

**Análise da Utilização da Informação
Contabilística e Financeira pelos Médicos
Diretores:
O caso do Hospital Dr. Nélio Mendonça – Ilha da
Madeira**

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

Nélia Maria Barreto Gonçalves

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professora Doutora Zélia da Silva Serrasqueiro
Coorientador: Professor Doutor Aldónio Fernandes Ferreira

abril de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Nélia Maria Barreto Gonçalves, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M12546 do curso de Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 07 /04 /2025

Nélia Maria Barreto Gonçalves

Folha em branco

Dedicatória

Em memória do meu pai, homem de fé, humilde e altruísta.

Folha em branco

Agradecimentos

A concretização desta dissertação não teria sido possível sem o apoio inestimável de colegas, familiares e amigos. Quero aproveitar esta oportunidade para expressar a minha profunda gratidão a todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Professora Doutora Zelia Serrasqueiro, pela sua orientação constante, pelos ensinamentos valiosos e pela confiança depositada em mim ao longo deste percurso. A sua disponibilidade e incentivo foram fundamentais para o desenvolvimento deste estudo.

Ao meu coorientador, Professor Doutor Aldónio Ferreira, expresso o meu mais sincero agradecimento pelo conhecimento partilhado, pela clareza e dedicação com que sempre me acompanhou e, acima de tudo, pela sua cordialidade e amizade. A sua experiência e apoio foram essenciais para a realização deste trabalho, e foi um privilégio aprender consigo.

Gostaria também de demonstrar o meu reconhecimento e respeito a todos os entrevistados e participantes desta investigação, que dispensaram o seu tempo para partilhar as suas opiniões e experiências, contribuindo de forma significativa para este estudo.

Um agradecimento especial ao SESARAM, por me permitir integrar este projeto, e à Dra. Rafaela Fernandes e Dra. Filipa Freitas, pelo apoio incondicional e por acreditarem em mim desde o primeiro momento. Agradeço ainda à Dra. Filipa Rodrigues, pelo suporte constante, tanto a nível profissional como pessoal.

Aos meus amigos, sou imensamente grata pelo apoio moral e pelas mensagens de ânimo e bom humor, que foram essenciais para aliviar os momentos de maior pressão.

Por fim, mas com um lugar especial no meu coração, quero expressar a minha eterna gratidão e amor aos meus pais José e Laurinda e irmãos Nuno, Márcio, Nelson e Ferdinando. Os valores e a educação que me transmitiram foram a base do meu crescimento e sucesso em todas as áreas da minha vida.

Aos meus filhos, Guilherme e Madalena, e aos companheiros que escolheram para a vida, Andreia e Duarte, agradeço por serem fontes inesgotáveis de alegria, orgulho e motivação nesta jornada. Ter-vos por perto torna tudo ainda mais especial.

E ao meu companheiro de vida, J. António, as palavras nunca serão suficientes para expressar o quanto te agradeço. Obrigada por acreditares em mim, mesmo quando eu duvidava. Nos momentos de incerteza, angústia, cansaço e desafio, estiveste sempre ao meu lado. Sempre! Obrigada por seres o meu melhor amigo.

Resumo

O processo de tomada de decisão na gestão hospitalar é uma tarefa complexa, especialmente quando os decisores não dispõem de informações completas ou acessíveis para fundamentar as suas escolhas. A complexidade do processo de tomada de decisão é talvez mais acentuada no contexto hospitalar, onde considerações clínicas se interlaçam com as de gestão. Num contexto de escassez de recursos e crescente pressão para uma gestão eficiente dos mesmos, persistem questões como: Que informação pode apoiar uma melhor utilização dos recursos disponíveis nos hospitais? Como podem os serviços clínicos melhorar a sua eficiência? Estas questões tornam-se ainda mais pertinentes considerando que os gastos com saúde representam uma parte significativa do PIB (Produto Interno Bruto), sublinhando a importância deste setor para a estabilidade económica e social. Neste cenário, a informação contabilística e financeira assume um papel fundamental no apoio à gestão dos cuidados de saúde, promovendo decisões mais informadas e estratégicas. A presente investigação analisa como os médicos diretores utilizam esta informação na gestão dos recursos, tendo como contexto o Hospital Dr. Nélio Mendonça.

O estudo examina as opiniões dos médicos diretores acerca do uso da informação para apoio à tomada de decisão, adaptando o modelo de satisfação (EUCS) de Doll e Torkzadeh (1988), para avaliar a sua satisfação com o sistema de informação, enquanto utilizadores finais. A investigação adota o tipo de estudo de caso, com recurso a entrevistas semiestruturadas e vinhetas, para facilitar a compreensão das perceções dos entrevistados.

Os resultados revelam que fatores como a cultura organizacional, a literacia financeira dos médicos e as características da informação têm influência direta na utilização da informação e o impacto da sua utilização pode resultar na redução dos gastos, corresponsabilização dos profissionais e na melhoria da prestação de cuidados.

Palavras-chave

Gastos em Saúde; Sistema de informação; Contabilidade de Gestão; Gestão hospitalar

Folha em branco

Abstract

The decision-making process in hospital management is a complex task, especially when decision-makers do not have complete or accessible information on which to base their choices. The complexity of the decision-making process is perhaps more pronounced in the hospital context, where clinical considerations intertwine with management ones. In a context of scarce resources and increasing pressure to manage them efficiently, questions persist such as: What information can support better utilisation of the resources available in hospitals? How can clinical services improve their efficiency? These questions become even more pertinent considering that health spending represents a significant part of GDP (Gross Domestic Product), underlining the importance of this sector for economic and social stability. In this scenario, accounting and financial information plays a fundamental role in supporting healthcare management, promoting more informed and strategic decisions. This research analyses how medical directors use this information to manage resources, using the Dr Nélio Mendonça Hospital as a case study.

The study examines the opinions of medical directors about the use of information to support decision-making, adapting Doll and Torkzadeh's (1988) satisfaction model (EUCS) to assess their satisfaction with the information system as end users. The research adopts a case study approach, using semi-structured interviews and vignettes to facilitate understanding of the interviewees' perceptions.

The results show that factors such as organisational culture, the financial literacy of the professionals and the characteristics of the information have a direct influence on the use of information and the impact of its use can result in a reduction in costs, co-responsibility of the professionals and an improvement in the provision of care.

Keywords

Health Expenses; Information system; Management accounting; Hospital management.

Folha em branco

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Lista de Figuras	xv
Lista de Tabelas	xvii
Lista de Acrónimos	xix
Capítulo 1.....	1
1. Introdução.....	1
1.1. Questão de investigação e objetivos	2
1.2. Contribuição esperada do estudo	3
1.3. Estrutura do trabalho	3
Capítulo 2	5
2. Enquadramento teórico	5
2.1. Gastos com saúde	5
2.2. Sistemas de informação em saúde	7
2.2.1. Sistemas de informação na gestão de unidades de saúde	7
2.2.2. Qualidade da informação e desafios dos sistemas de informação	8
2.3. A contabilidade no setor público	8
2.3.1. A contabilidade de gestão	10
2.3.2. <i>O business partner</i>	13
2.3.3. A relevância da informação para os utilizadores.....	13
2.4. O papel dos médicos diretores enquanto utilizadores da informação	15
2.5. Modelos de avaliação da satisfação dos utilizadores de sistemas de informação (EUCS)	17
2.5.1. O modelo de Doll e Torkzadeh (1988).....	18
2.5.2. Aplicações, benefícios e desafios do modelo na área da saúde	20
Capítulo 3	22
3. Metodologia.....	22
3.1. Abordagem de investigação.....	22
3.2. Tipo de estudo	24
3.3. Objeto de estudo	25
3.3.1. Caracterização do SESARAM.....	25
3.4. Procedimentos metodológicos	30
3.4.1 Pesquisa bibliográfica e documental	30
3.4.2. Seleção e caracterização da amostra.....	31
3.4.3. Entrevistas.....	33

3.4.4. Vinhetas.....	34
3.4.5. Transcrição da entrevista	36
3.4.6. Tratamento dos dados.....	37
Capítulo 4	39
4. Apresentação, análise e discussão de resultados	39
4.1. Apresentação e discussão dos resultados	39
4.1.1. Fatores potenciadores do uso da informação.....	40
4.1.2. Influências do uso da informação	49
4.1.3. Satisfação dos médicos diretores quanto à utilização da vinheta	53
Capítulo 5.....	55
5. Conclusões, limitações e investigação futura.....	55
5.1. Conclusões e contribuições do estudo	55
5.1.1. Conclusões	55
5.1.2. Contribuições do estudo	57
5.2. Limitações do estudo e investigações futuras	58
Referências bibliográficas	60
Apêndices	74
Apêndice 1 - Declaração explicativa	75
Apêndice 2 - Termo de consentimento informado.....	78
Apêndice 3 – Guião da entrevista.....	79
Apêndice 4 – Vinhetas.....	80

Lista de Figuras

Figura 1 - Modelo de Doll e Torkzadeh (1988).....	18
Figura 2 - Órgãos e estabelecimentos do SESARAM	26
Figura 3 - Paridade de gênero dos RH do SESARAM	27
Figura 4 - Serviços clínicos e unidades funcionais na dependência do diretor clínico e enfermeiro diretor	28
Figura 5 - Serviços, núcleos, unidades e gabinetes de apoio.....	29
Figura 6 - Fatores que condicionam o uso da informação contábilística e financeira...	40
Figura 7 - Influências do uso da informação contábilística e financeira.....	49

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Despesa do Governo Regional, por classificação funcional (janeiro-maio) ...	6
Tabela 2 – Etapas do processo de investigação.....	22
Tabela 3 – Caracterização da amostra	32
Tabela 4 – Avaliação das dimensões segundo o modelo de Doll e Torkzadeh, 1988.....	53

Folha em branco

Lista de Acrónimos

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CA	Contabilidade Analítica
CG	Contabilidade de Gestão
DL	Decreto Lei
DLR	Decreto Legislativo Regional
EPE	Entidade Pública Empresarial
EPERAM	Entidade Pública Empresarial da Região Autónoma da Madeira
EUCS	Ender User Computing Satisfaction
GRP	Gabinete de Relações Públicas
HNM	Hospital Dr. Nélio Mendonça
INE	Instituto Nacional de Estatística
JORAM	Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira
NI	Núcleo de Informática
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCU	Processo Clínico Único
PIB	Produto Interno Bruto
RAM	Região Autónoma da Madeira
SESARAM	Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira
SICA	Sistema de Informação para Contratualização e Acompanhamento
SIGIC	Sistema de Informação da Gestão dos Serviços de Saúde
SNC-AP	Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SRS	Serviço Regional de Saúde
UBI	Universidade da Beira Interior
UE	União Europeia

Folha em branco

Capítulo 1

1. Introdução

A presente investigação tem como ponto de partida uma experiência pessoal do investigador, que, ao ser submetido a uma cirurgia para implante de um Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI), enfrentou um período de internamento de 11 dias. Este tempo de hospitalização prolongado contrastou com a expectativa descrita por Galvão et al. (2014), segundo a qual, “tal como acontece com a colocação de CDI convencional, todos os doentes foram admitidos no próprio dia do procedimento tendo alta hospitalar no dia seguinte”. Esse contraste despertou uma reflexão crítica sobre os efeitos das práticas de gestão hospitalar na despesa pública.

O episódio vivido serviu como catalisador para uma análise mais aprofundada sobre a utilização da informação contabilística e financeira pelos médicos responsáveis pelos diversos serviços e especialidades clínicas. Como profissional da área da contabilidade e da gestão no setor da saúde, o investigador identificou uma lacuna significativa: a necessidade de explorar como a informação contabilística e financeira é utilizada para apoiar a gestão no ambiente hospitalar e, conseqüentemente, para promover a eficiência dos serviços de saúde.

A gestão eficiente dos recursos constitui um dos maiores desafios enfrentados pelas organizações de saúde, especialmente no atual contexto de crescente pressão pela racionalização de custos e melhoria da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, a preocupação com a gestão eficiente de recursos públicos e a modernização do setor público em Portugal tem-se destacado particularmente na área da saúde (Campos, 2008; Nunes et al., 2016; Nunes, 2019).

Um estudo realizado em Espanha sugere que o desperdício de recursos foi associado a deficiências importantes no desempenho geral de gestão e organização dos serviços de saúde (Miranda et al., 2007; Namazi et al., 2021). Esta problemática não se limita a um único contexto nacional, como demonstra um estudo recente na Croácia, onde Orešković e Benković (2024) analisaram a perceção dos profissionais de saúde sobre a gestão do sistema de saúde e concluíram que este é mal conduzido e organizado, caracterizando-se por elevados gastos e baixa produtividade. Os autores identificam a deficiente gestão dos recursos (66,2%) e a escassez de recursos (14,6%) como as principais fontes dos

problemas financeiros, reforçando a importância de uma gestão eficiente para evitar desperdícios e melhorar a organização dos serviços de saúde.

De acordo com Rego e Nunes (2010), “o verdadeiro choque que o sistema de saúde necessita é um choque de gestão”, de forma que os recursos sejam mais bem utilizados e o desperdício seja minimizado. Outros autores revelam que as questões financeiras estão sempre no centro das reformas que o sistema necessita, sendo um ponto-chave para qualquer tentativa de melhoria ou mudança (Naranjo & Hartmann, 2007).

Neste cenário, a informação contábilística e financeira emerge como uma ferramenta essencial para a tomada de decisão tática e operacional. No entanto, o papel desempenhado por esta informação na gestão hospitalar ainda é um campo em evolução, especialmente quando se trata de compreender como os médicos diretores — que frequentemente acumulam responsabilidades clínicas e administrativas — utilizam esses dados na condução das suas atividades.

É neste contexto que os médicos diretores lidam com o desafio de equilibrar duas responsabilidades principais: assegurar a qualidade dos cuidados prestados, ao mesmo tempo em que devem cumprir as exigências financeiras e operacionais. A incorporação de responsabilidades financeiras incentiva estes profissionais a desempenhar um papel ativo na melhoria do desempenho organizacional.

1.1. Questão de investigação e objetivos

O estudo examina a experiência dos médicos diretores, explorando as suas opiniões acerca do uso da informação contábilística e financeira para apoio à tomada de decisão, adaptando o modelo de Doll e Torkzadeh (1988) para avaliar a sua satisfação, enquanto utilizadores finais do sistema de informação.

A questão de investigação deste estudo é:

Como é que os médicos diretores do Hospital Dr. Nélio Mendonça utilizam a informação contábilística e financeira na gestão dos recursos disponíveis?

Especificamente, propomo-nos a:

- 1) Diagnosticar a informação disponibilizada aos médicos;
- 2) Mapear os fluxos de informação de apoio à tomada de decisão;
- 3) Perceber qual o uso que os médicos diretores fazem dessa informação no contexto das suas funções.

Para tal, esta dissertação adota uma abordagem qualitativa, realizando um estudo de caso no contexto de um hospital público, Hospital Dr. Nélio Mendonça, como estratégia de investigação. Esta metodologia possibilita analisar com profundidade a interação dos médicos diretores com a informação contabilística e financeira disponibilizada, e a sua satisfação enquanto utilizadores finais do sistema de informação; permite ainda, utilizar uma vinheta produzida especificamente para a entrevista, para com realismo avaliar um cenário alternativo em termos de informação disponibilizada.

1.2. Contribuição esperada do estudo

Esta pesquisa, para além de refletir um interesse pessoal pelo tema, procura contribuir para o aprofundamento do conhecimento na área da contabilidade de gestão aplicada ao setor da saúde. Em particular, pretende-se compreender o uso da informação proveniente da contabilidade de gestão por parte dos responsáveis clínicos.

Embora exista uma vasta produção científica e técnica dedicada à contabilidade de gestão em diversos setores, no setor público empresarial hospitalar este ainda é um campo pouco explorado (Quesado e Cardoso, 2017). Atualmente, apenas alguns estudos abordam a contabilidade analítica nos hospitais portugueses, evidenciando a necessidade de um aprofundamento investigativo nesta área.

Adicionalmente, Fernandes (2023) sugere a investigação das perceções dos profissionais de saúde relativamente à contabilidade de gestão, bem como a importância que estes atribuem a essa ferramenta. A autora destaca, como uma das limitações do seu estudo, a ausência de entrevistas com profissionais da área médica, conforme mencionado: “não se ter entrevistado os profissionais da área médica” (Fernandes, 2023, p. 60). Deste modo, evidencia-se a relevância de novos estudos que integrem a perspetiva dos clínicos na análise da contabilidade de gestão no contexto hospitalar.

1.3. Estrutura do trabalho

A dissertação está organizada em cinco capítulos que abordam aspetos específicos relacionados ao tema em estudo, sendo que no capítulo 1 é apresentado o enquadramento do problema, enunciados os objetivos e a questão de investigação, bem como a estrutura do documento.

No capítulo 2 procede-se a uma revisão da literatura, procurando fazer um enquadramento teórico do modelo que sustenta a perceção da satisfação dos médicos como utilizadores finais do sistema de informação.

O capítulo 3 justifica e explica a metodologia de pesquisa adotada para a realização da investigação, incluindo os meios utilizados para a recolha de dados, a população e a amostra.

O estudo empírico é apresentado no capítulo 4, no qual são apresentados e discutidos os resultados obtidos, comparando-os com a literatura consultada. Os resultados da análise serão apresentados de forma descritiva e ilustrativa, utilizando-se citações diretas dos participantes para exemplificar as descobertas, destacando partes representativas que sustentem as conclusões.

O estudo termina com a apresentação de conclusões, no capítulo 5, fazendo referência às limitações do estudo e recomendações para investigações futuras.

Capítulo 2

2. Enquadramento teórico

O presente capítulo encontra-se dividido em 5 partes: a primeira aborda os gastos com saúde, com foco na gestão eficiente dos recursos hospitalares; a segunda trata dos sistemas de informação em saúde, essenciais para a tomada de decisão; a terceira explora a contabilidade no setor público, destacando a sua importância para alinhar as metas financeiras às operacionais, promovendo eficiência e melhores resultados organizacionais. A quarta parte analisa o papel dos médicos diretores enquanto utilizadores da informação, e a quinta apresenta o modelo de avaliação da satisfação dos utilizadores de sistemas de informação (EUCS) de Doll e Torkzadeh (1988).

2.1. Gastos com saúde

A questão dos gastos com saúde é uma das maiores preocupações da atualidade, com impactos significativos na economia global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os governos destinam uma parcela significativa dos seus orçamentos para a saúde, sendo que esses gastos tendem a crescer mais rapidamente que a economia global, e os custos do setor correspondem a 10% do Produto Interno Bruto (PIB) global (OMS, 2019).

Em países como os Estados Unidos da América, essa percentagem já ultrapassa os 17%, revelando uma tendência preocupante de crescimento dos custos (Kaplan e Porter, 2011; OMS, 2019). Na União Europeia (UE), a despesa média com saúde por habitante em 2019 foi de 3.521 euros, muito acima dos 2.314 euros registados em Portugal. Apesar disso, as despesas de saúde em Portugal representaram 11,1% do PIB em 2021, ligeiramente acima da média europeia de 9,9% (OMS, 2019; OCDE, 2021).

Barros et al. (2011) argumentam que o forte crescimento dos custos no setor da saúde está diretamente relacionado com o aumento dos custos hospitalares devido ao aumento das doenças crónicas, maior consumo de medicamentos, crescente longevidade e ao avanço tecnológico. Este fenómeno, é amplamente documentado a nível global (Shortell e Kaluzny, 2006; King et al., 2008; Conrad e Uslu, 2011; Hsu e Qu, 2012; Mahmoud e Mohamadali, 2019) e em Portugal, onde se verificam também custos indiretos elevados relacionados com o pessoal e a infraestrutura hospitalar (Barros et al., 2011; Nunes et al., 2016; Quesado e Cardoso, 2017).

A necessidade de encontrar soluções para controlar os gastos em saúde e garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde tem sido salientada por diversos autores (Campos, 2008; Nunes, 2019; Córdoba et al., 2021; SNS, 2022, 2024). A OMS (2010), por exemplo, destaca a importância da eficiência na gestão dos recursos e alerta para os grandes desperdícios existentes nos sistemas de saúde.

A questão do controle dos gastos em saúde não é uma preocupação recente do nosso país. Caiado (2003, 2012) destaca que as medidas para redução de custos implementadas por toda a Europa também foram aplicadas a Portugal através da promoção da eficiência. No entanto, autores como Rego e Nunes defendem que em Portugal "não se gasta pouco na saúde, gasta-se é mal" (Rego e Nunes, 2010, prefácio, p.vii).

Da mesma forma, o XIII e XIV Governo Regional da Madeira salientou a necessidade de rentabilização dos recursos existentes para evitar desperdícios e melhorar os resultados no setor (Governo Regional da Madeira, 2023, p. 89). A título de curiosidade, a Tabela 1 evidencia o peso da despesa do setor da saúde no orçamento do Governo Regional da Madeira.

Tabela 1 – Despesa do Governo Regional, por classificação funcional (janeiro-maio)

QUADRO VII - Despesa do Governo Regional, por classificação funcional (janeiro-maio)			€ Milhares
	2023	2024	Peso na estrutura em 2024
Serviços gerais das administrações públicas	71 964,5	86 098,9	16,1
Defesa	0,0	0,0	0,0
Segurança e ordem públicas	3 623,4	4 283,3	0,8
Assuntos económicos	95 237,6	99 969,5	18,7
Proteção do ambiente	6 078,4	6 677,7	1,2
Habituação e infraestruturas coletivas	25 462,5	21 449,0	4,0
Saúde	132 178,5	143 708,2	26,8
Desporto, recreação, cultura e religião	9 885,8	9 924,5	1,9
Educação	143 467,0	156 033,5	29,1
Proteção Social	6 822,8	7 866,4	1,5
Despesa efetiva	494 720,5	536 011,0	100,0
<i>Por memória:</i>			
Ativos financeiros	11 609,7	6 921,4	1,3
Passivos financeiros	91 819,7	101 272,2	18,9

Fonte: Secretaria Regional das Finanças

Fonte: Secretaria Regional das Finanças, 2024 (Boletim de Execução Orçamental do Governo Regional da Madeira, pág. 14)

2.2. Sistemas de informação em saúde

2.2.1. Sistemas de informação na gestão de unidades de saúde

Os sistemas de informação (SI) têm-se tornado ferramentas indispensáveis no setor da saúde, desempenhando um papel fundamental na organização, eficiência e melhoria dos serviços. Estes sistemas, ao integrarem a recolha, processamento e disseminação de dados, oferecem suporte direto à gestão hospitalar e à tomada de decisões estratégicas. Segundo a OMS, um SI em saúde é “um sistema que integra a recolha e processamento de dados, criação de relatórios e uso das informações necessárias para melhorar a eficácia e eficiência dos serviços de saúde, através de uma melhor gestão em todos os níveis dos serviços de saúde” (OMS, 2004, p.3).

Os sistemas de informação são também fundamentais para a gestão eficiente dos recursos hospitalares e para o controlo financeiro. A sua importância reside na capacidade de fornecer informações que refletem a realidade operacional e que são consistentes com as atividades das instituições (ACSS, 2011). Para Turban et al. (2005), a qualidade da informação é essencial para apoiar a tomada de decisão, e é necessário que os SI estejam alinhados com a realidade para que os dados gerados sejam coerentes e úteis para gestores e médicos diretores.

