX	53.3%	8/15	P	80%	12/15	E	73.3%	11/15
	A	40%	6/15	IN	33.3%	5/15	I	40%	6/15	A	13.3%	2/15	F	20%	3/15
Hc10	P	60%	9/15	AD	66.7%	10/15	EX	73.3%	11/15	P	80%	12/15	E	73.3%	11/15
	A	33.3%	5/15	IN	26.7%	4/15	I	20%	3/15	A	13.3%	2/15	F	20%	3/15
Hc11	P	60%	9/15	AD	66.7%	10/15	EX	73.3%	11/15	P	80%	12/15	E	73.3%	11/15
	A	33.3%	5/15	IN	26.7%	4/15	I	20%	3/15	A	13.3%	2/15	F	20%	3/15
Hc12	P	60%	9/15	AD	80%	12/15	EX	66.7%	10/15	P	73.3%	11/15	E	53.3%	8/15
	A	33.3%	5/15	IN	13.3%	2/15	I	26.7%	4/15	A	26.7	4/15	F	46.7%	7/15
Hc13	P	40%	6/15	AD	46.7%	7/15	EX	66.7%	10/15	P	80%	12/15	E	66.7%	10/15
	A	53.3%	8/15	IN	40%	6/15	I	26.7%	4/15	A	13.3%	2/15	F	33.3%	5/15
Hc14	P	60%	9/15	AD	66.7%	10/15	EX	66.7%	10/15	P	73.3%	11/15	E	53.3%	8/15
	A	33.3%	5/15	IN	20%	3/15	I	26.7%	4/15	A	20%	3/15	F	33.3%	5/15
Hc15	P	46.7%	7/15	AD	53.3%	8/15	EX	53.3%	8/15	P	73.3%	11/15	E	66.7%	10/15
	A	33.3%	5/15	IN	26.7%	4/15	I	20%	3/15	A	6.7%	1/15	F	13.3%	2/15

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; P- Presente; A – Ausente; AD – Adequado; IN- Inadequado; EX- Existente; I-Inexistente; E-Elevada; F-Fraca.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

A ocorrência destas duas hipóteses estará associada também para pelo menos 80% (12/15) dos inquiridos à presença de evolução tecnológica, assim como para 73.3% (11/15) destes concorda com a existência dum ambiente concorrencial. Aparecendo como factor crítico de desenvolvimento, mais condicionante para a concretização destas duas hipóteses surge a opinião de 73.3% (11/15) dos indagados neste estudo, em relação à presença duma elevada limitação demográfica.

Posteriormente surgirá a hipótese quinze, efectuando referência a que a remuneração será “...constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável...”. Nesta, merece salientar que 46.7% (7/15) reconhecem a presença de estratégia nacional e local e que 53.3% (8/15) consideram adequado o enquadramento legal para a ocorrência desta hipótese de cenarização. Mais uma vez a realização desta hipótese vem acompanhada da presença

de evolução tecnológica, pelo menos para 73.3% (11/15) dos inquiridos. A presença dum ambiente concorrencial, é referido também para 53.3% (8 de 15) dos inquiridos. A existência duma limitação demográfica é indicada como factor condicionante de desenvolvimento para a ocorrência desta hipótese para pelo menos 66.7% (10/15) dos indagados.

Como já foi referido, as restantes hipóteses de cenarização tem a mesma probabilidade de ocorrência, partindo agora para a sua abordagem de forma individual.

Na hipótese de cenarização numero oito, onde o "...financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade...", 60% (9/15) dos inquiridos considera a presença duma estratégia nacional e local, assim como 66.7% (10/15), concorda com a adequação do enquadramento local. Se para 73.3% (11/15) dos inquiridos neste estudo, a evolução tecnológica está associada à ocorrência desta hipótese, o mesmo número pensa que para a concretização desta, estará presente um ambiente concorrencial. Por último referir que para 66.7% (10/15), consideram a presença duma elevada limitação demográfica como factor condicionante de desenvolvimento desta hipótese.

Para a hipótese de cenarização numero nove, que propõe a "Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos...", 53.3% (8/15) referem a presença de estratégia nacional e local, com 60% (9/15) a referir a adequação do enquadramento legal para a possível ocorrência desta hipótese. A presença de evolução tecnológica com a realização desta hipótese é uma realidade para 80% (12/15) dos indagados, assim como 53.3% (8/ de 15) refere a existência dum ambiente concorrencial. Para 73.3% (11/15), apontam a elevada limitação demográfica como factor condicionante para o desenvolvimento desta hipótese.

Em relação à hipótese de cenarização numero doze, que promove a "...formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários." 60% (9/15) dos indagados refere a presença de estratégia nacional e local, assim como 80% (12/15) pensa que o enquadramento legal seja adequado à ocorrência desta hipótese. Para 66.7% (10/15) dos indagados a existência dum ambiente concorrencial será uma realidade. A presença de evolução tecnológica, segundo 73.3% (11/15) das respostas estará associada à ocorrência desta hipótese, como para 53.3% (8/15) a elevada limitação demográfica representará um factor condicionante.

Quando se analisa a perspetivação da hipótese treze, que coloca a "...par da formação, promover a investigação científica.", e embora esta, tenha hipótese de ocorrência, no entanto 53.3%, (8/15) não reconhecem a presença duma estratégia local ou nacional para a sua ocorrência e embora de forma maioritária, somente 46.7% (7/15) reconhece a adequação do enquadramento legal para a concretização desta hipótese.

Para 80% (12/15) dos inquiridos reconhecem a presença de evolução tecnológica associada à ocorrência desta hipótese, assim como 66.7% (10/15) destes associam a existência dum ambiente concorrencial. Mais uma vez a limitação demográfica é apontada por 66.7% (10/15), como condicionante.

Finalmente e para a hipótese de cenarização catorze, que prospectiva a criação de “...vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade.”, 60% (9/15) dos inquiridos refere a presença de estratégia nacional e local, assim como 66.7% (10/15), acham adequado o enquadramento legal para a concretização desta. O mesmo número de indagados, associa a presença de ambiente concorrencial ao normal desenvolvimento desta questão. A presença de evolução tecnológica é apontada por 73.3% (11/15) dos inquiridos, enquanto 53.3% (8/15), referem mais uma vez a elevada limitação demográfica como um factor crítico para a ocorrência desta hipótese.

Procede-se então para a última desagregação do tableau de bord deste segundo cenário, criando a tabela número trinta e dois, que demonstra o que os inquiridos pensam numa forma geral sobre a influência dos factores condicionantes endógenos sobre a perspetivação destes possíveis cenários.

Tabela 32 – Factores endógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da II dimensão.

Nº da hipótese	Auto- financiamento			Plano estratégico			Adequação recursos disponíveis aos objectivos			Cultura Organizacional orientada para a qualidade de serviços			Nível de Qualificação dos funcionários			Modelos de organização e gestão do trabalho		
Hc 8	E	13.3%	2/15	EX	53.3%	8/15	AD	60%	9/15	E	33.3%	5/15	E	73.3%	11/15	AD	46.7%	7/15
	F	80%	12/15	I	40%	6/15	IN	33.3%	5/15	F	60%	9/15	B	20%	3/15	IN	46.7%	7/15
Hc 9	E	20%	3/15	EX	73.3%	11/15	AD	53.3%	8/15	E	66.7%	10/15	E	73.3%	11/15	AD	46.7%	7/15
	F	73.3%	11/15	I	20%	3/15	IN	33.3%	5/15	F	33.3%	5/15	B	20%	3/15	IN	40%	6/15
Hc10	E	20%	3/15	EX	33.3%	5/15	AD	40%	6/15	E	40%	6/15	E	60%	9/15	AD	40%	6/15
	F	73.3%	11/15	I	60%	9/15	IN	53.3%	8/15	F	53.3%	8/15	B	33.3%	5/15	IN	53.3%	8/15
Hc11	E	20%	3/15	EX	33.3%	5/15	AD	40%	6/15	E	40%	6/15	E	60%	9/15	AD	40%	6/15
	F	73.3%	11/15	I	60%	9/15	IN	53.3%	8/15	F	53.3%	8/15	B	33.3%	5/15	IN	53.3%	8/15
Hc12	E	26.7%	4/15	EX	46.7%	7/15	AD	40%	6/15	E	40%	6/15	E	60%	9/15	AD	46.7%	7/15
	F	73.3%	11/15	I	53.3%	8/15	IN	53.3%	8/15	F	53.3%	8/15	B	33.3%	5/15	IN	46.7%	7/15
Hc13	E	33.3%	5/15	EX	40%	6/15	AD	53.3%	8/15	E	46.7%	7/15	E	66.7%	10/15	AD	46.7%	7/15
	F	66.7%	10/15	I	53.3%	8/15	IN	40%	6/15	F	53.3%	8/15	B	33.3%	5/15	IN	46.7%	7/15
Hc14	E	33.3%	5/15	EX	40%	6/15	AD	40%	6/15	E	33.3%	5/15	E	53.3%	8/15	AD	40%	6/15
	F	60%	9/15	I	46.7%	7/15	IN	46.7%	7/15	F	60%	9/15	B	40%	6/15	IN	53.3%	8/15
Hc15	E	33.3%	5/15	EX	40%	6/15	AD	46.7%	7/15	E	40%	6/15	E	53.3%	8/15	AD	26.7%	4/15
	F	46.7%	7/15	I	40%	6/15	IN	33.3%	5/15	F	40%	6/15	B	26.7%	4/15	IN	60%	9/15

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; P- Presente; A – Ausente; AD – Adequado; IN- Inadequado; EX- Existente; I-Inexistente; E-Elevada; F-Fraca.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Seguindo a mesma lógica, que foi utilizada para a análise dos factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da dimensão anterior e da que se está a analisar actualmente, começa-se pelas hipóteses de cenarização com mais possibilidade de ocorrência

As hipóteses com mais probabilidade de ocorrer, como já se viu são, a número dez que referência "...uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos...", e a número onze, que aponta para a "...melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes."

Nestas duas hipóteses, de salientar o facto de as respostas dos inquiridos deste estudo, se comportarem de forma muito semelhante, senão veja-se como em ambas as hipóteses de cenarização, 60% dos inquiridos (9/15), acharem que exista elevado nível de qualificação dos funcionários, associada à concretização destas, no entanto e no que refere à criação do CRI de Radiologia, para estas duas hipóteses de cenarização, a capacidade de auto financiamento é fraca para 73.3% (11/15) dos inquiridos, 60% (9/15) refere a inexistência dum plano estratégico associado, assim como a inadequação dos recursos disponíveis aos objectivos, segundo 53.3% (8/15) dos inquiridos. No entanto o condicionar menos positivo da ocorrência destas hipóteses continua quando 53.3% (8/15) dos inquiridos referem que falta cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços, sendo que, a aplicação dos modelos organizacionais e de trabalho não serão adequados.

Continuando pela hipótese de cenarização quinze, que efectua referência a uma remuneração que seja "...constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável...". Aqui, 53.3% (8/15), continua a referir a existência de elevada qualificação dos funcionários, para além duma adequação dos recursos disponíveis aos objectivos, segundo 46.7% (7/15). No entanto a falta de capacidade de auto financiamento é revelada por 46.7% (7/15) dos inquiridos, assim como 60% (9/15) destes, pensam que serão inadequados os modelos de organização e de gestão de trabalho. Existe uma certa indefinição em relação à existência dum plano estratégico e da existência duma elevada cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços, já que 40% (6/15) pensa de forma positiva e o mesmo número pensam o contrário.

Continuando com a hipótese de cenarização numero oito, em que o "...financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade...". A existência, nesta hipótese dum plano estratégico é referida por 53.3% (8/15) dos indagados, assim como para 60% (9/15) dos mesmos, se assiste a uma adequação dos recursos disponíveis aos objectivos e a uma elevada qualificação

dos funcionários para 73.3% (11/15) dos inquiridos. No entanto 80% (12/15), destes menciona a falta de capacidade de auto financiamento, 60% (9/15) a fraca cultura organizacional orientada para serviços de qualidade. Em relação à adequação dos modelos de organização e gestão de trabalho, as opiniões dividem-se com 46.7% (7/15) a favor e a mesma percentagem contra.

Para a hipótese de cenarização nove, que propõe a “Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos...”, 73.3% (11/15) dos indagados referem a existência dum plano estratégico com a ocorrência desta hipótese, assim como para 53.3% (8/15) destes, haverá uma adequação dos recursos disponíveis aos objectivos. Esta cenarização estará associada segundo 66.7% (10/15) dos inquiridos à existência duma elevada cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços, assim como para 73.3% (11/15) destes, à elevada qualificação dos funcionários. Ainda 46.7% (7/15) dos inquiridos, mencionam que para a ocorrência desta hipótese os modelos de organização e gestão de trabalho serão os adequados, sendo o factor mais condicionante nesta hipótese a falta da capacidade de auto financiamento para 73.3% (11/15) dos inquiridos.

Em relação à hipótese de cenarização numero doze, que promove a “...formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.”, pode-se observar na tabela trinta e dois, que 60% (9/15) dos inquiridos refere que existe um elevado nível de qualificação dos funcionários do serviço. No entanto para a ocorrência desta hipótese, há que ter especial preocupação com a maioria dos factores críticos de desenvolvimento desta hipótese, senão veja-se que 73.3% (11/15) prevê a existência duma fraca capacidade de auto financiamento, 53.3% (8/15) refere a inexistência dum plano estratégico, duma inadequação dos recursos disponíveis aos objectivos pretendidos e duma inadequação de cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços. Em relação aos modelos organizacionais e de gestão de trabalho aplicados com esta cenarização, 46.7% (7/15) dos inquiridos, prevê que possa ser adequada e o mesmo número discorda.

Com a análise da cenarização da hipótese treze, que coloca a “...par da formação, promover a investigação científica.”, 66.7% (10/15) dos inquiridos refere a existência dum nível elevado de qualificação dos funcionários do serviço, 53.3% (8/15) refere que com a concretização desta hipótese existirá adequação dos recursos disponíveis aos objectivos pretendidos. No entanto, 66.7% (10/15) dos inquiridos refere fraca capacidade de auto financiamento, 53.3% (8/15) refere a inexistência dum plano estratégico e uma fraca cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços. Por último referir que nesta hipótese de cenarização, existem também dúvidas em relação à adequação dos modelos organizacionais e de gestão de trabalho, já que 46.7% (7/15) refere que existe adequação e a mesma percentagem está em desacordo.

Finalmente e para a hipótese de cenarização catorze, que prospectiva a criação de “...vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade.”, 53.3% (8/15) dos inquiridos refere existir uma elevada qualificação dos funcionários do serviço, No entanto, mais uma vez é necessário especial atenção aos factores condicionantes para a ocorrência desta hipótese, pois, 60% (9/15) dos inquiridos refere uma fraca capacidade de auto financiamento, 46.7% (7/15) menciona a inexistência dum plano estratégico, assim como duma inadequação dos recursos disponíveis aos objectivos a alcançar, 60% (9/15) dos indagados identifica a presença duma fraca cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços e finalmente 53.3% (8/15) cita a não adequação dos modelos organizacionais e de gestão de trabalho.

4.2.3. CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada (dimensão III)

Na tabela trinta e três, vai-se sintetizar os resultados dos inquéritos sobre a terceira dimensão deste estudo prospectivo, uma vez mais com recurso ao programa informático SPSS, onde pelo cálculo da moda, frequência e de rácios se pretende ter uma ideia sobre a generalidade dos dados.

Tabela 33 – Dimensão III

Indicadores						Factores condicionantes exógenos					Factores condicionantes endógenos					
Nº da hipótese	Nº de respostas	Conhecimento do perito	Probabi. de ocorrência	Principal Agente	Timing de concretização	Estratégia Nac. e local	Enquadramento legal	Concorrência	Evolução tecnológica	Limitação democrática	Auto-financiamento	Plano estratégico	Adequação recursos	Cultura Organizacional	Qualificação serviços	Organização
Hc 16	15	M/P	P	CA	5	P	AD	E	P	E	F	E	A	E	E	IN
Hc 17	15	B/G	MP	CA	5	P	AD	E	P	E	F	I	A	E	E	IN
Hc 18	15	B/G	P	SR	?	P	AD	E	P	E	F	E	A	E	E	AD
Hc 19	15	M/P	P	CA	?	A	AD	E	P	E	F	I	IN	F	E	IN
Hc 20	15	B/G	PP	CA	5	?	AD	E	P	E	F	E	IN	F	B	IN

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; B/G – Bom/Grande; M/P – moderado/pouco; PP – Pouco provável; P – provável; CA – Conselho de Administração; SR – Serviço de radiologia; A – ausente; P – presente; AD – adequado; In – inadequado; E – existente; I – inexistente.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Também como para as outras dimensões, os dados vão ser exibidos em formato de tabelas (tableau de board), como a da tabela atrás referida, onde sumariamente se exibem os resultados desta dimensão.

De igual forma do que aconteceu nas dimensões anteriores, vai-se desdobrar o tableau de board, de modo a isolar-se três indicadores, que são a probabilidade da hipótese de cenarização ocorrer, o nível de conhecimento que os stakeholders pensam que têm sobre estes assuntos e finalmente o principal agente responsável pela concretização de cada hipótese de cenarização, constituindo a tabela trinta e quatro.

Tabela 34 - Indicadores ao nível do conhecimento dos stakeholders, probabilidade de ocorrência e principal agente responsável das cenarizações desta dimensão.

Nº da hipótese	Conhecimento do perito			Probabilidade de ocorrência			Principal Agente Responsável		
Hc 16	M/P	46.7%	7/15	P	66.7%	10/15	CA	60%	9/15
	B/G	40%	6/15	MP	6.7%	1/15			
	EE/MG	6.7%	1/15						
Hc 17	MP	33.3%	5/15				SR	33.3%	5/15
	B/G	46.7%	7/15	P	26.7%	4/15			
	EE/MG	6.7%	1/15	MP	33.3%	5/15			
Hc 18	M/P	33.3%	5/15	P	66.7%	10/15	SR	53.3%	8/15
	B/G	40%	6/15						
	Ee/MB	6.7%	1/15						
Hc19	M/P	46.7%	7/15	P	40%	6/15	CA	53.3%	8/15
	B/G	26.7%	4/15	MP	13.3%	2/15			
	Ee/MB	13.3%	2/15						
Hc20	M/P	26.7%	4/15	PP	46.7%	7/15	CA	46.7%	7/15
	B/G	33.3%	5/15	IMP	6.7%	1/15			
	Ee/MB	13.3%	2/15						

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; B/G – Bom/Grande; Ee/MG- Excelente/muito grande; M/P – moderado/parcial; PP – Pouco provável; P – provável; IMP - Improvável
Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Da observação da tabela referida, decidiu-se considerar a hipótese dezassete, sobre a “Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS) ...”, como a que tem mais possibilidade de ocorrer, pois um terço (5/15) dos inquiridos pensa que esta hipótese de cenarização tem muita probabilidade de ocorrer. Segue-se, com mais 26.7% (4/15) dos indagados, a considerar que esta hipótese é provável de ocorrer, perfazendo assim um total de 60% (9/15) dos inquiridos a referir a possibilidade de ocorrência desta hipótese (onde maioritariamente se refere um grau de muita probabilidade). Ainda nesta hipótese, 86.7% (13/15) dos inquiridos identificam-se com conhecimento sobre a temática, 46.7% (7/15) dentro do nível Bom/Grande, 6.7% (1/15) ao nível do Excelente/Muito grande e 33.3% (5/15) de forma moderada/parcial. O principal agente responsável pela concretização desta hipótese é o SR da ULSNA, mas com um consenso reduzido de 33.3% (5/15).

Para o autor deste trabalho, vai ser considerada como a segunda hipótese de cenarização com mais possibilidade de ocorrer, a hipótese número dezasseis, que refere a “incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão...”, onde 73.4% (11/15) destes, afirmam ser provável e até muito provável a sua ocorrência. Cerca de 93.4% (14/15) dos inquiridos consideram-se portadores de conhecimento acerca da temática desta hipótese. Maioritariamente, 46.7% dos indagados (7/15), no nível Moderado/parcial, 40% (6/15) no nível do Bom/Grande e finalmente 6.7% (1/15) ao nível do Excelente/Muito bom. O agente principal pela ocorrência desta hipótese, é o CA da ULSNA, para pelo menos 60% (9/15) dos inquiridos.

A terceira hipótese com mais possibilidade de ocorrer, é a número dezoito, que menciona a “Criação dum call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA...”, com 66.7% (10/15) dos inquiridos a considerar como provável a ocorrência desta hipótese. Os inquiridos consideram-se conhecedores da problemática que envolve esta questão, sendo que 33.3% (5/15) se coloca ao nível do moderado/parcial, 40% (6/15) ao nível do Bom/Grande e finalmente 6.7% (1/15) ao nível do Excelente/Muito bom. O principal agente responsável apontado por 53.3% (8/15) dos inquiridos pela concretização desta hipótese Por último e ainda com a possibilidade de ocorrência para 53.3% (8/15) dos inquiridos, ao nível do provável e até do muito provável, está a hipótese dezanove, sobre a “Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência...”. Os inquiridos consideram-se conhecedores da temática que envolve esta hipótese, 26.7% (4/15) destes, ao nível do parcial/moderado, 33.3% (5/15) ao nível do Bom/Grande e finalmente 13.3% (2/15) ao nível do Excelente/Muito grande. O CA da ULSNA é apontado por 53.3% (8/15) dos indagados como o principal agente responsável pela concretização desta hipótese.

A hipótese de cenarização número vinte, sobre a possibilidade da “...Realização de investimentos de modernização ou inovação, que permita a compra de equipamentos novos...”, é aquela que é considerada por 53.4% dos inquiridos como pouco provável ou até improvável. Os inquiridos, segundo eles são conhecedores das matérias que envolvem esta questão, sendo que, para 26.7% (4 de 15) destes possuem um nível de conhecimento moderado/parcial, 33.3% (5 de 15) um nível Bom/Grande e finalmente 13.3% (2 de 15) um nível Excelente/Muito grande.

Da mesma forma que já acontecera na análise das dimensões I e II, vai-se dar lugar a mais uma decomposição do tableau de board da dimensão III, de forma a ter uma ideia generalizada, do que pensam os inquiridos deste estudo em relação ao limite de tempo que poderá levar a ocorrer as diversas hipóteses de cenarização desta dimensão.

Vai-se então expor na tabela trinta e cinco, segundo os inquiridos, quais os tempos de concretização das hipóteses desta tabela.

Tabela 35 – Tempo para a concretização das hipóteses da dimensão III

Nº da hipótese	Timing de concretização			
Hc 16	5anos	26.7%	415	
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	26.7%	4/15	
Hc 17	Entre 5anos e 10anos	33.3%	5/15	
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	66.7%	10/15	
Hc 18	Entre 5 anos e mais de 10 anos	53.3%	8/15	
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	46.7%	7/15	
Hc 19	Entre 5 anos e mais de 10 anos	53.3%	8/15	
	Outro tempo ou sem tempo aplicável	40%	6/15	

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Do exposto na tabela trinta e cinco e tendo em conta que de todas as hipóteses de cenarização da dimensão III, a única considerada com poucas possibilidade de ocorrência foi a número vinte, pode-se rapidamente constatar que aqui também não existe uma delimitação clara e concisa sobre o limite temporal que estas hipóteses de cenarização poderão levar para ser concretizadas.

Tabela 36 – Factores exógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da III dimensão.

Nº da hipótese	Estratégia nacional ou local				Enquadramento legal			Ambiente concorrencial			Evolução tecnológica			Limitação demográfica		
Hc16	P	66.7%	10/15	AD	80%	12/15	EX	66.7%	10/15	P	93.3%	14/15	E	60%	9/15	
	A	33.3%	5/15	IN	13.3%	2/15	I	20%	3/15	A	6.7%	1/15	F	33.3%	5/15	
Hc17	P	80%	12/15	AD	66.7%	10/15	EX	60%	9/15	P	93.3%	14/15	E	53.3%	8/15	
	A	20%	3/15	IN	40%	6/15	I	40%	6/15	A	6.7%	1/15	F	40%	6/15	
Hc18	P	53.3%	8/12	AD	66.7%	10/15	EX	60%	9/15	P	80%	12/15	E	73.3%	11/15	
	A	40%	6/15	IN	20%	3/15	I	40%	6/15	A	20%	3/15	F	26.7%	4/15	
Hc19	P	40%	6/15	AD	66.7%	10/15	EX	66.7%	10/15	P	66.7%	10/15	E	53.3%	8/15	
	A	53.3%	8/15	IN	26.7%	4/15	I	20%	3/15	A	20%	3/15	F	33.3%	5/15	

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; P- Presente; A – Ausente; AD – Adequado; IN- Inadequado; EX- Existente; I-Inexistente; E-Elevada; F-Fraca.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Para ajudar na análise, das hipóteses de cenarização desta terceira dimensão e de igual forma do que aconteceu da análise das dimensões anteriores, vai-se processar ao

desmembramento do tableau de board, de modo a constatar para as hipóteses de cenarização dezasseis, dezassete, dezoito e dezanove desta dimensão (que são as hipóteses consideradas realizáveis), quais os factores endógenos e exógenos condicionantes, de modo a identificar os factores críticos para a concretização destas hipóteses de cenarização (tabela trinta e seis).

Em relação ao condicionalismo que poderá efectuar os factores exógenos sobre as hipóteses de cenarização, temos que a hipótese com mais probabilidade de ocorrer, è a número dezassete, que insiste na “Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS) ...”, 80% dos inquiridos (12/15), concordam em admitir que existe a presença duma estratégia nacional e local, 66.7% (10/15) destes consideram o enquadramento legal adequado para a concretização desta hipótese de cenarização. A ocorrência desta hipótese estará associada também para pelo menos 93.3% (14/15) dos inquiridos à presença de evolução tecnológica, assim como para 60% (9/15) destes, concorda com a existência dum ambiente concorrencial. Aparecendo como factor crítico de desenvolvimento, mais condicionante para a concretização desta hipótese surge a opinião de 60% (9/15) dos indagados neste estudo, em relação à presença duma elevada limitação demográfica

A segunda hipótese de cenarização com mais possibilidade de ocorrer, já se viu que será a número dezasseis que menciona a “incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão...”. Para a concretização desta hipótese, 66.7% (10/ 15) dos inquiridos acreditam na presença duma estratégia nacional ou local, 80% (12/15) consideram adequado o enquadramento legal e 93.3% (14/15) referem a existência de evolução tecnológica associada à ocorrência desta hipótese. A existência da influência dum ambiente concorrencial é referida por 66.7% (10/15) dos inquiridos, sendo que o factor crítico mais condicionante no desenvolvimento desta hipótese de cenarização seja para 60% (10/15) dos inquiridos a elevada limitação demográfica.

A seguir surge a hipótese de cenarização número dezoito, onde para a sua ocorrência, 53.3% (8/15) e 66.7% (10/15) referem a presença duma estratégia nacional ou local e a presença dum enquadramento legal respectivamente. Em relação à presença de evolução tecnológica nesta hipótese de cenarização, 80% (12/15) dos inquiridos é favorável e 60% (9/15), referem a presença dum ambiente concorrencial, como factor condicionante da ocorrência desta hipótese, no entanto 73.3% (11/15) dos inquiridos mencionam a elevada limitação demográfica como um factor crítico bastante condicionante para a concretização desta hipótese.

Por último referir a hipótese de cenarização número dezanove, sobre a “Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência...”. Aqui 66.7% (10/15), referem a

existência de enquadramento legal e presença de evolução tecnológica para a realização desta hipótese. A mesma percentagem de inquiridos refere a presença dum ambiente concorrencial, mas como factores críticos que condicionem esta hipótese está a ausência de estratégia nacional ou local para 53,3% (8/15) dos inquiridos e mais uma vez a elevada limitação demográfica referida por 73.3% (11/15) dos inquiridos.

Finalmete ira abordar-se a opinião dos inquiridos em relação à influência dos factores condicionantes endógenos nas diversas hipóteses de cenarização com possibilidade de ocorrência desta dimensão número III, através da análise da tabela trinta e sete.

Tabela 37 – Factores endógenos condicionantes das hipóteses de cenarização da III dimensão.

Nº da hipótese	Auto-financiamento	Plano estratégico	Adequação recursos disponíveis aos objectivos	Cultura Organizacional orientada para a qualidade de serviços	Nível de Qualificação dos funcionários	Modelos de organização e gestão do trabalho
Hc16	E 40% 6/15	EX 53.3% 8/15	AD 53.3% 8/15	E 53.3% 8/15	E 60% 9/15	AD 40% 6/15
	F 60% 9/15	I 46.7% 7/15	IN 40% 6/15	F 46.7% 7/15	B 33.3% 5/15	IN 53.3% 8/15
Hc17	E 33.3% 5/15	EX 53.3% 8/15	AD 53.3% 8/15	E 53.3% 8/15	E 73.3% 11/15	AD 53.3% 8/15
	F 66.7% 10/15	I 40% 6/15	IN 46.7% 7/15	F 40% 6/15	B 26.7% 4/15	IN 40% 6/15
Hc18	E 20% 3/15	EX 46.7% 7/15	AD 26.7% 4/15	E 20% 3/15	E 46.7% 7/15	AD 33.3% 5/15
	F 80% 12/15	I 53.3% 8/15	IN 66.7% 10/15	F 80% 12/15	B 46.7% 7/15	IN 60% 9/15
Hc19	E 26.7% 4/15	EX 53.3% 8/15	AD 40% 6/15	E 33.3% 5/15	E 46.7% 7/15	AD 33.3% 5/15
	F 66.7% 10/15	I 46.7% 7/15	IN 46.7% 7/15	F 53.3% 8/15	B 40% 6/15	IN 66.7% 10/15

Legenda: Hc – Hipótese de cenarização; P- Presente; A – Ausente; AD – Adequado: IN- Inadequado; EX- Existente; I-Inexistente; E-Elevada; F-Fraca.

Fonte: Adaptado do Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional - documento de trabalho nº 5/2007.

Começando pela hipótese com mais possibilidade de ocorrer, a número dezassete, que insiste na “Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS) ...”, aqui pode-se constatar que 53.3% (8/15) dos inquiridos referem a existência dum plano estratégico, assim como a adequação dos recursos disponíveis aos objectivos e ainda a existência duma cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços, com o reconhecimento de 60% (9/15) dos inquiridos duma elevada qualificação dos funcionários do serviço. Quanto aos factores condicionantes críticos para o desenrolar desta hipótese, tem-se que 60% dos inquiridos (9/15), não acredita na capacidade de auto financiamento e ainda 53.3% (8/15) destes considera inadequado os modelos de organização e gestão de trabalho para a concretização desta hipótese de cenarização.

Em relação à hipótese numero dezassete, sobre “incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão...”, 53.3% (8/15) dos inquiridos acredita na existência dum

plano estratégico, na adequação dos recursos disponíveis aos objectivos, assim como a adequação dos modelos de organização e gestão de trabalho numa cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços, para a consolidação desta cenarização. De salientar a opinião de 73.3% (11/15) em relação à elevada qualificação dos funcionários do serviço no âmbito desta cenarização. Realmente como factores críticos que condicionem esta hipótese, de referir por parte de 66.7% (10/15) dos inquiridos a fraca capacidade para auto financiamento.

Para a hipótese de cenarização numero dezoito, que expõe a “Criação dum call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA...”, os inquiridos mostram as suas reservas em relação à maioria dos factores condicionantes endógenos, pois 80% (12/15) tem dúvidas em relação à capacidade de auto financiamento, assim como para o mesmo número, a cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços será fraca. Para 53.3% (8/15) será inexistente a presença dum plano estratégico, e a adequação dos recursos disponíveis aos objectivos, será segundo 66.7% (10/15) inadequada. Segundo ainda 60% dos indagados (9/15) haverá uma inadequação dos modelos organizativos e de gestão do trabalho, onde os inquiridos duvidam que houvesse uma qualificação dos funcionários do serviço, já que 46.7% (7/15) pensa que sim e o mesmo numero é de ideia contrária.

Para terminar, segue a hipótese de cenarização dezanove sobre a “ Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência...”. Nesta hipótese de cenarização 66.7% (10/15) dos inquiridos refere a adequação dos modelos organizacionais e de gestão de trabalho, assim como 53.3% (8/15) acredita na existência dum plano estratégico, e 46.7% (7/15) refere a elevada qualificação dos funcionários do serviço. De qualquer forma, esta é uma hipótese de cenarização, onde existem vários factores crítico que condicionam a ocorrência desta hipótese, já que 66.7% (10/15) não acredita na capacidade de auto financiamento, 46.7% (7/15) dos indagados tem dúvidas em relação à adequação dos recursos disponíveis aos objectivos e finalmente 53.3% (8/15) destes apontam para uma fraca cultura organizacional orientada para a qualidade de serviços.

4.3. Discussão dos resultados

Depois da análise do questionário levado a cabo com um método Delphi adaptado (imcompleto), onde através do cálculo da moda, frequência e rácios, pelo programa informático SPSS, se pode constatar quais as hipóteses que poderão ter capacidade para poder vir a ocorrer, ou não, de modo a se poder ter uma ideia segundo os stakeholders participantes no estudo, numa forma geral, do que se poderá prospectar para uma possível implementação dum CRI de radiologia na ULSNA.

Será bom aqui sublinhar que se chegou à conclusão durante a análise, que pelo menos, quatro das vinte hipóteses de cenarização, terão poucas probabilidades, ou serão mais improváveis de ocorrer.

Deste modo o cenário mais provável será o Tendencial, onde como se referiu no capítulo da metodologia, se consegue uma situação intermédia entre a total implementação e a não implementação deste CRI de radiologia.

