

**Responsabilidade Social no Setor da Saúde:
Representações, Valores, Motivações e Instrumentos**

Mónica de Melo Freitas

Tese de Doutoramento em Sociologia

Orientador: Professor Doutor Doutor Rui Santos

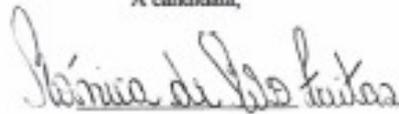
Co-orientadora: Professora Doutora Maria João Nicolau (ISEG-UL)

Janeiro de 2017

DECLARAÇÕES

Declaro que esta tese é o resultado da minha investigação pessoal e independente.
O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas
no texto, nas notas e na bibliografia.

A candidata,



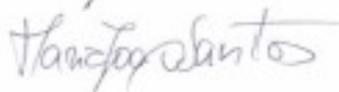
Lisboa, 8 de agosto de 2016

Declaramos que esta tese se encontra em condições de ser apreciada pelo júri a
designar.

O orientador,



A coorientadora,



Lisboa, 8 de agosto de 2016

Agradecimentos

O meu intuito inicial era transformar os agradecimentos que tencionava apresentar, numa Ode à Gratidão. Contudo, o meu fraco conhecimento sobre as regras de composição literária, não me permitiu fazer algo tão bonito e grandioso, como tinha idealizado inicialmente.

Embora incorrendo o risco de parecer demasiado simplista, gostava de endereçar os meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para que eu concluísse o doutoramento em Sociologia na Universidade Nova de Lisboa.

No decurso da investigação realizada contei com o suporte pessoal e científico do Prof. Rui Santos, meu orientador, a quem agradeço as inúmeras vitórias alcançadas no decurso da minha vida académica. Como também da Profa. Maria João Santos, minha co-orientadora, cujas sugestões de melhoria, enriqueceram muito o presente trabalho.

Além dos meus orientadores, tive a felicidade de trabalhar em estreita cooperação com outros professores, a quem também dirigo os meus mais sinceros agradecimentos: Prof. Tom Burns da Universidade de Upsala- Suécia, Profa. Dra. Ivone Freire e Costa da Universidade Federal da Bahia, Prof. Erivaldo Fagundes Neves da Universidade Estadual de Feira de Santa, Profa. Nora Machado do Instituto Superior Técnico da Universidade de Lisboa, Prof. Marco Meneguzzo da Universidade Tor di Vergata de Roma, Profa. Patrizia Grazzola da Universidade de Insubria, Prof. Ricardo Cavalcante da Universidade Federal de São João del- Rey, Profa. Ana Fernandes da Universidade Nova de Lisboa, Prof. Luís Baptista da Universidade Nova de Lisboa, Profa. Céu Mateus da Escola Nacional de Saúde Pública, Prof. Casimiro Balsa, Prof. José Resende e Prof. Manuel Lisboa da Universidade Nova de Lisboa.

Antes que me esqueça, gostava de agradecer todo o suporte que me foi concedido pelos conselhos de administração e gabinetes responsáveis pela RSE na José de Mello Saúde, nos Hospitais Privados de Portugal/ Lusíadas Saúde e na Santa Casa da Misericórdia, tal como, pela Câmara Municipal de Oeiras, Câmara Municipal de Lisboa e ex- presidente da Câmara Municipal de Cascais.

Em termos de operacionalização, o estudo que desenvolvi contou com o suporte financeiro da Fundação para a Ciência e Tecnologia e com o suporte institucional e logístico da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, por este motivo, amplio os agradecimentos formulados também à estas instituições.

Tenho a agradecer à Fundação para a Ciência e a Tecnologia o apoio financeiro através da bolsa de doutoramento, que tornou possível a realização deste trabalho.

Ao nível pessoal, só fui capaz de concluir este estudo, porque contei com a amizade e com a solidariedade de Maria José de Melo Freitas, Reinaldo José de Freitas, Gabriel de Freitas Mourão, Pedro Rebocho Lima, Maria Cecília Ramos, Fernando Rebocho Lima, Maria José Esteves, Maria Elvira Pedroso, Joseane Oliveira, Carlos Baptista, Helena Costa, Regina Siqueira, Cristina Quadrat, Manuel Valente, João Varandas, José Ferreira, Madalena Neves, Agostinho Costa, Carlos Cruz e João Nascimento.

Responsabilidade Social no Setor da Saúde: Representações, Valores, Motivações e Instrumentos

Mónica de Melo Freitas

Resumo: Buscámos ao longo deste estudo identificar os valores éticos, as motivações e as lógicas de justificação acionadas pelos atores do setor da saúde e do setor autárquico em torno da Responsabilidade Social das Empresas (RSE), através da análise dos discursos, dos programas e das redes de *stakeholders* implementadas. Os resultados mostraram que existem diversidade, divergências e equilíbrios variáveis entre os discursos de diferentes atores e programas, nomeadamente entre os que privilegiam interpretações instrumentais e estratégicas da RS, associadas a lógicas de justificação industrial e de renome, e os que se pautam por interpretações éticas e idealistas, associadas a lógicas de justificação cívica. Essa diversidade de orientações valorativas face à RSE torna-a um campo potencialmente controverso, e pode constituir um obstáculo a graus mais elevados de consolidação das redes em *clusters*, cuja ampliação na área da saúde necessitará de envolver trabalho de consensualização pelos atores organizacionais entre si, com os seus *stakeholders* internos e externos, e com os atores político-administrativos, especialmente as autarquias locais, que a desenvolver-se constituirá um objeto pertinente para futura investigação sociológica.

Palavras-chave: Responsabilidade Social, Justificação, Valores, Redes de *Stakeholders*, Setor da Saúde

Social Responsibility in the Healthcare Sector: Representations, values, Motivations and Instruments

Mónica de Melo Freitas

Abstract: This study aimed to identify the ethical values, motivations and justification logics enacted by actors in the healthcare and the local administration sectors concerning Corporate Social Responsibility (CSR), through the analysis of their discourses, programmes and stakeholder networks implemented. The results highlight there is variety divergence and variable equilibria across the discourses of different actors and programmes, namely between those favouring instrumental and strategic interpretations of CSR, which are associated with industrial and renown justification logics, and those abiding by ethical and idealistic interpretations, which are associated with civic justification logics. Such diversity of value orientations in the face of CSR makes this a potentially controversial field, and it may hinder reaching higher levels of network consolidation into clusters. Its widening in the healthcare sector will therefore require consensus-making labour by the corporate actors among themselves, with their internal and external stakeholders, and with political and administrative actors, mainly local councils. To the extent that it develops, such labour will provide a relevant subject for further sociological research.

Keywords: Social Responsibility, Justification, Values, Stakeholder Networks, Healthcare Sector

Índice

Introdução	1
Parte I. Enquadramento e Problemática	9
Capítulo 1: A Responsabilidade Social no Capitalismo Contemporâneo	9
1.1. Percurso Histórico e Orientações Programáticas da Responsabilidade Social das Empresas	9
1.2. Responsabilidade Social das Empresas, Governança e Legitimação	11
Capítulo 2: A Institucionalização Internacional da RSE	19
2.1. A Institucionalização nas Políticas Europeias e a CSR Europe	19
2.2. A International Organization for Standardization e a Global Reporting Initiative	23
2.3. Os Índices de Sustentabilidade.....	25
2.4. A Responsabilidade Social no Setor da Saúde.....	27
Capítulo 3. A RSE em Portugal	35
3.1. O Contexto Político	35
3.2. O Contributo das Organizações Não Governamentais.....	42
3.3. O Papel das Empresas na Promoção da Responsabilidade Social	48
3.4. A Contribuição das Universidades para a Formação dos Gestores da RSE.....	51
3.5. A Responsabilidade Social na Saúde em Portugal.....	53
Capítulo 4. Problemática e Quadro de Análise	61
4.1. Redes de <i>Stakeholders</i> e <i>Clusters</i>	61
4.2. Valores e Motivações.....	65
4.3. Críticas e Justificações	68
Parte II. Estudo Empírico	73
Capítulo 5. Método	73
Capítulo 6. Os Municípios	85
6.1. Concelho de Oeiras	85
6.2. Concelho de Cascais.....	96
6.3. Concelho de Lisboa.....	103
Capítulo 7. Os Grupos Hospitalares	113
7.1. José de Mello Saúde.....	113
7.2. Hospitais Privados de Portugal/Lusíadas Saúde	120
7.3. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa	125
Capítulo 8. Os Discursos	137
8.1. Os Interlocutores Autárquicos.....	137
8.2. A Imprensa Escrita	142
8.3. Os Interlocutores nos Grupos Hospitalares	156
Capítulo 9. Redes e Programas de RSE	171
9.1. Redes da RSE.....	171
9.2. Os Programas de RSE	177
Conclusões	189
Referências	193

Abreviaturas

CSP- Corporate Social Performance

CSR - Corporate Social Responsibility

EU - European Union

GRI - Global Reporting Initiative

HPP - Hospitais Privados de Portugal

ISO - International Standard Organization

JMS - José de Mello Saúde

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIT - Organização Internacional do Trabalho

ONG - Organização não- Governamental

ONU - Organização das Nações Unidas

PNS 2012-2016

RS - Responsabilidade Social

RSE - Responsabilidade Social Empresarial

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

UE - União Europeia

UN - United Nations

Índice de Quadros e Figuras

Quadro 1. Indicadores de Saúde nos Concelhos da Grande Lisboa 2006-2007	88
Quadro 2. Indicadores de Atividade do Grupo JMS, 2011-2012	115
Quadro 3. Matriz SWOT do Grupo JMS	119
Quadro 4. Matriz SWOT do Grupo HPP/Lusíadas Saúde	124
Quadro 5. Matriz SWOT da SCML	134
Figura 1. Número de ocorrências por organização no <i>Diário de Notícias</i> 2002-2015	143
Figura 2. Número de ocorrências no <i>Diário de Notícias</i> segundo o setor hospitalar, 2002-2015	144
Figura 3. Número de ocorrências no <i>Diário de Notícias</i> segundo as lógicas de justificação, 2012-2015	144
Figura 4. Número de ocorrências por organização no <i>Público</i> , 2002-2015	146
Figura 5. Número de ocorrências no <i>Público</i> segundo o setor hospitalar 2002-2015	146
Figura 6. Número de ocorrências no <i>Público</i> segundo as lógicas de justificação, 2012-2015	147
Figura 7. Número de ocorrências por organização no <i>Expresso</i> , 2002-2015	148
Figura 8. Número de ocorrências no <i>Expresso</i> segundo as lógicas de justificação, 2012-2015	149
Figura 9. Número de críticas por grupos hospitalares na imprensa escrita (<i>Diário de Notícias</i> , <i>Expresso</i> e <i>Público</i>), 2002-2015	154
Figura 10. Números de críticas de imprensa e de programas de RSE, Grupo HPP/Lusíadas Saúde, 2002-2015	155
Figura 11. Números de críticas de imprensa e de programas de RSE, SCML, 2004-2014	155

Introdução

A direção por valores é um instrumento poderoso e valioso para se atingir o que a organização preconiza como excelência em termos de ética organizacional, mas esta excelência não deve ser buscada somente no meio interno, pois o respeito aos direitos humanos e ao meio ambiente também são obrigações de uma ética organizacional regida por valores. (Anúnciação e Zoboli 2008, 523)

A responsabilidade social das empresas (RSE) desenvolveu-se a partir do movimento empresarial iniciado nos Estados Unidos na década de 1950, em resposta às pressões exercidas por movimentos sociais (Almeida 2010, 56). Estes acusavam o setor empresarial de manter-se alheio aos problemas sociais de várias naturezas – a pobreza, as desigualdades associadas à raça, ao gênero, à idade, etc., as condições de emprego e trabalho nocivas à saúde física e psicológica, a degradação das condições ambientais vistas, e exigiam-lhe que tomasse diligências no sentido de compensar a sociedade pelos malefícios resultantes da atividade produtiva. Passou-se a exigir e a incentivar que as empresas adotassem práticas de responsabilidade social, para lá das estritas obrigações legais, enquanto ferramenta de orientação ética e prática nos negócios. De um modo geral, a responsabilidade social trouxe para dentro do modelo de gestão organizacional, as preocupações relacionadas com os direitos humanos e do trabalho, a sustentabilidade, definida num sentido progressivamente mais amplo- económico, social e ambiental – e globalizado, e a participação democrática nos processos de decisão organizacional.

À pressão persistente dos movimentos sociais acrescentou-se a dos próprios Estados e das organizações internacionais, no sentido de levarem as empresas a participarem de forma mais ativa na resolução dos problemas sociais. Tal contribuiu para que a RSE deixasse de ser encarada como uma mera atividade de transferência de recursos, desarraigada do *core business* das empresas, passando a integrar o modelo estratégico das organizações. Isto acarretou mudanças profundas na forma como é encarado o papel das empresas e dos seus gestores/decisores. Hoje mais do que nunca, a sociedade espera que as empresas sejam um exemplo de cidadania, e que os gestores integrem as demandas societárias, os interesses das empresas e os seus próprios interesses, nas decisões que tomam quotidianamente. De um modo geral e sob a justificação pública de responsabilidade social, um número crescente de empresas

passou a adotar conceitos e práticas dirigidas à preservação dos recursos da Natureza, à promoção dos direitos humanos e do bem estar social, ao desenvolvimento sustentável, tanto nas estratégias adotadas, como nas relações que estabelecem com *stakeholders*, igualmente definidos de modo cada vez mais inclusivo.

A adoção dos princípios e das práticas mencionadas contribuíram para a moderação da pressão social exercida pela sociedade civil sobre as organizações produtivas, além de promover a participação destas na elaboração de leis nacionais, políticas públicas e outras orientações governamentais e normas regulatórias.

Progressivamente, as práticas de RSE deixaram de estar confinadas ao setor privado, devido à introdução de modelos e práticas gestionárias típicas do setor privado no setor público no âmbito da Nova Gestão Pública. Com a “empresarialização” dos modelos e das práticas do setor público, este passou crescentemente a ser avaliado segundo critérios e metas afins às do setor privado. O Estado e as suas instituições de apoio social, as organizações públicas e do terceiro setor vêm-se valendo cada vez mais, da adoção dos paradigmas inerentes à RSE, estipulados em agendas internacionais, para atenderem às exigências que lhes foram endereçadas em termos de direitos humanos, desenvolvimento sustentável, aperfeiçoamento das condições de trabalho e combate à corrupção. À escala internacional, e concretamente para o setor da saúde, desde finais do século XX que as agendas políticas internacionais introduziram linhas de orientação estratégica visando uma participação mais ativa dos diferentes setores da sociedade na melhoria das condições de saúde das populações, invocando os princípios da RSE (OMS 1997, UNESCO 2005, UNESCO-IBC 2010).

A crise dos regimes capitalistas de Estado-providência, a introdução de novos paradigmas de regulação nos modelos de gestão e de práticas e modelos típicos do setor privado no setor público, a privatização de serviços públicos, terão também acarretado mudanças profundas na forma como encaramos o papel do Estado e denominamos os bens públicos.

Nas democracias baseadas em regimes de Estado-providência, a transferência de parte dessas responsabilidades para o setor privado e a exigência de maior eficiência económica na aplicação dos recursos pelo setor público desafiam a legitimidade do sistema político. Uma das respostas foi o reforço da contratualização e da regulação como funções legitimadoras do Estado, em detrimento relativo da função de produção direta de bens públicos na provisão de direitos sociais. Esta passou a representar uma

via possível para a compreensão do desenvolvimento da RSE nas sociedades capitalistas de Estado-providência, envolvendo atores do setor privado (empresas e ONG) no financiamento e na produção de bens públicos e de direitos sociais, em regime voluntário e baseado em princípios éticos.

Apesar de a bibliografia da RSE reforçar a pertinência da articulação com outros setores da sociedade, implicando uma lógica de ação em rede, poucos estudos tentaram perceber como estas redes são estabelecidas, que critérios se encontram na base da escolha dos *stakeholders* mobilizados, que canais de comunicação são privilegiados, que barreiras estes tipos de estruturas encontram e de que forma são superadas. Muitas vezes, o fraco conhecimento que dispomos acerca do funcionamento das redes de *stakeholders* em torno da RSE faz com que continuemos a associá-la a um conjunto de atos isolados das empresas. Cremos que estudo das redes de *stakeholders* consolidadas em torno da RSE no setor da saúde poderá contribuir para a colmatação do défice de conhecimento verificado sobre os moldes de consolidação, e para a averiguação do potencial de constituição de novos *clusters*, em particular no setor da saúde.

A formação e a estabilização de redes colaborativas de organizações de prestação de cuidados de saúde com os seus *stakeholders* implicam a construção de formas de coordenação da ação entre esses diversos atores, a articulação de valores, sentidos, interesses e objetivos múltiplos e diversificados em objetivos e meios de ação partilhados.

Por outro lado, essas redes e os programas que desenvolvem têm uma inscrição territorial que não pode ser dissociada, quer dos seus contextos demográficos e socioeconómicos específicos, quer dos atores políticos locais e suas orientações e programas de promoção da saúde, por um lado, e da responsabilidade social das organizações atuantes no seu território, por outro. A Lei nº 159/99 de 14/09 (Assembleia da República 1999) definiu o quadro de transferência de atribuições e competências para as autarquias locais, bem como de delimitação da intervenção da administração central e local. Estipulava no seu art. 22 que compete aos órgãos municipais:

- a) participar no planeamento da rede de equipamentos de saúde concelhios; (...)
- e) participar nos órgãos consultivos de acompanhamento e avaliação do SNS;
- (...)

h) cooperar no sentido de compatibilização da saúde pública com o planeamento estratégico de desenvolvimento concelhio; (...).

A lei citada foi revogada pela Lei nº 75/2013 de 12/19 (Assembleia da República 2013), que não obstante mantém nas atribuições do município a saúde (art.º 23., 2. a)), e nas competências materiais da câmara municipal “apoiar atividades de natureza social, cultural, educativa, desportiva, recreativa ou outra de interesse para o município, incluindo aquelas que contribuam para a promoção da saúde e prevenção das doenças” (art.º 33., 1. u)).

O principal objetivo do nosso estudo é o de descrever os valores e as orientações para a ação no campo da RSE que vêm sendo formuladas por atores privados no interior do setor de prestação de cuidados de saúde, mais especificamente hospitalares, e verificar em que medida os municípios, enquanto responsáveis das estratégias de desenvolvimento local e particularmente das políticas locais de saúde, se posicionam como promotores e/ou suportes para clusters de RSE nesse domínio. Dentro desse quadro, a presente dissertação estabeleceu dois grandes objetivos:

- a) Identificar e descrever os valores, as motivações e as lógicas discursivas da RSE no setor da saúde, a partir da análise dos discursos, dos programas e das redes de *stakeholders/clusters* consolidadas em seu torno, em entidades privadas do setor da saúde detentoras de hospitais privados na Área Metropolitana de Lisboa, de natureza institucional empresarial (Grupos José de Mello Saúde e Hospitais Privados de Portugal) ou de solidariedade social (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa);
- b) Verificar se existem redes de *stakeholders/clusters* consolidadas por essas entidades em torno da RSE, dando especial ênfase à identificação dos atores envolvidos, aos tipos de laços estabelecidos, aos canais de comunicação privilegiados e aos tipos de programas desenvolvidos;
- c) Analisar as orientações municipais em termos de políticas de saúde, quanto à sua atuação efetiva ou potencial de proatividade no desenvolvimento de *clusters* de RSE no setor da saúde entre os atores relevantes no seu território, em municípios da área Metropolitana de Lisboa em que operam hospitais propriedade das referidas entidades privadas.

O foco desta investigação é sobretudo o da descoberta. A heterogeneidade das organizações (grupos hospitalares, decisores políticos e direções administrativas

públicas) e dos modelos de gestão das organizações da saúde conduziram a escolha de um modo de investigação multicaseos, cruzando ferramentas qualitativas e quantitativas. A lógica geral do estudo, contudo, é fundamentalmente qualitativa e indutiva. Partimos de um quadro conceitual “sensibilizador”, que guiou a nossa atenção na exploração empírica dos fenômenos, visando construções hipotéticas progressivamente mais fundamentadas pela exploração empírica (Blumer 1954, 8).

A primeira parte desta tese é composta pela exposição e discussão do quadro conceitual e problemático, baseada numa revisão da literatura. No primeiro capítulo, ocupamo-nos essencialmente da conceptualização da RSE, mais precisamente, da clarificação dos conceitos, das teorias de referência, das controvérsias suscitadas e dos aspetos comuns às teorias estudadas; do papel que a RSE vem desempenhando em termos de suporte à implementação de sistemas de autorregulação no processo de legitimação do modelo Estado-providência e do modelo de gestão do setor público segundo critérios típicos do setor privado, bem como da legitimação do setor privado segundo pressupostos típicos do setor público; das posições dos diferentes atores face aos valores, às motivações e às lógicas da ação na implementação da RSE acionadas, com vista torná-la legítima em termos sociais.

No segundo capítulo, discutimos a institucionalização da RSE, tomando como referência de análise os eixos de orientação programática descritos nas políticas nacionais e europeias e o nível de adesão das organizações em geral e da saúde, à rede CSR Europe, às normas ISO, aos parâmetros de certificação GRI e aos índices de sustentabilidade. Descrevemos o estágio de consolidação na Europa da RSE em geral, e na área da saúde em particular, tomando como referência os documentos normativos de referência, as normas, os sistemas de gestão em RSE, os sistemas de indicadores, de auditorias e de certificação, como também os *rankings* de boas práticas e as redes europeias de sustentabilidade e de responsabilidade social. Atribuímos especial ênfase aos padrões mais adotados de gestão da RSE (ISO 14001, ISO 9001-2008), aos índices de certificação e de auditorias implementados, e a *rankings* europeus e internacionais de sustentabilidade.

Além disto, tratamos de conceptualizar a RSE no domínio específico da saúde, procurando clarificar os diferentes conceitos, marcos teóricos de referência, controvérsias e aspetos comuns das teorias estudadas. Tratamos ainda de averiguar quais foram as contribuições da RSE para a legitimação do modelo de Estado-

providência, e que medidas foram tomadas com vista acautelar a introdução da racionalidade económica e da lógica da rede nas estratégias do setor. Além disto, procuramos identificar que plataformas vinham sendo consolidadas de forma a favorecer a participação dos diferentes atores nos processos negociais da saúde e que relevância os valores, as motivações e as lógicas da ação pessoais desempenham nas decisões tomadas acerca da RSE na saúde.

No terceiro capítulo, descrevemos o contexto social e político em que a RSE se consolidou em Portugal e a estrutura operacional criada no seu suporte. Procuramos nesta fase, enfatizar, o papel que as diferentes organizações (ex. organizações não-governamentais, empresas e universidades) desempenharam na criação dos quadros normativos referência, dos sistemas de gestão, dos sistemas de indicadores, de auditorias e de certificação, além dos prémios, dos rankings de boas práticas e das redes e associações da RSE. Além disto, procuramos descrever o contexto social e político que incentivou a entrada da RSE no setor da saúde português, bem como elucidar os documentos políticos que serviram de referência, os grupos hospitalares aderentes e os tipos programas desenvolvidos. No quarto capítulo, sistematizamos a problemática da investigação, pormenorizando as opções conceptuais tomadas.

A segunda parte da tese é dedicada à exploração empírica e à análise dos dados sobre a RSE do setor da saúde nos concelhos delimitados. No quinto capítulo, explanamos as opções metodológicas para a investigação empírica, justificando a escolha dos municípios e dos grupos hospitalares referidos, tal como dos interlocutores autárquicos e hospitalares inquiridos e os tipos de fontes documentais mobilizadas.

O sexto capítulo inaugura a apresentação dos resultados empíricos da investigação. Nele, caracterizamos os concelhos estudados, bem como as estratégias de desenvolvimento territorial adotadas e as redes de *stakeholders* constituídas em suporte da RSE. No sétimo capítulo, caracterizamos grupos hospitalares e procuramos elucidar as suas forças, fraquezas, as oportunidades e as ameaças em termos de implementação da RSE e de articulação em redes de *stakeholders/clusters*. No oitavo capítulo, analisamos os discursos dos profissionais autárquicos e hospitalares e dos programas de RSE, em relação com os discursos na imprensa escrita sobre o setor hospitalar. Procuramos nesta fase, identificar os valores, as motivações e as lógicas de justificação acionadas nos discursos justificativos da RSE, bem como as convergências e as divergências existentes entre elas. Além disto, procuramos elucidar de que forma as

críticas veiculadas pela comunicação social impactavam o investimento na RSE pelos grupos hospitalares.

No nono capítulo, caracterizamos os programas e as redes de *stakeholders* da RSE constituídos pelos grupos hospitalares, tendo em consideração os âmbitos de atuação dos programas, os valores, motivações e lógicas de justificação acionados, os públicos ou objetos alvo, os modos de implementação acionados e das redes de *stakeholders* de suporte. Na caracterização destas redes de *stakeholders*, procuramos identificar os atores envolvidos, os tipos de acordos realizados, os meios de comunicação privilegiados e os programas desenvolvidos, bem como o seu potencial para a consolidação em *clusters*.

Parte I. Enquadramento e Problemática

Capítulo 1: A Responsabilidade Social no Capitalismo Contemporâneo

1.1. Percurso Histórico e Orientações Programáticas da Responsabilidade Social das Empresas

A concepção clássica da RSE identifica-se com a obrigação dos empresários adotarem políticas e práticas adequadas aos objetivos e valores da sociedade, buscando com a sua ação benefícios sociais para além dos estritamente económicos (Almeida 2010, 21).

A responsabilidade social compreendeu uma estratégia criada pelo setor empresarial em resposta à pressão social exercida pelos movimentos sociais na década de 1950 nos Estados Unidos da América. As exigências dos movimentos sociais vinham no sentido de levar as empresas a adotarem princípios e práticas que melhor contribuíssem para a salvaguarda dos direitos humanos e para a proteção do meio ambiente (Almeida 2010, 56). De acordo com as exigências dos movimentos sociais, as empresas necessitavam fazer alguma coisa para a minimização dos problemas sociais, para os quais elas mesmas contribuía, diretamente ou indiretamente.

Tanto as empresas como, progressivamente, outros tipos de organizações começaram a desenvolver ações baseadas na tradição filantrópica, que contribuía, por um lado para a colmatação das necessidades sociais e, por outro lado, para a sua afirmação enquanto “organizações cidadãs” (Carroll 1991, 42). “A filantropia, tal como entendida atualmente, consiste numa transferência voluntária de recursos da sociedade civil em benefício de quem tem carências essenciais em nome de uma transformação social” (Almeida 2010, 67, citando Kisil). Contudo, a mera transferência de recursos das empresas para atividades de apoio social sob forma de filantropia não foi suficiente para produzir os ganhos sociais reivindicados. Em primeiro lugar, porque as transferências eram pontuais e pouco frequentes, e em segundo lugar, porque eram raras as empresas que optavam por implementá-la voluntariamente.

Tendo em conta a incipiência das iniciativas filantrópicas, os movimentos sociais passaram a exigir, nos anos 60, uma maior sistematização das iniciativas sociais desenvolvidas pelas empresas. Esta sistematização só seria alcançada a partir do momento em que estas iniciativas passassem a integrar o *core business* das empresas.

Segundo Almeida (2010, 58), a partir dos anos 60, “A empresa ascende à condição de ‘agente moral’, evoluindo a responsabilização estritamente individual de quem toma decisões para uma responsabilização da empresa, no plano organizacional, como entidade moral sujeita a apreciação e à condenação”.

A partir dos anos 80, as reivindicações sociais passaram a ir no sentido de que as empresas incorporassem voluntariamente as preocupações sociais e ambientais nas suas estratégias, bem como nas relações que estabeleciam com os diferentes *stakeholders* (Lee 2008). Os movimentos sociais exigiam que as empresas fossem mais proativas em relação à salvaguarda do bem estar das sociedades, à proteção do meio ambiente e à transparência das atividades empresariais, atuando antecipadamente quer na identificação, quer na colmatação dos impactes negativos advindos da sua atividade empresarial. Por outro lado, as empresas tendiam a aderir a estas iniciativas somente depois de serem confrontadas publicamente pela comunicação social com os malefícios gerados pela sua atividade empresarial: “A atenção dos média e a pressão das ONGs sobre as corporações para estas tomarem responsabilidade acerca das práticas laborais dos seus fornecedores passaram a ditar as mudanças nas práticas empresariais e políticas” (Vogel 2006, 109).

Segundo Scherer e Palazzo (2011, 900), a globalização acarretou a deslocalização geográfica dos aparelhos empresariais das economias industrializadas para outros países com mais fraca regulação, originando com isto a diminuição dos impostos arrecadados nos países de origem, o aumento do desemprego, o crescimento da procura por subsídios estatais e a consequente perda de capacidade financeira e de produção de bens públicos por parte dos Estados. Como consequência, a inclusão das preocupações sociais e ambientais, a par das económicas, nas estratégias empresariais, passou a permear as discussões teóricas produzidas no campo, bem como as agendas políticas de desenvolvimento económico, social e ambiental dos estados e das organizações internacionais.

No quadro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ONU 2000), a iniciativa United Nations Global Compact, protagonizada por empresas à escala mundial, especificou áreas de atuação em colaboração com os governos e as sociedades civis de forma a alcançar as metas estipuladas, sob a égide da Organização das Nações Unidas (UN Global Compact). Em complementaridade, foi criado o Livro Verde da União Europeia, em resposta ao apelo do Conselho Europeu de Lisboa em março de

2000, com vista mobilizar o setor empresarial para a responsabilidade social – uma resposta estimulada pela iniciativa European Business Network for Social Cohesion, depois rebatizada CSR Europe –, que afirmava que “[a] responsabilidade social das empresas é, essencialmente, um conceito segundo o qual as empresas decidem, numa base voluntária, contribuir para uma sociedade mais justa e para um ambiente mais limpo” (EU 2001, 4).

1.2. Responsabilidade Social das Empresas, Governança e Legitimação

De acordo com o conceito de RSE, as empresas passariam a desempenhar um papel importante nos processos de governança, inclusive global. “Em poucas palavras, a RSE sugere um modelo de governança ampliado, com as firmas contribuindo para a regulação global e para a provisão de bens públicos” (Scherer e Palazzo 2011, 901), quer através da sua participação na criação de soluções para os problemas sociais e ambientais das populações, quer através do reforço dos dispositivos de transparência e de participação deliberativa dos cidadãos nos seus processos de decisão.

Com este novo modelo de governança, o setor privado passaria a atuar incorporando uma lógica de serviço público, ao mesmo tempo que o setor público é chamado a gerir-se de acordo com a lógica do setor privado (Murillo e Lozano 2009, 1), passando a exigir-se uma atuação mais concertada entre os vários setores, inclusive sob o formato de parcerias público-privadas (Scherer e Palazzo 2011, 909). Essas parcerias contribuíram assim para a diluição das fronteiras entre o setor público e o setor privado. Hoje mais do que nunca, o setor público tem-se visto obrigado a justificar a sua ação em termos de eficiência económica, e o setor privado em termos de produção de mais-valias sociais e ambientais. Tal como Stoker (1998, 17-18) o descreve:

[o] conceito de governança refere-se ao desenvolvimento de estilos de governação em que as fronteiras entre os setores público e privado e no seu interior se tornaram difusas. A essência da governança é o seu enfoque em mecanismos de governação que não assentam no recurso à autoridade e às sanções do governo (...) a um conjunto de instituições e atores recrutados no governo, mas também para além deste (...) [e] tem a ver com redes autónomas e autogovernadas de atores.

Sob o imperativo da governança, os instrumentos de gestão típicos do setor privado foram introduzidos na gestão do setor público (Ewalt 2001, 6), sob a designação

do modelo de Nova Gestão Pública (Silvestre 2009), tal como os valores de serviço público seriam introduzidos no modelo estratégico das organizações privadas, tanto lucrativas como não lucrativas, sob os novos paradigmas da gestão socialmente responsável. Neste contexto, segundo Hjern e Porter (1981, 213) os programas de provisão de serviços sociais, incluindo de saúde, são levados a cabo por “clusters interconectados de firmas, governos e associações que coalescem dentro do enquadramento desses programas.”

A RSE tem sido apresentada como uma contribuição para resolver um défice estrutural de governança; é essa uma explicação adiantada para o desenvolvimento comparativamente elevado da RSE no Reino Unido, promovida pelos governos após a vaga de privatizações iniciada nos anos 80 do século XX (Moon, 2004), e essa perspectiva tem permeado a visão política das instituições europeias. Segundo Pascal Lamy, então Comissário Europeu para o Comércio,

(...) as práticas sociais e ambientais voluntárias das empresas, indo além das suas obrigações legais, podem desempenhar um papel da maior importância no preenchimento do hiato da governança de um modo inovador e criativo. A RSE não é assim uma substituta, mas sim um complemento da lei estrita (*hard law*) (no prefácio a Swift e Zadeck 2002, ii).

Estas orientações são indissociáveis das tendências de mudança na regulação das economias capitalistas avançadas, e das suas consequências na legitimação do Estado e do próprio sistema capitalista. O modo de regulação do capitalismo e das relações industriais, designado como Estado-providência, nos diversos modelos que historicamente desenvolveu nas sociedades europeias, pretendia ser um motor fundamental de desenvolvimento económico e social no período do Pós-Segunda Guerra Mundial, através de políticas públicas macroestruturais de redistribuição de rendimentos e de garantia de direitos sociais como parte integrante dos direitos de cidadania, de formação de capital humano e de redução dos custos de conflitualidade laboral (Triglia 2002, 170). Tais políticas conferiam ao Estado, além da função de garantia do direito, da ordem pública e dos direitos de propriedade, que lhe é atribuída pela teoria económica clássica, a de garantir a igualdade de oportunidades sociais e o acesso a rendimentos e a direitos sociais através da prestação de serviços prestados por organizações sob tutela estatal, financiados por diferentes fontes de receitas públicas.

Na conjuntura político-económica da Guerra Fria e de reconstrução e grande crescimento das economias europeias após a Segunda Guerra Mundial, este novo modelo de regulação dos rendimentos e das relações de trabalho teve um papel fundamental no controlo dos conflitos sociais, no enquadramento político das reivindicações salariais e laborais, no crescimento industrial e na legitimação política do sistema capitalista. Contudo, este sistema viu progressivamente perigar a sua sustentabilidade a partir de meados dos anos 70, em período de crise, a qual só seria relativamente contida nos regimes de Estado-Providência fortes, assentes em sistemas de regulação neocorporativa, capazes de gerar compromissos políticos credíveis de moderação salarial em troca da garantia estatal de direitos sociais (Trigilia 2002, 177).

O abrandamento conjuntural e a incerteza estrutural que se abateram sobre o ritmo de crescimento económico após o período de estagnação económica, acrescidos de outros fatores de mudança social – de que se destacam as alterações demográficas no envelhecimento e o aumento dos rácios de dependência de idosos; os limites à fiscalidade sobre os lucros e o capital, em contexto de globalização da competição pelo investimento; o declínio do modelo de produção fordista e da composição social das classes assalariadas no capitalismo pós-industrial, e a emergência de novas classes médias com orientações de valores diferenciadas –, minaram a sustentabilidade financeira e política dos regimes de Estado-providência (Trigilia 2002, 172, 188). A crise de sustentabilidade financeira e política do Estado-providência, combinada com o ascendente das políticas neoliberais sob a égide dos Estados Unidos, minou as bases dos Estado-providências keynesianos na Europa (Benatar, Daar e Singer 2003, 128), obrigando a reajustamentos, levando à restrição de garantias públicas de direitos sociais, à transferência de parte dessas responsabilidades para o setor privado, à exigência de maior eficiência na aplicação dos recursos pelo setor público e à consolidação de alianças envolvendo o setor público, privado e ONGs, com vista assegurar a legitimidade do Estado-providência e do próprio sistema capitalista. Assim, primeiro com a construção das convenções de regulação do capitalismo em torno do Estado-providência, e depois com a necessidade de superar as suas dificuldades,

(...) durante a segunda metade do século XX, a forma de capitalismo excludente foi progressivamente cedendo o lugar a um novo sistema sócio-económico, de dupla entrada, onde “as empresas capitalistas deixaram de fixar-se apenas na função económica (...) e passaram a orientar-se, de modo indissociável, pela

função ética da responsabilidade social” (Srouf 1998, 47). Assim emerge um *capitalismo social* orientado para a satisfação dos diversos grupos de interesse associados à atividade de cada empresa – os *stakeholders* – que acrescenta à função lucrativa que beneficia diretamente os acionistas-proprietários a função social da empresa traduzida pela forma como esta se relaciona com os trabalhadores, os clientes, os fornecedores, os parceiros, as instituições, o Estado, a comunidade envolvente e a própria Natureza (Almeida 2010).

Ou seja, desenvolveu-se um conjunto de práticas e discursos promovendo novos moldes de autorregulação e de legitimação do capitalismo (Blowfield e Murray 2008, Ferrão 2012, Scherer e Palazzo 2011, Swift e Zadeck 2002, Vogel 2006). À medida que se consolidam o discurso e as exigências sociais em relação à atuação das empresas, a RSE torna-se um poderoso e indispensável elemento de legitimação dessa ação, podendo concomitantemente as práticas socialmente responsáveis constituir um meio decisivo de autopromoção e de diferenciação no mercado global (Almeida 2010, 254).

Com democracias consolidadas e cidadãos mais esclarecidos, num contexto de controvérsias públicas atinente à modernidade reflexiva e a uma sociedade de risco (Beck 1992), as preocupações éticas das populações pressionam o contexto das empresas, que já não as podem ignorar, sob pena de perderem a sua confiança e de comprometerem a própria sobrevivência (Almeida 2010, 52). A RSE passaria a constituir a via mais provável de legitimação do sistema capitalista no contexto de mudança e de crescente pressão exercida pela sociedade civil (Scherer e Palazzo 2011, 903), posicionando-se como “(...) uma solução-chave para as questões sociais e ambientais deste tempo” (Blowfield e Murray 2008, 11). A RSE seria assim, “(...) hoje em dia, ‘o tributo que o capitalismo presta à virtude’, decorrente das enormes pressões sociais que recaem sobre a forma como a riqueza gerada pela atividade empresarial que é socialmente distribuída” (Almeida 2010, 50, citando Crook; vd. Mota e Dinis 2005, 249).

Sobre o conceito de controvérsia, atemo-nos à definição de Giddens (1997). Segundo este autor, a controvérsia pode ser pública ou privada. Na controvérsia pública, o objeto alvo da discórdia constitui alvo de queixa pública normalmente a partir da comunicação social, enquanto na controvérsia privada, o objeto alvo da disputa é apresentado no foro mais íntimo das relações interpessoais. Além dos meios de divulgação, encontram-se na base da diferenciação das controvérsias apresentadas, o

número de atores envolvidos e o intuito que subjaz à divulgação. Nas denúncias públicas, que aqui nos interessam especialmente, o intuito é normalmente chamar a atenção para as situações de injustiça e a forçar a reunião de novos consensos entre vários setores da sociedade, sob pena de as organizações perderem a legitimidade de que dispõem para operar.

O modelo proposto por Boltanski e Chiapello (2009), segundo o qual o espírito do capitalismo, que pressupõe a liberdade e a autonomia dos agentes, necessita de uma dimensão moral que ofereça uma justificativa às pessoas para aderirem voluntariamente ao modo de vida capitalista, fornece-nos uma base teórica para uma visão da RSE como forma de legitimação e de transformação do capitalismo em contexto de controvérsia pública.

O debate sobre a RSE parece coincidir com esta crítica que encontra uma nova justificativa moral, baseada no argumento do bem comum, que promove um deslocamento do capitalismo para uma nova configuração que o defende da erosão e lhe assegura larga adesão social (Ventura citado por Almeida 2010, 53).

Nesta perspetiva, seria a transformação do capitalismo que asseguraria a sua sobrevivência, alcançada através da crítica que questiona os modelos estabelecidos e que promove a mudança para formatos distintos dos anteriores, sem abandonar a estrutura capitalista fundamental (Almeida 2010, Blowfield e Murray 2008, King e Pearce 2010). A RSE pode então ser interpretada tanto como um produto original de reivindicações sociais, como, simultaneamente, um instrumento de legitimação neoliberal do sistema capitalista instalado nas sociedades ocidentais contemporâneas (Almeida 2010, 24, 262; Kang e Moon, citados por Kinderman 2011, 31). Estas transformações

vêm requerendo a adaptação ao novo contexto institucional das justificações, dos dispositivos utilizados para responder às críticas, e das provas mobilizadas para tal. Em suma, a pressão que os movimentos sociais exerceram sobre as organizações e os gestores nos anos 70, a fim de que estes passassem a salvaguardar os direitos e a segurança das partes direta e indiretamente afetadas pela atividade produtiva, levou os gestores a desenvolver novas capacidades de reflexão e de resposta às críticas, sobretudo quando confrontados publicamente (Boltanski e Thévenot 1999, Boltanski 2001).

A par desses diversos fatores de ordem estrutural e conjuntural que contribuíram para que o Estado, nas sociedades capitalistas desenvolvidas e em processo de globalização perdesse em certa medida, a sua capacidade de regulação das ações de mercado e de garante dos direitos sociais de cidadania, essas mesmas sociedades tornaram-se mais reivindicativas em termos da participação das organizações produtivas, entre as quais as empresas, na salvaguarda de direitos sociais e na produção de bens públicos, para além daquilo a que se encontram legalmente obrigadas. A participação do setor privado e da sociedade em geral nestas esferas tem impulsionado alterações na forma como encaramos a relação entre empresas, sociedade e Estado. A regulação puramente estatal consubstanciada nos dispositivos legais foi sendo suprida pelos moldes de regulação denominados “autorregulatórios” (Scherer e Palazzo 2011, Zuckerman 1999). Na autorregulação, os atores orientam as suas ações tendo como base os padrões éticos que cultivam, não restringindo, portanto, o campo das suas escolhas apenas aos imperativos de natureza normativa ou legal. As organizações são chamadas a decidir numa base voluntária, e a implementar modelos e práticas que coíbam a má-fé e o comportamento antiético, através de instrumentos tais como os códigos de ética e os relatórios de sustentabilidade.

A participação das empresas na esfera política e pública pôs em discussão questões como a legalidade, as fontes de legitimidade empresarial, a governança, a responsabilidade social e a própria democracia. A participação das empresas na esfera pública sob a forma da responsabilidade social não tem sido suportada por instrumentos legais de regulação. Neste domínio, tem-se assistido de uma maneira geral, à complementação da legislação formal (*hard laws*) com normas tácitas, juridicamente não vinculativas (*soft laws*). A pertinência das *soft laws* no processo de legitimação é fundamental, na medida em que “(...) nos estudos organizacionais, a legitimidade do comportamento empresarial [*business behaviour*] é definida como a perceção da sua conformidade com as regras, normas ou tradições sociais.” (Scherer e Palazzo 2011, 914).

Assim, muitas empresas vêm optando por modelos de governação marcados pela autorregulação e pela participação ativa na produção de bens públicos, seja por razões altruísticas, morais ou políticas. Por exemplo, Smith (2008) apresenta os exemplos de duas multinacionais farmacêuticas (Baygon Company e GlaxoSmithKline) que encontraram na RSE um instrumento de reforço dos conceitos que norteavam a sua

missão a partir das práticas implementadas ao nível da *advocacy*, da articulação com a comunidade local, da salvaguarda do direito humano à medicação e à inovação, do cuidado com o meio ambiente e do respeito pelos direitos dos consumidores. Segundo este autor, “(...) O setor farmacêutico em geral precisa de demonstrar que tem responsabilidade e que tem dado passos no sentido de intensificar o conhecimento dos resultados e da gestão da RSE” (Smith 2008, 309).

De um ponto de vista económico e gestor, a par dos benefícios éticos, a RSE tem proporcionado ganhos de imagem e reputação, fruto da obtenção de menções honrosas, certificações, colocação nas primeiras posições dos *rankings* de empresas sustentáveis e/ou socialmente responsáveis, entre outros. Porter e Kramer (2006) argumentam que as concepções correntes sobre a RSE, tanto de detratores como de apoiantes, pecam por considerar os interesses empresariais e sociais como mundos separados. A chave estaria na exploração por cada empresa das áreas de interseção entre esses interesses, entre a sua estratégia de negócio e as dos *stakeholders* nos seus contextos concretos de atuação social, sendo que a integração bem sucedida desse interseção de interesses na estratégia competitiva da empresa geraria vantagens competitivas simultaneamente com bens públicos.

Segundo Scherer e Palazzo (2011, 912), “[a] autorregulação através de *soft laws* é caracterizada pela ação voluntária (baixo nível de obrigação), regras imprecisas, e delegação de autoridade em atores não estatais”. Por isso, num contexto de globalização empresarial,

(...) aqueles que são democraticamente eleitos para regular (os governos), têm menos poder para fazê-lo, ao passo que aqueles que se encontram envolvidos na autorregulação (as companhias privadas) não têm um mandato democrático para tal e não podem ser responsabilizados perante uma sociedade política cívica [*civic polity*] (...) [pelo que] a teoria deliberativa é discutida como um modelo alternativo que parece estar mais bem equipado para lidar com a constelação pós-nacional e para lidar com o défice democrático (Scherer e Palazzo 2011, 907).

Neste novo modelo de governança, passaria a ser esperada a conciliação dos interesses dos vários *stakeholders* no interior das estratégias organizacionais, e a valorização do capital social enquanto elemento estruturante.

No entanto, constatamos a existência de divergências na literatura em torno dos mecanismos de regulação. Se por um lado, há autores que defendem a institucionalização formal dos pressupostos éticos e o reforço dos mecanismos legais de regulação (Blowfield e Murray 2008, Vogel 2006), outros defendem que a regulação informal no interior dos *clusters* contribui mais para o comportamento dos atores do que os instrumentos institucionais mencionados anteriormente (Uzzi 1997).

Como dizia Granovetter (2003, 78), “Os laços de confiança contribuem para a redução das situações de oportunismo e de má-fé, sobretudo quando a capacidade de controlo das instituições é diminuta”. Mas um tal sistema de autorregulação da ação empresarial apresenta dificuldades, desde logo porque, segundo os autores consultados, os diferentes atores não cultivam os mesmos padrões de orientação ética, o que remete para a necessidade acima referida de negociação de sentidos e de valores, até ao estabelecimento de convenções partilhadas entre os diferentes atores, à partida com valorações e prioridades distintas, para que seja sequer possível a constituição de uma rede estável entre empresas e *stakeholders*. Nos debates daí resultantes, as críticas formuladas contrapõem juízos de natureza cívica, representativos do compromisso que uma determinada ação detém em produzir mais-valias sociais, sobretudo para os mais vulneráveis, a juízos de natureza mercantil, resultantes do compromisso que a ação empresarial tem de criar vantagens competitivas para os detentores do capital (Boltanski e Thévenot 1999). A concertação entre estas duas ordens de juízos tornou-se crucial para a legitimidade dos atores e das organizações no contexto do novo espírito do capitalismo. Além do ajustamento dos interesses e dos regimes de justificação na arena pública, o novo espírito do capitalismo trouxe para dentro do mercado a lógica das redes, e a da manutenção dos vínculos de cooperação entre os atores através dos projetos (Boltanski e Chiapello 2009).

Capítulo 2: A Institucionalização Internacional da RSE

2.1. A Institucionalização nas Políticas Europeias e a CSR Europe

A análise bibliográfica realizada mostrou que não existe consenso quanto à implementação das primeiras iniciativas políticas de promoção em RSE na Europa. Segundo fontes consultadas, o Livro Verde da RSE na União Europeia, apresentado pela Comissão Europeia em 2001, retomou de certa forma os valores que estiveram na base do Tratado que instituiu a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço entre França, Alemanha, Itália, Bélgica, Luxemburgo e Países Baixos. O chamado Livro Verde, intitulado *Promover um Quadro Europeu para a Responsabilidade Social das Empresas*, pretendia incentivar os Estados membros à mobilização das empresas em matéria de direitos humanos e desenvolvimento sustentável, de modo a contribuir para a estratégia de competitividade e inovação das organizações.