Os SI têm vindo a evoluir como ferramentas críticas para a gestão de organizações de saúde, apoiando tanto as atividades clínicas como administrativas. De acordo com Wager et al. (2009), os sistemas administrativos, ao contrário dos clínicos, contêm dados financeiros e operacionais que são utilizados para apoiar as funções de gestão e operações gerais de uma organização. Estes sistemas permitem uma melhor alocação de recursos, identificam áreas de desperdício e ajudam a implementar medidas que promovem a sustentabilidade financeira (ACSS, 2011; Porter e Kaplan, 2015; Remor et al., 2017; CNC AP, 2017).

Além disso, a informação disponibilizada pelos SI é essencial para o controlo de gestão. Pontes (2020) destaca que “a informação é a base do controlo da gestão”, e sistemas bem desenvolvidos permitem que os gestores tomem decisões fundamentadas, otimizando os recursos disponíveis e melhorando a eficiência operacional. Oliveira et al. (2009) reforçam esta ideia ao apontar que os SI têm como objetivo fornecer informações que apoiem a tomada de decisão e contribuam para alcançar a eficiência operacional.

A nível internacional, organismos como a OMS e a OCDE têm promovido o uso de sistemas padronizados como o System of Health Accounts 2011, que facilita a análise comparativa de custos de saúde entre países, ajudando os gestores e decisores políticos

a identificar lacunas e áreas prioritárias para investimento (OMS, 2011; OCDE, 2017). Em Portugal, iniciativas semelhantes têm sido desenvolvidas, como os sistemas SIGIC e SICA, que permitem acompanhar custos de saúde e avaliar o desempenho de diferentes serviços (SPMS, 2019; DGS, 2021).

2.2.2. Qualidade da informação e desafios dos sistemas de informação

Apesar dos seus benefícios, os sistemas de informação enfrentam desafios significativos relacionados à sobrecarga de dados. De acordo com Junior (2007), o conceito de “information overload” refere-se à dificuldade de processar a grande quantidade de informações disponíveis, o que pode comprometer a eficácia da tomada de decisão. Schroeder, citado por Junior (2007), sugere que, embora um aumento moderado de informações melhore as decisões, um excesso pode ultrapassar a capacidade humana de processamento, tornando-se contraproducente.

Além disso, Pontes (2020) observa que a acumulação de dados não utilizados em organizações de saúde pode dificultar a eficiência e eficácia das atividades dos gestores, incluindo médicos diretores. Como destaca Mungly e Singh (2012), embora a tecnologia tenha permitido uma maior recolha de dados, a falta de filtros e de organização adequada pode resultar no subaproveitamento das informações mais relevantes.

Os Sistemas de Informação de Gestão (SIG) têm ajudado a resolver parte destes problemas, oferecendo quadros de indicadores e relatórios com dados essenciais para os gestores em tempo útil (Gonçalves, 2019). Estes sistemas promovem decisões baseadas em evidências, permitindo aos gestores de saúde planearem estratégias para alcançar melhores resultados operacionais (Mutale et al., 2013). Como resultado, as instituições conseguem otimizar os recursos financeiros e humanos, melhorando tanto a sustentabilidade financeira como a qualidade dos cuidados prestados (Oliveira et al., 2009; Porter e Kaplan, 2015).

2.3. A contabilidade no setor público

A modernização do setor público, com o foco na contabilidade e na gestão inovadora, tem sido um elemento central das reformas implementadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal bem como em outros países. A adoção de práticas de gestão de caráter empresarial, focadas na qualidade dos serviços e na eficiência do uso de recursos, foi a base para transformar o modelo de gestão, tornando-o mais autónomo e eficiente. Este processo teve como objetivos a redução de gastos e a obtenção de melhores resultados operacionais (Campos, 2008; Barros et al., 2011; Nunes, 2016; Nunes et al., 2016).

Um pouco por todo o mundo, as reformas das organizações de saúde pública foram impulsionadas pela necessidade de reduzir custos e melhorar a eficiência (Hill, 2000). Estas mudanças levaram à introdução de técnicas de contabilidade para controlar despesas e maximizar a qualidade dos serviços (Marcon e Panozzo, 1998; Hellström e Hallberg, 2001; Adinolfi, 2014 e Oppi et al., 2019). Em muitos casos, a contabilidade transformou-se numa ferramenta essencial para monitorizar o desempenho organizacional e gerir recursos limitados de forma mais eficaz.

A contabilidade nas organizações hospitalares vai além de uma simples atividade técnica, desempenhando um papel essencial na gestão estratégica. Por exemplo, o profissional de contabilidade assume a função de "gestor de informações", sendo responsável por produzir, organizar, analisar e comunicar dados contabilísticos que fundamentam decisões em diferentes níveis da organização (Strauss e Raimundini, 2013). Essa responsabilidade destaca a importância da contabilidade no alinhamento entre as metas financeiras e operacionais.

Além disso, a relação entre as práticas contabilísticas e os valores organizacionais tem sido amplamente explorada. Estudos como os de Kraus et al. (2017) mostram que as práticas contabilísticas nos hospitais não apenas suportam as decisões financeiras, mas também afetam os valores e comportamentos profissionais (Jones e Dewing, 1997; Kurunmaki, 1999; Abernethy e Vagnoni, 2006). Com essas práticas, os clínicos passaram a responder à gestão em termos de custos, desempenho e resultados clínicos, alterando a dinâmica organizacional (Jacobs et al, 2004; Pettersen e Nyland, 2006; Scarparo, 2006).

A introdução do papel do gestor clínico foi uma resposta à necessidade de criar uma ponte de comunicação entre os clínicos e os controllers. Os clínicos seniores assumiram responsabilidades de gestão, além das funções clínicas, com o objetivo de melhorar a coordenação e a colaboração dentro das organizações de saúde (Llewellyn, 2001). Este papel é essencial para garantir que a informação contabilística e financeira seja utilizada de forma eficaz na gestão de recursos hospitalares, promovendo um equilíbrio entre as necessidades clínicas e as exigências de controlo orçamental.

No entanto, as reformas e a introdução de práticas contabilísticas nem sempre são isentas de conflitos. Pesquisas indicam que a implementação de práticas de contabilidade pode gerar animosidade entre gestores e clínicos, especialmente durante crises financeiras e restrições orçamentais severas. Por exemplo, na Irlanda, durante uma crise económica, os hospitais enfrentaram pressões para prestar mais serviços com menos recursos, criando tensões interprofissionais (Carr e Beck, 2022). Por outro lado,

essas circunstâncias extremas também podem promover colaboração, pois gestores e clínicos são forçados a trabalhar juntos para encontrar soluções inovadoras (Oppi et al., 2019).

A gestão eficiente de uma organização de saúde depende de sistemas de informação robustos que suportem as necessidades específicas de cada equipa. Winter et al. (2023) destacam que as equipas hospitalares têm diferentes exigências em relação aos sistemas de informação, dependendo das suas funções e responsabilidades. Por exemplo, médicos diretores precisam de informações relacionadas à gestão e ao desempenho geral dos serviços, enquanto médicos assistentes necessitam de dados para apoiar o atendimento aos utentes (AbouZahr et al., 2007; Pontes, 2023).

Apesar dos avanços tecnológicos, a falta de comunicação e a má disseminação da informação continuam a ser barreiras significativas para uma gestão eficiente e para o processo de tomada de decisão (Junior, 2007). Este problema levanta questões sobre como, mesmo na chamada "era da informação", muitas organizações de saúde ainda não conseguem garantir que os dados disponíveis sejam aproveitados de forma eficaz.

2.3.1. A contabilidade de gestão

Um sistema de contabilidade de custos ou de gestão tem por finalidade oferecer informação útil aos responsáveis das entidades públicas, permitindo-lhes acompanhar as operações e apoiar decisões estratégicas para o futuro (CNC-NCP 27, 2015).

De acordo com a Comissão de Normalização Contabilística – Norma de Contabilidade Pública 27 (2015), a contabilidade de gestão envolve a conceção de sistemas de informação que possibilitam a produção de relatórios e documentos apropriados para divulgação interna e externa dos custos, receitas e resultados em diversas áreas. Neste sentido, a contabilidade de gestão apresenta-se como uma peça importante para a gestão eficaz dos recursos de uma organização, especialmente em instituições de saúde como os hospitais, dada a complexidade da sua estrutura e administração (Costa e Lopes, 2014).

A intervenção de Victor Herdeiro, presidente da ACSS, em julho de 2023, sugere que as potencialidades do novo sistema de contabilidade de gestão “visa a melhoria da gestão financeira do SNS e tem como principal objetivo a obtenção de informação útil de suporte à decisão em termos de avaliação da eficiência, análise de benchmark, revisão dos modelos de contratualização/financiamento e pricing, bem como planeamento financeiro e orçamentação plurianual” (ACSS, 2023).

O Despacho n.º 2871/2024 refere que o novo Plano de Contabilidade de Gestão disponibilizará “informação precisa, comparável e atualizada, que acrescente qualidade,

previsibilidade e transparência à gestão financeira das unidades de saúde” Com efeito, o novo plano foca-se na avaliação da eficiência, na implementação de modelos de contratualização e financiamento, além do planeamento financeiro e orçamental a longo prazo (Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, 2024).

Para Naranjo e Hartmann (2007), os elementos de informação que fazem parte do sistema de informação de gestão do hospital referem-se a dados financeiros, por exemplo, sobre orçamentos operacionais, informações de custo por paciente, por atividade ou tratamento, e dados não financeiros sobre questões diversas como número de tratamentos, taxa de ocupação de camas, entre outros. Independentemente do tipo de informação, é necessário garantir que a mesma é de total confiança, sob pena de serem prestados os cuidados de saúde errados, serem tomadas decisões de gestão erróneas e as instituições serem financiadas inadequadamente (ACSS, 2011).

Atualmente, vários organismos públicos utilizam sistemas contabilísticos que, além de permitirem o controlo orçamental, auxiliam na análise financeira e patrimonial, bem como no apuramento e avaliação das receitas e despesas por objetos de custeio (Nunes et al, 2016). Esta abordagem moderna da Contabilidade Pública torna-se uma ferramenta de gestão poderosa e essencial para promover a criação de valor público (Nunes, 2016, 2019; Nunes et al, 2016).

A investigação contabilística do sector público concentrou-se extensivamente nos cuidados de saúde e no NHS ao longo de últimos 25 anos (Broadbent e Guthrie, 2008; Begkos, 2016). Relativamente a Portugal e confirmando-se o que vários autores constataram em diferentes momentos, e ao longo de vários anos, a CG não é uma realidade na generalidade dos hospitais do SNS em Portugal (Fernandes, 2023). Na verdade, da amostra total dos hospitais Entidade Pública Empresarial (EPE) portugueses (42), apenas 2 divulgam a CG nos seus RC (Relatórios de Contas) em 2021 e, por essa razão, foram objeto do estudo de Fernandes (2023).

A atenção aos gastos com saúde exige uma atenção crescente à contabilidade e ao controlo de gestão nas organizações de saúde (Oppi e Vagnoni, 2020). Vários investigadores argumentam que o sistema de controlo orçamental é um instrumento de gestão adequado para a redução dos custos de saúde e para a avaliação do desempenho (Kren, 1992; Abernethy e Stoelwinder, 1991, 1995; Jacobs, 1998; Aidemark, 2001; Joseph et al., 2002; Cheng-Tsung Lu, 2011).

A afetação de recursos e a gestão coordenada das atividades é fundamental para a prestação de serviços de elevada qualidade, dentro de um orçamento limitado (Naranjo-Gil 2016). Segundo Namazi et al. (2021), na contabilidade de gestão, o orçamento é a

pedra angular do processo de controlo de gestão. Caiado (2009) acrescenta que os orçamentos surgem no planeamento a curto prazo e vários artigos científicos declaram que a forma como são utilizados afeta as ações estratégicas dos gestores intermédios, especialmente se, de forma interativa (Linder e Torp, 2017). Begkos (2016) refere que o uso de informações contabilísticas não é exclusivo dos profissionais da contabilidade ou à administração de topo, o que indica que o papel da contabilidade vai além do planeamento financeiro tradicional, podendo ajudar vários setores e profissionais a orientarem as suas estratégias específicas, mesmo que não sejam contabilistas.

Jacobs (2004) menciona que, enquanto alguns médicos reconhecem os benefícios da contabilidade e estão abertos a participar nesse campo da gestão, outros veem o envolvimento clínico com práticas contabilísticas como um desvio ético em relação à sua identidade profissional principal. Todavia, “questões de custos, orçamentos e gestão de recursos são agora cada vez mais apresentados pelo governo do Reino Unido como parte de prática médica normal, em vez da tarefa de algum contabilista ou gerente separado” (Jacobs, 2004, pág. 139).

Alguns estudos mostram que a resistência dos médicos à contabilidade é consequência da inadequação dos sistemas de informação contabilística (SIC), que são concebidos de acordo com reformas inspiradas por uma orientação de gestão. Por isso é recomendável o desenvolvimento de SIC que podem aumentar o empenho dos médicos e a utilização da contabilidade para a tomada de decisões (Oppi et al., 2019). Contudo, a indiferença dos profissionais médicos e a generalizada falta de envolvimento com as informações contabilísticas têm vindo a se alterar nos últimos tempos, com os médicos a revelar uma maior disposição para se envolver (Robbins e Lapsley, 2015; Begkos 2016).

De acordo com Carvalho et al. (2008), a contabilidade analítica deverá prestar aos gestores a informação que lhes proporcione uma racional tomada de decisões relacionadas com o planeamento e controlo, permitindo-lhes antecipar as consequências económicas dessas escolhas.

Oppi e Vagnoni (2020) sugerem que as constantes pressões normativas externas têm conduzido os gestores na área da contabilidade a fornecer informações contabilísticas voltadas para a avaliação de desempenho e para comparações entre organizações, com um foco especial para indicadores de produtividade e resultados (Güven Uslu e Conrad, 2008 e Fiondella et al., 2016), enquanto os diretores de serviço têm sido progressivamente direcionados a se envolver mais na gestão (Llewellyn, 2001; Kurunmäki et al., 2003; Abernethy e Vagnoni, 2004; Jacobs, 2004 e Carlström, 2012).

2.3.2. *O business partner*

A evolução do papel dos contabilistas de gestão, como descrito por Vicente et al. (2009), Vicente (2014) e Robalo e Ribeiro (2015), aponta para uma transição de funções tradicionais de análise financeira de rotina e da elaboração de relatórios, para o modelo de *Business Partner*. Este novo modelo caracteriza-se pela proximidade com os gestores operacionais, suporte ativo à tomada de decisões e a integração de conhecimentos estratégicos.

Autores como Chenhall e Langfield-Smith (1998), Burns e Baldvinsdottir (2005), Scapens (2006) e Byrne e Pierce (2007), salientam que o *Business Partner* não apenas influencia, mas também é influenciado pela interação com gestores, cujas necessidades moldam a prática da contabilidade de gestão (Windeck et al., 2015). Assim, uma proximidade efetiva e contínua entre os serviços administrativos e os médicos-diretores é essencial para alinhar os objetivos estratégicos às práticas hospitalares.

Paulsson (2012) destaca que o papel do *Business Partner* exige mais do que competências técnicas em contabilidade; ele deve possuir habilidades de comunicação, gestão de desempenho e trabalho em equipas multidisciplinares (ten Rouwelaar, et al., 2021).

2.3.3. *A relevância da informação para os utilizadores*

A relevância da informação clínica e financeira para os gestores de saúde é amplamente reconhecida como essencial para apoiar a tomada de decisão (Oppi e Vagnoni, 2020). No entanto, um dos desafios recorrentes é a identificação de informações verdadeiramente úteis no meio de um volume excessivo de dados irrelevantes (Mosig, 2012; Mungly e Singh, 2012; Begkos, 2016; Macinati et al., 2022). A quantidade e a apresentação da informação são elementos cruciais, já que o mesmo dado pode ser interpretado de diferentes maneiras, dependendo do momento e do utilizador (Mahmoud e Mohamadali, 2019).

Macinati et al. (2022) destacam dois fatores principais para que a informação seja utilizada de forma eficiente: primeiro, a organização e o formato dos dados, que influenciam diretamente a sua compreensão; e segundo, a cultura organizacional, que determina como a informação é interpretada e aplicada. Em Portugal, a utilização da informação financeira na saúde ainda é subaproveitada, tanto por reguladores como pelos decisores políticos (Moreira, 2014; Nunes, 2016; Pontes, 2020).

Embora haja ampla pesquisa sobre cuidados de saúde, a literatura raramente aborda a perspectiva de gestores e médicos que lidam diretamente com a gestão organizacional e

financeira do setor (Orešković e Benković, 2024), o que reforça a necessidade de informações adaptadas às necessidades específicas de cada instituição, que possam orientar a criação de indicadores adequados e aplicáveis (Júnior, 2007).

A tomada de decisão e os decisores

A tomada de decisão em saúde é um processo que envolve a integração de informações clínicas e financeiras, considerando fatores como custos, necessidades dos pacientes e recursos disponíveis (Akyürek et al., 2015). Decisões baseadas exclusivamente na intuição e experiência dos gestores já não são suficientes, especialmente diante da necessidade de respostas rápidas e eficazes. Por isso, sistemas analíticos e informações relevantes são ferramentas indispensáveis para decisões operacionais e estratégicas (Mahmoud e Mohamadali, 2019; Oppi e Vagnoni, 2020).

Segundo Júnior (2007), é fundamental construir indicadores que atendam tanto às necessidades técnicas como às preferências dos utilizadores. A seleção desses indicadores deve ser ajustada às prioridades de cada instituição, levando em conta os sistemas de informação disponíveis e os recursos alocados. A forma como os indicadores são utilizados reflete a complexidade do ambiente organizacional, onde as decisões estão sujeitas à influência de múltiplas partes interessadas, incluindo autoridades externas como governos e entidades reguladoras (Mahmoud e Mohamadali, 2019).

A integração de informações claras e acessíveis nos processos decisórios aumenta a assertividade das escolhas, permitindo que gestores enfrentem os desafios de equilibrar eficiência operacional com qualidade nos cuidados, além de promover inovação e sustentabilidade no setor da saúde.

Os gestores clínicos enfrentam uma dupla responsabilidade: dar resposta às exigências financeiras e operacionais, enquanto mantêm a qualidade dos cuidados. Em muitos casos, os médicos foram nomeados médicos gestores, assumindo funções administrativas e financeiras que desafiam a sua identidade profissional (Macinati et al., 2022). A atribuição de responsabilidades financeiras motiva os profissionais a contribuir significativamente para o desempenho organizacional (Mero et al., 2014).

Para desempenhar essa função híbrida, competências como experiência organizacional e financeira, habilidades de comunicação e liderança são consideradas essenciais (Orešković e Benković, 2024). Thompson et al. (2012) defendem que qualquer definição de gestor de saúde deve abranger claramente as suas funções, papéis e responsabilidades, o que inclui equilibrar prioridades clínicas e administrativas.

A complexidade desse papel exige que os decisores combinem conhecimentos clínicos e não clínicos para abordar as diversas dimensões envolvidas nos cuidados de saúde (Akyürek et al., 2015). Além disso, a liderança estratégica requer a capacidade de alinhar as operações com metas financeiras e de qualidade, integrando recursos humanos, técnicos e financeiros de forma eficiente (Porter e Kaplan, 2015; Sartirana, 2019).

2.4. O papel dos médicos diretores enquanto utilizadores da informação

Os médicos diretores desempenham um papel estratégico nas organizações de saúde, assumindo funções que combinam a atividade médica e a coordenação de serviços clínicos, com o objetivo de melhorar a governação clínica, controlar custos e centralizar os cuidados no doente (Braithwaite et al., 2005; Reveles e Abreu, 2022). No entanto, o papel do médico gestor é complexo, sendo um dos desafios mais significativos a crise de identidade, na qual lutam com identidades confusas e ambiguidade de papéis, tendo de conciliar a sua formação e vocação clínica com as exigências da gestão. Esta conciliação pode resultar na perda de identidade médica e na necessidade de encontrar um novo equilíbrio entre os dois papéis (Das e Kelly, 2022).

Outro desafio vital é a experiência de problemas de confiança e a perda de credibilidade perante os colegas. A dinâmica relacional dentro da organização pode ser alterada, levando muitos gestores médicos a manterem a sua identidade clínica para preservar credibilidade, respeito e satisfação no trabalho. Além disso, essa manutenção da prática clínica legitima o seu duplo papel, conferindo-lhes maior autoridade na tomada de decisões (Das e Kelly, 2022).

Muitos gerentes médicos também relatam a falta de reconhecimento pelo trabalho desempenhado nesta dupla função, bem como a limitação de poder de decisão, o que dificulta a implementação de mudanças efetivas dentro das organizações de saúde. Adicionalmente, enfrentam desafios relacionados com a evolução dos padrões de doença e as mudanças nas necessidades dos pacientes (Das e Kelly, 2022). Os desafios éticos também se destacam, incluindo a necessidade de lidar com a corrupção no setor da saúde e tomar decisões que equilibrem os aspetos clínicos e de gestão. Muitos gestores médicos temem comprometer a qualidade do atendimento ao paciente devido à pressão para reduzir custos e maximizar o lucro (Das e Kelly, 2022).

No contexto da gestão hospitalar, o conceito de gestores híbridos, introduzido no final dos anos 80 no Serviço Nacional de Saúde britânico, descreve os profissionais que combinam responsabilidades clínicas e administrativas (Buchanan, 2013). Esta identidade multifacetada permite harmonizar duas culturas que frequentemente entram

em conflito: a cultura clínica, focada na autonomia e na ética, e a cultura organizacional, orientada para a eficiência e controlo de custos (Sartirana, 2019). Os gestores híbridos ocupam uma posição única, equilibrando o cuidado ao paciente com a eficiência financeira, o que lhes confere uma perspetiva mais abrangente das consequências organizacionais das suas decisões (Duffield et al., 2019). Estudos indicam que médicos diretores com formação clínica tendem a valorizar informações não financeiras e a utilizar os sistemas de informação de forma interativa para monitorizar o desempenho e influenciar os resultados (Naranjo e Hartmann, 2007).

Este posicionamento no nível intermédio das organizações de saúde permite-lhes utilizar sistemas de informação (SI), ferramentas fundamentais para apoiar os médicos diretores na tomada de decisões estratégicas, para gerir recursos, monitorizar custos e aumentar a eficiência dos serviços prestados (Pontes, 2020). Para que a utilização de informação seja eficaz, é essencial que os médicos diretores possuam formação adequada, capacitando-os a identificar as informações mais relevantes e a utilizá-las de forma estratégica (Winter et al., 2023). Contudo, Orešković e Benković (2024) sugerem que a experiência prática em gestão pode ser mais valiosa do que a formação formal. Além disso, valores pessoais como ética, coragem e moralidade são apontados como mais importantes do que competências técnicas de gestão (Naranjo-Gil et al., 2009). Ainda assim, muitos profissionais de saúde carecem de formação formal em gestão, o que pode limitar a sua capacidade de maximizar os benefícios dos sistemas de informação (Miranda et al., 2007).