No entanto os elementos que participaram no estudo independentemente da sua categoria profissional, duma forma geral acreditam na implementação da grande maioria das hipóteses de cenarização embora tenham demonstrado que existem factores críticos que condicionam a total ocorrência destas hipóteses.

Chegou agora a altura e com base nas respostas óptimas nos inquéritos, de relacionar as hipóteses de cenarização das diversas dimensões, tendo em conta aquelas que mereceram uma maior percentagem de concordância pelos inquiridos deste estudo, permitindo estabelecer combinações que tornam coerente o seu desenvolvimento e demonstram a sua opinião acerca da futura implementação dum CRI de radiologia na ULSNA.

Tabela 38 – Posição das hipóteses de cenarização, nas correspondentes dimensões

	Posição	Hipóteses	Probabilidade de ocorrência
Dimensão I	1º	Hc 03	80%
	2º	Hc 04	73.3%
	2º	Hc 05	73.3%
	3º	Hc 02	66.6%
Dimensão II	1º	Hc 10	80%
	1º	Hc 11	80%
	2º	Hc 15	73.4%
	3º	Hc 08	66.7%
	3º	Hc 09	66.7%
	3º	Hc 12	66.7%
	3º	Hc 13	66.7%
	3º	Hc 14	66.7%
Dimensão III	1º	Hc 16	73.4%
	2º	Hc 18	66.7%
	3º	Hc 17	60%
	4º	Hc 19	53.3%

Fonte: Tabela construída pelo autor

Assim, na tabela trinta e oito, demonstra-se em cada dimensão, consoante a probabilidade de ocorrência, três posições de relacionamento (três níveis de maior concordância).

Esta divisão efectuada do cenário tendencial (com mais possibilidade de ocorrência), é efectuada como já foi referido no capítulo da metodologia, com o propósito de o decompor, de forma a poder ter um conhecimento mais pormenorizado das opiniões dos stakeholders das várias hipóteses de cenarização em jogo tentado relacioná-las através dum critério mensurável, como a probabilidade de ocorrência destas para os inquiridos.

Deste modo, conseguiu-se criar dentro deste cenário, três correntes lógicas de o operacionalizar, sendo que e inclusivamente em grande parte das situações poderão se complementar. Abaixo descreve-se, como poderá ser a realidade deste cenário para os inquiridos:

- A hipótese de cenarização que maior consenso gerou na dimensão I, foi o assumir por parte dos stakeholders inquiridos neste estudo, da ocorrência da hipótese de cenarização numero três, referente à “Realização de contratualização interna da actividade do serviço com o CA de forma a serem atingidos objectivos.”. Esta hipótese vai-se relacionar, na segunda dimensão (seguindo o mesmo critério, com as que tem mais probabilidade de ocorrência) com duas hipóteses que personalizam o paradigma da qualidade/quantidade, onde se por um lado terá de haver “...uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos tendo em conta os objectivos previamente contratualizados.” (Hc 10), por outro é indispensável “ A melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.” (Hc 11). Claro que as acções correctivas só poderão ser possíveis, com o recurso a sistemas de informação, pelo que é imprescindível a “Incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão, adequados à monitorização dos CRI de forma a tomar acções correctivas de forma simples e célere.” (Hc 16), que foi a hipótese de cenarização da terceira dimensão que mais consenso reuniu.
- Houve um grande consenso entre os inquiridos (todos eles representantes de diversas categorias profissionais com interesses no serviço de radiologia), acerca da capacidade de gestão eficiente, com o aproveitamento dos recursos ao dispor. Nesta ordem de ideias, e podendo tornar-se repetitivo, é importante referir a possibilidade de ocorrência da hipótese de cenarização numero quatro e numero cinco, que faz referência justamente à “ Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos existentes versus capacidade instalada.”, e duma “Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos e distribuição de prémios monetários ao desempenho incentivando a produção (maior competitividade) ”, originando uma

remuneração “...constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável calculado com base não só em objectivos e parâmetros de produtividade mínima, como também de qualidade.” (Hc 15). Para isso, recorrendo à terceira dimensão de cenários, os inquiridos referem a necessidade de criação dum “...call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA de modo a se poder centralizar e efectuar assim a melhor marcação dependente do tempo de espera, deslocação e patologia associada.” (Hc 18).

- Por último, os inquiridos referem na dimensão número um, a possibilidade de se integrar as “...funções de Administração, direcção clínica e chefia operacional que permitem um maior controlo da gestão contribuindo para uma maior agilidade e oportunidade na tomada de decisão.” (Hc 2), já que o “...financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade, do volume da actividade realizada e da qualidade dos resultados obtidos.” (Hc 8). Aqui joga um papel importante a “Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos, como forma natural de responder à maior produtividade e consequente rentabilização do serviço.” (Hc 9), contribuindo assim para a “Criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade.” (Hc 14), promovendo a “... formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.” (Hc 12), e a par desta, “...promover a investigação científica.” (Hc 13). Para que algumas das hipóteses de cenarização acima referidas se concretizem é indispensável a total “ Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS), como meio de colocar as imagens à distância em qualquer computador da ULSNA com o devido relatório num período curto de tempo.” (Hc 17). Os inquiridos na terceira dimensão referem ainda para terminar que poderá ser uma realidade a “ Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada.”

De acordo com o que já foi dito atrás, juntando as diversas relações entre as três dimensões, o cenário mais provável será o tendencial. No entanto e pese a algumas hipóteses de cenarização terem sido, consideradas na generalidade pelos inquiridos como prováveis, não se pode deixar de aqui referir alguns dos factores condicionantes

apontados, quer endógenos, quer exógenos, como críticos para a real ocorrência desta hipóteses de cenarização.

O factor exógeno referido pela totalidade dos inquiridos, com capacidade de condicionar a real concretização das hipóteses de cenarização do CRI de Radiologia foi a elevada limitação demográfica desta unidade local de saúde.

Em relação aos factores endógenos, aquele que foi referido pela totalidade dos inquiridos, com capacidade de condicionar a real ocorrência das hipóteses de cenarização para a implementação deste CRI de radiologia, foi a fraca capacidade de auto financiamento.

Foram no entanto referidos pelos inquiridos outros factores condicionantes para a ocorrência da maioria das hipóteses de cenarização como:

- A possível inexistência dum plano estratégico.
- A possível inadequação dos recursos disponíveis aos objectivos.
- A utilização de modelos organizacionais e de gestão do trabalho inadequados.

Mesmo com a concordância dos inquiridos, em relação à possibilidade de ocorrência das diversas hipóteses de cenarização, existem factores críticos, cuja gestão poderá contribuir para o condicionamento destas hipóteses de cenarização. Estes factores apontados são os elementos essenciais, onde seria importante actuar de forma, a transformar as diversas hipóteses de cenarização deste CRI, em pontos fortes dentro desta organização, ou em oportunidades do meio ambiente envolvente, permitindo deste modo a evolução do modelo actual do serviço de radiologia da ULSNA para um CRI de radiologia. Recomenda-se pois a actuação nestes factores de modo a que estas hipóteses de cenarização sejam uma realidade favorável à real ocorrência destas, como meio de conseguir a exequibilidade mais ajustada possível segundo este stakeholders do serviço de radiologia da ULSNA, a um CRI de radiologia desta unidade local de saúde do norte alentejano.

A forma mais ajustada de reflectir sobre as forças e fraquezas da possível realidade em estudo, condicionada pelas ameaças e oportunidades do meio envolvente, será através da construção duma análise SWOT.

Pretende-se a escolha das melhores estratégias, que possam maximizar as oportunidades do ambiente, associadas ao possível CRI de radiologia, diminuindo as ameaças exteriores e transformando-as em oportunidades. De igual forma relacioná-las com os pontos fortes e fraquezas apontadas para a concretização deste CRI, de forma a fomentar a presença e evolução dos pontos fortes duma organização.

4.4. Análise SWOT sintética da cenarização

Com base na metodologia atrás referida, em relação com o tratamento dos dados quantitativos deste método, vai-se obter a tabela trinta e nove onde se vai proceder à identificação dos pontos fortes e fraquezas, ou análise do ambiente interno do CRI de radiologia. Obter-se-á ainda, a tabela número quarenta, que identifica as oportunidades e ameaças em relação com o ambiente externo deste CRI.

Proceder-se-á ao cálculo dos dois valores que são a relação entre as Forças e as Fraquezas e a relação entre as Oportunidades e as Ameaças, de modo a situar o cenário tendencial deste CRI em análise, num mapa de posicionamento SWOT, identificando o quadrante em que este cenário se encontra.

Recordando o já descrito na página noventa e cinco, para cada hipótese de cenarização (vector da análise), escolhe-se um factor de ponderação, ou seja, a sua importância no conjunto das forças e fraquezas e no conjunto das oportunidades e ameaças. O total dos pesos em cada um dos conjuntos deve ser de 100%.

Seguidamente aplica-se uma escala de valores do 0 ao 10, a estas hipóteses de cenarização, onde 0 = fraquesa, ameaça; 10 = força, oportunidade. Decidiu-se atribuir esta escala pelo número de factores condicionantes reconhecidos pelos inquiridos quer fossem endógenos ou exógenos (a cada factor é atribuído o valor 1). Isto quer dizer que estes reconhecem como já se constatou a possível concretização das hipóteses de cenarização, embora condicionadas, pela presença dum determinado número de factores críticos de desenvolvimento destas. Isto leva a que numa situação hipotética de força ou ameaça em determinada cenarização, dependentemente da quantidade de factores críticos de desenvolvimento presentes, esta, poderá caminhar (valor a valor) na direcção dum fraqueza ou ameaça.

Começando pela tabela número trinta e nove, composta pelas hipóteses, que funcionarão como forças ou vantagens dentro do ambiente interno do CRI da ULSNA, pode-se apontar a “Criação dum call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA de modo a se poder centralizar e efectuar assim a melhor marcação dependente do tempo de espera, deslocação e patologia associada.”, a “Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos, como forma natural de responder à maior produtividade e consequente rentabilização do serviço”, assim como a “ Possibilidade dum maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos existentes versus capacidade instalada “, assente numa “ incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão, adequados à monitorização dos CRI de forma a tomar acções correctivas de forma simples e célere.

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

Do lado das hipóteses que funcionam como fraquezas, estão a "...maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos tendo em conta os objectivos previamente contratualizados."

Tabela 39 – Análise SWOT; vector forças/fraquezas da cenarização

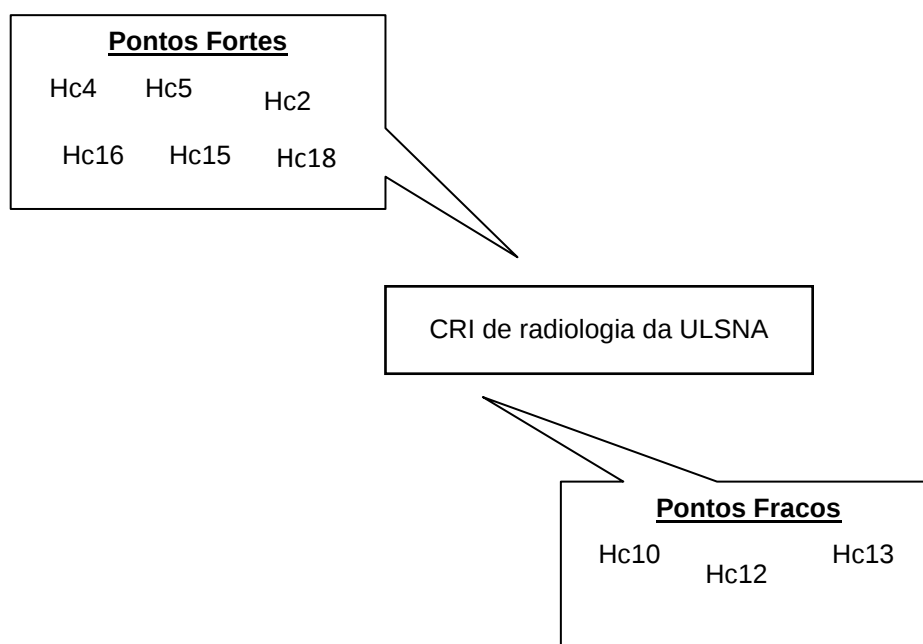
Hc	Peso relativo	Âmbito da cenarização	Valor para o CRI de radiologia da ULSNA. Escala de 0=fraqueza a 10=força.	Eixos estratégicos a cuidar aquando da implementação do CRI de radiologia da ULSNA	Valorização
Hc10	11.32%	Verificar-se-á uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos tendo em conta os objectivos previamente contratualizados.	5	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Criação dum plano estratégico; Adequar os recursos aos objectivos; Fomentação duma cultura organizacional orientada para a qualidade; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.57
Hc04	10.33%	Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos existentes versus capacidade instalada.	8	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Garantir a adequação dos recursos para atingir os objectivos.	0.91
Hc16	10.33%	Incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão, adequados à monitorização dos CRI de forma a tomar acções correctivas de forma simples e célere.	8	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho inadequado.	0.83
Hc05	10.33%	Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos e distribuição de prémios monetários ao desempenho incentivando a produção (maior competitividade)	7	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Garantir a adequação dos recursos para atingir os objectivos; Adequar o modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.72
Hc15	10.33%	A remuneração será constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável calculado com base não só em objectivos e parâmetros de produtividade mínima, como também de qualidade.	6	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Criação dum plano estratégico; Fomentação duma cultura organizacional orientada para a qualidade; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.62
Hc18	9.48%	Criação dum call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA de modo a se poder centralizar e efectuar assim a melhor marcação dependente do tempo de espera, deslocação e patologia associada.	9	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas;	0.85
Hc02	9.48%	Integração das funções de Administração, direcção clínica e chefia operacional que permitem um maior controlo de gestão contribuindo para uma maior agilidade e oportunidade na tomada de decisão.	7	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Fomentação duma cultura organizacional orientada para a qualidade; Adequar o modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.66
Hc09	9.48%	Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos, como forma natural de responder à maior produtividade e consequente rentabilização do serviço.	9	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas.	0.85
Hc12	9.48%	Promoção da formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.	5	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Criação dum plano estratégico; Adequar os recursos aos objectivos; Fomentação duma cultura organizacional orientada para a qualidade; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.47
Hc13	9.48%	A par da formação, promover a investigação científica.	5	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Criação dum plano estratégico; Fomentação duma cultura organizacional orientada para a qualidade; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.47
	100%			= Resultado para o CRI de radiologia da ULSNA	6.96

Fonte: Adaptado de Análise SWOT- www.uniweb.pt/uniweb/Analise_SWOT_ITSY.xl

Depois, a “Promoção da formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.” e a par desta a promoção da investigação científica. Existe ainda outra hipótese de cenarização, que numa primeira fase, se poderia pensar que funcionaria sempre como uma força interna deste CRI, mas que com a presença de vários factores críticos de desenvolvimento desta hipótese, se poderá transformar exactamente no contrário, numa fraqueza interna deste CRI, pelo que, o cumprir dos eixos estratégicos propostos no quadro trinta e nove, são essências para deixar de funcionar como uma desvantagem a possibilidade da remuneração ser “...constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável calculado com base não só em objectivos e parâmetros de produtividade mínima, como também de qualidade.”

Na figura vinte, vai-se poder visualizar numa forma esquemática os pontos fortes e fracos deste possível CRI de radiologia da ULSNA.

Figura 20 – Pontos fortes e fracos do CRI de radiologia



Fonte: Elaborado pelo autor

Posteriormente, prossegue-se para a tabela quarenta, onde se pode observar quais as hipóteses que serão consideradas como ameaças ou como oportunidades deste CRI de radiologia da ULSNA, devido à análise do ambiente externo a este.

Neste quadro e de igual forma que o anterior, vai estar visível, quais as hipóteses que funcionarão como ameaças ou oportunidades, por influência do ambiente externo deste CRI de radiologia. Deste modo a maior oportunidade passará pela possibilidade de

“Realização de contratualização interna da actividade do serviço com o CA de forma a serem atingidos objectivos.”

Desta contratualização resultará que o “...financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade, do volume da actividade realizada e da qualidade dos resultados obtidos.”, depende da quantidade de doentes que procuram o serviço de radiologia da ULSNA e da sua satisfação com a qualidade dos serviços prestados, podendo ser referido a título de exemplo “A Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS), como meio de colocar as imagens à distância em qualquer computador da ULSNA com o devido relatório num período curto de tempo.”.

Tabela 40 – Análise SWOT; vector ameaças/oportunidades da cenarização

Hc	Peso relativo	Âmbito da cenarização	Valor para o CRI de radiologia da ULSNA. Escala de 0=ameaça a 10=oportunidade.	Factores condicionantes endógenos e exógenos a ter em atenção aquando da implementação do CRI de radiologia da ULSNA	Valorização
Hc11	19.67%	A melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.	5	A baixa capacidade de auto-financiamento; as elevadas limitações demográficas; a criação dum plano estratégico; a adequação dos recursos aos objectivos; a presença duma adequada cultura organizacional orientada para a qualidade; a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.98
Hc03	19.67%	Realização de contratualização interna da actividade do serviço com o CA de forma a serem atingidos objectivos	9	A baixa capacidade de auto-financiamento; as elevadas limitações demográficas.	1.77
Hc08	16.4%	O financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade, do volume da actividade realizada e da qualidade dos resultados obtidos.	7	A baixa capacidade de auto-financiamento; as elevadas limitações demográficas; a presença duma adequada cultura organizacional orientada para a qualidade; a presença dum adequado modelo organizativo e de gestão de trabalho.	1.15
Hc14	16.4%	Criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade	5	A baixa capacidade de auto-financiamento; as elevadas limitações demográficas; a criação dum plano estratégico; a adequação dos recursos aos objectivos; a presença de cultura organizacional orientada para a qualidade; a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho	0.82
Hc17	14.75%	A Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS), como meio de colocar as imagens à distância em qualquer computador da ULSNA com o devido relatório num período curto de tempo.	7	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Criação dum plano estratégico; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho.	1.03
Hc19	13.11%	Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada.	4	Garantir a capacidade de auto-financiamento; Relativizar as limitações demográficas; Adequar à estratégia nacional e regional; Criação dum plano estratégico; Garantir a adequação dos recursos para atingir os objectivos; Garantir a adequação do modelo organizativo e de gestão de trabalho; Adequar o modelo organizativo e de gestão de trabalho.	0.52
	100%			= Resultado para o CRI de radiologia da ULSNA	6.28

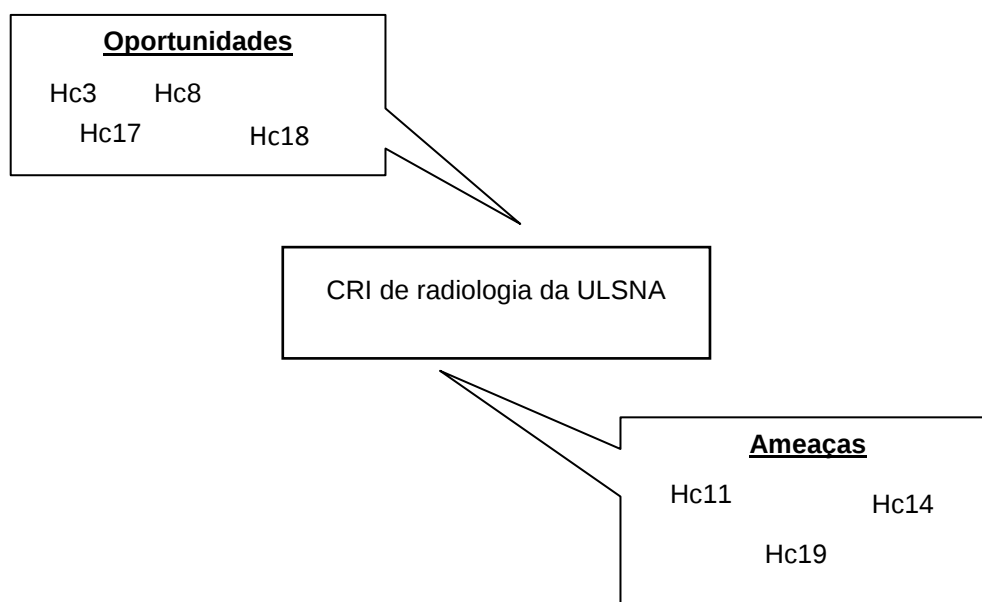
Fonte: Adaptado de Análise SWOT- www.uniweb.pt/uniweb/Analise_SWOT_ITSY.xl

Referindo agora as hipóteses de cenarização que poderão funcionar como ameaças, vai-se começar pela “ Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela

que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada.”. Este é outro exemplo, daquilo que numa primeira fase, poderia funcionar como uma oportunidade, já que existe nova tecnologia para se poder investir e devido há grande presença de elementos críticos de desenvolvimento, transformou esta hipótese numa ameaça. Outras hipóteses de cenarização que poderão ainda funcionar como ameaça, serão as que se referem à “...melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes. “ e a “ Criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade”, que indiscutivelmente poderão ou não atrair mais clientes para este CRI.

Por uma questão de maior simplicidade na hora de identificar, quais as ameaças e oportunidades do meio envolvente, na figura vinte e um, está esquematicamente representada.

Figura 21 – Ameaças e oportunidades do meio envolvente



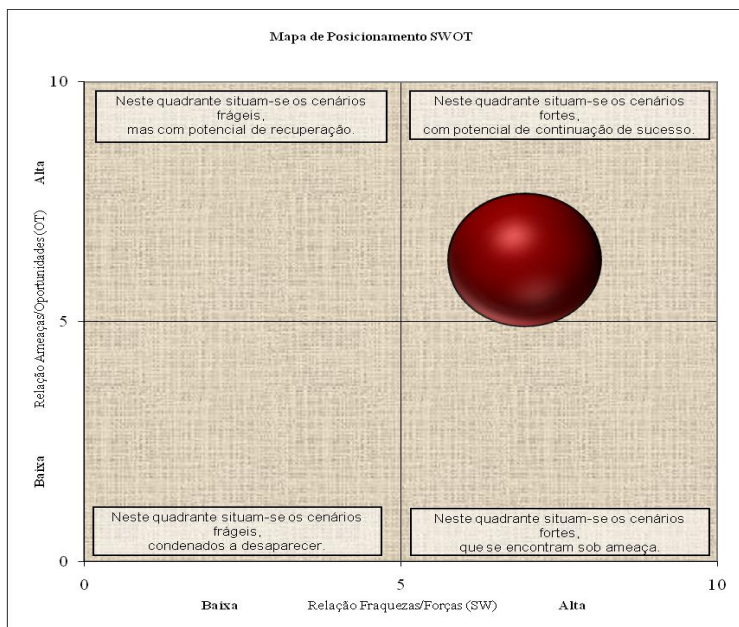
Fonte: Efectuado pelo autor

Depois desta exposição dos vectores de forças/fraquezas e oportunidades/ameaças, vai-se então e de acordo com os dados obtidos nos dois quadros acima, posicionar o cenário mais possível num mapa de posicionamento SWOT da figura vinte e dois, que cenariza o possível futuro CRI de radiologia da ULSNA num quadrante de cenários fortes e com potencial de sucesso.

Da análise desta figura claramente, se pode concluir que a estabilização desta posição neste mapa, duma forma geral, depende da forma como irão ser assegurados

os eixos estratégicos de actuação aquando da implementação deste CRI de forma a minorar os factores críticos de desenvolvimento deste cenário.

Figura 22 – Mapa de posicionamento SWOT



Fonte: Adaptado de Análise SWOT- www.uniweb.pt/uniweb/Analise_SWOT_ITSY.xl

Como já se referiu atrás, os eixos estratégicos, identificados pelos stakeholders, de forma a implementar o cenário tendencial do CRI de radiologia (o cenário mais provável deste estudo), passa por manter e reforçar os pontos fortes, desta análise swot, de modo a manter a posição no quadrante dos cenários fortes e com tendência à continuação do sucesso. Para isso é preciso:

- Criar e operacionalizar um call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA de modo a se poder centralizar e efectuar assim a melhor marcação dependente do tempo de espera, deslocação e patologia;
- Implementar fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos, como forma natural de responder à maior produtividade e consequente rentabilização do serviço;
- Possibilitar uma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos existentes versus capacidade instalada;
- Investir em sistemas de informação de apoio à gestão, adequados à monitorização dos CRI de forma a tomar acções correctivas de forma simples e célere;

Deve-se no entanto transformar as ameaças em oportunidades, de forma a evitar que este cenário caia para o quadrante dos cenários fortes, mas sob ameaça. É preciso criar desafios estratégicos, que permitam:

- O investimento em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada;
- A melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes;
- A criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade.

É muito importante a referência aos factores críticos de sucesso, quer endógenos, quer exógenos, como agentes responsáveis, segundo os inquiridos, pela não ocorrência completa das diversas hipóteses de cenarização. Estes são os elementos que condicionam as hipóteses de cenarização, identificando-as como pontos fortes ou fraquezas no ambiente interno duma organização, ou como ameaças ou oportunidades na envolvente externa desta organização.

Seguindo este raciocínio, é importante a reflexão sobre os factores críticos de sucesso das hipóteses de cenarização deste estudo, como forma de promover ao máximo os pontos fortes duma organização e minimizar as ameaças, pela transformação destas em oportunidades para que o CRI de radiologia da ULSNA, consiga um posicionamento de na tabela swot, como cenário forte e com capacidade de sucesso.

Importa pois contrariar esta tendência para todos os cenários em que não acreditavam, no auto-financiamento destes e que referiam elevadas limitações demográficas.

Uma preocupação também bastante presente, nas hipóteses de cenarização deste estudo e transmitida pelos stakeholders, prende-se pela noção que embora seja possível a concretização de certos cenários, este só poderão ter um desfecho positivo se tiver em conta a minorização dos seguintes factores críticos como:

- A ausência da elaboração dum plano estratégico;
- A inadequação dos recursos disponíveis aos objectivos;
- A Inadequação da escolha, utilização e operacionalização de modelos organizacionais e de gestão do trabalho adequados.

5. Conclusão

Este trabalho numa forma maioritária, debruçou-se sobre o possível impacto social que a criação dum CRI de radiologia na ULSNA poderia acarretar.

Contudo houve a preocupação de juntar a este estudo, os elementos suficientes de modo a se poder opinar sobre a sua viabilidade não só do ponto de vista essencialmente social, mas também do ponto de vista financeiro. Mas e como se teve a preocupação de referir diversas vezes durante este trabalho, o contributo de elementos financeiros a esta tese, teve que passar para uma dimensão secundária, visto que o estudo se estava a tornar bastante extenso, para o propósito desta dissertação. No entanto irão tirar-se conclusões acerca do trabalho executado, não podendo no entanto deixar de referir que a temática numa avaliação financeira deste CRI de radiologia, mereça só por si uma dedicação exclusiva sendo desde logo um bom tema de estudo para uma próxima tese, ou para um outro estudo.

Entrando-se no teor da conclusão propriamente dita e tentando apurar qual a opinião dum conjunto de elementos com interesse no serviço de radiologia da ULSNA, que representavam uma diversidade composta desde representantes do CA da ULSNA, passando por representantes do GPCG, de representantes dos cuidados de saúde primárias e de funcionários das duas unidades funcionais que faziam parte deste serviço, quando se deu início ao trabalho.

Esta tese é numa forma propositada, aliás, como já se fez referência atrás neste estudo, não procurou saber a opinião dos utentes/doentes, que no dia-a-dia deste serviço o utilizam, pois este nunca foi objectivo deste estudo. Para além disso, é indiscutível que esta poderá ser também matéria para outro estudo, ou até estudos, visto a dimensão desta temática e da população alvo.

Quanto à possibilidade de cenarização para os stakeholders participantes deste estudo, estes acreditam numa possibilidade de cenarização tendencial, onde à partida algumas das condições, ou dos pressupostos de existência dum CRI, não serão realizáveis. Afastam-se portanto dum cenário óptimo, onde a implementação deste CRI seria total, abrangendo todos os pressupostos legais e ideológicos que suportam a execução dum modelo organizacional e de gestão como este.

A título de conclusão é importante referir que os inquiridos numa forma geral, não acreditam nalgumas das hipóteses de cenarização proposta através do modelo de Delphi utilizado. Os elementos participantes neste estudo mostram-se pessimistas, não confiando, ser possível ou exequível, num possível CRI da ULSNA, (partindo numa experiência vivida na actualidade neste serviço), poder haver a capacidade de decisão a

um nível mais intermédio assistindo-se a uma descentralização, ou se preferirmos a uma transferência do poder do CA, para o Director do CRI de radiologia.

Existe também, por parte dos inquiridos deste estudo, um sentimento de cepticismo em relação a uma gestão participativa, onde todos os elementos são cruciais, para o desempenho de excelência deste CRI, onde o empenho de todos para o sucesso deste modelo é essencial, permitindo em última análise, uma boa prestação, colocando a radiologia da ULSNA a um plano de maior acessibilidade para todos os utentes/doentes. Este ponto conduz logicamente a uma descrença na possibilidade de ganhos em saúde, não só por maior empenho de todos, mas também por uma acção de maior controlo por parte de todos, conduzindo à satisfação de utentes, funcionários e CA da ULSNA. Descreve-se assim um ambiente a rondar a utopia, onde os inquiridos se mostram incrédulos e demonstram as suas dúvidas em relação à possibilidade da sua concretização.

Talvez como consequência lógica, os participantes deste estudo, não acreditam que um futuro CRI de radiologia possa vir a ter autonomia e capacidade financeira para a realização de investimentos de modernização ou inovação, permitindo a instalação de tecnológica nova, como por exemplo, Ressonância Magnética, Osteodensitometria, etc, como forma de diversificação e modernização dos serviços prestados.

A impossibilidade de concretização destas capacidades ou funcionalidades dum CRI, que o autor deste estudo representou em hipóteses de cenarização, é a razão essencial para a não integração total deste CRI de radiologia, ou seja o cenário óptimo neste estudo é inviável, dando lugar ao tendencial.

No entanto e mesmo com a concretização deste cenário tendencial, é importante referir que associado a cada hipótese de cenarização deste trabalho, estão relacionados factores críticos para o sucesso das mesmas. Ou seja, embora os inquiridos acreditem na sua realização, mas admitem a presença destes factores que podem condicionar a concretização das referidas hipóteses.

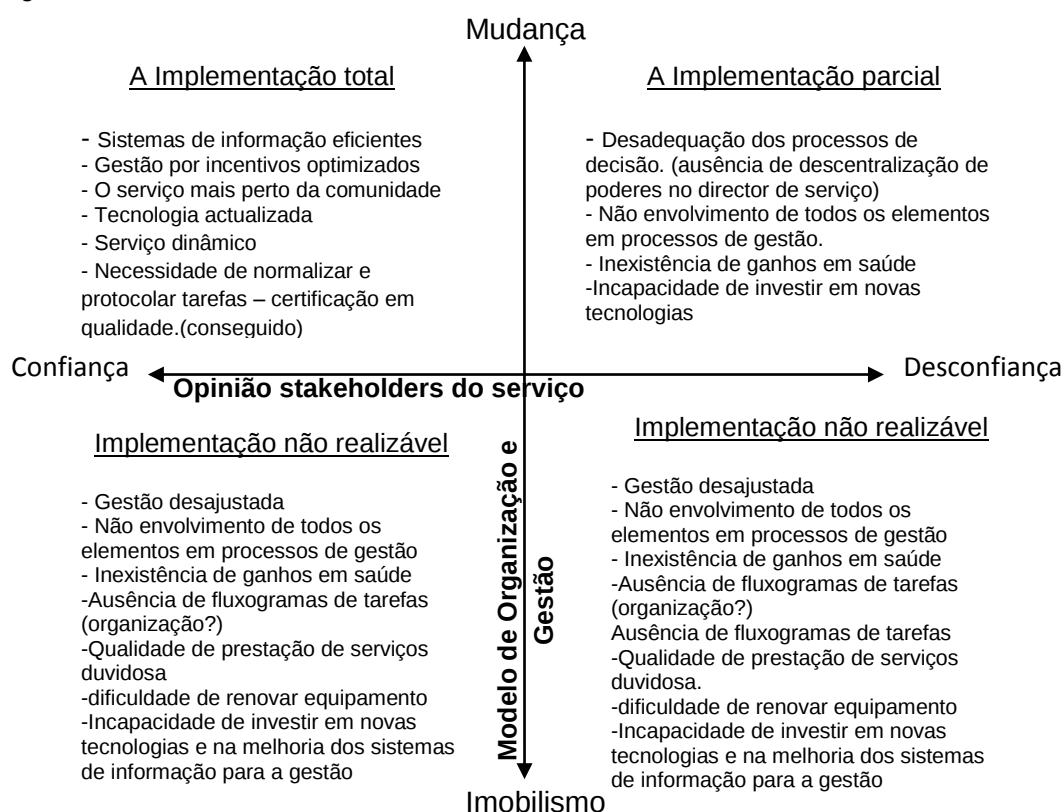
Este condicionamento referido para a concretização destas hipóteses, leva a que estas possam funcionar como ameaças ou oportunidades quando referidas a acontecimentos do meio envolvente deste CRI de radiologia, ou como pontos fracos ou fortes quando se relacionam com acontecimentos no interior do próprio CRI de radiologia. Esta circunstância irá ser mais desenvolvida no próximo sub capítulo, onde se aborda o plano de acção, resultante deste estudo.