Na definição do Livro Verde, a RSE compreende “um conceito segundo o qual as empresas decidem, numa base voluntária, contribuir para uma sociedade mais justa e para um ambiente mais limpo” (Comissão Europeia 2001, 4). Além de as orientações emanadas de organismos internacionais (como a ONU, a OIT e a OCDE) terem explicitamente influenciado a criação deste documento, o impulso maior para a sua criação foi dado pelo Conselho Europeu de Lisboa em março de 2000, quando “formulou um apelo especial ao sentido de responsabilidade social do meio empresarial no que toca às melhores práticas em matéria de aprendizagem ao longo da vida, organização do trabalho, igualdade de oportunidades, inclusão social e desenvolvimento sustentável” (3). Invocando a cimeira de Lisboa, o precedente do apelo de Jacques Delors em 1993 para a participação das empresas da UE no combate à exclusão social, e colocando a par o trabalho político então em curso para uma Carta Europeia dos Direitos Fundamentais consagrado pelo Conselho Europeu de Nice em dezembro de 2000, as conclusões do Conselho Europeu de Estocolmo de março de 2001 que apelavam à responsabilidade social das empresas em parcerias com diversos *stakeholders* e as do Conselho Europeu de Gotemburgo de junho de 2001 sobre crescimento económico, coesão social e sustentabilidade ambiental, o Livro Verde procurava assim lançar a discussão política sobre o desejado papel a assumir voluntariamente pelas empresas nesses domínios:

Ao afirmarem a sua responsabilidade social e ao assumirem voluntariamente os compromissos que vão para além dos requisitos reguladores convencionais a que, de qualquer forma, estariam sempre vinculadas, as empresas procuram elevar o grau de exigência das normas relacionadas com o desenvolvimento social, a proteção ambiental e o respeito dos direitos fundamentais, e adotam uma governação aberta, em que se conciliam os interesses de diversas partes, numa abordagem global da qualidade e do desenvolvimento sustentável.

Embora se reconheça a importância de todos estes aspetos, o presente documento centra-se fundamentalmente nas responsabilidades das empresas em termos sociais (...). A União Europeia interessa-se pela questão da responsabilidade social das empresas, uma vez que pode constituir um contributo positivo para atingir o objectivo estratégico definido em Lisboa: “tornar-se na economia baseada no conhecimento mais dinâmica e competitiva do mundo, capaz de garantir um crescimento económico sustentável, com mais e melhores empregos, e com maior coesão social” (Comissão Europeia 2001, 3).

Em linha com as abordagens instrumentais referidas no capítulo antecedente, a Comissão Europeia (2001 5, 7-8) defendia que:

Dado que a responsabilidade social é um processo pelo qual as empresas gerem as suas relações com uma série de partes interessadas que podem influenciar efectivamente o seu livre funcionamento, a motivação comercial torna-se evidente. Assim, à semelhança da gestão da qualidade, a responsabilidade social de uma empresa deve ser considerada como um investimento, e não como um encargo. (...)

Assim, o facto de se transcender as obrigações legais elementares no domínio social – por exemplo, em termos de formação, condições de trabalho ou das relações administração-trabalhadores – é passível de ter também um efeito directo sobre a produtividade. Possibilita igualmente uma melhor gestão da mudança e a conciliação entre o desenvolvimento social e uma competitividade reforçada. (...)

Os resultados positivos directos podem derivar, por exemplo, de um melhor ambiente de trabalho, levando a um maior empenhamento e uma maior produtividade dos trabalhadores, ou de uma utilização mais eficaz dos recursos

naturais. Os efeitos indiretos são consequência da crescente atenção dos consumidores e dos investidores, o que aumentará as oportunidades de mercado. Inversamente, as críticas dirigidas à prática de uma empresa poderão, por vezes, ter um efeito negativo sobre a sua reputação, afectando activos fundamentais – as suas marcas e a sua imagem.

Entre os vários tópicos de debate levantados pelo Livro Verde, salientamos ela sua pertinência para o presente trabalho os que apontam para a constituição de redes colaborativas de empresas e *stakeholders*:

Quais as melhores formas para estabelecer e desenvolver um processo de diálogo estruturado em matéria de responsabilidade social das empresas entre estas e as suas diversas partes interessadas?

Quais deverão ser os papéis a desempenhar pelos protagonistas, isto é, empresas, parceiros sociais, autoridades públicas, ONG, na promoção da responsabilidade social das empresas? (Comissão Europeia 2001, 25)

No sentido de alcançar as metas estipuladas em termos de desenvolvimento económico e do desenvolvimento sustentável e da confluência dos vários sectores em redes de *stakeholders*, a Comissão Europeia (2006, 4) insistiu no maior empenho dos Estados membros, dos dirigentes e das empresas na implementação das recomendações do Livro Verde “(...) A Comissão convida as empresas europeias a passar a uma velocidade superior e a reforçar o seu compromisso com a RSE”. Como, apesar dos apelos, a implementação deste documento não atingiu os resultados pretendidos (Comissão Europeia, 2011, 6), a Comissão Europeia decidiu reformular a sua política de RSE, procurando aproximar a abordagem da RSE na Europa às Diretrizes da OCDE para Empresas Multinacionais, à ISO 26000¹ e aos Princípios Orientadores sobre Empresas e Direitos Humanos das Nações Unidas.

A nova estratégia europeia da RSE, publicada em 25 de Outubro de 2011 (Comissão Europeia 2011), veio, de certa forma, clarificar o sentido estratégico da RSE, reforçando os princípios utilitaristas e assinalando o seu contributo para o sucesso e para a competitividade do negócio, quando totalmente integrada na estratégia empresarial. A União Europeia passaria a desempenhar um papel mais ativo na mobilização dos

¹ A ISO 26000 é uma norma não certificada de suporte à implementação RSE, criada pela ISO em 2010. Cf. secção 2.3, infra.

Estados membros, na consolidação de ambientes mais propícios à atuação voluntária das empresas europeias, através da criação de políticas de atribuição de prémios e de benefícios fiscais a empresas socialmente responsáveis, e da criação de manuais de RSE específicos para as indústrias de maior peso na Europa. Além disto, a UE ficaria também incumbida da função de acompanhar os avanços conseguidos pela RSE e de informar sobre eles. Com vista a cumprir a função de relato que lhe foi atribuída, a EU comprometeu-se em divulgar regularmente os relatórios no website, segundo os parâmetros internacionais de reporte.

Apesar da existência de divergências, podemos dizer que a RSE se encontra consolidada na Europa, tanto do ponto de vista político-discursivo como do estratégico-operacional. O Livro Verde e as sucessivas comunicações da Comissão Europeia aos Estados membros em 2004, 2006 e 2011 traduzem os desígnios da EU de transformar o continente num bom exemplo mundial em matéria de responsabilidade social, para o que conta com o suporte da Rede Europeia de Empresas para a Responsabilidade Social, a CSR Europe.

A CSR Europe foi criada em 1996 com o nome de Rede Europeia de Empresas pela Coesão Social, em resposta ao apelo do Presidente Jacques Delors, acima referido. Também em resposta ao apelo da Cimeira de Lisboa em 2000, colaborou com a Comissão Europeia na definição da Estratégia Europeia para a RSE. Em 2010, a UE lançou a Enterprise 2020, para enquadrar o contributo das empresas para a Estratégia Europeia 2020. Esta rede é hoje composta por 59 empresas multinacionais e 45 organizações nacionais de RSE, que no seu conjunto associam mais de 10.000 empresas. A Enterprise 2020 procura articular dois grandes eixos: o do desenvolvimento sustentável, onde é proposta a inclusão das preocupações sociais, ambientais e económicas nas opções estratégicas das organizações, e o da inovação dos produtos e dos serviços produzidos na Europa. Às organizações membros, disponibiliza guias e outros instrumentos de apoio à implementação da RSE, serviços de consultoria, canais de comunicação e de troca de conhecimento e de experiências com outros profissionais, além dos vários seminários, *workshops* e outros encontros europeus e internacionais que promove.

A análise da lista das organizações membros da CSR Europe mostrou-nos que uma parcela significativa das empresas que a compõem é constituída por empresas multinacionais (ex. Microsoft, HP); e que o setor da saúde se encontra pouco

representado, contando apenas cinco empresas (Amgen USA, MSD Bélgica, Novartis Suíça, Novo Nordisk Dinamarca, Sanofi Alemanha), maioritariamente dos segmentos biotecnológico e farmacêutico.

2.2. A International Organization for Standardization e a Global Reporting Initiative

(...) os conflitos políticos em torno da regulação do capitalismo global – e a incrustação destes conflitos em regras e guiões neoliberais – geraram projetos de construção institucional que provaram ser cruciais para o crescimento da certificação. (...) Há indícios de que a certificação está em vias de institucionalização como um instrumento quase-político. (...) Além disso, as iniciativas de certificação tornaram-se num ‘campo da responsabilidade social’ cada vez mais elaborado, que mal existia há uma década atrás, mas que hoje produz uma plétora de documentos de políticas, conferências, consultoras, e até credenciais de ensino (Bartley 2007, 299, 302-3).

Apresentamos nesta secção alguns dos pontos altos deste processo de institucionalização correlativa entre a responsabilidade social e os instrumentos e agências de padronização normativa, criados no âmbito da “conflitualidade do capitalismo” (King e Pearce 2010, 260).

A ISO – International Organization for Standardization é a organização não governamental independente que é a maior produtora mundial de normas internacionais voluntárias. É composta por 162 países membros, que dispõem de organismos de padronização nacionais hierarquicamente vinculados ao secretariado central localizado em Genebra, na Suíça (ISO). As 60 normas ISO criadas especificamente para a área da saúde não fornecem linhas de orientação específicas para o setor em áreas como a sustentabilidade, RSE e gestão de *stakeholders*. Existem, sim, normas ISO sobre essas matérias, de aplicação transversal aos diferentes setores de atividade. As normas ISO 14000, por exemplo, aplicam-se aos vários aspetos da gestão ambiental, fornecendo ferramentas práticas para as companhias e as organizações que buscam identificar e controlar o seu impacto ambiental e melhorar constantemente o seu desempenho nesse domínio.

A ISO 26000:2010 compreende a primeira norma internacional de padronização da RSE. A norma fornece a orientação sobre os princípios de responsabilidade social a

seguir, identificando a responsabilidade social e os parceiros envolvidos, os temas centrais e as questões pertencentes à responsabilidade social, e os caminhos para integrar o comportamento socialmente responsável dentro da organização:

Um desempenho organizacional em relação à sociedade em que a organização opera e o seu impacto sobre o ambiente tornou-se uma parte crítica da mensuração da sua atuação global e da sua habilidade para continuar operando efetivamente. Isto é, em parte, um reflexo do reconhecimento crescente da necessidade de assegurar os ecossistemas saudáveis, a equidade social e a boa governança organizacional (GRI e ISO 2014, 6).

As áreas de atuação previstas para a RSE na ISO 26000 são as de Governança Organizacional, Direitos Humanos, Práticas Laborais, Meio Ambiente, Práticas de Operação Justas, Questões dos Consumidores, Envolvimento e Desenvolvimento da Comunidade (GRI e ISO 2014, 12-13). Dentro das áreas assinaladas, foram estipulados alguns eixos de atuação, de entre os quais assinalamos o eixo Saúde, que integra a área Envolvimento da Comunidade e Desenvolvimento.

A GRI – Global Reporting Initiative foi criada em 1997 em resultado de uma parceria consolidada entre a CERES (Coalition for Environmentally Responsible Economies) e o UNEP – Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente, mais tarde endossada por parcerias com a iniciativa UN Global Compact para a promoção da sustentabilidade nas empresas e na economia global, pela OCDE e pela ISO. É uma rede composta por especialistas de todo o globo, cuja missão é difundir as Diretrizes para Elaboração de Relatórios de Sustentabilidade aplicáveis a todas as organizações que pretendam, de uma forma voluntária, difundir à escala global a informação económica, ambiental e social referente às suas atividades, produtos e/ou serviços.

Em dezembro de 2014, a KPMG analisou as práticas das 100 maiores empresas de 41 países, no que toca ao reporte da RSE. Entre as empresas mundiais que divulgavam relatórios de sustentabilidade, mais de 90% faziam-no seguindo os parâmetros da GRI, considerados como o padrão mais exigente a nível mundial, e aquele que tem maior reconhecimento internacionalmente. 71 das 100 maiores empresas analisadas assumiram nesse ano integrar a dimensão da responsabilidade corporativa nos relatórios divulgados, o que representava um aumento de 7% em relação a 2011. Tal contribuiu para que as empresas europeias fossem ultrapassadas pelas empresas do continente americano no *ranking* de divulgação de relatórios de sustentabilidade. Em

2014, a Europa detinha 8.710 dos 21.263 relatórios de sustentabilidade publicados em todo o mundo, 7.742 redigidos de acordo com os parâmetros GRI. Dos relatórios divulgados na Europa, apenas 70, ou seja, 0.80% diziam respeito a empresas ligadas ao setor da saúde, nenhuma das quais portuguesa ou sediada em Portugal.

Enquanto a GRI disponibiliza os parâmetros dos relatórios de sustentabilidade e responsabilidade, a ISO disponibiliza a norma ISO 26000. Ao contrário das normas da qualidade ISO 9001 e do ambiente ISO 14000, esta norma define novos valores éticos e procedimentos de suporte. Apesar de não ser passível de certificação, encoraja o reporte público sobre o desempenho socialmente responsável para com os parceiros internos e externos, tais como os empregados, as comunidades locais, investidores e reguladores. Em 2005, a ISO assinara um memorando de entendimento com a GRI no sentido de passarem a construir conjuntamente as ferramentas de suporte à implementação da responsabilidade social. De uma forma simplificada, pode-se dizer que os parâmetros de reporte da GRI4, lançada em 2013, foram criados para auxiliar as empresas na elaboração dos relatórios, tendo como base os parâmetros ISO 26000 de 2010.

A ISO 26000 introduz o princípio de responsabilidade social sobre o respeito pelos interesses dos *stakeholders* e indica que o reporte da informação para a responsabilidade social deveria ser “sensível aos interesses dos *stakeholders*”, e as Orientações GRI apresentam o princípio da Inclusividade dos *Stakeholders*. Além disso, a ISO 26000 fornece orientação sobre a natureza e o propósito do envolvimento dos *stakeholders*, enquanto as orientações da GRI estão focadas na inclusividade dos *stakeholders* no processo de reporte (GRI e ISO 2014, 8).

As diretrizes do GRI defendem expressamente a verificação dos relatórios de sustentabilidade por auditorias de entidades independentes externas, de modo a assegurar a independência da informação reportada. Complementando os padrões do GRI para a avaliação e elaboração de relatórios de sustentabilidade, existem padrões de verificação por auditoria externa, de entre os quais se destaca a AA1000 Assurance Standard, cuja primeira edição data de 2003 (AccountAbility 2008).

2.3. Os Índices de Sustentabilidade

A Europa foi apresentada na literatura como um bom exemplo em matéria de Responsabilidade Social, nomeadamente no respeitante à utilização de instrumentos de

reconhecimento, como os índices de sustentabilidade, e à sua valorização em termos de quotas de mercado (Vogel 2006, 8).

Os dois índices mais procurados na Europa hoje em dia são o Dow Jones Sustainability Index (DJSI World) e o FTSE4 Good Stock Exchange. O primeiro conta atualmente com mais de 300 empresas em 60 setores industriais de 34 países. Na Europa, encontra-se subdividido em quatro sub-índices (Rego et al. 2006, 951):

1. Dow Jones STOXX Sustainability Index - DJSI STOXX;
2. Dow Jones STOXX Sustainability Index ex. Álcool, Jogo, Tabaco, Armamentos e Armas de Fogo- DJSI STOXX ex All;
3. Dow Jones EURO STOXX Sustainability Index- DJSI EURO STOXX;
4. Dow Jones EURO STOXX Sustainability Index ex. Álcool, Jogo, Tabaco, Armamentos e Armas de Fogo- DJSI STOXX - DJSI EURO STOXX

Os índices de sustentabilidade Dow Jones permitem às empresas europeias participar no índice global ou apenas no índice europeu de sustentabilidade. Além disto, facultam-lhes a possibilidade de participarem nos índices gerais, onde são incluídas todas as indústrias, ou apenas nos índices específicos que excluem as indústrias do Álcool, do Tabaco, do Jogo, dos Armamentos e Armas de Fogo. Do total de 317 empresas cotadas na Dow Jones Sustainability Index, 161 são de origem europeia e 2 de origem portuguesa. Contudo, apenas 4 empresas se incluem no setor “Equipamentos e Serviços de Saúde”, sendo provenientes de Dinamarca, Alemanha, Suíça e Reino Unido.

O universo europeu de empresas cotadas em 2014 no FTSE4 Good Stock Exchange era constituído por 310 empresas, número bem superior ao das empresas norte-americanas, 175. Das 310 empresas europeias cotadas no FTSE4 Good Stock Exchange Index, aquelas que tiveram a melhor pontuação representavam os mais variados ramos, incluindo o da saúde: Nestlé (Processamento de Alimentos, Suíça), Novartis (Indústria Farmacêutica e Biotecnológica, Suíça), Roche Hldgs (Genus) (Indústria Farmacêutica e Biotecnológica, Suíça), HSBC Hldgs (Serviços Financeiros, Reino Unido) e Royal Dutch Shell A (Derivados de Petróleo e Gás, Reino Unido). As empresas dos setores energético, químico e financeiro vêm cedendo lugar aos poucos para as empresas dos setores alimentar e farmacêutico, principalmente na Europa Central. Os países europeus com empresas cotadas no índice FTSE 4Good Exchange foram, por ordem decrescente do número de empresas: Reino Unido (95); França (48);

Alemanha (33); Suécia (25); Suíça (21); Espanha (19); Holanda (18); Itália (16); Portugal (4). No que concerne a Portugal, encontravam-se cotadas no FTSE 4Good Exchange 2014: Galp, EDP, PT Comunicações, e Brisa; sendo que as duas primeiras também se encontravam cotadas na Dow Jones Sustainability Index. Contudo, também aqui, não encontramos nenhuma ligada ao setor da saúde. No índice da FSTE 4Good Exchange Environmental Leaders, específico para a área ambiental, encontramos 10 empresas europeias cotadas, das quais apenas duas pertenciam ao ramo farmacêutico e de biotecnologia (GlakoSmithKline, do Reino Unido e Sanofi, de França) e nenhuma ao da prestação de cuidados de saúde.

2.4. A Responsabilidade Social no Setor da Saúde

É no contexto acima referido de reivindicações sociais sobre as empresas, de alteração das missões e funções do setor público e privado e das alterações dos paradigmas de legitimação dos atores e respetivas organizações, que temos que situar o processo de introdução da RSE no setor da saúde. Pensamos ser teoricamente relevante pensar as implicações destas orientações para a RSE nas organizações da área da saúde, na ótica da necessidade de legitimação da ação política e organizacional no capitalismo contemporâneo, num setor em que a disponibilidade universal de cuidados de saúde constitui um dos esteios fundamentais à segurança ontológica dos indivíduos (Giddens 2005, 64) e, mais genericamente, se fazem sentir as tensões culturais entre as práticas lucrativas e o carácter moralmente sagrado da vida humana (Zelizer 1983).

Como parte do apelo crescente à RSE nas agendas políticas internacionais sobre o desenvolvimento sustentável e os direitos humanos, surgiram desde finais do século XX as recomendações nesse sentido, feitas ao mais alto nível das organizações internacionais. A Declaração de Jacarta da Organização Mundial de Saúde (OMS 1997) colocou pela primeira explicitamente vez a RSE nas diretivas políticas internacionais para a saúde. A Declaração da UNESCO sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2005, defende a orientação das preocupações da Bioética tendo em conta as necessidades das regiões em termos de acesso a cuidados de saúde de qualidade e acesso aos medicamentos, especialmente na área da saúde materna e infantil, do acesso à nutrição adequada e à água, do aprimoramento das condições de vida e do meio ambiente, da eliminação da marginalização e da exclusão de pessoas, segundo as características sociais, culturais, raciais, entre outras, além da diminuição da pobreza e da iliteracia.

“Esta Declaração dirige-se aos Estados (...)”, mas, significativamente, “[n] a medida em que for adequado e relevante, também fornece orientações para as decisões ou práticas de indivíduos, grupos, comunidades, instituições e empresas, públicas e privadas” (UNESCO 2005, arts 1 e 14). Estas linhas de orientação foram depois desenvolvidas no domínio da Responsabilidade Social, incluindo a RSE, no relatório do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO (UNESCO-IBC 2010).

Um fator fundamental no desenvolvimento de reivindicações sociais ao setor da saúde foi a biomedicalização:

A biomedicalização é o termo que usamos para designar os processos cada vez mais complexos, multilocalizadas e multidirecionais da medicalização que hoje estão sendo simultaneamente ampliadas e reconstruídas através das formas e práticas sociais emergentes de uma biomedicina altamente e crescentemente tecnocientífica. Com o “bio” em biomedicalização, sinalizamos as transformações tanto do humano como do não humano tornadas possíveis por inovações tecnocientíficas como sejam a biologia molecular, as biotecnologias, a genomização, a medicina de transplantes, e as novas tecnologias médicas (Clarke et al. 2003, 162).

Além de outros temas Walshe (2011) abordou as disputas e os conflitos ocasionados no setor da saúde, pelo facto de a sociedade civil se ter tornado mais reivindicativa quanto aos serviços de saúde prestados e de se terem alterado os padrões de prestação de cuidado social (nomeadamente na saúde). O surgimento da biomedicina esteve na base de alguns movimentos sociais, cujas reivindicações vinham no sentido de massificar o acesso ao cuidado de saúde e aos medicamentos inovadores a todos os habitantes do planeta, promover a aprovação de legislação que tivesse em conta a salvaguarda dos direitos dos pacientes, nomeadamente a autonomia dos cidadãos no autocontrolo sobre a forma e o funcionamento do próprio corpo, a par da defesa do meio ambiente e dos direitos dos animais envolvidos nos ensaios clínicos, entre outros aspetos. As reivindicações apresentadas pretendiam reforçar os instrumentos legais de proteção daqueles que se encontravam numa situação de desvantagem (ex. pacientes), bem como a defesa dos direitos dos animais, ao mesmo tempo que se garantia a eficiência económica das organizações, através da implementação de modelos e práticas de gestão racionalizada.

Apesar dos esforços políticos, a RSE na saúde ainda se encontra em grande medida por explorar, quer do ponto de vista conceptual, quer do empírico. O fraco interesse pelo tema pode estar relacionado com a falta de visão estratégica de alguns gestores, especialmente públicos (Oliveira 2012, 18), ou com a desconsideração da RSE enquanto instrumento de suporte à gestão integrada das necessidades de saúde apresentadas pelos pacientes, dos custos ambientais associados aos cuidados e dos custos associados à provisão e à aquisição de equipamentos/tecnologias (Jameton e McGuire 2002, 116).

As alterações levadas a cabo nas tecnologias biomédicas e na biomedicalização como mudança social da saúde, da doença, e da medicina (Clarke et al. 2003), nos moldes de financiamento, funcionamento e distribuição – incluindo os efeitos desiguais da globalização – provocaram um questionamento dos valores éticos deste setor (Benatar, Daar, e Singer 2003). Se é verdade que a saúde, tal como qualquer outro setor, se encontra sujeita aos princípios de mercado, espera-se que as organizações que suportam os sistemas de gestão sejam capazes de atender às demandas apresentadas pela sociedade, sobretudo em termos de cobertura universal e equitativa segundo princípios de justiça, tendo em conta

(...) os requisitos que a instituição social da medicina deveria preencher para alcançar as metas que a sociedade lhe atribui (...) [e que] o progresso indefinido, a incessante inovação tecnológica e a busca perpétua da perfeição militam contra a cobertura universal, a equidade de acesso e a acessibilidade económica (*affordability*) (Lolas 2003, 193).

É num quadro de grande exigência em termos de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde, necessitando da conciliação das preocupações inerentes aos recursos existentes, à tecnologia e aos valores humanos no interior das estratégias da gestão, que urge discutir a responsabilidade social também no setor da saúde. A bibliografia analisada procura, de um modo geral, discutir a temática da responsabilidade social, tomando como contexto a introdução de novas racionalidades nas Ciências Médicas e/ou da Saúde e a alteração dos paradigmas de gestão das organizações da saúde que, segundo Caronna (2004, 45), contribuíram para o desalinhamento dos diferentes “pilares institucionais” (valorativo, cognitivo, e regulatório) dos sistemas de saúde e vêm exigindo um novo realinhamento.

As políticas públicas do setor da saúde vêm sendo impactadas, não só pela concepção de bem social que os governantes cultivam, como pelo *lobbying* dos grupos profissionais, em especial o médico, e em terceiro lugar, pelas exigências de cuidado de saúde apresentadas pela sociedade, à medida que é recaído sobre o setor da saúde exigências que vão no sentido de integrar as opiniões de outros profissionais no processo de planejamento, produção e avaliação das políticas e das práticas de saúde e de gestão dos serviços. Enquanto “[o]s médicos enfatizam o modelo médico para tratar os pacientes, o modelo biossocial enfatiza as regras de outros profissionais” (Mueller 1993, 5).

Lamentando a influência crescente das forças de mercado sobre a medicina, bem como os consequentes conflitos de interesse, o enfraquecimento do profissionalismo e a perda de confiança pública nas profissões médicas, Benatar, Daar e Singer (2003, 115; 122; 128) defendem a necessidade de inverter a deriva dos discursos sobre as políticas de saúde pública, que os afastou das questões da equidade e da justiça social para questões de eficiência, e de reequilibrar a orientação neoliberal para a autonomia individual com o reconhecimento da necessidade de pertencer a comunidades e contribuir para elas. Acrescentando as preocupações ambientais, Jameton e McGuire (2002, 116) definem o cuidado de saúde “sustentável” ou “socialmente responsável” como aquele que combina as necessidades dos pacientes, busca a minimização dos impactos ambientais e a eficiência dos recursos alocados, e o desenvolvimento de programas de proximidade que suscitem o espírito do serviço nacional nas pessoas (Gilbert 2004).

Ao nível organizacional, conforme deteta Hewison (2002, 566) numa etnografia sobre gestores intermédios do Sistema Nacional de Saúde britânico, estas tendências (majoradas no setor público pelas reformas no sentido da Nova Gestão Pública e as críticas que suscitam) acentuam as tensões sentidas pelos gestores na área, entre as lógicas gestionárias pautadas pela racionalidade instrumental orientada para a eficiência, e as lógicas profissionais pautadas pela racionalidade orientada para valores. A adoção do paradigma de racionalidade da Nova Gestão Pública contribuiu para a aproximação entre os modelos éticos e estratégicos dos hospitais com e sem fins lucrativos, privados e públicos, à semelhança do apontado nas tendências de reestruturação do setor nos EUA na segunda metade do século XX, que levaram à diluição das fronteiras entre “público” e “privado” (Fennell e Alexander 1993, 93).

Correlativamente a este tipo de aproximação entre as lógicas de gestão, Trentini, Paim, e Vásquez (2011, 96) defendem que a responsabilidade social cabe tanto aos hospitais sem fins lucrativos como aos que têm esses fins, aproximando o conceito de RSE das organizações hospitalares do setor público. Assim, se é necessário que os hospitais privados esclareçam à sociedade que recursos utilizam, de que forma os utilizam e para quê, com vista alcançar a “permissão para funcionar” e mostrando que não visam o lucro a qualquer custo, isso não é hoje menos necessário aos hospitais públicos para ajudar a dissipar, inversamente, as suspeitas de ineficiência, desperdício e falta de cuidado na afetação dos recursos (Oliveira 2012, 22). Além disto, segundo Tesler e Malone (2008, 2125), a RSE facilita o *lobbying* junto das instituições estatais corrobora.

Anúnciação e Zoboli (2008) detetaram nas organizações hospitalares a coexistência de dois sistemas de ação com lógicas distintas: o “assistencial”, “marcado por uma lógica de significação e próprio dos [atores] que estão voltados aos cuidados diretos à pessoa”, e o “administrativo ou burocrático”, próprio dos “profissionais voltados a fornecer os meios necessários àqueles envolvidos na assistência direta”, pautado pela “lógica típica da empresa, a racionalizadora” (524), ao passo que no primeiro, pelo que podemos inferir, assentaria numa “ética médica tradicional” que defenderia “o melhor para o paciente sem consideração quanto aos custos” (527). Neste contexto organizacional potencialmente controverso, apontam para uma ética organizacional compósita, com três dimensões de articulação problemática: “a ética clínica, que trata do cuidado do paciente; a ética de gestão, que se refere à instituição como empresa e a ética profissional, relacionada com o exercício das profissões da área de saúde”, que, defendem as autoras, devem ser articuladas numa ética dialógica e inclusiva para estabelecer compromissos entre os valores particulares que aspiram à universalização.

Esta [*ética do discurso*] entende que as normas de uma instituição são justas na medida em que atingem todos os interesses dos que são a ela ligados, propiciando um campo de diálogo para a manifestação das opiniões de todos envolvidos. Vão além da cidadania e das obrigações que as entidades têm para com seus cidadãos. É necessário que todos os afetados pelas atividades da organização de saúde estabeleçam um diálogo com vistas a determinar o justo ou injusto. Assim, será possível a construção de uma intersubjetividade dialógica e

uma comunidade moral, na qual se expressará o que é correto e justo por meio de uma ação comunicativa.

De acordo com Trentini, Paim e Vásquez (2011, 96), os objetivos definidos em termos de justiça são alcançados quando se consegue integrar os saberes popular e técnico-profissional nas práticas das ações das instituições públicas, privadas e de organizações comunitárias. Sem o mencionarem de modo explícito, as autoras aproximam-se aqui crucialmente do modelo de gestão das expectativas e valores dos *stakeholders* internos e externos, característico da RSE, como resposta às tensões éticas suscitadas nas organizações de saúde. Outros estudos sublinham a inclusão das expectativas de saúde dos vários *stakeholders*, como ONG e associações comunitárias (Meneguzzo, Fiorani, e Mezzomo 2012, 305) e a adoção de novas ferramentas de *reporting* e de gestão do conhecimento (Barbeira et al 2012) como modo de articulação com os *stakeholders* (Oliveira 2012). Contudo, esta resposta ao problema ético deixa em aberto a questão de “(...) uma vez em conflito, que valores prevalecerão: os dos doentes, dos médicos, dos provedores dos sistemas, ou do público?” (Haritos e Konrad 1999, 532).

A ampliação das exigências às organizações de saúde para maior interação com as comunidades acentua-se ainda pela tendência para as intervenções de prevenção terem vindo a ganhar importância relativa nas estratégias e políticas de saúde pública, face às as intervenções de cura. Ou seja, passou-se a preconizar a adoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente nos hábitos alimentares e de exercício físico, num quadro geral de individualização da responsabilidade pelos riscos de saúde associados aos estilos e cursos de vida (Beck-Gensheim 2000, 123-4). Correlativamente, as organizações de saúde foram-se tornando agências de promoção desses estilos de vida junto das populações que servem. Segundo Zöller (1987), para além da tomada de decisões tendo em conta a dimensão técnica e a dimensão económica, é uma das responsabilidades dos profissionais de saúde a promoção de comportamentos saudáveis, responsabilidades a assumir tanto para com a saúde dos indivíduos, como para com o coletivo onde se encontram inseridos. Nesta perspetiva, os profissionais deveriam trabalhar em conjunto com outros segmentos da sociedade na antecipação e na colmatação dos fatores geradores de impactes negativos (Zöller 1987). No mesmo sentido, Lutz (2008, 290) afirma:

[o]s hospitais têm a responsabilidade de investir ajuizadamente nas suas comunidades. Isto tem numerosas implicações para os gastos de capital, para as oportunidades de emprego, colaborações com as seguradoras e com os empregadores, campanhas de saúde pública, e trabalhar com as organizações de promoção dos direitos dos pacientes (*patient advocacy organizations*) na busca de curas.

Capítulo 3. A RSE em Portugal

3.1. O Contexto Político e o Papel do Estado

O processo de surgimento da RSE em Portugal não reúne o consenso geral entre os estudiosos nacionais. No estudo que realizamos, verificamos que diversos aspectos concorreram para a consolidação da RSE em Portugal, entre os quais, as estratégias europeias de desenvolvimento económico e social, as alterações introduzidas na legislação interna, a pressão exercida pela sociedade civil, o processo de privatização dos serviços públicos, o papel mobilizador das organizações não governamentais² e a proatividade do setor empresarial.

Segundo Seabra (2011), a RSE foi introduzida em Portugal por via das políticas de desenvolvimento económico e social acordadas entre os estados membros europeus, entre as quais, o Livro Verde da Responsabilidade Social (Comissão Europeia 2001), acima mencionado. Por seu lado, Costa (2011) e Rego et al. (2006) destacaram o contexto político e social interno do país. De acordo com Costa (2011, 45),

[e]m Portugal, já no final dos anos 80, a ação social empresarial passou a ser incentivada, a partir de um dispositivo legal datado em 1986 (Lei do Mecenato Cultural), que direcionava o conjunto de benefícios fiscais para as empresas e particulares que contribuíssem para instituições ou atividades de interesse cultural (Decreto-Lei nº 258/86).

Um ano após a divulgação do Livro Verde da Responsabilidade Social, o XIV Governo constitucional português cometeu ao Instituto do Ambiente a elaboração da Estratégia Nacional de Ambiente e Desenvolvimento Sustentável (Governo de Portugal 2002), mas só dois anos depois, o XVI Governo definiu os objetivos, os vetores estratégicos e os procedimentos (Governo de Portugal 2004), em resolução depois revogada por nova resolução XVII Governo que reformulou o procedimento e definiu a composição da equipa de projeto (Governo de Portugal, 2005). O primeiro documento

² Na arena política, estas organizações alcançaram o seu apogeu na Cimeira da Terra que se realizou no Rio de Janeiro em 1992 e em simultâneo no Fórum Global. Participaram na Cimeira da Terra cerca de 170 líderes mundiais, alguns dos quais assinaram anos mais tarde o Protocolo de Quioto, com as exceções da China e dos Estados Unidos da América. Na Cimeira da Terra debateu-se questões que iam desde dos direitos humanos, às alterações climáticas, biodiversidade, direitos sexuais e reprodutivos e à regulação do mercado e à contínua apropriação da Natureza para fins privados. Durante este evento foram assinados alguns dos documentos mais importantes no âmbito do desenvolvimento sustentável, dentre os quais destacamos: a Carta da Terra, a Declaração do Rio, a Convenção da Biodiversidade, a Convenção sobre Desertificação, a Convenção Marco sobre Mudanças Climáticas, a Agenda 21 e os Princípios sobre Florestas.

político normativo para o desenvolvimento sustentável em Portugal, intitula-se Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável – ENDS 2015, e foi finalmente aprovado em 2007 (Governo de Portugal 2007), sete anos depois de a ONU ter definido os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio, e de ter sido criada sob a sua égide, a iniciativa denominada UN Global Compact para o envolvimento das empresas no desenvolvimento sustentável.

Enquanto a ENDS 2015 especifica as metas, o PIENDS 2015 (Plano de Implementação da ENDS 2015) define as estratégias. Pese embora a referência genérica à “responsabilidade social” na introdução à ENDS 2015, como parte do seu “desígnio orientador e mobilizador”, a RSE só é explicitamente referida pelo PIENDS 2015 entre as Medidas de Enquadramento e Intervenções Complementares relativas à Prioridade Estratégica “Dinâmica de Emprego que Promova a Qualidade de Vida no Trabalho e a Integração Social”, visando especificamente as promoção da igualdade nas PME, e no vetor “Internacionalização da Língua Portuguesa como Língua Estrangeira Estratégica no Contexto da Globalização”, apelando especificamente ao mecenato para a promoção de projetos de cooperação, culturais e desportivos (Governo de Portugal 2007, 5458; 5465). No caso específico da saúde, nenhuma das estratégias definidas no PIENDS 2015, para os vetores: “1. Reestruturação dos cuidados primários de saúde e promoção da saúde pública”; “2. Racionalização e segurança da rede hospitalar”; e “3. Desenvolvimento de uma rede articulada de cuidados continuados”, contempla a RSE.

No domínio das grandes orientações políticas com incidência no setor da saúde, foi o Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde (PNAAS), aprovado pelo mesmo Governo em 2008, a apontar explicitamente para a RSE como ferramenta para as ações projetadas, ao invocar como princípio geral de direito “o princípio da co-responsabilidade social, envolvendo os diversos actores sociais”, ao salientar “o importante papel que algumas entidades privadas têm desempenhado junto da comunidade, colocando-se ao lado do que o sistema público preconiza”, e particularmente ao prever equacionar “a articulação com o sector privado e instituições sem fins lucrativos, para obtenção de financiamentos para implementação de medidas e incentivos considerados pertinentes” (Governo de Portugal 2008, 3167-8).

Ao nível municipal, os desígnios de promoção do desenvolvimento sustentável e da responsabilidade social encontram-se reflectidas na Agenda XXI adoptada pelos municípios portugueses. O arranque da Agenda XXI deu-se em Portugal por volta de

2003, ou seja, onze anos após a subscrição política da Agenda 21 na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento. O triénio 2005-2007 foi sem dúvida o mais prolífico em termos de implementação de Agendas XXI Locais no país. 53% do total de agendas foram adotadas neste período, sendo que 60 dos 89 processos de suporte foram avançados ou apoiados por entidades supramunicipais. Apesar dos avanços alcançados, a Agenda XXI continua limitada, sobretudo pela fraca adesão aos sistemas de avaliação de indicadores. Com vista facilitar a implementação destes sistemas, a Agência Portuguesa do Meio Ambiente (APA) propôs a criação do Sistema de Indicadores de Desenvolvimento Sustentável SIDS³ junto da administração pública central e local.

De entre o conjunto de indicadores privilegiados, destacamos aquele que se prende à “Gestão Ambiental e da Responsabilidade Social”, pela sua correspondência às áreas de interesse deste estudo. Este sistema foi estruturado tendo como suporte alguns dos instrumentos institucionais de adesão voluntária propostos por organizações não governamentais, entre os quais os que se encontram contemplados no quadro dos Sistemas de Gestão Ambiental (ex. ISO, REC, EMAS). No caso específico da “Gestão Ambiental e Responsabilidade Social”, compreende como objetos de mensuração, o registo do sistema de gestão ambiental, segundo as diretrizes do Sistema Comunitário de Ecogestão e Auditoria (EMAS), o registo do sistema de gestão da responsabilidade social conforme a norma SA 8000 e o número de produtos/ serviços certificados com o Rótulo Ecológico Comunitário REC.

É importante frisar que em matéria de desenvolvimento sustentável e de responsabilidade social, tem cabido aos governos definir as políticas e estabelecer as leis, enquanto às organizações não-governamentais, a criação de instrumentos de controlo e de adesão voluntária às normas de qualidade (ISO 9001, 2008), de gestão ambiental (ISO 14000) e de responsabilidade social (SA 8000, ISO 26000). A citação que se segue, ilustra bem o carácter complementar que estes instrumentos desempenharam na persecução das metas de desenvolvimento sustentável, quer na Europa como em Portugal:

³ Os indicadores que compõem o Sistema de Indicadores do Desenvolvimento Sustentável podem ser consultados a partir do website da Associação Portuguesa do Meio Ambiente, acessível a partir de <http://www.apambiente.pt/index.php?ref=19&subref=139&sub2ref=503&sub3ref=513>

Os instrumentos de gestão ambiental como o registo no Sistema Comunitário de Ecogestão e Auditoria (EMAS), o Rótulo Ecológico e a certificação ambiental ISO 14001:2004 são essenciais para a prossecução do objetivo de um desenvolvimento sustentável em toda a União Europeia (Ministério do Ambiente, Ordenamento Territorial e Energia 2014, 23).

Além dos aspectos descritos, conforme referido no capítulo anterior, contribuiu ainda para a consolidação da RSE em Portugal, a tendência para a privatização dos serviços públicos em geral e no setor da saúde em particular, a crise de legitimação que esta suscitou e a necessidade que se fez sentir de reunir novos acordos em torno dos modelos gestionários adotados. E é num contexto de controvérsia gerado por essas mudanças, que se verifica o aumento da cobrança social sobre os valores éticos e as práticas adotadas pelos gestores em geral.

A ética e a RSE foram impregnadas no discurso e nas práticas de gestão, sobretudo nas últimas duas ou três décadas (em Portugal). Em grande medida, essa integração deveu-se às pressões da opinião pública, cada vez mais exigente com a integridade dos comportamentos organizacionais, do que à iniciativa própria da comunidade de académicos e gestores (Rego et al. 2006, 965).

No caso específico da saúde, esse processo terá contribuído grandemente para esse aumento da cobrança social. A privatização decorreu através, quer da consolidação de parcerias público-privadas envolvendo o setor privado lucrativo e o setor não-lucrativo (p.ex., as Misericórdias), quer da empresarialização dos modelos de gestão das organizações públicas.

A empresarialização foi concretizada com a aprovação das Leis de Bases da Saúde em 1990, seguida da revisão e da aprovação do novo estatuto do Sistema Nacional de Saúde SNS (1997), e da publicação do decreto-lei que aprova a celebração das parcerias público-privadas dos Hospitais Amadora-Sintra (1996) e de São Sebastião (1999). Em 2004, foram transformados em Hospitais Privados Empresariais (EPE) 34 hospitais públicos, e constituídas 4 novas parcerias público-privadas. Os hospitais alvo de parcerias público-privadas, foram essencialmente: Hospital de Cascais (contrato assinado em 2008), Hospital Vila Franca de Xira (contrato assinado em 2010), Hospital de Braga (contrato assinado em 2012) e Hospital Beatriz Ângelo (contrato assinado em 2013).

Importa referir que Portugal avançou com o processo de privatização dos serviços públicos numa altura em que este processo retrocedia em outros países europeus, como por exemplo, no Reino Unido (1967-1990) e em Espanha (1982-1996). Segundo Lisboa (2002) a inovação chega tardiamente a Portugal; o país tende a implementar modelos e práticas que já foram testados e abandonados pelos outros países, ou seja, não adotou o hábito de aprender com os erros dos outros. À semelhança do que sucedera noutros países, o processo de empresarialização e privatização na área da saúde também não foi consensual em Portugal. As controvérsias suscitadas ditaram o fim do primeiro contrato de gestão público-privada assinado entre o Estado e o Grupo José de Mello Saúde, dezassete anos antes do seu término previsto.⁴

Com vista adaptar os modelos de gestão da RSE emanados dos organismos internacionais às características das empresas nacionais, em 2005 a Associação Portuguesa de Ética Empresarial APEE avançou com a criação da primeira norma portuguesa NP 4469-01. Concluída a fase de consulta pública, levada a cabo em 2007, procedeu-se à fase da divulgação da primeira parte da norma em 2008 e da segunda parte em 2010. Enquanto a primeira parte da norma se propunha clarificar os princípios e os conceitos da RSE, a segunda parte, publicada em 2010, clarificava os instrumentos de suporte à implementação de cada uma das prioridades (APEE 2008). Esta norma foi criada praticamente seis anos depois de inaugurada a Associação Portuguesa de Certificação APCER (1996), o que nos sugere que a maturidade institucional alcançada por esta associação teria influenciado a APEE na criação da primeira norma portuguesa de responsabilidade social.

Apesar do marco que esta norma representou em termos de normatização nacional, ainda não se encontram disponíveis dados que nos permitam aferir quantas organizações foram certificadas ao abrigo desta norma em Portugal. As empresas nacionais parecem preferir as normas e os sistemas de auditoria e de comunicação adoptados (ISO 9001, ISO 14000). Concorre para isto o facto de os canais de comunicação concederem maior visibilidade às normas internacionais. Por exemplo, a

⁴ Em 2001, o Estado Português entrou com um ação judicial contra a sociedade gestora responsável pela gestão do Hospital Amadora-Sintra, alegando incumprimentos ao nível de prestação de cuidados de saúde. Entretanto, esta se defendeu alegando que atuou conforme as cláusulas contratuais, e que se havia alguém errado, era o Estado, que não realizara as transferências de verbas a que ficara obrigado durante os anos 2001-2003. Dois anos depois, o Tribunal deu razão à sociedade gestora e condenou o Estado Português a pagar-lhe cerca de 40 milhões de euros referentes aos cuidados de saúde prestados neste período.

newsletter da APCER (Associação Portuguesa de Certificação) de nº 21, divulgada em Abril de 2012, não trazia indicação do número de empresas certificadas na NP 4469-1 entre 2008-2012, apesar de tê-la elegido como uma das normas de base na implementação de sistemas de gestão da responsabilidade social, a par da SA 8000.

A APCER é única entidade portuguesa representante da rede internacional de entidades certificadoras IQNet (The International Certification Network), acreditada pelo Instituto Português de Certificação ISQ para certificar os Sistemas de Gestão da Responsabilidade Social em Portugal (SA 8000). A pertença a esta rede internacional constitui uma mais valia para as organizações nacionais, na medida em que lhes facilita a obtenção de certificados com validade nacional e internacional. Apesar desta facilidade, o número de empresas certificadas com esta norma continua residual, embora registando ligeiros crescimentos de ano para ano. Até 2011, a APCER havia certificado apenas 595 organizações em Portugal, entre públicas e privadas.

A RSE, que começou por ser uma proposta de modelo de gestão socialmente inclusivo e sustentável, trazido pelas organizações não governamentais, vem sendo assumida hoje em dia como uma ferramenta política de apoio ao desenvolvimento económico, social e ambiental do país. No âmbito do Quadro de Referência Estratégico Nacional, as empresas portuguesas podem obter financiamento para os projetos no âmbito da Responsabilidade Social, sob justificação de tratar-se da melhoria das condições de higiene, segurança e saúde dos trabalhadores, da certificação de sistemas de gestão de responsabilidade social, da gestão alimentar e da gestão de recursos humanos (Decreto Lei n.º 65/2009 de 20 de Março: Enquadramento Nacional de Sistemas de Incentivos ao Investimento nas Empresas; Portaria n.º 1101/2010 de 25 de Outubro: Regulamento do Sistema de Incentivos à Qualificação e Internacionalização de PME). Apesar de as organizações disporem desta fonte de financiamento para efeitos de implementação da RSE, apenas 8,4% a acionaram nos últimos anos. Ainda assim, Portugal ocupa a quarta posição na Europa, apenas atrás da Polónia, da Espanha e da Alemanha.

A nosso ver, a participação do setor público em práticas de responsabilidade social poderia ser estimulada se se efetuassem as seguintes diligências:

- Integração dos valores da responsabilidade social e do desenvolvimento sustentável no discurso político;

- Inclusão do critério “participação em projetos de Responsabilidade Social” nos cadernos de encargo produzidos pela administração pública;
- Atribuição de benefícios fiscais a empresas e/ou outras organizações que desenvolvam projetos de responsabilidade social;
- Tornar a participação em projetos de responsabilidade social um indicador do sistema de avaliação de desempenho;
- Divulgação da RSE junto das PME's em Portugal;
- Apoio às iniciativas dirigidas à população em geral, visando esclarecê-las sobre temas tais como: comércio justo, cidadania empresarial, proteção do meio ambiente, solidariedade civil, entre outros;
- Incentivo a inclusão do tema responsabilidade social/ desenvolvimento sustentável na grelha de temas a serem abordados pelos canais públicos de televisão;
- Apoio financeiro e institucional aos projetos de responsabilidade social desenvolvidos pelas universidades portuguesas;
- Fomento da criação de normas de RSE específicas a cada setor.

Tendo em conta as dificuldades apontadas pelos dirigentes auscultados nos estudos realizados por Santos (2011) e PwC (2012) e a sua abertura quanto à implementação de sistemas de gestão da responsabilidade social, sugerimos a concretização das seguintes medidas:

- Realização de sessões de esclarecimento sobre a RSE nas associações empresariais/ industriais, de forma a aumentar o conhecimento acerca deste tema;
- Reformulação da Lei do Mecenato e atribuição de benefícios fiscais às organizações que desenvolvem ações continuadas na área da responsabilidade social;
- Acesso facilitado a fontes de financiamento público ou privado por parte das organizações que desenvolveram estratégias internas de RSE;
- Disponibilização de formação técnico-profissional em sistemas de gestão de responsabilidade social nos Institutos de Emprego e Formação Profissional, em articulação com ONG com experiência comprovada na área da formação (p. ex. APEE, APCER e ISQ);
- Difusão das boas práticas;

- Incentivo da articulação multissetorial em torno da responsabilidade social;
- Criação de um enquadramento político e institucional de suporte ao desenvolvimento da RSE em Portugal, o que remete para a criação de um programa-quadro para a responsabilidade social das organizações.

Enquanto nas quatro primeiras sugestões, o envolvimento do governo é crucial, tendo em vista que requer a criação e/ou alteração de instrumentos formalmente instituídos, nas restantes três, caberia às ONG e às associações empresariais liderarem a promoção da RSE, através da realização de seminários, palestras e conferência, além da divulgação de informação específicas a partir dos folhetos e/ou das notícias divulgadas em jornais de circulação nacional. Cabe ainda estas organizações explorarem melhor as potencialidades dos seus websites para efeitos de divulgação de informação atualizada sobre a RSE, bem como promover fóruns de discussão online sobre as melhores práticas em RSE por setor, com acesso livre a profissionais e à comunidade em geral.

3.2. O Contributo das Organizações Não Governamentais

“Quando as companhias trabalham com representantes de ONG (e/ou sindicatos) nos programas, estas empenham-se nas críticas ao comportamento, nas tentativas de aperfeiçoamentos das práticas empresariais, levando-os então a cumprir uma função de vigilância” (Jenkins citado em Fransen 2011, 169). De facto, as organizações não governamentais exerceram um papel importantíssimo na consolidação da RSE em geral e em Portugal.