A integração de médicos diretores na gestão tem contribuído para decisões mais equilibradas, resultando em melhorias no desempenho organizacional e na qualidade dos cuidados prestados (Reveles e Abreu, 2022). Além disso, o uso estratégico de sistemas de informação possibilita uma abordagem mais eficiente à gestão hospitalar, otimizando recursos e maximizando os resultados operacionais (Begkos, 2016). No contexto português, os médicos diretores devem possuir competências específicas definidas por regulamentos, como a elaboração de planos anuais de atividades, a implementação de medidas para maximizar a eficiência dos recursos e o controlo económico dos ativos organizacionais (ACSS, 2011; SESARAM, 2023). Estas responsabilidades destacam o seu papel central como utilizadores de informação no contexto da gestão em saúde.

2.5. Modelos de avaliação da satisfação dos utilizadores de sistemas de informação (EUCS)

Na perspetiva de Moreira (2014), a "satisfação do utilizador" é considerada um dos propósitos dos SI, pelo que a sua avaliação é bastante relevante, embora não deva ser considerada como um indicador exclusivo do sucesso dos SI (Moreira, 2014, p. 48). De acordo com a revisão da literatura, os autores referem que as ferramentas mais usadas na avaliação da "satisfação do utilizador" são o "End – User computing support" (EUCS) e o "User Information Satisfaction" (UIS). Para além destes, também são utilizadas escalas de diferencial semântico e escalas de atitude (Petter et al., 2008).

Os modelos de satisfação do utilizador, como o EUCS, podem ser eficazes no setor da saúde, melhorando a informação para a prestação dos cuidados, reduzindo custos e aumentando a satisfação dos profissionais de saúde (Aggelidis e Chatzoglou, 2012). Segundo os mesmos autores, "a satisfação dos utilizadores finais com os sistemas de informação hospitalares é um fator determinante para o sucesso dos sistemas" (Aggelidis e Chatzoglou, 2012, p. 15).

A satisfação do utilizador é frequentemente usada como um indicador da perceção do utilizador sobre a eficácia de um SI (Bailey e Pearson, 1983; Doll e Torkzadeh, 1988; Aggelidis e Chatzoglou, 2012), podendo dizer-se que é presumivelmente, o meio de avaliação mais utilizado como medida de sucesso de um sistema de informação (Torkzadeh e Doll, 1999; Bergerson, 2002; DeLone e McLean, 2003; Orovioigoicoechea, Elliott e Watson, 2008).

No entanto, Aggelidis e Chatzoglou (2012) referem que nenhuma abordagem para avaliação dos sistemas de informação hospitalares é completa e geralmente aplicável, uma vez que "a avaliação de um sistema de informação em termos de sucesso é, por sua natureza, um fenómeno complicado" (Bokhari, 2005, p. 211).

A satisfação do utilizador final do sistema de informação pode ser descrita como a "avaliação afetiva e cognitiva geral do utilizador final de SI do nível prazeroso de satisfação relacionada ao consumo experimentado com o SI" (Doll e Torkzadeh, 1988; Chin e Lee, 2000). Isto significa que a "avaliação afetiva" refere-se aos sentimentos de prazer ou desagrado que o utilizador tem ao usar o sistema, enquanto a "avaliação cognitiva" envolve uma análise mais racional sobre o quanto o sistema atende às suas necessidades e expectativas. Em conjunto, os dois elementos formam uma perceção

global da satisfação, onde o utilizador avalia o quão "prazerosa" e eficaz é a experiência de utilizar o sistema de informação.

2.5.1. O modelo de Doll e Torkzadeh (1988)

Lefkovits (1979), defende que o utilizador final do sistema de informação inclui: utilizadores finais "indiretos", que utilizam os sistemas de informação sem interagirem diretamente com o computador; utilizadores finais "intermédios", que especificam as necessidades de informação empresarial para os relatórios que acabam por receber; e utilizadores finais "diretos", que utilizam computadores. No entanto, na maioria das vezes, autores da área, como McLean (1979), Martin (1982), e Rockart e Flannery (1983), limitam a sua definição de utilizadores finais a indivíduos que interagem diretamente com o computador (Doll e Torkzadeh, 1988).

Por outro lado, Davis e Olson (1985), distinguem o utilizador final do sistema de informação, o utilizador primário e utilizador secundário, sendo que o primeiro toma decisões com base nos resultados fornecidos pelo sistema, enquanto o segundo é responsável por interagir com o software da aplicação para introduzir informações ou preparar relatórios, mas não usa os resultados diretamente no seu trabalho. Na informática de utilizador final, estes dois papéis são combinados: a pessoa que utiliza os resultados do sistema também os desenvolve (Doll e Torkzadeh, 1988).

Assim, o Modelo de Satisfação de Utilizadores Finais de Doll e Torkzadeh foca-se especificamente na satisfação dos utilizadores finais com os sistemas de informação, propondo cinco dimensões principais para estimar a variável dependente (satisfação do utilizador final), conforme ilustrado na figura 1:

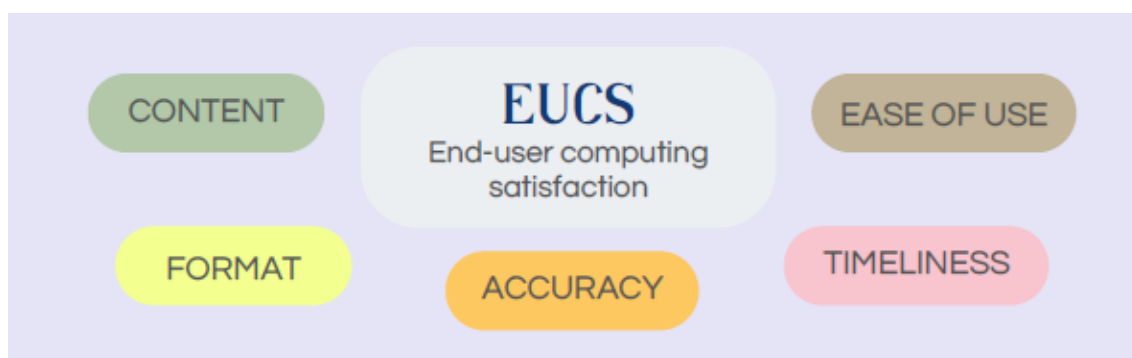


Figura 1 - Modelo de Doll e Torkzadeh (1988)

Fonte: Adaptado de Doll e Torkzadeh

O modelo distingue-se por integrar cinco dimensões principais que abrangem tanto a qualidade da informação quanto a utilização do sistema, designadamente:

- **Conteúdo:** Referindo-se à adequação e relevância das informações fornecidas pelo sistema.
- **Formato:** Avalia a apresentação das informações, incluindo a clareza, a legibilidade e a organização dos dados.
- **Precisão:** Mede a exatidão e a confiabilidade das informações geradas pelo sistema.
- **Atualidade:** Mede a rapidez com que as informações são disponibilizadas pelo sistema, garantindo que os dados sejam acessíveis no momento necessário.
- **Facilidade de Uso:** Referindo-se à facilidade com que os utilizadores podem interagir com o sistema.

A investigação de Aggelidis (2012) revelou que o modelo é adequado para medir a satisfação dos utilizadores de sistemas de informação hospitalares, particularmente em termos de qualidade da informação, do sistema e do suporte oferecido, pelo que os mesmos autores sugerem que o EUCS pode ser uma ferramenta útil para avaliar o sucesso de sistemas em ambientes hospitalares, fornecendo uma base para melhorar a experiência dos utilizadores e, conseqüentemente, a eficácia dos serviços de saúde (Aggelidis e Chatzoglou, 2012).

Por outro lado, os mesmos autores afirmam que a satisfação do utilizador final é um determinante testado e fiável do sucesso na implementação de um sistema de informação, podendo dizer-se que quanto maior for a satisfação dos utilizadores finais, maior será o êxito e a eficácia do sistema de informação implementado (Padalia e Natsirh, 2022). Esta afirmação é igualmente apoiada por Kassim et al. (2012), num estudo que defende que a avaliação do sistema pelo utilizador, para medir a satisfação do utilizador final, é um critério fundamental para o sucesso da implementação dos sistemas de informação.

De igual forma, Ahmed et al. (2022) consideram que é uma das ferramentas mais importantes para avaliar as expectativas dos utilizadores, no que se refere ao sistema implementado e a sua satisfação. Para estes autores, o modelo tem sido utilizado e validado em diferentes sistemas de informação, incluindo a avaliação do sistema integrado de administração financeira do estado, vários sistemas de informação hospitalar, bancário e judicial, entre outros.

Todavia, Padalia (2022) defende que um elevado número de utilizadores do sistema de informação não indica necessariamente que a satisfação dos utilizadores seja também elevada, principalmente porque a maioria dos utilizadores é obrigada a usar o sistema de

informação. Isto significa que os utilizadores continuarão a utilizar o sistema, independentemente de estarem satisfeitos ou não, porque precisam dele (Padalia e Natsir, 2022).

2.5.2. Aplicações, benefícios e desafios do modelo na área da saúde

Aplicar o modelo EUCS no contexto de um hospital EPE permite não apenas a avaliação da satisfação dos utilizadores do sistema de informação, mas também a identificação de áreas de melhoria que podem resultar num melhor apoio às atividades de gestão e, conseqüentemente, na melhoria dos serviços de saúde prestados (Ahmed et al., 2022). Aggelidis e Chatzoglou (2012) evidenciam que o instrumento EUCS pode ser aplicado na avaliação de sistemas de informação hospitalares. Os mesmos autores referem que a sua pesquisa revela que o instrumento é eficaz não apenas para medir a satisfação dos utilizadores desses sistemas, mas também para identificar os aspetos mais problemáticos.

Para além disso, defendem que o modelo de EUCS de Doll e Tarkzadeh foi testado empiricamente e a validade estatística foi demonstrada (Ahmed et al., 2022), sendo fácil de utilizar com confiança, pois, “tem fiabilidade e validade adequadas numa variedade de aplicações” (Aggelidis e Chatzoglou, 2012, p. 567). McHaney et al. (2002) acrescentam que o modelo EUCS é aplicável em contextos transculturais e em diferentes setores, tais como em ambiente judicial (Ahmed et al., 2022) e ambiente universitário (Padalia e Natsirh, 2022).

Autores como Ives et al. (1983), Doll e Torkzadeh (1988) e Ahmed et al. (2022), indicaram o uso de modelos de satisfação do utilizador como o de Doll e Torkzadeh (1988) para melhor compreender o sucesso de sistemas de informação, destacando que "a satisfação do utilizador final é uma medida essencial para avaliar a aceitação e eficácia dos sistemas" (Ives et al., 1983, p. 788).

Muitos autores (McHaney et al., 2002; Aggelidis e Chatzoglou, 2012; Ahmed et al., 2022; Padalia e Natsirh, 2022) também declaram que o modelo EUCS é útil para avaliar a satisfação e o sucesso dos sistemas, sobretudo devido às 5 variáveis bem definidas e mensuráveis, referindo que "as cinco dimensões do modelo de Doll e Torkzadeh (1988) fornecem uma estrutura sólida para avaliar a satisfação do utilizador em ambientes de sistemas de informação" (McHaney et al., 2002, p. 123).

Por outro lado, Seddon (1997) alega que o modelo EUCS de Doll e Torkzadeh, embora seja útil, é limitado por se centralizar maioritariamente nas perceções do utilizador final sem forçosamente medir o impacto nos resultados organizacionais. Segundo Seddon, “o

instrumento EUCS mede a satisfação, mas não fornece uma visão completa do sucesso do sistema a nível de produtividade e eficácia organizacional” (Seddon, 1997, p. 246).

Capítulo 3

3. Metodologia

Este capítulo apresenta a metodologia de investigação utilizada para atingir os objetivos propostos e responder à questão de investigação. A estrutura deste capítulo foi organizada em três secções principais: A primeira trata do desenho de investigação escolhido pelo investigador. Na segunda parte é apresentada a população alvo e a caracterização da amostra. Na última parte são descritos os procedimentos metodológicos adotados, desde a pesquisa bibliográfica ao tratamento dos dados.

3.1. Abordagem de investigação

Fortin (1999) sublinha que a investigação é um "processo sistemático", composto por três etapas interdependentes: a fase concetual, onde se define o problema e os objetivos; a fase metodológica, em que se escolhem as ferramentas e métodos mais adequados; e a fase empírica, que culmina na recolha e interpretação dos dados (Fortin, 1999, pp. 17-18). Estas etapas são fundamentais para garantir a coerência entre o objeto de estudo e a metodologia adotada, como é evidenciado na tabela 2.

Tabela 2 – Etapas do processo de investigação

	Escolha e formulação do problema
Fase Concetual	Revisão da literatura
	Formulação dos objetivos e questões de investigação
Fase Metodológica	Escolha do desenho de investigação
	Definição da população alvo e amostra
	Escolha do método de recolha e de análise de dados
Fase Empírica	Recolha de dados
	Análise de dados
	Interpretação e comunicação dos resultados

Fonte: Adaptado de Fortin, 1999, p.38

De acordo com Ryan et al. (2002), a escolha da metodologia de investigação é orientada pelo fenómeno que se pretende estudar. Atualmente, é mais comum a adoção de estudos de natureza qualitativa ou que utilizem as abordagens qualitativa e quantitativa (Bento, 2013; Bardin, 2016).

Neste sentido, a pesquisa qualitativa tem um impacto significativo ao se concentrar nas particularidades de contextos específicos, como tempo e lugar. Enquanto a pesquisa quantitativa geralmente se baseia em médias estatísticas e busca padrões generalizáveis, a pesquisa qualitativa incide em entender como as decisões sociais específicas afetam determinados grupos de interesse e vice-versa (Guerra, 2006). Por exemplo, ao avaliar o impacto de políticas públicas, uma abordagem qualitativa detalhada pode ser mais eficaz do que tentativas de criar variáveis abstratas para encontrar correlações amplas entre dados amostrais (Falk e Guenther, 2006; Falk, 2007; Richardson, 2018).

A metodologia qualitativa é frequentemente defendida como a mais adequada para investigar fenômenos complexos, novos ou pouco compreendidos (Denzin e Lincoln, 2006; Flick, 2014; Creswell, 2014). A escolha por uma abordagem qualitativa deve-se ao fato de possibilitar uma compreensão mais aprofundada da complexidade, dos detalhes e do contexto envolvidos (Miles e Huberman, 1994; Mason, 2002; Gonçalves, 2005). Este tipo de investigação procura obter explicações ricas e contextuais, que seriam difíceis de alcançar através de métodos quantitativos (Major, 2014; Bardin, 2016).

Para Minayo (2002), a pesquisa qualitativa explora o universo dos significados, incluindo os motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos indivíduos. Trata-se de um campo que abrange de forma mais profunda as relações, os processos e os fenômenos que não podem ser simplificados pela mensuração de variáveis ou pela aplicação de técnicas quantitativas.

Creswell (2014) afirma que a flexibilidade é uma característica importante da pesquisa qualitativa, o que implica que, ao conduzir este tipo de pesquisa, é crucial adaptar os métodos e abordagens de acordo com as circunstâncias e as complexidades dos processos sociais estudados. Da mesma forma, Guerra (2006) e Flick (2014) destacam a necessidade de ajustar os métodos conforme o contexto, defendendo que não existe uma abordagem única que funcione para todas as situações.

No contexto deste estudo, a questão de investigação – “Como é que os médicos diretores utilizam a informação contabilística e financeira na gestão de recursos do Hospital Dr. Nélio Mendonça?” – reforça a importância da abordagem qualitativa para compreender a informação da contabilidade para a gestão de forma mais ampla. Este tipo de investigação não se limita aos números, custos e benefícios, mas também considera fatores sociais, organizacionais e políticos que influenciam a contabilidade (Vaivio, 2008).

A investigação qualitativa pode adotar uma perspectiva etnográfica, centrando-se na descrição de um grupo ou realidade específica e considerando experiências pessoais e

comportamentos sociais no seu ambiente natural (Bento, 2013). Por outro lado, este tipo de pesquisa é criticado por ser excessivamente empírico, subjetivo e pelo envolvimento emocional do pesquisador (Minayo, 2002, p. 14 e Gerhardt e Silveira, 2009). Ainda assim, é reconhecida como uma abordagem que oferece uma compreensão aprofundada e contextual de fenômenos complexos.

Finalmente, segundo Gil (2007) e Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa qualitativa segue geralmente três etapas principais: (a) revisão da literatura para compreender o que já foi debatido sobre o tema; (b) realização de entrevistas com pessoas com experiência prática no assunto; e (c) análise de casos específicos que contribuam para uma melhor compreensão do problema.

3.2. Tipo de estudo

No contexto da investigação qualitativa, o estudo de caso é amplamente defendido por autores como Yin (1993) como sendo especialmente adequado para explorar fenômenos complexos em contextos reais. Este tipo de metodologia é considerado ideal para situações pouco estudadas, em evolução, ou cuja relação entre fenômeno e contexto não é claramente evidente (Yin, 2005).

Um estudo de caso é entendido como “uma estratégia de investigação em que o pesquisador explora em profundidade um programa, evento, atividade, processo ou um ou mais indivíduos” (Creswell, 2009, p. 13; Begkos, 2016). De acordo com Yin (1993), esta metodologia utiliza múltiplas fontes de evidência, como entrevistas, observações, análise de documentos e registos, para oferecer uma visão mais completa do fenômeno.

Os estudos de caso são utilizados em áreas como as ciências sociais e biomédicas, sendo comuns em investigações relacionadas com a contabilidade de gestão (Gil, 2007; Gerhardt e Silveira, 2009; Lukka e Kasanen, 1995). Segundo Alves-Mazzotti (2006, p. 640), exemplos frequentes incluem a análise de um indivíduo (como casos clínicos de Freud), de um grupo (como o estudo de Paul Willis sobre jovens da classe trabalhadora britânica), de uma instituição (como escolas ou hospitais) ou de eventos específicos (como eleições).

Tendo em consideração os objetivos e a questão de investigação formulados, este estudo utilizou uma análise qualitativa com recurso à metodologia de estudo de caso, com base nos contributos de autores como Picoito (2008), Leite e Rodrigues (2010), Diz (2018), Major et al. (2018) e Conceição et al. (2023).

Além disso, como complemento, foi utilizada uma abordagem quantitativa para compreender a satisfação dos diretores de serviço enquanto utilizadores finais do

sistema de informação apresentado nas entrevistas. Este recurso quantitativo baseou-se na aplicação de um inquérito por questionário, utilizando uma escala de Likert de 1 (discordo fortemente) a 5 (concordo fortemente).

Os estudos de caso permitem uma análise aprofundada e detalhada dos fenómenos, funcionando como uma ponte entre teoria e prática (Major e Vieira, 2017; Fernandes, 2023). Embora criticados pela falta de generalização dos seus resultados (Lukka e Kasanen, 1995), oferecem uma abordagem interpretativa e contextual para entender os "como" e "porquês" de fenómenos complexos no seu contexto real (Yin, 2015; Fernandes, 2023).

O conhecimento obtido através desta metodologia contribui para aprofundamento da nossa compreensão do papel do médico gestor e fornece o contexto necessário para analisar melhor as práticas de gestão dos médicos diretores (Begkos, 2016).

3.3. Objeto de estudo

O presente estudo centra-se na análise da utilização da informação para a gestão de serviços hospitalares, com ênfase no uso da informação de natureza contabilística e financeira pelos médicos diretores de serviço do HNM. Utilizando o modelo de satisfação EUCS de Doll e Torkzadeh (1988), o estudo também procura explorar a satisfação destes profissionais "híbridos", enquanto utilizadores finais do sistema de informação.

A escolha dos médicos diretores como participantes-chave justifica-se pela posição estratégica que ocupam nas organizações hospitalares, sendo eles os principais responsáveis por traduzir a informação de gestão em decisões práticas.

3.3.1. Caraterização do SESARAM

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, EPERAM (doravante denominado SESARAM), é uma entidade pública de natureza empresarial com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. O seu funcionamento é regulado pelo Regime Jurídico do Setor Empresarial da Região Autónoma da Madeira (RJSERAM), bem como pelas disposições específicas dos seus Estatutos e Regulamentos Internos.

A missão principal do SESARAM é prestar cuidados de saúde primários e hospitalares, cuidados de saúde continuados e paliativos, à população, assegurar os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde, e ainda assumir atribuições na área da formação, ensino e investigação clínica. Os cuidados de saúde hospitalares abrangem a prestação de cuidados assistenciais especializados, a formação pré, pós-graduada e contínua, além da investigação. Os cuidados são oferecidos em regime de ambulatório ou de internamento, com todas as especialidades médicas e cirúrgicas

necessárias. Os internamentos são organizados conforme o nível de especialização e complexidade dos cuidados exigidos. O serviço de urgência hospitalar segue o modelo de Triagem de Manchester, em funcionamento desde junho de 2005, e abrange tanto a urgência pediátrica quanto a urgência de adultos. Para além disso, o SESARAM é uma das poucas unidades de saúde do País que tem a funcionar uma Câmara Hiperbárica (Relatório de Atividades e de Gestão, 2023).

A estrutura do SESARAM abrange serviços e unidades funcionais voltados para a prestação de cuidados e apoio à gestão, com a inclusão de núcleos, unidades, gabinetes e subunidades, conforme disposto no Regulamento Interno em vigor, apresentados graficamente na figura 2 que esquematiza os órgãos e estabelecimentos que compõem o SESARAM.

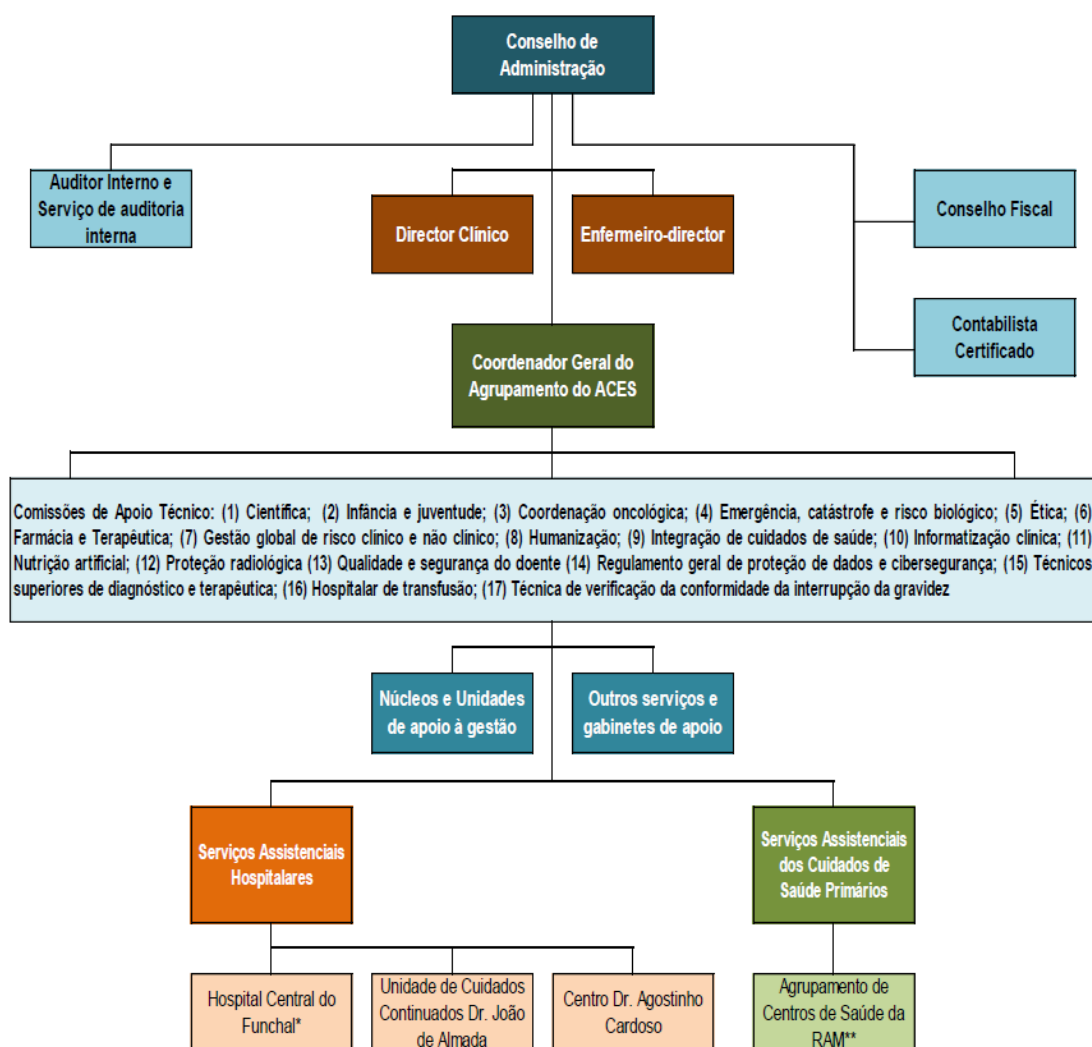


Figura 2 - Órgãos e estabelecimentos do SESARAM

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão, 2023, p. 14

Em 31 de dezembro de 2023, o SESARAM apresentava um mapa de pessoal com um total de 5 811 trabalhadores, de acordo com a figura 3, abaixo.