É importante ainda uma referência para um dos indicadores utilizados para a realização dos inquéritos, empregues nesta adaptação do modelo de Delphi, que é o timing de concretização desta mudança proposta, com a implementação deste CRI. Não

houve o mínimo de consenso entre os inquiridos em relação ao possível espaço temporal para se poder operar esta mudança. As opiniões, independentemente da dimensão referida, variavam desde uma possibilidade de concretização que poderia ir até aos cinco anos, como a mesma possibilidade de concretização poderia alargar-se até mais de 10 anos. Alguns dos inquiridos, referiram ainda a falta de aplicabilidade dum timing de concretização, ou a presença dum espaço temporal, diferente das alternativas apresentadas no inquérito. Tal facto representa uma total ausência de consenso nos inquiridos sobre a capacidade prospectiva de realização desta realidade proposta neste estudo.

Na figura número vinte e três, demonstra-se de forma concisa, através duma matriz constituída por dois eixos, que representam as incertezas principais deste estudo, acentos na possibilidade de mudança (neste caso acente na implementação dum modelo organizativo de gestão) e na opinião dos stakeholders deste estudo (a confiança que estes depositam na mudança).

Figura 23 – Cenários



Fonte: adaptado do departamento de prospectiva e planeamento e relações internacionais do Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional

Assente nos quadrantes desta matriz pode-se entender a criação dos cenários prospectivos deste estudo. Em suma, dos dois quadrantes com capacidade não realizável, criou-se um cenário pessimista. Aqui este cenário seria sempre não desejável

independentemente da relação de mudança com a opinião dos stakeholders. Representaria sempre a base de partida para este estudo. Estes dois quadrantes numa forma bastante generalizada representam:

- Funcionários conformados;
- Pouca predisposição para colaborar por parte dos funcionários;
- Acomodação dos profissionais
- Dificuldade da comunidade aceder ao serviço, consequente aumento das listas de espera;
- Serviço em “velocidade cruzeiro “
- Aparelhagem obsoleta
- Inviabilidade de aposta em novas tecnologias, etc.

Os dois quadrantes superiores desta matriz, vão sim aportar algo de novo, pois dependente do grau de aceitação dum modelo organizacional pelos stakeholders deste serviço, assim se poderá colocar esta mudança num cenário Tendencial (implementação parcial) ou Optimista (implementação total).

Em relação à implementação do cenário tendencial, que este estudo revela, interessa uma análise mais pormenorizada, realizando um exercício de reflexão, onde se aborde nas diversas hipóteses de cenarização, quais as acções a desenvolver de modo a que os factores críticos destas, sejam direccionados, de forma a se comportarem como oportunidades ou pontos fortes da organização, conduzindo ao sucesso de concretização destas hipóteses de cenarização, assegurando deste modo a sustentabilidade do cenário tendencial.

5.1. Plano de Intervenção

Com a construção deste plano de intervenção, o autor deste trabalho tenciona completar a conclusão deste estudo elaborando um conjunto de linhas orientadoras de acção, tendo em conta os resultados retirados da utilização duma adaptação do método de Delphi e concluído com a apresentação destes dados numa matriz SWOT. Esta partiu da análise dos inquéritos aos diversos stakeholders deste serviço de radiologia, onde se identificaram pontos fracos na análise interna deste serviço de radiologia e ameaças relacionadas com a envolvente externa, tendo em conta a perspectiva de implementação dum cenário de CRI de radiologia desta unidade. Partindo das respostas a estes questionários, estes inquiridos acreditam da implementação dum cenário tendencial, como já foi concluído.

Este plano deve conter as medidas correctivas adequadas, para aqueles pontos menos positivos identificados pelos inquiridos deste estudo, de forma, a optimizar a capacidade para a implementação deste cenário, que é a implementação dum CRI de radiologia nesta unidade local de saúde.

Desta forma e como já foi referido, deve-se criar um tipo de intervenção ao nível das hipóteses de cenarização que representam pontos fracos e das que representam ameaças, onde os stakeholders, identificaram uma serie de factores críticos que poderão condicionar o sucesso desta possível realidade.

A não actuação ao nível destes factores críticos, poderá transforma-los irremediavelmente em factores que condicionarão a ocorrência de algumas hipóteses de cenarização, conduzindo a um abandono da materialização dum cenário tendencial, para um cenário pessimista, onde a concretização dum CRI de radiologia na ULSNA é completamente posto de parte.

Assim e começando pelas desvantagens, pretende-se descrever as acções a efectuar de modo a fomentar e a assegurar a concretização deste cenário tendencial.

Figura 24 – Pontos fracos = Factores críticos/Acções a desenvolver

HC10 – Verificar-se-á uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos tendo em conta os objectivos previamente contratualizados.

HC12 – Promoção da formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.

HC 13 - A par da formação, promover a investigação científica

	Factores Críticos	Acções a desenvolver
HC 10 HC 12	- Elevada Limitação demográfica; - Fraca capacidade de auto-financiamento; - Inexistência de plano estratégico; - Inadequação dos recursos aos objectivos; - Falta de cultura organizacional orientada para serviços de qualidade; - Inadequação de modelos organizacionais e de gestão do trabalho.	- Assegurar o cumprimento do protocolo de transportes de doentes dentro da ULSNA. - Criar uma central de marcações (call-center), que organize a circulação dos doentes dentro da ULSNA com a maior objectividade possível, o menor transtorno possível para a vida destes e o menor despesismo para a ULSNA. - Investir na qualificação e competências dos funcionários através de formação - Proporcionar maiores competências para quem tem cargos de gestão dentro do serviço: . Gestão: planear, organizar, dirigir e controlar . Capacidade efectiva de motivar, Liderar.
HC 13	- Elevada Limitação demográfica; - Fraca capacidade de auto-financiamento; - Inexistência de plano estratégico; - Falta de cultura organizacional orientada para serviços de qualidade; - Inadequação de modelos organizacionais e de gestão do trabalho; - Ausência de estratégia nacional ou local.	- Promover a qualidade da prestação de serviços, através dum progredir no caminho da certificação do serviço. - Proporcionar uma maior informação sobre todos os temas do serviço. - Incentivar a Investigação, como meio de reconhecimento do serviço e dos seus funcionários. - Assegurar a rendibilidade de serviço, para garantir a

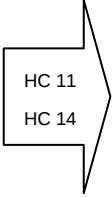
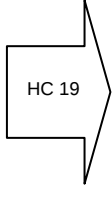
Fonte: Adaptado de Análise SWOT- www.uniweb.pt/uniweb/Analise_SWOT_ITSY.xl

Figura 25 – Ameaças = Factores críticos/acções a tomar

HC11 – A melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.

HC14 – Criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade

HC19 – Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada.

	Factores Críticos	Acções a desenvolver
 HC 11 HC 14	- Elevada Limitação demográfica; - Fraca capacidade de auto-financiamento; - Inexistência de plano estratégico; - Inadequação dos recursos aos objectivos; - Falta de cultura organizacional orientada para serviços de qualidade; - Inadequação de modelos organizacionais e de gestão do trabalho.	- Possibilitar a monitorização da satisfação do utente/doente em relação não só à prestação de serviços de saúde de qualidade por parte do serviço de radiologia, mas também em relação à acessibilidade de estes à realização de exames de radiologia na ULSNA. - Manter e melhorar os canais de comunicação com os diversos centros de saúde - Promover competências em gestão estratégica, com o fim de desenvolver uma visão estratégica capaz de evitar que a concorrência consiga igualar o desempenho do serviço de radiologia da ULSNA, nomeadamente ao nível da qualidade da prestação dos cuidados de saúde.
 HC 19	- Elevada Limitação demográfica; - Fraca capacidade de auto-financiamento; - Inexistência de plano estratégico; - Inadequação dos recursos aos objectivos; - Falta de cultura organizacional orientada para serviços de qualidade; - Inadequação de modelos organizacionais e de gestão do trabalho; - Ausência de estratégia nacional ou local.	- Assegurar a capacidade de financiar diversas tecnologias, disponíveis no meio envolvente, para substituição daquelas existentes no serviço de radiologia da ULSNA, mas em estado de obsolescência, ou por variadas avarias devido ao uso. - Dar a conhecer ao serviço toda uma série de conhecimentos, acerca da existência de estratégias ou não a nível nacional ou local que possam condicionar o serviço quer como oportunidade ou como ameaça.

Fonte: Adaptado de Análise SWOT- www.uniweb.pt/uniweb/Analise_SWOT_ITSY.xl

Metodologia

Tendo em conta estas duas últimas figuras, pretende-se essencialmente transmitir aos vários funcionários do serviço, como também a alguns stakeholders devidamente identificados, conhecimentos e competências em diversos temas de modo a que o cenário tendencial seja uma realidade.

Devem-se proporcionar uma série de sessões de aprendizagem, essencialmente ao nível de conceitos teóricos não só aos funcionários deste serviço e suas chefias, como também a outros stakeholders que se achar pertinente. Estas sessões deverão ser orientadas para a totalidade dos funcionários deste serviço, ou especificamente para determinados grupos, dependentemente dos conhecimentos a transmitir.

Estas sessões serão numa forma geral, exposições orais, geralmente auxiliadas por material informático. Será ainda facultada bibliografia pertinente aos temas em destaque,

sendo que, será atribuído matéria de leitura em formato de fotocópia, ou em formato informático.

Como forma de avaliar a opinião dos elementos que estão em estudo, seria oportuno um seguimento destes, através de estudos prospectivos de forma a perceber quando haveria uma aproximação das opiniões dos diversos stakeholders envolvidos, independentemente de classe profissional.

Neste estudo utilizou-se um Delphi adaptado (somente uma ronda de inquéritos), pois queria-se saber as opiniões sinceras de cada participante. Se nesta altura não importava ao autor desta tese a congruência e homogeneização de opiniões, interessando sim, opiniões individuais e próprias de cada indivíduo, agora com a intenção de exequibilidade deste projecto é indispensável que se consiga através da transmissão de conhecimento, aproximar as opiniões das pessoas envolvidas para o sucesso da implementação deste CRI de radiologia, promovendo a concórdia e a homogeneidade de conhecimentos e opiniões entre os stakeholders, como meio de assegurar a implementação do mesmo.

Recomendações com vista à exequibilidade

Para a implantação dum possível CRI de radiologia na ULSNA, e, com o devido conhecimento do conselho de administração desta unidade local de saúde, deverá ter lugar uma campanha de esclarecimento e de acompanhamento dos funcionários, em relação ao plano de intervenção com vista à concretização deste cenário tendencial do CRI. Este plano deverá também integrar o acompanhamento e informação de outros stakeholderes que se identifiquem como necessários, para a real concretização do CRI.

Recomenda-se pois como grande objectivo deste plano de intervenção:

- Dar a conhecer aos stakeholders deste serviço o conceito de CRI, explicitando todos os benefícios em relação ao modelo que se encontra em funcionamento, na tentativa de envolvimento de todos.

Especificamente pretende-se:

1. Eliminar as dúvidas e o cepticismo em relação ao CRI, de pelo menos 90% dos funcionários do serviço de radiologia, independentemente da categoria profissional, até à implementação do CRI de radiologia.
2. Preparar as chefias do futuro CRI em temas de gestão e gestão estratégia, até à data da sua criação.
3. Formar de igual modo todos os funcionários do CRI, para temáticas de gestão, até a criação do CRI de radiologia.

4.Promover a formação para todas as classes profissionais como forma de garantir a qualidade de prestação de serviços assente numa estrutura organizacional orientada para a qualidade de serviços por excelência, até à implementação do CRI.

5.Prestar Informação aos centros de saúde da ULSNA (como stakeholders que são), de todas as matérias oportunas, durante todo o processo de transição para o CRI de radiologia.

Indicadores

Na tabela abaixo, pretende-se estabelecer por cada objectivo específico, o correspondente indicador ou indicadores.

Tabela 41 - Relação dos indicadores aos objectivos

Objectivo 1	Número de funcionários com dúvidas ou incertezas sobre o CRI, no momento da sua concretização.
Objectivo 2	A presença dum documento onde conste o planeamento, organização, direcção e meios de controlo correctivo, três meses depois da implementação deste plano de intervenção.
Objectivo 3	O número de identificações de desvios em relação ao planeado durante a fase de transição.
Objectivo 4	- Número de funcionários que tenha conhecimento dos fluxos de trabalho, durante a fase de transição. - Número de reclamações de outros Stakeholders do serviço, durante a mesma fase.
Objectivo 5	- Número de reclamações dos centros de saúde, durante a fase de transição. - Número de reclamações dos utentes em igual período de tempo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Actividades a incrementar

Criar um grupo de trabalho que sirva de elo de ligação com os stakeholders exteriores ao serviço. Para além disso, deverá promover a formação permanente, gerindo a formação primeiramente no serviço de radiologia, depois na transição para o possível CRI, para que todos os funcionários tenham acesso ao conhecimento de modo a satisfazer as suas necessidades. Deveria ainda promover a investigação no futuro CRI de radiologia da ULSNA.

Ligação com stakeholders externos:

- Explicar e definir junto dos centros de saúde da ULSNA a ideia da central de Marcações (call center). Criar e protocolar fluxogramas de trabalho em relação à

marcação dos utentes/doentes, de modo a otimizar este processo aquando da implementação do cenário tendencial de CRI.

- Organizações frequentes durante a fase de implementação deste plano de intervenção, de reuniões com os responsáveis por estes centros de saúde, com a preocupação de identificar dificuldades, resistências e juntamente com estes resolvê-las. Pretende-se monitorizar o relacionamento centro de saúde/CRI de radiologia.

Formação

- Proporcionar conhecimentos aos stakeholders do serviço acerca do que é um CRI neste caso concreto de radiologia.
- Proporcionar competências às chefias do futuro CRI de radiologia ao nível do processo de gestão e da gestão estratégica.
- Proporcionar competências básicas essencialmente ao nível do processo de gestão.
- Proporcionar aos funcionários do futuro CRI conhecimentos ao nível da estrutura organizacional e até da forma de dirigir este.

Resultados esperados

Tabela 42 - Resultados esperados associados aos destinatários

Ao nível das futuras chefias do CRI	- Adquirir competências ao nível do processo de gestão: planear, organizar, dirigir e controlar. - Adquirir competências ao nível da gestão estratégica – criação de vantagem competitiva sustentável -
Ao nível dos funcionários	- Adquirirem conhecimentos ao nível do que um CRI: definição, principais vantagens e desvantagens. - Competências básicas de gestão de modo a identificar desvios e a ter uma correcta ideia da utilização racional de recursos. - Devem ainda conhecer e compreender a estrutura organizacional assim como o modelo de direcção.
Ao nível dos centros de saúde da ULSNA	- Adquirir conhecimentos ao nível da central de marcações e da sua forma de operar de forma a melhor interagir com esta

Fonte: Elaborada pelo autor

Recursos utilizados

- Recursos humanos:

- Tempo;
- Material fotocopiado;
- Material informático e multimédia.

Investigação

A promoção da investigação na fase de transição com a aplicação do plano de intervenção e logicamente numa fase posterior de total implementação do cenário tendencial é de grande importância. Numa primeira fase da implementação do plano de intervenção serviria para avaliar os desvios que poderiam ocorrer tendo em conta certos indicadores como:

- A satisfação do utente;
- A satisfação dos profissionais do serviço;
- A satisfação de outros stakeholders, tais como os médicos dos centros de saúde da ULSNA, etc.

A forma de verificação destas avaliações iria processar-se através de questionários.

Resultados esperados

Estes estudos servem numa forma geral para verificar se a formação ministrada e referida anteriormente, está a ser eficaz, de forma a promover satisfação essencialmente do doente/utente, mas também dos próprios profissionais. Isto seria sinal que as ameaças e pontos fracos estavam a ser convertidas em vantagens e oportunidades, essencialmente devido a uma gestão correcta dos factores condicionantes do sucesso destas hipóteses de cenarização. Ou seja, os eixos estratégicos seguidos estavam a promover as vantagens internas do serviço e as oportunidades do meio envolvente.

Recursos utilizados

Essencialmente:

- Recursos humanos;
- Tempo;
- Material de apoio em formato dum questionário.

6. Bibliografia

Fontes estatísticas Consultadas

- Gabinete de Planeamento e Control de Gestão da ULSNA, 2009.

Obras Consultadas

- Abecassis, F., Cabral, N. (2000). *Análise Económica e Financeira de Projectos*. Lisboa: Edição Fundação Calouste Glubenkian.
- Barros, C. P. (1999). *Avaliação financeira de projectos de Investimento*. Lisboa: Vulgata.
- Barros, P. P. (2009) *Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos* (2ª Edição revista). Coimbra: Almedina.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: Gabinete de Análise Económica da Faculdade de Economia da Universidade de Lisboa.
- Caiado, A. C. P. (2003). *Contabilidade de Gestão* (3ª Ed). Lisboa: Áreas Editoras.
- Camara, P. B. (1997). *Organização e Desenvolvimento das Empresas*. Lisboa: D. Quixote.
- Cardoso, L., Abiko, A., Haga, Heitor., Inouye, K., & Gonçalves, O. (2005). *Prospecção de futuro e Método Delphi: uma aplicação para a cadeia produtiva da construção habitacional*: Vol. 5 (nº 3, pp. 63 – 68). Porto Alegre: Associação Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído.
- Cebola, A. (2000). *Elaboração e análise de projectos de investimento*. Lisboa: Silabo.
- Ferreira, J. M. C., Neves, J., & Caetano, A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lousã: Mc Graw Hill.
- Fortin, M. (1999). *El Proceso de Investigación: de la concepción a la realización*, México: McGraw-Hill.
- Freire, A. (2008). *Estratégia: Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo.

- Jordan, H., Neves, J.C., & Rodrigues, J.A. (n.d). O Controlo De Gestão: Ao Serviço da Estratégia e dos Gestores. Lisboa: Áreas Editora.
- Martinez, L., & Ferreira, A. (2007). Análise de Dados com SPSS: Primeiros Passos. Lisboa: Escolar Editora.
- Menezes, H. C. (2005). Princípios Da Gestão Financeira. Lisboa: Presença.
- Moutinho, R. (1999, Março). Organização dos Hospitais em Centros de Responsabilidade Integrados. TecnoHospital, (2).
- Neto, A., Almeida, F., Silva, J., Cavalcanti. (2009). O Método De Análise De Cenários Aplicado Ao Agronegócio Do Etanol Interpretado A Partir Da Abordagem Sistêmica. FACEF (2), 163-180.
- Neves, J. C. (2007). Análise Financeira: Técnicas Fundamentais. Lisboa: Texto Editores.
- Oliveira, S. L. (2000). Sociologia das Organizações: Uma análise do homem e das empresas no ambiente competitivo. São Paulo: Pioneira.
- Ondategui-Parra, S., Gill, L., Bhagwat, J., Intrieri, Lisa., Gogate, A., Zou, K., et al (2004). Clinical Operations Management in Radiology. American College of Radiology, 632-640.
- Ondategui-Parra, S., Bhagwat, J., Gill, L, Nathanson, Seltzer, S., & Ros, P. (2004). Essencial Practice Performance Measurement. American College of Radiology, 559-566.
- Pereira, C. A. C., & Franco, V. D. S. (n.d). Contabilidade Analítica (4ª Ed.). Lisboa: Palmigráfica.
- Pereira, J. M. E. (1988). Contabilidade Analítica: Curso de Contabilidade. Lisboa: Platano Editora.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J.N. (2005). Análise de Dados para Ciências Sociais: A Complementaridade do SPSS (4ª Ed.). Lisboa: Edições Salibo.
- Pinto, J. P. (2006). Gestão de Operações na Indústria e nos Serviços (2ª Ed.). Lisboa: lidel.
- Ribeiro, J. F., Carvalho, P.S., & Correia, Vítor. Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território. (1997). Prospectiva e Cenários: Uma Breve Introdução Metodológica: série "Prospectiva – Métodos e

Aplicações". Departamento de Prospectiva e Planeamento, Documento de trabalho 1, 1-86.

- Sampiere, R. H., Collado, C.F., & Lucio, P.B. (2006). Metologia de Pesquisa (3ª Ed.). São Paulo: Mc Graw Hill.
- Santos, F. L. (2004). Estratégia passo-a-passo. Portugal: Centro Atlântico.
- Serrano, A., Caldeira, M., & Guerreiro, A. (2004). Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação. Lisboa: Editora De informática.
- Sousa, M. J., Duarte, Teresa., Sanches, P.G., & Gomes, J.(2006). Gestão de Recursos Humanos: Metodo e Praticas (3ª Ed.). Lisboa: Lidel.
- Teixeira, S. (1998). Gestão das Organizações: Lisboa: Mc Graw Hill.
- Zorrinho, C., Serrano, A., & Lacerda, P. (2007). Gerir em complexidade (2ª Ed), Lisboa: Silabo.
- Wright, J., & Giovinazzo, R.(2000). DELPHI – Uma Ferramenta De Apoio Ao Planeamento Prospectivo: Caderno de pesquisas em Administração, vol. 1 (nº12, 2º trim, pp. 54 - 65). São Paulo.

Legislação e Regulamentos Consultados

- Portaria 839-A, "D.R. I Série" 147 (09-07-31) 4978.
- Portaria 132, "D.R. I Série" 21 (09-01-30) 660.
- Decreto-lei nº 19/88. "D.R.Série I"17 (88-01-21) 24820.
- Decreto-lei nº 374/99 "D.R. I Série A" 219 (99-09-18) 6489.
- Decreto-lei nº 233/05 "D.R. I Série A" 249 (05-12-29) 7323.
- Decreto-lei nº 50-B/07 "D.R. I Série 42 (07-02-28) 1414.
- Decreto-lei nº 300/07 "D.R. I Série" 162 (07-08-23) 5630.
- Decreto Regulamentar nº 25/2009 "D.R. I Série" 178 (09-09-14) 6270.
- Despacho nº 4765/2009 "D.R. II Série" 27 (09-02-09) 5639.
- Regulamento Interno Da Unidade Local do Norte Alentejano.

Sites Consultados

- Análise Swot – [http:// www.uniweb.pt/Analise_SWOT_ITSY.xls](http://www.uniweb.pt/Analise_SWOT_ITSY.xls), Recuperado em Janeiro de 2010.
- Alvarenga, A., & Carvalho, P. (2007). A Escola Francesa de prospectiva no contexto dos futures studies: Da “ Comissão do ano 2000” Às ferramentas de Michel Godet. Ministério do Ambiente do Ordenamento de Território e do Desenvolvimento Regional: Departamento de Prospectiva e Planeamento. Documento de trabalho 1, 3-49. Recuperado em Dezembro de 2009 de <http://www.dpp.pt>
- Alvarenga, A., Carvalho, S., & Escária, C. (2007). DELPHI: METODO E APLICAÇÕES. Ministério do Ambiente do Ordenamento de Território e do Desenvolvimento Regional: Departamento de Prospectiva e Planeamento. Documento de trabalho 5, 3-38. Recuperado em Dezembro de 2009 de <http://www.dpp.pt>
- Astigarrapa, E. (n.d). EL MÉTODO DELPHI (pp.1 – 14). San sebastian: Facultad de CC.EE y Empresariales – Universidad de Deusto.
- Centro Hospitalar Lisboa Norte. EPE. Recuperado em Maio de 2009 em <http://www.Chln.min-saúde.pt>
- Centro de Investigação de Ciências Sociais da Universidade do Minho (2008, Abril 15). Sistematização dos resultados do focus group: “Descentralização” e parcerias.
- Departamento de Prospectiva e Planeamento. Recuperado em Julho de 2009 de <http://www.dpp.pt>
- Geist., M. (2009). Using the Delphi method to engage stakeholders: A comparison of two studies. Evaluation and Program Planning, 1-8. Recuperado em Janeiro de 2010 de <http://www.elsevier.com/locate/evalprogplan>
- Leal, C.(2007). Construir Cenários: O Método da Global Business Network. Ministério do Ambiente e Planeamento e Relações internacionais: Departamento de Prospectiva e Planeamento e Relações Internacionais.Documento de trabalho 7, 3-13. Recuperado em Dezembro de 2009 de <http://www.dpp.pt>
- O’Loughlin, R., Kelly, A. (2004). Equity in resource allocation in the Irish health service: A policy Delphi study. Health Policy, 271-280. Recuperado em Janeiro de 2010 em [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) .

- Portal do Instituto Nacional de Estatística, em <http://www.ine.pt>. Recuperado em Janeiro de 2009.
- Portal da Saúde. História do SNS, em [http:// www.min-saude.pt](http://www.min-saude.pt). Recuperado em Outubro de 2008.
- Quadro de Referência Estratégico - Portugal 2007-2013. <Http://www.qren.pt> Recuperado em Outubro de 2009
- Rowe, G., Wright, G. & McColl A. (2005). Judgment change during Delphi-like procedures: The role of majority influence, expertise, and confidence. Technological Forecasting & Social Change, 377-399. Recuperado em Janeiro de 2010 de [http:// www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com) .
- Serrão, D. Refundação do Sistema Nacional de Saúde. Recuperado em Outubro de 2008 de <http://www.danielserrao.com> .
- Via Michelin, <http://www.viamichelin.com> . Recuperado em Junho de 2009.

Teses Consultadas

- Ribeiro, R. M. S. T. (2006). Contributo para o desenvolvimento profissional do técnico de radiologia na prática em ecografia: Prospectivas e estratégias. Dissertação de mestrado, Universidade de Évora, Évora, Portugal.

7. Anexos

7.1. Anexo I

Viabilidade financeira do CRI de radiologia da ULSNA

Índice

1.Introdução	P.158
2.Estado Actual da ULSNA	P.161
3.Classificação de Projectos	P.165
4.A análise financeira	P.170
4.1.Estudo Técnico – Económico	P.171
4.1.1.Estudo de Mercado (considerações teóricas)	P.171
4.1.2.Estudo de mercado do projecto CRI de radiologia da ULSNA	P.174
4.1.2.1.Que tipo de Mercado?	P.177
4.1.3.Características do Consumidor	P.179
4.2.Estudos de localização e dimensão	P.179
4.2.1.Caso concreto do CRI de radiologia da ULSNA	P.181
4.3.Estudos de Engineering (engenharia do projecto)	P.186
4.3.1.Aplicação ao projecto CRI de radiologia da ULSNA	P.187
4.3.1.1.Ante projecto e projecto	P.188
4.4.Capacidade	P.197
4.5.Estudos de enquadramento jurídico	P.198
4.5.1.Enquadramento legal do CRI de radiologia da ULSNA	P.199
4.6.Estudo económico-financeiro	P.204
4.6.1.Plano de investimento	P.204
4.6.2.Plano de exploração	P.205
4.6.2.1.Conta de exploração previsional	P.206
4.6.2.2.O cash flow de exploração	P.208

4.6.3.Plano de financiamento	P.209
4.6.3.1.Orçamento de tesouraria	P.210
4.6.3.2.Fundo de maneo	P.211
4.6.3.3.Financiamento médio e longo prazo	P.211
4.6.3.4.Balanço previsional	P.213
4.6.4.Break even point	P.213
5.Conclusão	P.215

Índice de figuras

Figura 1 – Estudo de rendibilidade	P.170
Figura 2 – Onde realizar exames?	P.183
Figura 3 – Realização de exames em Ponte de Sôr	P.184
Figura 4 - Realização de exames de TC, RMN e de exames com introdução de contraste.	P.190
Figura 5 - Realização de exames de radiologia convencional, mamografia, osteodensitometria.	P.191
Figura 6 - Realização de exames de ecografia e ecodoppler	P.192

Índice de tabelas

Tabela 1 - Produção 2007/2008	P.161
Tabela 2 – Económico-Financeiro	P.161
Tabela 3 – Recursos Humanos	P.161
Tabela 4 – Abonos	P.162
Tabela 5 – Remunerações	P.162
Tabela 6 – Custos com fornecimentos e serviços	P.162
Tabela 7 – Exames realizados fora da ULSNA	P.163
Tabela 8 – Custos com RM e osteodensitometrias	P.163
Tabela 9 – Numero de exames provenientes de fora do HSLE e realizados neste	P.163
Tabela 10 - Numero de exames provenientes de fora do HDJMG e realizados neste	P.164
Tabela 11 – Gastos com convencionados pelos centros de saúde	P.164
Tabela 12 – Quadro síntese de necessidades de investimento	P.166
Tabela 13 – Exames realizados no SR da ULSNA	P.176
Tabela 14 – Distâncias entre os três centros produtores de radiologia	P.183
Tabela 15 - Preço por pessoa e exame/transporte	P.184
Tabela 16 – Plano de investimento	P.188
Tabela 17 – Especificações do equipamento	P.189

Tabela 18 – Timing de instalação	P.194
Tabela 19 – Cronograma de investimento	P.194
Tabela 20 – Preço unitário	P.195
Tabela 21 – Exemplo de cálculo de custo unitário	P.196
Tabela 22 - Lista dos recursos humanos. Previsão de remunerações e encargos para a Segurança social	P.197
Tabela 23 – Mapa síntese de investimento	P.204
Tabela 24 – Classificação de custos	P.206
Tabela 25 – Conta de exploração previsional	P.207
Tabela 26 – Cash flow de exploração	P.208
Tabela 27 - Modelo de orçamento de tesouraria	P.210
Tabela 28 – Plano de financiamento a médio e longo prazo	P.212
Tabela 29 – Balanço previsional	P.214
Tabela 30 – Break Even Point	P.213

1. Introdução

Começou por ser um dos objectivos descritos na introdução desta tese de mestrado, no entanto com o desenrolar e com o caminhar para o fim deste estudo percebeu-se, que o estudo económico e social do impacto da instalação dum CRI de radiologia nesta unidade local de saúde, tratados num mesmo plano iria tornar este trabalho demasiado longo, pelo que se decidiu passar a temática financeira para um plano secundário, inserindo-o como anexo, deixando assim lugar para um tratamento exaustivo deste para um futuro trabalho.

No entanto para o autor deste trabalho a resposta à pergunta, será o CRI de Radiologia da ULSNA a solução, para a rendibilização deste serviço?, continua a merecer sentido. Pelo que, e partindo dos dados que lhe foram fornecidos (pese por vezes à falta de colaboração para revelar dados financeiros), e a partir destes calcular outros dados necessários e que constituirão os pressupostos em que assenta esta análise financeira aqui apresentada, que foi a possível. Uma das causas, também pela qual esta análise mereceu um tratamento secundário, prendeu-se com a dificuldade de recolha de dados financeiros da ULSNA, esperando que num futuro trabalho e com uma relação de maior proximidade e de maior colaboração com serviços chaves da ULSNA, sem a qual este tipo de estudo não se poderá realizar de forma exaustiva, intensa e tão rigorosa como seria de esperar, de forma a ser o mais representativa possível da realidade.

De qualquer modo, foi efectuado estudo financeiro com os dados que se conseguiram recolher, prospectivando o mais possível a futura realidade dum CRI de radiologia, de forma a se poder ficar com uma ideia o mais aproximado da possível rendibilidade deste CRI.

No entanto e caminhando para a resposta à pergunta atrás formulada é importante avaliar e provar se o projecto que levará a esta mudança, vai proporcionar benefícios superiores ao custo do investimento, que se está a propor.

Seja um projecto público ou privado, existe sempre uma medida de interesse que é a rendibilidade do mesmo.

Embora a rendibilidade possa adoptar conceitos diferentes, segundo estamos a falar do ponto de vista empresarial ou social, medir a rendibilidade previsional dum investimento é um exercício indispensável, que consiste na "...construção de todo o sistema de elementos técnicos, económicos e financeiros integrados que permitirão o cálculo final da rendibilidade." (Abecassis & Cabral, 2000, p.20)

Neste sentido e tendo em vista a construção duma ideia o mais aproximada possível, do que poderia ser uma futura realidade financeira deste CRI de radiologia (como projecto produtivo), decidiu-se apresentar um estudo da rendibilidade deste projecto. Assim, ainda segundo os conceitos de Fernando Abcassis e Nuno Cabral, deverá efectuar-se por um lado, um estudo técnico – económico, baseado num estudo de mercado, estudo técnico e de dimensões, e num estudo de enquadramento jurídico e financeiro. Por outro lado um estudo económico – financeiro constituído por um plano de investimento de exploração e financeiro (como referido no capítulo da introdução). Para isto é seguida uma metodologia referida por Francisco Abcassis e Nuno Cabral na análise financeira e económica de projectos.

No entanto esta análise de viabilidade financeira (neste estudo) parte de vários pressupostos, que assentam nos valores que irão ser apresentados e com os quais se trabalharão. Assim é importante, entre outros:

- Aceitar o número de exames propostos a realizar;
- Aceitar o preço de cada exame praticado;
- Recorrer-se com êxito à comparticipação do QREN, neste projecto;
- Serem respeitados os custos com os recursos humanos;
- Serem respeitados os custos apresentados em consumíveis e despesas de estrutura;
- Respeitar-se as chaves de imputações utilizadas;
- Aceitarem-se os custos financeiros apresentados (empréstimos bancos), assim como o proposto para amortizações;
- Aceitarem-se os valores apresentados de capitais próprios e os valores do capital realizado, etc.

Vai-se pois dividir esta análise em vários capítulos e sub - capítulos:

- Estado Actual do serviço de Radiologia da ULSNA
 - O CRI de Radiologia como solução?
- Estudo Técnico - Económico
 - Estudo de Mercado (Enquadramento Teórico)
 - Estudo de mercado para a implementação do CRI de Radiologia da ULSNA.
 - Tipo de mercado

❖ Características do Consumidor

- Estudos de dimensão e localização
 - Caso concreto do CRI de Radiologia
- Estudos de Engeneering
 - Caso concreto do CRI de Radiologia
 - Ante projecto e Projecto
- Estudos de Capacidade
- Estudos de Enquadramento Jurídico
 - Enquadramento Legal do CRI de Radiologia
- Estudo Económico – Financeiro
 - Plano de Investimento
 - Plano de Exploração
 - Plano de exploração previsional
 - Cash flow previsional
 - Plano de financiamento
 - Orçamento de tesouraria
 - Balanço Previsional

2. Estado actual da ULSNA

Abaixo, estão descritos os valores de produção e gastos dos Serviço de Radiologia desta Unidade, desde a sua génese em 2007.