Em 1994 foi criada em Portugal a primeira agência de consultoria em RSE, que também foi uma das primeiras da Europa, denominada Sair da Casca. Esta agência conta hoje em dia com 47 clientes permanentes, de entre os quais dois pertencentes ao setor público: Maravilha-Lisboa e Universidade de Lisboa, e quatro ao setor privado não lucrativo: Fundação EDP, Fundação Galp Energia, Fundação PT, e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Do grupo de clientes permanentes, destacamos a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, pelo fato de atuar no setor privado não lucrativo da saúde em Portugal.

Em 2000, a União dos Dirigentes Industriais e Empresários Cristãos (fundada em 1952) decidiu criar a ACEGE- Associação Cristã de Empresários e Gestores. De entre o conjunto de motivações que estiveram na base da criação da ACEGE, foram

destacados o desígnio de promover os fundamentos da ética económica e empresarial em Portugal e a necessidade de intermediar o diálogo entre as organizações não governamentais, as empresas e a sociedade civil, além de promover a adoção dos instrumentos de suporte à gestão, numa tentativa de reforçar a orientação ética dos negócios e a contribuição para o bem comum, para o progresso económico sustentável e para a paz social. Entre 2000 e 2006 surgiram mais quatro organizações não governamentais ligadas à RSE no país: GRACE (2000), BCSD (2001), APEE – Associação Portuguesa de Ética Empresarial (2002), Rede RSE (2006/2007).

A sua contribuição das ONG não se restringiu à mera promoção dos valores sociais e ambientais, visto que exerceram um papel decisivo na criação dos instrumentos gestionários de suporte, tendo atuado de forma decisiva na criação da norma portuguesa para a responsabilidade social, como ficou dito acima, bem como dos ratings de avaliação nacionais, e foram ainda responsáveis pela criação e/ou adaptação de projetos de capitalização de investimentos sociais em Portugal, que estão entre as principais fontes de investimento na área social. Merecem destaque a Bolsa de Valores Sociais, a Bolsa de Créditos Sociais, e o *Rating* Português da RSE.

A Bolsa de Valores Sociais mostra que as fundações capitalizaram projetos sociais em torno de 173.400 euros, as empresas em 43.072 euros, e os restantes investidores, em 53.564 euros. A atuação ONG e das empresas tem sido preponderante na subsidiarização de respostas sociais, sobretudo em áreas onde a ação do Estado tem sido deficiente ou escassa, como as da formação profissional (projeto Cozinhar o Futuro); dos cuidados de saúde ao domicílio (Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio, UMAD); a das artes e da Cultura (projeto Audiodescrição.pt); da criação de emprego (projeto Retalhos de Esperança); e da Educação (Por Ti – Projeto de Apoio a Ti); e da inovação social (Social Innovation Project). Contudo, não nos foi possível averiguar quais foram especificamente as empresas e as ONG investidoras, nem tampouco, quais os impactes que os projetos financiados produziram ao nível social, ambiental e económico.

O Accountability Rating Portugal resultou da confluência de esforços entre a Agência Sair da Casca e a CSR Network, que o tornaram uma realidade em 2008 (ARP 2008, 7). Na primeira edição, avaliou o desempenho de 25 empresas portuguesas⁵

⁵ As empresas contempladas na avaliação foram as seguintes: Alliance Healthcare, Banco Comercial Português, Banco Espírito Santo, BP Portugal, Caixa Geral de Depósitos, CEPISA, Companhia

listadas na Revista *Fortune* em 2007, nenhuma das quais pertencente ao setor da saúde. Um dos aspetos menos positivos apontados neste *rating* nacional, foi o fraco envolvimento das empresas com os seus *stakeholders*. Além deste aspeto, o *rating* concluiu que os sistemas de comunicação utilizados pelas grandes empresas apresentavam grandes fragilidades, em primeiro lugar, porque as informações não eram divulgadas na língua dos *stakeholders*, e em segundo lugar, porque os *stakeholders* não conseguiam aceder aos relatórios de desempenho das empresas através dos websites alocados em Portugal. Corriqueiramente, os internautas eram conduzidos a consultar os websites das empresas matrizes sedeadas no estrangeiro e/ou aos rankings internacionais. Em 2010, o *rating* português passou a chamar-se Engagement Reporting, devido ao fim da parceria estabelecida entre a agência internacional Accountability e a Sair da Casca. Contudo, apenas o relatório de 2011 foi divulgado sob esta nomenclatura, visto que nenhum outro foi divulgado depois desta data. Além das debilidades apresentadas, reitera as persistentes falhas nos sistemas de comunicação e de informação adotados pelas organizações em Portugal.

Do conjunto de ONG existentes em Portugal, destacam-se a este propósito as que seguidamente apresentamos de modo sumário.

O Conselho Empresarial para o Desenvolvimento Sustentável, BCSD Portugal, que integra o World Business Council for Sustainable Development, instituído em 1992 no âmbito da Cimeira do Rio, com 68 unidades independentes espalhadas pelo globo, incluindo em Portugal. Fundado em 2001, o BCSD Portugal pretendia

difundir e divulgar os princípios do desenvolvimento sustentável, promover a articulação entre empresas, governo e sociedade civil, em tudo o que dissesse respeito ao desenvolvimento sustentável. Procurava ainda desenvolver atividades de formação que conduzam à comunicação eficaz dos princípios do desenvolvimento sustentável, definir projetos e recolher casos de estudo que ilustrem e estimulem o desenvolvimento sustentável e participar e promover

Portuguesa de Hipermercados, CTT Correios de Portugal, Dia Portugal, EDP Energias de Portugal, Fidelidade Mundial, Galp Energia, Jerónimo Martins, Lactogal, Mota Engil, Ocidental Vida, Optimus Telecomunicações, Portucel-Soporcel, PT Comunicações, Qimonda Portugal, REN Redes Energéticas Nacionais, Renault Portugal, Repsol Portugal, Santander Totta Seguros, TMN Telecomunicações Móveis Nacionais, Transportes Aéreos Portugueses, Vodafone Portugal.

atividades específicas das empresas portuguesas relacionadas com o desenvolvimento sustentável (Rego et al. 2006, 953).

O BCSD Portugal integra 90 membros, oriundos dos mais variados setores, entre os quais os financeiro (Santandertotta, BPI, Millenium BCP, Novo Banco, BANIF), de seguros (AXA), de hotelaria e turismo (Pestana Resort Hotels), de Consultoria (KPMG, PriceWaterhouse Coopers, CH Business Consulting), de gestão hospitalar e residências assistidas (Grupo José de Mello), o químico (CUF), o energético (EDP, GALP), o das telecomunicações (PT, Vodafone), e o da certificação (APCER) dentre outros. Da lista de membros do BCSD Portugal, chama-nos a atenção o facto de não existir nenhuma organização do setor público associado, e apenas uma organização ligada ao setor da saúde.

As ONG que se seguem partilham alguns traços comuns, entre os quais o de terem sido fundadas entre os anos 2001 e 2004, e o de disporem de corpos de membros bastante semelhantes, em termos dos setor de origem das organizações participantes.

A **Associação Portuguesa de Ética Empresarial, APEE**, foi criada em 2002 por um grupo de profissionais e empresários, com o objetivo de promover o desenvolvimento da ética nas organizações, com plena integração nas suas práticas de gestão e, conseqüentemente, no seu meio envolvente. Foi a única ONG acreditada pelo Instituto Português da Qualidade (IPQ) para efeitos de normalização na área da Ética e da Responsabilidade Social. Além disto, foi responsável pela elaboração da norma portuguesa para a RSE NP 4469-01, e participou na equipa que elaborou a norma internacional ISO 26000. Além disso, faz parte da rede de empresas subscritoras dos Princípios da UN Global Compact em Portugal, rede sobre a qual falaremos abaixo.

A APEE integra 51 associados coletivos, ou seja, organizações, e outros 56 associados individuais. Das 51 organizações associadas, apenas uma pertence ao setor da saúde (IRE, Imagem Radiológica e Ecográfica Lda.). Embora o perfil associativo da APEE se assemelhe bastante ao do BCSD Portugal (Setor Financeiro, Hotelaria e Turismo, Consultoria, entre outros), dispõe, ao contrário deste, de uma organização associada privada de capital público, mais precisamente, a CTT Correios de Portugal.

Se a participação do setor público em geral e do setor da saúde é incipiente na qualidade de sócios, o mesmo não ocorre ao nível das parcerias estabelecidas pela APEE. Com efeito, esta formalizou acordos de cooperação com várias organizações do

setor público, entre as quais a Câmara Municipal de Lisboa e a Secretaria Geral do Ministério da Segurança Social. Contudo, apesar de existirem alguns acordos de cooperação, pode-se dizer que a articulação do setor público e/ou da saúde com as organizações não- governamentais ligadas à responsabilidade social é fraca e residual. Tal leva-nos a interrogar até que ponto isto poderia ser ultrapassado se as orientações políticas para a RSE contempladas no Plano Nacional de Saúde para 2012-2016 viessem acompanhadas de uma estratégia nacional de suporte à sua implementação (MS 2012).

A APEE suporta ainda a rede portuguesa do UN Global Compact, que foi constituída formalmente em 2007 mas não goza de personalidade jurídica. O perfil associativo desta rede é bastante semelhante ao da APEE e ao do BCSD. É composta por 78 organizações, na sua maioria grandes empresas ligadas aos setores da consultoria, do comércio de alimentos e bebidas, e da grande distribuição (Global Compact Network Portugal). Cinco delas encontram-se na posição de “Observador”, entre as quais uma ligada à segurança privada, três ao ensino secundário e superior, e uma ao poder local. A multisetoriedade dos membros e observadores aponta para um crescente interesse pelas questões da responsabilidade social e do desenvolvimento sustentável. Contudo, à semelhança das anteriores, foi residual a adesão da administração pública (central e local), bem como do setor da saúde. Este encontra-se representado apenas pelas empresas APIFARMA, Biocol e Paramédicos de Catástrofe Internacional PCI.

O **GRACE, Grupo de Apoio e Reflexão para a Cidadania Empresarial**, foi criado em 2000 por um conjunto de empresas preocupado com o desenvolvimento sustentável. Este grupo goza do estatuto de associação privada sem fins lucrativos e conta atualmente com cerca de 119 organizações associadas, entre as quais quatro ligadas à indústria farmacêutica (Tecnifar, MSD, KPM Pharmaceuticals, Pfizer) e uma aos seguros de saúde (Advance Care). As suas principais áreas de atuação abrangem a consultoria, a coordenação de projetos ligados ao voluntariado empresarial, a reflexão multidisciplinar sobre temas adjacentes à RSE e o *lobbying* social, junto das instituições académicas ligadas à formação em Gestão. Cerca de um quarto das associadas privilegiam o website do GRACE como principal plataforma de divulgação dos relatórios de sustentabilidade e de responsabilidade social. Como parceiros

internacionais, o GRACE conta com o BIT, *Business in the Community* (Reino Unido), o CSR Europe, a Foretica (Espanha) e o Instituto Ethos (Brasil).

O GRACE desenvolve projetos de responsabilidade social em regime de parceira com organizações portuguesas tais como o Alto Comissariado para as Migrações I.P., a Cáritas Portuguesa, o Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado (CNPV), a Entreatuda e a Fundação Aga Khan Development Network. Contudo, não nos foi possível averiguar quais foram as empresas mobilizadas nestes projectos, o número de voluntários envolvidos, a quantidade e os tipos de iniciativas promovidas, além do número de pessoas abrangidas e/ou dos impactes ambientais, sociais e económicos gerados, devido à incipiência dos dados disponíveis para consulta no website do GRACE. Apesar disso, foi-nos possível averiguar que o GRACE não promoveu, desde a sua criação, uma única discussão acerca do tema da Responsabilidade Social na administração pública ou no setor da saúde, apesar de cultivar relações estreitas de colaboração com a Comissão para o Voluntariado no Domínio da Saúde.

A **Associação Portuguesa para a Responsabilidade Social das Empresas, RSE Portugal**, nasceu da vontade de alguns empresários de consolidarem uma plataforma de referência nacional na área da RSE, para dar mais visibilidade às empresas com práticas socialmente responsáveis, e promover, dinamizar e divulgar projetos intra e interempresarial em Portugal e no exterior. Foi constituída em 2003 por 14 grandes empresas nacionais, tendo como suporte a Rede Portuguesa de Empresas para a Coesão Social (RPECS). Estabeleceu como meta principal impulsionar, coordenar e divulgar as boas práticas de RSE das empresas sediadas em Portugal, tendente ao intercâmbio e à multiplicação dessas práticas no tecido empresarial nacional. Das 14 organizações iniciais, apenas uma, a APCC (Associação de Paralisia Cerebral de Coimbra) atua no sector da saúde, e uma outra na administração pública local (a Câmara Municipal de Oeiras). Além destas, esta rede conta ainda com outras 80 “organizações fundadoras” e 14 “organizações aderentes”.

A **Rede RSO PT** surgiu da iniciativa das entidades parceiras que decidiram se unir numa estrutura aberta, pública, multissetorial e multi-funcional, formada por pessoas e organizações de diversos segmentos e setores, com vista a promover iniciativas no âmbito do desenvolvimento sustentável e/ou da responsabilidade social. O âmbito de atuação desta rede abrange atividades de consultoria, estudos, divulgação,

definição de indicadores temáticos, formação, etc.; o apoio a iniciativas relacionadas com a sustentabilidade e a responsabilidade social; a monitorização, na qualidade de observatório, dos indicadores de RSO/RSE e a validação das boas práticas das organizações aderentes (p. ex. através da recolha, análise e disseminação de indicadores e práticas de responsabilidade social); a disponibilização de modelos de boas práticas passíveis de serem replicados em diferentes contextos organizacionais.

Tendo em conta os objetivos estipulados, esta rede coloca à disposição dos associados os recursos necessários à implementação dos sistemas de gestão em RSE, oferece um espaço para a troca de conhecimentos e de experiências envolvendo os empresários e os especialistas, e fomenta a criação de grupos temáticos de discussão e a realização de eventos. Atualmente, congrega 288 organizações entre públicas e privadas, nacionais e internacionais. Contudo, não nos foi possível averiguar quantas e quais seriam as pertencentes ao setor da saúde. À semelhança das organizações anteriores, esta rede não disponibiliza informações detalhadas sobre os tipos de iniciativas que promove, o total de voluntários mobilizado e o número de pessoas abrangidas nas iniciativas realizadas.

3.3. O Papel das Empresas na Promoção da Responsabilidade Social

Se num primeiro momento, a difusão da RSE em Portugal se deveu essencialmente à liderança das ONG, num segundo momento, a participação das empresas, quer a nível individual ou associativo, foi fundamental – sem esquecer que empresas pioneiras, como a PT Telecom, avançaram com a implementação da RSE logo numa altura em que as ONG e associações de suporte à RSE davam os primeiros passos no sentido da sua institucionalização. Desde 2005, o Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas, IAPMEI, vem intensificando o número de iniciativas desenvolvidas no âmbito da RSE em Portugal, quer na qualidade de entidade organizadora, quer na de parceira na organização de eventos. O total de iniciativas realizadas por este instituto público entre 2005 e 2014 rondou as 35, sem contar com as que foram desenvolvidos nas áreas da igualdade de género, tráfico de seres humanos, sustentabilidade e inovação, entre outras.

Desde 2001 que a empresa de telecomunicações PT Telecom atua na consolidação da sua estratégia interna de responsabilidade social. Em justificativa, a empresa invoca sobretudo razões que se prendem à criação de mais valias sociais e à

auferição de ganhos de imagem e reputação. A capacidade destes programas gerarem esses ganhos é bastante visível. Por exemplo, o programa Mão na Mão implementado pela PT Telecom, encontra-se a ser divulgado em pelo menos 12 websites institucionais, dos quais cinco pertencentes ao próprio grupo e os restantes a organizações externas. O projeto Mão na Mão envolveu até este momento, mais de 5.130 voluntários e beneficiou cerca de 155 mil beneficiários. Com a coordenação centrada na PT Telecom, o projeto conta com a participação de várias organizações parceiras, entre as quais a Administração dos Portos de Leixões, o BNP Paribas, a Cisco Systems Portugal, a INOV INESC, a Jason Associates, a Loviril, a Novadelta, a Prosegur, a PT Inovação e Sistemas, a PT PRO, a Sacoor Brothers, a SAS, MEO, a Xerox Portugal, a Ericsson, a Totemic e a SPIE. Além deste, a PT Telecom desenvolve ou apoia outros 12 projetos, nomeadamente: Ajude quem Ajuda, Engage, Está lá Está bem?, Preparar o Futuro, Operação Nariz Vermelho, Reparar Vidas, Dar as Mãos sem Idade, Casa Solidária, Loja Solidária Troka Trapos, Volta Solidária, Campanhas de Recolhas de Alimento do Banco Alimentar, Parceria com a REFOOD.

A análise dos documentos político-programáticos, tal como dos indicadores económicos e sociais, mostrou que Portugal encontra-se numa fase bastante prematura em termos de desenvolvimento da responsabilidade social.

Nos dois estudos realizados pela KPMG (2005, 2008) sobre a divulgação de relatórios de sustentabilidade em Portugal e no exterior, constatou-se que em comparação a outros países, Portugal ainda requeria um investimento maior em termos de mobilização das empresas para essa atividade. O estudo coordenado por Santos (2011) identificou as dificuldades existentes em termos de avaliação dos impactos gerados pelos programas de responsabilidade social, como um dos grandes entraves à implementação da RSE, além da falta de conhecimento específico, da ausência de suporte estatal, da escassez de recursos financeiros para a realização de investimentos nesta área e do tempo dispendido.

Segundo Eugénio e Gomes (2013, 41), entre 2008 e 2010, foram as empresas do setor da Banca, Seguros e Serviços as que mais divulgaram relatórios de sustentabilidade em Portugal, seguidas pelas de serviços públicos e as de transportes e logística. Os dados indicam que as empresas portuguesas apresentam resistências no que concerne à implementação de sistemas de gestão e de comunicação em sustentabilidade/responsabilidade social.

Apesar disto, 2008 e 2009, só 11% das empresas portuguesas que elaboravam relatório de sustentabilidade o fazia sem o suporte de quaisquer normas, ao passo que a maioria se apoiava nas normas GRI (Gomes 2012, 47). Durante o período 2008-2010, houve mais empresas portuguesas certificadas pela GRI em A+ e B+, o que significa que as empresas estão cada vez mais preocupadas com a melhoria da informação reportada (Gomes 2012, 50).

Atualmente, cerca de 70 organizações portuguesas divulgam os relatórios de sustentabilidade de acordo com as diretrizes da GRI, e reportam-nos através do website da organização responsável pela sua elaboração.

Em 2011, Portugal ocupava o décimo lugar mundial e o sétimo entre os países europeus com o maior percentagem de relatórios de sustentabilidade auditados, depois da Dinamarca, da Espanha, da Itália, de França, do Reino Unido e da Grécia, e muito acima de países, como a Alemanha e os Estados Unidos, por exemplo (Eugénio e Gomes 2013, 41).

Contudo, nem todas as empresas nacionais cotadas no PSI20 que divulgam relatórios de RSE submetem-nos à avaliação das auditorias externas. A maioria das empresas cotadas na Bolsa de Valores de Portugal divulga relatórios de sustentabilidade que não são objeto de auditoria externa. Isto ilustra bem a fraca abertura do tecido empresarial português às avaliações externas, apesar de pertencerem ao mercado aberto de capitais.

Nos estudos coordenados por Santos (2011) e PwC (2012) constatou-se que a auditoria externa ainda não era adotada como estratégia de regulação nas grandes empresas portuguesas, o que ao nosso ver, poderá estar relacionado com a fase prematura em que se encontra a gestão baseada na autorregulação em Portugal.

Ao invés das auditorias externas, as empresas portuguesas parecem continuar a privilegiar os canais de denúncia/reclamação anónima, as ações de formação, as auditorias internas e a investigação acompanhada de ações disciplinares, como ferramentas de suporte à regulação do comportamento ético no interior das organizações.

Além disto, os retornos financeiros continuam a ser preferidos em detrimento dos sociais e dos ambientais, na implementação da Responsabilidade Social, tanto nas PMEs (Santos 2011, 497) como nas grandes empresas (PwC 2012, 11). Qualquer

iniciativa de cunho ambiental ou social, que estas empresas desenvolvam, devem obedecer ao pressuposto máximo de criação de vantagem competitiva para a empresa/organização.

A adoção do código de ética encontra-se por introduzir na maioria das empresas portuguesas. Contudo, importa destacar que a totalidade das empresas cotadas na Bolsa de Valores de Lisboa PSI 20, já incorporaram códigos de ética, embora tenham demonstrado alguma resistência quanto à avaliação de auditores externos, à certificação das práticas de responsabilidade social, além de outras.

3.4. A Contribuição das Universidades para a Formação dos Gestores da RSE

De um modo geral, podemos afirmar que as escolas superiores de Economia e Gestão ainda não avançaram com a criação de cursos de formação graduada na área da Responsabilidade Social, apesar de existir demanda social e política em torno da capacitação dos gestores dentro das organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas. Ao nível dos cursos superiores, existem em Portugal apenas seis pós-graduações em áreas transversais à Responsabilidade Social: a Pós-graduação em Negócios Sociais oferecida pela Universidade Autónoma em articulação com a Fundação Montepio, a consultora Accenture e a União das Misericórdias Portuguesas; a Pós-graduação em Qualidade das Respostas Sociais oferecida pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, em articulação com a APCER; a Pós-graduação em Gestão Integrada de Sistemas: Qualidade, Ambiente, Segurança e Responsabilidade Social oferecida pelo Instituto Superior da Qualidade; a Pós-graduação em Sistemas Integrados de Gestão: Qualidade, Ambiente, Segurança e Responsabilidade Social oferecida pela SGS; a Pós-graduação em Marketing Sustentável, Ética e Responsabilidade Social oferecida pela APEE, em parceria com o Instituto Português de Administração de Marketing, IPAM; e a Pós-graduação em gestão ética e socialmente responsável de recursos humanos oferecida pela Universidade Lusófona do Porto.

Podemos verificar que estas pós-graduações vêm sendo oferecidas por universidades em articulação com outras organizações ligadas à auditoria e à certificação de sistemas de qualidade e responsabilidade social. Isto demonstra que as formações em RSE potenciam, por um lado, a criação de redes de parcerias de suporte, e por outro lado a externalização e a criação de vantagens competitiva, tanto para as

universidades como para as organizações parceiras. As universidades gozam da facilidade de aceder aos formandos com menos custo, e as organizações parceiras, da possibilidade de oferecerem cursos de formação certificados por uma instituição de ensino superior. A nosso ver, para que as formações criadas alcancem os objetivos esperados em termos de qualificação dos gestores em Portugal, precisam de ter em conta, em primeiro lugar, o valor da propina cobrado, pois este é relativamente alto para a conjuntura económica do país; em segundo lugar, a formação anterior, pois a maioria dos cursos exige que os administradores tenham licenciatura e/ou experiência anterior comprovada em áreas relacionadas à gestão da qualidade, quando se sabe que o número de gestores licenciados em Portugal é relativamente baixo; em terceiro lugar, a cultura organizacional predominante nas pequenas e médias empresas, que serve de entrave ao investimento na qualificação dos recursos humanos.

A par disto, as formações académicas oferecidas abrangem a RSE em geral, e não as necessidades específicas de cada setor, o que a nosso ver inibe a participação sobretudo dos profissionais da saúde nestes tipos de formação. Posto isto, defendemos a criação de uma pós-graduação ou especialização em gestão da RSE na saúde, área que compreende o objeto do nosso estudo, pois a totalidade dos hospitais público-privados em Portugal implementa modelos e práticas relacionadas à responsabilidade social, apesar de os técnicos responsáveis não disporem de formação específica na área. Quanto aos moldes de operacionalização, achamos que poderia resultar de sinergias envolvendo as faculdades de Economia/Gestão e da Saúde, ONG ligadas à consultoria/certificação, mas também, associação dos administradores hospitalares e ordens profissionais da saúde (ex. médicos, enfermeiros). Quanto aos encargos com a formação, estes tanto poderiam ser partilhados entre o Ministério da Educação, Saúde e Segurança Social, ou simplesmente suportados pelas administrações hospitalares.

Além da inexistência de formação académica específica, a RSE depara-se ainda com a inexistência de formação técnico-profissional na área, o que dificulta ainda mais o processo de legitimação da categoria socioprofissional de Técnico em Responsabilidade Social. Enquanto nos portais virtuais de emprego do Brasil, os profissionais da área da Responsabilidade Social são designados por Analistas em Responsabilidade Social, nos portais portugueses são designados debaixo das categorias de Promotores Comerciais, Técnicos em Publicidade/Marketing, Técnico em Marketing Social, Técnico em Recursos Humanos, Promotor de Marketing Social, Gestor de

Subagentes, Técnico em HAACP, Formador em ISO 26000 e Promotor de Eventos. As diferenças verificadas em torno das categorização profissional destacam a elevada capacidade de comunicação que a RSE cultiva com outras áreas do conhecimento e das competências profissionais; contudo, importa interrogar até que ponto isto poderá favorecer a médio prazo a legitimação de um modelo teórico e metodológico próprio, condição indispensável para a sua emancipação, quer enquanto ramo do conhecimento dissociado da Gestão, como também como categoria socioprofissional independente e regida por regulamentos próprios.

3.5. A Responsabilidade Social na Saúde em Portugal

No caso específico da saúde, verifica-se a inexistência de normativos específicos de RSE para a área da saúde. A Comissão Setorial para a Saúde CS/09 do Instituto Português da Qualidade produziu até 2012 [13] normas, nenhuma das quais relacionada com a gestão da responsabilidade social ou com a gestão de *stakeholders*. Estas normas incidiram maioritariamente sobre o setor hospitalar, sendo que cinco correspondiam a meras traduções das normas ISO definidas para o setor (ex. NP EN ISO 8185:2000-pt, NP EN ISO 105-C06:2010-pt, NP EN ISO 11607-2:2009-pt, NP EN ISO). Em suma, a Comissão Setorial para a Saúde CS/09 do IPQ continuou em 2012 a associar a qualidade dos serviços prestados essencialmente ao reforço dos parâmetros de segurança, adstritos ao manuseamento de equipamentos e à implementação de procedimentos técnicos (p. ex., os procedimentos *in vitro*).

A nosso ver, as organizações ligadas à normatização ainda não avançaram para a criação de normas no âmbito da RSE na área da saúde porque, em primeiro lugar, consideram que as normas existentes são flexíveis o suficiente para se ajustarem a qualquer setor; em segundo lugar, porque consideram que as normas de qualidade definidas para o setor garantem por si só os elevados níveis de eficiência e de justiça esperados; e em terceiro lugar, porque ainda pairam sobre este setor sérios constrangimentos, em termos de adaptação de práticas gestionárias típicas do setor lucrativo.

As críticas públicas tiveram um papel crucial no desenvolvimento da RSE no setor da saúde em Portugal. Com efeito, quando a RSE arrancou em Portugal, o setor da saúde constituía alvo de fortes pressões sociais, fruto da retoma do modelo de gestão público-privado por parte do Estado Português, e dos resquícios de uma primeira

experiência mal conduzida, no caso específico do Hospital Amadora-Sintra.⁶ As críticas endereçadas através dos meios de comunicação social aos grupos hospitalares envolvidos nas parcerias público-privadas com o Estado, aumentavam sempre que eram assinados contratos de gestão por privados ou era assumida por estes a gestão plena dos hospitais públicos.

O contexto de forte contestação social conduziu os hospitais público-privados a adotarem novos princípios e práticas, inclusive as relacionadas com a RSE. Na base deste comportamento, encontrava-se a sua necessidade de legitimar o novo modelo de gestão no sistema público de saúde em Portugal. As parcerias público-privadas intensificaram a pressão social sobre os hospitais envolvidos, para que estes buscassem conciliar no interior das suas decisões tomadas, os desígnios de produção de ganhos de eficiência económica, com os desígnios de produção de bem estar social, sustentabilidade ambiental e saúde preventiva, com vista a legitimarem as motivações e as lógicas de ação invocadas na prossecução da atividade produtiva.

Do ponto de vista político-normativo, as primeiras linhas de orientação para a RSE no setor da saúde em Portugal surgiram no Plano Nacional de Saúde (PNS) para 2012-2016 (Ministério da Saúde 2012), apesar de as primeiras orientações internacionais terem surgido em 2004 e sido reforçadas em 2006 (OMS 2004, 1; 2006, 12). No entanto, como veremos no capítulo 7, tendo em conta o contexto social e político e as linhas de orientação emanadas pelos organismos internacionais, os Hospitais Privados de Portugal (HPP) começaram a implementar programas na área da RSE logo em 2008. O contexto social caracterizava-se então por intensas pressões sociais sobre os grupos hospitalares público-privados, devido sobretudo às controvérsias que este modelo suscitou, agudizadas quando o Governo Português cancelou o primeiro contrato de gestão público-privada assinado com a José de Mello Saúde JMS em 1995.

Os Planos Nacionais de Saúde (Ministério da Saúde 2014; 2010; 2012) constituem um dos três documentos mais importantes para o funcionamento do Sistema

⁶ O Hospital Amadora-Sintra foi inaugurado em 1995 sob forma de parceria público-privada envolvendo o Estado Português e a Sociedade Gestora controlada pelo Grupo José de Mello Saúde. Os mal entendidos suscitados em torno deste modelo entre as partes contratantes ditaram o fim da parceria 13 anos após o arranque, ou seja, 17 anos antes do prazo previsto para o seu término. O Estado Português alegava na altura incumprimentos contratuais por parte da sociedade gestora, os quais não foram dados como provados pelo Tribunal Arbitral de Lisboa.

Nacional de Saúde⁷. Enquanto a Lei de Bases da Saúde (Assembleia da República 1990) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Governo de Portugal 1993) definem o enquadramento legal do sistema de saúde e as competências de cada organismo, os planos definem periodicamente um conjunto de prioridades e orientações pelas quais os profissionais de saúde e as organizações devem pautar as decisões tomadas nas áreas da saúde pública, dos cuidados de saúde primários, cuidados continuados e integrados, no desempenho das suas funções e estabelecem as metas de saúde coletiva a alcançar por parte dos profissionais e das organizações.

O Plano Nacional de Saúde em vigor (PNS 2012-2016) representa um documento político de base operacional, que procura orientar as decisões dos profissionais e das organizações de saúde, no sentido de promover os valores e as práticas do desenvolvimento sustentável a partir do melhoramento dos indicadores de saúde individual e coletiva:

Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade, e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis (Ministério da Saúde 2012, 5).

De acordo com o PNS 2012-2016, o setor da saúde deveria ser capaz de promover iniciativas que procure ter em conta as questões do género, da idade, das condições sociais e económicas e do estado de vulnerabilidade das pessoas, contribuindo desta forma para a redução das desigualdades sociais e para a construção de capital social (Ministério da Saúde 2012, 5). A inclusão das preocupações inerentes à equidade de género e socioeconómica nas estratégias das organizações da saúde incorpora um dos objetivos de desenvolvimento sustentável também promovidos pela Organização das Nações Unidas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ONU 2000).

A par disto, o PNS 2012-2016 passou a prever a implementação de modelos e práticas típicas da gestão privada, entre os quais, os sistemas de avaliação de impactes e de monitoração, o marketing social ou de causas, as auditorias, a gestão de *stakeholders*

⁷ O Serviço Nacional de Saúde, adiante designado por SNS, é um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde (Governo de Portugal, 1993). Antes da reforma da saúde iniciada em 2010, a elaboração, implementação e avaliação dos PNS esteve a cargo do Alto Comissariado da Saúde. Com a extinção deste organismo, a coordenação do PNS passou a estar a cargo da Direcção Geral da Saúde (Governo de Portugal, 2012).

e a liderança (Ministério da Saúde 2012, 4, 8, 23). A importação dos valores e das práticas de governação do setor privado pelos serviços públicos de saúde passou a ser defendida sobretudo em períodos marcados por forte contenção financeira, fruto dos sucessivos cortes estatais, das alterações demográficas, da pressão social exercida pelos cidadãos sobretudo através dos meios de comunicação social, do aumento da mobilidade de pacientes e dos profissionais de saúde (Comissão Europeia 2007, Ministério da Saúde 2012, 18). A par destes fatores, concorreram as alterações introduzidas nos moldes de financiamento e de funcionamento dos hospitais, fruto da empresarialização dos hospitais públicos (Hospitais EPE) e da consolidação de parcerias público-privadas (Silvestre 2009). Além disto, deu-se a substituição gradual da articulação vertical pela articulação horizontal no interior deste setor (Scott et al., 2000), em que o utente passou a ocupar, normativamente, uma posição de ator-chave no processo de transformação do setor. O utente do século XXI tornou-se decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e cidadão ativo, cuja voz deve influenciar os decisores em saúde (Ministério da Saúde 2012, 4).

A análise bibliográfica que realizámos mostrou-nos que as mudanças conduzidas no setor da saúde se deveram essencialmente à inclusão da lógica de mercado nos moldes de financiamento e de funcionamento das organizações da saúde. Se por um lado, autores como Richard Scott et al. (2000, 6) destacaram a existência de incompatibilidades entre a lógica de mercado e a lógica assistencial do setor da saúde – nomeadamente, devidas às dificuldades de medição dos resultados produzidos neste setor, sobretudo em termos económicos (Scott 1987) –, por outro lado, autores como Correia de Campos (1991, 22), defenderam a inclusão desta lógica no setor da saúde como uma mais valia para a contenção de desperdícios gerados no setor, e conseqüentemente, para o ganho de eficácia alcançado graças à gestão mais eficiente dos recursos humanos e à transparência dos processos de gestão organizacional. Em concordância com este último, o PNS 2012-2016, afirma que a aposta na alteração da lógica de funcionamento do setor para uma lógica mais mercantil / empresarial “retorna ganhos em saúde e em sustentabilidade, ao reforçar uma cadeia de potenciação dos efeitos positivos, ou a atenuação dos efeitos negativos, de fatores de risco e determinantes”. Além disto, compreende uma das responsabilidades deste setor, reduzir o desperdício, os cuidados de saúde e as intervenções menos eficazes, e com menor

relação custo-benefício, de forma a mobilizar esses recursos para cuidados com maior retorno (Ministério da Saúde 2012, 3).

Concomitantemente, foram integrados discursivamente na política de saúde os valores e os instrumentos gestionários da RSE, especialmente, quando se defende o desenvolvimento de programas de saúde e a criação de redes de *stakeholders* multisetoriais (Ministério da Saúde 2012, 22). Ainda de acordo com o PNS (2012-2016) através da responsabilidade social “A instituição participa mais do contrato social, e obtém maior reconhecimento social, ao incluir objetivos de apoio social e económico nas suas atividades, monitorizar e avaliar do impacto, divulgando resultados e partilhando boas práticas” (8). O conceito de responsabilidade social na saúde subsumido nos documentos políticos em Portugal é abrangente, responsabilizando não só o setor da saúde, mas todos os setores produtivos da sociedade em geral, incluindo o setor público e o terceiro setor. Contudo, predomina o vazio no quadro normativo e legal no que concerne a esta prática. Na última revisão do Estatuto do Sistema Nacional de Saúde e das Lei de Bases da Saúde, não encontramos uma única referência ao termo responsabilidade social. Embora o PNS 2012-2016 defenda a introdução da responsabilidade social no setor da saúde, o certo é que pouquíssimas organizações deste setor vêm aderindo aos sistemas de gestão da responsabilidade social existentes, tal como aos sistemas de auditoria e aos *rankings* de boas práticas na área da gestão dos recursos humanos e da promoção da igualdade de género. Portanto, os programas desenvolvidos encontram-se fortemente dependentes da proatividade dos atores e das organizações responsáveis.

Como notámos acima, a responsabilidade social foi introduzida nos hospitais privados alvo de parcerias público-privadas com o Estado Português, antes mesmo que as primeiras orientações fossem clarificadas no PNS 2012-2016. A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa chegou inclusive invocar no Relatório de Sustentabilidade de 2013, que já a implementava há 500 anos (SCML 2014).

Contudo, as primeiras iniciativas divulgadas sob o rótulo específico da RSE no setor da saúde, foram implementadas em 2008 pelos Hospitais Privados de Portugal HPP/ Lusíadas Saúde. Tanto a Santa Casa da Misericórdia como a José de Mello Saúde (dois dos mais antigos operadores privados na área da saúde em Portugal) não

dispunham de informações relativas a programas de responsabilidade social anteriores a 2008⁸.

A tentativa verificada do Estado Português em assumir um papel de destaque na orientação da RSE foi constatada, quer na centralização da função de normatização no Instituto Português da Qualidade (IPQ), como no incentivo direto atribuído à criação do Conselho Nacional para a Promoção do Voluntariado CNPV, do Prémio de Excelência através do IPQ e do “Prémio Igualdade é Qualidade” pela Comissão de Igualdade de Género. Por detrás da criação do Conselho, identificámos o intuito de apoiar as decisões tomadas pelos órgãos ministeriais em matéria de responsabilidade social.

A análise que efetuamos sobre o CNPV mostrou que este organismo necessita ultrapassar algumas barreiras para passar a ser encarado enquanto uma mais-valia na área da seleção, formação, acompanhamento e avaliação dos voluntários mobilizados no setor da saúde.

Ao nosso ver, isto poderia ser facilmente alcançado se procurassem desenvolver programas de formação em voluntariado na área da saúde/ hospitalar que tivessem em conta os perfis dos voluntários mobilizados, como ainda, integrando membros representativos das administrações hospitalares privadas da saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros no órgão consultivo do CNPV.

Dentre outros aspectos, destacamos o fato do CNPV não poder decair-se do fato de que o principal grupo de voluntários dos programas de responsabilidade social dos hospitais ser constituído maioritariamente por médicos e enfermeiros em regime de voluntariado profissional.⁷ A par disto, urge a necessidade de compreender como os hospitais lidam com o voluntariado profissional internamente, na tentativa de, em primeiro lugar, perceber em que medida os modelos aplicados apresentam pontos de convergência com o modelo de voluntariado do tipo generalista, e em segundo lugar, que ferramenta poderia ser utilizada na avaliação do modelo de formação em voluntariado desenvolvido pela Comissão Nacional de Voluntariado CNPV, pelo menos no domínio da saúde.

Por fim, mas não menos importante, urge a necessidade de se tentar perceber de que forma vêm sendo conjugadas as expectativas individuais emanadas pelos diferentes

⁸ Foram consultados os websites das organizações www.josedemellosoaude.pt e www.scml.pt, como ainda revistas e outros documentos de distribuição gratuita, além dos acervos digitais de notícias do Jornal Diário de Notícias, Jornal Público e Jornal Expresso entre 2002-2015.

grupos de voluntários mobilizados nos programas de responsabilidade social dos hospitais, de forma a elevar o número de adesões.

Quanto ao Prémio de Excelência criado pelo IPQ, importa referir que um dos objetivos que esteve por detrás da sua criação, foi o de levar o Governo e as suas respetivas organizações a afirmarem-se enquanto promotoras dos valores e das práticas da RSE em Portugal. Contudo, a participação das organizações deste setor em geral e da saúde em particular, demarca-se por ser escassa ou incipiente. Até o momento, nenhuma organização da saúde foi galardoada com o prémio promovido pelo IPQ.

Além do Prémio de Excelência, o Governo de Portugal apoiou ainda a criação do Prémio “Igualdade é Qualidade” no ano 2000 através da Comissão para a Igualdade do Género. Este prémio foi criado com o objectivo de reconhecer publicamente as organizações que, para além do cumprimento da lei relativa à igualdade de género e à não discriminação, desenvolvem ações de promoção da igualdade entre homens e mulheres no trabalho, no emprego e na formação profissional, aplicando princípios e medidas eficazes, positivas, preventivas em áreas como igualdade de género e prevenção da violência doméstica.

À semelhança do prémio anterior, não se verificou a premiação de organizações de estatuto público, pelo menos até 2012, o que nos leva a deduzir que este setor continua alheio às iniciativas que visam promover a concorrência em torno das boas práticas incluindo aquelas que se referem ao desenvolvimento sustentável e à responsabilidade social.

Capítulo 4. Problemática e Quadro de Análise

4.1. Redes de *Stakeholders* e *Clusters*

De acordo com a literatura, o termo “*stakeholders*” representa todos aqueles que se encontram numa posição de afetar ou de serem afetados pela atividade produtiva desenvolvida por uma determinada organização (Carroll 1991, 9). A gestão dos *stakeholders* torna-se crucial à medida que as organizações necessitem de obter a permissão das comunidades locais e de outros setores sociais para continuarem a operar, para além dos Estados (Porter e Kramer 2006, 4-5). A lógica da gestão dos *stakeholders* começou a ser desenvolvida devido à pressão que sociedade passou a exercer sobre os critérios e os procedimentos adotados pelas empresas, por um lado, e a consequente alteração da função das empresas nas sociedades, por outro. “Ao setor privado é agora reconhecido um papel chave na produção do desenvolvimento sustentável, através dos seus impactes sobre o desenvolvimento da sustentabilidade ambiental, social e económico” (Zadeck et al. 2003, 1).

As exigências da sociedade deixaram de estar circunscritas à obrigatoriedade legal, passando a ser de as empresas adotarem novos critérios e procedimentos éticos, porque o mero cumprimento da lei demonstrou não ser capaz de conter os impactes negativos produzidos pela atividade empresarial. Em reação a essas exigências, as empresas procuraram ajustar-se às demandas apresentadas pelos seus *stakeholders*, de forma a potenciarem a criação de externalidades positivas para o meio ambiente, a sociedade em geral, a economia local, além de ganhos de competitividade para si próprias (Garriga e Melé 2004, 52; Porter e Kramer 2006, 3; Santos 2010, 13). Isso implica a criação e a gestão continuada de redes de *stakeholders* para troca de informação e auscultação nos processos de tomada de decisão, na linha de pensamento de Castells (2002) que aponta as redes como os instrumentos apropriados para a economia capitalista baseada na inovação para uma cultura de desconstrução e reconstrução contínuas, e para uma política destinada ao processamento instantâneo de novos valores.

Encarado sob o ângulo da RSE, o conceito de *cluster* é aplicado à articulação estável de empresas, organizações da administração pública e *stakeholders* ou seus representantes em redes colaborativas de base territorial, em torno de projetos comuns

de desenvolvimento sustentável económico, social e ambiental, que, do ponto de vista dos desempenhos empresariais,

expandem a capacidade de aprendizagem das empresas a partir de fontes diversificadas e ricas; aumentam as competências para traduzir essas aprendizagens em melhores desempenhos de negócios; ganham o apoio de uma rede crescente de fornecedores de serviços que habilitam as firmas a gerir mais eficazmente as suas relações e a sua reputação; e beneficiam de uma abordagem às políticas públicas que molda os mercados de modos que beneficiam as práticas responsáveis (Zadeck et al. 2003, 24).

O sentido associado aos *clusters* de RSE extravasa as fronteiras da mera produção de vantagens competitivas para as organizações, que cultivam um elo entre si por estarem inseridas num mesmo território e segmento ou fileira de negócios (Swift e Zadeck 2002, 22). Nos *clusters* de RSE, tende a predominar a preocupação com o desempenho das organizações e a capacidade que estas dispõem para gerar bem-estar social, ambiental, além das oportunidades de desenvolvimento económico para o território onde se inserem. A par disto, este tipo de estrutura potencia a produção de capital social através do estabelecimento de laços de confiança entre os actores, bem como a imagem reputacional dos actores e do próprio território. Em consonância com Zadeck et al. (2003, 7), João Ferrão (2012, 24) defende assim a consolidação de uma base territorial de negociação, regida pelos valores da sustentabilidade, equidade, justiça e altruísmo, segundo os parâmetros ditados pela democracia deliberativa e envolvendo a participação efetiva dos cidadãos e das organizações nos processos de decisão.

A proximidade geográfica é destacada por vários autores como um fator potenciador para a constituição de *clusters* de colaboração estratégica continuada (Colgan e Baker, 2003, 357, Fernandes e Lima 2006, 22, Ferrão 2012, 24, Porter 1996, 214). Contudo, há autores como Ismael (2008, 4) que argumentam que as características culturais contribuem mais para a consolidação de redes produtivas abertas e extra nacionais do que a proximidade geográfica propriamente dita. Apesar das divergências, os autores convergem em que os *clusters* potenciam a redução dos custos de transação, bem como o equilíbrio entre a prosequção dos interesses individuais e colectivos, possibilitando às empresas inovarem mais e melhor com menos custos organizacionais e sociais associados. Além disto, os *clusters* possibilitam às organizações alcançarem ganho de dimensão, aproximando-as dos órgãos de decisão política, das instituições

financeiras, das universidades e dos centros de investigação científica, elevando com isto a sua capacidade de inovação. Através deste meio, as organizações e os seus territórios alcançam ganhos de imagem e reputação, tornando-se alvo de atração junto de profissionais talentosos, investigadores de prestígio e consumidores sofisticados.

Como dissemos, com vista atender às novas demandas sociais, as empresas têm procurado articular-se entre si e também com os próprios consumidores e outras entidades estratégicas, a fim de obterem a mais baixo custo as informações e os recursos necessários para conseguirem fornecer produtos e serviços com valor acrescentado em espaços de tempo relativamente curtos (Porter 1996, 214). Tanto as redes de *stakeholders* como os *clusters* territoriais de RSE facilitam a incorporação de princípios éticos inerentes ao bem comum, e a adoção de práticas gestionárias coerentes com a política do diálogo e com a participação democrática dos *stakeholders* no processo de decisão organizacional. A introdução dos valores éticos contribui para o equilíbrio entre a persecução dos interesses individuais dos gestores e dos *stakeholders* de um modo geral, tornando possível a “[p]ersonalização das responsabilidades sociais ou societais, através da delineação dos grupos ou das pessoas específicas que as empresas deveriam considerar na sua orientação para a RSE” (Carroll 1991, 9). A coordenação na prossecução dos objetivos sociais, ambientais e económicos só ocorre na medida em que sejam representadas as expectativas societais que são assim traduzidas, e fornecidas às empresas pelos diferentes *stakeholders* (De Bakker, Groenwegen e Den Hond 2005, 285), numa plataforma coletiva de negociação de valores e de práticas, geradoras de impactes positivos para as empresas, os *stakeholders*, o meio ambiente e o sistema económico no seu todo (Blowfield e Murray 2008, 272).

As redes de relacionamentos construídas pelos *clusters*, potenciam a consolidação quer de laços “fracos” (*arm’s length ties*), quer de laços “fortes” de confiança (*embedded ties*) (Uzzi 1997, 36-37). Os laços fortes geram maior confiança entre os atores e reduzem os custos de transação, mas as redes compostas essencialmente por estes laços podem reduzir a competitividade e sofrer da “fraqueza dos laços fortes”: o fechamento e a redundância da informação, reduzindo as oportunidades de mercado, e acarretando custos elevados de manutenção dos laços. Reciprocamente, a “força dos laços fracos” reside na sua maior capacidade para estabelecer pontes através de pontos diversificados da estrutura social, criando redes mais abertas e com mais ampla e diversificada circulação de informação (Granovetter

1983). Assim, dada a complementaridade funcional destes dois tipos de laços sociais, as redes economicamente mais eficientes tendem a ser mistas, incorporando uma composição equilibrada entre ambos os tipos de laços (Uzzi 1997, 49). Portanto, os *clusters* mais competitivos tenderão a ser os que estabelecem um equilíbrio entre os dois tipos de laços no seu interior.

Contudo, as redes de *stakeholders* e os *clusters* deparam-se com vários entraves durante o processo de consolidação. De entre os entraves encontrados, destacamos a ausência de uma visão ética comum entre os membros, a inconsistência dos laços de confiança estabelecidos e o excesso de influência de alguns membros sobre os outros. Além dos entraves do tipo interrelacional, existem outros de natureza mais sistémica, fruto do fraco conhecimento que se tem acerca do funcionamento dos *clusters*. Segundo Swift e Zadeck (2002, 1-2), poucos estudos tentaram compreender o que se passa dentro dos *clusters*, ou seja, procuraram caracterizar os seus membros, os tipos de acordos (formais ou informais) de cooperação estabelecidos entre eles, os tipos de recursos transacionados (institucional, científico ou técnico-operacional) e as formas de comunicação preferidas (reuniões presenciais, chamadas telefónicas, emails, entre outros), além dos tipos de programas desenvolvidos ao abrigo da cooperação (programas de filantropia, voluntariado, saúde preventiva, entre outros).