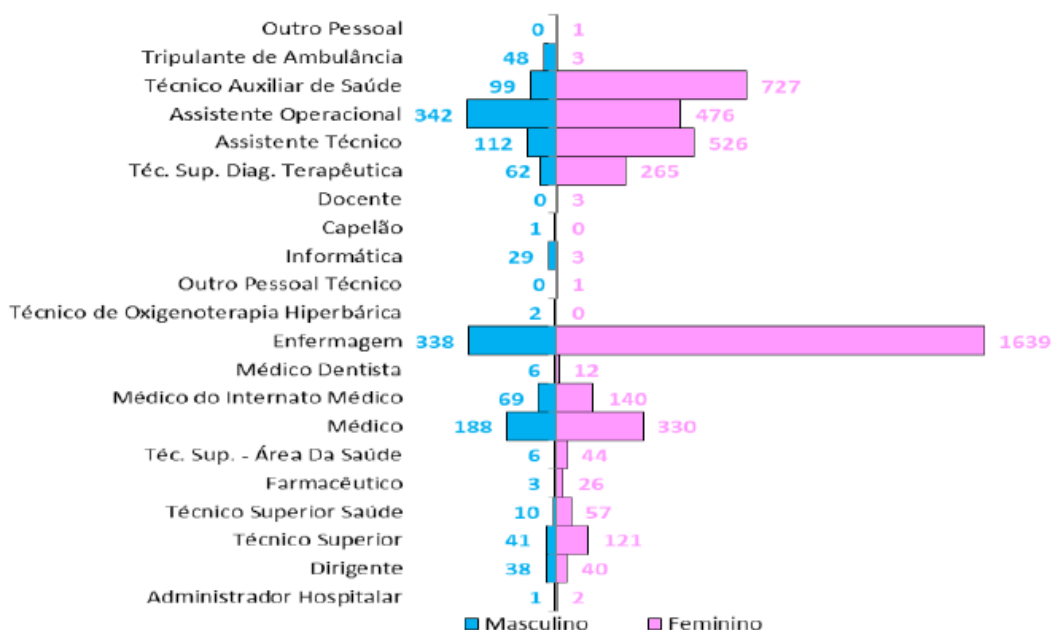


Figura 3 - Paridade de género dos RH do SESARAM

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão, 2023, p. 38

A atividade do SESARAM é influenciada pelas dinâmicas demográficas, sociais e económicas da Região, que orientam as respostas às necessidades da população em geral. O principal grupo de utentes é composto pela população residente na Região Autónoma da Madeira, estimada em 253.259 pessoas em 2022 (Censos, 2021) e pela população flutuante.

De acordo com o Decreto Legislativo Regional n.º 9/2003/M, de 27 de maio que criou o SESARAM, a sua atividade abrange diversos níveis de cuidados, incluindo cuidados de saúde primários, hospitalares, continuados integrados, paliativos e saúde pública. A área de saúde pública é desenvolvida em colaboração com a Direção Regional de Saúde e a Autoridade de Saúde Pública. O serviço compreende os seguintes estabelecimentos:

- i. O Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM);
- ii. O Hospital dos Marmeleiros;
- iii. A Unidade de Cuidados Continuados Integrados Dr. João de Almada, que integra a Unidade de Paliativos e a Unidade de Rede para Reabilitação;
- iv. O Centro Dr. Agostinho Cardoso, que integra o Centro de Rastreamentos da RAM e a unidade de rastreio e tratamento da tuberculose;
- v. Os centros de saúde integrados no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES).

Tendo capacidade máxima para 547 camas para internamento na área da prestação de cuidados, o HNM dispõe de mais de 50 especialidades médicas organizadas pelos vários serviços e unidades funcionais, conforme figura 4.

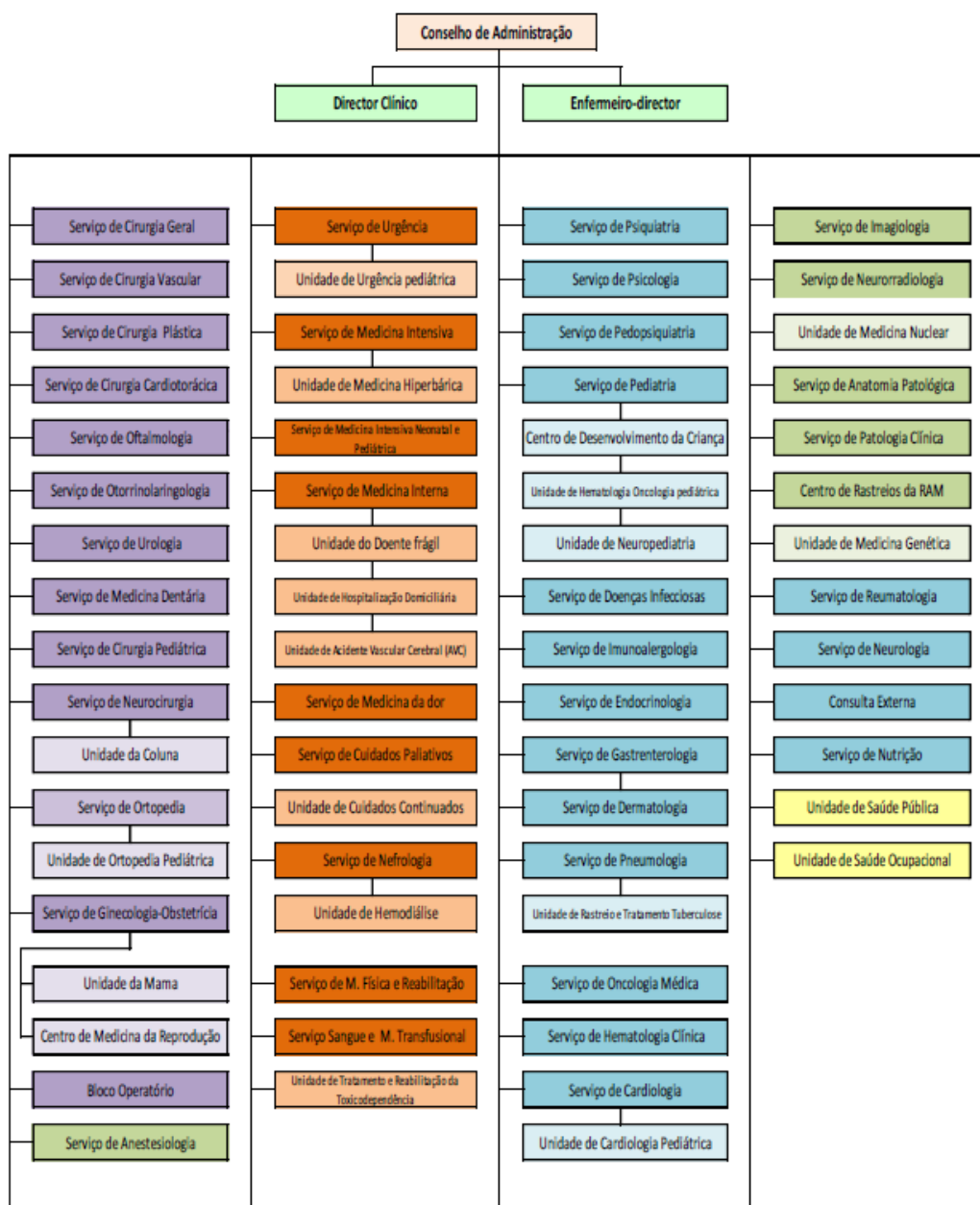


Figura 4 - Serviços clínicos e unidades funcionais na dependência do diretor clínico e enfermeiro diretor

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão, 2023, p. 33

Os Núcleos e Unidades de Apoio à Gestão do SESARAM estão também elencados no Regulamento Interno, conforme ilustrado na figura 5.

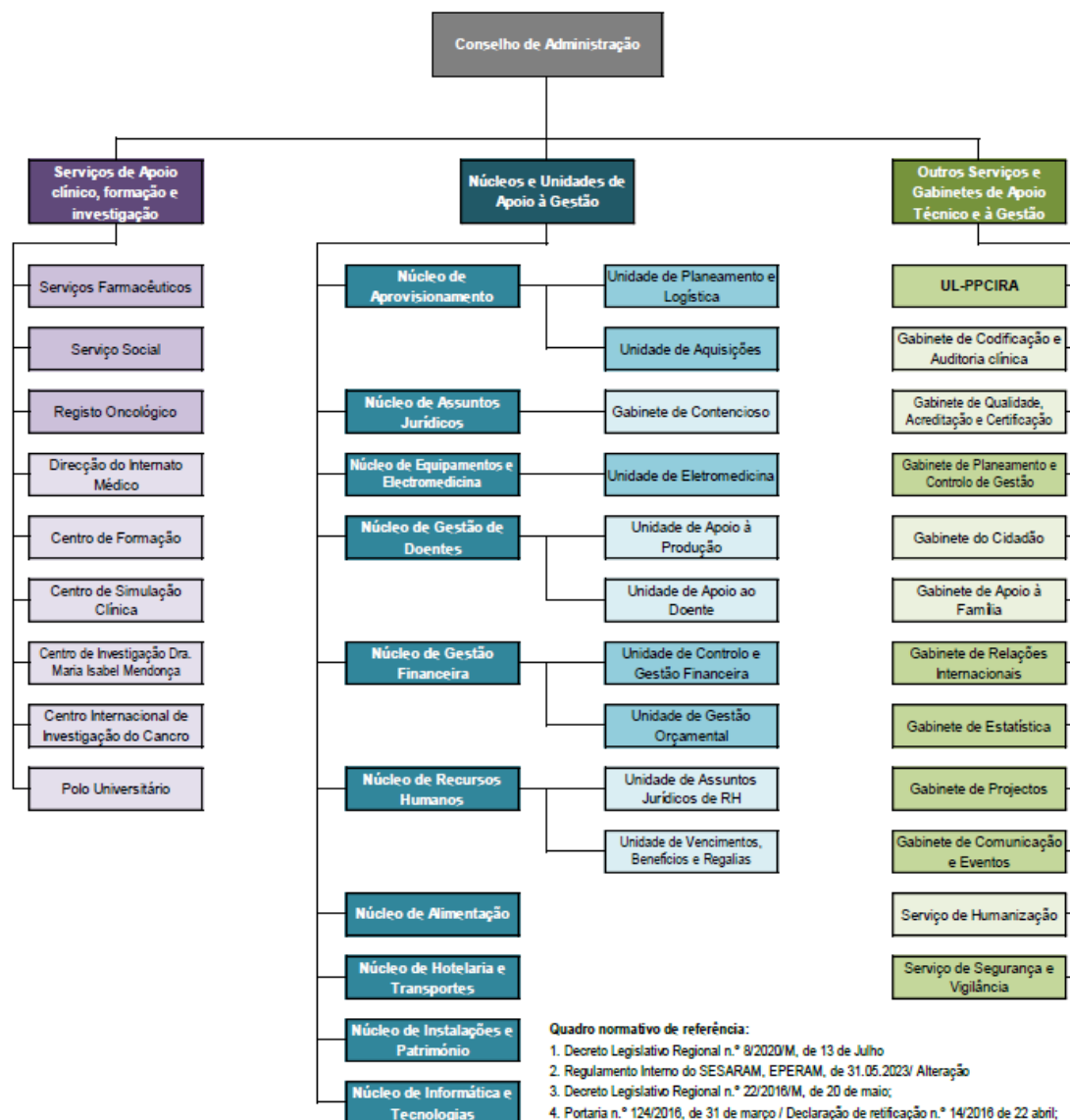


Figura 5 - Serviços, núcleos, unidades e gabinetes de apoio

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão, 2023, p. 16

Dando o seu contributo para o cumprimento da missão e objetivos estratégicos do SESARAM, o Núcleo de Informática (NI) fornece acessibilidade, recursos e serviços tecnológicos que visam melhorar a segurança, reduzir riscos, promover a inovação e otimizar recursos. O NI garante a disponibilidade constante de informações em toda a rede, que abrange 3 hospitais, 47 centros de saúde e várias unidades de apoio na RAM, com operações 24 horas por dia, durante todo o ano. As suas atividades incluem desenvolvimento, implementação, gestão, monitorização, manutenção e melhoria contínua dos Sistemas de Informação e da infraestrutura tecnológica em três áreas principais: desenvolvimento aplicacional, infraestruturas e comunicações, e suporte técnico e logístico.

A equipa do NI desenvolve soluções e sistemas personalizados para atender às necessidades dos serviços clínicos e administrativo-financeiros, além de oferecer suporte técnico aos colaboradores e manter o parque informático, que inclui computadores, periféricos e equipamentos biomédicos que estão interligados com os sistemas de informação. As suas atividades visam aumentar a eficiência, melhorar os fluxos de informação entre áreas clínicas e não clínicas, informatizar setores ainda não abrangidos e aproximar o utente, oferecendo novos canais de acesso à informação.

Em 2023, o SESARAM implementou a integração dos cuidados hospitalares com os cuidados primários por meio do Processo Clínico Único (PCU). A partir de 01/06/2023, o Núcleo de Informática ativou um módulo que permite a partilha segura de informações entre o SESARAM e prestadores externos de saúde. O PCU tem um impacto significativo no Sistema Regional de Saúde, promovendo a agilidade na comunicação entre os setores público e privado, reduzindo custos ao evitar a duplicação de exames e proporcionando aos médicos acesso a informações atualizadas sobre os processos clínicos dos utentes (Relatório de Atividade e de Gestão, 2023, p. 102).

É neste contexto organizacional que os médicos diretores exercem as suas funções e interagem com a informação contabilística e financeira, e que constitui o nosso objeto do estudo. Na secção seguinte, apresentamos os procedimentos adotados na recolha de dados.

3.4. Procedimentos metodológicos

3.4.1 Pesquisa bibliográfica e documental

Segundo Gil (2007), a pesquisa bibliográfica é uma técnica essencial para identificar, compreender e explorar os avanços teóricos e empíricos sobre determinado tema, auxiliando na construção do referencial teórico e na delimitação da problemática de investigação. Para este estudo foram analisados, artigos científicos e académicos, livros, relatórios e publicações especializadas relacionadas com o tema de investigação. Para isso, foram consultados bancos de dados de conhecimento científico, como Web of Science, PubMed, Researchgate e Scopus, assim como revistas científicas de relevância para a área em estudo (Gil, 2007). As palavras-chave para a pesquisa foram definidas com base no tema central da investigação e nas dimensões de análise previamente estabelecidas, permitindo a seleção de material pertinente e atual.

Paralelamente, a pesquisa documental foi realizada para complementar a análise bibliográfica, fornecendo conhecimentos valiosos sobre práticas concretas que, muitas vezes, não estão acessíveis por meio da literatura publicada (Cellard, 2008). Esta

abordagem centrou-se na consulta de documentos oficiais e institucionais, tais como relatórios de gestão, regulamentos internos, diretrizes organizacionais e dados administrativos de hospitais. Estes documentos foram essenciais para contextualizar o objeto de estudo.

Com base nestes procedimentos, a pesquisa bibliográfica e documental forneceu o suporte necessário para desenvolver o referencial teórico, identificar lacunas existentes no conhecimento, e fundamentar a análise empírica do estudo. Este processo permitiu articular os dados empíricos com as bases teóricas, contribuindo para uma abordagem abrangente e rigorosa do tema investigado.

3.4.2. Seleção e caracterização da amostra

Nos estudos qualitativos, a seleção da amostra tem como propósito a produção de informações detalhadas e ilustrativas, independentemente do tamanho. O mais relevante é que a amostra forneça dados capazes de gerar novas informações e aprofundar a compreensão do fenómeno em estudo (Deslauriers, 1991; Gerhardt e Silveira, 2009).

Não existe um número fixo para o tamanho da amostra em estudos qualitativos. Geralmente, os investigadores procuram alcançar a saturação de dados, ou seja, o ponto em que novas informações deixam de surgir e os padrões começam a se repetir (Guest et al., 2006). Segundo os autores, a saturação foi alcançada após 12 entrevistas, demonstrando que, em alguns casos, uma amostra reduzida pode ser suficiente. Morse (2000) sugere que entre 6 e 10 participantes podem ser adequados, especialmente em estudos exploratórios ou em contextos com questões menos complexas. Contudo, a determinação final deve sempre considerar fatores como a complexidade do tema, a diversidade dos participantes e a profundidade analítica desejada.

No contexto dos estudos qualitativos, a representatividade estatística não é o objetivo principal, o que reduz a necessidade de um número elevado de participantes (Chiglione e Matalon, 1993; Coller, 2000; Socorro, 2023). O importante é que os indivíduos selecionados apresentem características específicas relevantes para o estudo, contribuindo com informações significativas e contextualizadas.

Neste estudo, a seleção da amostra foi orientada pelos seguintes critérios:

- Ser médico diretor de um serviço clínico do SESARAM, EPERAM.
- Demonstrar interesse e disponibilidade para participar na investigação.

A amostra foi constituída por meio de uma amostragem intencional, método não probabilístico no qual os participantes são escolhidos deliberadamente, com base na sua relevância para o estudo (Gonçalves, 2005). A seleção intencional é especialmente

adequada para investigações qualitativas, pois permite uma análise aprofundada e contextual do fenómeno, sem a intenção de generalizar os resultados (Fortin, 1999; Socorro, 2023).

Para operacionalizar a seleção, foi solicitado ao Conselho de Administração o fornecimento da listagem dos 41 médicos diretores do SESARAM. O contato inicial foi realizado via e-mail, com uma breve apresentação do projeto e um convite formal à participação. Posteriormente, a investigadora dirigiu-se aos respetivos secretariados de apoio à direção para o agendamento das entrevistas.

Apesar de algumas dificuldades e contratempos foi possível obter a colaboração de 13 médicos diretores. Contudo, devido à perda de um documento eletrónico, foram transcritas 12 entrevistas, tendo a 13^a entrevista influenciado a avaliação global da investigadora, embora de uma forma mais subjetiva, já que foi baseada no registo mental e notas subsequentes.

Os participantes foram codificados com a letra “E” (Entrevistado) e numerados de 1 a 13, seguindo a ordem cronológica das entrevistas. A caracterização detalhada da amostra é apresentada na tabela 3, abaixo:

Tabela 3 – Caracterização da amostra

Entrevistado	Género	Duração da entrevista	Nº anos ao serviço do Sesaram	Diretor de serviço (nº anos)
E1	Masculino	30:26'	13	3
E2	Masculino	37:33'	40	2
E3	Feminino	23:25'	34	2
E4	Feminino	27:01'	45	10
E5	Feminino	30:58'	40	1,5
E6	Masculino	32:39'	41	9
E7	Feminino	24:24'	4	4
E8	Feminino	16:03'	24	4
E9	Feminino	24:14'	42	16
E10	Masculino	56:27'	36	2
E11	Feminino	39:33'	24	1
E12	Masculino	23:58'	36	15
E13	Feminino	a)	a)	a)

Fonte: Elaboração própria

a) Documento extraviado pelo que não existem dados ou avaliação da satisfação EUCS do respetivo participante

3.4.3. Entrevistas

A técnica de entrevista foi utilizada como principal método de recolha de dados neste estudo, considerando a sua relevância em investigações qualitativas. Conforme Aires (2015), "a entrevista em profundidade constitui uma técnica útil para a obtenção de informações de carácter pragmático, ou seja, para saber como os sujeitos atuam e reconstroem o sistema de representações sociais nas suas práticas individuais" (p. 31).

A primeira pergunta feita individualmente aos médicos diretores procurou oferecer uma visão geral sobre o perfil dos profissionais na organização. O foco esteve, principalmente, na antiguidade dos participantes, tanto em relação ao tempo de exercício da atividade médica no HNM quanto ao período exercido em cargos de chefia, como a direção de serviço clínico.

Tipo de entrevista e justificação

Optou-se pela entrevista semiestruturada devido às suas vantagens em relação a outras técnicas, como questionários, nomeadamente a profundidade das análises e a flexibilidade durante o processo de recolha de dados (Batista et al., 2021). Esta abordagem permite que os entrevistados se expressem livremente, utilizando os seus próprios quadros de referência e estilos de linguagem. Além disso, a entrevista semiestruturada possibilita aprofundamentos adicionais, conforme necessário durante a interação (Socorro, 2023).

Procedimentos éticos e logísticos

Antes da realização das entrevistas, foram seguidos os procedimentos éticos necessários. Assim, foi solicitado parecer ao Conselho de Administração e à Comissão de Ética do SESARAM, tendo sido emitida aprovação em maio de 2024. Por outro lado, os entrevistados foram previamente informados por e-mail sobre o estudo e receberam dois documentos:

Declaração explicativa (Apêndice 1), apresentando a questão de investigação, os objetivos, a participação requerida e as políticas de privacidade e consentimento.

Termo de consentimento informado (Apêndice 2), assinado no início de cada entrevista, autorizando a gravação em áudio das mesmas.

Realização das entrevistas

As entrevistas decorreram em agosto de 2024 e foram conduzidas, na sua maioria, nos gabinetes de trabalho dos médicos diretores, locais que nem sempre apresentavam condições ideais de privacidade. No total, foram realizadas 13 entrevistas, com duração típica entre 30 e 40 minutos – sendo a mais longa de 56 minutos, resultando em 6,07 horas de gravação e 62 páginas transcritas.

Os entrevistados eram compostos por 8 mulheres e 5 homens, com tempos de serviço no SESARAM entre 4 e 45 anos e experiência em cargos de direção entre 1 e 16 anos (Tabela 3).