Tabela 1 – Produção 2007/2008

Números Ano	Rad. Conv. sem contraste	Rad. Conv. com contraste	Rad. Intervenção	Mamografia	Ecog.	Ecod.	Tc	Total
2007- UFPortalegre	29657	148	145	503	3609	172	7558	41792
2007- UFElvas	28314	321	260	298	2187	256	4085	35721
Total ULSNA	57971	469	405	801	5796	428	11463	77513
2008- UFPortalegre	32175	150	243	559	4447	430	7587	45591
2008- UFElvas	28593	283	240	424	2156	1584	4373	37653
Total ULSNA	60768	433	483	983	6603	2014	11960	83244

Fonte: GPCG, 2009.

Tabela 2 - Económico-Financeiro

euros Ano	Medic.	O.P.Farm	Clínico	Hoteleiro	Admin	Mat/Cons	Outros	Total
2007- FPortalegre	19233.19€	6867.77€	59.306.94€	951.47€	4597.68€	430.55€	513.64€	91901.24€
2007- UFElvas	30383.76€	74.61€	44135.96€	2174.21€	3742.89€	7725.90€	13.04€	88250.37€
Total ULSNA	49616.95€	6942.38€	103442.90€	3125.68€	8340.57€	8156.45€	526.68€	180151.61€
2008- FPortalegre	26478.39€	185.53€	57571.94€	1318.18€	3351.22€	717.25€	765.28€	90387.79€
2008- UFElvas	21740.80€	685.46€	41979.55€	2280.91€	3150.70€	226.07€	4.98€	70068.47€
Total ULSNA	48219.19€	870.99€	99551.49€	3559.09€	6501.92€	943.32€	770.26€	160456.26€

Fonte: GPCG, 2009.

Tabela 3 - Recursos Humanos

Euros Ano	Remuneração Base	Horas extraordinarias	Prevenção	Suplementos	Total A
2007- UFPortalegre	195686.17€	29407.24€	21076.79€	25303.14€	75787.17€
2007- UFElvas	184133.21€	58987.48€	76332.10€	24972.17€	159182.54€
Total ULSNA	379819.38€	88394.72€	97408.89€	49166.10€	234969.71€
2008- UFPortalegre	220249.01€	14813.60€	22549.02€	23862.96€	62334.79€
2008- UFElvas	205753.40€	67119.51€	114720.89€	21955.75€	203796.15€
Total ULSNA	426002.40€	81993.11€	137269.91€	46927.92€	266130.94€

Fonte: GPCG, 2009.

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

Tabela 4 – Abonos

Euros Ano	Subsidio Férias/Natal	Subsidio .Alimentação	Prestações Familiares	Encargos Saúde	Outros	Total B
2007- UFPortalegre	36538.36€	14796.14€	387.36€	703.44€	1253.69€	53678.99€
2007- UFEIvas	30942.94€	13613.70€	800.48€	1146.84€	3372.05€	56459.03€
Total ULSNA	67481.30€	28409.21€	1187.84€	1850.28€	4625.74€	103554.37€
2008- UFPortalegre	37402.10€	16772.85€	1938.89€	1377.75€	199.92€	57686.51€
2008- UFEIvas	33123.15€	14205.86€	2732.34€	1332.04€	5065.64€	56459.03€
Total ULSNA	70525.25€	30928.71€	4716.23€	2709.79€	5265.56€	114145.54€

Fonte: GPCG, 2009.

Tabela 5 – Remunerações

Euros Ano	Total A RemuneraçãoBase	Total B	Total C	Total A+B+C
2007- UFPortalegre	195686.17€	75787.17€	53678.99€	325152.33€
2007- UFEIvas	184133.21€	159182.54€	49875.38€	393191.13€
Total ULSNA	379819.38€	234969.71€	103554.37€	718343.46€
2008- UFPortalegre	220249.01€	62334.79€	57686.51€	340270.31€
2008- UFEIvas	205753.40€	203796.15€	56459.03€	466008.58€
Total ULSNA	426002.41€	266130.94€	114145.54€	806278.89€

Fonte: GPCG, 2009.

Tabela 6 – Custos com fornecimentos e serviços

Euros Ano	Fornec. I	Fornec. II	Fornec. III	Outros Fornecimentos	Total
2007- UFPortalegre	8283.60€	28702.58€	152876.64€	10383.45€	200246.27€
2007- UFEIvas	0	83.60€	161014.12€	142.76€	162522.48€
Total ULSNA	8283.60€	28786.18€	313890.76€	11808.21€	362768.75€
2008- UFPortalegre	0	47525.00€	146251.81€	0	193776.81€
2008- UFEIvas	0	0	96010.73€	0	96010.73€
Total ULSNA	0	47525.00€	242262.54€	0	289787.54€

Fonte: GPCG, 2009.

Legenda:

Fornec. I – Electricidade, combustíveis, água, ferramentas e utensílios de desgaste rápido, livros e documentos, material de escritório, artigos oferta, rendas e aluguer.

Fornec. II – Despesas de representação, comunicação, seguros, Royalties, transporte pessoal, deslocações e estadas, tarefas ou avenças e prestações de serviços.

Fornec. III – Contencioso e notariado, assistências técnicas, publicidade, limpeza higiene e conforto, vigilância e segurança, alimentação, lavandaria, estudos, pareceres projectos e construção. Outros trabalhos especializados.

Para além da produção apresentada, existe ainda uma série de exames que são realizados fora das unidades radiológicas da ULSNA, principalmente por unidade de radiologia privadas, dentro ou não do distrito de Portalegre.

Exames enviados para o exterior no Hospital de Sta. Luzia de Elvas e Doutor José Maria Grande

Tabela 7 – Exames realizados fora da ULSNA

	Hospital de Sta Luzia de Elvas		Hospital DJMGP		Total ULSNA	
	2007	2008	2007	2008	2007	2008
Ressonância Magnética	414	424	452	527	866	950
Tomografia Computorizada	17	09	07	17	26	24
Ecografia	230	46	121	83	351	129
Osteodensitometria	104	101	25	04	129	105

Fonte: GPCG, 2009.

Tabela 8 – Custos com RM e Osteodensitometria

	2007	2008
Ressonância Magnética	160798.29€	265817.49€
Osteodensitometria	5160€	4200€

Fonte: GPCG, 2009.

Tabela 9 – Número de exames provenientes de fora do HSLE e realizados neste.

	2008	2007
	Exterior	Exterior
Doppler	757	51
Ecografia	676	273
Mamografia	248	81
Radiologia de intervenção	101	105
Radiologia s/ Contraste	8244	7641
Radiologia c/ contraste	143	124
TC	1893	1284

Fonte: GPCG, 2009

Tabela 10 – Número de exames provenientes de fora do HDJMG e realizados neste.

	2008	2007
	Exterior	Exterior
Doppler	238	53
Ecografia	2094	168
Mamografia	361	27
Radiologia de intervenção	153	5
Radiologia s/ Contraste	4803	838
Radiologia c/ contraste	68	7
TC	3166	1232

Fonte: GPCG, 2009

Tabela 11 - Gastos com convencionados pelos centros de saúde

Grupo de Exames \ Ano	2007	2008
Radiologia Convencional	119350.93€	106327.2€
Ecografia	359869.78€	350841.7€
Tomografia Computorizada	263098.57€	204222.9€
Ecodoppler	49403.04€	40368.24€
Mamografia	37195.62€	32316.96€
Densitometria Ossea	143723.22€	129092.1€
Exames Especiais	35340.41€	339.46.32€
Exames com introdução de Contraste	5590.48€	5430.11€
Total	1013572.05€	902545.5€

Fonte: GPCG, 2009.

3. Classificação de Projectos

Para Barros, os projectos podem dividir-se de diversas formas, tendo em conta por exemplo o sector de actividade onde estão inseridos, a natureza do investidor, a relação com a actividade produtiva, o objectivo do investimento, a relação entre investimentos ou mesmo o contexto geográfico.

Para Abecassis e Cabral, o importante na classificação de projectos tem a ver com "...a natureza específica dos métodos analíticos de preparação e avaliação..." (2000, p.12), pelo que os dividem em:

Projectos directamente produtivos;

Falamos de projectos directamente produtivos, quando se pretende criar, renovar ou mesmo expandir actividades que produzam bens ou serviços para vender a um preço estabelecido, livremente ou não no mercado.

Projectos não directamente produtivos.

Os projectos não directamente produtivos, referem os que tem a ver com a criação, renovação e expansão de actividades que sirvam de suporte às actividades ditas de produtivas.

Essencialmente o grande argumento de distinção entre estes dois tipos de investimento tem a ver com o preço. Assim, enquanto nos projectos não directamente produtivos o preço ou é impossível de calcular, ou então no de calculo"...intervêm outros factores que não os componentes do seu custo industrial, comercial e encargos figurativos." (Abecassis & Cabral, 2000, p.13)

Deste modo o projecto directamente produtivo é aquele onde se aplicam métodos analíticos para a determinação duma rendibilidade económica e financeira, ao contrário dos não produtivos onde se aplicam métodos analíticos de "...aferição da eficácia relativamente ao custo (custo/eficácia) os quais assentam na transposição para uma base quantitativa, eventualmente não monetária, de indicadores de eficácia de vários tipos." (Abecassis & Cabral, 2000, p.13)

Dentro dum projecto os investimentos classificam-se como de:

- Substituição ou reposição

Tem a ver essencialmente com a renovação do capital existente nas empresas, devido a causas internas ou externas.

Causas internas

Neste tipo de causas podemos identificar duas:

- A desvalorização a que estes estão sujeitos pelo tempo que é utilizado e pela idade que têm. A substituição faz-se por equipamento idêntico sendo o risco mínimo.

- As avarias que levam à inutilização parcial ou total dos equipamentos. Neste ponto embora haja a possibilidade de reparação, deve-se estabelecer o ponto a partir do qual a frequência de avarias e os encargos com a manutenção deve aconselhar a sua substituição. O risco está associado à vida útil de utilização dos aparelhos.

Causa Externas

No que a equipamentos concerne, tem a ver essencialmente com a obsolescência destes, devido à evolução tecnológica, que é difícil de prever o que aumenta o risco em relação aos anteriores.

No caso concreto da ULSNA:

Tabela 12 – Quadro síntese de necessidades de investimento

Investimento de substituição Equipamento	Unidade de Elvas	Unidade de Portalegre
Mesa Digital	Problemas com a qualidade de imagem, demasiada intervenção por parte da firma sem resultados de melhoria. Equipamento com 14 anos, por enquanto ainda são realizados contratos de manutenção.	
Aparelho do Bloco operatório		Necessita de rápida substituição, obsoleto.
Aparelho de RX Portátil		Necessita de rápida substituição, obsoleto.
Mamógrafo	Equipamento com 14 anos, a firma que o vendeu já não realiza contratos de manutenção, chegou ao fim da sua vida média	
Tomografia computadorizada		Equipamento helicoidal com 10 anos, que começou a entrar numa fase de avarias consecutivas, ainda são realizados contratos de manutenção

Fonte de dados: Elaborado pelo autor.

Este tipo de serviços devido ao desgaste do equipamento e às constantes evoluções tecnológicas nesta área, faz com que haja uma necessidade constante de renovar, não só por se tornarem obsoletos, mas também porque a partir de determinada altura as avarias começam a ser demasiado recorrentes.

Expansão -

Este tipo de investimento é originado essencialmente pela afirmação da posição comercial, devido ao aumento considerável do consumo de bens produzidos, ou devido à necessidade de mercado, de diversificar para outros produtos para além daqueles que já produzia.

Segundo Abecassis & Cabral (2000), aqui temos sempre duas posições, expandir a actividade, ou renunciar para a concorrência.

Ainda segundo os mesmos autores e em vista a não se perder a posição comercial conquistada, as empresas tendem a:

- Ampliar a unidade de produção;
- Criar unidades de produção novas;
- Utilizar a subcontratação;
- Aumentar o número de horas de funcionamento.

O risco associado a este tipo de decisões claro que vai ter que ser quantificado.

No caso concreto deste estudo, existem dois serviços de radiologia que já existiam com características técnicas idênticas, mas com tipologia de doentes diferentes.

O serviço do Hospital de Sta. Luzia de Elvas que realizava todo o tipo de exames não só para as necessidades de hospital como também para os centros de saúde da sua zona de influência Campo Maior e Elvas.

De referir que este serviço já algum tempo que tentava alargar o seu mercado de trabalho, indo buscar exames às áreas de atracção como Vila Viçosa, Borba, Alandroal, Monforte e Arronches.

Aqui no entanto por vezes havia alguma selectividade adversa, já que se procuravam os exames que dessem mais lucro.

O serviço do hospital Doutor José Maria Grande que realizava só exames para as necessidades do hospital, ficando o resto “refém” dos privados.

Entra-se emtão, na teoria de economia de escala, onde se por um lado se aumenta a taxa de utilização dos diversos recursos da empresa, por outro se quer o “...acréscimo da dimensão operacional que, embora requeira a utilização de novos recursos, permite alcançar custos unitários inferiores...” (Freire, 2008, p.127). Em resumo de dois serviços de radiologia e com uma área de influência limitada, passamos para um só serviço de radiologia com 3 unidades funcionais que têm que dar cobertura a todo o Distrito de Portalegre.

- Modernização, diversificação ou inovação

Neste caso Abecassis e Cabral (2000) reconhecem três tipos, sempre com vista na redução de custos:

- O investimento em equipamentos novos;
- O investimento em melhoria nos produtos, com aumento da qualidade e redução do custo;
- O investimento em novos produtos.

O primeiro ponto já se tinha referido tanto no investimento de substituição, como no investimento de expansão.

Este tipo de investimento é indispensável ao serviço de radiologia da ULSNA, como já se referiu. Neste caso reveste-se de maior importância ainda mais porque o serviço precisa de comprar um aparelho de TC onde se possa realizar exames de Cardiologia, para além duma Ressonância Magnética, visto não haver nenhuma no distrito. Também seria pertinente a colocação dum osteodensitometro da ULSNA, tendo em vista as características da população (envelhecida) e o montante gasto com convencionados para realizar este exame, tanto dos que são requisitados pelos centros de saúde como pelos dois hospitais deste distrito.

Aqui, tem que se ter em atenção que este é um investimento num serviço apoiado em duas unidades funcionais, que já existiam de forma individualizada como serviços, pelo que tem que se calcular a rendibilidade marginal do novo projecto, comparando a situação já existente com a que se pretende criar.

Nesta situação concreta é indispensável não só o cálculo da rendibilidade para a situação futura, como calcular a rendibilidade para a situação existente neste momento.

Só é justificável o investimento para CRI de radiologia da ULSNA se houver acréscimo de lucros na futura realidade por redução de custos.

- Estratégico

Peumans, quando citado por Abecassis e Cabral, distingue duas categorias, neste tipo de investimento:

- O objectivo de reduzir o risco
- O carácter social do investimento.

Com a criação da ULSNA e a integração de cuidados de saúde primários e hospitalares, assiste-se "...à execução de várias funções da cadeia operacional de um negócio sob a égide de uma só empresa;" (Freire, 2008, p.274), estamos perante uma

integração vertical que neste caso visa "...proteger a empresa nas suas dependências de abastecimentos em quantidade..."(Abecassis & Cabral, 2000, p.17), de forma a reduzir o risco no caso concreto do serviço de radiologia, que assim, terá sempre prescritores.

Através dos investimentos estratégicos procura-se ainda alcançar uma vantagem competitiva em relação à concorrência baseada na investigação aplicada, acompanhando a evolução técnica, como forma de atingir os seus objectivos. Se as empresas não definem "...primeiro o caminho a trilhar, correm o risco de dispersar os seus recursos em inúmeras vias secundárias, ou pior ainda, de enveredar pelos trajectos errados." (Freire, 2008, p.179)

O último ponto tem a ver a criação de um ambiente favorável de trabalho aos funcionários, no caso concreto deste serviço e da própria ULSNA, ponto bastante afectado pelo número de modificações ocorridas de forma repentina.

Neste tipo de investimento e devido às características próprias, não assentam em critérios de rendibilidade imediata mas sim em critérios de rendibilidade global da empresa a prazo.

Segundo Barros, "...muitas das vezes este investimento possui rendibilidade financeira nula ou dificilmente mensurável..." (1999, p.37)

Interessa ainda referir que os Projectos podem ainda ser classificados pela natureza do investidor. Neste ponto é necessário distinguir entre projectos públicos e privados.

No caso concreto deste projecto em estudo, vai ser desenvolvido por uma entidade pública.

Independentemente de se tratar dum investidor público ou privado, para o sucesso dum projecto é indispensável a sua rendibilidade, pelo que no capítulo seguinte, irá ser efectuada a análise financeira deste projecto, numa forma prospectiva.

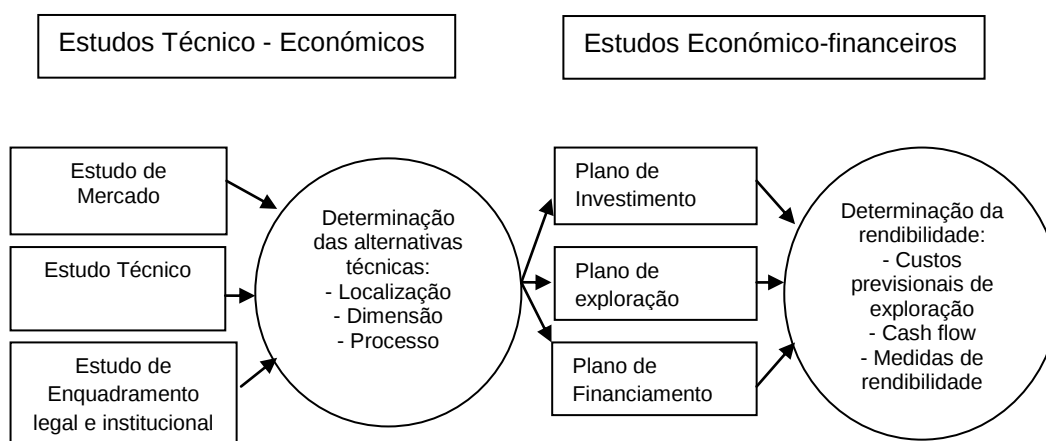
4. A análise financeira

Nesta fase, optou-se pelo cálculo da rentabilidade deste projecto como a capacidade deste poder gerar excedentes líquidos, como forma de ser viável do ponto de vista financeiro.

É necessário que o futuro CRI de radiologia da ULSNA, seja uma organização sustentável do ponto de vista financeiro, capaz de gerar auto financiamento.

Na figura um fica o desenho da avaliação financeira deste CRI, tendo em conta a sua rentabilidade.

Figura 1 – Estudo de rentabilidade



Fonte : Adaptado de Abecassis & Cabral, 2000.

Partindo da dúvida em relação à viabilidade financeira deste projecto, traça-se a hipótese:

“ O CRI de radiologia da ULSNA vai ser rentável?”

Na averiguação da rentabilidade duma organização tipo empresarial como um CRI, neste caso concreto, o CRI de radiologia da ULSNA, começa-se por uma revisão bibliográfica intensa e com a recolha dos dados para esta fase do processo, através dum trabalho de campo de recolha de informação, que passam por medidas exactas e objectivas junto dos serviços mais pertinentes. No caso concreto deste trabalho, quase todos os dados foram essencialmente conseguidos no Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão da ULSNA em relação aos anos de 2007 e 2008 (primeiros anos de vida da ULSNA).

Depois de ter recolhido os dados necessários realiza-se os planos de investimento, exploração e financiamento, para depois se calcular a rentabilidade do projecto.

Como metodologia utilizou-se o caminho indicado na figura numero um de Abecassis e Cabral.

4.1. Estudo Técnico – Económico

4.1.1. Estudo de Mercado (considerações teóricas)

Duma forma geral e sempre que se pretende realizar um projecto de investimento, o estudo de mercado ou avaliação comercial, caracteriza-se essencialmente segundo Barros (1999), pela determinação da quota de mercado da empresa, o preço de venda do produto assim como pela política de distribuição que a empresa irá adoptar.

O objectivo dum estudo de mercado passa por “determinar o valor de produção, a dimensão da tecnologia a adoptar e o valor das vendas.” (Barros, 1999, p.63)

No caso concreto deste trabalho (tratando-se dum projecto produtivo), é necessário “...determinar a procura potencial dos consumidores dos bens ou serviços a produzir, tendo em conta as condições económico-sociais (de concorrência, preços, rendimentos, hábitos, instituições) em evolução nas áreas geográficas visadas pelo projecto.” (Abecassis & Cabral, 2000, p.24)

O ponto de partida para um estudo de mercado passa pela recolha de informação passada e presente, que pode ser quantitativa ou estatística e qualitativa através de por exemplo inquéritos, de forma a prever a procura futura.

Em relação ao tratamento e recolha de informação quantitativa, devem abarcar um período passado suficientemente grande, pelo menos 10 anos, o que nos permitirá não só efectuar extrapolações sustentadas para o futuro, como ainda ter conhecimento detalhado dum conjunto de factores internos e externos que com frequência limitam o mercado. Basicamente, é necessário efectuar um trabalho de pesquisa prévia para enquadrar a actividade e o produto ou serviço que se quer implementar.

Nestes casos geralmente há a necessidade de se socorrer de dados estatísticos que possam dar informações acerca da produção e da despesa, tais como:

- A produção nacional, importação e exportação do produto ou serviço em causa e realizar o calculo do consumo aparente, confrontando este com o consumo efectivo, caso haja disponibilidade desta informação.

- Caracterização da população no país e essencialmente na área onde irá ser implementado o projecto, tendo em conta o rendimento na área a estudar, quando se trata dum bem de consumo final, devendo de imediato efectuar cálculo da evolução do consumo deste bem ou serviço per capita do país, ou da região onde este irá ser implementatado, relacionando-se com o rendimento per capita, segundo Abecassis e

Cabral, “Calcular a elasticidade – rendimento do produto ou serviço em causa”. (2000, p. 26)

- Ter conhecimento do preço onde se produz o bem ou serviço, bem como no grossista, retalhista e consumo final, tendo sempre uma noção histórica deste preço.

- Para finalizar é importante para a política de distribuição da empresa, saber quais as redes de distribuição e comercialização para o produto em causa, e os custos associados.

De toda esta informação sistematizada poder-se-á extrapolar uma tendência de consumo futuro do bem ou serviço em causa, de forma bastante simples e rápida. Ou seja depois da determinação da tendência da procura passada e presente dum bem ou serviço e tendo em conta que não haverá, nem se preverão “...alterações significativas de enquadramento da actividade e do comportamento dos agentes económicos, produtores e consumidores.” (Abecassis & Cabral, 2000, p.26), deduz-se o possível consumo futuro. Na extrapolação da tendência, segundo ainda estes mesmos autores, parte-se do conjunto de dados quantitativos relacionados com a procura ou consumo deste, limitados numa determinada “...série temporal, representada graficamente (nas abcissas os intervalos regulares de tempo entre cada observação, nas ordenadas os valores absolutos da procura ou consumo). A união desses pontos permite empiricamente definir uma curva que prolongada para intervalos de tempo futuros dará uma primeira ideia da grandeza da procura ou consumo. (Abecassis & Cabral, 2000, p.29)

O consumo e procura de bens ou serviços esta intimamente relacionada com o rendimento duma população, segundo estes mesmos autores poderá, obter-se outra estimativa para níveis de rendimento diferentes no futuro, através do que é a “...relação entre o consumo e rendimento per capita do país ou região e o consumo e rendimento per capita de outros países e regiões (...) Tal estimativa basear-se-á no pressuposto da existência de um padrão generalizado de comportamento dos consumidores independente da localização e hábitos da comunidade em que se inserem.” (Abecassis & Cabral, 2000, p.26). Esta teoria vai permitir, que a observação para um determinado espaço temporal para um determinado número de países, proporcione a elaboração duma curva de consumo relacionada com o rendimento. Tal como foi referido para a extrapolação da tendência a elaboração de tal curva vai permitir uma referência em relação á previsão do consumo futuro tendo em conta a estimativa sobre o rendimento per capita no futuro.

Finalizando, estes autores identificam ainda uma estimativa de consumo futuro, baseada na elasticidade – rendimento, “...desde que seja conhecida a taxa de crescimento programada do rendimento nacional ou regional.” (Abecassis & Cabral,

2000, p.26). Convém no entanto esclarecer o conceito elasticidade, que segundo estes autores relaciona a "...variação duma grandeza (variável dependente) em resposta à variação de outra grandeza (variável independente) com ela funcionalmente relacionada." (2000, p.30). Conclui-se deste modo que a utilização da elasticidade - rendimento como meio de apurar o consumo ou procura futura, assenta em que "...por um lado, a evolução do consumo é satisfatoriamente explicada pela evolução do rendimento ou preço..." já que existe "...uma correlação aceitável, comprovada no passado, entre o consumo e o rendimento, e que tal correlação se supõe válida para o futuro." (Abecassis & Cabral, 2000, p.30).

No entanto nem sempre é possível com recurso a dados quantitativos "...determinar a produção, o consumo e os preços de bens; quer porque se encontram agregados em designações genéricas impossíveis de desagregar, quer ainda por serem bens novos. Nesta situação há que efectuar um inquérito à potencial clientela." (Barros, 1999, p.66), ou até entrevistas e pesquisa ad hoc.

Entra-se na recolha e tratamento de informação qualitativa que aborda geralmente períodos de tempo menores que para a informação quantitativa.

Este tipo de análise é complementar da anterior e usa-se num nível mais específico da análise, no que respeita à "...definição do produto e grau desejável de diferenciação dos outros produtos existentes, condições de comercialização, características dos consumidores..." (Abecassis & Barros, 2000, p.27)

Nesta ordem de ideias e no que respeita à especificação e diferenciação do bem ou serviço, convém proceder a uma definição técnica do produto, caracterizada pela discriminação segundo normas actuais escolhidas pela empresa e pela concorrência dos mercados em questão. Reconhecer a possibilidade de existência de produtos "...sucédâneos e a sua importância no total do consumo (estimar se possível a grandeza da elasticidade – substituição)." (Abecassis & Barros, 2000, p.27)

Muito importante também é a determinação da idade do produto no mercado com a identificação deste em relação ao circuito económico, caracterizando-os como bens de capital, intermédio ou de consumo final.

Relativamente às condições de comercialização temos que caracterizar o mercado, identificar a concorrência bem como as "...características da comercialização nas áreas de mercado visadas (tipos de redes de distribuição, organização e qualidade dos intermediários) " e custos "...associados às redes de distribuição (custos de expedição de fábricas, transportes a intermediários, armazenagem por estes e venda)" (Abecassis e Barros, 2000, p.28)

A caracterização dos consumidores deve ter em atenção à sua definição, através da clarificação de tipos e idiossincrasias dos consumidores por classe de rendimentos, assim como a frequência e a ocasionalidade com que os consumidores compram o produto em questão.

Tentar descobrir qual a reacção dos consumidores a aspectos variados como a publicidade e acondicionamento do produto, assim como aos serviços prestados ao consumo.

Convém ainda analisar na área de implementação do produto o enquadramento legal e fiscal. Aqui temos cinco pontos que segundo Abcassis e Cabral convém conhecer o "...regime geral de licenciamento e exercício das actividades de produção de bens ou serviços objecto do estudo de mercado...o regime geral de impostos (indirectos e directos) na área de mercado, e o sistema de subsídios, no que respeita aos produtos a comercializar...o regime aduaneiro (direitos, taxas, emolumentos) para a importação e exportação dos produtos em estudo...o regime de preços e contingentes eventualmente existentes na área de mercado...o regime de incentivos fiscais e de crédito em vigor para a actividade objecto de estudo." (2000, p.29)

4.1.2. Estudo de mercado do projecto CRI de radiologia da ULSNA

Neste caso, a realidade da ULSNA têm pouco mais de 2 anos de existência, pelo que ao nível do tratamento quantitativo, não será viável, essencialmente ao nível de utilização de dados estatísticos com pelo menos 10 anos de histórico, para qualquer extrapolação futura.

Todos os dados que se possam aportar (anteriores à ULSNA) terão a ver com uma realidade completamente diferente, que seria um distrito a funcionar de forma desmembrada com dois serviços de radiologia completamente individualizados e com os 16 centros de saúde a funcionarem separadamente sem uma lógica de unidade local de saúde.

De qualquer forma podem-se aportar dados em relação à caracterização desta população do distrito de Portalegre, nomeadamente ao rendimento. Esta, já esta, atrás realizada segundo dados do INE na caracterização do distrito de Portalegre no ponto 2.5 a partir da pagina secenta e oito (para não se tornar repetitivo, recorre-se ao dados já atrás apresentados).

O projecto que aqui está a ser exposto, têm a ver com a prestação dum serviço, que passa pela realização de exames radiológicos pelo que, não será aplicável, o calculo ou o inquirir de preços no grossista, retalhista e consumidor final, já que neste caso estas figuras são inexistentes, havendo somente um preço estipulado com base na portaria nº 132/2009, Decreto lei nº 21, Série I de 30/01/2009, que constitui a tabela de preços a

praticar pelas instituições de saúde convencionadas pelo SNS e no Despacho n.º 4765/2009, de 28 de Janeiro, publicado na 2.ª Série do Diário da República de 9 de Fevereiro de 2009, correspondente ao preço a praticar no quadro do SNS a serviços prestados a subsistemas de saúde cujos doentes a estes recorram, assim como a quaisquer entidades publicas ou privadas.

Não se conseguiu encontrar nenhum consumo per capita de exames de radiologia no distrito de Portalegre, nem noutro qualquer distrito, no entanto e tendo em conta o rácio do número de exames efectuados a utentes deste distrito pelo número de pessoas do distrito, dá uma média dum exame radiológico por pessoa ao longo do ano de 2007 e 2008.

Está-se a falar dum consumo que não terá uma rede de distribuição nem um custo de distribuição associado, vai-se no entanto mostrar o protocolo de deslocação e transporte dos doentes para realização de exames e atribuir um custo a cada exame referente ao preço de deslocação.

Mais à frente na tabela catorze, fica uma ideia das distâncias a percorrer dentro da ULSNA, em relação às unidades funcionais de radiologia e as localidades dos diversos centros de saúde, que serviu de referência para a atribuição dum custo de deslocação atribuído a cada exame realizado pelo serviço de radiologia desta unidade.

Abaixo na figura treze, serão referidos os serviços (técnicas radiológicas) que se realizarão com a concretização deste projecto dum CRI de radiologia de modo a caracterizar o produto, neste caso os serviços que se irão realizar

Nos estudos de mercado deve-se identificar os sucedâneos, neste caso, dos serviços a prestar. Ao falar-se da realização de exames radiológicos, a prescrição destes exames depende do médico e em certas situações é impossível substituir o exame pedido por outro, pelo que a utilização deste termo não é própria neste ambiente.

Neste serviço existem exames de primeira linha para diagnóstico como é a radiologia convencional, a mamografia a ecografia, depois haverá uma segunda linha de exames onde se poderá incluir a tomografia computurizada a ressonância magnética e a radiologia de intervenção.

Por ser um serviço de radiologia para todo um distrito, existe a tentativa de equipá-lo com todas estas técnicas quer de primeira, quer de segunda linha, de modo a que, para além de rentabilizar o serviço não se tenha que enviar os utentes/doentes fora da ULSNA para a realização deste tipo de exames.

Tabela 13 – Exames realizados no SR da ULSNA

Técnicas radiológicas	Exames a serem realizados
Rad. Conv.	Todo o tipo de exames de radiologia convencional
Rad. introd. Prod. Contraste	Clister Opaco, Estômagos e Duodenos, Esófagos, Urografias, Trânsitos do intestino e do esófago.
Tomografia Compotorizada	TC de corpo, articular e neuroradiologia. AngioTC de carótidas, polígono de Willis, e vasos toraxicos e abdominais.(excepto parte cardíaca) Colonoscopia virtual e perfusão tc
Ressonância Magnética	Todos os exames de corpo e de neurorradiologia, angios, difusão e perfusão RM
Ortopantomografia	Exames de ortopantomografia e telerradiografis de crânio
Osteodensitometria	Exames de coluna lombar, colo do fémur e antebraço.
Mamografia	Exames de mamografia, extereotáxia e galactogáfias
Ecografia	Ecografias mamárias, abdominais, pélvicas, tranrectais e endovaginais, partes moles e ecodopplers venosos e arteriais.
Radiologia de Intervenção	Fistulografias,, Biopsias guiadas por eco e por tc,, drenagens por eco e por tc.

Fonte: Elaborado pelo autor

Existe no entanto neste distrito uma área, onde existe alternativa aos exames de radiologia. Na actualidade, todos os exames com introdução de contraste baritado, como exames de esófago, estômago clister opaco estão a ser substituídos por exames de colonoscopia retrógrada ou endoscopia digestiva com a clara vantagem que durante o exame se efectua em simultâneo, a biopsia.

Quando se fala da realização dum exame de radiologia pelo SR da ULSNA têm que se ter em conta, qual vai ser a sua posição no mercado em relação à concorrência.

Neste distrito existem ao nível de serviços de radiologia, os que abaixo se descrevem, efectuando a identificação da concorrência:

- Centro de Radiodiagnóstico de Portalegre Lda.