De uma forma sucinta, a literatura aponta para a possibilidade de se compreender as estruturas em *clusters* a partir da identificação dos *stakeholders* envolvidos (Swift e Zadeck 2002, 33), da caracterização dos tipos de laços estabelecidos entre os atores, (Granovetter 1983, 212; Uzzi 1997, 36, 37), e da identificação das iniciativas promovidas ao abrigo da cooperação (Porter e Kramer 2006, 5). Para Granovetter (2003, 78) nem as instituições formais nem a moral generalizada são suficientes para gerar confiança; é indispensável também o controlo social recíproco de vários atores de uma rede para explicar a manutenção de ambientes económicos estáveis, ainda que contingentes, como os mercados, as empresas e as demais instituições económicas. Assim, as redes sociais que se formam dentro dos *clusters* permitem também sustentar a ordem e a estabilidade, quando a moral generalizada e as instituições são insuficientes para o conseguir.

De um modo geral, além dos valores éticos, a discussão sobre a formação de redes estáveis de organizações e *stakeholders* centra-se essencialmente em três eixos: na proximidade geográfica das atores/organizações, no tipo de ligação com o ramo de

produção, e nos tipos de ações desenvolvidas (p. ex. a mitigação dos danos causados pela atividade produtiva). No domínio da responsabilidade social, é esperado que os *clusters* consigam produzir resultados em termos da maximização dos resultados do investimento filantrópico e da criação de atributos socialmente responsáveis para as organizações e respectivos produtos (Garriga e Melé 2004, 55); dos instrumentos de mensuração dos impactes gerados pelos programas de responsabilidade social e de *reporting* institucional, e dos instrumentos de diálogo com os diferentes *stakeholders* e (De Bakker, Groenwegen e Den Hond 2005, 304); da integração das demandas sociais dos *stakeholders* nas estratégias das organizações (Porter e Kramer 2006, 7), particularmente os das comunidades mais vulneráveis (Swift e Zadeck 2002, 22); e da antecipação e prevenção dos efeitos adversos resultantes da atividade empresarial (Porter e Kramer 2006, 7).

4.2. Valores e Motivações

O papel dos gestores face à RSE é um dos temas mais abordados na literatura. Os estudos analisados sublinharam que os gestores atuam conforme a sua orientação ética individual, para além dos interesses comerciais (Almeida 2010,78; Bankowski e Bryant 1988; Blowfield e Murray 2008, 110; Lee 2008); e que essa orientação ética define os interesses estratégicos adotados na organização e nas relações que esta estabelece com os *stakeholders*. Como tal, a gestão de *stakeholders* é um processo de negociação ou conciliação entre as reivindicações destes e os objetivos dos gestores (Carroll 1991, 5).

Alguns valores facilitam mais que outros o alinhamento entre os interesses individuais, os interesses estratégicos e as demandas sociais no interior dos programas implementados (Carroll 1991, 45), bem como o equilíbrio entre as motivações idealistas e as motivações estratégicas das organizações (Almeida 2010, 26). Nas motivações idealistas, o ator alcança a sua realização promovendo o bem estar social e cumprindo aquilo que entende como sendo a sua obrigação moral (Lee 2008), enquanto na estratégica, a realização pessoal deriva do cumprimento dos objetivos estratégicos ou instrumentais definidos pelas organizações (Lee 2008; Santos 2011, 493). Segundo Almeida (2010, 26)

[as] práticas empresariais socialmente responsáveis podem ter origem em motivações estratégicas ou idealistas... Enquanto as segundas se relacionam

com a consciência ética e os valores individuais de cada decisor organizacional, as primeiras referem-se, por exemplo, à melhoria da imagem corporativa, à necessidade de integração e aceitação na comunidade local ou à compensação de danos sociais ou ambientais provocados pela ação empresarial.

Tanto num caso como noutro, as motivações podem ser de origem interna ou externa. As motivações internas diferenciam-se das externas tendo em conta a natureza do impulso que é dado à ação. Ou seja, enquanto as motivações internas são induzidas pelas próprias organizações, as motivações externas são ditadas pelo exterior (sociedade, mercado, etc.) (Almeida 2010, 25).

As motivações são socialmente construídas e tendem a ter em conta os fatores exógenos que permeiam o ambiente organizacional. Assim, as decisões de gestão com implicações nesta área têm origem em motivações complexas que sobrepõem os valores pessoais e as razões estratégicas, bem como os desejos de integração e de legitimação sistémica da ação. Nestes termos,

[o] sentido de pertença é uma motivação subjacente que altera a aceitação passiva de um destino comum para o trabalho ativo para objetivos comuns. Se a solidariedade pode ser aproveitada para objetivos como a promoção da saúde e o desenvolvimento social, isto pode ser uma força motivadora ponderosa (UNESCO-IBC 2010, 23).

Apesar das limitações ditadas pelo contexto externo, o ator exerce um papel ativo e decisivo na definição das opções estratégicas, não se encontrando numa posição de sujeito passivo, que reage aos impulsos internos do foro estratégico da organização ou externos, da sociedade em geral (Almeida 2010, 26).

Tendo em conta as expectativas a que as organizações se encontram sujeitas, as motivações podem ser compreendidas como preventivas, quando procuram “atuar como um bom cidadão corporativo, sintonizadas com as preocupações sociais dos *stakeholders* em evolução, e mitigando ou antecipando os efeitos adversos existentes das atividades dos negócios”; ativas, quando buscam “mitigar o dano resultante das atividades da cadeia de valor de uma firma - é essencialmente um desafio operacional” (Porter e Kramer 2006, 7); e estratégicas, quando “se movem para além da cidadania e da mitigação dos impactes danosos na cadeia de valor para elevar um pequeno número cujos benefícios sociais são amplos e distintivos” (Porter e Kramer 2006, 3, 6, 9).

De acordo com a literatura consultada, os valores e as motivações para a RSE revestem-se de especial importância no estudo dos moldes de concertação social acionados no interior dos *clusters* em geral e no setor da saúde em particular. Sobretudo, porque permite perceber o que leva os atores a preferirem os interesses coletivos em detrimento dos interesses individuais (Uzzi 1997, 47).

Para concretizar o estudo proposto, optamos por privilegiar a análise dos valores dos gestores de acordo com a tipologia sugerida por Garriga e Melé (2004). Esta tipologia assenta na articulação entre os interesses estratégicos das firmas, as demandas societárias e os desígnios de realização pessoal dos gestores nas opções tomadas pelas organizações. De acordo com esta teoria, a companhia tem a obrigação moral de responder aos anseios emanados da sociedade, porque esta constitui parte integrante da comunidade onde se encontra inserida. Nesta perspectiva, a empresa deve tentar conjugar “(...) as noções de autonomia e de dependência em relação aos ambientes em que se insere” (Kirschner 2006, 4).

Garriga e Melé (2004) identificaram quatro grandes tipos de teorias da RSE: teorias instrumentais, teorias políticas, teorias éticas e teorias integrativas. As teorias da RSE tipificadas incorporam as diferentes dimensões de valores (instrumentais, políticos e éticos) envolvidos na discussão teórica sobre a RSE, tanto quanto ao comportamento ético das organizações como aos interesses estratégicos de obtenção de ganho de eficiência e de maximização de vantagem competitiva, prestando-se assim à análise das orientações de valor e das motivações dos gestores.

As teorias instrumentais defendem que as ações levadas a cabo pelas organizações com vista a melhorarem o seu desempenho organizacional, derivam do investimento social que promove fatores de competitividade (p. ex., em formação de capital humano), bem como do investimento realizado na salvaguarda dos recursos naturais indispensáveis à atividade produtiva das empresas, e/ou que reverta em ganho de imagem e reputação a partir do *marketing* de causas (Garriga e Melé 2004, 53). As teorias políticas acentuam os deveres das empresas quanto à satisfação das expectativas sociais, devido à posição que ocupam nas sociedades e ao poder de que dispõem, e como tal, as ações resultantes ou preventivas de reivindicações sociais (Garriga e Melé 2004, 55). As teorias éticas acentuam a responsabilidade das empresas na criação de externalidades sociais positivas, mesmo que disto não resultem benefícios para as próprias organizações, partindo da premissa de que as empresas, como qualquer outro

ator social individual ou coletivo, têm a obrigação de contribuir para o bem comum enquanto parte da sociedade (Garriga e Melé 2004, 60). Finalmente, as teorias integrativas acentuam o dever que cabe às organizações de integrar os interesses dos diferentes *stakeholders* nas estratégias organizacionais. Enquadram-se aqui a gestão de *stakeholders*, através da qual algumas organizações transformam as demandas sociais em responsabilidades organizacionais, através do estabelecimento de redes de diálogo; a gestão de problemas sociais; e o princípio de responsabilidade pública que invoca a contribuição das empresas para as políticas públicas (Garriga e Melé 2004, 57).

As teorias apresentadas atribuem às empresas e à figura do gestor um papel chave de transformação social. Os gestores exercem o papel decisivo na implementação da RSE, em primeiro lugar, porque têm a facilidade de alinharem os interesses individuais com os interesses/ demandas societárias (Carroll 1991, 10, Scherer e Palazzo 2011, 904) e, em segundo lugar, porque dispõem da facilidade de equilibrar no interior das decisões tomadas, as motivações idealistas e as motivações estratégicas (Almeida 2010, 26).

4.3. Críticas e Justificações

Como apontam Bartley (2007) e King e Pearce (2010), as controvérsias desencadeadas pelas críticas públicas ao capitalismo vêm deixando de ser vistos como um entrave à economia de mercado para serem encaradas como um estímulo à inovação nas economias capitalistas. Parte importante desse processo passa pela negociação e estabelecimento de consensos provisórios em torno da responsabilidade atribuída às empresas e por elas assumida de contribuírem para a justiça e a sustentabilidade económica, social e ambiental. Tais consensos tendem a ser conseguidos quando os atores são capazes de articular os valores éticos (Garriga e Melé 2004) e as motivações para a RSE com os valores e as motivações específicas das atividades empresariais capitalistas (Almeida 2010), em lógicas de ação e justificação socialmente aceites e tidas como justas, em termos de generalidade e de bem comum (Boltanski e Thévenot 2006).

A teoria da justificação proposta por estes últimos autores da Sociologia pragmática parece-nos os uma via adequada para analisar o nosso objeto de estudo. Ao contrário dos autores da Economia, que defendem que os atores agem racionalmente conforme as suas orientações e os seus interesses particulares de maximização, os

autores da Sociologia pragmática defendem que tanto os valores, como os interesses particulares investidos numa determinada ação, e traduzidos sob forma de metas e motivações, passam por um processo de negociação prévia, com vista serem legitimados (Boltanski e Thévenot 2006, 16; Cefai 2009, 14). O ator consegue legitimar-se e legitimar a lógica de ação pretendida, quando consegue reunir os consensos e formalizar os acordos necessários em torno desta, utilizando como artefacto os argumentos, os objetos e os sistemas de prova assentes nos regimes de justificação. As *cités*, ou os regimes de justificação, trazem à tona noções de bem comum e regimes de prova aceites por todos como legítimos. Estes por sua vez, surgem indissociados dos princípios da Humanidade Comum e da Hierarquização dos Seres, e das tensões valorativas entre eles.

O princípio da Humanidade Comum atribui uma igual dignidade a todas as pessoas, enquanto o princípio da Hierarquização dos Seres, estipula que o ordenamento das pessoas decorre de acordo com o seu grau de grandeza, entendida esta como a medida de valoração moral de determinado ator e da sua ação. Enquanto na Sociologia estruturalista, são as estruturas sociais que estabelecem a relação entre estes princípios, na Sociologia pragmática, os atores negociam entre si os valores e os dispositivos da ação que melhor se ajustam à persecução dos interesses individuais e coletivos. Quer num caso como noutro caso, o conjunto de valores acionados é limitado e estabelecido tendo como base o código social partilhado pelos atores envolvidos (Boltanski 2001, 14).

Segundo Burns e Machado (2014, 3) os agentes tendem a fundamentar a ação que desenvolvem segundo regras sociais consolidadas, com vista minimizarem as incertezas e se tornarem parte de um coletivo. No caso específico da solidariedade de tipo orgânico, esta poderia engendrar-se como uma moral única sociologicamente pertinente (Génard 1992, 8).

Boltanski e Thévenot (2006) e Boltanski e Chiapello (2009) propuseram teoricamente um conjunto de *cités*, regimes de justificação construídos tendo em conta os desígnios do bem coletivo e da auto-realização individual. Sintetizando segundo Boltanski (2001, 17), os atores apoiam-se nos valores contemplados nas *cités* designadas como de inspiração, doméstica, cívica, de renome, industrial, mercantil e de projeto, para reunirem os consensos necessários para legitimarem e coordenarem as suas ações.

Na ***cit  de inspira o***, a grandeza dos atores   aferida pela posi o do santo que atinge um estado de gra a, ou do artista que recebe a inspira o. Revela-se no corpo puro, preparado pelo ascetismo, cujas manifesta es (santidade, criatividade, sentido art stico, autenticidade...) constituem a forma privilegiada de express o. Neste sentido, os atores envolvidos neste regime tendem a justificar os princ pios altru stas que adotam, tendo como base argumentos de natureza divina ou transcendental (Boltanski e Th v not 2006; 161, 164).

Na ***cit  dom stica***, a grandeza dos atores   avaliada segundo a posi o hier rquica que os atores ocupam numa cadeia de depend ncias pessoais. Numa f rmula de subordina o estabelecida segundo um modelo dom stico, o la o pol tico entre os seres   concebido como uma generaliza o do la o da gera o, conjugando a tradi o e a proximidade. Posto isto, a ado o de valores e dispositivos de atua o acabam por derivar do cumprimento das obriga es morais que os atores acreditam ter para com os outros, tendo como base rela es sobretudo de depend ncia (Boltanski e Th v not 2006, 165-177).

Na ***cit  de renome***, a grandeza dos atores   avaliada com base na opini o dos outros, isto  , do n mero de pessoas que lhes concedem o seu valor e a sua estima. Visto deste  ngulo,   compreens vel que invoquem as raz es que se prendem ao ganho de imagem e reputa o para justificarem os valores e os dispositivos adoptados (Boltanski e Th v not 2006, 179-184).

Na ***cit  c vica***, a grandeza dos atores define-se enquanto representantes de um coletivo do qual exprimem a vontade geral. Os atores invocam o cumprimento dos deveres de natureza c vica consagrados em documentos como a Carta Universal dos Direitos do Homem, para legitimar os valores e os dispositivos de a o (Boltanski e Th v not 2006, 185-192).

Na ***cit  mercantil***, a grandeza dos atores   avaliada segundo o princ pio de mercado; os atores apoiam-se nos valores e nos dispositivos da concorr ncia e da competitividade para alcan arem a legitima o social dos valores e dos dispositivos de a o (Boltanski e Th v not 2006, 197-203).

Na ***cit  industrial***, os atores invocam valores que se prendem com a maximiza o da efici ncia e da efic cia, tendo como dispositivos de suporte, os modelos de gest o e o uso tecnologias para legitimarem os valores e os dispositivos de a o (Boltanski e Th v not 2006, 206-211).

Na ***cit  de projeto***, a grandeza dos atores   avaliada segundo princ pios de inova o e colabora o, ligados   manuten o dos atores em redes de parcerias e no fortalecimento dos la os de coopera o entre eles por via da realiza o de projetos (Boltanski e Th venot 2006, 21-23).

Sendo a RSE uma constru o social que visa conciliar, no seio das empresas e das organiza es, valores e motiva es de persegui o do lucro com os da produ o volunt ria de bens coletivos, e assentando em formas colaborativas de coordena o da a o coletiva em redes de *stakeholders* e/ou *clusters*, a teoria da justifica o proposta pela Sociologia pragm tica oferece-nos um quadro problem tico e anal tico especialmente adequado ao seu estudo sociol gico.

Parte II. Estudo Empírico

Capítulo 5. Método

Os governos locais ocupam, no século XXI, um lugar central na manutenção do direito de acesso aos cuidados de saúde, sobretudo por parte dos mais vulneráveis (Mueller 1993, 5). Tendo em conta a importância que as autarquias locais passaram a ocupar no desenvolvimento económico e social dos territórios, por um lado, e os impactes que as suas orientações produzem nas opções estratégicas definidas pelas organizações, por outro lado, definimos as autarquias como um dos interlocutores privilegiados neste estudo.

O estudo empírico que realizámos sobre os municípios foi delimitado geograficamente pelos que compõem a faixa territorial denominada Lisboa Ocidental. Esta é composta pelos concelhos de Cascais, Oeiras e Lisboa, onde se encontram sedeados os maiores grupos hospitalares privados. Além disto, estes concelhos absorvem grande parte da mão-de-obra médica e de enfermagem disponível em todo o país, e apresentam o índice mais elevado de urgências hospitalares, consultas de especialidade e internamentos realizados. Contribuiu ainda para a nossa escolha o facto de estes concelhos externalizarem serviços e profissionais qualificados entre si, e de partilharem o mesmo público alvo em termos de cuidados saúde. Como vemos, e conforme sugerido inicialmente pela pesquisa exploratória, estes municípios definiram estratégias de desenvolvimento territorial diferentes, no que toca à responsabilidade social, sendo uma hipótese plausível que as orientações emanadas pelas autarquias locais influenciem grandemente as opções estratégicas tomadas pelos grupos hospitalares no que concerne à responsabilidade social.

Tendo em conta o objeto deste estudo, definimos como grupo amostral o conjunto dos decisores autárquicos responsáveis pelos departamentos da Ação Social e da Saúde. Estes atores correspondem ao meio através do qual são conhecidas as vontades políticas que estão por detrás dos programas de valorização territorial implementados nos municípios (Ferrão 2012, 24). Em 2007, as responsabilidades das câmaras municipais na área da saúde foram ampliadas, tendo sido, posteriormente reforçadas em 2015 (Governo de Portugal 2015). A necessidade de concertar os seus esforços com diferentes setores da sociedade, levou as câmaras municipais do distrito de

Lisboa, a criarem dentro dos seus departamentos de ação social, uma divisão específica para os assuntos da saúde. No levantamento de dados, usámos a recolha documental e entrevistas semiestruturadas. No tratamento de dados qualitativos, usámos a análise de conteúdo temática.

Os documentos analisados compreenderam as agendas e documentos programáticos municipais, que definiam metas para a área da saúde (p. ex. Agenda XXI), além dos dados estatísticos oficiais disponibilizados pelo INE, frequentemente consultados a partir da plataforma Pordata, e pela documentação municipal.

No processo de solicitação de agendamento de entrevistas com os profissionais autárquicos, utilizámos o envio de cartas e de emails. Como dispúnhamos dos endereços eletrónicos dos profissionais na Câmara Municipal de Cascais e na Câmara Municipal de Lisboa, já contactados por ocasião de estudos anteriores, optámos nestes casos pelo envio de emails. No caso da Câmara Municipal de Oeiras, optámos pelo envio de carta através dos Correios, porque não dispúnhamos do endereço eletrónico dos nossos pretendidos entrevistados. Apesar das dificuldades levantadas por alguns profissionais autárquicos, o estudo contou com o apoio pessoal e institucional do Presidente da Câmara Municipal de Cascais, do Presidente da Câmara Municipal de Oeiras no ano de 2010, e do Diretor do Departamento de Ação Social na Câmara Municipal de Lisboa, aos quais manifestamos o nosso sincero reconhecimento.⁹

A existência de um passado comum de cooperação com a Câmara Municipal de Cascais e o apadrinhamento do Presidente da Câmara na altura em que este estudo foi realizado não facilitaram o acesso aos profissionais desta instituição. Tanto a Direção do Departamento de Habitação e de Ação Social como a Divisão de Saúde dificultaram o levantamento de informação. A nosso ver, a resistência demonstrada deveu-se aos resquícios de uma cooperação mal conduzida no projeto anterior, que terá causado a ausência de boa vontade por parte dos decisores contactados, bem como ao facto de este município privilegiar o turismo verde na sua estratégia de desenvolvimento territorial. Ao contrário da Câmara Municipal de Cascais, quer os técnicos da Câmara Municipal de Oeiras como da Câmara Municipal de Lisboa receberam-nos muito bem, tendo inclusive se prontificado a ajudar-nos em tudo aquilo que fosse preciso.

⁹ As declarações emitidas por estes dirigentes autárquicos encontram-se disponíveis para consulta no Anexo 13 do presente documento.

As entrevistas semiestruturadas de carácter exploratório realizadas junto dos coordenadores de departamento e chefes de divisão da saúde nas Autarquias Locais decorreram entre 5 de maio de 2010 e 23 de abril de 2012. A inquirição dos responsáveis pela área da saúde nas câmaras municipais revestiu-se de especial importância porque “eles trazem consigo um conjunto de normas, valores e expectativas que competem entre si” (Fennell e Alexander 1993, 104). Além disto, “A pessoa ou grupo de pessoas que lideravam a área da responsabilidade social eram uma influência direta na forma como as práticas eram planeadas, implementadas, comunicadas e avaliadas” (Esgaio e Carmo 2014, 48).

Durante as entrevistas exploratórias, procuramos saber como eram conformadas as diferentes orientações para a RSE nas autarquias locais, e se a RSE e os *clusters* da RSE integravam ou não a estratégia de desenvolvimento territorial definida pelos Municípios. O tempo médio de duração das entrevistas semi-estruturadas rondou uma hora. As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela investigadora e não puderam ser gravadas, assentando a análise nas notas extensivas tomadas *in loco*. O guião que utilizamos nas entrevistas era composto pelas seguintes questões:¹⁰

- Quando e porquê a Câmara decidiu implementar programas de responsabilidade social?
- Em que documentos normativos se baseou para tomar as decisões nesta área?
- Que instrumentos de gestão foram acionados e qual foi o papel das redes de *stakeholders* no processo da implementação?
- De que forma a RSE contribuiu para o desenvolvimento do Concelho?

A amostra de grupos hospitalares alvo deste estudo foi composta pelos Hospitais Privados de Portugal HPP, José de Mello Saúde JMS, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa SCML e Espírito Santo Saúde ESS. Seleccionámos estes grupos hospitalares porque se encontram sedeados nos municípios delimitados neste estudo, participarem em parcerias público-privadas para a produção de cuidados de saúde, além de a informação inicial sugerir que teriam adotado estratégias distintas em termos de RSE. Contudo, o grupo Espírito Santo Saúde mostrou-se indisponível para cooperar. A nosso ver, a indisponibilidade do grupo para cooperar deveu-se ao facto do se encontrar-se a

¹⁰ Disponibilizamos para consulta as sínteses das entrevistas realizadas com os interlocutores camarários no Anexo 6.

atravessar uma crise financeira grave, que ditou a sua venda posterior ao grupo chinês Fosun em 2014. No seu conjunto, os grupos hospitalares analisados empregam cerca de 14.900 colaboradores: José de Mello Saúde 5.900, os Hospitais Privados de Portugal 4.000 e a Santa Casa da Misericórdia 5.000.

Na fase de levantamento de dados, usámos a recolha documental e entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram extraídos a partir dos relatórios disponibilizados nos websites, das revistas em formato impresso distribuídas pelos grupos hospitalares, além de outros documentos cedidos pelos interlocutores. No tratamento dos dados, usámos a análise de conteúdo temática, fundamentalmente qualitativa, mas resumindo os dados de conjunto de modo quantitativo descritivo.

Tendo em conta a importância dada às controvérsias públicas pela bibliografia consultada, bem como que os interlocutores assinalaram, nas entrevistas, a necessidade de tornar consensual e legítima a atividade lucrativa desenvolvida na área da saúde, procurámos identificar nesta fase quais eram as críticas endereçadas aos grupos hospitalares. Para o efeito, analisámos todas as notícias publicadas no *Público*, no *Diário de Notícias* e no *Expresso* sobre os grupos hospitalares durante o período 2002-2015.

Os três jornais foram escolhidos por serem periódicos de grande circulação no país e na Área Metropolitana de Lisboa em particular, pela sua aceitação no meio académico como fontes credíveis sobre a opinião, e por permitirem a consulta dos acervos disponíveis online gratuitamente. Optámos pela consulta aos acervos *online* em detrimento da consulta dos documentos em formato impresso, devido às facilidades de acesso e ao prazo restrito que dispúnhamos para fazer o levantamento e o tratamento de dados previsto nesta fase. Contudo, de um modo geral, as bases de dados disponibilizadas pelos jornais apresentavam algumas limitações. Por exemplo, dos três jornais consultados, apenas o *Expresso* filtrava as notícias de acordo com a palavra-chave inserida, ou seja, tendo como base o nome do hospital inserido. A par disto, o website do *Público* dificultava o acesso ao acervo online depois de ultrapassadas as 50 páginas consultadas, além de que conduzia-nos sempre ao primeiro aparador consultado, quando clicávamos numa notícia qualquer para lê-la na íntegra. Este fato poderá, inclusive, ter acarretado a duplicação de algumas das notícias analisadas neste estudo.

Apesar de existir o risco de duplicação de algumas notícias, os objetivos definidos para esta fase foram alcançados, sobretudo aqueles que se prendiam com a identificação dos grupos hospitalares alvo de críticas na arena pública, e a descrição das lógicas de justificação, dos valores e das motivações que fundamentavam as críticas formuladas. Durante o período de janeiro de 2002 a fevereiro de 2015, encontrámos nos arquivos digitais dos jornais cerca de 300 notícias envolvendo pelo menos um dos três grupos hospitalares privados selecionados. No tratamento dos dados usámos a análise de conteúdo temática para identificar e sistematizar os conteúdos relevantes para análise qualitativa, bem como quantificação para descrever e resumir as tendências de conjunto.

No interior dos grupos hospitalares, definimos como interlocutores privilegiados aqueles que ocupam função de decisão no conselho de administração e nos departamentos responsáveis pela gestão da RSE. A capacidade de impacte que as decisões tomadas por estes grupos de atores têm na saúde, segurança e bem-estar em geral e dos seus trabalhadores, confere-lhes uma possibilidade moral suplementar no exercício da sua liberdade de acção e de decisão (Trevino, citado por Almeida 2010, 33). Por outro lado, como vimos, a bibliografia analisada mostrou que a responsabilidade social implementada nos hospitais está relação estreita com os valores pessoais dos seus gestores (Brandão et al 2012, 4; Hewison 2002, 567), e que o modo como estes conduzem a responsabilidade social tanto pode resultar em vantagens competitivas para as organizações como incrementar os custos incorridos (Porter e Kramer 2006, 4). No caso específico dos Hospitais Privados de Portugal, tivemos a oportunidade de entrevistar membros do conselho de administração em dois momentos distintos (2010-2013, sob a gestão do Grupo Hospitais Privados de Portugal, e depois de 2013 quando a gestão do grupo passou para as mãos do Grupo Brasileiro Amil).

As entrevistas decorreram em duas fases. Na primeira, realizámos ao todo quatro entrevistas semiestruturadas de cariz exploratório junto dos membros dos conselhos de administração, durante o período entre 7 de outubro de 2009 e 14 de setembro de 2012, para percebermos como, quando e por quê a responsabilidade social foi implementada nos hospitais público-privados portugueses.¹¹ Não foi possível gravar as entrevistas, assentando a análise nas notas detalhadas tomadas pela investigadora. Embora o número de entrevistas seja reduzido, recolhem os discursos de atores relevantes, a quem foram

¹¹ Disponibilizamos para consulta as sínteses das entrevistas realizadas com os interlocutores nos grupos hospitalares privados no Anexo 6 deste documento.

delegadas competências para gerir milhões de Euros do orçamento de Estado para efeitos de produção de cuidados de saúde¹². Durante a fase exploratória, tínhamos como principais objetivos identificar, descrever e analisar as orientações para a RSE definidos pelos conselhos de administração dos maiores grupos privados envolvidos em PPP com o Estado Português.

O guião que utilizámos na fase das entrevistas exploratórias compreendeu as seguintes questões:

- Quando a responsabilidade social foi implementada na organização?
- Como ela foi implementada?
- Quais foram as razões que estiveram por detrás da decisão de implementar a responsabilidade social?

Ao interrogarmos “quando”, pretendíamos certificar se a data de implementação da responsabilidade social coincidia ou não com a data de criação do grupo hospitalar. O nosso intuito era verificar qual era o tipo de relação que a responsabilidade social mantinha com os conceitos de missão definidos pelas organizações. Com a questão “quais foram as razões” pretendíamos averiguar as motivações que estiveram por detrás da implementação da responsabilidade social no meio hospitalar. Mais precisamente, de que forma eram conciliados os desígnios de auto-realização dos atores com os interesses estratégicos das organizações. Finalmente, a questão “como” propunha-se identificar o *modus operandi* utilizado na implementação da RSE, ou seja, identificar quais foram as áreas da RSE privilegiadas, os públicos alvo e os grupos de *stakeholders* envolvidos.

Com vista aprofundar algumas dúvidas suscitadas na fase das entrevistas exploratórias, decidimos realizar outras quatro entrevistas de aprofundamento aos mesmos interlocutores inquiridos durante a fase exploratória. Na fase de aprofundamento, buscámos compreender como estes mesmos atores encaravam a implementação da RSE no setor da saúde, como eram definidas as áreas de atuação da RSE, que ferramentas da gestão eram utilizadas no processo de implementação e quais eram as expectativas de médio e longo prazo para a RSE neste setor.

O guião de entrevista utilizado durante as entrevistas de aprofundamento contemplava as seguintes questões:

¹² Prevê-se que as PPPs da saúde custem ao Estado cerca de 1.889 milhões de euros em 2016. <http://observador.pt/2016/02/18/renegociacao-contratos-nao-travou-aumento-dos-encargos-ppp/>

- O que entende por responsabilidade social?
- Faz sentido pensar em responsabilidade social na saúde? Em caso afirmativo ou negativo, pode justificar a sua resposta?
- Que preocupações foram tidas em conta nos programas da RSE?
- Que ferramentas da gestão foram acionadas na sua implementação?
- Qual a visão de médio e longo prazo para esta prática no setor da saúde?

O guião utilizado nesta fase foi ainda replicado junto dos gabinetes responsáveis pela gestão da RSE. Tomamos esta decisão, porque pretendíamos averiguar se existiam ou não divergências em termos das lógicas de justificação, valores e motivações da RSE, confrontando as subjetividades pessoais dos atores que exerciam funções de responsabilidade nos diferentes hospitais. Esclareça-se que os grupos hospitalares não criaram departamentos ou gabinetes específicos para a RSE. Enquanto no Grupo José de Mello Saúde, a gestão da RSE se encontra a cargo do Departamento de Recursos Humanos e Sustentabilidade, no grupo HPP/ Lusíadas, a responsabilidade para com esta área foram destinada ao Departamento de Marketing, e na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, ao departamento de Qualidade e Inovação.

As entrevistas semiestruturadas de aprofundamento realizadas junto dos gabinetes responsáveis pela gestão da RSE decorreram entre 28 de outubro de 2012 e 14 de abril de 2013. Infelizmente, não nos foi possível contactar o gabinete responsável pela área da RSE na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, apesar de termos enviado uma carta de solicitação e realizado diversas chamadas telefónicas. Cremos que a indisponibilidade do gabinete reflete, em parte, o pensamento manifestado pelo membro do conselho de administração inquirido neste estudo, segundo o qual “Não faz sentido pensar na RSE na saúde, porque já constitui a missão da SCML, assegurar o acesso aos cuidados de saúde por parte dos cidadãos mais vulneráveis” (Anexo 5, Linha 46). Face à indisponibilidade do gabinete responsável pela RSE na SCML, tivemos que ativar fontes de informação alternativas, designadamente, os apontamentos que tirámos da comunicação proferida pela técnica responsável pela área da RSE na SCML na 9ª Semana da Responsabilidade Social entre os dias 20 e 23 de maio de 2014, na Fundação Cidade de Lisboa, que considerava a RSE “Uma ferramenta estratégica em termos de sustentabilidade”.¹³

¹³ <http://srs.apee.pt/2014/programas/cidades>

A duração média das entrevistas de aprofundamento foi de cerca de uma hora, sem interrupção. As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela investigadora, nas sedes administrativas dos grupos hospitalares envolvidos. Também estas não puderam ser gravadas, assentando a análise nas notas detalhadas recolhidas pela investigadora. A deslocação às sedes administrativas dos hospitais para a realização das entrevistas contribuiu para o enriquecimento deste estudo, porque nos permitiu fazer observações e tirar algumas notas complementares.

Para conseguirmos o agendamento destas entrevistas, enviamos cartas aos conselhos de administração dos Hospitais Privados de Portugal HPP e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, tal como aos gabinetes da RSE, através dos Correios. No caso da José de Mello Saúde, enviamos apenas emails. Além do envio de cartas e de emails, tivemos que realizar algumas chamadas telefónicas, e até deslocar-nos pessoalmente às sedes administrativas, para tentarmos saber qual era o ponto de situação do nosso pedido de agendamento de reunião. A deslocação à sede da Santa Casa da Misericórdia, por exemplo, sucedeu após várias tentativas frustradas de contacto a partir do telefone.

O tempo de espera para o agendamento da reunião com a administração do José de Mello foi mais curto em relação aos outros grupos, devido ao contacto pessoal e frequente que mantínhamos com os profissionais desta organização. O tempo médio de espera pela confirmação do agendamento das entrevistas rondou os 30 dias. Todos os membros de conselhos de administração entrevistados nos receberam muito bem e nos apoiaram, tendo-se, inclusive, prontificado para cooperar em fases posteriores deste estudo,¹⁴ desde que permanecessem no anonimato.¹⁵ As informações levantadas nestas fases foram complementadas com documentos retirados dos websites institucionais, e das notícias jornalísticas, além de outros documentos cedidos pelos próprios interlocutores.

Complementarmente às entrevistas, usámos um breve inquérito por questionário aplicado aos membros dos conselhos de administração dos grupos hospitalares. O questionário era composto por oito grupos de questões fechadas e abertas. As questões foram construídas tendo como base as críticas apontadas na imprensa analisada às parcerias público-privadas e aos hospitais nelas envolvidos. Em cada grupo de questões,

¹⁴ Vd. Anexo 13.

¹⁵ As sínteses das entrevistas exploratórias e de aprofundamento foram confluídas num único documento, que se encontra para consulta no Anexo 5 do presente documento.

solicitámos aos inquiridos que assinalassem se concordavam ou não com uma das principais críticas apresentadas, e de seguida que assinalassem as respostas que melhor refletiam o seu ponto de vista, justificando-as por extenso se assim o pretendessem.¹⁶ Em cada um dos blocos de alternativas de respostas, era pedido aos atores que assinalassem a resposta ou o conjunto de respostas que melhor respondiam às críticas de que constituíam alvo as organizações que presidiam, justificando-as por escrito seguidamente. No entanto, o questionário não facultava àqueles que concordassem com as críticas apresentadas alternativas em escolha múltipla para justificarem a sua posição, à semelhança daqueles que afirmaram “não concordar”. Devemos reconhecer que este erro de conceção terá provocado uma lacuna de informação, em desfavor das justificações disposições favoráveis às críticas; as quais, contudo e como era de prever, foram muito poucas. Procurámos superar este enviesamento com a análise das justificações apresentadas nas respostas abertas.

Foram ao todo aplicados quatro questionários durante esta fase de inquirição. O número reduzido de questionários não comprometeu a validade dos resultados levantados nesta fase, dado constituírem, neste caso, uma técnica de recolha complementar à das entrevistas, que permitiu aos entrevistados a tomada de posições e a apresentação de justificações elaboradas de modo mais refletido, fora dos limites da situação de entrevista. A aplicação do questionário decorreu entre 14 de abril e 14 de outubro de 2013, e a pedido dos inquiridos, deixámos o questionário para ser preenchido com os interlocutores no dia da entrevista de aprofundamento, sob condição de voltarmos às sedes administrativas dos hospitais para levantá-lo pessoalmente, assim que recebêssemos um email ou um telefonema informando que o mesmo já se encontrava disponível para levantamento. O tempo de espera variou entre um a três meses. Durante a aplicação do questionário, não nos deparamos com nenhuma dificuldade.¹⁷ O tratamento dos dados do questionário foi qualitativo, recorrendo a análise temática de conteúdo para o tratamento das respostas abertas.

A identificação dos programas de responsabilidade social foi realizado através da consulta aos websites dos grupos hospitalares, além de outros documentos que nos foram facultados pelos membros dos conselhos de administração e pelos gabinetes

¹⁶ A redação do questionário incorreu numa falha, ao intitular de “cenários”, o que na verdade, são blocos de alternativas de resposta reativas face às afirmações críticas. Não cremos, contudo, que este erro de redação tenha alterado as respostas recebidas.

¹⁷ Os questionários respondidos encontram-se disponíveis para consulta no Anexo 4.

responsáveis pela gestão da RSE, dos relatórios sociais e de responsabilidade social, e ainda de dados provenientes das notícias jornalísticas. Esta fase de recolha decorreu entre setembro de 2014 e março de 2015 e resultou no levantamento de 331 programas, dos quais 139 pertencentes aos Hospitais Privados de Portugal HPP, 98 à José de Mello Saúde JMS e 94 à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa SCML.

Encontrámos diversas dificuldades na identificação dos programas, que se prenderam com o facto de os programas não se encontrarem todos reunidos num único sítio no website por grupo, pois não existia nos websites nenhum aparador intitulado “Responsabilidade Social” ou equivalente que reunisse toda essa informação. Além disto, as informações relacionadas com este tema nem sempre informavam as datas em que os programas tinham sido implementados, o número de pessoas abrangidas nos programas de responsabilidade social, ou e as organizações envolvidas nas redes de parcerias consolidadas. De um modo geral, informavam apenas o nome da iniciativa, o âmbito do programa e o lugar onde a iniciativa havia sido realizada. Apesar dessas lacunas, as informações levantadas permitiram-nos minimamente perceber quantos programas de responsabilidade social foram implementados nos diferentes hospitais e como estes se caracterizavam em termos de âmbito de atuação da RSE, os públicos e objetos alvo, as estratégias de implementação e os *stakeholders* envolvidos nas redes de parcerias de suporte.

Numa lógica de estudo de casos múltiplos, procurámos caracterizar os grupos hospitalares tomando para análise a forma com as diferentes lógicas de ação e justificação, valores e motivações da RSE eram conformadas cruzando a informação contida nos discursos formulados, quer no conjunto da entrevista e do questionário que exprimem perspetivas pessoais dos decisores e técnicos, quer nos discursos públicos dos programas e dos relatórios divulgados nos websites. A análise estatística descritiva permitiu-nos quantificar o número de programas desenvolvidos por grupo hospitalar, caracterizando-os segundo os âmbitos de atuação da RSE, os públicos e objetos alvo, os objetivos do programa, os recursos financeiros ativados, os *stakeholders* envolvidos, os recursos transacionados entre os *stakeholders* envolvidos, o número de projetos desenvolvidos entre os *stakeholders*, e os meios de divulgação utilizados. Com o auxílio da análise de conteúdo temática qualitativa, procurámos abstrair os valores, as motivações e as lógicas de justificação nos quais os atores se ancoravam para

fundamentar os argumentos formulados em torno das críticas, tendo como suporte, os pressupostos teóricos assentes nas teorias mencionadas em capítulos anteriores.

Orientámo-nos fundamentalmente por uma epistemologia interpretativa. O estudo de caso constitui uma abordagem metodológica de investigação, sendo particularmente adequada para a compreensão, exploração ou descrição de acontecimentos e contextos complexos, nos quais é possível identificar o envolvimento de diferentes fatores (Sousa 2012, 297). “Ao estudar-se um caso, o objetivo não é o de representar o mundo; basta a representação do caso. Aliás, um caso pode não representar o mundo, embora possa representar um mundo no qual muitos casos semelhantes acabam por se reflectir” (Pais 2003, 109). A validade e a fidelidade do estudo de caso repousa na interação entre a literatura e o sujeito, sobre as percepções dos diferentes atores e sobre os reagrupamentos que emergem de acordo com uma leitura aberta de diferentes fontes de dados (Caillouette et al 2009, 7). Caillouette et al (2009, 5) afirmam que os estudos de caso têm a particularidade que consiste em permitir a compreensão de fenómenos sociais que estão fortemente ligados uns aos outros. Os estudos de caso gozam de elevada popularidade graças à capacidade de recorrer a vários processos de recolha de dados, permitindo destacar a especificidade de cada estudo de caso (Sousa 2012, 298).

Seguiremos uma abordagem fundamentalmente indutiva, sem embargo de seguirmos os eixos de questionamento teórico preestabelecidos na problemática. Trata-se de uma epistemologia “indiciária”, na qual as proposições e conceitos da problemática funcionam como sensibilizadores para a descoberta e, por sua vez, a interpretação dos dados descobertos toma-os como indícios para sustentar novas inferências (Blumer 1954, Soulet 2012).

Capítulo 6. Os Municípios

6.1. Concelho de Oeiras

O Concelho de Oeiras encontra-se situado entre os Concelhos de Lisboa, Amadora, Sintra e Cascais e confina com o estuário do Tejo a Sul. Abrange uma área de 45,8 km², hoje distribuídos administrativamente por um total de cinco freguesias, após a junção de várias das anteriormente existentes. A população de Oeiras era de 172.120 habitantes em 2011, 15,4% da qual com 14 anos ou menos, 65,4% entre os 15 e os 64 anos, e 19,2% com 65 anos ou mais, com índices de envelhecimento de 124,1% e de dependência total de 52,9% (23,6% de jovens e 29,3% de idosos). 30,7% da população com mais de 15 anos tinham uma qualificação escolar de ensino superior, 1,3% de nível pós-secundário, 21% de nível secundário, 42,1% de nível básico, e 4,9% não tinham concluído qualquer nível de ensino (Pordata 2015). Segundo a Câmara Municipal (CMO 2009, 87), o índice de empregabilidade de Oeiras era inferior à média nacional apenas nas categorias ocupacionais de menor qualificação: “Pessoal de serviços e vendedores”, “Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas”, “Operários, artífices e trabalhadores similares”, “Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem” e “Trabalhadores não qualificados”. Isto mostra que o Concelho dispõe de uma elevada capacidade de absorção da mão-de-obra qualificada.

Nos anos 40 e 50, Oeiras foi profundamente influenciada pelo crescimento de Lisboa, até se tornar nos anos 80 e 90, um pólo económico autónomo da Área Metropolitana de Lisboa, levando-a absorver uma parte significativa da produção desenvolvida pelo setor terciário de base tecnológica, além do setor agrícola e de exploração de pedreiras e de cal (CMO 2009, 11). O concelho alberga hoje grandes espaços empresariais, designadamente o Taguspark, o Parque de Ciência e Tecnologia e os Business Park, o Arquipark, a Quinta da Fonte e o Lagoas Park, ligados ao setor das Tecnologias de Informação e Comunicação.

A malha empresarial do Concelho de Oeiras caracteriza-se pela forte concentração de pequenas empresas, à semelhança do que sucede no restante do país. Contudo, embora só 4% das empresas do concelho façam parte do universo das grandes empresas portuguesas, o seu peso em termos de volume de negócios e criação de postos de trabalho rondará os 70% (CMO 2009, 11). Nomeadamente, Oeiras sedia algumas das maiores e melhores empresas do mundo ligadas ao setor tecnológico e farmacêutico. De

entre o grupo das 50 maiores empresas sedeadas no concelho, destacamos os Laboratórios Pfizer (CMO 2009, 73). Conjuntamente com a GlakoSmithKline e a Bayer, são responsáveis pela maior parcela de contratações realizadas no concelho. Além disto, estas empresas contribuem para o ganho de imagem e reputação do Concelho de Oeiras, na medida em que são mundialmente reconhecidas pela estratégia adotada na área da sustentabilidade e da responsabilidade social, o que se comprova pela divulgação frequente de relatórios de sustentabilidade, da participação nos índices de sustentabilidade e da participação em prémios nacionais e estrangeiros.¹⁸

Encontram-se também sedeadas no Concelho de Oeiras várias associações empresariais, incluindo a Associação Empresarial da Região de Lisboa, AERLIS, a Associação Nacional da Indústria para Proteção das Plantas ANIPLA, e a Associação Nacional de Jovens Empresários, ANJE.

Na área da formação superior e da investigação, encontram-se sedeados neste concelho o campus da Quinta do Marquês (área do futuro Laboratório de Investigação Agrária, L-INIA, antiga Estação Agronómica Nacional), dois importantes institutos de investigação em Ciências da Vida e biotecnologia, o Instituto de Tecnologia Química e Biológica da Universidade Nova de Lisboa e o Instituto Gulbenkian de Ciência, o campus Tagus Park do Instituto Superior Técnico e a Faculdade de Motricidade Humana, ambos da Universidade de Lisboa, e a Escola Náutica Infante D. Henrique, além do Instituto Nacional de Administração e da Universidade Atlântica (CMO 2009, 99). Esta última tem a particularidade de oferecer curso de formação graduada e pós graduada em áreas ligadas à gestão e à gestão da saúde. Contudo, à semelhança de cursos congéneres oferecidos no país, não dispõe de uma única disciplina ligada à responsabilidade social ou à ética empresarial. Numa componente mais técnica, concorrem ainda para a produção e aplicação de conhecimento o Instituto de Soldadura e Qualidade, ISQ e o Instituto de Informática e Estatística da Solidariedade, IIES. A estratégia de desenvolvimento territorial do município passa pelo envolvimento direto na gestão de várias organizações e associações ligadas ao desenvolvimento tecnológico e à gestão energética, ambiental e de saneamento, entre outros.

¹⁸ <http://www.presseportal.de/pm/24384/2590178/dgap-news-good-company-ranking-2013-enterprises-listed-in-the-dax-index-leading-within-europe>.

Atualmente, o Concelho de Oeiras dispõe de um dos melhores indicadores sociais e económicos do país, o que faz com que seja altamente procurado por instituições de investigação, empresas e ONG nacionais e estrangeiras. Existiam em 2009 no concelho 66 ONG ligadas às áreas social, cultural, desportiva e religiosa (CMO 2009, 32-36). Além destas, encontram-se sedeadas no concelho duas associações de cariz humanitário, o Grupo Local 3/Oeiras da Amnistia Internacional Portugal e a Ajuda Internacional Cidadãos Sem Fronteiras, e de 21 equipamentos sociais lucrativos e IPSS (CMO 2009, 112).

Enquanto no plano do desenvolvimento económico territorial, a intervenção da autarquia tem incidido sobre a participação financeira e gestonária em empresas ou associações municipais ligadas aos mais diversos setores, no plano social, tem incidido na reformulação dos documentos político-programáticos e na construção de novos equipamentos sociais. O “Perfil de Saúde”, por exemplo, é uma ferramenta de diagnóstico criada pelo município com vista suportar as decisões em matéria de Política Municipal de Saúde e Plano de Desenvolvimento de Saúde. Este documento descreve qualitativamente e quantitativamente o estado de saúde da população local, tal como as suas condicionantes.¹⁹

Os cuidados de saúde à população do Concelho de Oeiras encontram-se assegurados por dois agrupamentos de centros de saúde (ACES), cinco Unidades Prestadoras de Cuidados de Saúde (UPCS) e três hospitais, entre os quais dois que se encontram sedeados em Lisboa (Hospital São Francisco Xavier e Hospital Egas Moniz) e um no próprio concelho, o Hospital de Santa Cruz, que foi criado com o objetivo de assegurar a prestação de cuidados na área da Cardiologia e da Nefrologia em todo o território nacional. Nos anos 80, este hospital ficou conhecido pelos primeiros transplantes realizados nos domínios da cardiologia e da nefrologia (CMO 2009, 27). Os cuidados de saúde primários encontram-se assegurados basicamente pelos ACES de Carnaxide e de Oeiras e pelas UPCS de Paço de Arcos, Barcarena, Algés, Dafundo e Linda-a-Velha. Além dos agrupamentos de centros de saúde, das UPCS e dos hospitais já referenciados, encontram-se sedeadas neste Concelho 14 clínicas médicas ou médico - cirúrgicas, uma de Saúde Infantil, um Centro Oncológico, uma de Psiquiatria e uma de Cardiologia (CMO 2009, 103).

¹⁹ <http://www.cm-oeiras.pt/amunicipal/Saude/Paginas/ProducaodeferramentasinformacaodiagnosticosobreoestadoaudeConcelhodeOeiras.aspx>.

O Concelho de Oeiras dispõe do segundo maior rácio nacional de médicos por cada 1.000 habitantes (8,3), apenas inferior ao de Lisboa (15,1). Já o número de enfermeiros por cada 1.000 habitantes encontra-se abaixo da média nacional, indiciando uma maior centralidade da profissão médica na prestação de cuidados de saúde locais neste concelho. Para estes indicadores, contribui certamente o facto de, como dissemos, o Concelho de Lisboa polarizar em dois dos seus hospitais a prestação de cuidados de saúde hospitalares aos residentes em Oeiras.

O quadro 1 mostra alguns rácios em termos de saúde municipal.