Estrutura do guião da entrevista

O guião utilizado foi organizado em 3 grupos temáticos (Apêndice 3), formulados com base nos objetivos e dimensões de análise do estudo (Guerra, 2006). Essa estrutura proporcionou um equilíbrio entre o foco temático e a possibilidade de exploração de novos tópicos relevantes (Gerhardt e Silveira, 2009):

- Caracterização do entrevistado enquanto colaborador e médico diretor de serviço.
- Acesso e utilização da informação de gestão contabilística e financeira, incluindo periodicidade, utilidade e sugestões de melhoria.
- Satisfação com o sistema de informação, avaliado com base no modelo de Doll e Torkzadeh (1988).

Codificação e análise dos dados

As entrevistas foram gravadas em formato áudio e transcritas integralmente. O processo de codificação envolveu a classificação dos dados por categorias temáticas e a atribuição de códigos representativos do significado dos conteúdos obtidos.

O guião foi testado previamente através de 3 entrevistas piloto, permitindo realizar os ajustamentos necessários e assegurar a adequação e precisão do instrumento antes da recolha sistemática dos dados.

3.4.4. Vinhetas

Foram utilizadas vinhetas na presente investigação (Apêndice 4), seguindo as recomendações de diversos autores (e.g. Wiegmann et al., 2023), devido à sua relevância como método de recolha de dados na investigação qualitativa. Este método permite aos participantes observar, discutir e partilhar ideias sobre situações específicas, promovendo uma análise aprofundada. Bloor e Wood (2006) argumentam que as

vinhetas funcionam “como estímulo para alargar e aprofundar a discussão na investigação qualitativa baseada em entrevistas” (Wiegmann et al., 2023).

Na pesquisa de Wiegmann et al. (2023), as vinhetas são descritas como esboços de situações hipotéticas, consideradas uma abordagem promissora para entrevistas qualitativas no campo da contabilidade. Os autores Wiegmann et al. (2023) destacam a sua utilização em diferentes estudos contabilísticos qualitativos, como um método complementar para conduzir entrevistas, possibilitando a recolha de informações tanto de especialistas como de pessoas leigas. Esta abordagem permite abordar temas complexos de forma acessível, conforme defendido por Hughes e Huby (2004) e Wiegmann et al. (2023).

De acordo com Wason et al. (2002), um cenário é uma narrativa que apresenta uma situação hipotética que requer julgamento ou ação por parte dos inquiridos. De forma semelhante, uma vinheta é uma breve descrição de uma pessoa ou situação social, contendo referências específicas aos fatores mais relevantes para que o entrevistado tome decisões ou faça julgamentos. Este tipo de abordagem é especialmente útil para compreender diferentes perspetivas, como também indicado por Silva et al. (2018) e Wason et al. (2002). Além disso, cenários de vinhetas podem levar os participantes a assumir o papel de outro, permitindo explorar as suas opiniões quanto a ações ou decisões de terceiros (Bloor e Wood, 2006; Jenkins et al., 2010; Wiegmann et al., 2023).

Seguindo as recomendações de Wiegmann et al. (2023), a vinheta concebida para esta pesquisa foram cuidadosamente equilibradas, sem sobrecarregar a informação, mas fornecendo dados suficientes para garantir uma exploração profunda da questão em análise. A vinheta criada foi apresentada individualmente a cada médico diretor durante as entrevistas. Desde o início, o investigador destacou a inclusão de elementos reais e fictícios nos dados apresentados, estratégia alinhada com as orientações de Wason et al. (2002), Silva et al. (2018) e Wiegmann et al. (2023). Estes autores defendem a utilização de recursos visuais e descritivos, como quadros, gráficos ou narrativas — reais ou fictícias — para estimular a análise e aprofundar as discussões sobre temas específicos.

A vinheta (ver Apêndice 4 – Vinheta) foi estruturada em duas partes distintas: a primeira parte ilustrou a atividade global da organização, com base em indicadores financeiros e de produtividade. A segunda parte focou-se num questionário de satisfação, conforme detalhado de seguida:

Primeira parte:

- a) Rendimentos totais e b) Gastos totais do SESARAM (dados reais)

Representação gráfica dos rendimentos/gastos globais do Sesaram, com o objetivo de ilustrar a percentagem da sua distribuição e evolução de 2020 a 2023.

- c) Rendimentos e Gastos do Serviço X (dados fictícios)

Representação gráfica dos rendimentos e gastos de um serviço específico, com o objetivo de ilustrar a percentagem da sua distribuição e evolução

- d) Evolução das consultas médicas por especialidade (dados reais)

Apresentação de quadro com o objetivo de mostrar a produção global, por especialidade, relativa à consulta externa

- e) Consultas médicas não realizadas/ desmarcações (dados fictícios)

Apresentação de quadro com o objetivo de ilustrar o volume e motivo das consultas não realizadas.

- f) Evolução das consultas médicas do serviço X (dados fictícios)

O propósito do quadro é mostrar a evolução da produção face às metas definidas pela administração e a variação relativamente ao período homólogo.

Segunda parte:

- a) Apresentação de inquérito de satisfação

A recolha de opinião baseia-se nas cinco dimensões de Doll e Torkzadeh para avaliar a satisfação dos médicos diretores enquanto utilizadores finais do sistema de informação, o qual, no caso em estudo, se refere à vinheta apresentada durante a entrevista.

3.4.5. Transcrição da entrevista

Autores como Kvale (1996), Gibbs (2007) e Saldana (2016) realçam a importância da transcrição no processo de pesquisa qualitativa, salientando que ela não é apenas um ato mecânico de registar palavras, mas um processo interpretativo que pode influenciar a análise e a compreensão dos dados colhidos.

Seguindo as orientações de Bailey (2008), as gravações das entrevistas foram ouvidas e transpostas para a forma escrita, tendo em conta que a transcrição vai além de uma simples conversão de fala em texto. Assim, este processo foi abordado como uma etapa interpretativa e essencial, constituindo o primeiro passo para a análise dos dados.

Para assegurar uma transcrição que facilitasse a análise subsequente, adotou-se as recomendações de Saldana (2016), utilizando anotações e abreviaturas quando necessário, para capturar os elementos relevantes de forma eficiente. Durante este processo, deparamo-nos com algumas dificuldades para compreender determinadas entrevistas, em especial uma em que o entrevistado apresentava uma dicção vocal bastante deficiente. Após concluir a transcrição inicial, todo o conteúdo foi atentamente revisto, garantindo a sua precisão e verificando se refletia de forma fiel e adequada o contexto das entrevistas realizadas.

3.4.6. Tratamento dos dados

Seguindo as orientações de Jones e Shoemaker (1994), Guest et al. (2006) e Begkos (2016), a análise dos dados obtidos nas entrevistas foi realizada através da análise temática. Este método de análise qualitativa foi selecionado por permitir a identificação, organização e exploração de padrões e temas codificados nos textos analisados.

De acordo com Minayo (2007, p. 316), a análise temática envolve a identificação de “núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique algo relevante para o objetivo analítico pretendido” (Gerhardt e Silveira, 2009). Bardin (2016) complementa ao definir a análise temática como um método que utiliza técnicas objetivas e sistemáticas para examinar mensagens, com o propósito de descrever conteúdos e identificar indicadores, quantitativos ou qualitativos, capazes de revelar as circunstâncias e os significados subjacentes ao conteúdo das mensagens.

Baseando-se na estrutura proposta por Bardin (1977), foi desenvolvido um guia estruturado para a análise de conteúdo, que seguiu três etapas principais: Pré-Análise, Exploração do Material e Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação.

i. Pré-análise

Na etapa inicial, realizou-se uma leitura flutuante das transcrições das entrevistas para obter uma visão geral do conteúdo. Este processo permitiu identificar ideias e temas centrais, alinhando as transcrições aos objetivos da pesquisa. Foram definidas questões analíticas e estabeleceu-se um plano de codificação, utilizando critérios previamente

definidos ou desenvolvidos de forma indutiva, conforme as recomendações de Bardin (1977).

ii. Exploração do material

Nesta etapa, os dados brutos foram segmentados em unidades significativas de análise, como palavras, frases ou trechos que representassem ideias-chave para a investigação (Gonçalves, 2005). As unidades foram codificadas e organizadas em categorias temáticas e subtemas que refletiam padrões e conceitos emergentes.

Devido à indisponibilidade da aplicação NVivo, a análise foi realizada manualmente com o auxílio do Microsoft Excel. As perguntas das entrevistas foram dispostas numa coluna inicial, enquanto as respostas dos participantes foram organizadas em colunas subsequentes. Esta estruturação facilitou uma análise transversal, permitindo identificar temas recorrentes e padrões interpretativos.

Durante esta etapa, surgiram algumas dificuldades, como a necessidade de ouvir repetidamente partes das gravações devido à qualidade do áudio e à dicção de alguns participantes. Para superar essas limitações, foram tomadas medidas adicionais, incluindo a realização de notas detalhadas sobre os temas emergentes e a seleção de citações significativas para responder às questões de investigação. A imparcialidade foi garantida ao longo de todo o processo, analisando as evidências apresentadas, independentemente da sua compatibilidade com as hipóteses iniciais.

iii. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Na fase final, foi realizada uma análise aprofundada das categorias estabelecidas, explorando as relações entre os temas identificados e os objetivos da pesquisa. A análise seguiu duas dimensões complementares:

Uma dimensão descritiva, destinada a relatar fielmente os dados apresentados pelos participantes.

Uma dimensão interpretativa, com o objetivo de compreender os significados e sistemas de referência expressos nas respostas (Guerra, 2006).

Capítulo 4

4. Apresentação, análise e discussão de resultados

4.1. Apresentação e discussão dos resultados

Neste capítulo, apresenta-se a análise detalhada dos resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa. As respostas fornecem informação relevante sobre as percepções, experiências e opiniões dos entrevistados, permitindo uma compreensão aprofundada dos objetivos da pesquisa. O capítulo está dividido em três seções, correspondentes às questões do guião da entrevista. Inicia-se com a disposição dos diretores dos serviços respondentes em grupos distintos, seguido pela análise dos fatores potenciadores e impacto do uso da informação contabilística e financeira para apoio à tomada de decisão, considerando a sua aplicabilidade e funções inerentes enquanto instrumento de apoio à gestão. Por último, a análise da satisfação dos médicos diretores enquanto utilizadores do sistema de informação apresentado durante a entrevista.

A análise revelou que as opiniões são diversificadas, mas, no geral, sobressai a ideia de que a maioria dos diretores de serviço no SESARAM não utiliza ativamente a informação contabilística e financeira na gestão dos seus serviços, levando-nos a agrupar estes profissionais em 3 grupos distintos:

Grupo 1 – Não recebe informação contabilística e financeira (E3, E4 - 2 médicos diretores);

Grupo 2 – Recebe informação, mas não a utiliza (E1, E2, E6, E7, E8 - 5 médicos diretores);

Grupo 3 – Recebe e utiliza a informação (E5, E9, E10, E11, E12, E13 - 6 médicos diretores):

- a) como forma de gerar algum conhecimento adicional, a título de curiosidade, mas não como instrumento de apoio à gestão (4 médicos diretores);

- b) este grupo restrito olha para a informação com sentido crítico, sentindo necessidade de dados mais detalhados (E11, E13 - 2 médicos diretores).

Da análise aos registos codificados e categorizados por temas ou subcategorias, salientaram-se alguns aspetos, os quais serão explorados em pormenor, de seguida.

4.1.1. Fatores potenciadores do uso da informação

De entre os variados fatores que condicionam o uso da informação contabilística e financeira pelos diretores de serviço, destacamos na figura 6 aqueles que se revelaram com maior frequência.



Figura 6 - Fatores que condicionam o uso da informação contabilística e financeira

Acesso à informação: O primeiro grupo, representado por 2 médicos diretores (E3 e E4) refere nunca ter recebido qualquer tipo de informação contabilística e financeira, não tendo sido possível apurar o motivo desta realidade. Todavia, E4 salientou que, em tempos, houve um período em que era prática comum da instituição a divulgação de indicadores e relatórios aos diretores de serviço, fazendo com que os profissionais se sentissem mais comprometidos e envolvidos na gestão, conforme citado:

“Que me dão a informação diretamente, não dão. Só nos deram naquela altura em que estive a Dra. Laurinda Batista¹. Só nessa altura é que realmente houve

¹ Laurinda Batista, nome fictício por motivos de confidencialidade, consultora designada, para desenvolver um controlo financeiro, de forma que cada um soubesse quanto é que o seu serviço gastava, qual era a produtividade do seu serviço e qual era a sua capacidade instalada.

uma melhoria da relação entre os diretores de serviço e o serviço de, e a gestão. Antes não houve nada e depois disso morreu, praticamente”. “Nessa altura tive muito interesse e achei que teve muito impacto e ainda hoje falo nisso” (E4).

Alguns dos médicos que recebem informação também mencionaram o envolvimento dos diretores com as informações financeiras de gestão, o qual referem ter sido positivo, durante o período em que a Dra. Laurinda Batista atuou como assessora do Conselho de Administração em exercício na época, tal como relatado pelos entrevistados E9 e E12:

“... não sei precisar de quanto a quanto (...), tivemos reuniões orçamentais mensais e discutíamos, todos os serviços, sobre a sua gestão orçamental e como estavam a correr as coisas. Isso foi um período que eu considerarei muito positivo, muito interessante (...) sabíamos o que fazíamos, onde é que podíamos estar a falhar, onde é que podíamos melhorar, onde é que podíamos fazer isto. Tudo isto, todos esses parâmetros eram analisados, com um rigor bastante forte, e acabou” (E12).

“É por isso que a Dra. Laurinda Batista nesse aspeto, tinha isto controlado. Embora muita gente não gostasse, eu aprendi, porque acho que nós devemos saber, o que é que, quem está à frente do serviço, e a coordenar, e mesmo a dirigir um serviço, deve saber o que é que o seu serviço produz e além disso também saber o que é que gasta, os gastos e se é possível, como é que eu lhe posso dizer, se é possível tentar melhorar essa produtividade para que se possa, para que se possa levar isto a bom porto, ao fim ao cabo” (E9).

Por outro lado, mesmo tendo acesso a informação financeira, uma das principais dificuldades apontadas pelos médicos diretores diz respeito à falta de credibilidade dos dados. *“A informação que recebo está incorreta, por isso não ligo”,* ou *“os números são confusos”,* afirmou o entrevistado E1.

As informações financeiras recebidas são essencialmente relacionadas a recursos humanos, consumo de materiais e dados de produção do serviço.

Há alguma confusão quanto à periodicidade exata, indicando falta de clareza, conforme descrito por alguns entrevistados:

“Ou seja, todos os anos, mais ou menos, costuma ser em abril/maio, este ano até foi um pouco mais tarde devido ao ataque informático. Mas sim, eu recebo todos

os anos, entre maio-junho. (...) são umas meras folhas de Excel, onde tem lá os gastos que a gente tem" (E1).

"Sim, relacionada sobretudo com a produção e os custos inerentes aos consumos. (...) habitualmente por trimestre ou semestre, (aparentando alguma confusão) embora a valorização seja, sobretudo, no fim do ano, mas recebemos, habitualmente recebemos, devemos receber por trimestre, mas habitualmente valorizamos só no fim do ano" (E2).

"Sim, vou recebendo os relatórios trimestrais" (E5).

"... penso que é anualmente ou semestralmente, ou é trimestral, não tenho a certeza... sim, eles mandam anualmente, nós recebemos sempre um email com os exames que são feitos e depois tem lá umas contas, o valor dos exames. Ou seja, não sei se é mesmo a contabilidade em si. Recebemos todos os anos um documento, depois posso lhe mostrar, não sei se é isso" (E7).

"...vem normalmente uma vez por ano..." (E8).

"Eu sei que eles de vez em quando mandam, mas, periodicidade, não sei. Com que periodicidade, não sei" (E9).

"Nós normalmente temos informações que nos chegam do ponto de vista semestral" (E10).

Quando questionados sobre o uso da informação, os entrevistados indicaram, na sua maioria, que utilizam as informações, mas apenas como complemento para conhecimento geral, sem que essas informações sirvam como apoio à tomada de decisão (4 médicos). Para os entrevistados 5 e 10 (E5 e E10), os mesmos referiram que sem um orçamento para gerir, os relatórios trimestrais servem apenas para reflexão, mas não são úteis para a gestão ativa do serviço. A informação contabilística é vista como desnecessária para a rotina clínica, sobretudo quando os diretores não têm autonomia financeira.

"Não tem influência direta uma vez que nós não temos um orçamento para gerir. Portanto, seria diferente se me dissessem: tem X para gastar este ano e eu teria que gerir esse dinheiro. Não sendo assim, só me serve para reflexão. Há coisas ali que me chamam a atenção e que tenho de perceber porque é que acontecem. Portanto, aquele relatório é meramente informativo e de reflexão. É

assim, eu volto outra vez ao mesmo. Eu não tendo um orçamento para gerir, pouco me serve. Porque podem me dar as informações, por exemplo, há coisas ali de refletir, por exemplo: porque é que os atos médicos não são contabilizados e não estão a ser contabilizados (...). “... Não posso aceitar que venha um relatório que diz que os atos médicos foram o (zero), quando nós fazemos tanta coisa. Portanto, há dados que não estão a ser trabalhados como deve ser” (E5).

“É assim, (...) é uma área muito complicada e muito dispendiosa. Toda a medicação que (...) é preciso utilizar, utilizamos. Isso cá ninguém, não se vai fazer redução. O que se pode reduzir, é em quê? E depois isso também, geralmente quem faz essa gestão é a enfermeira. As luvas, as roupas, os consumíveis é tudo os enfermeiros. Agora, em termos de, do que é que eu faço com isso, fico com uma ideia do que, como é que o serviço, o que é que fico, sinto o pulsar do serviço, não é, o que é que fico, mas não, não é para reduzir as coisas. Em princípio, é ficar com a ideia do que é que passa e o que é que se gasta, afinal de contas, isto é tudo gasto” (E9).

Uma minoria (2 médicos) destacou a falta de informações mais detalhadas, especialmente sobre dados de produção e gastos por atividade e por paciente, como mencionado:

“(...) qualquer projeto que eu queira fazer para o serviço, eu tenho de ter os custos. Tenho de ter os dados todos e têm de estar discriminados (...) mas eu gostava de saber o número de doentes que fazem tratamentos, os tratamentos que fazem, gostava de ter isso tudo discriminado e os custos, para depois perceber, de um ano para o outro, o que é que nós tivemos mais, ou menos” (E11).

Características da informação: Alguns entrevistados consideram a falta de informação atualizada como motivos de desinteresse, destacando-se algumas citações:

“Ficar um ano à espera de ver o que está a acontecer é demasiado” (E5).

“...nem sempre aquilo que temos é-nos dado em tempo útil. Eu, quando tenho dados, nomeadamente, referentes à nossa produção, e muitas vezes em relação a 1 ano, eu não consigo ter antes do fim do primeiro trimestre do ano seguinte” (E10).

Para alguns médicos, os relatórios financeiros não refletem a realidade dos gastos com o pessoal e consumos dos seus serviços devido à falta de precisão e clareza nos dados apresentados:

“essas contas, em termos de gastos com o pessoal, não são bem feitas, porque há pessoal nosso e há pessoal que está de passagem que não entra para as nossas contas. Depois, há muito material e muitos consumos de dispositivos e de consumíveis médicos que, apesar de serem consumidos no serviço, não estão alocados ao serviço (...) ou seja, as nossas contas, no final de tudo, não são reais” (E1).

“Eu não consigo discriminar o que é que o meu serviço está a gastar... porque vem tudo junto com o serviço X” (E11).

A maioria dos entrevistados revela que a precisão dos dados é fundamental para garantir interpretações corretas. A informação deve ser fidedigna para ser considerada útil, caso contrário, não vale a pena recebê-la, conforme citado por (E6):

“A informação para ser utilizada teria de ter dados fidedignos”.

Cultura organizacional: um dos entrevistados destacou a importância de uma comunicação mais eficaz e a necessidade de integrar dados financeiros e clínicos num sistema dinâmico que permita melhorar a gestão:

“O nosso hospital precisa de se sentar, falar e conversarmos, principalmente” (E1). Esta afirmação reflete a dificuldade enfrentada em ambientes onde a fragmentação da informação impede uma utilização consistente e eficaz dos dados. A falta de coordenação entre departamentos ou a ausência de um sistema integrado de dados pode gerar confusão e dificultar a criação de uma cultura organizacional que valorize o uso da informação.

Por outro lado, a resistência inicial ao uso de informação pode ser superada em contextos onde exista um esforço coletivo para promover a aprendizagem e valorizar o trabalho dos profissionais. Um entrevistado afirmou:

“Provavelmente algumas pessoas não aceitavam bem, mas depois com o tempo vão entrando e vão aceitando... mas a aprendizagem é excelente para valorizar o nosso trabalho. Sentimos que o trabalho era valorizado” (E4).

Esta valorização contribui para a motivação e o envolvimento dos profissionais, demonstrando que a cultura organizacional, quando bem orientada, pode transformar o uso de dados contábilísticos e financeiros numa ferramenta indispensável para a melhoria contínua.

No entanto, a ausência de incentivos e a falta de responsabilização são barreiras significativas para a implementação de uma gestão baseada em informação. Tal como descrito por um dos entrevistados:

"... se não existem consequências... as pessoas continuam a fazer as coisas. Portanto, quando não existem consequências... as coisas continuam ... há falta de responsabilização" (E2).

Este cenário é agravado quando não existem mecanismos que reconheçam ou recompensem o esforço dos profissionais. Conforme indicado:

"Continuamos a premiar aqueles que não produziram... Mas qual o entusiasmo que estamos a dar àqueles que produzem mais? Que prémio têm os serviços que cumprem?" (E10).

Estas questões destacam a necessidade de uma cultura organizacional que não só integre a informação contabilística, mas também crie incentivos claros para o desempenho e para a utilização eficiente dos recursos.

Orešković e Benković (2024), ao analisar o sistema de saúde da Croácia, identificam a ausência de responsabilidade pelo sucesso ou fracasso, evidenciada pela inexistência de incentivos como bónus financeiros ou formação adicional. Este problema é semelhante ao identificado no HNM, onde o reconhecimento do desempenho é insuficiente, gerando desmotivação entre os profissionais.

Literacia financeira dos médicos diretores: a dificuldade na interpretação da informação é um fator que impede o seu uso, ou seja, a falta de literacia financeira é algo que compromete a "leitura" dos dados. A maioria dos médicos diretores sente-se "perdida" ao tentar interpretar os dados financeiros fornecidos.

O Entrevistado 5 (E5) refere que, sem formação específica ou acompanhamento adequado, é difícil entender os detalhes dos relatórios. Autores como Miranda et al., (2007), referem que não se pode esperar que os profissionais de saúde sejam capazes de desempenhar as funções de Organização e Gestão de forma adequada, mesmo após

completarem uma formação adicional em gestão, pois falta-lhes a experiência prática necessária para aplicar esses conhecimentos de maneira eficaz.