Rua Engenheiro Cipriano Calleya 6, Portalegre

7300-057 PORTALEGRE

Realiza: Eco Doppler, Ecografia, Mamografia Digital, Osteodensitometria, Radiologia Digital

- Clube da Saúde

Rua Francisco Marchã 2, Campo Maior

7370 – 013 Campo Maior

Realiza: Radiologia convencional, ecografia e ecodoppler (trabalha só com companhias de seguros e privados).

- Radiologia (Raios X) Doutor Cruz Bucho.

Largo Marquês Pombal 5, Ponte de Sôr

7400-230 Ponte de Sôr

Realiza: Radiologia e Ecografia, Ecodoppler

- João Pinto - Médico Radiologista, Lda

Lote 5, Olival Espargos

7350-124 ELVAS

Realiza: Ecodoppler, Ecografia, Mamografia, Osteodensitometria.

4.1.2.1. Que tipo de mercado?

A concorrência ao nível de realização de exames de radiologia é composta por estas quatro clínicas, três delas estão convencionadas com o SNS (O clube de Saúde trabalha exclusivamente para seguradoras e para doentes de forma particular). Os hospitais desta unidade local de saúde, mantêm acordos com algumas destas clínicas para a realização de exames que não podem ser realizados dentro destas unidades hospitalares, como os exames de osteodensitometria óssea. Referir no entanto que nenhuma destas clínicas executa exames de segunda linha como tomografias computadorizadas, ressonâncias magnéticas, radiologia de intervenção, etc. Por exemplo os exames de RM, destes hospitais vão ser realizados a clínicas fora deste distrito.

Com a criação do CRI de radiologia da ULSNA, o que se pretende é a complementaridade dentro da unidade de saúde de todos os recursos possíveis de radiologia, para que os utentes/doentes deste distrito, não se tenham que deslocar ao sistema convencionado, evitando gastos para o SNS, que desta forma se tornarão evitáveis.

É bom ter em conta algum exemplo de que se passa com os convencionados, como por exemplo, a mamografia. Algumas das clínicas atrás referidas realizam mamografia, no entanto e depois de esta efectuada em caso de patologia, procura-se nos hospitais da unidade o tratamento ou acompanhamento destas situações.

Tendo em conta a política desta unidade de saúde de potenciar economias de escala e da própria disposição estrutural desta, através duma integração vertical com os

15 centros de saúde, que vão servir de base de prescrição (“municionamento de doentes”), por exemplo, neste caso concreto para o serviço de radiologia.

Não vai haver uma política de concorrência perfeita, mas sim um oligopólio (forma mais evoluída de monopólio), por parte do CRI de radiologia da ULSNA, essencialmente em relação aos exames prescritos dentro desta unidade ao nível dos centros de saúde. Dentro das formas de oligopólio assiste-se a um truste como já se referiu com uma disposição e integração vertical. Seria ainda importante referir que ao estar-se a juntar unidades de radiologia como a de Elvas, Portalegre e possivelmente de Ponte de Sôr, no entender do autor deste trabalho, está-se a entrar também numa integração horizontal, já que se está a assistir à junção de “unidades de produção”, neste caso concreto do SR da ULSNA, na fusão de unidades funcionais de radiologia como pretexto para servir uma maior área geográfica e com uma maior diversidade de prestação de serviços, ou de exames de radiologia.

Não obstante de todo este esforço com base em princípios económicos de modelos organizacionais e de gestão, a diferenciação ao nível de serviços prestados por este CRI (exames de radiologia) deverá fazer-se sempre pela qualidade destes. Para isso este CRI pretende munir-se dos melhores equipamentos e de uma estrutura organizacional que lhes confirmem realmente a capacidade de produção de serviços de qualidade, como meio de aquisição de vantagem competitiva sustentada em relação à concorrência, até mesmo porque é necessário atrair os exames vindos de fora da ULSNA, nomeadamente dos subsistemas e companhias de seguros. Para isto poder acontecer, deverá haver sempre por parte do doente/utente a certificação da excelência da produção de serviços de qualidade por parte do CRI da ULSNA, base teórica para este serviço partir então, para uma certificação em qualidade.

De salientar que o volume de produção asseguradas pelas clínicas concorrentes com acordos com o SNS, está relacionado com o trabalho que conseguem realizar essencialmente para os centros de saúde, agora pertencentes à ULSNA. Como uma das preocupações da ULSNA é a redução dos gastos com os convencionados, que em dois anos de existência desta unidade baixou segundo dados do GPCG em cerca de 9.5%, assistindo-se assim a uma redução gradual do volume de trabalho das clínicas privadas de radiologia desta área com a transferência de exames requisitados pela ULSNA, para dentro desta unidade de saúde, claro que para isso o serviço de radiologia terá que ter recursos para dar resposta a todas estas solicitações.

Um dos factores que aqui se tem que ter em conta, passa por uma correcta gestão do plano de transportes dos doentes de forma a reduzir por exame o custo que lhe é imputado pela deslocação do doente. (seria importante a existência nesta unidade de um sistema de informação capaz de calcular o custo em transportes para realizar exames de

radiologia na ULSNA. Aqui seria importante a ajuda da contabilidade analítica desta unidade)

4.1.3. Caracterização do consumidor

Esta caracterização da população já está realizada atrás quando se efectuou a caracterização do distrito de Portalegre.

Este distrito é caracterizado por um grande envelhecimento, um índice de dependência grande e um rendimento baixo, comparativamente ao resto do país.

De referir que o doente nas unidades convencionadas pelo SNS, só tem o custo duma taxa moderadora. Numa porção importante da população deste aplica-se um regime de isenção para a realização destes exames. Pelo que as relações de consumo – rendimento focadas teoricamente no estudo de mercado, não se possam aplicar de forma linear aqui.

Pode-se aferir que a população deste distrito numa forma geral:

- Precisa com bastante frequência de cuidados médicos, pelo que a probabilidade de aumentar a prescrição de exames radiológicos aumenta;

- Ao possuírem um baixo rendimento tendem a procurar cuidados médicos dentro do SNS, aqui representados pela ULSNA, ou pelos locais convencionados pelo SNS;

- Ao precisarem de exames radiológicos, se a ideia nos consumidores deste serviço for positiva em relação à forma como está equipado e como funciona, contribuirá de forma positiva, para a sua escolha em detrimento dos outros serviços privados, assente essencialmente em critérios de qualidade e não numa obrigatoriedade de utilização, imposta numa forma legal ou não.

4.2. Estudos de localização e dimensão

Através deste estudo, numa forma simplista pretende-se o melhor sítio para a localização da unidade produtora de bens ou serviços, onde os custos sejam os menores.

Este estudo depende da avaliação prévia do que Abcassis e Cabral chamam forças locais, que se agrupam ainda, segundo estes autores, em disponibilidades e custo de factores, custos de transporte e factores de condicionamento.

Barros, afirma que este tipo de estudo está sujeito aos "...custos dos inputs e outputs e por considerações de ordem social e política." (1999, p.60)

Para os diferentes autores, embora com nomeações diferentes, importa sim os custos o mais reduzidos possível que se irá imputar a estes factores, assim como a relação que irão ter com a dimensão da unidade de produção e com o tamanho do mercado.

Deste modo, e embora a nomenclatura diversifique conforme o autor, o importante a reter é que os factores que vão estar em jogo são basicamente os mesmos, assim, disponibilidade e custos de factores ou inputs, terão a ver com os custos em mão-de-obra, matérias-primas ou matérias subsidiárias, enquanto que aos outputs incluem os custos de transporte e a sua acessibilidade ao mercado.

Abcassis e Cabral, no entanto falam ainda em factores de condicionamento, que passa pelo clima rede de comunicações, regime fiscal e outros.

Aliada à localização da unidade produtiva é importante pensar também a dimensão desta tendo em conta as características do mercado.

Quanto à dimensão ou à capacidade da unidade produtiva, estão relacionadas não só com o resultado do estudo de mercado (grandeza previsível de mercado), mas também com os estudos técnicos (capacidade produtiva).

Assim a grandeza dimensão, entendida como a capacidade de produção da unidade a implementar, vai ter uma correlação não só do ponto de vista técnico, como também do ponto de vista económico. Vamos ter em atenção que tanto o conceito de “...máximo de produção possível dado a um certo equipamento”, como o de “nível de produção que minimiza os custos unitários ou conduz ao máximo de lucro, atendendo ao mercado”, (Abcassis & Cabral, 2000, p.41) contribuem para a concepção de dimensão da unidade.

Desta forma o estudo de mercado vai reflectir a dimensão global do mercado, como fronteira para a capacidade.

Mais uma vez deve-se recorrer a unidades semelhantes, ou no país ou no estrangeiro, e ver qual o mínimo economicamente rendível, para depois segundo Abcassis e Cabral, comparar com o estudo de mercado para o estudo em questão. Se “...esse mínimo é maior que o mercado total previsto (...) o projecto deve ser rejeitado (...) Se é menor o estudo deve ser prosseguido...”, tendo então lugar a análise da relação capacidade-quota de mercado.

Estes autores ressaltam ainda a ideia de que existem condições específicas de país para país e dentro do mesmo, de região para região.

A especificidade destas condições prende-se com a “...disponibilidade, custo de factores de produção, e respectiva produtividade...”, que fazem variar o mínimo economicamente rendível.” (Abcassis & Cabral, 2000, p.42) Razão pela qual se têm que

ter especial preocupação e atenção que a variações destas condições, se registre sempre dentro de limites estreitos, não esquecendo que unidades projectadas com capacidades muito inferiores ao mínimo economicamente rendível, apresentará custos com a produção muito pouco competitivos. Mais ainda, deve-se apresentar para o projecto "...estimativas genéricas do custo de produção para pelo menos 3 escalas de capacidade de modo a situar o comportamento do custo unitário médio." (Abcassis & Cabral, 2000, p.42)

Determinam-se agora custos de produção fixos e variáveis.

Os fixos, são aqueles que não variam com o nível de actividade, desde que a capacidade de actividade se mantenha constante, por exemplo a mão-de-obra de supervisão e administração, as rendas e seguros, as amortizações.

Os variáveis, onde existem variações, mesmo sem alterar a capacidade de produção, são a título de exemplo as matérias-primas e subsidiárias, os custos com energia, encargos administrativos, financeiros e de comercialização.

Calcula-se então o ponto crítico, que Abcassis e Cabral definem como "...o nível mínimo de capacidade, ou volume de produção, que permitirá a cobertura, pelas receitas, dos custos de produção, ou seja, o ponto de capacidade a partir do qual o projecto se torna lucrativo." (2000, p.43)

Se o ponto crítico se situa acima do que se tinha previsto como quota de mercado para o projecto, então este não deve continuar. No entanto se fica abaixo da quota de mercado prevista, o projecto deve continuar. Por outras palavras, os níveis de produção abaixo do ponto crítico tornam inviável um projecto, enquanto que níveis de produção acima tornam os projectos viáveis.

Nesta ordem de ideias um projecto com um ponto crítico baixo, assegura aos seus responsáveis uma maior segurança, perante a incerteza dos mercados, tornando-o um projecto mais flexível.

4.2.1. Caso concreto do CRI de Radiologia da ULSNA

Como já se referiu, este CRI vai ter origem em duas unidades funcionais de radiologia já existentes, uma situada em Elvas e outra em Portalegre. Será aumentado por uma terceira unidade funcional de Ponte de Sôr, cuja escolha de localização se prende com o facto de neste centro de saúde funcionar um serviço de urgência básica, onde um dos seus requisitos é a existência dum serviço de radiologia (convencional) que labore durante as 24 horas.

Concluindo a determinação da localização deste CRI, vai depender duma capacidade já instalada e com uma exigência legal, que determina, onde se implementar uma terceira unidade funcional.

É claro que efectuando uma análise ligeira das forças locacionais, pode-se constatar que:

- Ao nível do que são os custos de factores, aqueles que poderiam suscitar mais limitações, seriam os custos com a mão-de-obra qualificada. A quantidade de médicos radiologistas no interior do país, nomeadamente no distrito de Portalegre é um problema, só que em pleno século XXI tem solução sem custos adicionais muito significativos, como se verá adiante.

- Em relação aos custos em transportes, esta distribuição vai estar dependente não só do protocolo de transporte aprovado pelo CA da ULSNA, como também da forma como se distribuem os doentes tendo em conta não só a distância como também a capacidade das unidades funcionais em causa. O autor deste trabalho defende a criação duma central de marcações, ou dum call center que pudesse conduzir as deslocações dos utentes ao longo do distrito da forma mais económica para esta unidade local de saúde, mas também da forma mais satisfatória para os utentes/doentes de modo a causar o menos transtorno possível na normal vivência destes, tanto pessoal, familiar como laboral.

Será útil olhar para a tabela número catorze, com as principais distâncias de alguns concelhos com Elvas, Portalegre e Ponte de Sôr. (Ponte de Sôr, como possível centro de produção de radiologia convencional no futuro)

Tendo em conta as distâncias, a capacidade de cada Unidade Funcional de Radiologia e a composição dos agrupamentos dos centros de saúde, mais à frente na figura dois, ficará definido onde os habitantes de cada conselho realizariam os exames duma forma geral.

Quando o serviço de radiologia do serviço de urgência básica do centro de saúde da ponte de sôr abrir, ou comece a trabalhar em pleno, assiste-se a uma reorganização dos doentes para as unidades funcionais de radiologia. Onde por questões meramente de proximidade, deviam-se dirigir à unidade funcional de Ponte de Sôr, os utentes dos conselhos representados na figura três.

De realçar no entanto que quando esta unidade abrir estará simplesmente equipada com radiologia convencional, pelo que para os outros exames, as deslocações seriam como na figura dois. A excepção seria para a Ressonância Magnética, que seria colocada na unidade funcional de radiologia de Portalegre, enquanto a Osteodensitometria, seria colocada em Elvas.

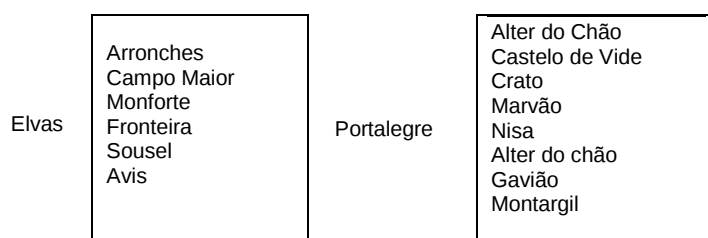
Tabela 14 – Distâncias entre os três centros produtores de radiologia

	Elvas			Portalegre			Ponte de Sôr		
	Tempo de percurso	Distância	Custos	Tempo de percurso	Distância	Custos	Tempo de percurso	Distância	Custos
Alter do Chão	63 m	62 Km	29.14€	32 m	30 Km	14.1€	35 m	34 Km	15.98€
Arronches	33 m	33 Km	15.51€	28 m	24 Km	11.28€	-	-	-
Avis	69 m	85 Km	39.95€	61 m	59 Km	27.73€	29 m	28 Km	13.16€
Campo Maior	21 m	19 Km	8.93€	52 m	50 Km	23.5€	-	-	-
Castelo de Vide	75 m	85 Km	39.95€	20 m	20 Km	9.4€	-	-	-
Crato	76 m	84 Km	39.48€	25 m	23 Km	10.81€	45 m	45 Km	21.15€
Elvas	-	-	-	57 m	61 Km	28.67€	96 m	95 Km	44.65€
Fronteira	56 m	55 Km	25.85€	46 m	49 Km	23.03€	51 m	50 Km	23.5€
Gavião	100 m	117 Km	54.99€	48 m	56 Km	26.32€	34 m	29 Km	13.63€
Marvão	82 m	86 Km	40.42€	26 m	21 Km	9.87€	-	-	-
Monforte	33 m	33 Km	15.51€	24 m	28 Km	13.16€	-	-	-
Montargil	-	-	-	90 m	87 Km	40.89€	27 m	26 Km	12.22€
Nisa	90 m	92 Km	43.24€	38 m	36 Km	16.92€	58 m	53 Km	29.41€
Portalegre	57 m	61 Km	28.67€	-	-	-	62 m	62 Km	30.55€
Ponte de Sôr	96 m	95 Km	44.65€	62m	62 Km	29.14€	-	-	-
Sousel	46 m	65 Km	30.55€	48 m	56 Km	26.32€	56 Km	52 Km	24.44€

Fonte: www.viamichelin.com

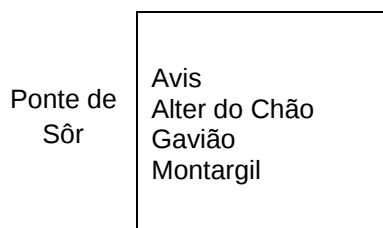
Não existe na ULSNA, nenhuma referência ao que se gasta em transportes, somente para a realização de exames de radiologia. Neste trabalho calcula-se que esta unidade local de saúde iria ter um encargo de **1.97€ por pessoa e exame**.

Figura 2 – Onde realizar exames de radiologia?



Fonte: Elaborado pelo autor

Figura 3 – realização de exames em Ponte de Sôr



Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 15 – Preço por pessoa e exame/transporte

Centros de saúde	nº de viagens	nº KM X preço Km	Total	Centros de saúde	nº de viagens	nº KM X preço Km	Total
CS Avis	1242	79,90 €	99.235,80 €	CS Ponte de Sôr	4301	58,28 €	35.041,32 €
CS Campo Maior	2073	17,86 €	37.019,32 €	CS Gavião	1036	52,64 €	54.355,50 €
CS Arronches	808	31,02 €	25.056,41 €	CS Nisa	1928	33,84 €	18.912,10 €
CS Fronteira	808	51,70 €	41.747,75 €	CS Alter do Chão	875	28,20 €	18.585,21 €
CS Monforte	782	31,02 €	24.265,40 €	CS Crato	942	21,62 €	16.713,20 €
CS Sousel	1343	61,10 €	82.026,75 €	CS Marvão	889	19,74 €	53.598,57 €
Cs Elvas	45	57,34 €	2.554,96 €	CS Castelo Vide	935	18,80 €	17.573,30 €
Total agrupa. CAIA			311.906,37 €	CS Portalegre	107	57,34 €	6.131,06 €
			Total	Total agrupa. S. Mamede			220.910,25 €
Total ULSNA = 532.816,62 € Preço por pessoa = 532.816,62€ / 112250 = 1.97€							

Fonte: Elaborado pelo autor

Neste cálculo de referir que foi baseado no preço de 0.47€ por quilómetro estabelecido em despacho interno pela ULSNA, ainda no regulamento interno de transportes, que estabelece a deslocação preferencialmente em carros tipo A2 (7 lugares), tendo em conta que a taxa de dependência deste distrito rondará os 70%. Com apoio no regulamento interno de transportes, que permite um acompanhante em menores de 14 anos e maiores de 65 anos, um carro que transporte 7 pessoas, só aproximadamente 4 serão para realização de exames radiográficos.

Estes cálculos partem do pressuposto, que neste distrito em média cada habitante realizará pelo menos um exame radiológico, preferencialmente no hospital do seu agrupamento. (excepção na realização de ressonâncias magnéticas e osteodensitometrias, realizadas numa fase inicial só em Portalegre e Elvas respectivamente)

Embora o custo de transportes dos doentes seja sempre imputado à ULSNA, com a criação do CRI de Radiologia como já foi referido, criar-se-ia dentro deste, uma central de marcações que coordenasse da melhor forma conjuntamente com os diversos serviços e centros de saúde a deslocação dentro da unidade local dos doentes de forma a melhor rentabilizar não só o transporte em si (evitar a circulação de carros de transportes, táxis ou ambulâncias sem a sua capacidade estar esgotada), como também dependentemente dos exames a efectuar, colocar os doentes o mais perto possível de casa a realizar estes exames, rentabilizando recursos humanos e materiais das unidades funcionais de radiologia e evitando deslocações desnecessárias, o que seria mais benéfico para o doente, evitando o desconforto de grandes deslocações e evitando o gasto de recursos financeiros desnecessários.

O projecto de criação desta central de marcações, seria não só uma mais-valia de gestão, como já se referiu, mas também do estabelecimento de elevados padrões de qualidade e de satisfação para o doente, senão veja-se:

- Permitiria o atendimento quer via e:mail, quer telefónico de duvidas relacionadas com os exames a efectuar(preparações, confirmação de horas, tempo real de demora de realização,...);

- O relembrar via sms a cada utente dos exames a efectuar, evitando uma taxa de não comparência que por vezes se manifesta importante;

- Uma alternativa mais flexível, mais simples, mais acessível, não só das marcações, mas também de qualquer outra modificação, ou alteração;

No entanto e essencialmente para os centros de saúde, que trabalham com estas unidades funcionais de radiologia seria uma mais-valia pois:

- Veriam a sua função de organização de transportes facilitada;

- Teriam uma “porta” de acesso a este CRI, muito mais acessível e rápida;

- Um maior espírito de colaboração essencialmente ao nível da disponibilidade de exames e relatórios.

Em resumo, seria uma forma mais acessível de entrar em contacto com este serviço, através das diversas alternativas tecnológicas, mais que nada, seria uma porta de comunicação com o serviço de radiologia da ULSNA. É bom relembrar que num distrito com um índice de analfabetismo de cerca de 20%, um índice de envelhecimento superior à média do país, onde o poder de compra é inferior à média do país, torna-se indispensável criar formas de comunicação com este tipo de instituições, rápidas, fáceis e ao alcance de todos, evitando a procura dos serviços administrativos, desnecessariamente, com problemas relacionados com a realização de exames, que

podem facilmente ser resolvidos desde casa, através do telefone por exemplo, aliviando estes serviços administrativos da procura diária a que são sujeitos.

Quanto aos factores de condicionamento, realça-se a rede de comunicação, essencialmente com o aparecimento do sistema de informação PACS, que vai permitir efectuar exames de radiologia com o médico radiologista à distância, para além de outras vantagens. Este ponto vai possibilitar a confirmação da dimensão desta unidade de produção, que como se referiu têm condicionamentos históricos (de falta de médicos radiologistas) nos dois serviços de radiologia, juntando-se a este serviço de radiologia da ULSNA, uma terceira unidade funcional localizada em Ponte de Sôr, que poderia aportar ainda condicionantes demográficas.

Ao se juntar três unidades de produção para além duma aposta no efeito duma economia de escala, tem-se em consideração também uma integração horizontal, onde se pretende aumentar a quota de mercado.

4.3. Estudos de engineering (engenharia do projecto)

O estudo de engenharia como Barros o chama, têm duma forma geral, de ser desenvolvido paralelamente ao estudo de mercado, como avaliador técnico das variantes do projecto.

Ainda o mesmo autor chama à atenção para a necessidade deste tipo de estudo ser desenvolvido indiscutivelmente por especialistas conhecedores da tecnologia a utilizar no processo de produção, já que desta escolha, depende a veracidade e a validade da análise económico-financeira de rendibilidade.

Os estudos técnicos de engineering são compostos por um estudo preliminar de criação e preparação do anteprojecto e projecto técnico.

Dos estudos a realizar anteriores à criação do anteprojecto e projecto técnico têm-se a fase que situa os especialistas no campo de informação da unidade produtiva que se irá criar.

Esta inclusão neste meio faz-se com o recurso à pesquisa bibliográfica sobre material técnico que possa acarretar conhecimentos sobre a unidade a criar, de forma a que, as escolhas que se possam vir a tomar sejam actualizadas, adequadas, pertinentes, sensatas e onde não se venham a descorar aspectos importantes.

É necessário ter noção sobre a tecnologia existente no mercado, mas também sobre as alternativas a estas, de modo a que se possa efectuar estudo sobre alternativas ao processo de produção.

Deve também pesquisar-se sobre as matérias-primas, ter conhecimento de ensaios sobre estas, para que se apure as vantagens e inconvenientes relativas a cada uma.

Requerer-se, desde uma fase bastante primitiva, do projecto, rigor e detalhe de modo a que o processo não parta logo enviesado, construindo-se uma estimativa tão correcta quanto possível dos custos do investimento. Será prioritário o apurar tão fidedignamente quanto possível dos custos de terrenos, equipamentos, etc.

Deste modo este estudo deverá ser acompanhado de uma planta do terreno, com a implementação de edifícios, indicação de áreas cobertas e não cobertas de secções auxiliares e principais. Um Fluxograma das actividades a desenvolver e das máquinas que lhe estão associadas, descrevendo sucintamente cada actividade. Documento com as especificações dos equipamentos, quer sejam principais ou auxiliares, onde conte a sua "...designação, origem, capacidade, custo de aquisição e de montagem." (Abcassis & Cabral, 2000, p.37) Por último um cronograma do investimento com a correspondente duração das etapas de construção e de Instalação.

Identificar tão fidedignamente quanto possível, as necessidades dos factores de produção como matérias-primas, mão-de-obra, etc, "...as condições locais da sua obtenção, e a partir delas a estimativa do custo de produção para níveis de capacidade." (Abcassis & Cabral, 2000, p.36)

Devem portanto constar neste documento, a previsão do consumo normal de "...matérias-primas, subsidiárias, energia, água, combustíveis, (...) por unidade produzida e por escalões de capacidade (...) Lista de pessoal por secções com categorias e previsão de remunerações e encargos sociais (...) Condições locais de abastecimento e recrutamento, baseadas em inquérito sobre as disponibilidades, preços, qualidade." (Abcassis & Cabral, 2000, p.37)

De salientar que este projecto preliminar tem que ser completado por elementos financeiros essencialmente ao nível do plano de Investimento e essencialmente de exploração.

4.3.1. Aplicação ao projecto CRI de Radiologia da ULSNA

Como em qualquer trabalho que se pretenda levar em frente, este necessita duma pesquisa bibliográfica, sobre o que queremos elaborar realizada preliminarmente.

Neste caso dos CRI, a bibliografia é escassa e desde a sua regulamentação em 1999, somente existem "...para além dos departamentos da área da saúde mental, equiparados a CRI, (...) dois CRI a funcionar. Encontram-se ambos em Coimbra: um, dirigido pelo Professor Manuel Antunes no Hospital Universitário, é o Centro de Responsabilidade de Cirurgia Cardiotorácica; o outro, sob a responsabilidade do Dr. Rui

Pato no Centro Hospitalar da cidade, é da área da Pneumologia”(Barros & Gomes, 2002, p.91)

Segundo o sítio da Internet do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, em 2009 poderão surgir por propostas do CA deste centro hospitalar mais três CRI de cirurgia cardio toraxica, ortopedia e radioterapia.

Deste modo optou-se por simular, com os poucos dados existentes, o CRI de radiologia da ULSNA.

4.3.1.1. Ante projecto e projecto

Estimativa dos custos de investimento

O cenário previsional deste estudo começa com a descrição de Investimentos técnicos previstos, com os respectivos custos.

Neste cenário vai-se apresentar no anexo II, planta destas duas unidades funcionais de radiologia de Elvas e Portalegre, constituintes no possível CRI de radiologia da ULSNA.

Na tabela número dezasseis, para além de referência à aquisição de equipamento, refere-se ainda o custo da preparação das infra-estruturas para acolher estes equipamentos, quando é caso disso.

Tabela 16 – Plano de investimento

Descriminação	Anos				
	Ano I	Ano II	Ano III	Ano IV	Ano V
Equipamentos:					
Aparelho portátil de RX (UFRP)	30.000,00 €				
Ecografo (UFRE)	75000,00 €				
Intensificador de Imagem para BO (UFRP)	78.650,00€				
Mamografia (UFRE)	234.000,00€				
Osteodensitomet ria (UFRE)	57.000,00 €				
Ressonância Magnética (UFRP)	900.000,00 €				
Tomografia Computorizada (UFRP)	720.000,00 €				
Preparação de infra - estruturas para:					
Formação e treino do pessoal	Incluído no preço dos aparelhos				
Montagem de Ressonância Magnética	228000,00€				
Adaptação Mamografia	12.507,00 €				
TOTAL	2335157,00 €				

Fonte: Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

A tabela número dezaseis é complementada com a tabela número dezasete, onde se efectua uma rápida caracterização destes equipamentos, referindo-se marca, firma e o modelo que se pretende adquirir.

Tabela 17 – Especificação dos equipamentos

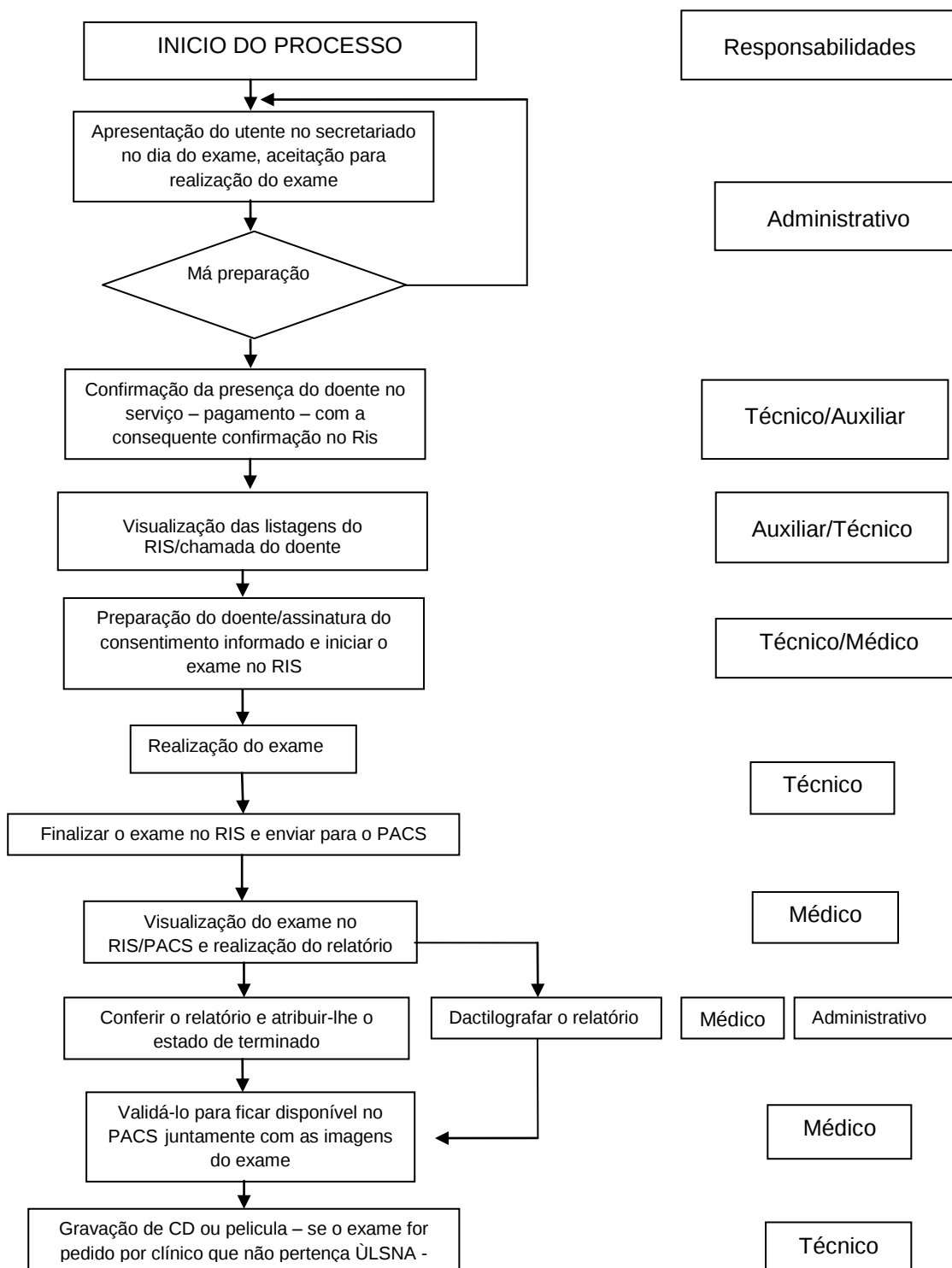
Aparelho portátil de RX	Firma: General Electrics Marca: GE healhcare Modelo: Equipamento de Raios X Portátil modelo TMX plus
Intensificador de Imagem	Firma: General Electrics Marca: GE healhcare Modelo: Equipamento de Intensificação de imagem TMX
Mamografo	Firma: General Electrics Marca: GE healhcare Modelo: Equipamento de mamografia digital com campo completo, senographe DS com estereotaxia.
Osteodensitometro	Firma: General Electrics Marca: GE healhcare Modelo: Equipamento de Densitometria DEXA LUNAR Modelo PRODIGY PRIMO
Ressonância Magnética	Firma: General Electrics Marca: GE healhcare Modelo: Equipamento de Ressonância Magnética Signa 1.5 T HDi
Tomografia Computorizada	Firma: General Electrics Marca: GE healhcare Modelo: Equipamento de tomografia computadorizada modelo Lightspeed Vct Select Com Advantage Workstation Volume Sharee

Fonte: Elaborado pelo autor

Barros refere ainda neste capítulo, a necessidade de construção de diagramas (flow sheet), das várias fases e operações do processo. Adaptando a este projecto, vai-se proceder à criação de três fluxogramas de tarefas, que deverão estar presentes no futuro CRI de Radiologia, efectuando a identificação dos aparelhos associados, exibidos nas figuras número quatro (Salas de RM, de de radiologia digital para a realização de exames especiais), cinco (sala de Mamografia, RX convencional de Elvas e Portalegre e Osteodensitometro de Elvas) e seis (sala de ecografia e ecodoppler).

Figura 4 – Realização de exames de TC, RMN e de exames com introdução de contraste.