Quadro 1. Indicadores de Saúde nos Concelhos da Grande Lisboa, 2006-2007

Indicadores de saúde, 2006 e 2007									
UNIDADE GEOGRÁFICA	Enfermeiros por 1000 habitantes	Médicos por 1000 habitantes	Farmácias e postos de medicamentos por 1000 habitantes	Internamentos por 1000 habitantes	Intervenções de grande e média cirurgia por dia nos estabelecimentos de saúde	Consultas por habitante	Camas por 1000 habitantes nos estabelecimentos de saúde	Taxa de ocupação das camas	
								N.º	%
								2007	2006
Portugal	5,1	3,6	0,3	115,2	2.087,3	3,9	3,5	76,1	
Grande Lisboa	6,4	6,3	0,3	...	...	...	...	...
Amadora	4,5	2,9	0,2	...	...	...	...	...
Cascais	3,3	6,6	0,2	...	...	...	...	...
Lisboa	19,4	15,1	0,6	469,3	442,6	8,9	14,1	75,9	
Loures	0,9	3,3	0,2	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	
Mafra	0,9	1,4	0,2	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	
Odivelas	1,3	2,3	0,2	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	
Oeiras	3,4	8,3	0,2	...	...	...	...	...
Sintra	1,0	1,7	0,2	4,5	0,0	2,0	2,6	91,9	
Vila Franca Xira	2,9	1,3	0,2	76,1	9,2	2,9	1,5	89,6	

Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região de Lisboa, 2008.

Indicadores de saúde, 2006 e 2007					
UNIDADE GEOGRÁFICA	Taxa quinzenal de mortalidade infantil (2002/2006)	Taxa quinzenal de mortalidade neonatal (2002/2006)	Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	Taxa de mortalidade por tumores malignos	Taxa de incidência de casos notificados de doenças de declaração obrigatória
	2006				
Portugal	4,0	2,6	3,1	2,1	0,4
Grande Lisboa	4,1	2,7	3,3	2,2	0,5
Amadora	6,3	4,1	2,6	2,0	0,3
Cascais	3,4	2,1	3,5	2,3	0,5
Lisboa	5,0	3,3	5,4	3,5	0,7
Loures	4,6	2,8	3,0	2,1	0,5
Mafra	3,9	2,5	2,7	1,8	0,3
Odivelas	2,4	1,5	2,5	1,8	0,7
Oeiras	1,8	1,3	2,8	2,1	0,4
Sintra	3,6	2,6	1,9	1,3	0,3
Vila Franca Xira	4,3	3,0	2,4	1,6	0,4

Fonte: INE, Anuário Estatístico da Região de Lisboa, 2008.

In CMO (2012b, 29).

O Concelho de Oeiras detém as mais baixas taxas de mortalidade neonatal e infantil de Portugal, bem como uma taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório inferior à nacional. Contudo, em termos de morte por doença do aparelho

circulatório, embora um pouco superior às dos concelhos de Sintra, Vila Franca de Xira, Amadora e Mafra, apesar de Oeiras deter um dos hospitais de referência na área da Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, e o Instituto do Coração, uma entidade privada sem fins lucrativos criada em 1988 nas proximidades do Hospital de Santa Cruz, e que integra uma sofisticada unidade de prevenção e de tratamento de doenças do foro cardiovascular e que desenvolve ainda intervenção médica na área da cirurgia vascular, neurologia, gastroenterologia e medicina nuclear (CMO 2009, 28).

Os instrumentos de planeamento estratégico definidos para a área da saúde respalda-se nas Grandes Opções do Plano e Orçamento, um dos principais instrumentos de gestão pública implementados pelos municípios. Este documento aponta para que a Autarquia deveria desenvolver melhor articulação com o setor empresarial concelhio e com as entidades de formação, para a captação de novos recursos e oportunidades, com o objetivo de alavancar a coesão social. Em termos orçamentais, verificamos que a Divisão de Ação Social, Saúde e Juventude sofreu um corte de 12% no último plano. Ainda assim, foram afetados 430.000 Euros à Comparticipação nas Despesas com Medicamento, uma subida de 16% face a 2014, 418.000,00 Euros para a construção e reabilitação de equipamentos sociais, e 431.000,00 euros para a realização de programas relacionados com empregabilidade (CMO [2014], 78-79). Contudo, não foram dotados quaisquer montantes à promoção da saúde ao nível do concelho.

Na área social, foram criados a Carta Social (CMO 2012b) e os Mapas do Concelho de Oeiras, com o intuito de dar a conhecer ao cidadão os equipamentos e os serviços sociais de que o concelho dispõe, a sua localização e as condições de acesso (gratuito, parcialmente gratuito ou totalmente pago pelo utente: idosos, crianças e jovens, pessoas toxicodependentes, ou com doenças de foro mental ou psicológico, além de famílias e comunidade em geral).

No que concerne às opções tomadas na área do desenvolvimento social, a autarquia elaborou o Plano de Desenvolvimento Social de Oeiras, PDSO 2014-2017. De um modo geral, podemos dizer que este documento procurou conciliar os objetivos e as estratégias definidas pela Rede Social de Oeiras. Além da caracterização da rede social concelhia, este documento faz a descrição sumária e a avaliação do plano que vigorou entre 2010-2013, a metodologia utilizada na criação do atual PDSO e as prioridades de ação para o período 2014-2017.

A Rede Social de Oeiras foi configurada tendo em conta as diretrizes estipuladas pelo Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2006). O órgão que representa a Rede Social ao nível local denomina-se Conselho Local de Ação Social (CLAS), enquanto ao nível das freguesias, Comissões Sociais de Freguesia. Em termos municipais, foi criado o Conselho Municipal, composto por 75 entidades concelhias, no qual contam com assento permanente a Câmara Municipal de Oeiras, o Instituto de Segurança Social, I.P. - Setor Oeiras/ Cascais. Têm ainda presença permanente a União das Freguesias de Algés, Linda-a-Velha e Cruz Quebrada/Dafundo; os ACES de Lisboa e Oeiras, a Associação Portuguesa de Solidariedade e Desenvolvimento, a Associação Social de Caxias/ Agência Nacional para a Intervenção Social e a Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral/ Centro Nuno Belmar da Costa (Rede Social de Oeiras 2014, 7).

A avaliação do PDS 2010-2013 mostrou que as metas estipuladas ao nível das responsabilidades sociais fracassaram, devido a fatores de natureza socioeconómica e estratégica das organizações. Apesar de não ter sido possível concretizar o levantamento do número total de entidades certificadas na área da qualidade, três entidades constituíram alvo de certificação (Rede Social de Oeiras, 9). Quanto às linhas estratégicas definidas no PDSO 2014-2017, foram definidas metas claras para a responsabilidade social, que se prendem sobretudo com a realização de campanhas de divulgação sobre os benefícios para as empresas contratantes da contratação de pessoas portadoras de necessidades especiais. Foram desenvolvidas ao todo 70 ações de sensibilização, envolvendo a Câmara Municipal de Oeiras, o Instituto do Emprego e Formação Profissional e o Instituto da Segurança Social Cascais/Oeiras I.P. Porém, este documento peca por não clarificar se são avaliados os impactes produzidos pelas iniciativas implementadas e de que forma.

A análise do documento aponta apenas para um fraco envolvimento do setor empresarial em geral e do setor da saúde. Tal fato poderá ter contribuído para que estes setores permanecessem avessos à participação em iniciativas, que visam promover a integração da pessoa portadora de necessidades especiais e imigrantes no mercado laboral, por exemplo. Portanto, a promoção dos valores de cidadania e a integração social tem estado, quase em exclusivo, nas mãos das instituições de solidariedade social. Contudo, estas instituições enfrentam sérias dificuldades em termos orçamentais, fruto da retração do financiamento público e da elevada dependência das formas de

subsidiarização estatal. O financiamento da administração central para o setor rondará os 17,8%, enquanto o da administração local 18,4%, o mecenato 6,7% e o comunitário 8,0% (CMO 2012b, 54).

Em termos operacionais, o Plano de Desenvolvimento Social PDSO encontra-se suportado pela Carta Social do município (CMO 2012b). De entre o conjunto de objectivos estipulados neste documento, merecem destaque aqueles que contribuem diretamente para o cumprimento das metas estipuladas na Carta do Município:

Dinamização da Rede Social

Criada na sequência da Resolução de Conselho de Ministros nº 197/97, de 18 de Novembro (Governo de Portugal 1997), e reforçada pelo Decreto-Lei nº 115/2006, de 14 de Junho (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2006), a Rede Social de Oeiras tem tido um papel fundamental ao nível do trabalho de parceria alargada, abrangendo diferentes parceiros públicos, privados, visando o planeamento estratégico da intervenção social local, que articula a intervenção dos diferentes agentes locais para o desenvolvimento social (CMO 2012b, 197).

Viabilizar a qualificação das respostas sociais do Concelho de Oeiras, permitindo melhores condições de funcionalidade

As apostas da autarquia neste sentido têm recaído sobre a certificação das organizações que asseguram a gestão das respostas sociais e a produção de serviços de proximidade.

Desenvolver trabalho em parceria com outros agentes e organizações do concelho

Com vista corrigir as assimetrias verificadas em termos de respostas sociais, a Autarquia defende o reforço da cooperação envolvendo as organizações que compõem a Rede Social de Oeiras e as Comissões Municipais de Saúde, Juventude e Educação, além da participação em plataformas nacionais, entre as quais, a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e a Plataforma contra a Obesidade (CMO 2012b, 198).

Incentivar a apresentação de candidaturas a programas de financiamento nacionais e comunitários

Neste âmbito, a Autarquia procura não só sensibilizar as organizações municipais para a importância de submeterem candidaturas, como também

submeter as próprias candidaturas, além de participar na qualidade de entidade parceira em candidaturas submetidas pelos parceiros locais (CMO 2012b, 198).

Apoiar a família e os indivíduos ao longo do ciclo de vida, promovendo a conciliação entre a vida familiar e profissional

São apoiados os projetos que contribuem para o sucesso escolar das crianças/adolescentes, o apoio à pessoa idosa e a igualdade de género (CMO 2012b, 198).

Desenvolver intervenções territoriais de proximidade

Neste âmbito enquadram-se as iniciativas desenvolvidas no âmbito do diagnóstico e da intervenção social nas diferentes freguesias do Concelho.

Apoiar a rede integrada de serviços de saúde e promover a adoção de estilos de vida saudáveis

Desenvolver uma política para pessoas portadoras de deficiência

Criar um concelho aberto a todas as culturas e identidades

Promover a empregabilidade e estimular o empreendedorismo sustentável

Criação de metodologias e de respostas que favoreçam o processo de integração sócio-profissional

Fomentar a responsabilidade social

O trabalho desenvolvido pela edilidade nesta área, tem-se pautado pelo estímulo da responsabilidade social, quer ao nível interno da CMO, quer ao nível externo, procurando mediar os contactos entre empresas e organizações sem fins lucrativos e rentabilizar os recursos disponíveis para a intervenção social (CMO 2012b, 199).

Promover a igualdade de género, com a Criação do Plano Municipal para a Igualdade de Género

Os objetivos definidos na Carta Social do Concelho vieram reforçar a pertinência da responsabilidade social nas opções estratégicas do Município, ao “rentabilizar os recursos disponíveis para a intervenção social” (CMO 2012b, 199).

Desde 1989, a Comissão Municipal da Saúde vem trabalhando no sentido de definir uma política de saúde local mais sustentável, fomentando o debate, e impulsionando a integração das diferentes preocupações de saúde, sobretudo nas linhas

de orientação político-programáticas definidas para o setor. Além da Comissão Municipal de Saúde, a Autarquia Local dispõe ainda do suporte da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e da Associação de Municípios. Um dos projetos que resultou da parceria estabelecida entre estas entidades, foi o Projeto Cidades Saudáveis.

O Projeto Cidades Saudáveis defende o princípio “Saúde para Todos” e a pertinência de se melhorarem os indicadores de saúde das populações, através de um investimento mais vasto na área social, económica e ambiental. Este projeto põe a tónica na ação a nível local, como uma componente fundamental de qualquer estratégia ou programa nacional, que vise a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável. Segundo este projeto, a promoção da saúde requer que sejam criadas condições que favoreçam a saúde física, mental e social. Cabe aos indivíduos, profissionais da saúde, parceiros sociais e decisores políticos, realizarem os investimentos necessários que potenciam a sensação de bem estar e a qualidade de vida das populações, envolvendo-as e responsabilizando-as pela adopção de estilos de vida saudáveis.

A Divisão de Acção Social, Saúde e Juventude da Câmara Municipal de Oeiras, tem vindo a desenvolver, autonomamente e em articulação com outras estruturas, um conjunto de projectos para além deste, bem como outras ações que têm como objectivo geral, diminuir a incidência da doença e promover a saúde e o bem estar da população.

O reconhecimento da importância do trabalho em parceria despertou na autarquia o interesse de auscultar outros agentes intervenientes na área da saúde, sobretudo aqueles que integram a Comissão Municipal de Saúde, à qual preside, e que desempenha funções de cariz meramente consultivo. Além desta comissão, foi desenvolvida uma agenda municipal de promoção da saúde, tem como eixos de atuação o desenvolvimento de programas ou projetos de promoção e educação para a saúde; a organização de eventos na área da promoção da saúde e dos estilos de vida saudáveis; o desenvolvimento de ferramentas de suporte à informação e ao diagnóstico sobre o estado de saúde no Concelho de Oeiras; e a elaboração de documentos de planeamento estratégico. Tendo como base estes eixos, a autarquia buscou desenvolver programas em cooperação com outras entidades públicas. O princípio que esteve subjacente, foi o de que a concertação dos esforços públicos e privados permitiria, para além de uma maior eficácia, o aprofundamento do conhecimento das problemáticas do tecido social, a diversificação e o alargamento das respostas para a superação das dificuldades colocadas pelas diferentes situações.

Portanto, o desenvolvimento da responsabilidade social das organizações serviria o intuito de promover o estabelecimento da cooperação com entidades privadas com e sem fins lucrativos, nomeadamente nas áreas do investimento corporativo na comunidade, do voluntariado empresarial, do desenvolvimento sociocultural, da formação pessoal e social e da promoção do espírito empreendedor. Neste âmbito, o Município de Oeiras liderou os programas Oeiras Solidária, Oeiras PRO e a Campanha “Apenas o Coração Pode Bater”.

O Programa “Oeiras Solidária” corresponde uma plataforma que promove a busca de recursos, no âmbito das políticas de responsabilidade social, através do voluntariado empresarial (capacitação pessoal e institucional; requalificação de instalações), doação de bens e produtos, tal como de donativos financeiros. Através deste programa, a Autarquia de Oeiras foi objeto de prémios e menções honrosas como a distinção na categoria “Iniciativa Empresarial Responsável” pelo Júri Nacional dos “European Enterprise Awards”, organizado em Portugal pelo IAPMEI em 2006, a distinção em 2007 pelo Programa Comunitário CRS – Vaderegio financiado pela Direcção-Geral das Regiões da União Europeia, integrando o Kit de Boas Práticas; e a distinção em 2010 como *case study* pelo projecto INCLUDE – Pathways to Community Investment (projecto financiado pela União Europeia) que passou a integrar o Kit de Boas Práticas Europeias.

O segundo mais importante programa de responsabilidade social desenvolvido pela Autarquia de Oeiras, corresponde o Oeiras PRO – Projecto de Responsabilidade Social das Organizações. Este projecto-piloto foi implementado com o objetivo de promover a responsabilidade social nas organizações do Concelho, através da consultoria sobre temáticas da responsabilidade social, nomeadamente, a construção de metodologias e de instrumentos para apoiar as organizações na busca da qualidade dos processos internos e na construção de redes de partilha e de transferência de conhecimentos e práticas. Este projeto foi levado a cabo entre 2004 e 2009, sob o âmbito da Iniciativa Comunitária EQUAL, com o apoio do Fundo Social Europeu.

O terceiro programa importante de responsabilidade social foi o intitulado “Apenas o Coração Pode bater”. A Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Oeiras, em parceria com as comissões limítrofes da Amadora, de Cascais, de Sintra Ocidental e de Sintra Oriental, associou-se à iniciativa do Mês da Prevenção dos Maus Tratos na Infância e Juventude (MPMTIJ), promovida em todo o país, à semelhança do

que ocorre em outros países europeus. Durante este programa, a Autarquia contou com o apoio financeiro, logístico e institucional de várias organizações empresariais, associativas, do ensino superior e do setor social, e com a participação de funcionários de várias empresas em regime de voluntariado.

Na qualidade de parceira de outras organizações, colaboradores da autarquia participaram no projeto desenvolvido pelo IMSHealth, que contemplava a distribuição de artigos de vestuário e calçado para adulto, assim como, de roupas para o lar à Associação Social de Caxias; na iniciativa de Voluntariado Empresarial levada a cabo pela PepsiCo; nas ações de “Voluntariado em Equipa” promovidas pela Fundação PT; na iniciativa de responsabilidade social “Ace European Group Limited” promovida pela empresa Combined Insurance, que visava beneficiar o Centro Social Paroquial Nossa Senhora de Porto Salvo.

Na qualidade de entidade organizadora, a Autarquia de Oeiras implementou 33 iniciativas, entre as quais 10 relacionadas à promoção de hábitos de vida saudáveis e prevenção de doenças.²⁰ No âmbito da saúde, a Autarquia de Oeiras implementou ainda a medida de comparticipação nas despesas com medicamentos não comparticipados pelo Estado, dirigida a pessoas maiores de 65 anos referenciadas pelos serviços municipais. Assim, cerca de um terço dos programas de responsabilidade social desenvolvidos pela Autarquia de Oeiras pertenciam à área da saúde, reforçando o facto de a RSE da saúde constituir uma ferramenta de desenvolvido territorial valorizada pelos interlocutores autárquicos inquiridos neste estudo (Anexo 5, Linhas 143-144). A par dos projetos implementados na área da saúde, a Autarquia de Oeiras tem procurado ainda desenvolver programas ligados à área ambiental.

O Concelho de Oeiras goza de uma elevada capacidade de mobilização social, tal como de articulação em rede. Mostrou ainda que tem procurado intervir diretamente no desenvolvimento social, económico e ambiental do concelho, disponibilizando gratuitamente aos parceiros locais, serviços de assessoria e ferramentas de suporte à gestão da RSE criadas por si própria. Além disto, destacou que a Autarquia adotou uma política interna de responsabilidade social que privilegia a integração dos princípios e das metas da responsabilidade social nas agendas departamentais. A nosso ver, o Município de Oeiras poderia elevar os ganhos sociais e de saúde auferidos, se

²⁰ <http://www.cm-oeiras.pt/amunicipal/Saude/Paginas/RealizacaoEventosPromocaoSaudeEstilosVidaSaudaveis.aspx>

fomentasse a articulação do setor da saúde local com as organizações de saúde dos concelhos limítrofes, com vista a implementação da Responsabilidade Social. Para isso, será crucial a criação e a disponibilização de um sistema de gestão da RSE construído tendo como base as aspirações das organizações da saúde. Desde logo, seria fundamental a mobilização do GRACE e da Associação Municipal de Saúde no processo de criação destes sistemas, visto que estes detém o *know-how* necessário, e cultivam acordos de colaboração com a Autarquia Local. Por fim, destacamos a importância de a autarquia intensificar a aposta na divulgação dos indicadores sociais, ambientais e de saúde do concelho sob moldes mais claros, de forma a que estes pudessem ser incorporados no processo de decisão tomado pelas organizações e profissionais da saúde.²¹

6.2. Concelho de Cascais

O Concelho de Cascais é limitado a Norte pelo Município de Sintra, a Sul e a Ocidente pelo Mar e a Oriente pelo Concelho de Oeiras. Ocupa uma área de 97km², que hoje se divide administrativamente em quatro freguesias, após a junção de algumas das anteriormente existentes. Goza de uma localização geográfica privilegiada, a cerca de 24km de distância de Lisboa e servida por várias estruturas viárias que dão acesso à capital, entre as quais as autoestradas A5 e A16, a Estrada Marginal e o IC19. Além da localização geográfica e da qualidade dos acessos, Cascais é reconhecida pela beleza das suas paisagens naturais, devida à localização a Ocidente do estuário do Tejo, entre a Serra de Sintra e o Oceano Atlântico. É reconhecido pela diversidade dos recursos associados ao património histórico, cultural e ambiental concelhio, como também pela diversidade de equipamentos de animação e lazer (CMC 2008a, 29).

Em 2011, o Concelho de Cascais contava 206.479 residentes, dos quais 17,8% tinham idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos, 66,4% entre os 15 e os 64 anos e 17,8% 65 ou mais anos, com índices de envelhecimento de 112,4% e de dependência total de 50,6% (23,8% de jovens e 26,8% de idosos). 25,4% dos residentes com idade superior a 15 anos detinham habilitação escolar de nível superior, 1,6% de nível pós-secundário, 21,4% de nível secundário, 46% de nível básico, com 5,6% sem qualquer nível de ensino (Pordata 2015).

²¹ A matriz SWOT do Concelho de Oeiras encontra-se disponível para consulta no Anexo 10.

A percentagem de população empregada decresceu 5,8% entre 2001 e 2011. A população desempregada registou entre 1991 e 2011, um gradual aumento, passando de 3,3% para 5,5% respectivamente (CMC 2011, 6). A evolução da população empregada por setor de atividade mostrou-nos que entre 1991 e 2011, o setor secundário veio gradualmente a perder peso para o setor terciário, ou seja, os serviços e o comércio têm ganho maior peso na economia do concelho (CMC 2011, 7). De acordo com dados do Censos 2011, a população economicamente ativa de Cascais era de 102.258 habitantes, apenas 336 (0,33%) dos quais empregados no setor primário e 11.970 (11,71%) no setor secundário, 29.403 (28,75%) no setor terciário de natureza social e 48.225 (47,16%) no setor terciário ligado a atividades económicas (INE 2012).

Em 2013, Cascais registou a 5ª maior taxa de mortes causadas por Sida no País. Os dados apontam para o aumento de doenças preveníveis a partir da adoção de hábitos saudáveis de vida, como por exemplo, as doenças do aparelho circulatório, diabetes e doenças respiratórias (Pordata 2015, atualizado em 15.10.15).

Os cuidados primários produzidos no concelho encontram-se assegurados pelos centros de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais, ACES. O ACES é constituído por seis centros de saúde, localizados em cada uma das freguesias do Concelho (Alcabideche, Estoril, Cascais, Parede, Carcavelos e São Domingos de Rana), concentrando a Sede em S. João do Estoril. O ACES dispõe ainda de 18 Unidades Funcionais Prestadoras de Cuidados de Saúde, entre as quais nove Unidades de Saúde Familiar (USF), quatro Unidades de Cuidados de Saúde Personalizadas (UCSP), duas Unidades de Cuidados de Saúde na Comunidade (UCC), uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Dispõe ainda de um Conselho Clínico e de Saúde, uma Unidade de Apoio à Gestão e um Gabinete do Cidadão. Em 2012, encontravam-se a trabalhar nestas unidades, cerca de 98 Médicos de família, 37 Médicos Internos, 123 Enfermeiros, 25 Técnicos Superiores, 81 Assistentes Técnicos e 21 Assistentes Operacionais. Encontravam-se inscritos neste agrupamento, cerca de 227.229 utentes, dos quais 83% (189.443) correspondem a utentes frequentadores. Destes, 37.178 não tinham médico de família atribuído.²²

Os cuidados hospitalares prestados em Cascais são assegurados pelos seguintes hospitais e clínicas: Centro Hospitalar de Cascais, Centro de Medicina e Reabilitação de

²² http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/287?poi_id=2234

Alcoitão CMRA, Hospital Ortopédico de Sant'Ana, e Clínica Cuf de Cascais. A clínica Cuf Cascais foi inserida no grupo, em primeiro lugar, porque dispõe de uma capacidade de internamento semelhante ao do Hospital de Sant'Ana (entre 40 e 50 leitos) e em segundo lugar, porque externaliza serviços complementares de diagnóstico e de imagiologia ao Centro Hospitalar de Cascais.

Infelizmente não nos foi possível tipificar as dificuldades de acesso aos cuidados hospitalares deste Concelho, porque o último relatório divulgado pela ARSLVT não informou quais foram os tempos de espera para a realização da primeira consulta, consultas de especialidade e para cirurgias.²³

Em 2007, a distribuição de empresas com sede no concelho de Cascais refletia a distribuição setorial portuguesa, caracterizada pela supremacia das empresas do setor terciário (comércio e serviços), com 82%, em detrimento das empresas do setor primário, com 1% ou do setor secundário, com 17%. Nas últimas décadas, Cascais foi alvo de um longo processo de desindustrialização (CMC 2008b, 28-29). O abandono da indústria veio acompanhada de um forte investimento na economia de serviços, principalmente associada ao turismo.

(...) O investimento no turismo originou um acréscimo relevante de estabelecimentos, com destaque para os serviços de transporte, armazenamento e comunicações, de agências de viagens e turismo, de atividades financeiras, de atividades imobiliárias, de aluguer e serviços às empresas (CMC 2008b, 29).

De um modo geral, ainda se encontram por desenvolver no Município serviços associados à saúde, como por exemplo, o transporte de doentes e a gestão de resíduos hospitalares, entre outros (Freitas 2008, 24). A par disto, este Concelho não atende as demandas apresentadas pelos serviços médicos e de enfermagem dos hospitais. Com vista superar esta dificuldade, o recrutamento e a contratação de boa parte dos médicos e enfermeiros foi delegada à empresa Select - Serviços Médicos e de Enfermagem, que se encontra sediada em Lisboa (Freitas 2008, 25). Por outro lado, os hospitais concelhios recorrem correntemente às empresas de serviços complementares e de diagnóstico que se encontram sediadas em Cascais e em Oeiras (ex. Clínica IMI e a Clínica Dr. Joaquim Chaves). O fator proximidade geográfica não vem sendo

²³ ARSLVT: Abreviatura de Administração Regional de Saúde e Vale do Tejo. http://www.hospitaldecascais.pt/pt/Institucional/Relatorios/Documents/Relatorio_Acesso_HospitalCascais_2012.pdf.

privilegiado no momento da contratação, antes pelo contrário, privilegia-se a boa relação pessoal mantida com os proprietários das firmas. Tal fato ajuda a explicar o motivo pelo qual as clínicas e os laboratórios do Concelho eram contratualizados pelos hospitais, ao contrário de outras empresas que poderiam externalizar serviços para os hospitais (ex. lavandaria, hotelaria e segurança privada).

A Agenda XXI do Município, estabeleceu como prioridades em termos de desenvolvimento, a constituição dos *clusters* na área da Saúde, do Turismo, do Ambiente e da Energia. Além disto, definiu orientações claras em torno do afinamento dos instrumentos de gestão aplicados pela Autarquia na área da gestão dos recursos humanos, a par da reformulação do Plano Diretor Municipal (PDM).

A Saúde indiscutivelmente é uma das maiores preocupações dos cidadãos Cascalenses, a qual se traduz na necessidade de criação de novos centros de saúde e na dotação dos mesmos com mais valências de especialidades, tais como enfermagem, psicologia, oftalmologia, entre outras (CMC 2008a, 48).

Para atender às necessidades dos munícipes na área da saúde, a o Município estabeleceu na Agenda XXI a criação de uma rede de prestadores de cuidados envolvendo os hospitais públicos, privados e IPSS e os centros de saúde, sob forma de aplicar mais eficazmente os recursos utilizados na produção de cuidados de saúde no Concelho de Cascais. Contudo, ainda é a notória a falta de articulação e de colaboração interinstitucional existente entre os vários agentes concelhios (ex. dirigentes autárquicos, empresariais e IPSS) na implementação dos projetos. Segundo a autarquia, isto resultaria, em grande parte, da falta de historial de colaboração entre os diversos departamentos e divisões municipais, e entre estes e as diversas agências municipais; a par da falta de espírito de colaboração generalizado com instituições de municípios vizinhos (embora haja exceções, por exemplo entre instituições culturais) na busca pela criação de sinergias e de geração de massa crítica (CMC 2008a, 105).

Segundo Freitas (2008, 11-12), o Concelho de Cascais deparou-se com sérios entraves ao desenvolvimento, que de um modo geral, extravasam os discriminados anteriormente: falta de massa crítica no Concelho, pelo que a maioria dos talentos artísticos e científicos vai para outros Concelhos em busca de oportunidades de trabalho e opções de entretenimento; insuficiente aposta na excelência, na qualidade e na diferenciação; assimetria territorial, visto Cascais ser um concelho muito diversificado, tanto ambientalmente como socialmente; falta de participação e fraca mobilização dos

atores locais, resultante da fraca experiência de diálogo institucional dentro do próprio Concelho.

Com vista superar as debilidades apontadas e transformá-las em oportunidades de desenvolvimento territorial, o Concelho de Cascais aprovou a adoção da Agenda XXI de Cascais que contemplou a realização de projectos que se apoiam na valorização da cidadania e na cooperação participativa. As novas prioridades passariam a ser definidas com o objetivo de fomentar o desenvolvimento sustentável no Concelho, através da preservação do meio ambiente, tal como da sua integração com o meio urbano; potenciando ao mesmo tempo, os recursos endógenos do Concelho, através da valorização da inteligência territorial, assegurando um crescimento económico, que fortalece os laços sociais e o espírito comunitário (CMC 2008a, 121).

Após a definição pela Resolução do Conselho de Ministros 197/97 de 18 de Novembro (Governo de Portugal 1997) como fórum de articulação e congregação de esforços baseado na adesão voluntária por parte das autarquias e das entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos, é com a publicação do Decreto-Lei nº 115/06 de 14 de Junho (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2006) que a figura da Rede Social se constitui definitivamente como uma nova forma de parceria entre entidades públicas e privadas, atuando nos mesmos territórios, com base no princípio da igualdade entre os parceiros e na consensualização dos objetivos e na concertação das ações desenvolvidas pelos diferentes agentes sociais locais (CLAS 2008, 8; CMC 2012, 52).

O Plano de Desenvolvimento Social do Município de Cascais (PDSC) para 2008-2011 destaca que a ausência de uma estratégia voltada para RSE constitui um entrave ao cumprimento das metas de desenvolvimento económico e social definidas para o Município (CLAS 2008, 25, 29). Mesmo não disponibilizando linhas de orientação específicas para a responsabilidade social, destaca a importância de se consolidar uma cultura de planeamento integrado e a incorporação de alguns princípios dentre os quais, a referente à articulação em redes de parcerias, o fluxo da informação privilegiada entre os vários atores, a integração da dimensão do género e o *empowerment* nas decisões e práticas executadas (CLAS 2008, 33). O Plano de Ação definido pelo CLAS foi criado com o objetivo de englobar toda a intervenção relevante que se desenvolve no concelho em prol dos objetivos do PDS, independentemente dos agentes dessa intervenção. À semelhança do PDSC, o Plano de Ação do CLAS não pressupõe o envolvimento do setor privado da saúde na criação de respostas para os

problemas de saúde enfrentados pela população, sob justificativa de tratar-se da Responsabilidade Social. Com vista responder as carências assinaladas ao nível da doença mental, por exemplo, o plano de ação do CLAS, prevê apenas a criação do Fórum Sócio- Ocupacional, tal como de um Centro Residencial, além da realização de Encontros de Saúde Mental (CLAS 2008, 64). Além disto, previa-se a criação de programas de inserção profissional, e o reforço da parceria estabelecida com a Aliança de Cascais contra a Depressão e com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – RNCCI. Importa destacar que Centro Hospitalar de Cascais não foi contemplado no grupo de organizações a serem acionadas, apesar de ter uma unidade de saúde mental. Tal fato confirma a ausência de uma estratégia de responsabilidade social envolvendo os hospitais e outras organizações ligadas à saúde no Concelho.

As bases lançadas no PDSC 2008-2011 serviram de mote para a definição da RSE enquanto estratégia de desenvolvimento local no Concelho de Cascais no segundo PDS, relativo ao período 2012-2015 (CLAS 2012). De acordo com a versão mais recente deste documento, a RSE reveste-se de especial importância no cumprimento das metas de coesão social, participação cívica nos processos de decisão local e determinantes positivos de saúde. Defende que o cumprimento das metas previstas requer aumentar a responsabilidade social das organizações e da sociedade em geral, promover o voluntariado individual e organizacional, bem como o empreendedorismo, a economia social e organizações da economia social; criar mecanismos que promovam a organização e a participação dos munícipes e das organizações locais na gestão do território; apoiar grupos e a iniciativas da população, tal como a organização e dinamização de parcerias territoriais; promover a educação para a cidadania e a capacitação de grupos de população nos territórios de intervenção prioritária, e facilitar o acesso a informação que promova a participação cívica, criando suportes de informação sobre a intervenção em curso; apoiar as iniciativas da comunidade que promovam a cultura e o espírito comunitário; e ainda prestar apoio financeiro, logístico ou técnico a grupos organizados que promovam iniciativas comunitárias (CLAS 2012, 56-59).

A agenda para a Promoção da Saúde no Município de Cascais (CMC 2012) propõe essencialmente: realizar o estudo sobre os serviços de saúde no Concelho de Cascais e concretizar o Plano Concelhio de Promoção da Saúde. O principal objetivo deste estudo é determinar a relação custo-efetividade de uma eventual parceria público-

pública envolvendo o Ministério da Saúde e a Câmara Municipal de Cascais e, posteriormente, propor formas de incorporar a saúde em todas as políticas e áreas de governação municipais. Neste âmbito, deveriam ser consolidadas plataformas de suporte à produção do conhecimento, à investigação e ao desenvolvimento económico, social e ambiental. Além disto, deveria ser criado um pólo ligado à saúde e bem-estar, e produzidos os indicadores e a metodologia a ser empregue na recolha de dados e na monitorização da intervenção da CMC. No âmbito do Plano Concelhio de Promoção da Saúde, a Câmara de Cascais definiu como prioridade:

Compreender em que medida a intervenção realizada no concelho se encontra assente numa aproximação aos determinantes de saúde, de forma a definir linhas de orientação estratégica de suporte a uma intervenção concelhia estruturada nos princípios da promoção da saúde (CMC 2012).

Com vista atingir este objetivo, a CMC estabeleceu como prioridade, o levantamento dos impactes resultantes da intervenção municipal, bem como de outras organizações concelhias, na área da promoção da saúde. A par disto, pretendia avançar com a caracterização do estado geral de saúde da população, e dos *stakeholders* envolvidos nas iniciativas de promoção da saúde implementadas. Futuramente, a CMC pretende disponibilizar para consulta no sítio web da CMC, os dados contendo os tipos de iniciativas, e os moldes de implementação utilizados no suporte dos programas de promoção da saúde.

A estratégia de promoção da saúde estabelecida pela CMC estabeleceu como pilares as seguintes áreas- chave:

Comportamentos e Estilos de Vida - saúde oral, alimentação saudável, uso e abuso de álcool, segurança infantil, VIH/SIDA, consumo de substâncias psicoativas, planeamento familiar, desenvolvimento infantil, saúde mental, atividade física e desporto.

No âmbito das áreas previstas neste eixo, deveriam ser implementadas as seguintes iniciativas: criação da plataforma saúde na escola, organização de encontros temáticos, realização de campanhas públicas, oferta estruturada de prática de atividade física e desporto;

Ecossistema Físico - qualidade do ar, qualidade da água balnear e cursos de água, zonas verdes e gestão de resíduos.

No âmbito das áreas previstas neste eixo, deveriam ser promovidas iniciativas ligadas a monitorizações e medições regulares, além de planos de arborização municipal, a análise do impacto ambiental causado pela produção de resíduos, pelas alterações climáticas e valorização dos espaços verdes;

Determinantes Socioeconómicos da Saúde - emprego e desemprego, habitação, segurança, educação, alimentação, situação de saúde, rede de unidades/ estruturas prestadoras de respostas de saúde;

No âmbito das áreas previstas, deveriam ser promovidos programas tais como: a promoção do empreendedorismo e da empregabilidade; a intervenção multidimensional no âmbito da habitação; o apoio à construção e à qualificação de equipamentos sociais, a educação em saúde, a promoção e o apoio à criação de respostas sociais e de saúde integradas.

Apesar de a Autarquia de Cascais considerar as estruturas em *cluster* como sendo uma ferramenta estratégica para o desenvolvimento do seu território, detém uma fraca capacidade de mobilização social e de participação nos projetos sociais desenvolvidos pelas organizações locais e dos concelhos limítrofes. A fraca capacidade de articulação com os parceiros locais reflete-se também nos moldes de comunicação com exterior adotados, visto que o nome da José de Mello Saúde não consta no grupo das organizações parceiras da Câmara de Cascais, apesar desta ter sido uma das suas parceiras na construção do guia “Sei Cuidar de Mim” (JMS 2013b, 31). Além disto, poderão ter contribuído outros fatores, entre os quais, a fase incipiente em que se encontra a estratégia de articulação em redes de *stakeholders* promovida pela Autarquia.²⁴

6.3. Concelho de Lisboa

O Concelho de Lisboa ocupa uma área de cerca de 100 km². Tal como os dois concelhos anteriormente tratados e quinze outros, faz parte da Área Metropolitana de que é o centro. Inclui hoje 23 freguesias, após a junção de algumas anteriormente existentes. A população residente no concelho em 2011 era de 547.733 pessoas, das quais 12,8% com idades entre 0 e 14 anos, 63,2% entre 15 e 64 anos, e 23,9% com 65 anos ou mais, com índices de envelhecimento de 185,8% e de dependência total de

²⁴ A matriz SWOT do Concelho de Cascais encontra-se disponível para consulta no Anexo 11.

58,2% (20,4% de jovens e de 37,8% de idosos). 31,1% da população com 15 ou mais anos de idade detinham habilitações de nível superior, 1,1% de nível pós-secundário, 16,9% de nível secundário, 44,1% o ensino básico e 6,8% não detinham qualquer habilitação escolar (Pordata 2015).

Mais ainda do que os outros concelhos aqui estudados, Lisboa tem pela frente o grande desafio de buscar a sustentabilidade nas respostas sociais produzidas, tendo em conta a forte demanda existente, fruto do envelhecimento da população e da existência de bolsas em situação ou em risco de pobreza e de exclusão social. Segundo o website da CML, “Lisboa é uma cidade com forte identidade social e cultural, mas caracterizada igualmente pela existência de diversos grupos que, por razões várias, estão particularmente em risco de pobreza e de exclusão social”.²⁵

A taxa de emprego no Concelho de Lisboa em 2011 era de 48,1%. A taxa de desemprego era de 11,8% (13,2% entre os homens e 10,6% entre as mulheres). O perfil do desempregado em Lisboa caracteriza-se 40,2% serem desempregados há 1 ano ou mais (Pordata 2013, 34-37). Isto ilustra a fraca capacidade de criação de novos postos de trabalho, tal como de absorção de desempregados de média e longa duração, apesar de estarem sedeadas na Área Metropolitana de Lisboa cerca de 30% das empresas nacionais, responsáveis por 32,7% do emprego nacional e por 36% do PIB do país.

O Município de Lisboa possui participação em empresas municipais ligadas ao saneamento, e gestão de equipamentos e animação culturais, gestão de habitações sociais, entre outros. Destacamos: EGEAC - Empresa de Gestão de Equipamentos e Animação Cultural; EMEL - Empresa Pública Municipal de Mobilidade e Estacionamento de Lisboa; GEBALIS - Gestão do Arrendamento Social em Bairros Municipais de Lisboa; SRU- Sociedade de Reabilitação Urbana - Lisboa Ocidental. Importa destacar que o âmbito de atuação das empresas municipais abrange um conjunto mais alargado de áreas (da intervenção ao nível do território e do património à promoção artística e cultural).

A rede de saúde lisboeta integra 39 hospitais e 17 centros de saúde, segundo dados divulgados em 2010. O número de hospitais existentes na capital corresponde a 17,0% do total de hospitais existentes no país, e o dos centros de saúde ronda os 4,5%. No ano de 2010, foram realizadas cerca 3.730.204 consultas hospitalares e 1.439.565

²⁵ <http://www.cm-lisboa.pt/pt/viver/intervencao-social>, consultado em 14 de Setembro de 2015.

consultas nos centros de saúde. Ou seja, realizaram-se em Lisboa 23,7% do total de consultas hospitalares registadas no país, e cerca de 5,2% do total das consultas realizadas nos centros de saúde em todo o país. Ainda segundo dados divulgados em 2010, foram realizados 230.030 internamentos nos hospitais da Capital e 1.268.981 atendimentos de urgência, o que equivale a 19,2% do total de internamentos registados no país, e 16,8% das urgências hospitalares. Prestam atendimento médico em Lisboa 8.205 médicos, ou seja, 19,2% do total de médicos registados no país (Pordata 2013, 25). (Pordata 2013, 26), com cerca de 66,8 habitantes por cada médico na cidade de Lisboa (Pordata 2013, 4). Contudo, estes números poderão perigar com as alterações previstas na Rede de Equipamentos do Ministério da Saúde e da Segurança Social (MSSS 2010), que tem colocado ao Município entraves no que concerne à criação de respostas de saúde para a comunidade local.

Atualmente, a rede de cuidados de saúde do Concelho de Lisboa, encontra-se composta por 13 Unidades de Saúde Familiares USF, das quais 5 sedeadas na própria cidade de Lisboa. Além destas, existem 3 Agrupamentos de Centros de Saúde, ACES: ACES1: Sete Rios, ACES2: Olivais e ACES3: Lapa. A Carta de Equipamentos da Saúde de Lisboa prevê a substituição de 18 das 33 instalações existentes, além da construção de 7 novas Unidades de Saúde. A intervenção, ao nível do edificado, visa contribuir para a colmatação do défice verificado em termos de acesso aos cuidados de saúde, principalmente na saúde primária (CML 2009, 29).

De acordo com a Autarquia, tem contribuído para o défice encontrado em termos no acesso aos cuidados de saúde, a evasão de pessoal clínico. “Analisando a evolução do pessoal clínico, constatou-se que entre 2002 e 2005, verificou-se uma quebra de 20%, sendo 18,4% no grupo dos médicos, e 23,2% no dos enfermeiros” (CML 2009, 19). A redução do quantitativo de médicos nos centros de saúde foi constatado ao nível da ARSLVT – Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo e da SRS- Sub-regiões de Saúde de Lisboa (de forma mais pronunciada nesta última). Este indicador não reflete a realidade verificada no resto do Continente, onde este quantitativo aumentou ligeiramente (CML 2009, 19). Se por um lado, decresceu o número de médicos de família em exercício de funções no período 2004-2007, por outro, aumentou o número de pessoas inscritas nos centros de saúde da Capital em cerca de 6,2%, o que equivale a 45.000 novos utentes. Assim, o número de utentes por médico de família aumentou em 14%. “É de recordar que o valor médio atual deste rácio, na capital e no

ACES1, ultrapassa o critério de planeamento estabelecido para as USF e que é de 18000 utentes/MF” (CML 2009, 22). Há médicos ao serviço na capital com 2.000 ou mais utentes sob a sua responsabilidade.

A Carta de Equipamentos da Saúde do Município de Lisboa previa, entre outras metas, a extensão da cobertura de acesso aos cuidados de saúde continuados para 100% em 2016. Em suma, podemos inferir que a estratégia local de ampliação do acesso aos cuidados primários de saúde, tem recaído sobretudo sobre a construção de novas instalações e sobre o restauro das instalações antigas, bem como sobre o aumento do número de utentes atribuído aos médicos de família nos centros de saúde locais. O solucionamento dos problemas identificados em termos de cuidados primários na Capital, requer que sejam tomadas outras medidas, como por exemplo, a contratação de novos médicos, a criação do enfermeiro de família e/ou a aposta na telemedicina.

A produção dos cuidados hospitalares na Cidade de Lisboa é assegurada pelos três centros hospitalares: Centro Hospitalar Lisboa Norte, Centro Hospitalar Lisboa Central e Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, que, divididos por área geográfica, agregam diferentes hospitais: no Centro Hospitalar Lisboa Norte, o Hospital de Santa Maria e o Hospital Pulido Valente; no Centro Hospitalar Lisboa Central, o Hospital Curry Cabral, o Hospital de Santo António dos Capuchos, o Hospital de São José, o Hospital Dona Estefânia, o Hospital de Santa Marta e a Maternidade Dr. Alfredo da Costa; no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental, o Hospital de São Francisco Xavier e o Hospital de Egas Moniz. Estes centros hospitalares são responsáveis em conjunto pela gestão de 5.359 camas (CML 2009, 59). Além dos centros hospitalares indiferenciados, dispõe ainda do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Sem integrar nenhum dos centros hospitalares discriminados, a rede hospitalar da capital conta ainda com o Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil e o Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto, ambas unidades hospitalares públicas, e ainda vários outros estabelecimentos hospitalares privados e militares.

A análise documental realizada, mostrou que as agendas político-programáticas do Município de Lisboa integraram os princípios e as estratégias relacionadas ao desenvolvimento sustentável e à responsabilidade social. Contudo, esta adesão não impulsionou a criação de uma agenda estritamente vocacionada para as questões do desenvolvimento sustentável e/ou da responsabilidade social, nem tampouco, de um gabinete específico para estas áreas na Câmara Municipal de Lisboa. O que nos levou a

interrogar se estes fatores constituíram ou não um entrave à implementação dos programas da RSE. Pelo que pudemos verificar, a ausência de agenda e gabinete específicos não constituiu um entrave à Câmara Municipal de Lisboa na implementação dos programas na área da RSE. Apesar de não terem sido criadas as estruturas internas de suporte, o Município de Lisboa demonstrou ter uma elevada preocupação com a questão da Sustentabilidade. Como se sabe, Lisboa foi uma das primeiras cidades a assinar a Carta de Aalborg, e a participar nas conferências mundiais realizadas no âmbito do desenvolvimento sustentável.

Além disto, a Autarquia conjuntamente com uma equipa do Departamento de Ciências e Engenharia do Ambiente, da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa, participou no processo de elaboração dos “Apelos 21”. Este documento resultou da conformação dos pressupostos mais globais de desenvolvimento sustentável àqueles que representavam os anseios do Município de Lisboa. Este documento estipulou com sendo um dos seus principais objectivos para o Município garantir o envolvimento dos cidadãos e das associações da sociedade civil no desenvolvimento sustentável da cidade e dos seus bairros, incentivando a sua participação quer ao nível da decisão local, quer ao do trabalho voluntário em iniciativas que promovem a coesão social, a proteção do meio ambiente e a promoção de hábitos saudáveis de vida.

Do processo de negociação envolvendo as diferentes partes interessadas, foi elaborado um Plano de Acção Final e uma Proposta de Monitorização, que inclui, entre outros, os painéis de indicadores de sustentabilidade local. A partilha de conhecimentos internos e externos foi destacada como estruturante para o sucesso deste projecto. De acordo com a Autarquia, tal fato deveu-se à abrangência dos temas abordados e à necessidade de garantir a colaboração de todos os departamentos e serviços camarários.

A 11 de Dezembro de 2006, nove anos depois da já citada Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97 (Governo de Portugal 1997) que reconheceu a Rede Social e na sequência do Decreto-Lei n.º 115/2006 (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social 2006), que a regulamentou, realizou-se o primeiro Plenário do Conselho Local de Acção Social de Lisboa (CLAS-Lx), ficando por constituída a Rede Social de Lisboa. contou com a adesão inicial de 111 entidades parceiras, entre as quais, a própria Autarquia, Juntas de Freguesia, entidades ou organismos do sector público, IPSS, ONG e diversas associações e fundações que actuam no território de Lisboa.

Atualmente, a Rede Social de Lisboa conta com o suporte de 367 de entidades parceiras, sendo a maior Rede Social do país. Contudo, o seu estatuto tem servido de entrave à participação do setor empresarial na criação de respostas para os problemas sociais e de saúde da população concelhia, na medida em que ainda se encontra por clarificar o papel das empresas no seu seio, no contexto da RSE.

Além da Rede Social, o Concelho de Lisboa participa ainda na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis, que foi criada com o objetivo de desenvolver iniciativas de promoção saúde e da qualidade de vida nas comunidades. Esta rede foi criada em 1997, e conta atualmente com 30 municípios associados, entre os quais o Município de Lisboa, que foi uma das cidades fundadoras. De entre as várias iniciativas desenvolvidas no âmbito desta rede, destacamos o Fórum “Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis” e a edição da revista “Notícias da Rede Cidades Saudáveis”.

O Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa (PDSL) corresponde um dos três documentos estruturantes da Rede Social de Lisboa (Diagnóstico, Plano de Desenvolvimento Social e Plano de Ação). Este plano foi criado em 18 de Julho de 2009, com vista suportar o conjunto de opções e prioridades de intervenção para o universo de interventores e atores sociais (Rede Social de Lisboa 2010, 9). Além disto, pretendia servir de enquadramento aos planos de ação definidos pelo Município, sobretudo, na área das Pessoas na condição de sem-abrigo, idosos e crianças em geral. O PDS de Lisboa destacou como principais fatores que serviram de incentivo à elaboração deste documento, o elevado número de iniciativas de âmbito social, a multiplicidade de problemáticas e as experiências das redes sociais acumuladas por outros concelhos (Rede Social de Lisboa 2012, 6).