Na realidade, a maioria dos entrevistados referiu a falta de suporte de gestão, sugerindo o apoio de um gestor que pudesse ajudar a interpretar os dados e a tomar medidas corretivas mais rapidamente, conforme citado por E1, E2 e E11:

“O SESARAM devia de ter um gestor próprio para gerir 3 ou 4 serviços, que me desse assistência em termos de gestão e de gestão de recursos financeiros a cada serviço e que pudesse o acompanhar muito mais facilmente, não só uma vez por ano, receber uma folhinha de Excel, mas sim de mês a mês ou de 2 em 2 meses, termos alguém que nos mostrasse: olhe, atenção que os nossos custos estão a ir desta forma, porque é que estão a aumentar. Estamos a produzir mais? Ok, então é por isso que os custos estão a aumentar. Não será melhor pensar noutra estratégia ou o que é que podemos fazer para que isto fique melhor? Às tantas é preciso cabimentar melhor o material. É preciso cabimentar melhor no final do ano. E as cirurgias? se estamos a operar mais, também vamos gastar mais. É preciso percebermos isso tudo. Isso hoje em dia não é feito” (E1).

“Há uma série de dados que não percebemos (...) os diretores não têm formação nessa área” (E2).

Em vez de obterem formação formalmente, Jacobs (2004) argumenta que a literacia financeira dos médicos pode ser melhorada, maioritariamente, fazendo, ou em colaboração com outros médicos mais experientes (Begkos, 2016) bem como com o apoio de profissionais da área da gestão, conforme citado:

“... eu sou um alto defensor de que as direções de serviço deviam ter apoio do gestor hospitalar, apoio direto à direção do serviço. Porquê? Porque não é possível, não é possível hoje em dia, com a complexidade de funções, a limitação de profissionais e a quantidade de funções que estão afetos a todos os profissionais, mediante o seu horário de trabalho e o direito que a lei lhes pressupõe em termos das folgas pela complexidade dos serviços de urgência, ter disponibilidade para abarcar isto tudo (...) além de que, mesmo com os cursos de gestão, nós não temos a capacidade total de poder abarcar questões que são muito de gestão. E, portanto, um gestor de apoio às direções de serviço, que não

necessariamente teria de ser um gestor para cada direção, mas um gestor que fosse transversal a dois ou três serviços, eu encararia como uma forma belíssima de poder gerir os serviços de uma forma muito mais equilibrada” (E10).

“Se tivéssemos um gestor connosco, nós percebíamos onde é que estamos a ir mal e, acima de tudo, para onde é que nós queremos ir” (E11).

Proximidade à Administração e aos Serviços de Apoio à Gestão: As opiniões dos entrevistados revelam que a relação entre os médicos diretores com os serviços de apoio à gestão, desempenha um papel central na eficácia organizacional em hospitais públicos. Por exemplo, o testemunho de E9 reflete a ausência de uma relação de proximidade com os serviços que fornecem informações, evidenciando uma barreira à eficácia da gestão. *“Não existe nenhum feedback nem relação de proximidade, nem com os outros diretores, nem com o serviço que fornece a informação”.*

Por outro lado, o relato de E3 ilustra como a interação com os serviços de apoio pode influenciar diretamente as decisões operacionais, como a cobrança de serviços de saúde prestados, destacando a relevância do alinhamento entre a gestão e a atividade clínica:

“E então, a partir daí, conversei com eles, comecei a perceber as coisas. Percebi que, aquele doente, para que seja cobrada a permanência do doente aqui, eu tinha de passar a internar o doente, em regime de internamento, porque senão não era cobrada a diária (E3)”.

E4, por sua vez, reconhece que a descontinuidade na comunicação prejudica a valorização do trabalho, sublinhando a necessidade de reforçar os laços entre diretores e serviços de apoio à gestão tal como relatado por outro entrevistado com uma opinião idêntica:

“...vou dizer-lhe uma coisa, eu acho que podíamos registar melhor. Mas também, sabe uma coisa? Eu acho que há pouca interação entre as pessoas que trabalham connosco. Por exemplo, os GDH. Não há comunicação com o pessoal que trabalha com o GDH e a direção do serviço. Já tentei me aproximar, mas é difícil porque quem está à frente ou não está ou tá ou não sei o quê. Devia haver mais comunicação entre a direção do serviço e quem está à frente do GDH e o diretor do serviço devia estar à frente do serviço em relação a isso e estar por dentro da informação (...) porque imagine, agora... Eu tenho internamentos e no

meu internamento (...), se eu não tiver aquela produção que eu estou à espera, tenho de ir ver o que é que se passa. Tenho de ir ver se os meus colegas estão a registar bem ou se não estão a registar, se os diagnósticos, como é que é, como é que não é, mas não, não temos formação em relação a isso. Portanto, eu acho que devia haver mais formação, sobretudo, esta formação devia incidir mais na direção do serviço, do diretor de serviço, porque o diretor do serviço é que é o responsável e, no fundo, é quem faz a gestão do serviço, mas, também, se não lhe são dadas ferramentas para o fazer, tem de andar à procura das coisas. Essa foi uma das coisas que eu tentei andar atrás (GDH), mas depois, sabe uma coisa? Este serviço é tão clínico, tem tanto trabalho, tanta... tantos doentes, que a prioridade é cuidar deles. Mas, isto é uma coisa que se pode melhorar. Melhorar, mesmo!” (E11).

Nível de detalhe da informação: O nível de detalhe da informação deve estar alinhado às necessidades específicas dos médicos diretores. Informações muito detalhadas podem ser extenuantes e difíceis de interpretar, enquanto informações demasiado sumarizadas podem não fornecer os dados necessários para decisões precisas. Um equilíbrio adequado ajuda os diretores a focarem nos indicadores mais relevantes sem perder de vista os pormenores críticos. A este respeito, há uma sensação de que os relatórios são pouco detalhados, tornando-os difíceis de usar para uma gestão eficaz, tal como afirmam alguns entrevistados que habitualmente recebem informação:

“Há aqui uma série de coisas que, em saúde preciso de detalhar mais. Além disso, o que me mostrou aqui da evolução das consultas é apenas uma área do meu serviço, eu precisava de ter mais e depois há aqui uma série de dados que é preciso saber mais, pensar noutras coisas, acho que são poucos indicadores... (E1)”.

ou,

“para ter uma ideia de como é que o meu serviço funciona, precisaria de mais pormenores” (E5).

e

“A informação apresentada, os indicadores escolhidos, acho que são os adequados, mas eu queria ver mais dados. Precisava de informação mais detalhada” (E11).

Em contrapartida, houve um médico diretor que entende que não é necessário mais informação do que aquela que recebe, referindo:

"Acho que é suficiente" (E8).

4.1.2. Influências do uso da informação

Os médicos diretores do SESARAM, na sua globalidade, revelaram algumas potencialidades do uso da informação contábilística e financeira para a gestão, referindo as consequências para os profissionais, para a organização e também para os doentes, conforme se ilustra na figura 7.



Figura 7 - Influências do uso da informação contábilística e financeira

Motivação: A análise das entrevistas realizadas evidencia que a motivação dos profissionais está diretamente relacionada com o acesso e a compreensão da informação contábilística e financeira. Os entrevistados referem que se sentem mais estimulados quando são ouvidos, quando as suas dificuldades são reconhecidas e quando dispõem de informação clara e relevante para apoiar a sua atuação profissional.

A falta de organização e de acesso adequado a informação contábilística surge como um fator desmotivador. Como referido por um dos entrevistados:

"Olhe aqui. Isto está tudo junto. É impossível fazer seja lá o que for, aliás isto é também desmotivante (...) desculpe as minhas lamentações. Isto é um bocadinho a minha frustração porque eu quero fazer coisas, mas depois não tenho como fazer. Eu gostava

de ser um diretor muito mais ativo. Eu gostava de ter o domínio. Eu gostava exatamente de saber o que se passa no meu serviço, a nível financeiro" (E11).

Adicionalmente, os profissionais demonstram sentir-se mais valorizados quando têm participação na gestão e são chamados a contribuir com a sua experiência. A mudança na gestão e a falta de envolvimento ativo são mencionadas como fatores que reduzem a motivação:

"Na altura em que estive a Dra. Laurinda Batista sentia que o trabalho era valorizado. Depois dessa altura, o diretor é só de nome e é chamado para poucas coisas" (E4).

A disponibilidade de informação atualizada e relevante surge também como um fator essencial para a motivação dos profissionais, uma vez que influencia diretamente a sua capacidade de refletir e tomar decisões. Como destaca um dos entrevistados, o acesso a dados relevantes permite uma análise mais aprofundada dos problemas e possíveis soluções: *"estas coisas todas vêm ajudar-nos a pensar sobre os problemas e como é que se deve dar a volta". (E9).*

Redução de gastos: Há um consenso generalizado de que a informação financeira poderia ter um impacto positivo na redução dos gastos dos serviços, se fosse mais detalhada, atualizada e clara. O Entrevistado 3 (E3) sugere que, com dados mais precisos, seria possível identificar desperdícios e melhorar a eficiência, enquanto o Entrevistado 7 (E7) refere que ter uma visão clara dos custos ajudaria a sensibilizar a equipa para a importância de uma gestão cuidadosa dos recursos, conforme citado:

"Se os diretores de serviço tivessem conhecimento de dados exatos, poderiam dar um contributo para uma melhor gestão evitando alguns desperdícios e facilitismos mais frequentes nos hospitais públicos, ao contrário dos privados onde as coisas são muito mais retidas e muito mais controladas. Se calhar não teremos a pretensão de chegar a esse nível, mas acho que a gente podia melhorar muita coisa que é feita um bocado ao despesismo" (E3).

Mesmo não tendo informação sobre os gastos do serviço, há a ideia de que a informação poderá contribuir para uma gestão mais eficaz e conseqüentemente, para a redução dos custos: *"... porque se eu tivesse estes dados que me apresenta em relação ao meu serviço, eu poderia tomar alguma medida" (E11).*

“Eu acho que talvez teria algum interesse nós termos uma noção de uma coisa que é, qual é o volume de entrada, portanto, o que é que o hospital recebe pelo meu serviço, em termos de contabilidade e talvez ter uma noção do que é que se gasta, sei lá, o valor total, nem que fosse. Porque se calhar, não sei se será possível, mas se, imagine, chegarmos à conclusão de que há um consumo exagerado, será que nós não poderemos fazer alguma coisa no nosso dia a dia para reduzir esse consumo? Mas se eu não sei, também não tenho como controlar. Será que os gastos são aqueles que seria suposto gastar? Pelo menos esta informação. Uma informação do que é que é a entrada e uma informação se aquilo que está a ser gasto, é o expectável ou não, já que obviamente que este não é um serviço lucrativo, digamos assim, mas que, se calhar, se houvesse um pouco a noção ou a informação daquilo que é suposto, imaginemos, estou a falar de cor, mas imaginemos que era expectável o meu serviço gastar X mas está a gastar Y, a mais ou a menos, porquê? Um bocadinho esta informação. Eu acho que poderia ser útil para o dia a dia, não tanto para a área clínica, mas penso que há coisas que se podiam, pelo menos tentar melhorar” (E3).

Melhor prestação de cuidados: Um dos entrevistados ilustrou a relevância da informação financeira ao descrever como a análise de dados foi crucial para tomar uma decisão estratégica, de acordo com o descrito:

“No outro dia precisei de saber o número de doentes do Porto Santo que vinham até aqui, para analisar se valia a pena nós irmos ao Porto Santo.” (E11)

Neste caso, o acesso a dados específicos sobre o número de pacientes permitiu avaliar a viabilidade de deslocar serviços ao invés de manter os pacientes em deslocações frequentes, ponderando os custos associados e os benefícios para os cuidados prestados. Este tipo de análise permite não apenas a redução de custos, mas também a melhoria da acessibilidade e da experiência do paciente.

Conhecimento e reflexão: A informação, por si só, é vista como um elemento fundamental para enriquecer o conhecimento, fomentar a reflexão crítica e estimular a análise aprofundada dos contextos em que os profissionais atuam. Alguns entrevistados destacaram que, mesmo que a informação contabilística e financeira não tenha aplicação direta e imediata na tomada de decisões informadas, ela é sempre considerada um recurso valioso. (E10) por exemplo, referiu que, a simples disponibilidade de dados pode levar a descobertas e reflexões que, embora não resultem em ações imediatas, têm um impacto positivo a longo prazo na gestão e na qualidade dos serviços prestados.

Orientação: As entrevistas analisadas evidenciam que a forma como os dados são recolhidos, analisados e utilizados pode influenciar diretamente a capacidade de orientar recursos e processos de forma eficiente, tendo em conta as particularidades de cada serviço.

Um dos aspetos mais destacados pelos entrevistados é a disparidade entre os serviços no que diz respeito à gestão de recursos. Serviços como o Bloco Operatório e a Urgência, pela sua natureza imprevisível e pela elevada variabilidade dos casos clínicos que atendem, enfrentam desafios significativos na gestão de custos. A orientação nesses contextos depende de uma análise rigorosa da informação para identificar padrões, prever necessidades e tomar decisões que minimizem desperdícios, mesmo diante da incerteza. Por exemplo, o acompanhamento detalhado de dados sobre consumos de materiais, ocupação de camas ou tempo de resposta permite aos médicos diretores tomar decisões mais fundamentadas, garantindo um equilíbrio entre eficiência e qualidade do atendimento.

Por outro lado, serviços mais pequenos, como o do entrevistado 7 (E7), têm maior previsibilidade nos consumos, o que facilita o controlo dos recursos. Neste caso, o uso da informação permite uma orientação mais precisa, com foco na otimização de recursos e na implementação de boas práticas.

Corresponsabilização: Como mencionado nas entrevistas, a ausência de consequências é um dos principais fatores que dificultam a corresponsabilização (E2). Devem existir consequências claras – positivas e negativas – para as decisões e ações realizadas por cada profissional ou equipa. Isto inclui desde reconhecer e recompensar boas práticas até implementar medidas corretivas em casos de má gestão ou negligência.

Por outro lado, como destacado pelo entrevistado E10, a gestão de um serviço de saúde ultrapassa a mera análise de dados clínicos e financeiros. A utilização adequada da informação permite não só um controlo rigoroso sobre os custos e os recursos, mas também a criação de um ambiente que responsabiliza todos os intervenientes pelos resultados alcançados. E10 refere que é importante reforçar que a corresponsabilização não se limita a um processo punitivo, mas deve ser vista como uma oportunidade para envolver todos os profissionais no cumprimento dos objetivos da instituição. A disponibilização de dados relevantes e acessíveis, juntamente com uma comunicação eficaz sobre o impacto das decisões tomadas, pode contribuir para a construção de um compromisso coletivo com a qualidade e a sustentabilidade do serviço de saúde.

4.1.3. Satisfação dos médicos diretores quanto à utilização da vinheta

Com base nos dados apresentados na tabela 4, provenientes do inquérito realizado a 13 médicos diretores para estimar a satisfação, enquanto utilizadores finais da vinheta apresentada durante a entrevista, os resultados são analisados e interpretados para cada uma das dimensões. No entanto, a tabela reflete apenas 12 respostas, uma vez que uma das gravações foi extraviada, impossibilitando a inclusão desse inquérito na análise quantitativa:

Tabela 4 – Avaliação das dimensões segundo o modelo de Doll e Torkzadeh, 1988

Dimensões	Afirmações	Discordo Fortemente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Fortemente	Resultado
Conteúdo	O conteúdo das informações fornecidas satisfaz as minhas necessidades.	0	25%	17%	58%	0	58%
Precisão	A exactidão e fiabilidade das informações são satisfatórias.	0	25%	33%	33%	8%	41%
Formato	As informações são apresentadas num formato útil, claro e fácil de compreender.	0	8%	17%	50%	25%	75%
Facilidade de uso	O sistema de informação é fácil de usar.	0	17%	8%	58%	17%	75%
Atualidade	O sistema fornece informações atualizadas e de forma atempada.	0	33%	33%	33%	0	33%

A avaliação do sistema de informação revela pontos fortes significativos e áreas de melhoria que podem impulsionar ainda mais a satisfação dos utilizadores.

A dimensão "**Conteúdo**" avalia a satisfação com as informações fornecidas em termos de utilidade para as necessidades dos utilizadores. A avaliação foi predominantemente positiva, com 58% dos entrevistados a concordarem que a informação satisfaz as suas necessidades. Além disso, 17% mantiveram-se neutros, enquanto 25% manifestaram discordância. Estes resultados indicam que a maioria dos utilizadores reconhece a utilidade do conteúdo, mas também sugerem a necessidade de possíveis ajustes para alinhar melhor a informação com as expectativas específicas dos médicos diretores.

A dimensão "**Precisão**" avalia a exatidão e fiabilidade das informações fornecidas. Os resultados mostram que 41% dos participantes concordam com a exatidão e fiabilidade da informação, enquanto 33% permanecem neutros. No entanto, 25% dos inquiridos discordam, o que indica que, embora uma parcela significativa reconheça a qualidade da informação, ainda existe espaço para melhorias que reforcem a confiança dos utilizadores e consolidem a fiabilidade do sistema.

O "**Formato**" refere-se à clareza e utilidade do modo como as informações são apresentadas. Esta dimensão foi bem avaliada, com 75% dos entrevistados a expressarem satisfação, incluindo 25% que concordam fortemente. Apenas 8% discordam, e 17%

mantêm-se neutros. Estes resultados indicam que a clareza e organização da apresentação da informação são pontos fortes do sistema, representando um aspecto a manter e reforçar para otimizar ainda mais a experiência do utilizador.

A “**Facilidade de Uso**” mede o quão fácil é para os utilizadores interagirem com o sistema de informação. 75% dos participantes indicam que o sistema é fácil de utilizar, com 17% a expressarem forte concordância. Apenas 17% demonstraram discordância, enquanto 8% mantiveram-se neutros. Estes números refletem uma avaliação geralmente positiva da usabilidade, mas sugerem que pequenas melhorias podem ser implementadas para garantir que o sistema seja intuitivo para todos os utilizadores.

A dimensão “**Atualidade**” avalia se as informações são atualizadas e fornecidas em tempo útil. Os resultados mostram um equilíbrio entre opiniões: 33% dos participantes concordam que as informações são atualizadas e fornecidas de forma atempada, enquanto 33% permanecem neutros e 33% discordam. Este resultado evidencia uma divisão entre os utilizadores, indicando que, para uma parte dos entrevistados, a atualização da informação pode não estar a corresponder totalmente às expectativas, tornando-se assim um aspecto a ser trabalhado para melhorar a perceção geral do sistema.

No geral, os resultados demonstram que o sistema já possui diversas qualidades bem reconhecidas pelos utilizadores. A disponibilização de gráficos e quadros com dados de desempenho gerou interesse e comparação entre os serviços, fomentando uma "competição saudável", e a qualidade da informação despertou a curiosidade e a necessidade de dados mais específicos e mais detalhados. Para além disso, os resultados revelam um potencial significativo para evolução e refinamento, permitindo identificar áreas específicas onde melhorias direcionadas podem elevar ainda mais a satisfação global, garantindo que o sistema continue a responder eficazmente às necessidades dos médicos diretores.

Capítulo 5

5. Conclusões, limitações e investigação futura

5.1. Conclusões e contribuições do estudo

5.1.1. Conclusões

A literatura destaca que os diretores desempenham um papel crucial na gestão hospitalar, sendo responsáveis por otimizar recursos, monitorizar custos e promover a qualidade dos cuidados. No entanto, o sucesso dessa função não depende apenas da formação técnica, mas também da experiência prática, dos valores éticos e da capacidade de integrar diferentes culturas organizacionais. Como gestores híbridos, os médicos diretores devem equilibrar as exigências clínicas e administrativas para garantir que as organizações de saúde alcancem os seus objetivos estratégicos de forma eficiente e centrada no doente (Naranjo e Hartmann, 2007; Sartirana, 2019; Duffield et al., 2019 e Begkos e Antonopoulou, 2022). Porém, os resultados deste estudo evidenciam que, no caso do HNM, a informação financeira e contabilística é pouco utilizada na gestão dos serviços clínicos, reforçando a necessidade de um alinhamento mais estratégico entre as dimensões administrativa e assistencial.

A natureza da informação disponibilizada aos médicos diretores de serviço é essencialmente financeira, com especial incidência nos gastos, incluindo recursos humanos, consumo de materiais e medicamentos, bem como na produção de cada serviço. Os resultados do estudo atestam que essa informação é dirigida aos diretores via e-mail, embora exista alguma confusão quanto à periodicidade do seu recebimento, se trimestral, semestral ou anual. Além disso, no caso do HNM, verificou-se que, no geral, os médicos diretores não utilizam a informação contabilística e financeira na gestão dos serviços clínicos, o que reforça a necessidade de ajustes na sua disponibilização e aplicabilidade.

Os entrevistados sublinharam que informações financeiras mais detalhadas e específicas, como dados segmentados por atividades ou por paciente, são indispensáveis para otimizar a avaliação da rentabilidade e o planeamento estratégico. A ausência dessas informações tem contribuído para uma tomada de decisão pouco fundamentada e para frustrações recorrentes entre os diretores de serviço, que enfrentam dificuldades em alinhar a gestão operacional com os objetivos financeiros. Paralelamente, foi

destacada a falta de interação entre equipes como um fator que compromete o desempenho e a eficiência dos serviços. A inexistência de uma cultura de comunicação eficaz entre os setores clínico e administrativo reforça o desuso da informação contábilística e financeira, deixando-a frequentemente subvalorizada na prática de gestão.

Nesse sentido, a presença de um *business partner* surge como uma solução viável para colmatar a lacuna de literacia financeira entre os gestores. Ao atuar como um facilitador na interpretação dos dados financeiros, este profissional permite uma análise mais clara e objetiva da informação disponível, promovendo uma tomada de decisão mais fundamentada e ágil. Além disso, o *business partner* pode contribuir para um diálogo mais eficiente entre as equipes clínica e administrativa, incentivando uma cultura de colaboração que favoreça a integração da informação contábilística e financeira na gestão estratégica dos serviços."

Outro ponto crítico refere-se à crescente complexidade das funções administrativas no sistema de saúde. Muitos diretores manifestaram a necessidade de gestores de apoio, capazes de lidar com a carga burocrática e de tornar mais acessível a informação financeira relevante. Sugestões como a implementação de modelos financeiros mais autônomos para os serviços, associados a sistemas de incentivos, foram recorrentes. Essa autonomia permitiria que os diretores usassem informações financeiras de forma mais estratégica e menos burocrática. Paralelamente, foi proposta a capacitação dos diretores no uso de dados financeiros para reforçar a sua importância na gestão diária.

O modelo de gestão atual foi amplamente criticado pela sua rigidez e pela falta de adaptação às necessidades específicas dos serviços. Embora alguns entrevistados considerem funcional o formato das informações atualmente disponibilizadas, a sua utilidade prática é limitada devido à falta de atualização e personalização dos dados. Este cenário contribui para o afastamento dos diretores em relação ao uso dessas informações na tomada de decisões. A implementação de sistemas mais dinâmicos, que integrem dados financeiros e clínicos de forma precisa, foi indicada como uma prioridade para reverter essa situação e promover uma gestão mais integrada e baseada em dados.

Adicionalmente, sugeriu-se que o sistema público deveria adotar práticas mais rigorosas e controladas, inspiradas em hospitais privados, para garantir maior eficiência e minimizar desperdícios. A personalização das informações financeiras de acordo com as características específicas de cada serviço foi apontada como essencial para aumentar a relevância e a aplicabilidade dos dados contábilísticos. Melhorias na comunicação entre

os diretores e a gestão central também foram indicadas como passos fundamentais para valorizar o trabalho das equipas e promover uma gestão mais colaborativa e eficaz.