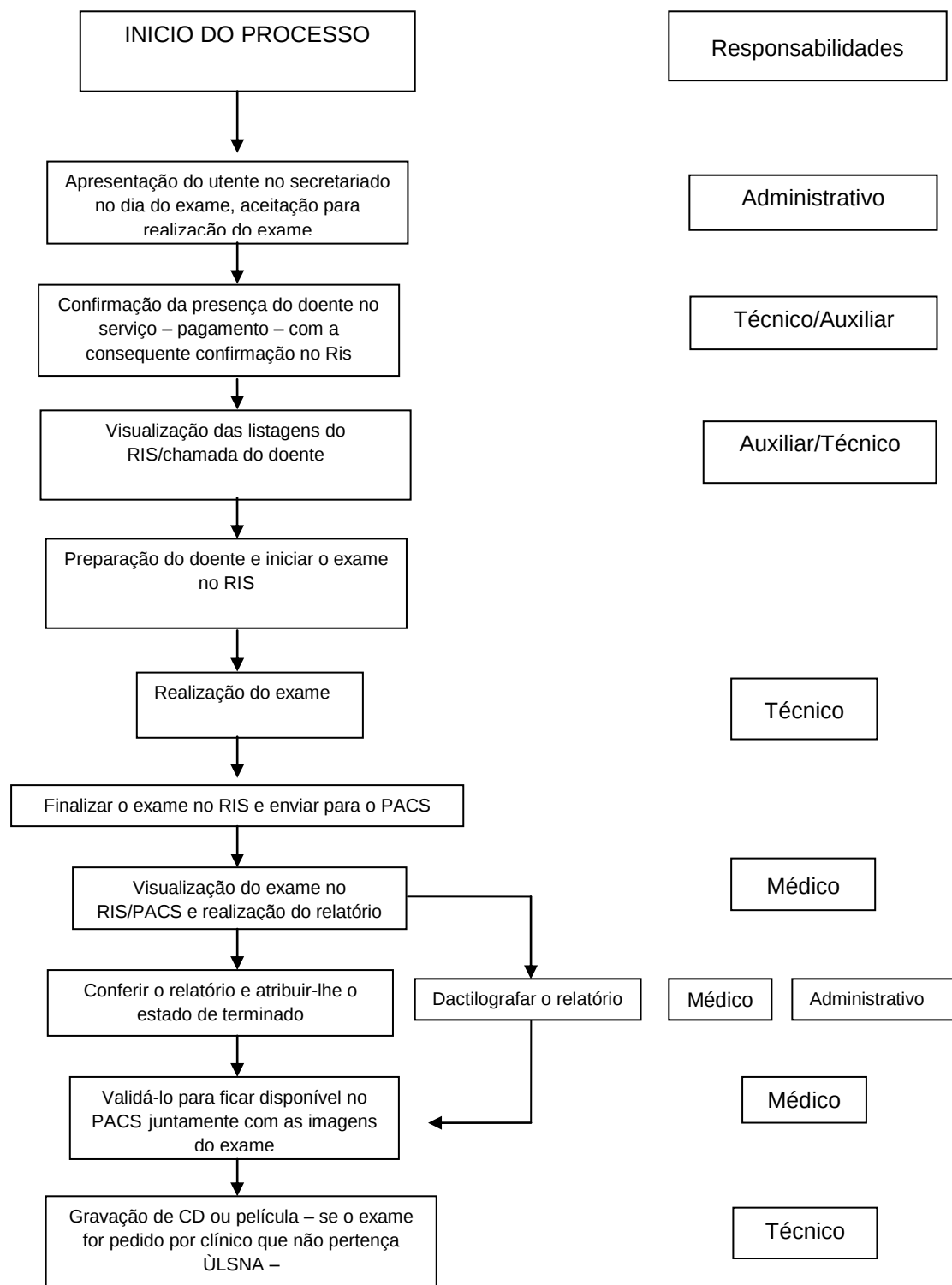
Equipamento associado: Aparelhos de TC da Unidade Funcional de Elvas e Portalegre, aparelho de RM e aparelhos de radiologia digital para a realização de exames especiais.



Fonte: Adaptado de Barros

Figura 5 – Realização de exames de radiologia convencional, mamografia, osteodensitometria.

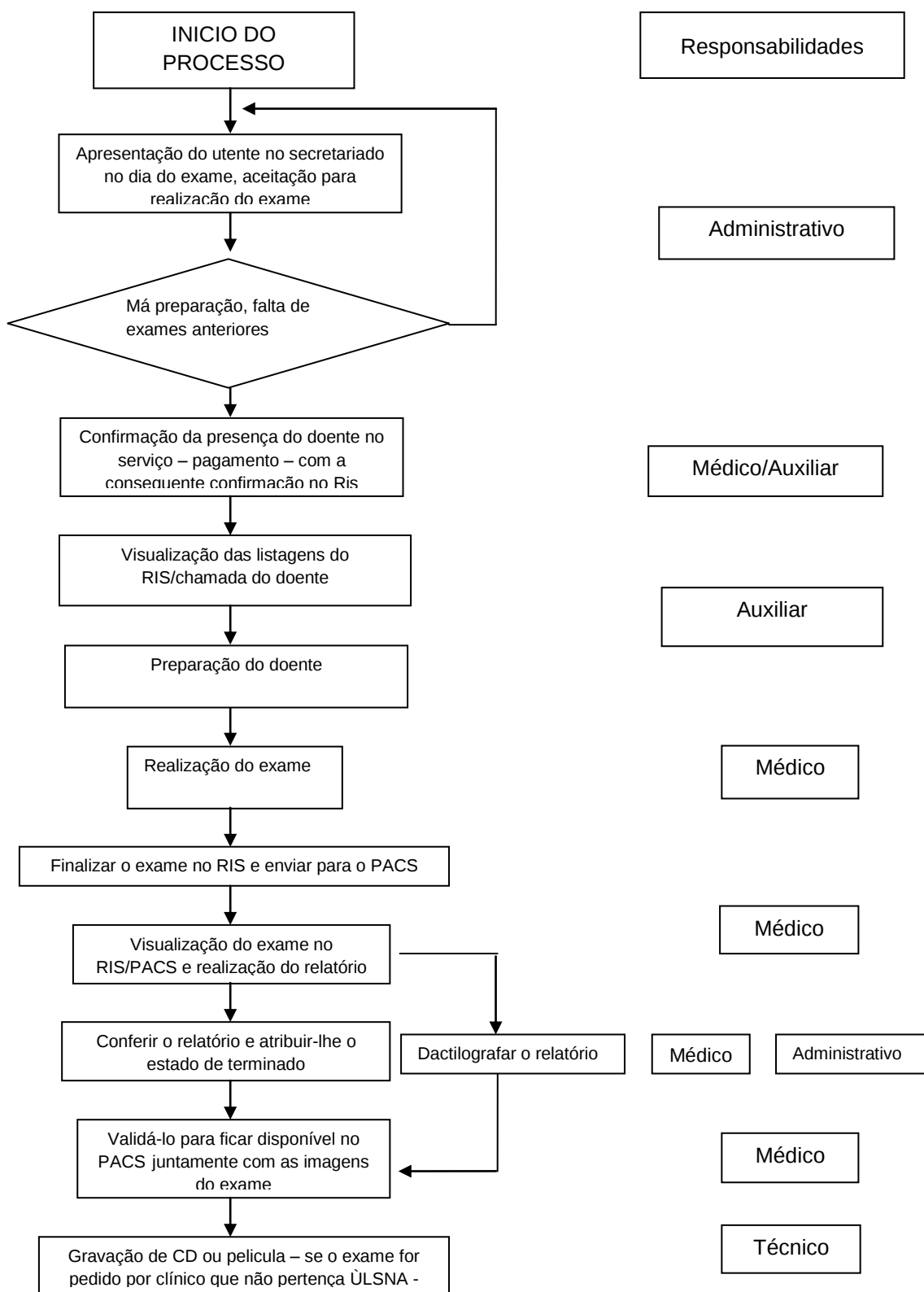
Identificação dos aparelhos associados: Mamógrafos, RX convencional de Elvas e Portalegre; Osteodensitometro de Elvas.



Fonte: Adaptado de Barros

Figura 6 – Realização de exames de ecografia e ecodoppler

Identificação dos aparelhos associados: Ecografos de Elvas e Portalegre



Fonte: Adaptado de Barros

Cronograma do investimento

Este projecto será dimensionado em 5 anos. Segundo Barros, os projectos de investimento são definidos “...em função do período de vida técnico ou económico dos equipamentos mais importantes. O período de vida mais curto é o que deve ser considerado.” (1999, p.83)

Do ponto de vista do período de vida económico, considera-se como o tempo em que, neste caso, os serviços produzidos por este equipamento são aceites no mercado, possuindo “...características técnicas que asseguram níveis de produtividade competitivos face aos equipamentos concorrentes, de forma tal que o nível de custos assegure a capacidade concorrencial.” (Barros, 1999, p.83), este período é influenciado pela obsolescência tecnológica.

Nestas situações o período de vida do projecto é delimitado pelo período de vida técnico, que tem a ver essencialmente com as “...características técnicas intrínsecas ao equipamento, sendo estabelecido pelos fabricantes de equipamento” (Barros, 1999, p.83).

Ainda segundo este autor “...existe uma convenção reflectida nos formulários dos projectos que fixa a vida útil do projecto em 5 ou 7 anos.” (1999, p.84).

Neste estudo, é um projecto que começa com investimento de novas aparelhagens, mas que vai continuar com outras já existentes fora da vida útil e com necessidade de substituição, pelo que se enveredou por um planeamento de investimento de médio prazo.

Segundo Menezes, o planeamento financeiro a médio prazo, “...materializa os objectivos da empresa para um horizonte temporal, geralmente variável entre três a cinco anos.” (2005, p.210)

Na fase dos estudos de engineering, deve-se realizar cronograma de investimento, com a duração das fases de construção e instalação, neste caso terá lugar somente a readaptação de espaços para a mamografia em Elvas e para a RMN em Portalegre.

Deste modo, abaixo na tabela numero dezoito, descreve-se o momento de instalação dos equipamentos a adquirir.

Para complementar a tabela dezoito, construiu-se ainda uma outra, a número dezanove, que representa o cronograma do investimento, onde é representada a “...execução dos investimentos e repartição percentual de custos previstos...” (Abecassis & Cabral, 2000, p.53), neste caso concreto a efectuar em 60 meses.

Tabela 18 – Timing de instalação

Timing	Até ao 3º Mês do projecto
Instalação de máquinas	
Mamografia	X
Osteodensitometria	X
TC	X
RMN	X
Aparelho RX portátil	X
Intensificador de imagem do BO	X

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 19 – Cronograma de investimento

Calendário de execução dos investimentos, repartição percentual dos custos previstos										
	Meses									
	0 a 3	3 a 6	6 a 9	9 a 12						57 a 60
Estudos e projectos										
Infra estruturas	100 %									
Edifícios										
Instalações e máquinas	100 %									
Construções										
Infra estruturas	100 %									
Edifícios										
Instalações e máquinas										
Aquisições										
Infra estruturas										
Edifícios										
Instalações e máquinas	100 %									
de veículos, moveis e máquinas										
Montagem e arranque										
Montagens										
Ensaio de arranque										

Fonte: Adaptado de Abcassis & Cabral, 2000.

Calculo dos consumos e dos custos de produção

Na tabela numero vinte, proceder-se-á à descriminação de custos de produção por exame previstos para o CRI de Radiologia.

Os cálculos dos valores para cada exame da tabela acima estão descriminados no anexo III.

Como se pode ver no anexo em causa, o cálculo destes custos de produção é baseada no somatório de custos directos e indirectos de produção destes serviços para um pressuposto de 112250 exames. Deixa-se abaixo um exemplo para o cálculo do custo dos exames de Radiologia convencional na tabela número vinte e um, que é o sumatório de custos directos e indirectos.

Tabela 20 – preço unitário

Exames \ Custos	Unitário	Totais	Custos em materiais
Biopsia Eco	46,08 €	19.994,79 €	11.869,32 €
Biopsia TC	72,06 €	7.058,09 €	2.845,32 €
Clister Opaco	45,97 €	16.410,38 €	8.944,73 €
Drenagem Eco	133,64 €	13.307,30 €	11.192,86 €
Drenagem TC	165,86 €	16.491,52 €	12.298,27 €
Ecodoppler	12,66 €	30.510,24 €	1.289,01 €
Ecografia	12,66 €	144.670,05 €	4.508,44 €
Esofago; Estomago; Transito Intestinal	28,95 €	5.561,94 €	1.499,14 €
Galactografia	68,77 €	3.368,82 €	1.666,88 €
Mamografia	30,43 €	67.360,58 €	307,04 €
Marcação por arpão	69,72 €	6.913,30 €	3.158,88 €
Radiologia Convencional	16,79 €	1.303.389,99 €	14.154,14€
Tomografia computadorizada c/ contraste	62,68 €	375.096,66 €	91.034,74 €
Tomografia computadorizada s/ contraste	37,20 €	252.774,52 €	1.590,64 €
Urografias	26,61 €	1.432,91 €	542,91 €
Osteodensitometria	19,99 €	16.245,49 €	183,84 €
Ressonância Magnética s/ contraste	159,14 €	79.131,62 €	90,23 €
Ressonância Magnética c/ contraste	202,94 €	101.456,24 €	19.344,16 €

Fonte: Elaborado pelo autor

Tabela 21 – Exemplo de cálculo de custo unitário

	Rad. Convencional		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Alcool	0	0,00 €	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	39.000	0,16 €	6.427,85 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	39	0,051 €	3.978,00 €
Black Ribon	39	0,04 €	3.042,00 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	39.000	0,01 €	554,19 €
Folha de papel	39.000	0,0039 €	152,10 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Luvras	0	0,00 €	0,00 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	0	0,00 €	0,00 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	37.559,03 €
A.Operativo	14	1,02 €	79.767,03 €
Médico	4	4,80 €	374.419,98 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	258.282,69 €
3- Serviços-			
Contratos de Manutenção			
Digitalizador (CR)		0,38 €	29.416,80 €
Ris/Pacs		1,33 €	103.987,52 €
Aparelho de RX		1,56 €	122.719,34 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador (CR) Ris/Pacs		0,77 €	60.101,77 €
Ap. Portatil e int.imagem Portalegre		0,11 €	8.665,84 €
Preatação de equipamento		0,86 €	67.048,34 €
Total		14,90 €	1.156.122,47 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	8.897,41 €
A.Operativo	14	0,21 €	16.170,86 €
Médico	4	0,23 €	17.789,29 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	45.595,12 €
Farmácia		0,00 €	0,00 €
Informática		0,19 €	15.030,20 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	4.131,27 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	2.624,18 €
Serviço de Instalação e equipamentos		0,26 €	20.345,28 €
3- Serviços:			
Agua		0,017 €	1.339,05 €
Contrato de limpeza		0,14 €	11.218,33 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	13.615,22 €
Telefone		0,01 €	412,53 €
Transporte de exames		0,10 €	8.174,28 €
4- Amorti. e outros cust. Indirectos:			
Espaço do Serviço		0,65 €	50.781,65 €
Outros		0,09 €	6.857,05 €
Total		2,86 €	222.981,70 €
Total Exame		17,77 €	1.379.104,17 €

Fonte: Adaptada de Abecassis & Cabral, 2000.

Neste item segundo Abecassis e Cabral deve-se apresentar uma previsão com remunerações e encargos sociais, que é exibida na tabela numero vinte e dois.

Tabela 22 – Lista dos recursos humanos. Previsão de remunerações e encargos para a Segurança social.

Unidade Funcional	Grupo profissional	Nº	Total	Remuneração base	Enc.para Segurança Social/ADSE	Trabalho extraordinário	Diversos
Portalegre	Assistentes Operacionais	07	14	78311,67€	100310,16€	10926,014€	60937,19€
Elvas	Assistentes Operacionais	07					
Portalegre	Assistentes Técnicos	03	05	46516,52€		3824,34€	29055,81€
Elvas	Assistentes Técnicos	02					
Portalegre	Médicos	02	04	77962,13.€		147157,97€	202934,93€
Elvas	Médicos	02					
Portalegre	Tecnicos de Radiologia	12	20	246292,75€		53804,11€	201041,2€
Elvas	Tecnicos de.Radiologia	08					

Fonte: GPCG

Legenda:

Trabalho extraordinário = trabalho extraordinário+Prevenção+Suplementos horas de qualidade.
Diversos = Subsídio de Férias e Natal+Subsídio de Alimentação+Encargos com Familiares+Encargos com Saúde+outros.

4.4. Capacidade

Este é um ponto que esta intimamente ligado ao estudo de mercado que tem que ser efectuado. Como se referiu atrás, existe capacidade de mostrar o número de exames realizados neste distrito, mas somente aqueles que foram pedidos pelos dois hospitais e pelos centros de saúde, desconhecendo-se por completo o número de exames total que são pedidos em consultórios privados, subsistemas ou seguradoras.

Toda a condução deste estudo está a ser dirigida com base nos números dos exames pedidos pelas instituições que fazem parte da ULSNA, partindo que dos 122454 exames pedidos por estas em 2008, pressupõem-se que pelo menos 109250 serão realizados pelo serviço de radiologia da ULSNA. A expectativa é para que cerca dos 90% dos exames pedidos dentro da ULSNA sejam aí realizados, com a criação do CRI de radiologia.

É lógico que a dimensão global do mercado de exames pedidos na ULSNA será sempre o máximo da capacidade deste CRI de radiologia e a meta a atingir.

Neste momento, a unidade é financiada por um modelo de capitação, pelo que não se vai ter em conta o número de exames que vem de fora da ULSNA, (não se sabe como será processado o seu pagamento). Os utentes/doentes da área de atracção constituída pelos conselhos de Borba, Vila Viçosa e Alandroal, que pela sua proximidade optam por realizar os seus estudos no serviço de radiologia da ULSNA, constituem um mercado bastante apetecível, que poderá ser explorado a partir do momento que se esclareça por parte da ACSS, como se processará o seu pagamento.

Os exames pedidos nos consultórios particulares, subsistemas e seguradoras no ano de 2008 e de acordo com os dados do GCPG, fazem um total de 2964 (aproximadamente 3% do valor pedido pela ULSNA). Prevê-se que pelo menos se possa contar com a realização de cerca 3000 exames destas proveniências, perfazendo um total de pelo menos 112250 exames no total das proveniências.

Neste momento e como se desconhece o mínimo economicamente rendível duma unidade semelhante no país, ou no estrangeiro, vai-se prosseguir para o calculo do ponto de equilíbrio ou ponto critico de capacidade. Este deve situar-se abaixo da quota de mercado prevista, neste caso da capacidade prevista para este processo. (90% dos exames requisitados dentro da ULSNA e cerca de 3000 exames doutras proveniências)

O ponto crítico representa o valor a partir do qual o investimento se torna economicamente rendível, a sua determinação"...é importante para ajudar a ajuizar da flexibilidade de um projecto...um ponto crítico baixo assegura ao seu promotor maior segurança perante a incerteza do mercado." (Abcassis e Cabral, p.45, 2000)

4.5. Estudos de enquadramento jurídico

A aprovação dum projecto pode ser viável do ponto de vista técnico e económico, contudo do ponto de vista legal e financeiro de como o realizar já poderá ser mais difícil.

Em Portugal existem actividades industriais que são interditas ao sector privado, pelo que se deve sempre identificar quem a pode exercer e o que precisa de fazer.

Segundo Abecassis e Cabral (2000) deve-se ter atenção às normas de Direito Administrativo em geral e aos aspectos particulares da legislação do trabalho que possam incidir sobre a actividade a propor.

Ainda este autor enuncia alguns aspectos de maior relevância, como as disposições do ponto de vista legal sobre "...higiene, segurança, salubridade das instalações, seguros (...) trabalho (contratos, acordos portarias) (...) preços das produções a efectuar (...) comercialização interna e externa relacionadas com a produção em causa, com destaque para a legislação aduaneira (direitos e taxas de importação de matérias-

primas, por exemplo) (...) a actividade (impostos directos e indirectos, isenções, etc)” (Abcassis e Cabral, 2000, p.46)

No caso hipotética da constituição duma empresa nova, dever-se-á referir os dispositivos legais para a sua constituição, que passarão pela “...escolha e registo oficial da denominação social (...) elaboração do pacto social (...) realização de escritura de constituição (...) subscrição do capital e sua realização parcial ou total pelos sócios.” (Abcassis e Cabral, 2000, p.46)

Consoante o investimento que se levará a cabo poderá haver recurso a capital alheio pelo que é necessário alguma informação sobre o mercado financeiro (Capitais a prazo), sobre a oferta e procura das instituições financeiras, já seja através de empréstimo, aumentos do capital, etc.

Deste modo um projecto desta natureza deverá sempre contemplar os tipos de crédito que poderão ocorrer para a realização deste como linhas de crédito ao investimento, produção ou exportação.

Existem também incentivos tais como juros bonificados, subsídios para o investimento, etc, que no caso de existirem no projecto deverão ser referidos.

4.5.1. Enquadramento Legal Do CRI de Radiologia

O Decreto-lei 50-B/2007 de 28 de Fevereiro cria a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA).

No seu artigo 7º, numero três, refere que as “... estruturas orgânicas da ULSNA, E.P.E., devem desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade...” (p.1414-30)

Contudo a primeira referência que conseguimos encontrar aos centros de responsabilidade data de 1988 através do decreto-lei nº 19/88.

No número um do Artigo 7º deste decreto-lei pode ler-se “ A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo-se à colectividade o mínimo de custo no seu funcionamento...” (p.248-20).

No artigo 9º pode ler-se no número um “Para a prossecução dos princípios definidos no artigo 7º os hospitais devem organizar-se e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos”, onde a “...cada centro de responsabilidade será atribuída necessária autonomia, a fim de se conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades.”. (p.248-22).

Já em 1999, o Decreto-lei 374/99 tinha como objectivo, estabelecer "...o regime geral a que deve obedecer a criação dos centros de responsabilidade integrados (...), nos hospitais e centros hospitalares do Serviço Nacional de Saúde..." (p.6489)

O artigo 2 deste decreto-lei, nos seus pontos um e dois, define os CRI como "...estruturas orgânicas de gestão intermédia, agrupando serviços e ou unidades funcionais homogêneos e ou afins." que podem "...coincidir com os departamentos, podendo excepcionalmente coincidir com os serviços quando a sua dimensão o justificar." (p.6489).

Do ponto de vista legal, o objectivo final dum CRI, tem a ver com a melhoria da "...acessibilidade, a qualidade, a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos." (p.6489)

Deste modo os CRI devem orientar-se por princípios como a "Integração das funções de administração com as de direcção técnica e de chefia operacional, tornando mais ágil, adequado e oportuno processo de tomada de decisão (...) Promoção da gestão clínica articulada e participada dos recursos existentes, com base em procedimentos clínicos fundamentados na evidência científica (...) Avaliação objectiva e permanente dos meios existentes e da capacidade instalada (...) Avaliação sistemática dos resultados e correcção dos desvios detectados susceptíveis de comprometer o cumprimento dos objectivos definidos (...) Participação dos profissionais na gestão, de forma a melhorar o seu desempenho e a aumentar a sua satisfação profissional (...) Promoção da actividade assistencial articulada com a formação dos profissionais e com a investigação científica." (p.6490)

Os CRI são compostos por dois órgãos: O director e a comissão consultiva.

A nomeação do director é feita pelo CA e segundo o artigo seis esta escolha irá recair sobre o médico com "...perfil adequado, segundo critérios de formação, competência, experiência e liderança." (p.6490)

A nomeação do director faz-se por períodos de três anos podendo no entanto ser considerada finda a qualquer momento desde que haja "...incumprimento ou desvios graves, e sem justificação atendível, do contrato-programa (...) na sequência de procedimento disciplinar (...) a requerimento do interessado (...) pela tomada de posse seguida de exercício de outro cargo ou função." (p.6490)

A remuneração deste cargo far-se-á pela adição de 15% sobre a sua categoria e escalão em dedicação exclusiva com um horário de 35 horas por semana.

Esta direcção poderá no entanto ser efectuada a título excepcional e sempre que a especificidade dos serviços em causa o justifique, por um profissional não médico ou através duma direcção colegial composta por três elementos.

Haverá no entanto junto de cada CRI a figura dum administrador, que preferencialmente deverá pertencer à categoria de administração hospitalar e que será nomeado pelo administrador – delegado.

Quanto à comissão consultiva deverá ser constituída pelo director ou direcção do CRI, pelo administrador, os directores de serviço e os responsáveis pelas unidades funcionais que o integram, assim como ainda os enfermeiros com funções de supervisão de áreas ou de chefias de cada serviço e os técnicos com funções de chefia ou coordenação dos serviços ou unidades funcionais do CRI.

A esta comissão compete efectuar pareceres sobre o projecto do regulamento interno, do contrato programa e dos relatórios de actividade do CRI, assim como da proposta de contrato-programa e relatório de actividade do CRI.

Em relação aos recursos financeiros dos CRI, estes deverão estabelecer com os CA da respectiva unidade hospitalar, contratos-programa que "...fixem os objectivos e os meios necessários para os atingir..." assim como definam também os mecanismos de avaliação periódica.

O contrato-programa deve incluir o plano de actividades anual do CRI, o plano orçamento-programa anual, assim como o plano de investimentos e finalmente o plano de formação e investigação.

O contrato programa dum CRI, são parte integrante do plano de actividades e orçamento do hospital, pelo que têm que ser coerentes com este.

Estão consideradas como receitas dum CRI, as:

"...dotações do orçamento do hospital que lhes sejam afectas nos termos do artigo 16º.", como as taxas moderadoras cobradas pelos actos praticados, nestes CRI e todos os valores devidos a prestações de serviços prestados a outras entidades, assim como outras receitas que por lei por contratualização ou qualquer outro titulo lhe possam ser adjudicadas.

Cada CRI deve comportar os custos directos relacionados com encargos de pessoal e dos consumos do dia-a-dia. Deve ainda comportar os custos indirectos resultantes do cálculo da contabilidade analítica da unidade de saúde em que tiver integrado, obedecendo a critérios que reflectam a sua correcta utilização.

Em relação à dotação orçamental dos hospitais que se encontram afectos aos CRI, "...devem traduzir a produção destes, tendencialmente com base na tabela de preços do SNS.", traduzindo o "...sistema de afectação de recursos financeiros em vigor nos hospitais do SNS:"

O legislador em 1999, chamava à atenção para o aperfeiçoamento do sistema de codificação e classificação de doentes em GDH e GDA, assim como das tabelas de ponderação e de preços dos exames de diagnóstico e terapêutica, garantindo "...que os preços e as ponderações constantes da tabela correspondam aos recursos necessários à sua produção." (p.6491)

A afectação dos desvios positivos dos CRI, será acordado em percentagens com os CA de modo a contribuir ou para um fundo de coesão institucional, para suprir possíveis défices da instituição, ou para um fundo de reserva do CRI, para cobrir possíveis défices no exercício futuro, ou finalmente destinar-se a incentivos.

Uma das novidades destes Centros de Responsabilidade passa essencialmente pelo sistema de incentivos que se podem utilizar, como acontece em empresas privadas, para "...apoiar e estimular o desempenho (...) tendo em conta os ganhos de eficiência...". (p.6491)

O artigo 18º deste decreto-lei, prevê as diversas modalidades em que os incentivos se poderiam agrupar, tais como a melhoria de condições de trabalho, a participação em acções de formação, assim como o apoio à investigação, para além dos prémios de desempenho.

O sistema de incentivos em vigor em cada CRI, deverá constar no contrato – programa destes, enunciando "...os critérios de aplicação e distribuição, tendo por referência a melhoria da produtividade, da eficiência, da efectividade e da qualidade dos cuidados prestados." (p.6492)

Existem no entanto uma série de pressupostos descritos no 19º artigo, para a criação dum CRI num hospital, que passarão pela existência dum regulamento interno que contemple a sua organização em CRI; assim como a existência dum sistema de informação para a gestão e ainda "Contabilidade analítica e sistema de codificação e classificação de doentes de acordo com as disposições vigentes." (p.6492)

No caso de impossibilidade de apresentação da proposta de regulamento interno do hospital, nos primeiros projectos de criação do CRI, deverá o CA "...apresentar o desenho global dos CRI a criar, devendo a proposta de regulamento interno do hospital ser apresentado no prazo máximo de 180 dias." (p.6492)

O artigo 20º fala-nos do processo de criação duma CRI.

A aprovação deste projecto é realizada por despacho do Ministro da Saúde (com faculdade de delegação).

Os projectos de criação de CRI devem incluir um projecto de regulamento interno deste, onde "...conste a estrutura, constituição dos órgãos, funcionamento, sistema de avaliação, sistema de avaliação e critérios de destruição de incentivos." (p.6492, 1999)

Este artigo faz referência ainda há existência de um plano de actividades do CRI de pelo menos três anos, como ao projecto de contrato programe e de garantia de qualidade

A avaliação do CRI é mencionada no artigo 21º.

Será o CA a realizar as avaliações de desempenho, duma forma periódica de pelo menos de 3 em 3 meses, tendo que elaborar relatório anual e final, que deverão ser apresentados tanto às ARS respectivas, como a uma Comissão de acompanhamento nacional, designada pelo Ministro da Saúde.

O artigo 22º, vêm esclarecer o regime remuneratório para os funcionários de serviços ou unidades que integrem um CRI.

Assim, terão direito a uma remuneração base que corresponderá "...às respectivas categorias, escalões e regimes de trabalho..." e "...a uma remuneração variável constituída por acréscimos remuneratórios calculados em função do desempenho, avaliado com base em critérios objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade." (p.6492, 1999)

As remunerações em causa serão objecto dum diploma especial.

Em relação aos Directores de Serviço que integrem os CRI, deverão exercer as suas competências previstas "...no artigo 29º do Decreto Regulamentar nº3/88 de 22 Janeiro...por referência e de acordo com as orientações da direcção do CRI, em concordância com o respectivo contrato – programa." (p.6492, 1999)

O artigo 23º clarifica os casos em que não existam "...na instituição profissionais com a competência de direcção exigida nos termos do artigo 41º, nº2, do Decreto – Lei nº 73/90, de 6 de Março, poderá o director do CRI propor ao conselho de administração, para o desempenho do cargo de direcção de serviço e com a observância dos critérios no referido artigo, profissionais de outras instituições." (p.6492, 1999), ou excepcionalmente poderá o director dum dos serviços do CRI acumular funções com as de direcção do mesmo, sendo remunerado, desde que a dimensão gestonária do CRI, o permita.

O artigo 24º esclarece a cessação das comissões de serviço dos directores dos departamentos ou dos directores de serviço, que com eles coincidam, a partir do momento em que tome posse o director ou a direcção do CRI.

Segundo o artigo 25º a implementação dos CRI em todos os hospitais e centros hospitalares deveriam se uma realidade até Dezembro de 2003, o que claramente não aconteceu.

4.6. Estudo Económico – financeiro

4.6.1. Plano de Investimento

Neste item vai-se apresentar o mapa síntese de investimento, assim como o cronograma de execução dos investimentos.

Tabela 23 – Mapa síntese de investimento

Mapa síntese do investimento					
	Ano I	Ano II	Ano III	Ano IV	Ano V
	Custo	Custo	Custo	Custo	Custo
Imobilizações					
Corporeas:					
Terreno, arranjos, infra-estruturas, agua, electricidade, etc.	240.507,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Edifícios e construções	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Maquinas e equipamento, encargos compra e montagem	2.094.650,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Veiculos e material de transporte e respectivos encargos de aquisição	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Móveis, utensilios e máquinas de escritório	9.870,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total corpóreo	2.345.027,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Incorporeos:					
Estudos e projectos iniciais	2.000,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Outras despesas até o arranque	0,00 €	1.500,00 €	4.700,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €
Juros até o arranque	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Formação e investigação	0,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €	500,00 €
Total Incorporeo	2.000,00 €	2.000,00 €	5.200,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €
Capital Circulante:					
Stoks a constituir	205.047,29 €	205.047,29 €	205.047,29 €	209.148,24 €	213.331,20 €
Créditos normais sobre clientes menos débitos a fornecedores	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Disponibilidades normais	262.726,70 €	262.726,70 €	262.726,70 €	262.726,70 €	262.726,70 €
Total Capital Circulante:	467.773,99 €	467.773,99 €	467.773,99 €	471.874,94 €	476.057,90 €
Total Imobilizado	2.347.027,00 €	2.000,00 €	5.200,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €
Total	2.814.800,99 €	471.773,99 €	478.173,99 €	475.874,94 €	480.057,90 €

Fonte: Adaptação de Abecassis & Cabral, 2000.

Este plano é em grande parte o seguimento do trabalho que já se realizou anteriormente nos estudos de engineering, onde teve lugar a realização duma lista de investimento em capital fixo, aqui o que se vai acrescentar é uma descrição do capital

circulante a utilizar inicialmente, como ainda o activo incorpóreo necessário ao início dum projecto, neste caso concreto, essencialmente o capital gasto em estudos e projectos iniciais, como em publicidade de forma a elucidar a população da mudança que se encontra em marcha de forma a constituir o CRI de radiologia da ULSNA como uma opção bastante mais atractiva e funcional para a população do distrito de Portalegre, do que aquilo que havia no passado.

Segundo Abcassis e Cabral, um plano de investimento deve ser constituído por uma descrição caracterizadora dos investimentos a efectuar, mapa síntese do investimento em valor, assim como um cronograma da execução do investimento. Grande parte deste estudo já foi efectuado nos estudos de engenharia.

4.6.2. Plano de Exploração

Neste item vai ter lugar a descrição do cálculo, do que poderão ser os possíveis proveitos e custos do projecto.