Mais do que um documento estático de orientação político- programática, o PDSL buscava afirmar-se como um sistema de atualização das prioridades e das opções estratégicas de desenvolvimento territorial, através da revisão anual das prioridades e das medidas de intervenção estabelecidas. Isto ilustra a elevada capacidade de aprendizagem coletiva e de concertação entre os vários setores verificada neste Município. Com vista envolver os diferentes atores e organizações na elaboração dos documentos programáticas, a Autarquia procura promover workshops e sessões de trabalho. No caso específico do PDSL, foram mobilizados cerca de 56 entidades e 68 representantes nos workshops realizados com vista identificar os principais desafios do município em termos sociais e as medidas estratégicas a implementar. Por seu turno, as

sessões realizadas, com vista aprofundar os desafios que a implementação das medidas propostas levantariam, foram mobilizados 89 entidades e 116 participantes. Importa referir que as sessões realizadas provocaram várias mudanças, entre as quais a substituição do desafio “Lisboa Cidade de Oportunidades” pelo desafio “Lisboa Cidade Saudável”. Isto indicia que os vários setores municipais partilhavam de uma visão mais abrangente de desenvolvimento local. O que ajuda a explicar em parte os motivos que levaram este Município a assumir papel de liderança nos fóruns internacionais ligados ao desenvolvimento sustentável.

Em complementaridade, adotou o “Diagnóstico Social de Lisboa” enquanto ferramenta de suporte na definição das áreas de atuação, metas e instrumentos de suporte à ação desenvolvida pela Rede Social de Lisboa. Este instrumento foi aprovado na reunião do Conselho Local de Ação Social (CLAS) em 20 de Abril de 2009 e encontra-se estruturado em quatro eixos estratégicos: Cidade Saudável, Crescer com Oportunidades, Da Vulnerabilidade à Inclusão, Diversidade. Um dos planos que daí surgiu foi o Plano Cidade, aprovado em Maio de 2009. No âmbito deste plano, as diferentes instituições convergiram no sentido de assegurar o planeamento integrado e sistemático, potenciando sinergias, competências e recursos a nível local, pretendendo garantir uma maior eficácia do conjunto de respostas sociais existentes.

Para atingir as metas previstas em termos de Cidade Saudável, a Autarquia desenvolveu alguns instrumentos, dentre os quais, o Plano Gerontológico Municipal. Este instrumento foi criado com o intuito de promover o envelhecimento Ativo e Saudável dos seniores da cidade de Lisboa, através da promoção de uma visão integrada do processo de envelhecimento ativo, e implementando projetos e ações no âmbito da prevenção de doenças junto das pessoas com 55 ou mais anos. O desafio “Lisboa Cidade Saudável” propunha melhorar o acesso à saúde através da capacitação dos atores locais para o trabalho em rede e para a participação ativa e articulada na promoção dos hábitos de vida saudáveis. A melhoria do nível de acesso a saúde remete para a criação e atualização dos documentos programáticos que orientam a decisão tomada na área da saúde local (ex. Plano Local de Saúde Mental), como também uma melhor redistribuição dos equipamentos da saúde e da efetivação da rede de cuidados continuados e a maximização da participação de todos os envolvidos nos programas de promoção de estilos de vida saudáveis.

Na concretização dos objetivos propostos neste desafio, o Município de Lisboa conta com a parceria da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo ARSLVT e da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, entre outros. Ao analisarmos o PDSL, pudemos verificar que foi construído tendo como base os princípios assentes na teoria dos *clusters*, sobretudo porque destaca a definição de objetivos, tendo em conta os anseios individuais de cada um dos membros, com também os objetivos coletivos inerentes à própria rede e a optimização das oportunidades a partir da partilha dos recursos existentes (Rede Social de Lisboa 2012, 8).

Tendo presente o princípio da igualdade consagrado na Constituição da República Portuguesa e as orientações das diversas instâncias internacionais e europeias, bem como os Planos Nacionais para a Igualdade, Género, Cidadania e Não Discriminação, Contra a Violência Doméstica e Contra o Tráfico de Seres Humanos, decidiu elaborar um plano de promoção da Igualdade na cidade de Lisboa, que contemplou as seguintes iniciativas: a criação do Prémio Municipal Madalena Barbosa, promovido pela CML em parceria com a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género – CIG; o Programa de Ação Municipal “Tráfico de Mulheres – Romper Silêncios”, em parceria com o Movimento Democrático de Mulheres – MDM; a criação do Centro Maria Alzira Lemos, espaço municipal atribuído à Plataforma Portuguesa dos Direitos das Mulheres, para efeitos de sede de associações.

A Autarquia de Lisboa busca ainda suporte em observatórios promovidos por outras instituições para tomar as suas decisões no campo social, económico, ambiental e da saúde. Para tal, estabeleceu acordos de cooperação nos últimos anos com o Observatório Nacional Violência e Género (ONVG) da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, partindo de cujos dados definiu as metas e as estratégias de intervenção social que melhor se ajustavam às necessidades da população local para alcançar níveis de eficiência mais elevados; com o Observatório da Imigração, do Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural, para a persecução das metas de integração social da população imigrante, nomeadamente clarificando as demandas sociais, económicas e de saúde da comunidade imigrante residente no concelho; o Observatório das Desigualdades, constituído no quadro do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Universitário de Lisboa (CIES-IUL); o Observatório das Famílias e das Políticas de Família (OFAP) ; e o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, que recolhe dados e indicadores para a

descrição do estado de saúde dos diversos grupos populacionais e seus determinantes, nomeadamente em termos de desigualdades no campo da saúde.

De entre os observatórios identificados, dois apresentam âmbitos de atuação diretamente atinentes à área da saúde. Tal fato demonstra que, em primeiro lugar, o desígnio de maximização da eficácia no setor da saúde tem conduzido a Autarquia a apoiar a identificação dos indicadores, em segundo lugar, que a necessidade de conhecer melhor as demandas concelhias, conduziu a Autarquia a estreitar os laços de cooperação com as universidades e outras instituições da sociedade, e em terceiro lugar, que tem procurado legitimar as decisões que toma na área da saúde tendo como base os indicadores produzidos por essas instituições.

O Concelho de Lisboa adoptou diversas agendas ligadas ao desenvolvimento local. Contudo, não existe no Concelho uma estratégia local de incentivo à promoção da responsabilidade social em geral e no setor da saúde em particular, apesar de implementar iniciativas em áreas como defesa da biodiversidade, recolha seletiva de resíduos, gestão racionalizada dos recursos hídricos e promoção de hábitos saudáveis. A ausência de uma estratégia municipal poderá comprometer os seus resultados, sobretudo nas áreas da inclusão social, preservação do meio ambiente e criação de riquezas, onde o setor empresarial desempenha um papel fulcral. A nosso ver, o enquadramento destas iniciativas numa estratégia local de responsabilidade social, produziria maiores benefícios para o Município, sobretudo em termos de ganho de imagem e reputação. A participação dos centros hospitalares e dos hospitais da região nos programas de sensibilização e de rastreio de doenças levados a cabo pela Autarquia caracteriza-se por ser pontual e não frequente. Ao nosso ver, o cumprimento das metas estipuladas pelo Município, sobretudo em termos de prevenção de doenças poderiam ser mais facilmente alcançadas se houvesse uma maior articulação entre a Autarquia e os centros hospitalares/hospitais da região da Grande Lisboa, incluindo aqueles que se encontram sedeados fora do Concelho (ex. Hospital Ortopédico inserido no Centro Hospitalar de Cascais e o Hospital de Santa Cruz, sedeadado no Concelho de Oeiras).²⁶

²⁶ A matriz SWOT do Concelho de Lisboa encontra-se disponível para consulta no Anexo 12.

Capítulo 7. Os Grupos Hospitalares

7.1. José de Mello Saúde

O Grupo José de Mello filia-se na Companhia União Fabril (CUF) criada por Alfredo da Silva, acionista do Banco Lusitano, que em 1908 inaugurou no Barreiro as fábricas de extração de azeite dos bagaços. Entre 1908 e 1920, a CUF prosseguiu com a sua atividade, apesar dos problemas sociais e políticos atravessados pelo país. Desenvolveu depois, beneficiando das políticas económicas do Estado Novo, uma política de diversificação económica, complementando o sector industrial com uma área financeira, através do ingresso na Casa José Henriques Totta e da Companhia de Seguros Império, criando a Tabaqueira, investindo na indústria de construção naval e alargando as suas atividades ao Ultramar.

As adversidades políticas e sociais desta época e o espírito de solidariedade do seu fundador, levaram a CUF a buscar a sua afirmação como um parceiro social da sociedade portuguesa. O grupo JMS legitima assim a sua ação presente no domínio da RSE remetendo para esta génese e para os valores pessoais do fundador da sua empresa mãe:

(...) o Grupo intervém, substituindo-se ao Estado, cujo alcance era fraco, criando serviços de apoio e assistência para os seus operários: cantinas, creches, bairros, bibliotecas, escolas, serviços de assistência médica, cinema, para além de outros equipamentos. (...) O espírito eminentemente humanista de Alfredo da Silva vai marcar decisivamente a filosofia e o futuro do Grupo. A Obra Social da CUF constitui um marco histórico no panorama empresarial português, numa época em que estas questões pouco ou nada preocupavam os empresários e em que o Estado pouco ou nada podia fazer.²⁷

Após o falecimento do fundador em 1942, a gestão do grupo passou a estar a cargo dos seus sucessores, Manoel de Mello e seus filhos, Jorge de Mello e José Manuel de Mello, prosseguindo a estratégia de diversificação das atividades da CUF. Expandiram-se então os negócios do grupo para a área da saúde, inaugurando em 1945 o Hospital da CUF. Na década de 1970, o grupo encontrava-se presente em diferentes

²⁷ http://www.josedemello.pt/gjm_gjm_00.asp?lang=pt&local=11, consultado em 05 de Fevereiro de 2014.

áreas de negócio do país, do sector financeiro ao químico, do têxtil ao sector dos minérios, do alimentar à da saúde, passando pela grande reparação naval e pela defesa ambiental. Além do investimento financeiro realizado em todos estes setores, o grupo reforçou as suas políticas sociais e intensificou a aposta na formação contínua dos colaboradores e na especialização de quadros. Com esta postura, o grupo CUF afirmou-se como entidade formadora tanto internamente como externamente.

Em 1975 a atividade empresarial do grupo foi suspensa pela nacionalização dos seus setores chave de atividade industrial e financeira. Em 1986, a seguir à entrada de Portugal na União Europeia e tirando partido do processo de privatizações lançado pelo governo português, iniciou-se o processo de reconstrução do grupo sob a égide do neto do fundador, José Manuel de Mello. Foi então criada a altura a *holding* José de Mello, que rapidamente, adquiriu a Unitec, marcando novamente a presença do grupo no sector químico. Dois anos a seguir, ou seja, por volta de 1988, o grupo criou uma sub-*holding* para a área financeira no grupo denominada UIF. Neste mesmo ano, o Grupo José de Mello, através da UIF, adquiriu a Sociedade Financeira Portuguesa, na primeira privatização do pós-25 de Abril, dando origem ao Banco Mello.

Em 1992, o Grupo adquiriu a Companhia de Seguros Império e com ela o controlo do Hospital CUF. Desde então, para além de alargar as suas participações em grandes empresas, nacionais e internacionais, em diferentes áreas de atividade o Grupo Mello reforçou a sua posição empresarial na área da saúde e da prestação de cuidados. Em 1996, assinou com o Estado português o contrato de parceria público-privada para a gestão do Hospital Amadora-Sintra, denunciado pelo o governo português em 2001 alegando de incumprimentos contratuais. Como a razão invocada não foi validada juridicamente, o Estado foi condenado pela Justiça Portuguesa a ressarcir o Grupo em 18.000 milhões de euros. No decurso do ano 2000, inaugurou a José de Mello Residências e Serviços, o Hospital Cuf Descobertas e a Clínica CUF Alvalade. Em 2006, adquiriu ainda 37% do capital de um dos maiores grupos prestadores privados de serviços de saúde em Espanha, o Grupo Hospitalário Quirón, que alienaria em 2012 para reforçar a capacidade de investimento em Portugal; em 2008, inaugurou a Clínica CUF Cascais, além de um instituto de diagnóstico e de tratamento no Porto.

Apesar do conflito com o Estado Português sobre a parceria público-privada no Hospital Amadora-Sintra, a José de Mello Saúde voltou a assinar um contrato de parceria público-privada em 2009, com à gestão do Hospital de Braga. Em meados de

2010, o Grupo JMS inaugurou o Hospital CUF Porto, o maior hospital privado do Norte do país, e neste mesmo ano iniciou a gestão público-privada do Hospital Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira.

O grupo José de Mello Saúde integra cinco hospitais (dois deles em regime de parceria público-privada), cinco clínicas e 14 unidades de imagiologia “Dr. Campos Costa”, além do Instituto de Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho SAGIES e de duas residências assistidas na área da terceira idade: Residências Assistidas Domus Vida (Domus Vida Junqueira e Domus Vida Parede) e Serviços Domiciliários Domus Care (Domus Care Lisboa e Porto). Segundo fontes consultadas, o Grupo JMS é responsável pela gestão de cerca e 1.400 camas e 5.900 colaboradores, entre pessoal clínico e não-clínico em Portugal (JMS 2012).

O quadro 2 abaixo mostra que o Grupo alcançou em 2012 um ligeiro aumento no número de altas/saídas de pacientes, a par do aumento no número de dias de internamento. Os dados analisados apontam como principal razão o forte investimento que o grupo realizou na política de segurança do paciente e na qualidade dos serviços prestados.

Quadro 2. Indicadores de Atividade do Grupo JMS, 2011-2012

Principais Indicadores da Actividade

Indicadores Assistenciais da José de Mello Saúde (milhares)	2011	2012	% Variação 2012/2011
Altas/Doentes Saídos	58,8	68,0	19,7%
Dias de Internamento	301	376	24,9%
Consultas	1198	1439	20,1%
Urgências	458,2	504	10,0%
Doentes Operados	50,8	66,0	29,9%
Partos	6,5	6,9	6,2%

Nota: Os dados de 2011 incluem apenas 7 meses de operação do Hospital Vila Franca de Xira

Fonte: JMS (2012, 16)

O quadro mostra também um aumento no número de consultas realizadas. Apesar de a tabela não fazer menção a isso, sabe-se que o setor privado da saúde tem absorvido os utentes do Sistema Nacional de Saúde SNS, sobretudo aqueles que não conseguem ter acesso a consultas de especialidade, em áreas como Oftalmologia, Dermatologia, Ortopedia, entre outros. O mesmo poderá explicar o aumento do número de cirurgias realizadas. Ao nível das urgências, verificamos que houve também um ligeiro aumento. Segundo alguns especialistas, o aumento das urgências hospitalares no

setor privado poderá estar relacionado à fraca capacidade de resposta dos hospitais públicos mediante situações de pandemia, ou porque a diferença entre a taxa moderadora cobrada por um e outro, é insignificante.

A tendência de crescimento no número de consultas e de cirurgias realizadas manteve-se durante os anos de 2013 e 2014. Em 2014, realizaram-se cerca de 1,8 milhões de consultas (subida de 14% face a 2013), foram operados cerca de 78 mil doentes (mais 8%), dos quais 51% em cirurgia de ambulatório. Foram contabilizados 79 mil doentes saídos (mais 6% que no ano anterior) além de 7 mil partos em Unidades da JMS (mais 7% comparativamente a 2013). Em termos financeiros, as unidades de saúde CUF obtiveram lucros crescentes, inclusive durante o período de recessão económica. Em 2011, o Grupo JMS auferiu um lucro líquido de 387 milhões de Euros, e em 2012 de 462,4 milhões de Euros, uma subida de cerca de 19,5% (JMS 2012, 33). em 2014, os lucros foram de 532 milhões de Euros, mais 7,8% face ao ano anterior. Segundo a JMS, os bons resultados alcançados em 2014 deveram-se ao facto do Grupo ter estabelecido como eixos de “orientação estratégica” a disponibilização de serviços que vão de encontro com as necessidades da população e que tenham como foco a qualidade do serviço.²⁸

O ano de 2010 foi muito importante para o grupo em termos de orientação estratégica para a sustentabilidade, nos valores estipulados e na estrutura de suporte à decisão do grupo. Segundo as novas orientações, o grupo deveria servir o desígnio de maximização do lucro social, ambiental e económico produzido pela organização, tal como distribuí-lo entre as partes interessadas:

Assumir o desafio da sustentabilidade é considerar que o papel da José de Mello Saúde não se esgota na criação de valor económico, antes procura a criação de valor global e sustentado, que venha ser distribuído por todas as partes interessadas à nossa organização – colaboradores, clientes, acionistas, comunidades envolventes, parceiros entre outros.²⁹

Começou então a ser delineada a nova agenda do grupo para a RSE, a cargo do Departamento de Recursos Humanos e Sustentabilidade. Alguns dos impactos que estas alterações trouxeram foram essencialmente a uniformização dos valores éticos e das

²⁸

<http://www.josedemellosaude.pt/Section/Jose+de+Mello+Saude/Informa%c3%a7%c3%a3o+de+Gest%c3%a3o/173>

²⁹ <http://www.josedemellosaude.pt/Section/Sustentabilidade>.

práticas de RS adotados pelo grupo, bem como a inclusão de públicos-alvo e dos *stakeholders* externos no processo de decisão organizacional, através de estruturas como, por exemplo, o Conselho para o Desenvolvimento Sustentado do Hospital de Braga.

O grupo optou por destacar no conceito de missão, o “Respeito pela Dignidade e Bem-Estar da Pessoa”, porque cultiva uma relação estreita com a salvaguarda dos direitos que configuram a dignidade da pessoa, sobretudo, em termos de crenças religiosas, etnias, dentre outros. Para o JMS, o valor do “Desenvolvimento Humano”, deriva da capacitação dos recursos humanos tendo em conta os propósitos particulares e estratégicos da organização. Já o valor da “Competência”, remete para a criação de contextos favoráveis ao aperfeiçoamento das competências técnicas e pessoais comumente acionadas na prestação dos cuidados de saúde. Além destes três valores, o JMS acionou ainda o valor “Inovação”, entendido como a criação de soluções novas que contribuem para a qualidade dos serviços prestados pela organização.

De um modo geral, o valor da responsabilidade social não se encontra especificado no conceito de missão do grupo, apesar de implementar com regularidade programas na área da RSE. Ao nosso ver, a ausência deste valor poderá estar relacionada com a falta de clareza conceptual que este conceito implica na área da saúde. O conceito de RSE adotado na prática pelo grupo, passa pela sua participação em projetos que promovem o bem estar social geral e dos trabalhadores, a elevação do nível de qualidade dos serviços produzidos e o estreitamento dos laços com a comunidade local. Neste sentido, o grupo reivindica o desenvolvimento de iniciativas que promovem os hábitos saudáveis de vida e contribuem para a prevenção de doenças (p. ex., Programas Educação em Saúde). Ainda com vista a estreitar os laços com a comunidade, em especial, académica, criou a bolsa de investigação D. Manuel de Mello, promoveu o estágio de Verão na área médica em parceria com a Associação Europeia de Ortopedia, desenvolveu um Programa de Formação em Gastroentologia em parceria com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa, e outro em Pediatria conjuntamente com a Universidade do Porto.

No âmbito da promoção do bem estar dos colaboradores, o grupo atribuiu prémios aos profissionais médicos e de enfermagem que realizaram investigação com aplicabilidade prática no trabalho que desenvolvem (p. ex., Prémio Mais Valor) e promoveu ainda estágios profissionais (ex. Programa Mais Talento), financiou a

frequência de cursos de formação pós-graduada pelos colaboradores e atribuiu subsídios para compra de materiais escolares aos colaboradores com os salários mais baixos e que tinham filhos em idade escolar. No âmbito da política de qualidade, o grupo intensificou as iniciativas desenvolvidas no âmbito da eficiência energética, através da substituição de equipamentos, instalação de sensores, entre outros.

Apesar dos esforços dispendidos pelo grupo no sentido de estruturar uma estratégia de gestão voltada para a RSE, constatamos que o conceito de RSE adotado pelo grupo, não incorpora os princípios da igualdade de género e da igualdade de oportunidades. A subtração ao princípio da igualdade de género é notória inclusive na composição do conselho de administração e no conselho médico do grupo JMS (2012, 17).³⁰ Além disto, podemos constatar diferenças salariais entre os homens e mulheres no interior do Grupo José de Mello Saúde, sobretudo nos escalões mais altos JMS (2011, 80).

Constatamos ainda que o grupo não promove a empregabilidade da pessoa com deficiência, embora a ONU a defenda como um compromisso das organizações socialmente responsáveis. Do ponto de vista da sustentabilidade social local, não promove a contratação de colaboradores residentes nos concelhos onde atua. Finalmente, pudemos ver que o grupo JMS não associa o conceito de “Dignidade Humana” ao direito à prestação de cuidados de saúde por todos os pacientes, independentemente da sua condição financeira, tal como reza a Carta dos Direitos do Homem (JMS 2012). Na área ambiental, verificamos que os programas implementados não incorporaram preocupações relacionadas com a aquisição de materiais biodegradáveis. Por fim, importa chamar a atenção para a dificuldade que encontramos em termos de acesso às informações relacionadas com os programas da RSE, pois as informações pertinentes, refletindo a falta de clareza ou a deficiente autonomização do conceito, encontram-se dispersas entre o Relatório da Sustentabilidade, Relatório de Contas e Relatório de Qualidade Clínica do grupo.

A análise SWOT do Grupo JMS destaca que o Grupo incorporou os princípios do desenvolvimento sustentável, pelo menos ao nível do discurso. Contudo, do ponto de vista mais prático, o Grupo ainda não incorporou as preocupações referentes à igualdade de género e igualdade de oportunidades na política interna de gestão de recursos humanos.

³⁰ www.josedemellosaude.pt, consultado em 18 de Dezembro de 2013.

A par disto, o grupo precisa aprimorar o sistema utilizado na comunicação da RSE. No sistema atual, a informação aparece dispersa pelos vários documentos (ex. Relatório de Contas, Relatório de Sustentabilidade e Relatório de Qualidade Clínica), é repetitiva e não esclarece questões básicas tais como, quando, por quê, como e de que forma as iniciativas foram realizadas.

Apesar destas fragilidades, a análise SWOT mostrou que o modelo de RSE adotado pelo grupo apresenta amplas oportunidades, sobretudo em termos de estreitamento dos laços de cooperação com os pares, com as agências de sustentabilidade e/ou de RSE, além das autarquias locais.

Por fim, mostrou que a RSE pode perigar, caso os interesses da organização continuem a ser preferidos em detrimento dos interesses das partes interessadas.

Quadro 3. Matriz SWOT do Grupo JMS

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Incorporação da história e de valores éticos atribuídos ao fundador	Ausência de formação em RSE.
Integração explícita da RSE no modelo de gestão da organização.	Ausência de uma política interna ligada à promoção da igualdade de gênero e da igualdade de oportunidades.
Modelo de gestão organizacional que promove a criação de valores sociais, ambientais e financeiros em simultâneo.	Diferenças salariais entre homens e mulheres, sobretudo nos cargos mais altos.
Forte aposta na formação contínua e na qualificação dos colaboradores.	Ausência de um sistema eficaz de comunicação da RSE.
Forte aposta na inovação tecnológica, científica e gestonária.	Fraca capacidade de envolvimento da comunidade no processo decisional da RSE.
Criação de conselhos de ética e de conselhos de comunidade.	Fraca capacidade de mobilização de organizações congéneres.
Elevada capacidade para o trabalho em rede.	Capacidade incipiente de articulação com as autarquias locais.
Publicação de relatórios de sustentabilidade.	Ausência de certificações na área da RSE (ex. ISO 26000, NP4469-01).
Criação de um gabinete de auditoria interna.	Ausência de participações em prémios de sustentabilidade e/ou de responsabilidade social (ex. Prémio Igualdade é Qualidade, entre outros).
Adoção de sistemas de certificação em qualidade e ambiental (ex. ISO 9001 e ISO 14001).	
Oportunidades	Ameaças
Realização de ação de formação em RSE	Continuar a preferir os interesses da organização ao invés de tentar equilibrá-los com os das partes interessadas.
Introdução dos critérios de igualdade de gênero e de oportunidades na política interna de gestão de recursos humanos.	
Solicitação de apoio às agências de consultadoria em RSE (ex. BCSD) para consolidar os sistemas de comunicação em RSE adotado pelo Grupo.	

Implementação de sistemas de avaliação dos impactes gerados pelos programas da RSE (ex. aplicação de questionário, entrevistas de grupo).

Definição dos programas da RSE tendo como base as sugestões apresentadas pelas partes interessadas durante as auscultações.

Mobilização dos grupos hospitalares congéneres nas iniciativas de RSE promovidas pela JMS de forma a alcançar redução dos custos.

Estreitamentos dos laços de cooperação com as autarquias locais, em especial, com aquelas que já atuam na área da RSE (ex. Câmara Municipal de Oeiras).

Implementação de Sistemas de Certificação em RSE (ex. ISO 26000, NP 4569-01).

Implementação de sistemas de auditorias externas.

Submissão de candidaturas aos prémios nacionais realizados na área da sustentabilidade e/ou da responsabilidade social (ex. Prémio Igualdade é Qualidade, promovido pela Comissão da Igualdade de Género CIG).

7.2. Hospitais Privados de Portugal/Lusíadas Saúde

Os Hospitais Privados de Portugal foram criados a partir da reorganização do negócio hospitalar encabeçada pela Caixa Geral de Depósitos. Até 31 de Dezembro de 2006, a Caixa Geral de Depósitos detinha a totalidade do capital social dos HPP. A partir de 2007, outras empresas passaram a integrar o segmento de negócio da saúde do Grupo Caixa Geral de Depósitos, dentre as quais destacamos a Carlton Life, SGPS, S.A com 35%; e HPP - Medicina Molecular S.A, com 40% (HPP 2007, 36).

O Grupo Hospitais Privados de Portugal HPP é um dos maiores grupos privados da saúde de Portugal. Encontram-se a seu cargo sete unidades de saúde, incluindo o Hospital dos Lusíadas em Lisboa e o Hospital de Cascais, em regime de parceria público-privada, e cerca de 4.000 profissionais de saúde. O grupo apostou fortemente na certificação ambiental das suas unidades, tal como na organização de iniciativas de responsabilidade social (HPP 2007, 9), bem como nas despesas com investigação e desenvolvimento que nos primeiros anos contabilísticos ascendeu a 192.815,00 Euros (HPP 2007:40). Em 2007, o Grupo HPP alcançou um crescimento da actividade e do volume de negócios na ordem dos 6% (56,9 milhões de Euros). Em termos de números

de procedimentos realizados, também se registaram aumentos de 10,7% nas cirurgias, 3,7% nos internamentos, 9,1% nas consultas, 11,5% nos exames de imagiologia, e 4,5% nas sessões de fisioterapia (HPP 2007, 8, 10). O grupo defendia que os resultados alcançados se deveram sobretudo à reputação do corpo clínico, em especial, da área da Cirurgia Plástica e da Medicina Interna, e ao aumento da capacidade de atendimento dos médicos destas especialidades, HPP em conjunto com a adesão aos sistemas informáticos de suporte à decisão HPP (2007, 11, 13).

Contudo, o grupo constituiu alvo de pagamento de multas judiciais devido a processos movidos por clientes e ex-colaboradores. “Não foram constituídas provisões para estas situações, dado que os Conselhos de Administração das empresas do Grupo, inclusive da HPP, classificaram como remota a possibilidade de as Sociedades serem condenadas a efectuar pagamentos no âmbito destes processos” (HPP 2007, 61).

Segundo o Grupo HPP, a sua presença no mercado da saúde nacional tem fomentado a competitividade no setor, graças à contratação de especialistas renomados e ao emprego de soluções tecnológicas. Foi o grupo selecionado pelo Ministério da Saúde para gerir o Hospital de Cascais, cuja assinatura do contrato marcou o início da segunda vaga das parcerias público-privadas da saúde em Portugal iniciada em 2006. Contudo, algumas más opções tomadas pela gestão conduziram os HPP a uma situação financeira complicada. Tal conduziu em 2013 à venda dos HPP ao grupo privado de saúde AMIL, que passou a ser o maior accionista, incluindo a transferência da gestão público-privada do Hospital de Cascais. A Amil Participações S.A. é a maior empresa de saúde do Brasil, e a empresa de medicina de grupo com a maior rede credenciada no Brasil, atendendo atualmente mais de 5,7 milhões de beneficiários nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Bahia e no Distrito Federal.

A visão estratégica dos HPP cultivava uma relação estreita com os desígnios de maximização do ganho de imagem e reputação, que se encontram presentes no seu conceito de Visão Organizacional:

Merecer a preferência natural dos clientes sendo uma referência na qualidade dos serviços que prestam (...) Proporcionar bem-estar através de um serviço de elevada qualidade, de acordo com as melhores práticas na prestação de cuidados

de saúde, obtendo a confiança e o compromisso dos nossos clientes, colaboradores e parceiros, criando valor para os accionistas.³¹.

Os valores éticos foram ativados no pressuposto de que a organização tem a obrigação de gerar bem estar devido à posição que ocupa na sociedade, juntamente com os valores do ganho de imagem e reputação com o propósito de tornar a organização mais competitiva. Já nas suas formulações iniciais, o grupo apoiara em valores éticos a persecução dos desígnios da sustentabilidade: “A compatibilização da promoção e da saúde dos cidadãos, com a necessidade de incentivar o crescimento económico da comunidade, é actualmente o grande desafio da governação da saúde” (HPP 2007, 7).

Posto isto, podemos dizer que os valores acionados pelo grupo HPP foram fundamentalmente éticos e instrumentais. Nos valores éticos, o bem estar das pessoas é afirmado num dos seis valores institucionais dos HPP: “Valorização, das pessoas e com as pessoas: apostar no desenvolvimento pessoal e profissional dos nossos colaboradores, capitalizando todo o conhecimento criado numa importante fonte de informação e diferenciação para todos”.³² Quanto aos valores instrumentais, estes foram invocados sobretudo para legitimar argumentos que se relacionavam com o desejo de maximização de ganho de eficiência através da articulação em redes e/ou da capacitação técnica e humanística dos profissionais como também do desenvolvimento de novos modelos e de gestão.

Na necessidade de identificar e dar respostas às principais demandas apresentadas pelos pacientes, o grupo hospitalar tem optado pela aplicação de questionários e respectivo tratamento dos dados internamente. Segundo o Grupo, a qualidade não é um fim, é um meio, através do qual a HPP Saúde se tem desenvolvido, e tem projectado esse desenvolvimento de uma forma positiva e competitiva perante o cliente. Por este motivo, consolidou uma estratégia interna de qualidade, suportada em ferramentas de controlo, monitoramento e certificação.

Uma das parceiras do grupo hospitalar na área da certificação é a Joint Commission International. Esta organização norte-americana é líder na acreditação de organizações de saúde desde 1999, e foi contratada para certificar os hospitais do Grupo HPP/Lusiadas Saúde em finais do ano 2000. O grupo acredita que o êxito competitivo das empresas centra-se na identificação, obtenção e avaliação dos activos intangíveis e

³¹ www.hppsaude.pt, consultado em 14 de Março de 2014.

³² www.hppsaude.pt, consultado em 24 de Junho de 2015.

na sua utilização de forma a gerar vantagem competitiva sobre as demais organizações congéneres. Sob este paradigma, a marca e a reputação no mercado são os principais activos de uma organização moderna, é através destas que fornecem indicações visuais, que transmitem os princípios e os valores da organização.³³

A par da estratégia para a qualidade, o grupo tem procurado desenvolver um modelo de gestão multisectorial geral e na área da RS. Desde 2008, que a RSE e a gestão dos *stakeholders* passaram a fazer parte do modelo de gestão dos HPP, com vista a “[r]espeitar o bem estar e o futuro da comunidade onde estamos inseridos, fomentando um espírito activo de responsabilidade social e ambiental”.³⁴ Numa fase inicial de consolidação da estratégia do grupo na área da RS, as decisões do foro estratégico e programático cabiam ao Conselho de Administração. Entretanto, passados alguns anos, o processo decisional foi descentralizado para Departamento de Marketing, indiciando a sua efetiva subordinação aos valores instrumentais de promoção da reputação.

Apesar de a organização mencionar os valores éticos inerentes ao bem comum no suporte da lógica argumentativa de defesa da RS, não introduziu preocupações inerentes à equidade de género e à igualdade de oportunidades nas suas decisões e nas suas práticas. Embora faça menção de que a diferença é valorizada pelo grupo no momento da contratação de novos colaboradores, contudo, não mostra de que forma isto seria exequível quando não existem linhas de orientação a incentivarem a contratação de imigrantes e/ou pessoas com deficiência, por exemplo.

Além disto, o grupo HPP/Lusíadas Saúde não consolidou parcerias com os sindicatos e ordens profissionais, apesar de assinalar que a sua atuação encontra-se de acordo com as orientações para a saúde e segurança do trabalhador estipuladas pela Organização Internacional do Trabalho. A nosso ver, os planos de formação promovidos pela organização deveriam integrar módulos em áreas como Ética e Responsabilidade Social, numa tentativa de conduzir o grupo, a conciliar os desígnios de maximização de ganho reputacional para a empresa e de bem estar dos colaboradores. É importante referir que a organização tem procurado acautelar que a busca por maximização de ganho de imagem e reputação não comprometa a produção de bem estar social, adotando ferramentas e modelos de avaliação e de negociação entre as partes interessadas no processo negocial e constituindo-se alvo de “modelos

³³ www.hppsaude.pt, consultado em 24 de Junho de 2015.

³⁴ www.hppsaude.pt, consultado em 24 de Junho de 2015.

independentes de Avaliação da Satisfação dos Clientes” e de “participação nos programas de melhoria contínua”.

A análise SWOT do grupo HPP/Lusíadas Saúde salienta que este grupo foi o primeiro a empregar o termo Responsabilidade Social em justificativa dos programas implementados na área da prevenção das doenças. Contudo, ainda não incorporou os princípios de igualdade de género e de igualdade de oportunidades, quer na estratégia como nas práticas relacionadas à RSE. Ao nosso ver, isto poderá estar relacionado com o baixo nível de sistematização em que a RSE da saúde se encontra. Como se sabe, não existe um sistema de gestão da RSE intrinsecamente voltado para a área da saúde.

O grupo HPP ainda não consolidou sistemas de gestão de *stakeholders*, de auscultação e de avaliação de impactes das iniciativas da RSE. Apesar disto, a organização tem dispendido alguns esforços na articulação com outros setores da sociedade, tidos como estratégicos para o seu redimensionamento. Tal facto reforça a predisposição que esta organização cultiva para o trabalho em rede e para a negociação participada. Por fim, o nosso estudo mostrou que a RSE depara-se nos HPP com dois grandes desafios: o primeiro prende-se com a conciliação dos desígnios de maximização de ganho de imagem e reputação para a organização e os desígnios de produção de bem comum, e o segundo, com a mobilização das diferentes partes interessadas no processo negocial em torno da RSE.

Quadro 4. Matriz SWOT do Grupo HPP/Lusíadas Saúde

Pontos Fortes	Pontos Fracos
Elevada cobertura do o território nacional.	Ações de formação incipientes na área da ética e da responsabilidade.
Primeiro grupo hospitalar português a invocar o termo responsabilidade social em justificativa das iniciativas promovidas no âmbito da prevenção de doenças.	Alvo de condenações judiciais em processos movidos por clientes e ex- colaboradores.
Publicação de relatórios de contas de acordo com as normas técnicas e com as diretrizes de revisão/auditoria da Ordem dos Revisores Oficiais de Contas.	História organizacional marcada por práticas de gestão deficitárias.
Submissão do relatório de contas à revisão de organizações externas.	Ausência de certificações na área da responsabilidade social (ex. NP 4469-01, ISO 26.000).
Consolidação de alianças estratégicas nas iniciativas que visam o redimensionamento do grupo.	Ausência se sistemas de auscultação na área da RSE.
Adoção de instrumentos de auscultação das partes interessadas	Utilização dos programas de RSE fundamentalmente para produção de ganho de imagem e reputação para a organização.
Implementação de sistemas de certificação	Ausência de articulações com os sindicatos e ordens profissionais.
	Fraca capacidade de articulação com outras

Desenvolvimento de programas relacionados na área da responsabilidade social.
 Certificação na área da qualidade.

organizações congéneres em torno da RSE.
 Os programas de responsabilidade social implementados não constituem alvo de auditorias externas.
 Fraca adesão aos princípios de igualdade de género e igualdade de oportunidades.

Oportunidades	Ameaças
Desenvolvimento de programas de formação na área da RSE.	<p>Não conseguir conciliar os objetivos estratégicos de produção de ganho de imagem e reputação com os objetivos de bem comum.</p> <p>Continuar centrando a sua estratégia de mobilização de <i>stakeholders</i> na área da RSE apenas em figuras públicas.</p>
Implementação de códigos de orientação ética.	
Incorporação dos princípios de igualdade de género e de igualdade de oportunidade no modelo de gestão de recursos humanos.	
Despender esforços para estreitar laços com os vários <i>stakeholders</i> e afinar a sua política interna de qualidade.	
Implementação de sistemas de auscultação na área da RSE.	
Consolidação de parcerias com os sindicatos e com as ordens profissionais.	
Incentivo à participação de outros hospitais e dos centros de saúde concelhios nos programas de RSE.	
Implementação de sistemas de certificação na área da RSE (ex. NP 4469-01, ISO 26.000).	
Submissão dos programas de RSE à avaliação de organizações externas.	

7.3 Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) foi fundada em 15 de Agosto de 1498 e é atualmente uma pessoa coletiva de direito privado e utilidade pública administrativa, nos termos dos respectivos Estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei nº 235/2008, de 3 de Dezembro. A tutela da Santa Casa é exercida pelo membro do Governo que superintende a área da Segurança Social. Além dos poderes especialmente previstos nos Estatutos, a Segurança Social participa na definição das orientações gerais de gestão tal como na fiscalização da sua atividade e na sua coordenação com os organismos do Estado ou deles dependentes.

A SCML é uma instituição de elevado prestígio na sociedade portuguesa pelos projetos que desenvolve nas seguintes áreas:

Cultura: a SCML promove o seu património cultural e artístico como instrumento do desenvolvimento humano e da coesão social, colocando-o ao serviço da

fruição da comunidade. Fazem parte do património edificado da SCML a Igreja de São Roque e Museu de São Roque, o Arquivo Histórico, a Biblioteca e o Centro Editorial. Desenvolve, ao longo do ano, um extenso programa de eventos e iniciativas, na qualidade de organizadora e de apoiante de outras organizações (SCML 2013, 21). A intensa participação da Santa Casa em iniciativas de cariz cultural levou a SCML a ser galardoada com o Prémio de Conservação e Restauro da Associação Portuguesa de Museologia (APOM) pelo trabalho de restauro levado a cabo na Capela de São João Baptista, em regime de parceria com o Instituto dos Museus e da Conservação (SCML 2013, 22).

Saúde: A SCML atua na área da saúde comunitária de Lisboa, nas vertentes preventiva, curativa e de reabilitação, e ainda nas vertentes da saúde infantil e juvenil e da saúde do adulto/idoso. Constitui desde sempre, um dos *players* estratégicos do Estado na área da saúde, tendo formalizado um acordo de cooperação com o Sistema Nacional de Saúde em 2010. As unidades de saúde que se encontram sob a gestão da SCML, e com as quais o SNS cultiva um histórico de cooperação, são as seguintes: Escola Superior de Saúde de Alcoitão, o Hospital de Sant’Ana (HOSA), Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão (CMRA), Unidade de Saúde Maria José Nogueira Pinto). Ao todo, totalizam-se 7 unidades de saúde, 3 extensões, 2 unidades móveis denominadas “Saúde Mais Próxima”. Na área da Saúde, as unidades da SCML atenderam cerca de 26.624 utentes, e realizaram 184 ações de educação para a Saúde. Ao nível dos procedimentos, os documentos consultados mostraram, que as unidades da SCML realizaram 10.159 consultas médicas, 51.763 dias de internamento, só no Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão. Enquanto isto, no Hospital de Sant’Ana, foram realizadas 33.707 consultas médicas, 1.857 intervenções cirúrgicas convencionais e 328 intervenções cirúrgicas em ambulatório (SCML 2015, 15).

Jogos Sociais: A Santa Casa tornou-se a entidade responsável pela exploração dos Jogos Sociais do Estado em 1783, sob garantia de que os jogos em Portugal cooperariam para os objetivos sociais. Dos resultados líquidos auferidos através dos jogos, 28% são direcionados para as áreas integradas na missão da SCML.

Empreendedorismo Social: No âmbito do Empreendedorismo e da Economia Social, cabe à SCML a promoção, o apoio e divulgação de iniciativas tais como o Banco de Inovação Social (BIS). Durante o ano de 2013 foram selecionados 30 projetos.

Ação Social: Na área da ação social, a SCML atua na “[p]romoção da intervenção social junto dos mais desprotegidos, em particular da região de Lisboa, através da gestão dos serviços e equipamentos de ação social, promovendo a autonomia e inclusão social da pessoa”. SCML (2015, 15). É encarada como o principal prestador de apoios em Lisboa. Para cumprir este objetivo, são canalizados cerca de 72,4% dos gastos efetuados pela organização. Os eixos de atuação do Apoio Social da SCML passam pela gestão de creches, creches familiares e jardins-de-infância; gestão de centros de dia, lares de idosos, residências temporárias, residências assistidas, apoio domiciliário e apoio domiciliário integrado; gestão de lares residenciais e centros de atividades ocupacionais em apoio a pessoas com deficiência, reabilitação- apoio residencial, reabilitação e apoio ambulatorio e intervenção precoce. Além destas infraestruturas, nos últimos anos foram criadas 5.032 respostas sociais, entre as quais 4.596 rendimentos social de inserção (fruto dos acordos de inserção assinados), 4 projetos de desenvolvimento comunitário que abrangeram 2.756 utentes, 39 cursos de formação e certificação nos quais foram atribuídos 1.756 certificações de frequência/conclusões/validações de competências, além de 4.314 beneficiários em atividades de férias (SCML 2015, 17). No que concerne ao apoio a pessoas vulneráveis, foram criadas respostas em termos de acolhimento dirigidas a mulheres vítimas de violência doméstica. O acolhimento a este público alvo foi assegurado por um equipamento com capacidade de acolhimento para 69 utentes, além de um outro com capacidade para acolher temporariamente cerca de 112 mulheres com filhos.

A SCML criou ainda respostas de alojamento dirigidas a pessoas com domicílio instável: dois centros de apoio social com capacidade para 505 utentes em ateliers ocupacionais, uma Unidade de Acolhimento Noturno, dois equipamentos de alojamento de emergência com capacidade para 352 utentes, e equipamentos de alojamento temporário com capacidade de acolhimento de 180 utentes e um refeitório social, com capacidade para atender 1.097 utentes diários e produzir cerca de 158.040 refeições. Foram criados 15 apartamentos terapêuticamente assistidos com capacidade para acolher 98 utentes. Além disto, foram desenvolvidos sistemas de acompanhamento e de vigilância terapêutica para 589 utentes, além de apoio residencial para 82 utentes, um centro de dia para 120 utentes e apoio domiciliário para 104 utentes.

A intensa participação da Santa Casa da Misericórdia na área social e da saúde, faz com que encarada como um interlocutor estratégico não só na ação, como na

definição das políticas sociais, tendo inclusive, um assento no grupo de trabalho do Programa de Emergência Social, que funciona sob a dependência do Ministro da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. O elevado nível de qualidade das ações promovidas pela SCML constituiu-a alvo do prémio “Fórum Hospital do Futuro” atribuído pela Sinase pelos contributos produzidos em termos de desenvolvimento das organizações da saúde em Portugal (SCML 2013, 22). Foi chamada a participar no Plano Municipal de Emergência e no Plano de Desenvolvimento Social de Lisboa, onde coordena dois grupos de missão, e afina as parcerias consolidadas com diversas entidades, como sejam a Rede Europeia Anti-Pobreza EAPN/Portugal/, o Conselho Local de Ação Social de Lisboa, a Fundação Calouste Gulbenkian ou a Fundação Aga Khan (SCML 2016, 15).

Em termos de estrutura orgânica, a administração encontra-se a cabo da Mesa e do Provedor. Em termos de órgãos consultivos e de fiscalização, a Santa Casa dispõe de um Conselho Institucional, um Conselho de Jogos e um Conselho de Auditoria (SCML 2013, 26). O Conselho Institucional é presidido pelo Provedor e é composto por dois representantes do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, um representante do Ministério da Saúde, um representante do Ministério da Economia, um representante da área governamental que tutela a administração local, um representante da Irmandade da Misericórdia de São Roque, e três elementos de reconhecido mérito designados pelo provedor. Cabe-lhe dar parecer sobre os planos de atividades e os orçamentos no âmbito da ação social, da saúde, da promoção da qualidade de vida, assim como apresentar sugestões e formular recomendações que permitam a organização melhorar o desempenho e aperfeiçoar a concretização dos fins estatutários da Santa Casa.

O Conselho de Jogos, igualmente presidido pelo Provedor, é composto por: um representante do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, um representante do Ministério das Finanças, um representante do Ministério da Administração Interna, um representante do Ministério da Saúde, um representante do Ministério da Educação e Ciência e um representante do Ministério da Cultura. Cabe-lhe dar parecer sobre o plano de atividades e orçamento do Departamento de Jogos, bem como sobre o relatório e as contas; pronunciar-se sobre a exploração dos jogos sociais autorizados ou concedidos à Santa Casa; pronunciar-se acerca da exploração de outros

jogos pela Instituição; dar parecer, quando solicitado, relativamente à exploração de jogos por outras entidades.

O Conselho de Auditoria compõe-se por um representante do Ministério das Finanças, que o preside; um representante do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social e um Revisor Oficial de Contas. Cabe-lhe fiscalizar a gestão e o cumprimento das normas reguladoras da atividade da Santa Casa; acompanhar a execução dos orçamentos; examinar periodicamente a contabilidade e seguir a sua evolução; verificar o cadastro e a exatidão de todos os valores patrimoniais; emitir parecer sobre os relatórios e as contas anuais de gerência e sobre a contração de empréstimos e a emissão de obrigações; pronunciar-se sobre qualquer assunto que seja submetido à sua apreciação pela Mesa ou pelo Provedor; promover auditorias; requerer informações e esclarecimentos sobre o curso das atividades da Instituição.

Em termos de recursos humanos, a Santa Casa contava com 4.988 colaboradores no final de 2012, mais 157 em relação a 2011, o que corresponde a um crescimento de aproximadamente 3%. Registaram-se 524 entradas vs. 369 saídas. Cerca de 64,0% destes trabalhadores encontra-se afeto ao Departamento de Ação Social e Saúde. 99% dos colaboradores encontram-se a trabalhar a tempo inteiro, 76% são mulheres, 19% são sindicalizados e 573 são prestadores de serviços (SCML 2013, 60). Podemos inferir que a Santa Casa continua a preferir a contratação de colaboradores em regime de tempo inteiro a outras formas de contratação, e mantém uma elevada capacidade de recrutamento e retenção de colaboradores, como a diferença entre o número de entradas e de saídas de colaboradores ocorridas em 2013. Encontram-se por introduzir os princípios inerentes à igualdade de género na política interna de recursos humanos, como atesta o elevado percentual de colaboradores do sexo feminino 76% nesta instituição. Entretanto, a taxa de rotatividade foi mais elevada entre as mulheres do que entre os homens, o que nos leva a interrogar até que ponto essa elevada taxa de rotatividade se encontrará ligada à ausência de políticas internas de fomento à conciliação da vida familiar e laboral.

Apenas as organizações da saúde geridas pela Santa Casa (ex. HOSA, o CRMA e ESSA) foram alvo de auditorias externas (SCML 2013, 2). Interrogamo-nos se o setor da saúde poderá servir de modelo de governança para outros setores assistenciais num futuro próximo?

Os resultados financeiros situaram-se em 2012 em 15,46 milhões de Euros, face ao saldo negativo de 4,25 milhões de Euros registado no final do exercício de 2011. Essa melhoria dos resultados só foi possível graças à redução dos gastos com o pessoal e à suspensão do pagamento de subsídio de Natal e de férias dos funcionários públicos promovida pelo governo português (SCML 2012, 3). Em 2013, gerou um valor económico de 217,6 milhões de Euros, tendo 207,8 milhões de euros sido distribuídos pelos vários *stakeholders* da SCML (2013, 18).

A análise dos dados mostrou que a melhoria dos resultados financeiros se deveu essencialmente ao corte nas despesas com o pessoal ao invés da incorporação de modelos e práticas de sustentabilidade e/ou responsabilidade social. Contudo, embora estes modelos e práticas não integrem ainda o discurso da SCML, esta vem implementado programas relacionados com estas áreas desde 2013. Ainda que só tenha começado a delinear o seu modelo de sustentabilidade e RS a partir de 2012, a SCML defende que procurou desde sempre atuar de acordo com esses princípios, visando um desenvolvimento social mais sustentável numa tentativa de atender as preocupações sociais e ambientais, de inovação e empreendedorismo social:

Um dos objetivos estratégicos definidos por esta Administração para a Santa casa da Misericórdia de Lisboa foi o de se alcançar, durante o seu mandato, um novo posicionamento de modernidade e proximidade, no quadro da responsabilidade social que a instituição assume (SCML 2013, 2).