No que diz respeito à avaliação da vinheta apresentada, que incluía diversos indicadores e cenários para reflexão, destacam-se aspetos positivos e áreas de melhoria que merecem atenção. Entre os pontos fortes, o formato das informações e a facilidade de uso foram os aspetos mais valorizados pelos utilizadores, evidenciando um elevado número de respostas positivas. No entanto, surgem também algumas áreas críticas, nomeadamente a atualidade e a precisão das informações disponibilizadas, que apresentaram uma maior proporção de respostas neutras ou negativas. Esses resultados indicam que os utilizadores percebem limitações importantes nas informações, especialmente no que diz respeito à sua relevância e confiabilidade, sugerindo a necessidade de melhorias para garantir que os dados sejam mais atualizados, precisos e adequados às suas necessidades.

5.1.2. Contribuições do estudo

Este estudo permitiu identificar e compreender a utilização da informação contabilística e financeira pelos médicos diretores do HNM, trazendo contributos relevantes tanto para a literatura académica como para a prática da gestão hospitalar.

A nível teórico, esta investigação evidencia que a disponibilização de informação contabilística e financeira aos médicos diretores não garante, por si só, a sua utilização no processo de tomada de decisão. O estudo identifica um conjunto de fatores que influenciam essa utilização, tais como o acesso à informação, as características da informação fornecida, a literacia financeira dos médicos, a proximidade com a administração e aos serviços de apoio à gestão, a cultura organizacional e o nível de detalhe dos dados apresentados.

Além disso, as evidências recolhidas demonstram que a utilização da informação contabilística pelos médicos diretores tem diferentes influências, nomeadamente ao nível da motivação, conhecimento e reflexão, da redução da despesa, da melhoria da prestação de cuidados, da orientação na gestão clínica e da corresponsabilização dos médicos na eficiência dos serviços de saúde. Estas descobertas reforçam a importância de um modelo de gestão hospitalar mais integrado, onde a informação financeira desempenha um papel estratégico na otimização dos recursos e na tomada de decisões clínicas mais sustentáveis.

Deste modo, este trabalho contribui para o aprofundamento do conhecimento sobre o papel da contabilidade na gestão hospitalar e para o debate sobre a necessidade de maior interação entre os profissionais de saúde e os sistemas de informação financeira. A

identificação dos fatores e influências associadas ao uso da informação contabilística pelos médicos diretores pode servir de base para futuras investigações e para o desenvolvimento de novos modelos de gestão hospitalar baseados em evidência financeira.

Em termos práticos, o estudo apresenta implicações diretas para a gestão hospitalar, sugerindo estratégias para aumentar a utilização da informação contabilística na tomada de decisão pelos médicos diretores. Os resultados indicam que a melhoria do acesso à informação, o aperfeiçoamento da sua qualidade e relevância, bem como o apoio de *business partners*, podem potenciar uma gestão mais eficiente dos serviços hospitalares.

A investigação também destaca a importância de aproximar os médicos diretores da administração e dos serviços de apoio à gestão, promovendo um ambiente colaborativo onde a cultura organizacional favoreça a utilização da informação contabilística. Ao reconhecer que essa informação pode influenciar positivamente a redução da despesa, a orientação das decisões e a responsabilização dos médicos na gestão hospitalar, o estudo reforça a necessidade de desenvolver políticas internas que incentivem o uso desses dados de forma sistemática.

Além das implicações teóricas e práticas, o estudo tem potencial para influenciar políticas públicas na área da saúde. A evidência recolhida pode ser utilizada para fundamentar a necessidade de capacitação financeira dos profissionais de saúde e de reformulação dos modelos de comunicação da informação financeira dentro das instituições hospitalares. Ao demonstrar como a utilização da informação contabilística pode contribuir para a eficiência hospitalar e para uma melhor prestação de cuidados, este trabalho sugere que a transparência e a acessibilidade dos dados financeiros devem ser prioridades na gestão dos serviços de saúde.

5.2. Limitações do estudo e investigações futuras

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados e que sugerem direções para futuras investigações.

Uma das principais limitações reside no facto de a pesquisa ter sido conduzida em apenas uma organização, o Hospital Dr. Nélio Mendonça. As particularidades da sua cultura, estrutura e processos internos podem ter influenciado as perceções dos médicos diretores, dificultando a generalização dos resultados para outras realidades hospitalares.

Adicionalmente, o papel do investigador como “*insider*” no contexto estudado apresenta vantagens e desafios. O conhecimento prévio da realidade organizacional facilitou o

acesso e a compreensão do fenómeno em estudo, mas também pode ter introduzido viés na recolha e análise dos dados. Pesquisas futuras poderão adotar estratégias para mitigar esse risco, como a triangulação de investigadores ou a utilização de metodologias que minimizem a influência do envolvimento pessoal na interpretação dos resultados.

Além disso, o uso da vinheta como ferramenta metodológica possui um carácter exploratório, podendo influenciar a forma como os entrevistados construíram as suas respostas. A interpretação das situações apresentadas na vinheta pode variar entre os participantes, e a influência deste instrumento na formulação das respostas é um fator a considerar. As pesquisas futuras poderão aprofundar o impacto desta técnica, comparando-a com outros métodos de recolha de dados, como observações diretas ou estudos de caso, para uma compreensão mais robusta.

Por fim, os resultados deste estudo abrem novas perspetivas para investigações futuras, sugerindo a necessidade de explorar este fenómeno em diferentes contextos hospitalares. Além disso, destaca-se a importância de analisar o impacto de medidas que reforcem o apoio técnico aos médicos diretores na área da gestão, dado que estes relatam uma sobrecarga com as responsabilidades clínicas. Estudos futuros poderão investigar estratégias para integrar equipas de suporte especializadas, garantindo que a informação contabilística e financeira seja utilizada de forma eficiente sem comprometer a dedicação dos médicos à prática clínica.

Referências bibliográficas

1. Abernethy, M.A., Chua, W.F., Grafton, J. e Mahama, H. (2006). Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives. *Handbooks of Management Accounting Research* (2), 805–829. [https://doi.org/10.1016/S1751-3243\(06\)02014-1](https://doi.org/10.1016/S1751-3243(06)02014-1)
2. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2011). Volume V - Organização da Informação e Sistemas de Informação. <https://www.acss.min-saude.pt//wp-content/uploads/2016/12/UCGIC-RC-20110608-Vol-V-Organizacao-InfSI-VE4.pdf>
3. Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (julho,2023). ACSS lança novo Plano de Contabilidade de Gestão para o SNS. <https://www.acss.min-saude.pt/2024/09/27/novo-plano-de-contabilidade-de-gestao-chega-a-todo-o-sns-no-inicio-de-2025/>
4. Aggelidis, V. P., e Chatzoglou, P. D. (2012). Hospital information systems: measuring end user computing satisfaction (EUCS). *Journal of biomedical informatics*, 45(3), 566–579. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2012.02.009>
5. Ahmed, R.K, Ahmed, O., Pappel, I. e Draheim, D. (2022, June, 15-17). *E-Court System Evaluation through the User's Perspective: Applying the End-User Computing Satisfaction (EUCS) Model*. Proceedings of the 23rd Annual International Conference on Digital Government Research. Virtual Event, Republic of Korea.
6. Akyürek, C.E., Sawalha, Raya e Ide, S.. (2015). Factors affecting the decision-making process in healthcare institutions. *Academy of Strategic Management Journal*, (14). 1-14.
7. Almeida, A.D. (2011). *Os Sistemas de Gestão da Informação Arquivística nos Hospitais Públicos Portugueses: uma perspetiva atual*. Dissertação de mestrado. Universidade de Lisboa.
8. Assembleia da República (1997). *Constituição da República Portuguesa* (5ª edição revista). Porto Editora. ISBN 972-0-06150-2

9. Barañano, A.M. (2008). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão, Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Edições Sílabo, ISBN: 978-972-618-312-9
10. Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Almedina Brasil. ISBN 978-85-62938-04-7
11. Barros, P.P. (2005). *Economia da Saúde – Conceitos e comportamentos*, Edições Almedina. Coimbra. Depósito Legal: 232233/05. ISBN: 9724026582.
12. Begkos, C. (2016). *Accounting and strategizing: medical managers' use of accounting information*. Tese de doutoramento não publicada. University of Manchester. <https://www.proquest.com/docview/2155345576/previewPDF/70176FAD981F4322PQ/1?accountid=26401&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>. ISBN:9781083538741
13. Begkos, C. e Antonopoulou, K. (2022). Hybridization as practice: clinical engagement with performance metrics and accounting technologies in the English NHS. *Accounting, Auditing & Accountability Journal* 35(3), 627-657. <https://www.emerald.com/insight/0951-3574.htm>
14. Bento, A.V. (2013). *10 tópicos (e dicas) sobre investigação* (1ª ed.) – Universidade da Madeira, ISBN: 978-989-97490-3-0
15. Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde - Organização Interna dos serviços*. Edições Almedina. Coimbra. ISBN: 9789724071213.
16. Bloor, M. e Wood, F. (2006). *Keywords in Qualitative Methods*. SAGE Publications Ltd. ISBN: <https://doi.org/10.4135/9781849209403>
17. Broadbent, J., e Guthrie, J. (2008). Public sector to public services: 20 years of “contextual” accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 21(2), pp. 129-169. <https://doi.org/10.1108/09513570810854383>
18. Caiado, A.P. (2003). *Contabilidade Analítica e de Gestão* (3ª ed.) Lisboa: Áreas Editora. ISBN: 972-8472-45-5
19. Caiado, A.P. (2009). *Fundamentos da Contabilidade Analítica e de Gestão; A contabilidade Analítica e de Gestão e a Tomada de Decisão; A Gestão*

- Orçamental. In Contabilidade Analítica e de Gestão.* (5ª ed.). Lisboa: Áreas Editora, SA.. ISBN 978-989-8058-50-8. pp 25-69; pp 397-433; pp 465-625
20. Caiado, A.P. (2012). *Contabilidade Analítica e de Gestão.* Lisboa, Portugal: Áreas Editora. ISBN: 978-989-901-001-7
21. Campos A.M.M. (2012). *Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação e documentação de enfermagem em suporte eletrónico: um estudo no Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E..* Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra.
22. Campos, A.C. (1983). *Saúde o custo de um valor sem preço.* Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lda. Depósito Legal nº 980/83
23. Campos, A.C. (2008). *Reformas da Saúde – O Fio Condutor.* Edições Almedina, SA. ISBN: 978-972-40-3604-5
24. Carr, M. e Beck, M. (2022). Accounting practices and professional power dynamics during a crisis. *The British Accounting Review* 54. <https://doi.org/10.1016/j.bar.2022.101085>
25. Carvalho, J.E. (2009). *Metodologia do Trabalho Científico, «Saber-Fazer» da investigação para dissertações e teses.* Escolar Editora, 978-972-592-244-6
26. Carvalho, J.P., Costa, T.C. e Macedo, N. (2008). A contabilidade analítica ou de custos no sector público administrativo. *TOC*, (96), pp 30–41.
27. Chiavenato, I. (2004), *Introdução à teoria geral da administração* (7ª ed.) Elsevier. ISBN: 978-85-352-1348-5
28. Comissão de Normalização Contabilística. (2017) *Sistema de Normalização Contabilística para Administrações Públicas - SNC-AP.* Consultado a 07 de 10 de 2023. <https://www.cnc.min-financas.pt/sncap2017.html>
29. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., e Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 6(32), 1–244. <https://doi.org/10.3310/hta6320>

30. D' Oliveira, T. (2002). *Teses e Dissertações- Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos* (1ª ed.). Editora RH. ISBN: 972-98823-2-0. Depósito Legal nº 184136/02
31. Das, V., e Kelly, S. (2022). The physician manager: What are the practice challenges of this fast-developing professional role? *Whitireia Journal of Nursing, Health & Social Services*, (29), 21–31. <https://doi.org/10.34074/whit.2911>
32. de Almeida Simões, J., Augusto, G.F., Fronteira, I. e Hernández-Quevedo, C. (2017) Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(2), 1-184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28485714/>
33. Decreto Legislativo Regional n.º 15/2021/M da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira (2021): Aprova o regime jurídico do setor empresarial da Região Autónoma da Madeira. Diário da República n.º 125/2021, Série I de 2021-06-30, páginas 43 – 66. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-legislativo-regional/15-2021-166099800>
34. Decreto Legislativo Regional n.º 13/2019/M, de 22 de agosto: Aprova os Estatutos do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, E. P. E. e o desempenho de funções dos trabalhadores do SESARAM, E. P. E.. Diário da República n.º 160/2019, Série I de 2019-08-22, páginas 47 – 64. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/16000/0004700064.pdf>
35. Decreto Legislativo Regional n.º 21/91/M de 7 de agosto: Aprova o Estatuto do Sistema de Saúde da Região Autónoma da Madeira. Diário da República n.º 180/1991, Série I-A de 1991-08-07, páginas 3927 – 3931. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1991/08/180a00/39273931.pdf>
36. Decreto-Lei n.º 192/2015, de 11 de setembro: Aprova o Sistema de Normalização Contabilística para as Administrações Públicas. Diário da República n.º 178/2015, Série I de 2015-09-11, páginas 7584 – 7828. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/17800/0758407828.pdf>
37. Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 de maio: Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parcerias em saúde. Diário da

República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27, páginas 2626 – 2642.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

38. Despacho n.º 2871/2024, de 18 de março do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde: Define o processo de implementação do novo Plano de Contabilidade de Gestão para o Serviço Nacional de Saúde, criando projetos-piloto e uma equipa permanente de acompanhamento. Diário da República n.º 55/2024, Série II de 2024-03-18.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2871-2024-855804402>
39. Direção Regional da Saúde (2022). *Plano Regional de Saúde 2021-2030*. Consultado em 15 de fevereiro de 2024, a partir de:
https://www.madeira.gov.pt//Portals/53/Documentos/DPESG/Plano_Regional_de_Sa%c3%bade_DRS_12.2022Final_VAprCG.pdf
40. Doll, W.J. e Torkzadeh, G. (1988). The Measurement of End-User Computing Satisfaction. *MIS Quarterly*, (12), 259-272.
<http://dx.doi.org/10.2307/248851>
41. Fernandes, A.B. (2023). *A Contabilidade de Gestão no setor público da saúde em Portugal – Estudo de caso*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal. <http://hdl.handle.net/10400.26/48065>
42. Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research 5th ed.* Sage.
https://dli.cuni.cz/pluginfile.php/1832172/mod_resource/content/1/Uwe%20Flick%20%20An%20Introduction%20to%20Qualitative%20Research%202014.pdf
43. Fortin, MF. (1999). *O processo de Investigação: Da conceção à realização*. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-10-x. Depósito Legal nº 141128/99
44. Galvão, P., Cavaco, D., Adragão, P., Costa, F., Carmo, P., Morgado, F., Bernardo, R., Nunes, M., Abecassis, M., Neves, J. e Mendes, M. (2014). Cardioversor desfibrilhador implantável subcutâneo: experiência de um centro. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(9), 511-517.
45. Gerhardt, T. E. e Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa* - coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da

SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS.
<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/52806>

46. Gonçalves, A.H. (2005). *Manual de metodologia da pesquisa científica*. Editora Avercamp Ltda. ISBN: 85-89311-28-7
47. Guerra, C.I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo - Sentidos e formas de uso*. Princípia Editora, Lda. ISBN: 972-8818-66-1, Depósito Legal nº 241774/06
48. Guest, G., Bunce, A., e Johnson, L. (2006). How Many Interviews Are Enough?: An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods*, 18(1), 59-82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
49. Hughes, R., & Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 11(1), 36–51. <https://doi.org/10.1921/17466105.11.1.36>
50. Instituto Nacional de Estatística (2023). *Estatísticas da Saúde – 2021*. ISBN 978-989-25-0599-2
51. Instituto Nacional de Estatística (2024). *Estatísticas da Saúde – 2022*. ISBN 978-989-25-0685-2
52. Ives B., Olson M.H., e Baroudi J. (1983). The measurement of user information satisfaction. *Communications of the ACM* 26, (10), pp. 785-793.
53. Jacobs, K., Marcon, G., e Witt, D. (2004). Cost and performance information for doctors: an international comparison. *Management accounting research*, 15 (3), 337-354.
54. Jenkins, N., Bloor, M., Fischer, J., Berney, L., & Neale, J. (2010). Putting it in context: the use of vignettes in qualitative interviewing. *Qualitative Research*, 10(2), 175-198. <https://doi.org/10.1177/1468794109356737>
55. Junior, A. (2007). Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & saúde coletiva*, 12 (3), 655-666. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000300015>
56. Kaplan, R.S. e Porter, M.E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harvard Business Review* (89), no. (9), pp 47–64

57. Kassim, E. S., Jailani, S. F. A. K., Hairuddin, H., e Zamzuri, N. H. (2012). Information system acceptance and user satisfaction: The mediating role of trust. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 57, 412–41
58. Linder, S., e Torp, S. (2017). Middle Managers' Engagement in Autonomous Strategic Actions: Does It Really Matter How Top Managers Use Budgets? *I E E E Transactions on Engineering Management*, 64(4), 450-463. Artikel 7924415. <https://doi.org/10.1109/TEM.2017.2693295>
59. Llewellyn, S. (2001). Two-way windows: clinicians as medical managers. *Organization Studies*, Vol. 22, No. 4, pp. 593-623
60. Lu, C.T. (2011). Relationships among budgeting control system, budgetary perceptions, and performance: A study of public hospitals. *African Journal of Business Management*, (5), 15, 6261-6270
61. Lukka, K. e Kasanen, E. (1995). The problem of generalizability: anecdotes and evidence in accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 8(5), pp. 71-90. <https://doi.org/10.1108/09513579510147733>
62. Macinati, M. S., Rizzo, M. G. e Hoque Z. (2022). Medical managers' financial accountability: The effects of feedback on work outcome and managerial performance. *Financial Accountability e Management*, (38), (4), 530-553. <https://doi.org/10.1111/faam.12285>
63. Mahmoud, F. Z. M. , e Mohamadali, N. A. (2019). Development of Model toward Successful Predictive Analytics Use for the Organizational-Decision Making in Hospitals. *American Journal of Information Systems*, 7(1), 7-17.
64. Major, M. J., e Magalhães, A. (2014). Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresariação dos hospitais públicos portugueses. *Revista de Administração*, 49(3), 476–490. <https://doi.org/10.5700/rausp1162>
65. Martínez-Córdoba, P.J., Benito, B. e García-Sánchez, IM. (2021). Efficiency in the governance of the Covid-19 pandemic: political and territorial factors. *Global Health* 17, 113. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00759-4>
66. Matos, A. e Nunes, A. (2017). O modelo de gestão hospital em parceria público privada nos sistemas de saúde: implementação e desempenho em Portugal.

Revista de Gestão e Sistemas de Saúde – RGSS, vol. (8), (nº 2), p. 271-281.
São Paulo. Doi: 10.5585/rgss.v5i2.290

67. McHaney, R., Hightower, R. e Pearson, J. (2002). A validation of the end-user computing satisfaction instrument in Taiwan. *Information & Management*, 39 (6), 503–511. doi:10.1016/s0378-7206(01)00119-7
68. Mero, N. P., Guidice, M. R., e Werner, S. (2014). A field study of the antecedents and performance consequences of perceived accountability. *Journal of Management*, 40(6), 1627-1652. <https://doi.org/10.1177/0149206312441208>
69. Minayo, C., Deslandes, S.F., Neto, C.C. e Gomes, R. (2002). *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*, 21ª edição. Editora Vozes. ISBN 85.326.1453-1
70. Miranda, D. R., Rivera-Fernández, R., e Nap, R. E. (2007). Critical care medicine in the hospital: lessons from the EURICUS-studies. *Medicina intensiva*, 31(4), 194–203. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(07\)74806-4](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(07)74806-4)
71. Mohammed, K., Nolan, M. B., Rajjo, T., Shah, N. D., Prokop, L. J., Varkey, P., e Murad, M. H. (2016). Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective. *American journal of medical quality: the official journal of the American College of Medical Quality*, 31(1), 12–21. <https://doi.org/10.1177/1062860614545124>
72. Morais, L. (2012). *Liderança e estratégia – Casos de inovação nas organizações de saúde*. Escolar Editora, ISBN: 978-972-592-337-5
73. Moreira R. (2014). *Satisfação dos utilizadores de sistemas de informação e documentação de enfermagem em suporte eletrónico: um estudo no Centro Hospitalar São João*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto.
74. Morse, J.M. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Research*, 10(1), 3–5. DOI: 10.1177/104973200129118183
75. Mungly I. e Singh A.M. (2012, November, 7-9). *Are information age workers drowning in information?* Conference: 14 th ANNUAL CONFERENCE ON

WORLD WIDE WEB APPLICATIONS. Durban, South Africa.
<http://www.zaw3.co.za>. ISBN: 978-0-620-55590-6

76. Namazi N., Rezaei G. e Khybergir S. M (2021). Investigating the effects of budgetary control system on budgetary performance considering the mediating role of budgetary perception in public hospitals (Case Study: Hospitals in Fars province). *Journal of Healthcare Management*, (2), 11.
77. Naranjo-Gil, D., e Hartmann, F. (2007). How CEOs use management information systems for strategy implementation in hospitals. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 81(1), 29–41.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.05.009>
78. Nunes, A.M. (2016). *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. [Tese de doutoramento em Ciências Sociais na Especialidade de Administração da Saúde]. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa Consultado em 26 de maio de 2023, a partir de: <http://hdl.handle.net/10400.5/12070>.
79. Nunes, A.M. (2019). Políticas de saúde em Portugal: reformas, desafios e perspetivas futuras. *Revista UNILUS Ensino e Pesquisa*, v. 16, nº43. Lisboa. ISSN 2318-2083
80. Nunes, C., Peixinho, R., e Major, M. J. (2016). O activity-based costing no setor hospitalar: O caso do serviço de ortopedia do Hospital de Faro. *Portuguese Journal of Accounting and Management*, 18, 55-84.
<https://antigo.occ.pt/fotos/editor2/ceg18.pdf>
81. OECD, Eurostat and World Health Organization (2017). A System of Health Accounts 2011: Revised edition, *OECD Publishing*, Paris. ISBN 978-92-79-64620-1
82. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2024), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2023*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/6be7d83c-pt>.
83. OMS. (2010). *Relatório Mundial da Saúde – financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Editora Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP). ISBN 978 989 97178 4 8 Depósito Legal 322975/11

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf

84. OMS. (2023). *Estatísticas da saúde mundial 2023: monitorização da saúde para os ODS, objetivos de desenvolvimento sustentável*. ISBN 978-92-4-007432-3. <https://digitallibrary.un.org/record/4050652?v=pdf>
85. Oppi, C., Campanale, C., Cinquini, L. e Vagnoni, E. (2019). Clinicians and accounting: A systematic review and research directions. *Financial Accountability e Management*, 35(3), 290-312.
86. Oppi, C., e Vagnoni, E. (2020). Management accountants' role and coercive regulations: evidence from the Italian health-care sector. *Qualitative Research in Accounting e Management*, 17(3), 405-433. <https://doi:10.1108/qram-02-2019-0040>
87. Orešković, S. e Benković V. (2024). Healthcare professionals' perspective on managing the healthcare system in Croatia: across-sectional study. *Croat Med Journal* 65, 339-348. <https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.339>
88. Ott, E., (2012). *Técnicas de pesquisa em contabilidade*. Editora Unisinos. ISBN: 978-85-7431-530-0
89. Padalia, A. e Natsirh, T. (2022). End-User Computing Satisfaction (EUCS) Model: Implementation of Learning Management System (LMS) on Students Satisfaction at Universities. *International Journal of Environment, Engineering e Education*, Vol. 4, número 3, 100-107. <https://doi.org/10.55151/ijeedu.v4i3.72100>
90. Parker, L. D., e Northcott, D. (2016). Qualitative generalising in accounting research: concepts and strategies. *Accounting, Auditing e Accountability Journal*, 29(6), 1100-1131. <https://doi:10.1108/aaaj-04-2015-2026>
91. Pettersen, I. J., e Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals--the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study. *The International journal of health planning and management*, 21(2), 133-149. <https://doi.org/10.1002/hpm.835>
92. Pires, F.J. (2001). Manual teórico Prático de contabilidade Patrimonial e de contabilidade orçamental para funcionários públicos e outros estudiosos.