Tem a ver essencialmente com a elaboração de "...orçamentos de vendas e de despesas para períodos temporais dilatados, apoiando-se a sua elaboração ou no passado da empresa (quando se trata de investimentos de expansão) ou nos coeficientes técnicos conhecidos para a actividade pretendida (consumos teóricos por unidade produzida, por exemplo) e em outras informações disponíveis de preços em vigor no mercado e de custos de actividades idênticas)." (Abecassis & Cabral, 2000, p.54)

Pretende-se ver se o projecto é lucrativo. No entanto o lucro como resultado do exercício "...é uma variável que depende de procedimentos de registo contabilístico adaptado: o método de valorimetria das existências (FIFO, LIFO, etc.) afecta o valor do lucro; o método adoptado no registo das amortizações e reintegrações do imobilizado afecta igualmente o valor do lucro (...) As diferentes medidas dos resultados do exercício (lucro) provocariam, acaso se utilizasse o lucro como medida de rendibilidade do projecto, que este pudesse de acordo com determinado procedimento contabilístico ser um bom projecto, e de acordo com outro procedimento contabilístico ser um mau projecto." (Barros, 1999, p.77)

Deste modo, para evitar que o conceito de rendibilidade do projecto esteja dependente do modelo contabilístico, utiliza-se o cash flow, como medida de identificação dos fluxos líquidos gerados pelo projecto.

Segundo Barros, o cash flow é um conceito objectivo, preciso, de registo claro, sem tendências à manipulação como os resultados líquidos, tornando-o assim num conceito "...ligado à liquidez que exige para a sua definição o conhecimento do momento em que

o fluxo associado à decisão de investimento se torna efectiva (...) o cash flow não é um conceito contabilístico, e como tal não deve ser interpretado.” (Barros, 1999, p.78).

Deste modo, não só se deve relacionar cash flow com os fluxos líquidos gerados pelo projecto que remuneram o capital, como também com o período de tempo em que estes se verificam, já que o valor do dinheiro está relacionado com uma escala temporal.

Deve-se primeiro elaborar a conta de exploração previsional, para depois se chegar ao conseqüente cálculo do cash flow de exploração.

4.6.2.1. A conta de exploração previsional

Quando aplicada a um projecto de investimento, procede-se a uma sistematização anual de proveitos e custos, de modo a se obterem uma série de potenciais resultados de forma a se poder auferir a existência ou não de rentabilidade.

No caso específico deste projecto e segundo Abcassis e Cabral, com base no Plano Oficial de Contabilidade, os proveitos e custos são classificados por natureza conforme tabela abaixo:

Tabela 24 – Classificação de custos

Proveitos por natureza	Custos por natureza
Receitas de prestações de serviços	Despesas de compras matérias subsidiárias e de consumo.
Valorização dos trabalhos para a própria empresa	Despesas com fornecimentos e serviços de terceiros
Subsídios destinados à exploração	Despesas de impostos
Receitas suplementares - de actividades que não constituem o objectivo da empresa -alugueres, renda...-	Despesas com pessoal
Receitas financeiras correntes – juros de depósito à ordem, descontos obtidos...-	Despesas financeiras
Receitas de aplicação financeira – juros de obrigações e, dividendos de acções...-	Outras despesas e encargos
Outras receitas	Amortizações e reintegrações
Utilização de provisões	Provisões

Fonte: Adaptado de Abcassis & Cabral, 2000.

A ter em atenção, que a conta de exploração geral da empresa é uma questão diferente da conta de exploração previsional.

Na conta de exploração previsional somente deverá entrar o cálculo de forma isolado, previsional da nova actividade ou da ampliação da mesma.

Tabela 25 – Conta de exploração previsional

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

Nº de ordem	Designação	Ano I	Ano II	Ano III	Ano IV	Ano V
1	Vendas de produtos e serviços	2.883.334,54€	2.883.334,54€	2.883.334,54€	2.969.834,57€	2.969.834,57€
2	Venda de mercadorias e embalagens					
3	Proveitos Suplementares (ULSNA)	177.286,60€	177.286,60€	177.286,60€	182.605,20€	182.605,20€
4	Vendas líquidas (1+2+3)	3.060.621,13€	3.060.621,13€	3.060.621,13€	3.152.439,77€	3.152.439,77€
5	Custos de produtos e serviços:					
	5.1 Consumo de matérias primas, subsidiárias e de consumo.	205.047,29€	205.047,29€	205.047,29€	211.198,71€	211.198,71€
	5.2 Subcontratos					
	5.3 Fornecimentos e serviços de terceiros	689.973,86€	689.973,86€	689.973,86€	710.673,07€	710.673,07€
	5.4 Pessoal e encargos Sociais	1.128.648,40€	1.128.648,40€	1.128.648,40€	1.162.507,85€	1.197.383,09€
	5.5 Amortizações e reintegrações	711.443,55€	711.443,55€	711.443,55€	13.259,10€	13.259,10€
	5.6 Outros custos					
	5.7 Imputação de outras actividades	92.878,97€	92.878,97€	92.878,97€	94.736,55€	96.631,28€
	5.8 Trabalhos para a própria empresa					
	5.9 Variação da produção em curso					
	5.10 Variação da produção acabada					
	Soma	2.827.992,07€	2.827.992,07€	2.827.992,07€	2.192.375,29€	2.229.145,25€
6	Custo de mercadorias e embalagens vendidas					
7	Outros custos de exploração não incorporados					
8	Resultado bruto de exploração (4-5-6-7)	232.629,06€	232.629,06€	232.629,06€	960.064,48€	923.294,51€
9	Custos de outras funções					
	9.1 Custos de distribuição	12.213,10€	12.213,10€	12.213,10€	12.457,36€	12.706,51€
	9.2 Custos de Administração	73.303,98€	73.303,98€	73.303,98€	74.770,06€	76.265,46€
	9.3 Custos financeiros (menos proveitos)	45.513,00€	36.413,00€	27.310,00€	18.206,00€	9.103,00€
	9.4 Outros custos menos proveitosos	0,00€		0,00€		
	Soma	131.030,08€	121.930,08€	112.827,08€	105.433,42€	98.074,97€
10	Resultado antes dos impostos (8-9)	101.598,98€	110.698,98€	119.801,98€	854.631,06€	825.219,54€
11	Impostos sobre lucros	Isento	Isento	Isento	Isento	Isento
12	Resultado líquido (10-11)	101.598,98€	110.698,98€	119.801,98€	854.631,06€	825.219,54€

Fonte: Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

Os resultados globais da empresa, não são aqui demonstrados. Deste modo só se devem introduzir as amortizações e encargos financeiros, respeitantes a este processo.

A elaboração deste tipo de contas previsionais de exploração "... não obedece a esquemas formais rígidos e, por isso, (...) tem meramente o objectivo de conciliar os propósitos da Análise de projectos com a terminologia de proveitos e custos do P.O.C." (Abcassis & Cabral, p.56, 2000)

4.6.2.2. O cash Flow de Exploração

Se a conta de exploração previsional foi definida como a sistematização de proveitos e custos dum projecto, então a diferença de resultados entre receitas e despesas a este associado é o cash flow de exploração.

Pegando na tabela número vinte e seis, o cash flow será representado pelo resultado líquido mais encargos financeiros e amortizações.

Número de ordem: $12+9.3+5.5=\text{CASH FLOW}$

Tabela 26 – Cash Flow de Exploração

Cash Flow de Exploração	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano
12	101.598,98 €	110.698,98 €	119.801,98 €	854.631,06 €	825.219,54 €
9,3	45.513,00 €	36.413,00 €	27.310,00 €	18.206,00 €	76.265,46 €
5,5	711.443,55 €	711.443,55 €	711.443,55 €	13.259,10 €	13.259,10 €
Total	858.555,53 €	858.555,53 €	858.555,53 €	886.096,16 €	914.744,11 €

Fonte: Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

Com a não dedução no cash flow das amortizações e custos financeiros, vai permitir que este represente "...o montante de resultados que, ao longo da vida útil do projecto, se destina a recuperar o investimento efectuado (através das amortizações) e a remunerar quer o capital alheio (através dos encargos financeiros), quer o capital próprio (através do resultado líquido final) (...) é o que permite cobrir na sua vida útil, a totalidade do capital investido e a respectiva remuneração." (Abcassis & Cabral, 2000, p.57).

Deste modo e de acordo com tabela número vinte e seis ao longo dos cinco anos de projecto o cash Flow de exploração representa uma média de 875.301,37 €.

Para Barros a exclusão das amortizações, dos encargos financeiros, e também das provisões dos custos da exploração, deve ser explicada:

No caso das amortizações, ao não constituírem estas "...um fluxo de saída da empresa, não devem ser consideradas na contabilização das despesas, de forma que ao adicionar-se as amortizações aos resultados líquidos, está-se de facto a anular esta

rubrica das despesas que são relevantes para a determinação do cash flow, e (...) está-se a aumentar o resultado libertado pela exploração.” (Barros, 1999, p.79), pois as amortizações não correspondem a pagamentos, nem devem ser duplamente contabilizadas como investimento e como exploração.

Em relação aos encargos financeiros, estes representam de facto uma despesa, no entanto “...os encargos financeiros são excluídos das despesas do projecto pelo facto de serem consideradas no processo de actualização; a sua consideração nas despesas, quando se considera o desconto do cash flow, resultaria numa dupla contagem.” (Barros, 1999, p.81)

Embora no quadro adaptado de Abcassis e Cabral, não se faça referência às provisões deixa-se aqui uma explicação para a sua não inclusão no cash flow.

As provisões não correspondem a nenhum pagamento, são custos de exercício e de forma análoga com as amortizações não correspondem a fluxos de saída, pelo que corresponderia igualmente a uma dupla contagem.

Em resumo o cash flow de exploração, representa “...em termos sintéticos (...) o que permite cobrir, na sua vida útil, a totalidade do capital investido e respectiva remuneração.” (Abcassis & Cabral, 2000, p.57), pelo que se conclui que este seria um projecto, capaz de remunerar o capital investido com a sua respectiva remuneração.

4.6.3. Plano de Financiamento

O financiamento dum projecto pode realizar-se quer com capital próprio quer com capital alheio, devendo existir equilíbrio nestas duas formas de financiamento com vista à efectivação de dois conceitos, a solvabilidade e a liquidez do projecto.

Para Barros, “Solvabilidade é a capacidade do projecto pagar dividas no médio e longo prazo...Liquidez é a capacidade do projecto pagar dividas no curto prazo...” (Barros, 1999, p.177)

Nesta ordem de ideias Abcassis e Cabral referem que para se avaliar um projecto segundo a perspectiva financeira, deve-se ter em atenção aos financiamentos a curto prazo (orçamento de tesouraria), aos orçamentos a médio e longo prazo e ao balanço previsional.

É importante num projecto de investimento, que os seus aspectos financeiros, não se confundam com a análise financeira de empresas.

A concretização dum investimento, vai traduzir uma aplicação de fundos, que poderão ser do próprio ou então terá que os obter de terceiros.

Designam-se assim capital próprio e alheio respectivamente.

Deve-se ter em conta que estes fundos tanto servem para aplicação no investimento em si, como também na sua exploração.

4.6.3.1. Orçamento de tesouraria

Aqui vai-se apurar o cash flow total, através da obtenção do saldo do orçamento de tesouraria, onde se pode observar a situação de liquidez a curto prazo na exploração do projecto.

Tabela 27 - Modelo de Orçamento de Tesouraria

Nº de Ordem	Modelo de Orçamento de tesouraria 1º ano				
	Descrição	Trimestres			
		1º	2º	3º	4º
1	Saldo acumulado do trimestre antecedente	0,00 €	-30.328,70 €	-41.868,41 €	-55.830,95 €
2	Recebimentos do trimestre:				
	De serviços e cuidados de saúde	730.925,30 €	700.361,96 €	692.865,29 €	759.181,98 €
	De subsídios, indemnizações e bonus	44.867,03 €	43.062,91 €	42.601,97 €	46.679,56 €
	De rendimentos financeiros				
	De empréstimos contraidos	758.558,71 €		0,00 €	0,00 €
	Outros recebimentos	1.570.987,50 €			513.092,04 €
	Total de Recebimetos do trimestre	3.105.338,55 €	743.424,87 €	735.467,26 €	1.318.953,58 €
3	Compras de materias subsidiária e materias de consumo	51.979,49 €	49.805,99 €	49.272,86 €	53.988,95 €
	Gastos com serviços de terceiros	174.908,37 €	167.594,65 €	165.800,72 €	181.670,12 €
	Gastos com pessoal e encargos sociais	286.112,37 €	274.148,70 €	271.214,21 €	297.173,12 €
	Impostos, taxas, licenças	Isento	Isento	Isento	Isento
	Gastos de investimento	2.335.157,00 €			
	Reembolso de empréimos	41.701,50 €	41.701,50 €	41.701,50 €	41.701,50 €
	Pagamento de dividendos e ou amortizações	177.860,89 €	177.860,89 €	177.860,89 €	177.860,89 €
	Outras despesas e encargos	67.947,63 €	43.852,86 €	43.579,62 €	45.996,74 €
	Total de pagamentos do trimestre	3.135.667,25 €	754.964,58 €	749.429,80 €	798.391,32 €
4	Saldo acumulado que passa (1+2-3)	-30.328,70 €	-41.868,41 €	-55.830,95 €	464.731,31 €

Fonte: Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

Todos os meses, ou de três em três meses, têm lugar estas previsões de tesouraria, que nunca podem ser feitas com mais de um ano de diferença.

Na tabela número vinte e sete, vai-se prever os recebimentos e pagamentos de todos os itens de proveitos e custos deste quadro com o valor de cash flow total para o primeiro ano de projecto de 467731.31€, pode-se aferir que se trata dum projecto com liquidez, já que a curto prazo suporta as dívidas existentes.

4.6.3.2. Fundo de maneo

É um conceito clássico de análise financeira, "...constituído pela parcela do capital circulante total que é financiado por capitais permanentes." (Menezes, p. 121, 2005)

Constitui " ...um indicador tradicionalmente utilizado pelos credores para a análise do risco financeiro numa perspectiva de curto prazo..." (Menezes, p. 123, 2005)

Num projecto para além dos meios financeiros necessários ao investimento em activos imobilizados, importa referir o activo circulante, aquilo que vai "...permitir a actividade produtiva apesar do desfasamento temporal entre a realização das despesas da produção e a realização das receitas da sua venda, e a permitir a manutenção de um nível adequado de stocks de matérias-primas, de produtos em curso de fabrico e de produtos acabados por forma a que não ocorram interrupções de aprovisionamento ou escoamento." (Abcassis e Cabral, p. 61, 2000).

Este é um conceito relacionado com o equilíbrio financeiro do balanço, segundo Barros "...é uma regra de prudência e bom senso, que aconselha a financiar o imobilizado com capital permanente, dado que os recursos libertados pelo activo imobilizado se estenderão ao longo da vida financeira desse activo, sendo lógico utilizar esses recursos para reembolsar os financiamentos correspondentes." (Barros, p.177. 1999)

Para Barros (1999) o fundo de Maneio Liquido = capitais permanentes – activo fixo, pelo que o seu cálculo reflecte a observação do balanço previsional da figura vinte e nove.

4.6.3.3. Financiamento a médio e longo prazo

Aqui o capital alheio denomina-se capital de financiamento já que remunera a médio e longo prazo. Razão para que os projectos de investimento devam ser apropriados e proporcionados, para que haja qualidade na gestão evitando um elevado grau de imobilizado e um baixo grau de liquidez.

Por isso Abcassis e Cabral definem como regra de preparação dum plano de financiamento, que a utilização de capital alheio "...deve adequar-se à actividade corrente de exploração, constituindo a forma de financiamento preferível de parte dos activos realizáveis a curto prazo.", como "...à realização dos investimentos, constituindo, juntamente com os capitais próprios, a forma preferível de financiamento dos activos

imobilizados.” apresentando “...ano a ano, as origens e as aplicações de fundos, discriminando os montantes de cada origem e o destino de cada aplicação. A sua elaboração só é possível conhecidos os custos de investimento e de exploração e as fontes de capital alheio possíveis (quanto a montantes, prazos, taxas, esquemas de reembolso).” (Abcassis e Cabral, 2000, p. 64).

Tabela 28 - Plano de Financiamento a médio e longo prazo

Plano de Financiamento a médio e longo prazo						
Nº de Ordem	Descrição	Anos				
		1º	2º	3º	4º	5º
1	APLICAÇÃO DE FUNDOS					
	Investimento em capital fixo					
	Terrenos (aluguer)	30.000,00 €	30.000,00 €	30.000,00 €	30.000,00 €	30.000,00 €
	Edifícios e instalações	240.507,00 €				
	Equipamentos	2.094.650,00 €				
	Móveis, utensílios e viaturas	9.870,00 €				
2	Outros investimentos					
	Estudos, projectos e fiscalização	2.000,00 €				
	Formação de pessoal, investigação	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €	1.500,00 €
	Outros gastos de investimento					
3	Capital circulante					
	Materias primas e subsidiárias	205.047,29 €	205.047,29 €	205.047,29 €	211.447,46 €	211.447,46 €
	Produtos semi – elaborados					
	Produtos acabados					
	Créditos correntes a clientes					
4	Reembolsos de Capital					
	De empréstimos	151.711,74 €	151.711,74 €	151.711,74 €	151.711,74 €	151.711,74 €
	Juros de Empréstimos	45.513,00 €	36.413,00 €	27.310,00 €	18.206,00 €	9.103,00 €
	Redução de capital social					
5	Outras aplicações (distribuição de resultados, imobilizações financeiras, etc)					
6	TOTAL DE APLICAÇÕES	2.780.799,03 €	424.672,03 €	415.569,03 €	412.865,20 €	403.762,20 €
7	ORIGENS DOS FUNDOS					
	Capital Social					
	Realização inicial	513.092,04 €	513.092,04	513.092,04	513.092,04	513.092,04
	Aumentos					
8	Autofinanciamento					
	Amortizações e provisões	711.443,55 €	711.443,55 €	711.443,55 €	13.259,10 €	13.259,10 €
	Lucros retidos (reservas)					
9	Créditos Obtidos de terceiros e sócios					
	Créditos correntes de fornecedores					
	Empréstimos	758.558,71 €				
	Suprimentos					
	Outros créditos	1.570.987,50 €				
10	Outras origens (contrato programa c/ ULSNA)					
11	TOTAL DE ORIGENS	3.554.081,80 €	1.224.535,59 €	1.224.535,59 €	526.351,14 €	526.351,14 €
12	DIFERENÇA ORIGENS - APLICAÇÕES (DISPONIBILIDADES OU MEIOS)	773.282,77 €	799.863,56 €	808.966,56 €	113.485,94 €	122.588,94 €

Fonte: Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

O valor médio dos cinco anos de projecto, a que se refere o plano de financiamento, ronda os 523.637,55 €, pelo que se comprova a solvabilidade deste, projecto, ou seja a capacidade de fazer frente as dívidas, no médio e longo prazo.

4.6.3.4. Balanço Previsional

Para Barros (1999), o balanço previsional mostra qual a situação patrimonial prevista para o projecto, conseguindo-se antever qual a solvabilidade e liquidez do mesmo, para Barros a solvabilidade representa um conceito relacionado com a parte superior do balanço, enquanto que liquidez, relaciona-se com a parte inferior do balanço. (p.177)

É um documento analítico e de gestão que permite "...uma avaliação do impacte das políticas de curto prazo sobre o risco financeiro estrutural da empresa, o que pode ser quantificado através da autonomia financeira (relação capitais próprios/activo total liquido) ou da solvabilidade total (quociente capitais próprios/divida total)." (Menezes, p.238, 2005)

O balanço previsional, como se pode constatar na tabela numero vinte e nove, representa um instrumento de conclusão, onde o capital próprio mais o passivo têm que ser igual ao activo.

4.6.4. Break Even Point

Antes de se entrar em conclusões sobre esta avaliação financeira deste CRI, vai-se calcular o ponto de equilíbrio deste projecto. Este representa o valor, onde acima este projecto tem capacidade de sobreviver, abaixo não, ou seja este é o ponto zero do lucro duma empresa, o ponto a partir do qual o projecto se mostra sustentável.

Na tabela número trinta, houve a possibilidade de exibir os pontos de equilíbrio assim como as respectivas margens de segurança, que podem ser definidas como a quantidade de produtos ou valor de receita em que se opera acima do Ponto de Equilíbrio.

Tabela 30 – Ponto de equilíbrio

Ponto de equilibrio	1º ano	2º ano	3º ano	4º ano	5º ano
Prestação de serviços	3.060.621,13 €	3.060.621,13 €	3.060.621,13 €	3.152.439,77 €	3.152.439,77 €
Custos fixos	1.958.908,94 €	1.949.808,94 €	1.940.705,94 €	1.268.743,02 €	1.296.010,65 €
Custos variaveis	1.000.113,22 €	1.000.113,22 €	1.000.113,22 €	1.000.113,22 €	1.031.209,57 €
PE	2.909.708,83 €	2.896.191,95 €	2.882.670,61 €	1.858.284,91 €	1.926.050,05 €
MS	4,93%	5,37%	5,81%	41,05%	38,90%

Fonte : Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

Legenda: PE-Ponto de equilíbrio; MS-Margem de Segurança

Tabela 29 – Balanço Previsional

de Ordem	Descriminação	Anos				
		1º	2º	3º	4º	5º
	Activo					
1	Imobilizado bruto					
1.1	Incorporeo	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €	2.000,00 €
1.2	Corporeo	2.345.027,00 €	2.345.027,00 €	2.345.027,00 €	2.345.027,00 €	2.345.027,00 €
1.3	Financeiro					
1.4	Outros					
2	Total do imobilizado bruto	2.347.027,00 €	2.347.027,00 €	2.347.027,00 €	2.347.027,00 €	2.347.027,00 €
3	Amortizações acumuladas	-711.443,55 €	-1.422.887,10 €	-2.134.330,65 €	-2.147.589,75 €	-2.160.848,85 €
4	Provisões acumuladas					
5	Total imobilizado liquido					
6	Circulante					
6.1	Existências					
6.2	Clientes médio e longo prazo					
6.3	Clientes curto prazo		436359,18	54475,8	64000,00	200700,02
6.4	Outros devedores	1.256.790,00 €	942.592,50 €	628.395,00 €	314.197,50 €	0,00 €
6.5	Titulos negociáveis					
6.6	Depósitos bancários e caixa		142582,83	1204000,00	1902295,04	2461058,8
	Total do Activo	2.892.373,45 €	2.445.674,41 €	2.099.567,15 €	2.479.929,79 €	2.847.936,97 €
	Capital próprio e passivo					
7	Capital próprio					
7.1	Capital	513.092,04 €	513.092,04 €	513.092,04 €	513.092,04 €	513.092,04 €
7.2	Acções ou quotas próprias					
7.3	Prestações suplementares	314.197,50 €	314.197,50 €	314.197,50 €	314.197,50 €	314.197,50 €
7.4	Prémios de emissões de acções					
7.5	Reservas de reavaliação					
7.6	Reservas legais		5079,95	10.614,90	16605,00	59336,55
7.7	Resultados transitados		96.519,03 €	201.683,06 €	315494,94	1127394,45
7.8	Resultado liquido	101.598,98 €	110.698,98 €	119.801,98 €	854.631,06 €	825.219,54 €
8	Total capital social (7.1+7.2+7.3+7.4)	928.888,52 €	1.039.587,50 €	1.159.389,48 €	2.014.020,54 €	2.839.240,08 €
9	Provisões para riscos e encargos					
10	Dividas a terceiros medio e longo prazo					
10.1	Emprestimos	606.846,97 €	455.135,23 €	303.423,49 €	151.711,75 €	0,00 €
10.2	Outros credores					
11	Total passivo medio e longo prazo (9+10.1+10.2)	606.846,97 €	455.135,23 €	303.423,49 €	151.711,75 €	0,00 €
12	Dividas a terceiros curto prazo					
12.1	Emprestimos					
12.2	Fornecedores	91.488,78 €				
12.3	Estado e outros entes públicos	8359,18	8359,18	8359,18	8526,36	8696,89
12.4	Proveitos Diferidos (QREN)	1.256.790,00 €	942.592,50 €	628.395,00 €	314.197,50 €	0,00 €
12.5	Outros credores					
13	Total passivo curto prazo (12.1+12.2+12.3+12.4)	1.356.637,96 €	950.951,68 €	636.754,18 €	314.197,50 €	8.696,89 €
14	Acrescimos e deferimentos					
	Total do capital próprio e do passivo (8+11+13)	2.892.373,45 €	2.445.674,41 €	2.099.567,15 €	2.479.929,79 €	2.847.936,97 €

Fonte: Adaptada de Abcassis & Cabral, 2000.

5. Conclusão

Da realização da análise financeira previsional (possível) a este futuro investimento dum CRI de radiologia da ULSNA, pode-se concluir que será rendível e como tal, será sustentável esta mudança de modelo de organização e de gestão.

Será no entanto importante referir, que os resultados desta análise só são válidos partindo sempre dos dados apresentados (respeitando os pressupostos enunciados na introdução desta análise financeira), havendo portanto, a perspectiva duma capacidade de recuperação dos capitais que iriam ser investidos e utilizados na sua exploração, assim como a capacidade de originar um rendimento financeiro adicional capaz de suportar os juros do capital próprio e alheio e ainda remunerar a actividade de direcção deste CRI.

Constata-se pois, que uma das viabilidades deste projecto, passaria pela possibilidade de investimento num determinado número de equipamentos que seriam de grande necessidade para o bom funcionamento deste CRI e para a melhor qualidade e diversidade de prestação de serviços de saúde à população da ULSNA, evitando mesmo que em muitos casos se desloquem fora do distrito. No entanto seria sempre imprescindível o recurso a apoios provenientes do QREN, que estará em vigência até 2013.

Ao nível da futura exploração deste projecto, concluiu-se que seria positiva a conta de exploração anual, assim como o respectivo cash flow de exploração deste projecto, permitindo que ao longo da vida útil proposta para este projecto seja possível a realização de capital que possibilite não só o suporte do capital investido como ainda da respectiva remuneração

Para terminar as considerações sobre a análise financeira deste possível CRI e duma forma bastante simplista, referir ainda, que na elaboração do plano de financiamento foi evidente a possibilidade de liquidez a curto prazo deste projecto demonstrado pelo orçamento de tesouraria, assim como a capacidade de financiamento do activo circulante, permitindo a actividade produtiva deste projecto durante o intervalo de tempo que ocorre entre a ocorrência das despesas de prestação dos serviços e da realização do capital resultante desta prestação, através do calculo do fundo maneo. A apresentação do balanço previsional aparece como elemento final, representado a conjugação das contas anteriores e permitindo relacionar o activo e o passivo deste projecto, onde se demonstra o equilíbrio necessário entre estas duas grandezas indispensável para a sanidade financeira deste projecto.

Segundo a legislação sobre CR, os montantes, que são considerados excedentes, em resumo o “lucro” deste CRI de radiologia da ULSNA, poderia ter várias aplicações,

como reinvestir em nova tecnologia, uma parte ser entregue à ULSNA, ou ser distribuído pelos colaboradores como forma de incentivo. Neste ponto, o autor deste estudo levanta uma questão:

Será suficiente o montante excedente, para dividir pelos colaboradores deste CRI, como forma de incentivo, tendo em conta os elevados números de produção sugeridos para o funcionamento deste CRI de radiologia da ULSNA e ainda haver margem de manobra para reinvestimento?

Esta é a dúvida que se deixa ficar, como mote para um futuro estudo, com uma maior facilidade, colaboração e fidelidade de recolha de dados, de modo a que se possa calcular numa forma intensa, mais exaustiva, mais correcta valores ainda mais perto do que será a realidade dum futuro CRI de Radiologia nesta Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