De uma forma geral, a introdução da estratégia da sustentabilidade trouxe para dentro da SCML a reformulação das metas definidas na área da Sociedade, Ambiente e Inovação (SCML 2013, 33). A par disto, reforçou o papel da auditoria no controlo da transparência e da qualidade da gestão (SCML 2013, 1) inclusive na área da sustentabilidade. A partir de 2013, o relatório de sustentabilidade passaria a ser auditado internamente pelo Conselho de Auditoria. Importa destacar que a Saúde não foi mencionada enquanto uma área estratégica para SCML em matéria de responsabilidade social, apesar de tê-la mencionado no primeiro relatório da sustentabilidade.

Um das áreas da RSE eleitas como prioritária para a SCML foi a da Inovação, independentemente de ser gestonária, tecnológica, científica ou social (SCML 2013, 91). Tal levou a SCML a promover a criação do centro de investigação denominado CICA, dotado de autonomia pedagógica, científica e cultural, de natureza multidisciplinar e interdisciplinar, vocacionado para a investigação científica

fundamental e aplicada, em relação direta com as atribuições principais da Santa Casa. Desde a criação deste centro em 2012, foram aprovados e estão em curso, 13 projetos de investigação de colaboradores da instituição (SCML 2013, 98).

A área do meio ambiente tornou-se noutra das áreas de eleição da SCML a partir de 2012. Integram o conjunto de prioridades, a gestão eficiente do consumo de energia e das emissões de CO₂, dos resíduos, da cadeia de abastecimento sustentável, bem como a sensibilização e a educação ambientais (SCML 2013, 33).

A SCML elaborou em 2013 o seu Código de Boas Práticas dos Trabalhadores, assente numa cultura de responsabilidade e de excelência, com o objetivo principal de dar a conhecer a cada um dos colaboradores os princípios e as práticas que devem orientar a sua atuação, enquanto colaborador da Misericórdia de Lisboa. Segundo a SCML, os colaboradores desempenham um papel fundamental na persecução dos objetivos de sustentabilidade (SCML 2013, 34). Também em 2013, a SCML aprovou a criação do Programa de Responsabilidade Social e Cidadania Ativa da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, com concretização a partir de 2014, à semelhança do Código de Boas Práticas.

O voluntariado foi um dos princípios que orientaram SCML desde a sua fundação. Existe, de forma estruturada, desde 1998 ano em que existiam oficialmente 89 voluntários na instituição. 15 anos depois, existiam 565 voluntários com atividade regular, que se distribuíam por todas as áreas de intervenção e todo o tipo de públicos da Instituição. Em 2013, a Santa Casa recebeu 11 ações de voluntariado corporativo por parte de 11 organizações distintas, beneficiando mais de 1 milhão de utentes (SCML 2013, 78).

Os objetivos por detrás das iniciativas implementadas pela SCML, entre as quais o código de boas práticas e a promoção do voluntariado individual e corporativo, foram, além de outros, os de apoiar os mais carenciados, com especial atenção àqueles que foram abrangidos pela crise atual; adotar um novo posicionamento de modernidade e proximidade, no quadro da responsabilidade social que se assume; salvaguardar a gestão financeira equilibrada, apesar das novas responsabilidades com equipamentos transferidos pela Segurança Social e do aumento das solicitações; atualizar a oferta dos Jogos Sociais, no quadro das orientações definidas pelo Estado, por forma a assegurar a proteção da ordem pública, a preservação do património das famílias e a preservação do jogo excessivo; apoiar a cultura nacional (SCML 2013, 12).

Na medida em que a implementação do código de boas práticas obedeceu o desígnio de suportar o cumprimento das metas estipuladas pela organização em termos de inovação social e económico-financeira, podemos dizer que os valores que estiveram subjacentes foram de natureza estratégica ou instrumental. Embora a Santa Casa tenha demonstrado preocupações quanto à transparência das opções estratégicas tomadas na área da gestão, o certo é que ainda se encontra por desenvolver na organização uma política de avaliação, gestão e reporte dos resultados alcançados na área da RSE.

Além desta sugestão, o Conselho de Auditoria tem vindo a recomendar à SCML a substituição do modelo de relatório de contas atual, para um modelo de Relatório de Gestão mais sintético, virado para o exterior, o invés de divulgar relatórios detalhados e de pendor interno (SCML 2013, 8).

Em 2012, a SCML realizou a primeira auscultação em matéria de sustentabilidade, junto dos *stakeholders*, mais precisamente, junto dos colaboradores, e vem apostando firmemente na consolidação de laços formais e informais de cooperação, bem como no reforço dos mecanismos de comunicação com os *stakeholders*, sobretudo através do website institucional e do portal eletrónico do Banco de Inovação Social. Tem ainda apostado nas publicações periódicas conjuntas e na organização ocasional de conferências, na realização de campanhas de comunicação e de publicidade contínuas e na realização de campanhas de sensibilização ocasionais e a reuniões, com o propósito de reforçar os laços de confiança estabelecidos com os *stakeholders* (SCML 2013, 83-85).

Além dos dois meios de comunicação apresentados, a Santa Casa, tem procurado identificar as demandas dos *stakeholders* através da aplicação de questionários dirigidos a públicos externos e internos. Numa primeira auscultação aos *stakeholders* externos, Casa identificou as seguintes demandas: encaminhar para reciclagem, sempre que possível, os resíduos produzidos; diminuir a quantidade de resíduos e o consumo de eletricidade, água e gás; considerar os critérios ambientais na aquisição de materiais, produtos e serviços (SCML 2013, 86). Da auscultação aos *stakeholders* internos, constatou-se que 91% dos colaboradores consideraram que era importante que a Santa Casa se tornasse numa organização mais sustentável, através do encaminhamento dos resíduos para reciclagem, do investimento na formação na área da sustentabilidade e da reutilização e/ou utilização de materiais ecológicos ou reciclados. Como principais benefícios, eles destacaram o fato da SCML tornar-se numa organização líder, com

capacidade de ditar um modelo de boas práticas a ser seguido por outras instituições congéneres, fundamentado na racionalização dos custos e na qualidade dos serviços prestados. Ambos os grupos de *stakeholders* inquiridos destacaram que para isto, a SCML teria que ser capaz de vencer algumas barreiras, tais como a burocracia dos processos, a existência enraizada de formas convencionais de trabalho e os obstáculos organizacionais, inerentes à estrutura da organização e à sua forma de gestão (SCML 2013, 84).

Com vista atender às demandas apresentadas, a SCML encomendou a organizações externas estudos sobre o perfil hídrico e energético dos seus edifícios. Além disto, introduziu os critérios ambientais nos contratos de adjudicação de materiais, produtos e serviços no exterior e reforçou a política interna de gestão e de valorização dos resíduos produzidos. Por detrás das destas medidas, encontram-se subjacentes o desígnio de contribuir para a lucratividade da organização, ao conduzir os colaboradores a gastarem mais racionalmente os recursos existentes e a adotarem procedimentos de gestão e valorização dos resíduos mais eficazes. Subjacente às medidas de financiamento de projectos de investigação científica, verificamos a existência de interesses estratégicos relacionados com a maximização da vantagem competitiva, através da produção de conhecimento novo e de novas tecnologias nas áreas de atuação da SCML, como por exemplo, Neurologia e do Cuidado à Pessoa Idosa.

A análise SWOT da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa salienta o reconhecimento público da instituição pela sua atuação nas áreas da saúde e social, tendo inclusive constituído alvo de prémios. De acordo com a SCML, isto deveu-se à sua elevada capacidade de incorporação dos desígnios de ética e de transparência apresentadas pelos *stakeholders*, nas iniciativas promovidas em áreas como gestão dos resíduos, apoio às comunidades locais, empreendedorismo/economia social e cadeia de abastecimento sustentável. Quanto às barreiras encontradas pela organização, foi destacada a antiguidade e a gestão burocrática.

Em termos de oportunidades, a análise SWOT mostrou que a Santa Casa poderia melhorar a sua eficiência se incorporasse os princípios de igualdade de género definidos no Plano Municipal de Igualdade de Género do Município de Lisboa, bem como se desenvolvesse iniciativas neste âmbito, em parceria com esta Autarquia Local. A par disto, a SCML poderia melhorar a sua eficiência em termos de criação de valor social e ambiental, se articulasse os esforços com a Autarquia de Lisboa em torno dos

programas de Responsabilidade Social, como ainda, melhorando os sistemas implementados na área da gestão, certificação e auditorias na área da RSE.

Importa ainda destacar, que seria benéfica para a estratégia de sustentabilidade da SCML, o fortalecimento da cooperação entre as unidades da saúde e outras organizações deste setor.

Quadro 5. Matriz SWOT da SCML

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<p>Forte reconhecimento social da sua atividade nas áreas relevantes, incluindo receção de prémios. É organização de referência na área.</p> <p>Forte incorporação da história e valores originários da instituição na sua identidade atual. O princípio do apoio à comunidade faz parte do seu próprio conceito de missão.</p> <p>Relação estreita com os órgãos de soberania do Estado Português, especialmente com os ministérios das áreas relevantes.</p> <p>O apoio e a saúde empregam a maioria dos colaboradores.</p> <p>Cooperação com a Câmara Municipal de Lisboa, com participação nos planos municipais nas áreas relevantes.</p> <p>Atua em diferentes áreas da RSE: saúde, empreendedorismo, inovação social, cultura, património, entre outros</p> <p>Elevada capacidade de articulação em rede com organizações do setor público, privado e do terceiro setor.</p> <p>Realização de ações de educação para a saúde.</p> <p>As três maiores unidades de saúde incorporaram sistemas de auditoria externa.</p> <p>Os dividendos produzidos são distribuídos entre os vários <i>stakeholders</i>.</p> <p>Organiza e participa nas iniciativas e eventos promovidos por outras organizações.</p> <p>Emprego de diferentes canais de comunicação (ex. Divulgação em website, reuniões, newsletters).</p> <p>Auscultação dos <i>stakeholders</i> internos e externos e estruturação da estratégia de sustentabilidade de acordo com as demandas apresentadas pelos <i>stakeholders</i>.</p>	<p>Não integrou os pressupostos definidos pelo Plano Municipal de Igualdade de Género, apesar de ter participado na concepção de dois planos municipais relevantes.</p> <p>Ausência de um plano de incentivo à empregabilidade de pessoas do sexo masculino, no âmbito da igualdade de género.</p> <p>Fraca capacidade de articulação com outras organizações do setor (ex. Hospitais, centros de saúde)</p> <p>Apenas três unidades da SCML constituem alvo de auditorias externas.</p> <p>Baixo interesse na submissão dos programas de RSE aos prémios criados nas áreas da sustentabilidade e da responsabilidade social.</p> <p>Fraco investimento na certificação em qualidade/RSE</p> <p>Fraco investimento em sistemas de auditoria externas.</p> <p>Fraco interesse na participação nos programas de educação na área da saúde implementados por outras organizações</p>
Oportunidades	Ameaças
<p>Estreitar a cooperação estabelecida com os</p>	<p>Os desígnios de sustentabilidade/</p>

sindicatos e/ou ordens profissionais.

Promover a contratação masculina no Concelho de Lisboa, em conjunto com a Autarquia Local.

Promover a coesão e igualdade social interna, através da incorporação dos princípios de igualdade de género introduzidos no Plano Municipal de Igualdade de género.

Consolidar acordos de cooperação com as organizações da saúde do distrito de Lisboa, com vista implementar os programas de educação em saúde

Adoção de sistemas de gestão da RSE.

Certificação na área da RSE (ex. ISO 26000, NP 4469-01).

Submissão de candidaturas aos prémios de sustentabilidade e responsabilidade social, entre os quais, o Prémio Igualdade é Qualidade

responsabilidade social poderão ficar comprometidos, caso a Santa Casa não consiga ultrapassar os entraves encontrados em termos de articulação com outras organizações do setor da saúde

A diversificação dos eixos de atuação da RSE requer que sejam reforçados os sistemas de gestão de suporte.

Capítulo 8. Os Discursos

8.1. Os Interlocutores Autárquicos

8.1.1. Câmara Municipal de Oeiras

Segundo as entrevistas realizadas, o Município de Oeiras incorporou a RSE na gestão municipal por volta de 1995, e o projeto que melhor explicita a missão e a visão estratégica do Município nesta matéria foi o Oeiras PRO. De acordo com o nosso entrevistado no Gabinete de Saúde da Câmara Municipal de Oeiras, o engajamento do município terá sido uma resposta às demandas das empresas que logrou atrair para o seu território, demonstrando a perceção da RSE como fator de valorização económica territorial: “[a] Câmara Municipal de Oeiras foi levada pelas multinacionais concelhias a adotar políticas e medidas de incentivo à responsabilidade social” (Anexo 6, Linhas 115-116). Por detrás da pressão mencionada, esteve subjacente o desígnio de atuar de acordo com as diretrizes internacionais estipuladas para a área da responsabilidade social.

Por outro lado, as empresas do Concelho pretendiam participar mais ativamente na criação de soluções para os problemas sociais das comunidades locais, o que potenciou a criação de sinergias envolvendo o poder local, as empresas e as IPSS concelhias (Esgaio e Carmo 2014, 45).

Inicialmente as empresas, sobretudo as multinacionais, procuravam a CMO para obterem informações acerca das carências sociais e ambientais do Concelho, de forma a investir em projetos que viessem a contribuir para melhorar o nível motivacional dos colaboradores e para o desenvolvimento local simultaneamente (Anexo 6, Linhas 115-116).

O discurso invoca as motivações estratégicas da RSE (Almeida 2010), os valores instrumentais (Garriga e Melé 2004) e combina as lógicas de justificação industrial e cívica (Boltanski e Thévenot 2006). A par do desígnio de propiciar o desenvolvimento local, enquanto contribuição para o bem da comunidade, argumentando numa lógica cívica, os valores instrumentais apontam para o desígnio de elevar o nível motivacional dos colaboradores, fixando orientações de autorrealização individual para o cumprimento das metas estratégicas. A lógica de ação/ justificação empregue neste caso

foi a industrial, porque foram destacados os dispositivos gestionários de suporte à gestão dos colaboradores.

Ainda segundo o nosso entrevistado, num primeiro momento a Câmara Municipal de Oeiras apenas intermediou o contacto entre as empresas multinacionais e as instituições de solidariedade social (cf. Esgaio e Carmo 2014, 49). Num segundo momento, denotando um processo de aprendizagem institucional, a Câmara passou também a promover a RSE, tanto internamente como externamente. Dentre o conjunto de iniciativas levadas a cabo pela Câmara Municipal de Oeiras, foram destacadas as iniciativas promovidas no âmbito da saúde, bem-estar e segurança no trabalho junto dos colaboradores (Anexo 6, Linha 125). Atualmente, a Câmara Municipal de Oeiras tanto coordena como participa na qualidade de organização parceira em diversas iniciativas de RSE, promovidas por empresas e IPSS do Concelho. Como exemplo de um projecto de RSE coordenado pela própria Câmara, destaca-se o projecto de alimentação saudável. No âmbito deste projeto, a Câmara desenvolve sessões de esclarecimento sobre alimentação saudável junto dos colaboradores, e garante a qualidade nutricional das refeições servidas na cantina do Município recorrendo ao acompanhamento de um nutricionista. A postura adotada pelo município em matéria de responsabilidade social, segundo o entrevistado, contribuiu para que o Concelho de Oeiras alcançasse uma posição de destaque no *ranking* das zonas com melhor índice de qualidade de vida de Portugal (cf. Esgaio e Carmo 2014, 45), reforçando a perceção instrumental da RSE como fator de atratividade e valorização territorial, do ponto de vista autárquico.

Para isso, terão contribuído fatores como o empenho pessoal do então presidente da Câmara Municipal, Dr. Isaltino de Morais, a já mencionada pressão exercida pelas multinacionais, os valores pessoais dos dirigentes locais, a capacidade para o trabalho em rede desenvolvida no Município, as redes de parcerias consolidadas entre a autarquia e as IPSS e a integração dos princípios da responsabilidade social e das redes de *stakeholders* nas agendas municipais, numa perspetiva de consolidação *cluster* (Anexo 6, Linha 124).

Para promover a adoção de comportamentos saudáveis apoiada pela RSE, a Câmara Municipal de Oeiras começou em finais de 2000 a implementar o programa de saúde preventiva intitulado Semana da Saúde, em regime de parceria com a rede municipal de saúde e o setor empresarial concelhio. Na implementação deste programa, contou com o apoio de várias organizações, entre as quais hospitais (p. ex., Hospital São

Francisco Xavier), centros de saúde e empresas do concelho (p. ex., Sumol). Segundo o nosso entrevistado no Gabinete de Saúde da autarquia, o número de participantes nas iniciativas de prevenção tem crescido de ano para ano, tal como o número de parceiros e *stakeholders* mobilizados na iniciativa: “a promoção da saúde trata-se de Responsabilidade Social, porque invoca a atuação voluntária da autarquia na área da Saúde Preventiva em articulação com os parceiros locais” (Anexo 6, Linhas 143-144).

No argumento apresentado, o inquirido recorreu aos valores éticos (Almeida 2010) e às motivações idealistas (Garriga e Melé 2004) da RSE, bem como às lógicas de justificação cívica e de projeto (Boltanski e Chiapello 2009, Boltanski e Thévenot 2006). Os valores éticos remeteram para participação voluntária da CMO em programas de prevenção de doenças, tendo em vista promover o bem estar social, intrinsecamente ligados às as motivações idealistas. A lógica cívica foi invocada sob a forma da salvaguarda da defesa do direito universal de acesso aos cuidados preventivos de saúde por parte das populações, implementada sob uma lógica de projeto que engrandece a contribuição de diferentes tipos de atores para metas consensualizadas sob um regime de coordenação horizontal e partilhada.

8.1.2. Câmara Municipal de Cascais

Os interlocutores entrevistados nesta fase não consideram a RSE no setor da saúde uma ferramenta de interesse estratégico para o Município (Anexo 6, Linhas 171-172). De acordo com um dos interlocutores inquiridos neste estudo, o Município de Cascais encontra-se mais interessado em desenvolver o “turismo verde” do que em fomentar a responsabilidade social no setor da saúde (Anexo 6, Linha 155). Corrobora esta posição a percepção do entrevistado de que o modelo de ação social implementado no Concelho funcionava bastante bem, pelo que não via razões para mudá-lo (Anexo 6, Linha 156). Neste modelo, “[a] ação social desenvolvida no concelho encontra-se centrada no Departamento da Habitação e da Ação Social da Câmara de Cascais e na Rede Social de Cascais” (Anexo 6, Linha 157). Em consonância com o argumento apresentado, o interlocutor enfatizou que a participação do setor da saúde na esfera social e ambiental do concelho não constituía um objetivo estratégico da autarquia, em primeiro lugar porque a ação social foi atribuída às unidades referenciadas no parágrafo anterior, e em segundo lugar porque “O setor da saúde nem sequer compreende um dos setores mais poluentes” (Anexo 6, Linha 160). Em suma, como reiterou um entrevistado, uma vez que a estratégia de desenvolvimento territorial adotada pelo

Município de Cascais se encontra centrada no desenvolvimento do “turismo verde”, todos os esforços camarários devem ir no sentido de melhorar a eficiência energética das unidades hoteleiras e do setor da restauração (Anexo 6, Linhas 161-162).

As lógicas de justificação ativadas por estes atores na fundamentação das suas posições assentaram em motivações estratégicas e valores instrumentais da RSE, bem como em lógicas justificação do tipo industrial (Boltanski e Thévenot 2006). Os valores instrumentais foram ativados porque em causa estava a defesa de uma alocação mais eficiente dos recursos naturais, como por exemplo “(...) todos os esforços camarários deveriam ir no sentido de melhorar a eficiência energética” (Anexo 6, Linhas 161-162). As motivações estratégicas apontam para a persecução do cumprimento das metas de eficiência estipuladas pela Câmara Municipal. A lógica de justificação do tipo industrial enaltece os dispositivos da gestão que potenciam o nível de eficiência da organização.

8.1.3. Câmara Municipal de Lisboa

Segundo os entrevistados na Autarquia de Lisboa, as iniciativas de RSE, incluindo no setor da saúde, deveram-se sobretudo ao empenho pessoal do Presidente e dos dirigentes camarários (Anexo 6, Linhas 190-191).

Sob o manto da sustentabilidade e da responsabilidade social, o Município de Lisboa estabeleceu restrição à circulação de veículos na Baixa de Lisboa, elevou os custos do estacionamento na Capital, instalou ciclovias, fomentou a criação de hortas comunitárias, tal como implementou o orçamento participativo (Anexo 6, Linhas 188-189).

O argumento apresentado invoca os valores éticos e as motivações idealistas da RSE, bem como a lógica de justificação cívica. Foram ativados os valores éticos para destacar que a produção de bem estar para comunidades locais deveria anteceder quaisquer outros desígnios estipulados pelo Município de Lisboa. Em consonância foram invocadas as motivações idealistas, porque em causa estava o intuito de levar os atores a buscarem a autorrealização individual através do seu envolvimento em iniciativas “altruístas”. A lógica cívica foi invocada no suporte do argumento apresentado, pelo engrandecimento da atuação autárquica através da participação cívica nos modelos de decisão política de base democrática, institucionalizando modos de expressão de uma “vontade geral”.

Durante a entrevista, pudemos averiguar que a Câmara Municipal de Lisboa desenvolveu alguns programas. Um dos programas citados na entrevista de responsabilidade social no âmbito da saúde foi o de combate à obesidade infantil intitulado Child Obesity, desenvolvido pela CML em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a New York University e escolas básicas do distrito de Lisboa “No âmbito deste projeto, foram realizadas sessões de sensibilização sobre alimentação saudável e sobre a prática de exercícios físicos em inúmeras escolas do Município de Lisboa” (Anexo 6, Linhas 201-204).

Como fundamento do argumento formulado no parágrafo anterior, o entrevistado acionou os valores éticos e as motivações idealistas da RSE, bem como as lógicas de justificação cívica. Os valores éticos da RSE foram ativados ao identificar como meta principal da CML a melhoria os indicadores de saúde das crianças. A ausência de orientação para ganhos estratégicos pela organização, e o desígnio de autorrealização a partir da criação de bem estar social, levou-nos a deduzir que estávamos perante motivações idealistas da RSE e uma lógica de justificação cívica.

8.1.4. Consensos e Divergências

A análise realizada nesta fase mostrou que o conceito de responsabilidade social e a sua aplicação ao setor da saúde não é consensual no setor autárquico. Enquanto quatro dos atores entrevistados consideraram oportuna a implementação da RSE na saúde, outros dois mostraram-se contra. Nas entrevistas foram destacados fatores que potenciam a implementação desta prática no setor da saúde, como a pressão exercida pelo setor empresarial (Anexo 6, Linhas 115-116), os valores pessoais dos dirigentes locais (Anexo 6, Linhas 190-191), e a influência exercida pelas redes de *stakeholders* (Anexo 6, Linha 115). Apesar das divergências, os atores mostraram-se de acordo quanto à importância das redes de *stakeholders* multisetoriais na gestão da saúde ao nível municipal (Anexo 6, Linhas 138-139).

Quando analisamos os argumentos formulados em favor ou contra a implementação da RSE no setor da saúde, podemos verificar que estes tanto podia ser fundamentados em valores instrumentais como éticos. Ao nível das motivações, estas tanto podiam ser estratégicas como idealistas. Em termos de lógicas de justificação, os argumentos formulados tanto podiam enaltecer lógicas de justificação do tipo industrial, como cívica ou de projeto.

Os valores instrumentais e o engrandecimento por lógicas de justificação industrial foram invocados sempre que estava em causa a maximização de benefícios para os municípios. No suporte dos valores mencionados, foram invocadas as motivações estratégicas da RSE. As motivações estratégicas serviram para reforçar que o caminho previsto para a autorrealização individual passava pelo cumprimento das metas estratégicas definidas pela Câmara Municipal, e a justificação pela lógica industrial enaltece a eficiência da afetação dos recursos.

Contudo, independentemente da sua posição relativamente à RSE, sempre que estava em causa o direito universal de acesso aos cuidados de saúde, os atores invocaram os valores éticos, as motivações idealistas e as lógicas de justificação cívica. Os valores éticos foram invocados para defender o argumento de que as metas de saúde individual e coletiva devem ser perseguidas, mesmo que daí resultem prejuízos para as Autarquias Locais. Em consonância com estes valores, foram invocadas as motivações estratégicas para destacar que a autorrealização individual deveria ser perseguida através da participação em iniciativas desprovidas de ganhos estratégicos para as autarquias, visando unicamente salvaguardar o direito universal de acesso aos cuidados de saúde. As lógicas de justificação cívica e de projeto enalteciam a busca do bem comum e a participação democrática, por um lado, e a implementação de programas de ação na forma de parcerias coordenadas horizontalmente, em rede, em torno de metas consensualizadas, por outro.

8.2. A Imprensa Escrita

Das 298 notícias identificadas e analisadas nesta fase, 149 foram extraídas do *Diário de Notícias*, 128 do *Público* e 21 do *Expresso*.

Do total de 149 notícias divulgadas pelo *Diário de Notícias*, 104 tiveram como principal alvo as organizações hospitalares, enquanto que as restantes 45, outras organizações, que optámos metodologicamente por não incluir na nossa análise. Isto indicia que as exigências em termos de legitimação têm recaído mais sobre os hospitais, do que sobre os outros tipos de organizações deste setor. Isso deu-se com especial enfoque nos hospitais públicos empresarializados (EPE). O número de notícias que envolveram os hospitais EPE foi muito superior àquele que englobava outros hospitais, ou seja, enquanto os EPE constituíram alvo de 66,4% das notícias, os hospitais privados foram-no de 22,1%, os hospitais em gestão público-privada em de 7,7% e os não

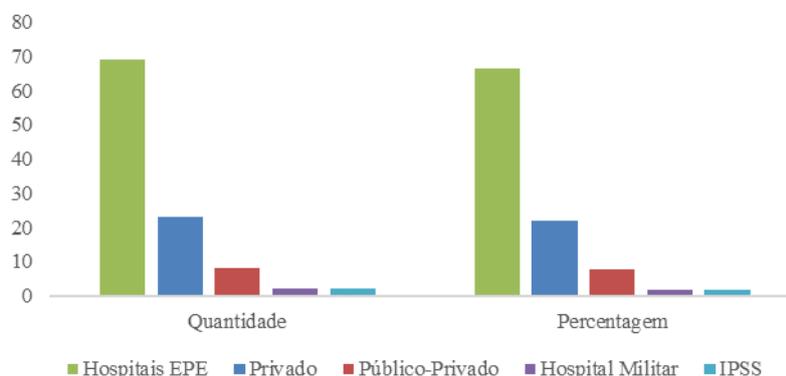
lucrativos de 1.92%. Portanto, os hospitais de gestão privada, foram os segundos mais citados no *Diário de Notícias* durante o período analisado. A nosso ver, estes números espelham a dificuldade que o setor privado está sentindo em termos de legitimar a ação que desenvolve sob os paradigmas ditados pela gestão privada – só superada pela dos do setor público em legitimar a adoção desses mesmos paradigmas (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Número de ocorrências por organização no *Diário de Notícias*, 2002-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

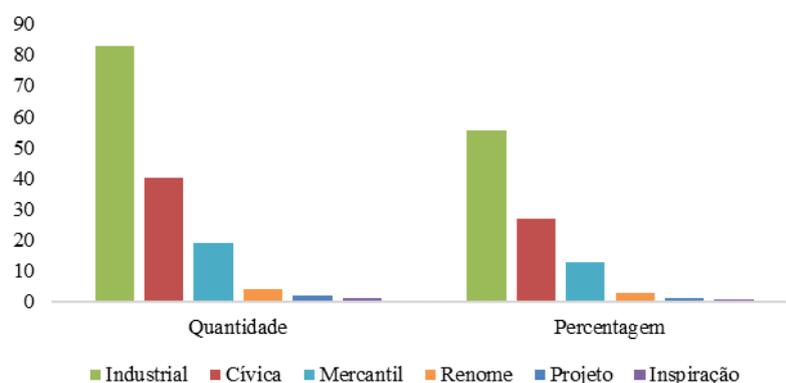
Figura 2. Número de ocorrências no *Diário de Notícias* segundo o setor hospitalar, 2002-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

Na análise de conteúdo, constatámos que as notícias do *Diário de Notícias* se basearam fundamentalmente nas lógicas de justificação industrial para justificarem os argumentos apresentados, acionadas em 55,7% das notícias, enquanto as lógicas cívicas o foram em 26,9%, as mercantis em 12,8%, as de renome em 2,7%, as de projeto em 1,3% e as de inspiração apenas em 0,7% (Figura 3).

Figura 3. Número de ocorrências no *Diário de Notícias* segundo as lógicas de justificação, 2012-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

A lógica de justificação industrial foi acionada pela invocação do princípio de eficácia, frequentemente pela sua avaliação negativa em críticas aos procedimentos administrativos, burocráticos, gestionários ou tecnológicos adotados pelos hospitais de gestão privada e hospitais EPE. Por exemplo, os autores das críticas responsabilizaram esses procedimentos pelo aumento de transferências intra-hospitalares de pacientes (24 de agosto de 2009) e pelas derrapagens orçamentais das PPP (20 de novembro de 2009).

A lógica cívica foi ativada sobretudo quando esteve em causa a defesa do direito público de acesso ao atendimento médico atempado (24 de junho de 2009) e do direito dos trabalhadores à greve (11 de agosto de 2013), assim como na denúncia da distribuição assimétrica de direitos e deveres entre os hospitais públicos e os privados, sobretudo, em matéria de recolha de órgãos para transplantação (17 de maio de 2010).

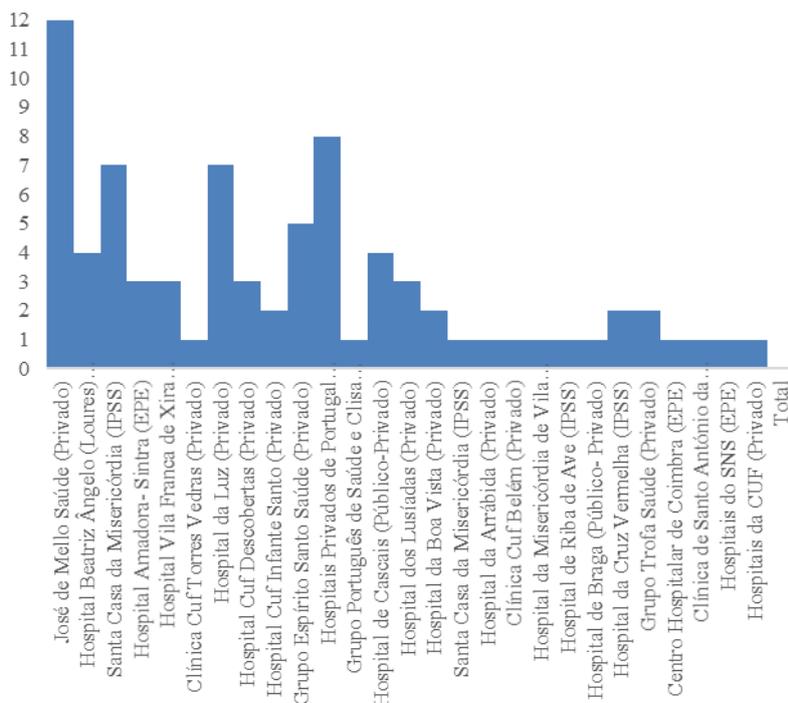
A lógica mercantil foi invocada ao realçar a disputa existente entre o setor público e o setor privado, por exemplo em termos de provisão de atendimentos médicos e/ou cirúrgicos de especialidade (1 de fevereiro de 2009) ou de contratação de mão-de-obra médica especializada (20 de setembro de 2009). A lógica de renome foi acionada ao destacar os ganhos de reputação alcançado por alguns hospitais com a adoção de procedimentos e/ou soluções tecnológicas inovadoras (1 de fevereiro de 2010), ou por atingir o topo do *ranking* de dos melhores indicadores em matéria de mortalidade e complicações (1 de fevereiro de 2015). A lógica de projeto foi invocada apenas duas vezes, para justificar a implementação de projetos de responsabilidade social científica (23 de agosto de 2010) e de apoio social dos hospitais (12 de novembro de 2013), e a lógica de inspiração apenas uma vez, na referência à crença no dom de alguns hospitais para promover o bem estar dos pacientes, assumindo responsabilidades para além das intervenções médicas e/ou cirúrgicas (27 de setembro de 2008).

O *Diário de Notícias* recorreu ainda aos valores éticos e às motivações idealistas para a RSE, como por exemplo na notícia "Santa Maria e Pulido Valente vão ter um banco alimentar" (12 de novembro de 2013), na qual era reportado que a doação dos alimentos confeccionados consistia num ato voluntário que visava unicamente produzir bem estar para as pessoas mais vulneráveis, numa iniciativa em que os atores buscavam a autorrealização através de atos puramente altruístas. Frequentemente, as lógicas cívicas foram combinadas com os valores éticos e as motivações idealistas para legitimarem críticas, como por exemplo na notícia "Hospital recusa tratamento a mulher com cancro" denunciando a supressão de direito a cuidados de saúde. Em causa estava o dever de o hospital garantir o acesso universal aos cuidados de saúde, mesmo quando tal resultasse em prejuízo para os hospitais.

Das 128 notícias publicadas sobre o setor da saúde no *Público*, 61,7% referiam-se a hospitais, enquanto 38,3% se referiam a outras organizações do setor, que por razões metodológicas não foi do nosso interesse incluir na análise. Entre 2008 e 2011,

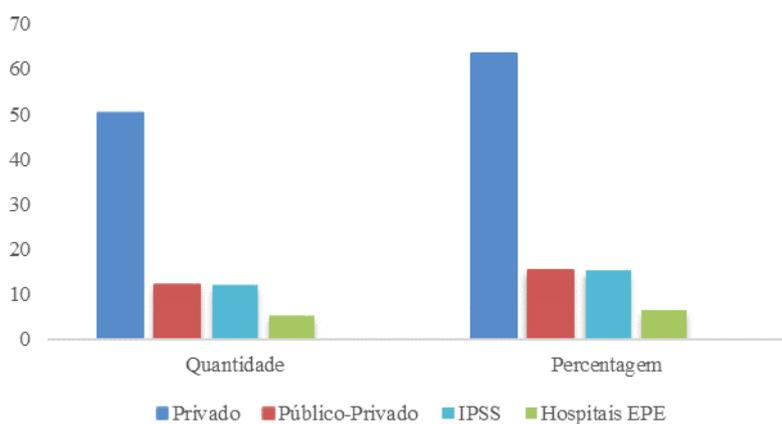
deu-se uma subida acentuada das notícias e das críticas dirigidas a hospitais, o que se prendeu com o arranque das parcerias público-privadas no setor (Anexo 3).

Figura 4. Número de ocorrências por organização no *Público*, 2002-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

Figura 5. Número de ocorrências no *Público* segundo o setor hospitalar, 2002-2015

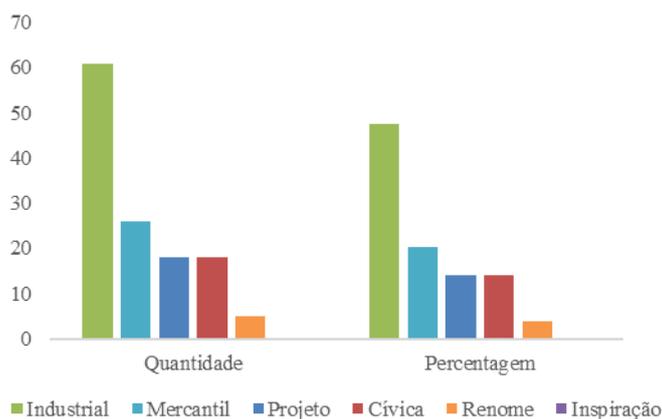


Fonte: recolha própria (Anexo 3).

Contrariamente ao *Diário de Notícias*, o *Público* não constituiu os hospitais EPE um dos seus alvos preferenciais, focando especialmente os hospitais privados, alvo 63,3% das notícias (Figuras 4 e 5).

A análise de conteúdo mostrou que o *Público* acionou a lógica de justificação industrial para sustentar os juízos formulados em 47,7% das ocorrências, a mercantil em 20,3%, e a cívica e a de projeto em 14,1% cada (Figura 6).

Figura 6. Número de ocorrências no *Público* segundo as lógicas de justificação, 2012-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

A lógica de justificação industrial foi invocada para sustentar sobretudo as críticas relacionadas com a eficácia da introdução dos procedimentos da gestão privada na gestão dos hospitais, por exemplo, em torno dos procedimentos de diagnóstico adoptados pelos hospitais EPE:

Ministra lamenta caso de grávida que passou por dois hospitais antes de lhe ser diagnosticada gripe A. Mais tarde, já com uma pneumonia e a necessitar de ventilação, chegou ao Hospital da Luz, uma instituição privada, onde foi finalmente diagnosticada com gripe A e só então foi encaminhada para o Hospital Curry Cabral, uma das unidades de referência (22 de dezembro de 2012).

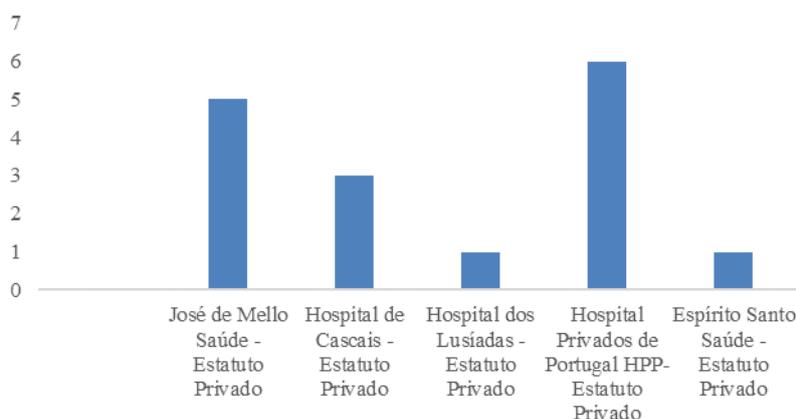
A lógica de justificação mercantil foi ativada sobretudo para realçar a concorrência existente entre o setor público e o setor privado (, p.ex., 12 de maio de 2009). As lógica cívica foi acionada sempre que estava em causa o objetivo de criticar situações em que os pacientes foram privados ou discriminados no acesso aos cuidados de saúde devido ao seu quadro clínico, ou à cobertura oferecida pelo subsistema de saúde de que dispunham (p.ex., 4 de março de 2012 Anexo 3). A lógica de projeto foi

acionada em torno da criação de redes, por exemplo envolvendo hospitais e unidades de cuidados primários (27 de novembro de 2012).

De um modo geral, as notícias fundamentadas nas lógicas de justificação industrial, mercantil e de renome invocaram valores instrumentais e motivações estratégicas para se legitimarem. Por seu lado, as notícias fundamentadas na lógicas de justificação cívica valeram-se dos valores éticos e das motivações idealistas para defenderem ou criticarem determinado objeto alvo de controvérsia, por exemplo para denunciar a discriminação entre grupos de pacientes e invocando o direito de acesso universal aos cuidados de saúde (23 de junho de 2009).

O número de notícias divulgadas no *Expresso* sobre os hospitais aumentou bastante sobretudo em 2008. O ano de 2008 foi um ano frutífero em termos de matérias jornalísticas, pelo facto de as privatizações na área da saúde terem suscitado muita controvérsia envolvendo o Estado, grupos económicos, ordens profissionais e sindicatos, associações de doentes, e autarquias. Tal como nos outros dois jornais analisados neste estudo, esse facto ilustra a perplexidade que a mercadorização da saúde e a alteração dos paradigmas de legitimação do setor suscitam em Portugal. 88,9% das notícias publicadas pelo *Expresso* entre 2002 e 2015 estavam relacionadas com o setor hospitalar, enquanto as restantes com outras organizações que por razões metodológicas não incluímos na análise. Os hospitais citados foram todos do setor privado, sendo o grupo HPP/Lusíadas o mais citado, seguido do grupo JMS. Além das citações diretas, foram ainda mencionados pelo jornal o Hospital de Cascais, cuja gestão esteve a cargo do grupo Hospitais Privados de Portugal entre 2010 e 2013, e o Hospital dos Lusíadas, também a cargo dos HPP, além do grupo Espírito Santo Saúde (Figura 7).

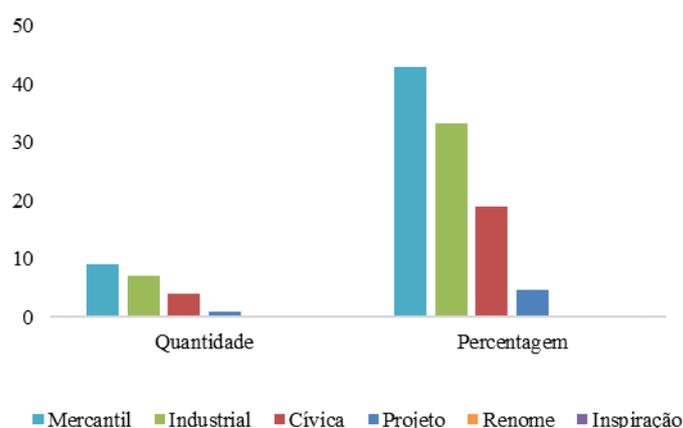
Figura 7. Número de ocorrências por organização no *Expresso*, 2002-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

Um dos fatores que poderá ter contribuído para a notoriedade dos Hospitais Privados de Portugal neste jornal foi o impacto da supressão da valência oncológica do contrato-programa de gestão do Hospital de Cascais, a par da demissão colectiva de chefes de serviço e da migração de médicos deste hospital a fim de trabalharem nas unidades privadas do grupo, como por exemplo, no Hospital dos Lusíadas. O grupo JMS, por seu lado, foi referido sempre que estava em causa o crescimento exponencial do mercado privado da saúde em Portugal.

Figura 8. Número de ocorrências no *Expresso* segundo as lógicas de justificação, 2012-2015



Fonte: recolha própria (Anexo 3).

Segundo os resultados da análise de conteúdo, o *Expresso* ativou a lógica de justificação mercantil em 42,9% das ocorrências, as industriais em 33,3%, as cívicas em 19,1%, e as de projeto em 4,8% (Figura 8).

A lógica mercantil foi acionada no tanto para defender como para criticar a produção do lucro em hospitais privados, sobretudo em períodos de recessão económica. A industrial, principalmente quando o alvo da denúncia era a ineficiência de determinadas práticas e/ou modelos de gestão adotados pelos hospitais. Contrariamente aos outros jornais, a lógica de justificação cívicas foi invocada, sobretudo, para criticar o tratamento discriminatório de que os hospitais e os grupos hospitalares privados seriam alvo por parte do Estado, enquanto regulador, como por exemplo em: “A José de Mello Saúde criticou hoje que as regras previstas no novo regime jurídico das unidades privadas de serviços de saúde, publicado terça-feira em Diário da República, não sejam também aplicadas às unidades públicas” (7 de outubro de 2009). A lógica de projeto foi acionada uma só vez, para enaltecer a criação de redes de parcerias envolvendo os hospitais privados e o reforço dos laços de cooperação estabelecidos, através do

desenvolvimento de programas de prevenção de doenças: “A Liga Portuguesa de Futebol Profissional (LPFP) assinou hoje um protocolo com os Hospitais Privados de Portugal (HPP) para a realização de um plano de contingência da gripe A (H1N1), destinado a funcionários da LPFP, árbitros e clubes” (3 de agosto de 2009).

À semelhança do *Diário de Notícias* e do *Público*, de um modo geral as lógicas de justificação industrial e mercantil no *Expresso* foram suportadas em valores instrumentais e motivações estratégicas, ao passo que a cívica o foi em valores éticos e motivações idealistas, como na notícia “O grupo privado José de Mello Saúde atribuiu hoje cinco bolsas de doutoramento no valor global de 100 mil euros a investigações” (9 de julho de 2014).

Olhemos agora mais especificamente para os conteúdos dos jornais analisados sobre as três instituições hospitalares privadas alvo do presente estudo. Em 17 de julho de 2008, o *Expresso* publicou uma notícia onde dava conta da tentativa dos Hospitais Privados de Portugal de subtraírem do contrato de gestão do Hospital de Cascais a valência de Oncologia, deixando sem tratamento os pacientes com tratamentos iniciados nesta unidade em Cascais. Os protestos suscitados em torno desta iniciativa levaram o Tribunal de Contas a pronunciar-se a de que fosse salvaguardada a valência oncológica no contrato de gestão. O consórcio HPP-Teixeira Duarte, responsável pela gestão deste hospital, aceitou os reparos do Tribunal de Contas e incluiu no novo contrato de gestão a valência oncológica, anteriormente prevista no caderno de encargos.

A resposta dos HPP à crítica levantada, não se limitou apenas a reformulações no ao plano jurídico e estratégico, visto que um dos membros do seu conselho de administração, passou a integrar a equipa de investigadores que iria realizar um estudo científico, que tinha como meta verificar como a prestação dos cuidados Oncológicos poderia ser assegurada em períodos de contenção financeira (Anexo 3). Além disto, o grupo HPP juntou-se às ações de prevenção e de rastreio oncológico, sob justificação de tratar-se da responsabilidade social do Hospital (Anexo 1).

O valor ético da RSE manifestou-se através do desígnio de conceber um estudo que orientasse as decisões no setor da saúde de forma a salvaguardar o acesso universal e equitativo dos cidadãos aos cuidados de saúde oncológicos, apesar das condições financeiras do país. A motivação idealista foi também acionada apelando à autorrealização através do cumprimento de um desígnio social, incluindo a produção de conhecimento científico novo. Além destes, foi ainda ativada a lógica cívica para

reforçar o direito de todos os cidadãos a acederem aos cuidados de saúde, independentemente de resultarem ou não em prejuízo para os hospitais e/ou o sistema nacional de saúde.

Em 3 de agosto de 2009, o *Expresso* publicou uma notícia criticando a parceria entre os Hospitais Privados de Portugal e a Liga Portuguesa de Futebol Profissional (LPFP), com vista realizar um plano de contingência para a Gripe A. A crítica apelava ao sentido de injustiça, invocado pela restrição do público alvo da iniciativa a funcionários da LPFP, árbitros e clubes. A restrição do público alvo numa ação de saúde preventiva contraria o princípio da igualdade entre os seres humanos em matéria de acesso aos cuidados de saúde preventivos, defendido nomeadamente pela UNESCO (2005). No seguimento da notícia, “[o]s HPP realizaram ações de rastreio dirigidas a todos os interessados durante um torneio de futebol entre os dias 24 a 26 de Junho em Matosinhos” (Anexo 3). Portanto, o grupo HPP buscou através desta iniciativa, colmatar o mal-estar gerado pela notícia anterior, alargando o espectro abrangido pelo público alvo à comunidade em geral, pretendendo desta forma tornar a atuação do grupo no âmbito preventivo o mais consensual possível.

Neste caso específico, tanto o *Expresso* como, em reação, os HPP ativaram o valor ético e a motivação idealista da RSE segundo uma lógica de enaltecimento cívico, segundo os quais devem que os atores alcançar a autorrealização promovendo o bem estar e a obrigação moral, estando em causa estava a defesa de um bem de cidadania , ou seja, o direito à saúde independentemente das condições sociais, económicas, étnicas ou clínicas das pessoas humanas.

No dia 17 de maio de 2010, o *Diário de Notícias* publicou uma notícia relacionada com o compromisso que as unidades hospitalares deveriam assumir quanto à colheita de órgãos para transplantação (Anexo 3). Três meses depois, a 9 de agosto de 2010, o Hospital de Cascais destacava no seu website a sua adesão solidária à iniciativa nacional de colheita de órgãos para transplantação. Segundo os Hospitais Privados de Portugal:

O Hospital de Cascais, que foi a primeira unidade hospitalar do Serviço Nacional de Saúde a ser concessionado e construído em regime de parceria público privado (PPP), pretende contribuir de forma solidária para a Rede Nacional de Colheita de Órgãos – Referenciação de Dadores - que integra desde

a inauguração do novo edifício hospitalar, em meados de Fevereiro último (Anexo 1).

Neste caso específico, podemos dizer que os HPP integraram o valor político da RSE para justificar a sua participação nesta iniciativa, pois o grupo assumiu o compromisso de participar na iniciativa nacional de colheita de órgãos, por acreditar que este deriva da posição que ocupa na sociedade como o “[p]rimeiro hospital concessionado e construído em regime de parcerias público-privada” (Anexo 1). Além do valor mencionado, que remete também para o enaltecimento da RSE da organização numa lógica de justificação de renome, foram ainda ativadas a motivação idealista e a lógica de justificação cívica no processo de legitimação. A motivação idealista foi acionada ao invocar a produção de bem estar social e não a produção de benefícios para a própria organização. A lógica cívica foi acionada porque em causa estava o intuito de tornar a participação na rede nacional de transplantação o mais equitativa possível.