Associação de Estudantes do Instituto Superior Técnico. Depósito legal nº 164961/01

93. Pontes, C. (2020). *Avaliação do uso de Sistemas de Informação pelos gestores de nível intermédio em contexto hospitalar*. Dissertação de mestrado. Universidade do Minho.
94. Porter, M.E. e Kaplan, R.S. (2015). How Should We Pay for Health Care? *Harvard Business School Working Paper*, No. 15-041. <https://www.hbs.edu/faculty/Pages/item.aspx?num=48340>
95. Programa do XIII Governo da Madeira, 2019-2023, consultado em 24-05-2023, a partir de <https://www.madeira.gov.pt//Portals/o/Documents/Oficiais/PGR%20Vers%c3%a3o%20Final%202019.11.04.pdf>
96. Quesado, P. e Cardoso, C. (2017). A problemática da imputação dos custos nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *European Journal of Applied Business and Management*, Special Issue, pp. 19-38. ISSN 2183-5594.
97. Rainer, R.K, Prince, B., Sanchez-Rodriguez, C., Splettstoesser-Hogeterp, I. e Ebrahimi, S. (2020). *Introduction to Information Systems – Supporting and transforming business*. Wiley, 5th Canadian edition. ISBN: 978-1-119-61321-3
98. Rego, A., Cunha, M.P. e Meyer Jr. V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, vol. 17, (n.º 2), pp. 43-57. DOI: 10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224.
99. Rego, G. e Nunes, R. (2010). *Gestão da Saúde*, Primeira Edição. Prata e Rodrigues Publicações, Lda. ISBN: 978-989-96848-0-5
100. Regulamento 1/2023, Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira, nº 102, Serie II de 31 de maio de 2023. Consultado em 12 de fevereiro de 2023, a partir de: <https://joram.madeira.gov.pt/joram/2serie/Ano%20de%202023/IISerie-102-2023-05-31Supl.pdf>

101. República Portuguesa (2015). Programa do XXI Governo Constitucional 2015- 2019. Consultado em 26 de maio de 2022, a partir de: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/governo/programa-do-governo>
102. Reveles, A., e Abreu, A. (2022). Organizações híbridas e gestores híbridos. *Gestão E Desenvolvimento*, volume (30), 161-183. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11323>
103. Richardson, A. J. (2018). The discovery of cumulative knowledge: Strategies for designing and communicating qualitative research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 31(2), 563-585. <https://doi.org/10.1108/AAAJ-08-2014-1808>
104. Robbins, G., e Lapsley, I. (2015). From secrecy to transparency: Accounting and the transition from religious charity to publicly owned hospital. *The British Accounting Review*, 47(1), 19-32.
105. Sartirana, M. (2019). Beyond hybrid professionals: evidence from the hospital sector. *BMC Health Services Researche* (19), 634. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4442-1>
106. Secretaria Regional das Finanças, (2024). Boletim de execução orçamental do Governo Regional da Madeira, n.º 06, junho de 2024. ISSN 2182-6331. [https://www.madeira.gov.pt//Portals/11/Documentos/BoletimExecucaoOrcamental/BEORAM_06_2024%20\(5\).pdf](https://www.madeira.gov.pt//Portals/11/Documentos/BoletimExecucaoOrcamental/BEORAM_06_2024%20(5).pdf)
107. Seddon, P. B. (1997). A Respecification and Extension of the DeLone and McLean Model of IS Success. *Information systems research*, 8(3),240-253. <https://doi.org/10.1287/isre.8.3.240>
108. Serrano, A. e Fialho, C. (2005). *Gestão do conhecimento - O novo paradigma das organizações*. FCA – Editora de Informática, Lda. ISBN: 972-722-484-9
109. Sesaram (2023). Relatório de Atividades e de Gestão. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/outras-informacoes-sesaram/documentos/instrumentos-de-gestao/9-relatorio-de-contas>

110. Sesaram (2023). Relatório do Governo Societário. <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/outras-informacoes-sesaram/documentos/instrumentos-de-gestao/837-relatorio-do-governo-societario-2023/viewdocument/837>
111. Silva A.S., Campos-Silva, W.L., Gouvea, M.A. e Farina, M.C. (2019). Vignettes: a data collection technique to handle the differential operation of items in surveys. *BBR. Brazilian Business Review*, vol. 16, (1), pp. 16-31. https://www.researchgate.net/publication/330544312_Vignettes_A_data_collection_technique_to_handle_the_differential_operation_of_items_in_surveys
112. Silva, M. V. (2012). Políticas públicas de saúde: tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128. <http://journals.openedition.org/spp/906>
113. Strauss L. e Raimundini S., (2013). Sistemas de informação para Contabilidade, EDITORA UNISINOS
114. ten Rouwelaar, H., Schaepkens, F., e Widener, S.K. (2021). Skills, Influence, and Effectiveness of Management Accountants. *Journal of Management Accounting Research* 33(2), 211-235. <https://publications.aaahq.org/jmar/article-abstract/33/2/211/493/Skills-Influence-and-Effectiveness-of-Management?redirectedFrom=fulltext>
115. Turban, E., McLean, E., e Wetherbe, J. (1999). *Information technology for management: making connections for strategic advantage*. John Wiley e Sons, Inc. ISBN: 978-0-471-17898-9
116. Vaivio, J. (2008). Qualitative management accounting research: rationale, pitfalls and potential. *Qualitative Research in Accounting e Management*, 5(1), 64-86. <https://doi.org/10.1108/11766090810856787>
117. Venkatraman, S. e Sundarraj, R.P. (2024). Health-Analytics Readiness Assessment: Elaborated Action Design Research and Nascent Theoretical Implications. *Transactions on Engineering Management*, (71), 4710 – 4726, IEEE. DOI: 10.1109/TEM.2022.3206270
118. Ventura J.B. e Fialho A. (2020, march, 5-7). Decisão Clínica e sustentabilidade financeira: Estado da arte e hipóteses de investigação. *IV*

International Forum on Management – Organizations in the digital age – Challenges for sustainability. Universidade Aberta. Lisboa, Portugal.
<http://hdl.handle.net/10174/32113>

119. Wason, K.D., Polonsky, M.J. e Hyman, M.R. (2002). Designing Vignette Studies in Marketing. *Australasian Marketing Journal*, 10(3), 2: 41-58
120. Wiegmann, L., Conrath-Hargreaves, A., Guo, Z., Hall, M., Kober, R., Pucci, R., Thambar, P. J., e Thiagarajah, T. (Accepted/In press), (2024) This is not an experiment: using vignettes in qualitative accounting research. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*.
<https://doi.org/10.1108/AAAJ-10-2023-6704>
121. Yin, R. K. (1993). Applications of case Study Research, Applied Social Research Methods Series, volume 34, ISBN: 0-8039-5118-3

Apêndices

Apêndice 1 - Declaração explicativa

Tema de investigação: A interação dos médicos diretores com a informação contabilística e financeira

Investigadora: Nélia Barreto Gonçalves

Telem. 924004667; **email:** nelia.barreto.goncalves@ubi.pt

Está a ser convidado a participar desta investigação académica. Por favor, leia esta Declaração Explicativa na íntegra, antes de decidir se deseja ou não participar. Se desejar mais informações sobre qualquer aspecto deste projeto, entre em contato com a investigadora, Nélia Barreto Gonçalves.

Qual é a questão de investigação?

Como é que os médicos diretores utilizam a informação contabilística e financeira na gestão de recursos do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM)?

Qual é o objetivo da investigação?

O objetivo do estudo é analisar as opiniões dos médicos diretores sobre o uso da informação contabilística e financeira para apoio à tomada de decisão, adaptando o modelo de Doll e Torkzadeh (1988) para avaliar a sua satisfação, enquanto utilizadores finais do sistema de informação. Para atingir este objetivo propomo-nos a:

- 1) Diagnosticar a informação disponibilizada aos médicos;
- 2) Mapear os fluxos de informação de apoio à tomada de decisão;
- 3) Perceber qual o uso que os utilizadores dão à informação.

Qual a sua participação na investigação?

A sua participação no estudo envolve uma entrevista, a ser realizada presencialmente. A entrevista ocorrerá em dia e horário de sua conveniência e terá a duração média prevista de quarenta minutos. Com a sua permissão, as entrevistas serão gravadas digitalmente e posteriormente transcritas para análise. Poderá ser-lhe solicitado a participar de uma

entrevista de acompanhamento ou ser convidado a participar numa reunião com a investigadora.

Porque é que foi selecionado para esta investigação?

Foi convidado a participar nesta pesquisa por ser médico diretor de serviço no SESARAM, EPERAM e estamos interessados em compreender a sua opinião sobre o uso da informação contabilística e financeira para auxiliar uma melhor utilização dos recursos disponíveis.

Consentimento para participar e desistir da investigação

A participação neste estudo é voluntária - não tem qualquer obrigação em participar. Se concordar em participar, será solicitado que assine um termo de consentimento. Apenas as reuniões em que todos os participantes derem consentimento serão objeto de observação. Como participante, tem o direito de desistir a qualquer momento, sem ser penalizado ou prejudicado de forma alguma. Manteremos a sua decisão confidencial. Também pode recusar-se a responder a qualquer pergunta ou solicitar que respostas ou comentários selecionados não sejam registados durante a entrevista ou que não sejam feitas anotações de dados observacionais específicos.

Possíveis benefícios e riscos para os participantes

Não é conhecido risco de stress físico ou psicológico resultante da realização da entrevista e/ou observações.

Confidencialidade e armazenamento dos dados

Todos os dados relativos ao projeto e aos participantes serão mantidos estritamente confidenciais e utilizados exclusivamente para os fins desta pesquisa. Quaisquer citações de entrevistas e observações relatadas em relatórios ou publicações, como artigos de periódicos, serão pseudonimizadas e não serão vinculadas de forma alguma à sua identidade. Isto significa que é extremamente improvável que qualquer comentário ou citação possa ser atribuído a um determinado participante. O arquivo de áudio será transcrito usando um serviço de transcrição externo confiável. Todos os dados colhidos serão armazenados de acordo com a Política de Privacidade e Proteção de Dados do SESARAM, EPERAM, disponível em <https://www.sesaram.pt/portal/o-sesaram/outras-informacoes-sesaram/politica-privacidade-e-rgpd?highlight=WyJwcm9oZVx1MDBlN1x1MDBlM28iLCJwcm9oZVx1MDBlN1x1MDB>

lMyIsImRhZG9zIiwiZGFkbyJd. Apenas os investigadores terão acesso aos dados, sendo os mesmos destruídos, 5 anos após a última publicação decorrente do projeto.

Resultados

No final da investigação, os resultados do estudo serão disponibilizados ao SESARAM, EPERAM para circulação entre os participantes. Pode manifestar o interesse diretamente com a investigadora para receber o relatório com os resultados principais do estudo.

Reclamações

Caso tenha alguma dúvida ou reclamação sobre a condução do projeto, poderá entrar em contato com a investigadora principal.

Obrigado.

Apêndice 2 - Termo de consentimento informado

Tema de investigação: A interação dos médicos diretores com a informação contabilística e financeira

Investigadora Principal: Nélia Gonçalves

Orientador: Professora Doutora Zélia Serrasqueiro, Universidade da Beira Interior, Covilhã

Coorientador: Professor Doutor Aldónio Ferreira, Monash University, Melbourne, Austrália

Fui convidado a participar do projeto de investigação da Universidade da Beira Interior acima indicado. Li e compreendi a Declaração Explicativa e aceito participar deste projeto. Declaro especificamente que:

- Compreendi que a minha participação é voluntária, que posso optar por não participar de parte ou de todo o projeto e que posso desistir do projeto sem ser penalizado ou prejudicado de alguma forma;
- Compreendi que quaisquer dados extraídos da entrevista, para uso em relatórios ou outras publicações, não conterão nomes ou características de identificação, a menos que eu escolha explicitamente o contrário.

Aceito o seguinte:	SIM	NAO
Ser entrevistado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A gravação audiovisual da entrevista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A gravação áudio da entrevista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilizar-me para nova entrevista, se necessário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nome do Participante: _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Apêndice 3 – Guião da entrevista

Introdução – Agradecer por ter aceitado o convite para participar na entrevista.

O objetivo do estudo é analisar as opiniões dos médicos diretores sobre o uso da informação contabilística e financeira para apoio à tomada de decisão, adaptando o modelo de Doll e Torkzadeh (1988) para avaliar a sua satisfação, enquanto utilizadores finais do sistema de informação.

Obter o consentimento formal – assinar documento e iniciar gravação

Questões

1. Nº anos a trabalhar no SESARAM e tempo a exercer cargo de diretor de serviço?
2. Costuma obter informação da contabilidade relativamente ao serviço pelo qual é responsável?
 - a. Se sim: descreva a sua natureza e a sua periodicidade. (**Passa para 3.**)
 - b. Se não: Considera que deveria ter acesso a algum tipo de informação?
 - i. Se sim: Qual a informação que necessita e periodicidade? (**Passa para 6.**)
3. Qual a utilização que faz dessa informação? Em termos de gestão da atividade (aumentos ou reduções) e de controlo de gastos?
4. Considera que a informação que lhe é fornecida influencia as suas decisões? Pode explicar de que forma (ou porque não)?
5. Quais os aspetos que podiam ser melhorados para que essa informação tenha um papel mais preponderante no processo de tomada de decisão?

Considere agora esta forma de apresentar a informação– descrição da vinheta.

6. Em que medida concorda ou discorda com as afirmações e qual a justificação da sua classificação.

		Discordo Fortemente	Discordo	Não discordo nem concordo	Concordo	Concordo Fortemente	Justificação da classificação
Conteúdo	O conteúdo das informações fornecidas satisfaz as minhas necessidades.						
Precisão	A exactidão e fiabilidade das informações são satisfatórias.						
Formato	As informações são apresentadas num formato útil, claro e fácil de compreender.						
Facilidade de uso	O sistema de informação é fácil de usar.						
Atualidade	O sistema fornece informações atualizadas e de forma atempada.						

Obrigado.

Apêndice 4 – Vinhetas

a) Rendimentos totais do SESARAM

Distribuição dos rendimentos de 2023



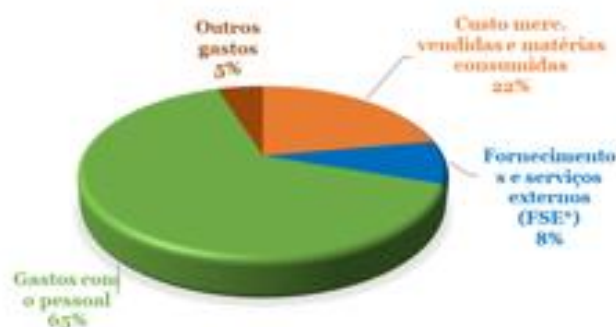
(Em euros)

Rendimentos	2020	2021	2022	2023
Vendas	967 027	559 117	422 645	211 093
Prestações serviços e concessões	213 575 839	244 419 861	236 960 088	267 343 125
Transferências e subsídios correntes	74 099 841	78 118 765	63 766 264	46 267 468
Trabalhos para a própria entidade	19 790	22 111	18 712	19 778
Outros rendimentos	3 961 950	5 269 036	7 154 678	8 864 237
Total	292 624 447	328 388 890	308 322 387	322 705 701

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão 2023

b) Gastos totais do SESARAM

Distribuição dos gastos de 2023



(Em euros)

GASTOS	2020	2021	2022	2023
Custo merc. vendidas e matérias cons	66 851 472	72 562 974	72 617 622	77 761 787
Fornecimentos e serviços externos (F	21 087 543	25 803 852	23 633 705	28 572 463
Gastos com o pessoal	183 747 318	203 654 449	204 516 834	228 038 821
Outros gastos	28 809 950	28 513 545	9 331 084	17 109 560
Total	300 586 283	330 534 820	310 099 245	351 482 631

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão 2023

*FSE – Inclui subcontratos, eletricidade, água, combustíveis, transporte de doentes, contratos manutenção/reparação, entre outros

c) Rendimentos e Gastos do Serviço X (dados fictícios)

Dados para análise, para identificar áreas de melhoria e áreas de desperdício, e tomar decisões estratégicas conforme cada situação:



d) Evolução das consultas médicas por especialidade (consulta externa)

Especialidade	2021	2022	2023	Δ 2022-2023		
				Quant.	%	
Anatomia Patológica	32	87	98	11	12,8%	
Anestesiologia	162	197	228	31	16,0%	
Cardiologia	821	730	752	22	4,7%	
	Cardiologia Pediátrica	1157	99	100	2	0,2%
Cirurgia Cardiovascular	1273	1201	1190	-11	-0,9%	
Cirurgia Geral	17036	1613	17203	1064	6,8%	
Cirurgia Pediátrica	3016	2088	3050	62	2,1%	
Cirurgia Plástica	2421	2420	2390	-30	-1,2%	
Cirurgia Vascular	1534	2073	2582	506	34,0%	
Dermatologia	4905	5082	6418	1334	26,3%	
Endocrinologia	8608	8800	9461	652	7,4%	
Gastroenterologia	8220	750	7000	-500	-8,2%	
Ginecologia	Ginecologia	28027	24051	17344	4788	19,2%
	Medicina da reprodução			3448		
	Patologia da Mama			8047		
	Obstetrícia	7842	842	9618	1221	14,5%
Hemato-Oncologia	Hemato-Oncologia	25487	25478	91	-401	-5,5%
	Hematologia Clínica			8252		
	Oncologia Médica			15222		
Imunologia	9086	7430	7362	-81	-1,1%	
Infecto-Contagiosas	4735	4962	4978	14	0,3%	
Medicina da Dor	6321	5840	6222	282	4,8%	
Medicina Dentária	2571	247	2402	-26	-1,1%	
Medicina Física e Reabilitação (Inclui CDC)	16050	18267	18212	-55	-0,3%	
Medicina Genética	396	862	972	105	12,1%	
Medicina Intensiva	Medicina Intensiva	641	432	211	-228	-51,0%
	Medicina Hipertensiva	153	32	21	-136	-42,5%
Medicina Interna	Medicina Interna	20371	17220	15202	-1412	-8,2%
	AVC			5092		
Medicina Nuclear	111	158	82	-71	-44,9%	
Medicina Palliativa	960	36	602	518	139,0%	
Multidisciplinar	-	192	344	-	-	
Multidisciplinar Oncológica	-	272	1467	-	-	
Nefrologia	8762	8276	8484	208	2,5%	
Neurocirurgia	4705	4444	4662	218	4,9%	
Neurologia	6328	6682	8562	1882	28,2%	
Neurofisiologia		22	30	8	36,4%	
Oftalmologia	16860	15192	15412	222	1,5%	
Ortopedia	Ortopedia	8228	954	9301	545	5,8%
	Ortopedia Pediátrica			1152		
Otorrinolaringologia	7192	872	6662	-222	-8,2%	
Patologia Clínica	34	2	10	5	100,0%	
Pediatría	Pediatria	12475	1122	10202	77	1,5%
	Hematologia e Oncologia			1508		
	Neuropediatria	3025	312	3212	-100	-3,0%
	Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica			728	728	-
Pedopsiquiatria	4220	3530	3112	-512	-14,1%	
Pneumologia (Inclui URTT)	9260	862	882	202	2,4%	
Psicopatologia (Inclui URTT)	14450	13012	15352	1444	10,4%	
Rummatologia	4222	222	2222	-400	-8,4%	
Sangue e Medicina Transfusional	4545	4522	4522	-40	-1,1%	
Urologia	7502	7622	8002	602	8,0%	
Cardiologia (Investigação)	225	222	222	74	33,0%	
Total	205.241	282.806	293.257	12.451	4,4%	

Fonte: Relatório de Atividades e de Gestão 2023

- Em 2023, observou-se um aumento global da produção, embora algumas especialidades tenham registado uma diminuição significativa;

e) Consultas médicas não realizadas na data prevista (desmarcações)

- A % de consultas não realizadas (alteração do dia inicialmente previsto: N=60 797 desmarcações/anulações) foi de 26,3% do total de consultas realizadas (230 770);

- 84,3% das consultas não foram realizadas por motivo imputável ao hospital;

- 80,3% das consultas não foram realizadas/desmarcadas foram das seguintes especialidades:

Especialidades	Consultas não realizadas na data prevista				Consultas realizadas (R)
	por motivo imputável ao doente	por motivo imputável ao hospital	Total (N)	% (N/Total Geral N)	
Cardiologia	391	4167	4558	7,5%	9 663
Cirurgia Geral	378	2102	2480	4,1%	6 957
Dermatologia	772	2107	2879	4,7%	10 959
Endocrinologia	271	2013	2284	3,8%	78 09
Gastroenterologia	284	1493	1777	2,9%	6 586
Ginecologia	552	1623	2175	3,6%	10 602
Infecçiology	406	1742	2148	3,5%	5 956
Medicina Interna	386	3035	3421	5,6%	7231
Neurocirurgia	515	3461	3976	6,5%	9 752
Neurologia	330	3754	4084	6,7%	7 064
Oftalmologia	1824	2340	4164	6,8%	21 986
Ortopedia	384	1229	1613	2,7%	9 908
Otorrinolaringologia	379	1398	1777	2,9%	21 346
Pediatria	337	1832	2169	3,6%	8 964
Pneumologia	247	2320	2567	4,2%	7453
Psiquiatria	814	2596	3410	5,6%	11 173
Reumatologia	339	2999	3338	5,5%	9 029
Restantes especialidades	2 758	9 219	11 977	19,7%	58 332
Total Geral	11 367	49 430	60 797	100,0%	230 770

Dados fictícios

f) Evolução das consultas médicas do serviço X

Serviço X	Consultas médicas			Variação 24/23	Variação Realizado /Meta
	jun/23	jun/24	Meta 2024		
Total Consultas médicas	2 863	3 217	3 211	12,4%	0,2%
Primeiras consultas	786	1 007	1 053	28,1%	-4,4%
Consultas subsequentes	2 077	2 210	2 158	6,4%	2,4%

Fonte: Dados fictícios

- Verificou-se um acréscimo de 0,2% (mais 6 consultas) face à meta e um aumento de 12,4% (mais 354 consultas) face ao período homólogo;

- As primeiras consultas aumentaram 28,1% em relação a 2023, mas ficaram 4,4% abaixo da meta. As consultas subsequentes registaram um acréscimo de 6,4%.