7.2. Anexo II

Plantas das Unidades Funcionais de Radiologia de Elvas e
Portalegre

Digitalização da planta de Elvas

Digitalização da plantea de Portalegre

7.3. Anexo III

Custos unitários dos diversos exames

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Tomografia Computorizada c/ contraste		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	6.500	0,31 €	2.020,20 €
Alcool - litros -	7	0,02	12,35 €
Algodão - Kg -	130	0,07	235,30 €
CD	3250	0,16 €	535,65 €
Compressas	6.500	0,05	342,62 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	3	0,051 €	331,50 €
Black Ribon	3	0,04 €	253,50 €
Contraste Endovenoso - litros -	390	12,30 €	79.950,00 €
Copo plástico	6500	0,01 €	65,00 €
Envelope	6.500	0,01 €	92,37 €
Folha de papel	3.250	0,0039 €	12,68 €
Luvas	6.500	0,03 €	224,90 €
Penso	6.500	0,0089 €	57,8500 €
Prod.contras. ioda.oral - litros -	22	5,04 €	3.637,83 €
Rolo de papel - metro -	14300	0,05 €	286,00 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	6.500	0,1000 €	650,00 €
Sistema de soro	6.500	0,1500 €	975,00 €
Soro Fisiologico	65	0,0780 €	507,00 €
Torneira 3 vias	6.500	0,1300 €	845,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	3.129,92 €
A.Operativo	14	1,02 €	6.647,25 €
Médico	4	4,80 €	31.201,66 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	21.523,56 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	8.665,63 €
Aparelho de TC		11,20 €	72.825,74 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Aparelho Tc		18,16 €	118.063,64 €
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Prestação de equipamento		2,98 €	19.395,06 €
Total		61,92 €	372.487,20 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	741,45 €
A.Operativo	14	0,21 €	1.347,57 €
Médico	4	0,23 €	1.482,44 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	3.799,59 €
Farmácia		0,09 €	600,57 €
Informática		0,10 €	626,26 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	344,27 €
Serviço de Aproveitamento		0,03 €	218,68 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	1.695,44 €
Custos da administração		0,65 €	4.244,77 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	111,59 €
Contrato de limpeza		0,14 €	934,86 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	32.783,90 €
Electricidade		0,17 €	1.134,60 €
Telefone		0,01 €	68,63 €
Transporte de exames		0,10 €	681,19 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	2.084,63 €
Outros		0,12 €	767,79 €
Total		8,26 €	53.668,25 €
Total Exame		70,18 €	426.155,45 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Tomografia Computorizada s/ contraste		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool - litros -	0	0,00	0,00
Algodão - Kg -	0	0,00	0,00
CD	3250	0,16 €	535,65 €
Compressas	0	0,00	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	3	0,051 €	331,50 €
Black Ribon	0	0,04 €	0,00 €
Contraste Endovenoso - litros -	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	0	0,01 €	0,00 €
Folha de papel	3.250	0,0039 €	12,68 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	0	0,00 €	0,00 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral - litros -	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	14300	0,05 €	286,00 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico - litro -	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	3.129,92 €
A.Operativo	14	1,02 €	6.647,25 €
Médico	4	4,80 €	31.201,66 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	21.523,56 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção:			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	8.665,63 €
Aparelho de TC		11,20 €	72.825,74 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Aparelho Tc		18,16 €	118.063,64 €
Prestação de equipamento		0,00 €	11,43 €
Total		40,64 €	263.234,66 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	741,45 €
A.Operativo	14	0,21 €	1.347,57 €
Médico	4	0,23 €	1.482,44 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	3.799,59 €
Aprovisionamento			
Farmácia		0,00 €	0,00 €
Informática		0,10 €	626,26 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	344,27 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	218,68 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	1.695,44 €
Custos da administração		0,65 €	4.244,77 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	111,59 €
Contrato de limpeza		0,14 €	934,86 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	1.134,60 €
Telefone		0,01 €	68,63 €
Transporte de exames		0,10 €	681,19 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	2.084,63 €
Outros		0,12 €	767,79 €
Total		3,12 €	20.283,78 €
Total exame		43,76 €	283.518,43 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Ecografia		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Alcool - litros -	0	0,00	0,00
Algodão - Kg -	0	0,00	0,00
CD	6000	0,16 €	988,90 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	6	0,051 €	612,00 €
Black Ribon	6	0,39 €	468,00 €
Contraste Endovenoso - litros -	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	6000	0,01 €	85,26 €
Folha de papel	6.000	0,0039 €	23,40 €
Gel - litros	120	0,02 €	124,08 €
Guardanapo	12000	0,26 €	1.575,00 €
Luvas	12000	0,02 €	103,80 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral - litros -	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	26400	0,05 €	528,00 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico - litro -	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	5.778,31 €
A.Operativo	14	1,02 €	12.271,85 €
Médico	4	4,80 €	57.603,07 €
Técnico de Radiologia	0	0,00 €	0,00 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)	0	0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	15.998,08 €
Aparelho de eco		1,18 €	14.115,05 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Aparelho de Eco		1,65 €	19.847,68 €
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Prestação de equipamento		0,27 €	3.211,10 €
Total		11,71 €	133.333,59 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11	1.368,83
A.Operativo	14	0,21	2.487,83
Médico	4	0,23	2.736,81
Técnico de Radiologia	0	0,00	0,00
Farmácia		0,09 €	1.108,74 €
Informática		0,10 €	1.156,17 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	635,58 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	403,72 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	3.130,04 €
Custos de Adminidtração		0,65 €	1.632,61 €
3- Serviços:			
Agua		0,02 €	206,01 €
Contrato de limpeza		0,14 €	1.725,90 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	2.094,65 €
Telefone		0,01 €	26,40 €
Transporte de exames		0,10 €	1.257,58 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	3.848,55 €
Outros		0,12 €	1.417,45 €
Total		2,63 €	25.236,87 €
Total exame		14,34 €	158.570,46 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Ecodoppler		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Alcool - litros -	0	0,00	0,00
Algodão - Kg -	0	0,00	0,00
CD	1250	0,16 €	206,02 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	1	0,051 €	127,50 €
Black Ribon	1	0,39 €	97,50 €
Contraste Endovenoso - litros -	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	1250	0,01 €	17,76 €
Folha de papel	1.250	0,0039 €	4,88 €
Gel - litros	25	0,02 €	25,85 €
Guardanapo	2500	0,26 €	656,25 €
Luvas	2500	0,02 €	43,25 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral - litros -	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	5500	0,05 €	110,00 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico - litro -	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	1.203,81 €
A.Operativo	14	1,02 €	2.556,64 €
Médico	4	4,80 €	12.000,64 €
Técnico de Radiologia	0	0,00 €	0,00 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)	0	0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	3.332,93 €
Aparelho de eco		1,18 €	2.940,64 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Aparelho de Eco		1,65 €	4.134,93 €
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Prestação de equipamento		0,27 €	2.500,00 €
Total		11,71 €	29.958,60 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	285,17 €
A.Operativo	14	0,21 €	518,30 €
Médico	4	0,23 €	570,17 €
Técnico de Radiologia	0	0,00 €	0,00 €
Farmácia		0,09 €	230,99 €
Informática		0,10 €	240,87 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	132,41 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	84,11 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	652,09 €
Custos de Administração		0,65 €	8.489,55 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	42,92 €
Contrato de limpeza		0,14 €	359,56 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	436,39 €
Telefone		0,01 €	26,40 €
Transporte de exames		0,10 €	262,00 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	801,78 €
Outros		0,12 €	295,30 €
Total		2,63 €	13.428,00 €
Total exame		14,34 €	43.386,60 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Rad. Introdução de contraste baritado Esofago; Estomago; Transito Intestinal		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool	0	0,00 €	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	99	0,16 €	16,23 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,1	0,051 €	10,05 €
Black Ribon	0,1	0,04 €	7,68 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	197	0,02 €	3,94 €
Duplo contraste Sfruto - Frasco -	2	0,11 €	10,50 €
Envelope	99	0,01 €	1,40 €
Folha de papel	99	0,0039 €	0,38 €
Guardanapo	197	0,26 €	51,71 €
Luvas	197	0,03 €	6,82 €
Prod.contras. ioda.oral - TC -	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	197	7,01 €	1.381,76 €
Rolo de papel - metro -	433	0,05 €	8,67 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	94,86 €
A.Operativo	14	1,02 €	201,46 €
Médico	4	4,80 €	945,65 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	652,33 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	262,64 €
Aparelho de RX		1,47 €	289,38 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Prestação do equipamento		0,00 €	0,00 €
Total		20,18 €	3.945,46 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	11,24 €
A.Operativo	14	0,21 €	20,42 €
Médico	4	0,23 €	22,46 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	57,58 €
Aprovisionamento			
Farmácia		0,09 €	18,56 €
Informática		0,10 €	18,98 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	10,43 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	6,63 €
Custos de Administração		0,65 €	128,65 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	51,38 €
3- Serviços:			0,00 €
Agua		0,02 €	3,38 €
Contrato de limpeza		0,14 €	28,33 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	993,60 €
Electricidade		0,17 €	34,39 €
Telefone		0,01 €	2,08 €
Transporte de exames		0,10 €	20,65 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	63,18 €
Outros		0,12 €	23,27 €
Total		8,26 €	1.515,22 €
Total exame		28,43 €	5.460,69 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Rad. Introdução de contraste baritado Clister opaco		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool	0	0,00 €	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	181	0,16 €	29,83 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,2	0,051 €	18,46 €
Black Ribon	0,2	0,04 €	14,12 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto - Frasco -	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	181	0,01 €	2,57 €
Folha de papel	181	0,0078 €	1,41 €
Guardanapo	362	0,26 €	95,03 €
Luvas	0	0,03 €	0,00 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	362	17,33	6.273,46 €
Rolo de papel - metro -	796	0,05 €	37,39 €
Saco para clister	362	6,83 €	2.472,46 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	174,31 €
A.Operativo	14	1,02 €	370,20 €
Médico	4	4,80 €	1.737,69 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	1.198,70 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	482,61 €
Aparelho de RX		1,47 €	531,76 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Prestação do equipamento		0,00 €	0,00 €
Total		37,20 €	13.440,00 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	20,65 €
A.Operativo	14	0,21 €	37,52 €
Médico	4	0,23 €	41,28 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	105,80 €
Farmácia		0,09 €	34,11 €
Informática		0,10 €	34,88 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	19,17 €
Seerviço de Aproveitamento		0,03 €	12,18 €
Custos de Administração		0,65 €	236,40 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	94,42 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	6,21 €
Contrato de limpeza		0,14 €	52,06 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	1.825,81 €
Electricidade		0,17 €	63,19 €
Telefone		0,01 €	3,82 €
Transporte de exames		0,10 €	37,94 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	116,10 €
Outros		0,12 €	42,76 €
Total		8,26 €	2.784,32 €
Total exame		45,46 €	16.224,32 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Rad. Introdução de contraste venoso Urografia		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	42	0,31 €	0,00 €
Alcool	42	0,02 €	0,80 €
Algodão	42	0,07 €	3,04 €
CD	21	0,16 €	3,46 €
Compressas	42	0,04	1,51 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,01	0,051 €	1,07 €
Black Ribon	0,01	0,04 €	0,82 €
Contraste Endovenoso - litros-	2,52	12,30 €	516,60 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto - Frasco -	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	21	0,01 €	0,30 €
Folha de papel	21	0,004 €	0,08 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	42	0,03 €	1,45 €
Pensos	42	0,09 €	3,74 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	92	0,05 €	1,85 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	42	0,15 €	6,30 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	20,22 €
A.Operativo	14	1,02 €	42,95 €
Médico	4	4,80 €	201,61 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	139,08 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	55,99 €
Aparelho de RX		1,47 €	61,70 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Prestação do equipamento		0,00 €	0,00 €
Total		25,75 €	1.062,57 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	4,79 €
A.Operativo	14	0,21 €	8,71 €
Médico	4	0,23 €	9,58 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	24,55 €
Farmácia		0,09 €	3,96 €
Informática		0,10 €	4,05 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	2,22 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	1,41 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	10,96 €
Custos de Administração		0,65 €	27,43 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	0,72 €
Contrato de limpeza		0,14 €	6,04 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	211,83 €
Electricidade		0,17 €	7,33 €
Telefone		0,01 €	0,44 €
Transporte de exames		0,10 €	4,40 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	13,47 €
Outros		0,12 €	4,96 €
Total		8,26 €	346,86 €
Total exame		25,87 €	1.409,43 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Mamografia		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool	0	0,00 €	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	1.125	0,16 €	185,42 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	1	0,051 €	57,38 €
Black Ribon	1	0,39 €	43,88 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	1.125	0,01 €	15,99 €
Folha de papel	1.125	0,004 €	4,39 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	0	0,00 €	0,00 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	0	0,00 €	0,00 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	1.083,43 €
A.Operativo	14	0,20 €	452,88 €
Médico	4	4,80 €	10.800,58 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	7.450,46 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	2.999,64 €
Aparelho de Mmografia		11,01 €	24.769,58 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Mamografo		31,80 €	71.561,02 €
Prestação do equipamento		5,15 €	11.320,38 €
Total		58,71 €	130.745,02 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	256,66 €
A.Operativo	14	0,21 €	466,47 €
Médico	4	0,23 €	513,15 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	1.315,24 €
Farmácia		0,00 €	0,00 €
Informática		0,10 €	216,78 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	119,17 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	75,70 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	586,88 €
Custos de Administração		0,65 €	1.469,34 €
3- Serviços:			
Agua		0,017 €	38,63 €
Contrato de limpeza		0,14 €	323,61 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	392,75 €
Telefone		0,01 €	23,80 €
Transporte de exames		0,10 €	235,80 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	721,60 €
Outros		0,12 €	265,77 €
Total		3,12 €	7.021,35 €
Total Exame		61,83 €	137.766,36 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Galactografia		
		Custo unit.	Custo Total
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool	0	0,00 €	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	25	0,16 €	4,12 €
Compressas	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,0	0,051 €	1,28 €
Black Ribon	0,0	0,39 €	0,98 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	25	0,03 €	0,71 €
Folha de papel	25	0,008 €	0,20 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	50	0,17 €	8,25 €
Kit de Galactografia	50	32,91 €	1.645,60 €
Películas	0	0,00 €	0,00 €
Penso cirurgico compresivo	50	0,07 €	3,55 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	110	0,05 €	2,20 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	12,04 €
A.Operativo	14	0,20 €	5,03 €
Médico	4	4,80 €	120,01 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	82,78 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	66,66 €
Aparelho de Mamografia		11,01 €	550,44 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Mamografo		31,80 €	1.590,24 €
Prestação do equipamento		5,15 €	257,28 €
Total		91,92 €	4.351,36 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	2,85 €
A.Operativo	14	0,21 €	5,18 €
Médico	4	0,23 €	5,70 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	14,61 €
Farmácia		0,09 €	207,89 €
Informática		0,10 €	4,82 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	2,65 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	1,68 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	13,04 €
Custos de Administração		0,65 €	32,65 €
3- Serviços:			0,00 €
Agua		0,02 €	0,86 €
Contrato de limpeza		0,14 €	7,19 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	252,18 €
Electricidade		0,17 €	8,73 €
Telefone		0,01 €	0,53 €
Transporte de exames		0,10 €	5,24 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	16,04 €
Outros		0,12 €	5,91 €
Total		8,26 €	587,75 €
Total Exame		100,18 €	4.939,11 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Osteodensitometria		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool	0	0,00	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
Campo de tratamento	0	0,00 €	0,00 €
CD	0	0,00 €	0,00 €
Compressas est.	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,0	0,000 €	0,00 €
Black Ribon	0,0	0,00 €	0,00 €
Cateter de drenagem	0	0,00 €	0,00 €
Conector de drenagem	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	2.000	0,03 €	56,84 €
Folha de papel	10.000	0,02 €	39,00 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	0	0,00 €	0,00 €
Lidocaina	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	0	0,00 €	0,00 €
Pensos	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	4400	0,05 €	88,00 €
Saco colector	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Tinteiros	6	0,13 €	256,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	216,69 €
A.Operativo	14	1,02 €	460,19 €
Médico	4	4,80 €	2.160,12 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	1.490,09 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	599,93 €
Aparelho de Osteodensitometria		3,83 €	5.750,44 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Osteodensitometro		9,49 €	18.981,00 €
Prestação do equipamento		1,54 €	3.070,88 €
Total		26,03 €	33.169,18 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	51,33 €
A.Operativo	14	0,21 €	93,29 €
Médico	4	0,23 €	102,63 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	263,05 €
Farmácia		0,00 €	0,00 €
Informática		0,10 €	43,36 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	23,83 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	15,14 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	117,38 €
Custos de Administração		0,65 €	293,87 €
3- Serviços:			
Agua		0,02 €	7,73 €
Contrato de limpeza		0,14 €	64,72 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	78,55 €
Telefone		0,01 €	4,76 €
Transporte de exames		0,10 €	47,16 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	641,43 €
Outros		0,12 €	236,24 €
Total		3,12 €	2.084,46 €
Total Exame		29,15 €	35.253,64 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

Sala de Mamografia	Marcação por arpão		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	100	0,31 €	31,08 €
Agulha de localização mamária	100	30,63 €	3.062,88 €
Alcool	0	0	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	50	0,16 €	8,24 €
Compressas est.	100	0,10 €	9,70 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,0	0,051 €	2,55 €
Black Ribon	0,0	0,39 €	1,95 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	50	0,03 €	1,42 €
Folha de papel	50	0,008 €	0,39 €
Gel Eco. - litros -	2	0,02 €	2,07 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	2	0,14 €	5,60 €
Lidocaina	100	1,79 €	178,50 €
Luvas	100	0,17 €	16,50 €
Penso cirurgico compressivo	100	0,07 €	7,10 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	220	0,05 €	4,40 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	100	0,05 €	5,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	48,15 €
A.Operativo	14	1,02 €	102,27 €
Médico	4	4,80 €	480,03 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	331,13 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	133,32 €
Aparelho de Mamografia		11,01 €	1.100,87 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Mamografo		31,80 €	3.180,49 €
Prestação de equipamento		5,15 €	514,56 €
Total		92,87 €	9.228,19 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	11,41 €
A.Operativo	14	0,21 €	20,73 €
Médico	4	0,23 €	22,81 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	58,46 €
Farmácia		0,09 €	9,26 €
Informática		0,10 €	9,63 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	5,30 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	3,36 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	26,08 €
Custos de Administração		0,65 €	65,30 €
3- Serviços:			
Agua		0,017 €	1,72 €
Contrato de limpeza		0,14 €	14,38 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	504,37 €
Electricidade		0,17 €	17,46 €
Telefone		0,01 €	1,06 €
Transporte de exames		0,10 €	10,48 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	32,07 €
Outros		0,12 €	11,81 €
Total		8,26 €	825,69 €
Total Exame		101,12 €	10.053,88 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Drenagem por TC		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	100	0,31 €	31,08 €
Alcool	0	0	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
Campo de tratamento	100	3,17 €	317,00 €
CD	50	0,16 €	8,24 €
Compressas est.	100	0,05 €	4,85 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,0	0,051 €	2,55 €
Black Ribon	0,0	0,39 €	1,95 €
Cateter de drenagem	100	105,88 €	10.588,32 €
Conector de drenagem	100	10,83 €	1.083,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	50	0,01 €	0,71 €
Folha de papel	50	0,004 €	0,20 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	2	0,14 €	5,60 €
Lidocaina	100	1,79 €	178,50 €
Luvas	100	0,17 €	16,50 €
Pensos	0	0,07 €	7,10 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	220	0,05 €	4,40 €
Saco colector	100	0,48 €	48,00 €
Seringas	3	0,05 €	0,15 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	1	0,13 €	0,13 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	48,15 €
A.Operativo	14	1,02 €	102,27 €
Médico	4	4,80 €	480,03 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	331,13 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	133,32 €
Aparelho de TC		11,20 €	1.100,87 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
TC		18,16 €	1.816,36 €
Prestação de equipamento		2,94 €	293,86 €
Total		164,05 €	16.310,40 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	11,41 €
A.Operativo	14	0,21 €	20,73 €
Médico	4	0,23 €	22,81 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	58,46 €
Farmácia		0,09 €	9,26 €
Informática		0,10 €	9,63 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	5,30 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	3,36 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	26,08 €
Custos de Administração		0,65 €	65,30 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	1,72 €
Contrato de limpeza		0,14 €	14,38 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	504,37 €
Electricidade		0,17 €	17,46 €
Telefone		0,01 €	1,06 €
Transporte de exames		0,10 €	10,48 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	32,07 €
Outros		0,12 €	11,81 €
Total		8,26 €	825,69 €
Total Exame		172,31 €	17.136,09 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Drenagem por Eco		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	100	0,31 €	31,08 €
Alcool	0	0	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
Campo de tratamento	100	3,17 €	317,00 €
CD	50	0,16 €	8,24 €
Cateter de drenagem	100	105,88 €	10.588,00 €
Compressas est.	100	0,10 €	9,70 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0	0,051 €	2,55 €
Black Ribon	0	0,39 €	1,95 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	50	0,01 €	0,71 €
Folha de papel	50	0,008 €	0,39 €
Gel Eco. - litros -	2	0,02 €	2,07 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	2	0,14 €	5,60 €
Lidocaina	100	1,79 €	178,50 €
Luvas	100	0,17 €	16,50 €
Pensos	100	0,07 €	7,10 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.bartado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	220	0,05 €	10,33 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	3	0,05 €	0,15 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	100	0,13 €	13,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	48,15 €
A.Operativo	14	1,02 €	102,27 €
Médico	4	4,80 €	480,03 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	331,13 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	133,32 €
Aparelho de ECO		1,18 €	117,63 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Ecografo		1,65 €	165,40 €
Prestação de equipamento		0,27 €	26,76 €
Total		126,54 €	12.597,54 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	11,41 €
A.Operativo	14	0,21 €	20,73 €
Médico	4	0,23 €	22,81 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	58,46 €
Farmácia		0,09 €	9,26 €
Informática		0,10 €	9,63 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	5,30 €
Serviço de Aproveitamento		0,03 €	3,36 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	26,08 €
Custos de Administração		0,65 €	65,30 €
3- Serviços:			
Agua		0,02 €	1,72 €
Contrato de limpeza		0,14 €	14,38 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	504,37 €
Electricidade		0,17 €	17,46 €
Telefone		0,01 €	1,06 €
Transporte de exames		0,10 €	10,48 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	32,07 €
Outros		0,12 €	11,81 €
Total		8,26 €	825,69 €
Total Exame		134,80 €	13.423,23 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Biopsia por TC		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt/agulha	100	0,31 €	31,08 €
Agulha de corte aut. Para biopsia	100	22,34 €	2.234,40 €
Alcool	0	0,00 €	0,00 €
Campo de tratamento	100	3,17 €	317,00 €
CD	50	0,16 €	8,24 €
Compressas est.	100	0,10 €	9,70 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,0	0,051 €	2,55 €
Black Ribon	0,0	0,39 €	1,95 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	50	0,01 €	0,71 €
Folha de papel	50	0,004 €	0,20 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	2	0,14 €	5,60 €
Lidocaina	100	1,79 €	178,50 €
Luvas	100	0,17 €	16,50 €
Laminasvidro	100	0,14 €	14,40 €
laminas de vidro caixa para 2	0	0,80 €	0,00 €
Pensos	100	0,07 €	7,10 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.bartado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	220	0,05 €	4,40 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas		0,10 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	100	0,13 €	13,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	48,15 €
A.Operativo	14	1,02 €	102,27 €
Médico	4	4,80 €	480,03 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	331,13 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	133,32 €
Aparelho de RX		11,20 €	1.120,40 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
TC		18,16 €	1.816,36 €
Prestação de equipamento		2,94 €	293,86 €
Total		70,24 €	6.876,97 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	11,41 €
A.Operativo	14	0,21 €	20,73 €
Médico	4	0,23 €	22,81 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	58,46 €
Farmácia		0,09 €	9,26 €
Informática		0,10 €	9,63 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	5,30 €
Serviço de aprovisionamento		0,03 €	3,36 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	26,08 €
Custos de Administração		0,65 €	65,30 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	1,72 €
Contrato de limpeza		0,14 €	14,38 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	504,37 €
Electricidade		0,17 €	17,46 €
Telefone		0,01 €	1,06 €
Transporte de exames		0,10 €	10,48 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	32,07 €
Outros		0,12 €	11,81 €
Total		8,26 €	825,69 €
Total Exame		78,50 €	7.702,66 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Biopsia por eco		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt/agulha	500	0,02 €	12,00 €
Agulha de corte aut. Para biopsia	500	22,34 €	11.172,00 €
Alcool	0	0	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
CD	250	0,16 €	41,20 €
Cateter de drenagem	0	0,00 €	0,00 €
Compressas est.	500	0,10 €	48,50 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0	0,051 €	12,75 €
Black Ribon	0	0,39 €	9,75 €
Contraste Endovenoso	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	250	0,01 €	3,55 €
Folha de papel	250	0,004 €	0,98 €
Gel Eco. -litro -	10	0,02 €	10,34 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	5	0,14 €	14,00 €
Laminasvidro	500	0,14 €	72,00 €
laminas de vidro caixa para 2	125	0,80 €	100,00 €
Cloreto de etilo	50	0,61 €	303,15 €
Luvas	500	0,03 €	17,30 €
Pensos compressivo	500	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	1100	0,05 €	51,65 €
Saco para clister	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	3	0,05 €	0,15 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	240,76 €
A.Operativo	14	1,02 €	511,33 €
Médico	4	4,80 €	2.400,13 €
Técnico de Radiologia	20	3,31 €	1.655,66 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	666,59 €
Aparelho de ECO		1,18 €	588,13 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
Ecografo		1,65 €	826,99 €
Prestação de equipamento		0,27 €	133,80 €
Total		38,98 €	18.892,69 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	57,03 €
A.Operativo	14	0,21 €	103,66 €
Médico	4	0,23 €	114,03 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	292,28 €
Farmácia		0,09 €	9,26 €
Informática		0,10 €	9,63 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	5,30 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	3,36 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	26,08 €
Custos de Administração		0,65 €	65,30 €
3- Serviços:			
Agua		0,02 €	1,72 €
Contrato de limpeza		0,14 €	14,38 €
Resíduos hosp. III/IV		5,04 €	504,37 €
Electricidade		0,17 €	17,46 €
Telefone		0,01 €	5,29 €
Transporte de exames		0,10 €	10,48 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	160,36 €
Outros		0,12 €	59,06 €
Total		8,26 €	1.459,06 €
Total Exame		47,24 €	20.351,75 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Ressonância Magnetica c/ contraste		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	750	0,31 €	233,07 €
Alcool - litros -	0,75	0,02	1,43 €
Algodão - Kilos -	15	0,07	27,15 €
Campo de tratamento	0	0,00 €	0,00 €
CD	375	0,16 €	61,81 €
Compressas est.	750	0,10 €	72,75 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,2	0,051 €	19,13 €
Black Ribon	0,2	0,39 €	14,63 €
Cateter de drenagem	0	0,00 €	0,00 €
Contrate endovenoso - litros -	11	37,50 €	28.125,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	375	0,01 €	5,33 €
Folha de papel	375	0,004 €	1,46 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	0	0,00 €	0,00 €
Lidocaina	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	100	0,17 €	16,50 €
Pensos	0	0,07 €	53,25 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	1650	0,05 €	33,00 €
Saco colector	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	750	0,1000 €	75,00 €
Sistema de soro	750	0,1500 €	112,50 €
Soro Fisiologico - litros -	7,5	0,0780 €	58,50 €
Torneira 3 vias	750	0,1300 €	97,50 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	359,22 €
A.Operativo	14	1,02 €	762,91 €
Médico	4	4,76 €	3.570,94 €
Técnico de Radiologia	20	3,29 €	2.468,34 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	994,56 €
Aparelho de RMN		58,33 €	43.750,00 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
RMN		199,80 €	149.850,00 €
Prestação do equipamento		32,33 €	24.243,82 €
Total		340,70 €	255.007,80 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	85,10 €
A.Operativo	14	0,21 €	154,66 €
Médico	4	0,23 €	169,66 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	435,74 €
Farmácia		0,09 €	68,41 €
Informática		0,10 €	71,88 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	39,51 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	25,10 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	194,59 €
Custos de Administração		0,65 €	487,18 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	12,81 €
Contrato de limpeza		0,14 €	107,30 €
Resíduos hosp. III/IV		4,87 €	3.655,25 €
Electricidade		0,17 €	130,22 €
Telefone		0,01 €	7,89 €
Transporte de exames		0,10 €	78,18 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	319,01 €
Outros		0,12 €	88,12 €
Total		8,07 €	6.130,59 €
Total Exame		348,76 €	261.138,39 €

**Contributos para uma prospectiva da
Implementação de um CR de Radiologia numa ULS
- O caso da ULS do Norte Alentejano -**

	Ressonância Magnetica s/ contraste		
Custos Directos:	Quant. a cons.	Custo unit.	Custo Total
1-Matérias primas e subsidiárias			
Abocatt	0	0,00 €	0,00 €
Alcool	0	0	0,00 €
Algodão	0	0,00 €	0,00 €
Campo de tratamento	0	0,00 €	0,00 €
CD	375	0,16 €	61,81 €
Compressas est.	0	0,00 €	0,00 €
Consumíveis Robot			
Transfer Ribon	0,2	0,051 €	19,13 €
Black Ribon	0,2	0,39 €	14,63 €
Cateter de drenagem	0	0,00 €	0,00 €
Conector de drenagem	0	0,00 €	0,00 €
Copo/Colher plástico	0	0,00 €	0,00 €
Duplo contraste Sfruto	0	0,00 €	0,00 €
Envelope	375	0,01 €	5,33 €
Folha de papel	375	0,004 €	1,46 €
Guardanapo	0	0,00 €	0,00 €
Iodopovidona	0	0,00 €	0,00 €
Lidocaina	0	0,00 €	0,00 €
Luvas	0	0,00 €	0,00 €
Penso	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras. ioda.oral	0	0,00 €	0,00 €
Prod.contras.baritado	0	0,00 €	0,00 €
Rolo de papel - metro -	1650	0,05 €	33,00 €
Saco colector	0	0,00 €	0,00 €
Seringas	0	0,00 €	0,00 €
Sistema de soro	0	0,00 €	0,00 €
Soro Fisiologico	0	0,00 €	0,00 €
Torneira 3 vias	0	0,00 €	0,00 €
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,48 €	359,22 €
A.Operativo	14	1,02 €	762,91 €
Médico	4	4,76 €	3.570,94 €
Técnico de Radiologia	20	3,29 €	2.468,34 €
3- Serviços-			
Contra. de Manutenção			
Digitalizador(CR)		0,00 €	0,00 €
Ris/Pacs		1,33 €	994,56 €
Aparelho de RMN		58,33 €	43.750,00 €
4- Amorti. e outros cust. Direct.			
Digitalizador(CR), Ris/Pacs		0,00 €	0,00 €
RMN		199,80 €	149.850,00 €
Prestação do equipamento		32,33 €	24.243,82 €
Total		302,00 €	226.135,15 €
Custos Indirectos:			
1-Matérias auxiliares:			
2- Mão-de-obra:			
Administrativo	5	0,11 €	85,10 €
A.Operativo	14	0,21 €	154,66 €
Médico	4	0,23 €	169,66 €
Técnico de Radiologia	20	0,58 €	435,74 €
Farmácia		0,00 €	0,00 €
Informática		0,10 €	71,88 €
Lavandaria/custoreira		0,05 €	39,51 €
Serviço de Aprovisionamento		0,03 €	25,10 €
Serviço de Instalação e equipam.		0,26 €	194,59 €
Custos de administração		0,65 €	487,18 €
3- Serviços:			
Água		0,02 €	12,81 €
Contrato de limpeza		0,14 €	107,30 €
Resíduos hosp. III/IV		0,00 €	0,00 €
Electricidade		0,17 €	130,22 €
Telefone		0,01 €	7,89 €
Transporte de exames		0,10 €	78,18 €
4- Amorti. e outros cust. Indirect.:			
Espaço do Serviço		0,32 €	239,26 €
Outros		0,12 €	88,12 €
Total		3,10 €	2.327,18 €
Total Exame		305,11 €	228.462,33 €

7.4. Anexo IV

Questionarios

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

Instruções de preenchimento:

Posicione-se face a cada um dos *itens* relativos à questão apresentada, assinalando com um X a sua escolha. Deverá assinalar apenas uma única opção por item.

Exemplo:

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
	X	Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
	X	Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		CA ULSNA
		SR ULSNA
	X	Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
	X	Não aplicável
Factores Posicionando-se em cada um dos factores condicionantes (exógenos e endógenos) relativos à hipótese de cenarização, e face às opções, risque o <i>item</i> que não se aplica segundo a sua posição (e.g. presença/ausência).		
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença /Ausência
Enquadramento legal		Adequado/ Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência /Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/ Ausência
Limitações demográficas		Elevada /Frac
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada /Frac
Plano estratégico		Existência/ Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada /Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada /Frac
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado /Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/ Inadequado
Outros factores? _____		

Fonte de dados: adaptado de CICS-UM

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC1 – Capacidade duma maior agilidade no processo de decisão, já que se assiste a uma descentralização do poder de decisão ao nível dos Serviços ou Departamentos (Direcção de Serviço).

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC2 – Integração das funções de Administração, direcção clínica e chefia operacional que permitem um maior controlo de gestão contribuindo para uma maior agilidade e oportunidade na tomada de decisão.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC3 – Realização de contratualização interna da actividade do serviço com o CA de forma a serem atingidos objectivos.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC4 – Possibilidade duma maior capacidade de avaliação objectiva e permanente dos recursos existentes versus capacidade instalada.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC5 – Gestão eficiente dos recursos à sua disposição num modelo empresarial com redução de custos e distribuição de prémios monetários ao desempenho incentivando a produção (maior competitividade).

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como unidade de gestão intermédia

HC6 – Permissão e promoção de todos os profissionais na gestão, promovendo a melhoria de desempenhos, maior empenho, permitindo um maior acesso dos utentes aos serviços.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC7 – Realização de ganhos em saúde com a satisfação de todas as partes interessadas:

Utente, funcionário, ULSNA.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC8 – O financiamento do CRI de radiologia será atribuído dependentemente da produtividade, do volume da actividade realizada e da qualidade dos resultados obtidos.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC9 – Implementação de fluxogramas de tarefas e uniformização de procedimentos, como forma natural de responder à maior produtividade e consequente rentabilização do serviço.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC10 – Verificar-se-á uma maior capacidade de controlo correctivo dos possíveis desvios que possam ocorrer em relação à produtividade e aos custos tendo em conta os objectivos previamente contratualizados.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC11 – A melhoria da qualidade da prestação de cuidados de saúde como o objectivo estratégico de satisfação dos utentes.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC12 – Promoção da formação como meio de melhoria de qualidade e motivação profissional dos funcionários.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC13 – A par da formação, promover a investigação científica.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC14 – Criação de vantagem competitiva sustentada, assente na qualidade dos cuidados de saúde prestados por esta unidade

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como ferramenta de qualidade de excelência

HC15 – A remuneração será constituída por um vencimento base tendo em conta a categoria, escalões e regimes de trabalho e um acréscimo variável calculado com base não só em objectivos e parâmetros de produtividade mínima, como também de qualidade.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada

HC16 – Incrementação de sistemas de informação de apoio à gestão, adequados à monitorização dos CRI de forma a tomar acções correctivas de forma simples e célere.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada

HC17 – Exploração e rentabilização do sistema de informação de armazenamento e circulação de imagem (PACS), como meio de colocar as imagens à distância em qualquer computador da ULSNA com o devido relatório num período curto de tempo.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande	
	Bom/Grande	
	Moderado/Parcial	
	Fraco/Escasso	
	Não Aplicável	
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável	
	Provável	
	Pouco Provável	
	Improvável	
	Não aplicável	
Principal Agente Responsável	Governo Português	
	Conselho de Administração da ULSNA	
	Serviço de Radiologia da ULSNA	
	Recursos humanos qualificados	
	Outros. Quais?	
Timing de Concretização	5 anos	
	10 anos	
	Maior de 10 anos	
	Outro tempo. Qual?	
	Não aplicável	
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência	
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado	
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência	
Evolução tecnológica	Presença/Ausência	
Limitações demográficas	Elevada/Fraca	
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca	
Plano estratégico	Existência/Inexistência	
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada	
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca	
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo	
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado	
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada

HC18 – Criação dum call center, que realize a marcação dos exames do CRI de radiologia da ULNSNA de modo a se poder centralizar e efectuar assim a melhor marcação dependente do tempo de espera, deslocação e patologia associada.

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada

HC19 – Possibilidade de investir em tecnologia, para substituição daquela que devido ao uso, avarias repetidas ou em estado de obsolescência, necessitam de substituição, já que o CRI vai ter orçamento próprio baseado na quantidade de actividade realizada.

Nível de conhecimento do perito	Excelente/Muito Grande
	Bom/Grande
	Moderado/Parcial
	Fraco/Escasso
	Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência	Muito Provável
	Provável
	Pouco Provável
	Improvável
	Não aplicável
Principal Agente Responsável	Governo Português
	Conselho de Administração da ULSNA
	Serviço de Radiologia da ULSNA
	Recursos humanos qualificados
	Outros. Quais?
Timing de Concretização	5 anos
	10 anos
	Maior de 10 anos
	Outro tempo. Qual?
	Não aplicável
Factores condicionantes exógenos	
Estratégia Nacional e local	Presença/Ausência
Enquadramento legal	Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial	Existência/Inexistência
Evolução tecnológica	Presença/Ausência
Limitações demográficas	Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos	
Capacidade de auto-financiamento	Elevada/Fraca
Plano estratégico	Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos	Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços	Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários	Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho	Adequado/Inadequado
Outros factores? _____	

Estudo prospectivo de criação dum CRI de radiologia na ULSNA

CRI de radiologia como centro de Tecnologia actualizada

HC 20 – Realização de investimentos de modernização ou inovação, que permita a compra de equipamentos novos investindo em produtos inteiramente novos. (RM, osteodensitometria, ortopantomografia).

Nível de conhecimento do perito		Excelente/Muito Grande
		Bom/Grande
		Moderado/Parcial
		Fraco/Escasso
		Não Aplicável
Grau de Probabilidade de Ocorrência		Muito Provável
		Provável
		Pouco Provável
		Improvável
		Não aplicável
Principal Agente Responsável		Governo Português
		Conselho de Administração da ULSNA
		Serviço de Radiologia da ULSNA
		Recursos humanos qualificados
		Outros. Quais?
Timing de Concretização		5 anos
		10 anos
		Maior de 10 anos
		Outro tempo. Qual?
		Não aplicável
Factores condicionantes exógenos		
Estratégia Nacional e local		Presença/Ausência
Enquadramento legal		Adequado/Inadequado
Ambiente concorrencial		Existência/Inexistência
Evolução tecnológica		Presença/Ausência
Limitações demográficas		Elevada/Fraca
Factores condicionantes endógenos		
Capacidade de auto-financiamento		Elevada/Fraca
Plano estratégico		Existência/Inexistência
Adequação dos recursos disponíveis aos objectivos		Adequada/Inadequada
Cultura organizacional orientada para a qualidade dos serviços		Elevada/Fraca
Nível de qualificação dos funcionários		Elevado/Baixo
Modelos de Organização e gestão do trabalho		Adequado/Inadequado
Outros factores? _____		