Em suma, as críticas divulgadas nos jornais impactaram os discursos e as práticas do grupo hospitalar HPP. Verificamos situações bastante semelhantes envolvendo o Grupo José de Mello Saúde e a Santa Casa da Misericórdia, conforme mostramos pelos exemplos abaixo.

No dia 31 de março de 2010, o *Público* divulgou uma notícia dando conta da decisão do Hospital de Braga, do grupo JMS, de não receber doentes para as especialidades de Imunoalergologia, Infeciologia, Nefrologia e Reumatologia (Anexo 3). No seguimento das críticas endereçadas a este hospital, o Grupo JMS canalizou um número significativo de iniciativas de responsabilidade social para o Hospital de Braga, de forma a que este pudesse sanar o mal-estar gerado e alcançar os consensos necessários em torno da sua actividade. Assim, no primeiro semestre de 2010, o Hospital de Braga desenvolveu ações de responsabilidade social que abrangeram cerca de 700 pessoas da comunidade envolvente. As iniciativas desenvolvidas incidiram na sensibilização e no esclarecimento sobre alguns temas da saúde, tais como a prevenção de infeções respiratórias e de doenças cardíacas, prevenção do tabagismo para adolescentes, hábitos de vida saudáveis, doença celíaca, entre outros.

Portanto, o hospital passou a desenvolver programas de RSE para a saúde, inclusivamente nas áreas alvo de crítica, (p.ex., Imunoalergologia). Para justificar a realização destes programas, o Grupo acionou os valores éticos e as motivações idealistas da RSE e a lógica de justificação cívica. O valor ético foi empregue porque

em causa estava o desígnio de capacitar a população para decisões mais saudáveis no campo da saúde, sem que isso obedecesse a objetivos de ganho para a organização. A motivação idealista refletiu-se no desígnio manifestado pelo grupo de levar os participantes a buscarem a autorrealização através do bem estar social. A lógica de justificação cívica foi acionada invocando, que corresponde o direito humano e de cidadania à saúde preventiva.

Embora, como veremos, a SCML tenha constituído alvo de um número inferior de críticas, podemos dizer que estas eram muito semelhantes às que foram endereçadas ao setor privado lucrativo, e que acabámos de exemplificar. Esta constatação gerou alguma perplexidade, pois, se por um lado, a imprensa escrita se mostrou mais tolerante para com o modelo de gestão privada não lucrativa, por outro lado, endereçou-lhe cobranças bastante similares às apresentadas ao setor lucrativo.

Por exemplo, a notícia divulgada pelo *Público* a 11 de agosto de 2014, verificamos a crítica endereçada à SCML, pelo facto de a auditoria financeira poder conduzi-la a adotar modelos e práticas de racionalização da gestão através de uma contenção dos seus serviços:

O futuro da Misericórdia de Lisboa pode estar em causa, dizem auditores. (...) A única maneira de evitar este cenário, lê-se no parecer do conselho de auditoria sobre as contas de 2013, consiste na adoção de medidas que “invertam a evolução ocorrida e que promovam o controlo da expansão da oferta dos serviços que a SCML proporciona (Anexo 3).

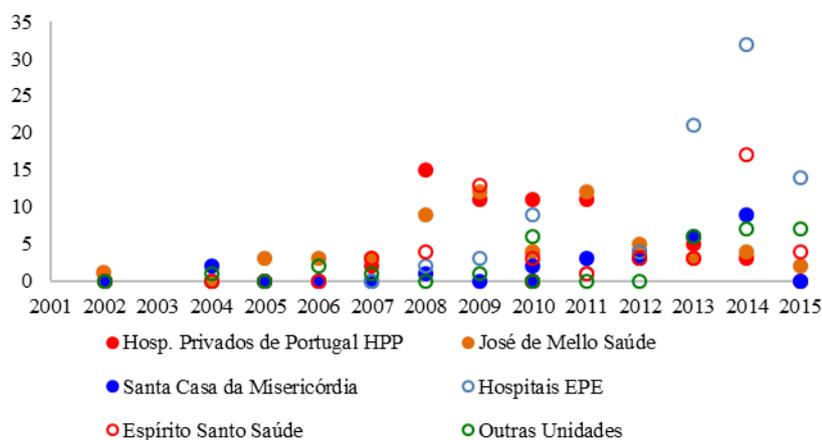
Em resposta às críticas, e à semelhança dos exemplos anteriormente referidos relativamente aos grupos empresariais, a SCML avançou com a implementação de algumas iniciativas, sob justificativa de tratar-se de políticas de sustentabilidade e responsabilidade social, destacadas pela divulgação do primeiro Relatório de Sustentabilidade em 2014. Contudo, ao contrário dos grupos HPP e JMS, na divulgação do relatório a SCML invocou argumentos fundamentados em valores instrumentais, motivações estratégicas e lógicas de justificação industrial, tendentes a justificar a adoção de práticas de eficiência gestonária no setor não lucrativo.

Os valores da RSE invocados foram do tipo instrumental, porque foram atribuídos desígnios de maximização de vantagens competitivas para a organização, quer quanto à inovação quer quanto à modernização. Foi acionada uma motivação

estratégica, visto que em causa estava o intuito de levar os atores a buscarem a autorrealização primariamente através do cumprimento de um objetivo estratégico da organização, não obstante isso contribuir para a produção de bem estar social. Em consonância com o valor e a motivação referida, foi também ativada a lógica de justificação industrial para destacar que os procedimentos gestionários de natureza administrativa e tecnológica também se ajustam à gestão das organizações não lucrativas.

Desde 2002, os grupos hospitalares privados constituíram alvo de um conjunto alargado de críticas na imprensa escrita nacional. O gráfico na Figura 9 mostra que o HPP foi o grupo hospitalar que mais críticas recebeu em 2008, ano em que assinou o contrato de gestão público-privada do Hospital de Cascais, e que houve uma diminuição das críticas endereçadas ao mesmo grupo a partir de 2009, o que poderá talvez ser atribuído ao aumento do investimento realizado na área da responsabilidade social a partir de então. Segundo a administração do grupo HPP, “A RSE contribui para o reforço do princípio ético que norteia as práticas em saúde, facilita a concertação da ação social entre os diferentes profissionais, sobretudo no momento em que as instituições do setor, têm sido alvo de inúmeras transformações” (Anexo 5, Linhas 32-34). De acordo com o mesmo interlocutor, a RSE tem a mais valia de “Contribuir para a salvaguarda da vida humana preferindo o bem estar dos pacientes em detrimento dos interesses particulares de quem os assiste” (Anexo 5, Linhas 27-28).

Figura 9. Número de críticas por grupos hospitalares na imprensa escrita (*Diário de Notícias, Expresso e Público*), 2002-2015

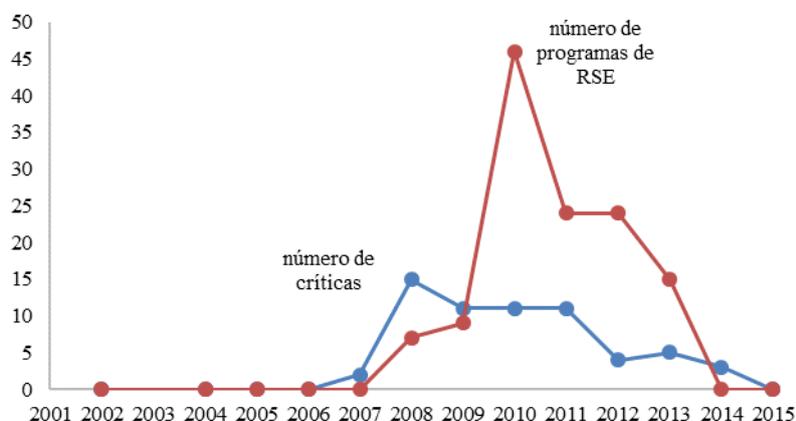


Fonte: recolha própria.

O cruzamento da análise de imprensa com as respostas obtidas através da entrevista semi-estruturada e do inquérito por questionário sugerem-nos que o

investimento na responsabilidade social culminou na diminuição das críticas endereçadas ao grupo HPP/Lusiadas, conforme mostra o gráfico na Figura 2.³⁵

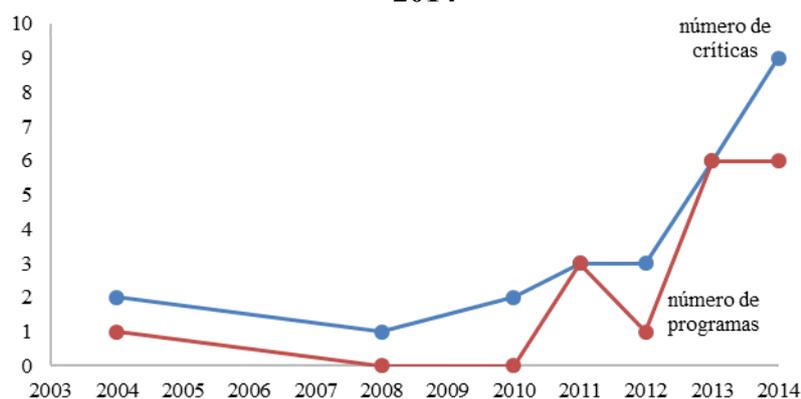
Figura 10. Números de críticas de imprensa e de programas de RSE, Grupo HPP/Lusiadas Saúde, 2002-2015



Fonte: recolha própria.

A partir da Figura 10, podemos inferir que os programas de responsabilidade social tiveram um efeito performativo no setor da saúde, ou seja, contribuíram para a diminuição das críticas endereçadas, e consequentemente para a afirmação do modelo de gestão privada liderado pelos HPP. Reciprocamente, a redução da pressão das críticas parece ter por sua vez reduzido o incentivo deste grupo para a prossecução da RSE.

Figura 11. Números de críticas de imprensa e de programas de RSE, SCML, 2004-2014



Fonte: recolha própria.

³⁵ Contabilizámos os programas de RSE desenvolvidos pelo grupo, conforme o Anexo 1. Não podemos assegurar que estes números correspondem ao certo à totalidade dos programas implementados, pelo facto de o grupo não reportar os programas de RSE de forma autónoma, nem ter divulgado relatórios de sustentabilidade e/ou de RSE, nem incorporado indicadores sociais e ambientais nos relatórios de contas.

No caso da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, verificamos na Figura 11 que à medida que se intensificou o número de críticas endereçadas à instituição, aumentou também o de programas da RSE. Contudo, este não levou à redução subsequente do número de críticas, mantendo-se a pressão por parte da imprensa sobre a SCML.³⁶

O reporte dos programas da RSE do Grupo José de Mello Saúde não informava a data em que os programas da RSE foram implementados, e não nos foi possível suprir minimamente essa lacuna de informação de modo a apresentarmos dados idênticos aos dos outros dois casos. As notícias de imprensa jornais analisadas sugerem que o Hospital do Porto e o Hospital de Braga foram as unidades do grupo que mais programas de responsabilidade social desenvolveram até hoje. Importa salientar que o Hospital de Braga, em regime de parceria público-privada, foi a unidade do Grupo JMS que mais vezes foi criticada na imprensa nacional, sobretudo em 2011, ano referente à sua inauguração (Anexo 3). De acordo com a entrevista junto do Conselho de Administração do grupo, as ferramentas de gestão do setor privado, entre as quais a RSE, proporcionam às organizações do setor da saúde capacidade para atenderem as demandas apresentadas sobretudo em termos de “(...) elevar os ganhos de saúde da população, através da oferta de cuidados de saúde de proximidade e de qualidade acrescida” (Anexo 5, Linhas 10-11).

Tendo como base os dados analisados, podemos inferir que os hospitais não lucrativos desenvolveram mais tardiamente a RSE. Contudo, quer os não lucrativos quer, sobretudo, os lucrativos adotaram modelos e práticas de RSE numa altura em que constituíam alvo de contestação social. A par disto, a RSE tem servido de plataforma para que atores e organizações da saúde legitimem a atividade que desenvolvem e alcancem a permissão da sociedade para operar segundo paradigmas referentes à lógica de mercado.

8.3. Os Interlocutores nos Grupos Hospitalares

8.3.1. O Grupo José de Mello Saúde

Segundo as entrevistas obtidas, o Conselho de Administração do grupo JMS

³⁶ Poderá existir alguma discrepância no número de programas contabilizados, porque os sistemas de comunicação adotados pela SCML na área da RSE sem sempre esclarecem exatamente a data em que os programas foram implementados.

[e]ncara a RSE como sendo uma estratégia empresarial de criação de valor no setor da saúde. Faz sentido pensar em RSE neste setor, porque esta permite elevar os ganhos de saúde da população, através da oferta de cuidados de saúde de proximidade e de qualidade acrescida. Deve-se privilegiar nos programas da RSE, as preocupações inerentes à qualidade dos serviços prestados, o estreitamento dos laços com a comunidade circundante e o ganho de competitividade para a organização. No que concerne às ferramentas da gestão utilizadas, foram sublinhadas: o investimento financeiro sobretudo na aquisição de novas tecnologias; a obtenção de certificações; o incentivo à inovação e o trabalho em redes de parcerias/*stakeholders*. A administração da JMS acredita que, num curto e médio espaço de tempo, a RSE compreenderá um dos caminhos mais viáveis para as organizações da saúde obterem a legitimação e a permissão da sociedade para operar (Anexo 5, Linhas 10-16).

O juízo apresentado acionou os valores instrumentais, as motivações estratégicas e as lógicas de justificação mercantil e industrial. Os valores instrumentais e a lógica industrial são identificáveis pelas preocupações de gestão eficiente, e de alocação mais eficaz dos recursos e visando ganhos de qualidade na prestação do serviço utilizados, combinando-se com a lógica mercantil na afirmação do objetivo de ganho de competitividade. As motivações são estratégicas, remetendo prioritariamente para o cumprimento de objetivos estratégicos acima referidos – maximização de eficiência, eficácia e competitividade, criação de valor. Contudo, ao apresentar o objetivo de “elevar os ganhos de saúde da população”, o entrevistado do Conselho de Administração não deixou de socorrer-se dos valores éticos, das motivações idealistas e da lógicas de justificação cívica para alcançar a legitimação, sendo a última também invocada pelo objetivo de “estreitamento dos laços de cooperação com a comunidade circundante”, na medida em que pressupõe a descentralização e a participação democrática das diversas partes interessadas nos processos de decisão organizacional.

Segundo o entrevistado no gabinete responsável,

A RSE compreende uma prática de ação social enraizada na cultura da organização e indissociada do seu conceito de missão. Segundo o inquirido, faz sentido pensar na RSE no seio da JMS, pelo facto de o seu fundador ter incorporado na génese da instituição a ação social dirigida aos mais vulneráveis, com especial enfoque nos colaboradores (...). O Grupo apoiou sempre os

colaboradores e respectivos familiares, sobretudo em áreas tais como: ação social, apoio à empregabilidade e à formação profissional, educação e lazer dos filhos menores, acesso aos cuidados de saúde e incentivo à participação em ações de voluntariado levados a cabo pela empresa (Anexo 5, Linhas 89-93).

Quando interrogado sobre as áreas que deveriam ser privilegiadas nos programas de RSE, destacou

[o] desenvolvimento de iniciativas coerentes com a cultura institucional do grupo; as iniciativas que proporcionam a aproximação do grupo junto das comunidades circundantes, tal como aquelas que possibilitam a colmatação dos impactes negativos trazidos pelas crises financeiras sobretudo ao nível do bem estar dos seus colaboradores. Deve-se ainda privilegiar as iniciativas que contribuem para o estreitamento dos laços de cooperação internos e externos, além da capacitação dos colaboradores em áreas ligadas à promoção de hábitos saudáveis de vida e à prevenção de doenças, sobretudo junto das crianças e dos adolescentes (Anexo 5, Linhas 94-97).

Os programas desenvolvidos pelo Grupo JMS envolveram até hoje cerca de 10.000 crianças e adolescentes nas escolas circundantes aos hospitais geridos pela JMS (Anexo 2). As iniciativas em parceria com as escolas decorrem pelo menos uma vez por ano, no começo de cada ano letivo, para as quais o grupo “Privilegia a realização de contactos frequentes com as escolas com que desenvolve estas iniciativas, quer do ponto de vista formal como informal” (Anexo 5, Linha 97). Além das escolas, foram implementadas várias iniciativas de rastreio/ despiste de doenças, em parceria com instituições de solidariedade social ligadas ao apoio social a idosos e aos deficientes, além das autarquias locais (JMS 2013b, 38). O grupo coordenou também algumas ações de recolha de alimentos, de vestuário, de brinquedos e de dinheiro, para serem doados a instituições de caridade (JMS 2013b, 38). Além disto, concedeu bolsas de apoio à investigação e premiou investigações científicas e transacionais da área da saúde (p. ex. ex., com a atribuição da Bolsa D. Manuel de Mello) (JMS 2013b, 25; 2014, 28), e incentivou a participação dos colaboradores nas ações de voluntariado promovidas pelas instituições parceiras da JMS, dentre as quais, a Associação Coração Amarelo (JMS 2013b, 37; 2014, 54). O grupo tem procurado também dar resposta às demandas sociais apresentadas, (ações de recolha de alimentos, vestuário, brinquedos e dinheiro para instituições de caridade) (Anexo 2).

Quanto às ferramentas de gestão empregues pelo grupo, o entrevistado fez questão de destacar aquelas que propiciam uma gestão mais eficiente dos recursos, a standardização das melhores práticas e a gestão dos *stakeholders* (Anexo 5, Linhas 14-15). De acordo com o entrevistado, “caberá à RSE ultrapassar no médio e longo prazo, os desafios que se prendem à ausência de modelos, práticas e/ou certificações ajustadas às especificidades deste setor” (Anexo 5, Linhas 98-99).

Este interlocutor recorreu frequentemente aos valores éticos e às motivações idealistas da RSE, bem como à lógica de justificação cívica. Os valores éticos são ativados na invocação do desígnio de contribuir para o bem estar alheio, e as motivações idealistas do fato dos atores alcançarem a autorrealização através do desenvolvimento de iniciativas meramente altruístas. As lógicas cívicas enaltecem a centralidade da proteção de bens de cidadania, tais como o direito à educação e aos cuidados de saúde da criança. Além da lógica de justificação cívica, recorreu algumas vezes à lógica de justificação de projeto, para justificar a abertura do grupo ao envolvimento de outros atores no processo de decisão e de organização das iniciativas, fazendo um investimento contínuo no fortalecimento dos laços formais e informais de cooperação, como exemplificado acima acerca dos projetos desenvolvidos em parceria com escolas, bem como a coerência entre as iniciativas e a cultura da instituição, o que no plano da gestão aponta para a lógica de justificação industrial.

Enfim, as iniciativas e as decisões tomadas no campo da RSE serviram o propósito de contribuir para o cumprimento das metas estipuladas em termos da evidência da qualidade clínica, melhoria da experiência do cliente e otimização do desempenho económico-financeiro, que se encontram estipuladas na política de desenvolvimento sustentável do grupo (JMS 2013a, 5; 2013b, 10).

8.3.2. Os Interlocutores nos Hospitais Privados de Portugal/Lusiadas Saúde

O nosso interlocutor no conselho de administração do grupo HPP encara a RSE como

[u]m instrumento de reforço do espírito ético inerente ao bem comum no meio hospitalar. Segundo a HPP, faz sentido pensar na RSE na saúde, pelo facto de esta privilegiar a salvaguarda da vida e do bem estar dos pacientes em detrimento dos interesses particulares dos profissionais que os assistem (Anexo 5, Linha 26-28).

Ainda segundo o entrevistado do Conselho de Administração, no que concerne às ferramentas da gestão, sublinham-se:

o emprego das lideranças, dos códigos de ética e da gestão dos *stakeholders*. (...) A médio e longo prazo, a RSE tenderá a permear cada vez mais a gestão da saúde, pelo facto de permitir o reforço do princípio ético que norteia as práticas em saúde, e a concertação social entre os diferentes profissionais, sobretudo no momento em que as instituições do setor, constituírem alvo de transformações (Anexo 5, Linhas 29-34).

Os valores éticos foram invocados sempre que o interlocutor sentia a necessidade de legitimar o argumento de que as demandas apresentadas pelos diferentes *stakeholders* seriam incorporadas no processo decisional, acima dos objetivos estratégicos estipulados pela organização: “São tidas em conta nos programas da RSE implementados, as preocupações inerentes à segurança e o bem estar dos pacientes e a atuação dos profissionais de acordo com o código de ética da profissão” (Anexo 5, Linhas 27-30). As motivações idealistas associam-se, pois o argumento apresentado, subentende que os indivíduos deveriam alcançar a autorrealização pretendida através da implementação de iniciativas meramente altruístas. Em paralelo, foi invocada a lógica de justificação cívica para enaltecer a orientação do grupo para preservar bens de cidadania e direitos humanos consagrados na Carta Universal dos Direitos do Homem, nomeadamente os direitos à saúde e à segurança. Neste sentido, o código de ética deveria contribuir para a promoção das boas práticas de cidadania.

Os valores éticos foram também acionados pelo argumento de que as demandas individuais dos atores são respeitadas quando os atores encontram-se incrustados em redes de parcerias. Quando se opta pela integração das várias demandas e pelas formas de negociação coletiva, o interesse de todos passa a predominar e a autorrealização individual a ser alcançada através do desenvolvimento de iniciativas altruístas, dando forma a motivações idealistas.

Na entrevista de realizada junto do gabinete da RSE do grupo HPP, o interlocutor define a RSE como “uma ferramenta estratégica para a produção de ganho de imagem e reputação. O ganho de imagem e reputação é alcançado graças à agregação de valor social e ambiental aos serviços prestados” (Anexo 5, Linha 61-62). Assim, faz sentido pensar em RSE no setor da saúde,

pelo facto desta contribuir para o acréscimo de valor à marca; ao mesmo tempo em que é valorizada pelos parceiros institucionais e reforça a posição ocupada pela empresa no mercado. Além disto, vai de encontro com os desígnios de legitimação social e ambiental que recai sobre as organizações (Anexo 5, Linhas 63-65).

De acordo com este interlocutor, deveriam ser tidas em conta, no momento de implementar os programas de RSE, as seguintes preocupações: “Criação de valor económico para os seus acionistas; acréscimo de valor à marca; conciliação dos objetivos estratégicos com os objetivos sociais e ambientais trazidos para o setor” (Anexo 5, Linhas 66-67). Quanto às ferramentas da gestão a serem acionadas no momento de implementação dos programas, destacam-se a gestão financeira, o marketing, a gestão de projetos e a gestão de *stakeholders* (Anexo 5, Linhas 68-69).

Ao nível dos *stakeholders*, foram mencionados os profissionais de saúde (ex.: médicos, enfermeiros, técnicos de imagiologia e de diagnóstico, técnicos administrativos, técnicos de reabilitação, assistente social e psicólogos). A par destes, as instituições de solidariedade social concelhias (ex.: Igreja Santo António do Estoril), algumas personalidades públicas ligadas ao meio artístico e desportivo, além das câmaras municipais (Anexo 5, Linhas 70-72). Quanto ao público alvo das iniciativas de RSE, foram referenciadas as crianças, os jovens, as mulheres e o meio ambiente (Anexo 5, Linha 73).

Como exemplo de iniciativas de RSE que o grupo HPP procura promover, foram destacadas as ações promoção de hábitos saudáveis de vida e de alimentação saudável desenvolvidas junto das crianças e dos adolescentes; as ações de formação/ informação em cuidados de saúde preventiva, dirigidas a crianças e jovens em idade escolar; o acompanhamento clínico dos desportistas mobilizados para escalar o Everest, numa iniciativa levada a cabo para sensibilizar a sociedade para o problema das alterações climáticas; as ações de recolha de bens doados para bebés carenciados nascidos nos hospitais HPP, além das ações de voluntariado (Anexo 5, Linhas 74-77). O entrevistado acredita que, a médio e longo prazo, “A RSE ocupará um papel de destaque na gestão das organizações da saúde. Tal fato encontra-se intrinsecamente ligado ao conhecimento dos benefícios económicos, financeiros, sociais e ambientais que esta prática proporciona às organizações do setor” (Anexo 5, 78-79).

De um modo geral, podemos dizer que os argumentos invocados pelo interlocutor, foram formulados tendo como base os valores instrumentais da RSE e motivações estratégicas, justificando-se pelas as lógicas de justificação industrial, mercantil e do renome. Ao considerar a RSE “uma ferramenta estratégica para a produção de ganho de imagem e reputação (...) alcançado graças à agregação de valor social e ambiental aos serviços prestados” (Anexo 5, Linhas 61-62), o interlocutor faz uma invocação clara ao *marketing* de causas que se encontra assente nas teorias instrumentais da RSE, apelando a motivações estratégicas de condução dos atores a privilegiarem as formas de autorrealização individual pelo cumprimento das metas estratégicas da organização em detrimento daquelas que visam a produção de bem estar social. O acionamento da lógica de justificação de renome é claro na referência ao objetivo de ganhos reputacionais, sobretudo em argumentos relacionados com o desígnio de tornar-se o grupo numa referência para outras organizações do setor.

8.3.3. Os Interlocutores da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

O entrevistado junto do Conselho de Administração da SCML define a RSE como

A prestação de cuidados de saúde tendo em conta as dimensões físicas, psíquicas e sociais dos pacientes. (...) Segundo o Conselho de Administração, não faz sentido pensar na RSE da saúde, porque compreende a sua missão colmatar o défice verificado em termos de acesso aos cuidados de saúde, em especial, por parte dos cidadãos mais vulneráveis (ex.: toxicodependentes, sem abrigo, imigrantes, dentre outros) além de tornar os cuidados de saúde mais humanizados. (...) A RSE da saúde, nada mais é, que a prestação de cuidados de saúde humanizados e integrados (Anexo 5, Linhas 46-48).

Quanto à ferramentas da gestão empregues, o interlocutor sublinhou aquelas que contribuem para o cumprimento das metas organizacionais, mais precisamente

[o] código de ética, a gestão de processos e a gestão de *stakeholders*. (...) A médio e longo prazo, a RSE na saúde poderá perigar, caso os interesses económicos, financeiros e políticos continuem a prevalecer frente à prestação de cuidados de saúde mais humanizados e integrados” (Anexo 5, Linhas 49-50).

Imperam no discurso os valores éticos as motivações idealistas, bem como a lógica de justificação cívica, porque está em causa a defesa de um direito universal

consagrado na Carta dos Direitos Humanos, o de acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde. Os valores éticos são invocados no argumento de que todos os cidadãos se encontram em pé de igualdade em matéria de acesso aos cuidados de saúde. As motivações idealistas apelam às formas de autorrealização através de iniciativas que privilegiam a produção de bens coletivos em detrimento da produção de vantagens para as organizações.

Secundariamente, a lógica de justificação industrial, foi acionada pelo interlocutor no Conselho de Administração da SCML, defendendo o argumento de que o emprego dos instrumentos gestionários não é incompatível com o altruísmo na gestão hospitalar; pelo contrário, eles permitiriam realizar os ganhos de eficiência durante o cumprimento das metas sociais estipuladas pela organização. Os valores instrumentais foram invocados para destacar a pertinência que a alocação eficiente dos recursos ocupa na gestão da SCML. Ao passo que as motivações estratégicas serviram para reforçar a necessidade de conduzir os indivíduos a perseguirem a sua autorrealização através do cumprimento das metas de maximização da eficiência definidas pela organização.

8.3.4. Resultados do questionário complementar aos Conselhos de Administração dos Grupos Hospitalares

Três dos quatro atores inquiridos contestaram a afirmação contida na primeira questão, segundo a qual “As parcerias público-privadas fomentavam a desigualdade no acesso aos cuidados de saúde”. Assinalaram que as parcerias público-privadas da saúde contribuíram para a expansão do acesso (aos cuidados de saúde), graças ao investimento realizado em tecnologias, inovação, sistemas de qualidade e profissionais talentosos).³⁷

De acordo com o Conselho de Administração do grupo HPP/Lusíadas, “[u]m hospital em regime de PPP é parte integrante do SNS e respeita totalmente, embora sob pressão privada, o plano assistencial e a produção clínica contratada”, trazendo “Mais Inovação, Melhor Tecnologia, Creditação na Área da Qualidade” (Anexo 4). O Conselho de Administração do grupo JMS invocou alguns estudos comprovando que a gestão do JMS foi muito positiva, sobretudo no caso do Hospital Amadora-Sintra, com ganhos de eficiência e poupança para o Estado.

³⁷ Todas as respostas citadas e analisadas remetem para o Anexo 4.

O inquirido da SCML também formulou argumentos em torno do modelo das PPPs. Diferentemente dos interlocutores anteriores, este invocou a razão de que as PPPs tornaram os “Cuidados de saúde mais próximos das pessoas” (Anexo 4).

Na segunda questão, os interlocutores também contestaram a afirmação de que “As parcerias público-privadas haviam sobre-orçamentado as finanças públicas”, apresentando diferentes argumentos. Um dos inquiridos do grupo HPP respondeu que “As parcerias público-privadas resultaram em prejuízos para o setor privado” e “O setor privado partilhou os riscos financeiros com o setor público na área da saúde”; o outro preferiu salientar que “As parcerias público-privadas dos transportes trouxeram mais danos aos cofres públicos” do que as na área da saúde.

Na terceira questão, perguntamos se concordavam ou não com a afirmação “Os hospitais envolvidos nas parcerias público-privadas não se encontram sujeitos às mesmas regras de transparência que setor público”, as reações dos inquiridos podem ser resumidas na resposta: “Os hospitais em PPP eram regulados pelo Ministério”. Em suma, segundo a resposta do grupo HPP/Lusíadas, “Os contratos de gestão das PPPs na saúde impõem aos hospitais e respectiva gestão muito mais obrigações e auditorias que aos hospitais públicos”, e a “Entidade pública contratante em pleno acompanhamento”.

Na quarta questão, foi perguntado aos inquiridos se estes concordavam ou não com a crítica de que “As organizações da saúde em PPP não constituem alvo de auditorias”. Três dos quatro inquiridos discordaram, com o argumento que se resume na resposta: “As PPPs tornaram as organizações mais eficientes, através do controlo das situações de fraude, da transparência dos processos e da boa imagem e reputação”. O Conselho de Administração do HPP justificou por extenso: “Esses atores estão profundamente enganados. Muitos estão prisioneiros de preconceitos (estereótipos) totalmente despropositados (...) estão fora da realidade”.

Na quinta questão, procurámos averiguar como os atores respondiam a crítica de que as parcerias público-privadas do setor da saúde ameaçavam a sobrevivência do modelo de Estado-providência em Portugal. Em resposta à questão apresentada, os atores invocaram o argumento de que, pelo contrário, “As redes de parcerias são fundamentais para a manutenção do modelo de Estado-providência”. Portanto, entre estes inquiridos parece existir um consenso de que a gestão da saúde não constitui função exclusiva do Estado Português: “A Constituição Portuguesa não atribui ao Estado a exclusividade na produção de cuidados de saúde”.

O Conselho de Administração do HPP argumentou também que “Compreende a função do Estado que todos os cidadãos tenham acesso aos cuidados de saúde” mas isso não implica que seja o único responsável pela sua prestação, e que

[o] aumento de impostos para efeitos de produção de bem estar social, é apontado como uma ameaça maior à sobrevivência do modelo de Estado-providência do que as parcerias público-privadas propriamente ditas (...) Todas (as opções) são verdadeiras principalmente destaca-se a que refere o Estado um papel de (facilitador)/ regulador e não de produtor de bens ou serviços”.

Na sexta questão, solicitámos aos inquiridos que nos dissessem o que pensavam acerca da crítica de que “A lógica do setor privado, contrapõe-se com a lógica de serviço público”. Os inquiridos do setor lucrativo discordaram, argumentando no sentido de que “O modelo de gestão privada proporcionou ao setor público obter ganho de sustentabilidade, graças à introdução de novos mecanismos de gestão dos desperdícios e de criação de valor acrescentado”. O Conselho de Administração dos HPP acrescentou:

A incorporação do modelo de gestão privada no setor público compreende uma tendência nos países mais industrializados e competitivos (...) A gestão privada deu provas de que é possível conciliar a produção de lucro económico com o lucro social por via da responsabilidade social (...) O setor público tornou-se mais eficiente, quando passou a gerir os seus recursos tendo como suporte, as redes de *stakeholders* preconizadas no modelo de gestão privada (...) Há muito mais complementaridade do que disparidade na lógica de gestão do setor público e privado.

Contrariamente aos anteriores, o inquirido da SCML foi o único a considerar que a lógica de gestão privada se contrapunha à do serviço público. A nosso ver, isto ocorreu porque o setor não-lucrativo não se pauta pela a tomada de decisão tendo como base critérios de lucro privado, pois o conceito de missão da instituição aponta para auxílio aos mais vulneráveis numa lógica da caridade e de compaixão.

Na sétima questão, convidámos os atores a pronunciarem-se sobre a crítica suscitada em torno da “Não-renovação dos contratos-programa da saúde”. Três dos quatro inquiridos afirmaram que “A possibilidade dos contratos-programa não serem renovados é ínfima, pelo facto do Estado não dispor de meios para fazer novas

contratações e/ou adquirir novos equipamentos e tecnologias”. O conselho de administração dos HPP acrescentou:

A manutenção das parcerias público-privadas compreende uma tendência na Europa. (...) A Organização Mundial da Saúde incentiva a consolidação de redes de parcerias na saúde, sobretudo multisetoriais. (...) A pressão social que os grupos capitalistas exercem sobre o Estado, levá-lo-á a dedicar-se, quase em exclusivo, às funções de regulador e legislador.

Todos os argumentos expostos reforçam a ideia de que o contexto social e político foi o que ditou a consolidação de redes de parcerias envolvendo o setor público e o setor privado. Apesar de o inquirido da SCML discordar dos interlocutores no setor lucrativo quanto à pertinência da introdução dos modelos e práticas do setor privado no setor da saúde, convergiu quanto à consolidação das redes de parcerias envolvendo os diferentes setores.

Na oitava e última questão, solicitámos aos inquiridos que se posicionassem face à crítica “A adoção de modelos da gestão privada pelo setor público poderia ser abandonada nos próximos anos, a exemplo do que estava a acontecer nos Estados Unidos da América”. Três dos quatro interlocutores assinalaram a resposta “A possibilidade do modelo de gestão privada ser substituído pelo modelo de gestão pública é ínfima, porque este modelo deu provas de que é possível conciliar a produção de lucro financeiro, ambiental e social”. O inquirido no Conselho de Administração do grupo HPP assinalou todas as opções, sob justificativa de que “Todas as opções se complementam no mesmo sentido da afirmação”, e adiantou em resposta aberta:

Graças ao modelo de gestão privada, as organizações públicas alcançaram a legitimidade e a permissão da sociedade para operarem, graças às práticas de governança corporativa adotadas. (...) O modelo de gestão privada disponibilizou ao setor público os instrumentos de suporte à integração das demandas sociais apresentadas pelos *stakeholders* nas estratégias das organizações. (...) As organizações da saúde viram os seus instrumentos de ação política reforçados graças à ampliação do acesso aos cuidados de saúde, conseguida pela via da introdução de mecanismos típicos da gestão privada” (Anexo 4).

Os argumentos assinalados tiveram como foco reforçar a pertinência do modelo de gestão privada no setor da saúde, destacando os benefícios positivos que este produz em termos da concertação social, do envolvimento das partes interessadas no processo negocial e do melhoramento dos indicadores de acesso aos cuidados de saúde em Portugal. De um modo geral, os interlocutores convergiram na afirmação de que os imperativos sociais, ambientais e financeiros, levaram as organizações a buscarem formas alternativas de conciliação entre a produção de lucro financeiro, bem estar social e equilíbrio ambiental. É neste contexto que os interlocutores, com excepção da SCML, enquadram as justificativas formuladas em torno da RSE. Por isso, três dos quatro interlocutores inquiridos responderam à crítica argumentando que “A possibilidade do modelo de gestão privada ser substituído pelo modelo de gestão pública é ínfima, porque este modelo deu provas de que é possível conciliar a produção de lucro financeiro, ambiental e social”, além do que, à semelhança do que sucedeu anteriormente, o mesmo inquirido no Conselho de Administração do grupo HPP/Lusiadas assinalou várias opções em resposta à crítica apresentada.

8.3.5. *Consensos e divergências*

Em síntese, as informações obtidas através das entrevistas mostraram-nos que apesar de existirem divergências em termos de lógicas, valores e motivações associadas à RSE, pelo menos no que concerne à salvaguarda do bem comum e à articulação em redes de *stakeholders*, todos os conselhos de administração demonstraram estar de acordo. Mostrou ainda que algumas ferramentas da gestão, como por exemplo, a gestão de processos e a gestão de redes de *stakeholders* constituem uma mais-valia para as organizações do setor privado da saúde, independentemente do seu modelo estatutário (lucrativo ou não-lucrativo). Tal facto, levou-nos a deduzir que as ferramentas da gestão, típicas do setor privado, constituem o meio através do qual as organizações do setor da saúde, garantem o direito de acesso aos cuidados de saúde, ao mesmo tempo, que contribuem para a transparência das opções estratégicas tomadas pelas organizações, e para a obtenção da permissão da sociedade para operarem.

As entrevistas mostraram igualmente divergências em termos dos valores éticos, das motivações e das lógicas justificadas em torno da justificação dos programas de responsabilidade social, quer entre organizações, quer entre diferentes atores na mesma organização.

Enquanto o interlocutor no Conselho de Administração do grupo JMS justificou os argumentos formulados recorrendo principalmente aos valores instrumentais da RSE às motivações estratégicas e às lógicas de justificação industrial e mercantil, o entrevistado do gabinete da RSE apelou preferencialmente aos valores éticos, às motivações idealistas e à lógica de justificação cívica. Apesar das divergências, ambos os atores mostraram estar de acordo quanto à importância das redes de *stakeholders* no suporte da implementação dos programas de responsabilidade social.

Também os entrevistados no Conselho de Administração e no gabinete responsável pela gestão da RSE do grupo HPP/Lusíadas mostraram estar em divergência quanto aos valores éticos, motivações e lógicas de justificação da RSE, mas em relação inversa da encontrada no grupo JMS. Com efeito, o interlocutor no Conselho de administração do grupo HPP recorreu principalmente aos valores éticos, a motivações idealistas e à lógica de justificação cívica, o do gabinete responsável pela RSE do grupo recorreu preferencialmente a valores instrumentais, a motivações estratégicas da RSE e às lógicas industrial, mercantil e de renome. A esta diferença, não é certamente alheio o facto de no grupo JMS a responsabilidade pela RSE estar endossada ao departamento de Recursos Humanos e Sustentabilidade, enquanto que no grupo HPP/Lusíadas essa responsabilidade reside no departamento de Marketing. Esta diferente atribuição funcional, que possivelmente ilustra diferenças de visão estratégica sobre a RSE nas duas organizações, acarreta diferentes perspetivas dos atores, certamente associadas, além da posição profissional, às suas trajetórias de formação e de experiência profissional.

Posto isto, não podemos inferir que exista uma matriz de valores, motivações e modos de justificação partilhada em função das posições institucionais, necessitando convocar também os valores, motivações e crenças dos atores individuais que as ocupam. Acreditamos que o estudo de outros fatores, tais como as características pessoais dos atores (p. ex. a área de formação académica, idade e trajetória profissional, envolvimento cívico extraprofissional), poderão contribuir para compreensão do processo de formulação dos valores e das práticas da RSE no setor hospitalar.

A análise realizada permitiu averiguar como estes profissionais compreendiam, reformulavam e explicitavam o conceito da RSE. Apenas um dos inquiridos, da SCML, afirmou que não fazia sentido pensar a RSE aplicada ao setor da saúde. De um modo geral, os discursos formulados refletiram a preocupação quanto à conciliação dos

objetivos estratégicos com os de bem estar social. De uma forma ou de outra, os desígnios de autorrealização derivam do cumprimento de metas externas ao próprio indivíduo.

Os interlocutores mostraram amplo acordo quanto ao suporte das redes de *stakeholders* na implementação da RSE. Contudo, demonstraram estar em desacordo quanto ao futuro da RSE na saúde. Enquanto metade dos interlocutores acreditam que a RSE se tornará no caminho mais viável para o setor alcançar os objetivos a que se propôs, a outra metade acredita que há muito por fazer em termos de sistematização desta área da gestão na saúde.

Complementarmente, as respostas aos questionário mostraram que os atores apontam a RSE enquanto caminho a ser explorado com vista tornar os modelos de gestão privado e público-privado da saúde complementares, consensuais e legítimos. Mostrou ainda que o setor privado não-lucrativo valoriza a articulação multissetorial entre as organizações da saúde, embora não defenda a introdução da RSE neste setor.

No seu conjunto, estes dados indicam que, se queremos mobilizar todos os atores do setor, incluindo os mais incrédulos, necessitamos verificar quais são os valores e as práticas que estes valorizam, com vista construir um modelo de mobilização no qual se revejam.

Capítulo 9. Redes e Programas de RSE

9.1. Redes da RSE

9.1.1. José de Mello Saúde

Tendo em vista que propomos neste estudo, compreender se as redes de *stakeholders* consolidadas em suporte da RSE criavam ou não dinâmicas de *clusters*, podemos dizer que estas potenciam a consolidação dos *clusters*, sobretudo quando potenciam a criação de novos projetos e a formação de novos contactos/parcerias consolidadas em seu torno. Além da proximidade geográfica, também foi destacado o potencial que membros da rede cultivam em termos de suporte à produção de conhecimento novo (ex.: Instituto de Medicina Molecular, Lisboa) e à redução dos custos com a contratação de profissionais talentosos (Anexo 2).

A análise que realizámos mostrou que os 33 programas de RSE da JMS envolveram de 35 *stakeholders*, dos quais 40% pertenciam ao setor público, 34,3% ao setor privado, e 25,7% ao terceiro setor. Alguns projetos envolveram mais de um parceiro, tal como um mesmo parceiro pode ter participado em mais de um projeto. De um modo geral, os acordos de cooperação efetuados com o setor público e com o setor privado encontravam-se equilibrados, visto que, no primeiro caso foram constituídos 14 acordos, enquanto no segundo, 12.

A localização geográfica constituiu um elemento de agregação importante na escolha dos *stakeholders* (Anexo 5, Linha 13). De acordo com o gabinete responsável pela RSE na JMS, a JMS estabeleceu parcerias com as escolas e com as IPSS localizadas nas zonas circundantes às suas unidades, com vista, desenvolver os programas de prevenção de doenças e de promoção de hábitos saudáveis de vida (Anexo 5, Linha 97). Vários dos *stakeholders* que discriminamos abaixo apresentavam como traço comum o facto de estarem sediados nos mesmos concelhos em que o grupo José de Mello Saúde atuava, como a Câmara Municipal de Cascais - Clínica Cuf Cascais; Câmara Municipal de Torres Vedras - Clínica Cuf de Torres Vedras; Universidade do Porto - Hospital Cuf Porto; Associação dos Moradores do Bairro Histórico de Braga - Hospital de Braga.

No entanto, as redes mobilizadas caracterizaram-se pelo seu fraco potencial de consolidação em *clusters*. Enquanto as redes de *stakeholders* ativadas na área da investigação científica potenciaram a consolidação de novas parcerias, as da saúde preventiva potenciaram mais a implementação de novos projetos. Os programas desenvolvidos no âmbito da saúde preventiva não resultaram na produção de conhecimento novo, nem tampouco no desenvolvimento de soluções inovadoras na área da prevenção de doenças, diagnóstico e/ou tratamentos. De uma maneira geral, apenas as redes de *stakeholders* constituídas com as universidades (Universidade Nova de Lisboa, Universidade de Lisboa e Universidade do Minho) favoreceram, quer o estabelecimento de novas parcerias, quer a realização de novos projetos.

Da cooperação estabelecida com a Universidade de Lisboa, foram formalizadas três novas parcerias, nomeadamente, com o Biobanco, com o Instituto de Medicina Molecular e com o Centro Académico de Medicina de Lisboa (CAML): “Esta importante estrutura [Centro Clínico Académico] visa desenvolver a investigação clínica e de translação de excelência e estabelecer mecanismos de cooperação que tornem possível a participação conjunta em projectos, estudos e exploração de novas ideias, e pesquisas de soluções inovadoras” (JMS 2013b, 31). A cooperação estabelecida entre a JMS e a Universidade do Minho propiciou também a consolidação de duas novas parcerias, uma com a Escola de Ciências da Saúde, e outra com o Instituto de Ciências da Vida e da Saúde. A RSE contribuiu para a clusterização de várias unidades no Hospital de Braga (Serviço de Ginecologia/ Obstétrica, Unidade de Senologia e Voluntariado). Portanto, as redes consolidadas ao redor da investigação científica demarcam-se das restantes pela capacidade de criação de novas redes de *stakeholders*, tanto internamente como externamente.

A aproximação da JMS às universidades resultou em benefícios mútuos. A nosso ver, as redes consolidadas entre a JMS e as universidades apresentaram características de “*clusters* estratégicos”, pois os benefícios gerados pelas redes ultrapassaram os diretamente produzidos pelos projetos. Por exemplo, a cooperação estabelecida entre a José de Mello Saúde e a Faculdade de Ciência Médicas da Universidade Nova de Lisboa permitiu ampliar o internato médico para outras áreas, além da Gastrenterologia. Por outro lado, gerou mais valias à JMS em termos de contratação de pessoal. A cooperação estabelecida com esta universidade permitiu ainda que vários alunos auferissem bolsas ou prémios de apoio à investigação científica nos

concursos promovidos pelo Grupo JMS. Já a cooperação estabelecida entre o Grupo JMS e a Universidade de Lisboa favoreceu a realização de projetos de investigação científica e translacional, sobretudo na área da Oncologia. Um dos fatores que poderá ter contribuído para o desenvolvimento dos projetos na área da Oncologia, foi o acesso facilitado que os investigadores desta universidade passaram a dispor junto dos pacientes da Oncologia tratados nas unidades da JMS.

Como referimos no capítulo 4, segundo a forças dos laços estabelecidos, as redes podem ser classificadas como de alta, média e baixa incrustação. Os laços fortes caracterizam-se pelo elevado nível de confiança existente entre os atores, fruto da cooperação e da interação continuada através de relações informais. As redes de alta incrustação, com grande densidade de laços fortes caracterizam-se, porém, pelo fechamento e perdem em diversidade de contactos e recursos a que estes dão acesso. Os laços fracos são regulados por dispositivos formais, como os contratos de transação ou de prestação de serviços, e caracterizam-se por transações pontuais e delimitadas. As redes de baixa incrustação, compostas predominantemente por laços fracos, potenciam a abertura e a diversificação das redes e dos recursos a que estas dão acesso. A literatura aponta para que as redes de incrustação média, com uma composição equilibrada de um misto de laços fortes e fracos, maximizam as vantagens e minimizam as limitações dos dois extremos de incrustação (Uzzi 1997).

Por exemplo, a cooperação formalizada entre a JMS e a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa é gerida tanto do ponto de vista formal, através dos acordos de cooperação institucional firmados desde 2010, como informalmente, através de relações pessoais continuadas, favorecidas pela ponte estabelecida pelo chefe de serviço em Gastrenterologia num hospital do grupo JMS no corpo docente desta faculdade. O misto de laços formais e informais de cooperação consolidados entre a JMS e a Faculdade da Universidade Nova de Lisboa gerou impactes positivos, tanto ao nível do número como do tipo de programas desenvolvidos (p. ex., aumentou o número de internatos médicos e diversificou os estágios de verão) (Anexo 2).

Não nos foi possível quantificar os custos da manutenção das redes, devido à ausência de informação pormenorizada, quer no relatório de contas quer no de sustentabilidade do grupo JMS. Sobre as motivações que estiveram na base da criação das redes, pudemos verificar que na base da procura pelos *stakeholders* esteve a

necessidade de aceder mais facilmente aos públicos alvos das iniciativas de responsabilidade social, tal como de promover a produção de conhecimento novo e a contratação de profissionais talentosos.

Os laços estabelecidos entre a JMS e os seus *stakeholders* apresentaram características mistas de contactos formais e informais. Enquanto os contactos formais ocorrem de forma pontual, os contactos informais caracterizam-se por serem frequentes e densos em informações pessoais. Por exemplo, de acordo com o gabinete da RSE, as escolas e as instituições de solidariedade social telefonam-lhes para solicitar o agendamento de sessões de sensibilização de prevenção de doenças. No caso das escolas, este contacto ocorre pelo menos duas vezes por ano, ou seja, um no princípio do ano lectivo, e outro, pouco antes do início do Verão. Quanto à capacidade dos contactos estabelecidos gerarem novos contactos/ parcerias, como dissemos acima, verificamos que é relativamente fraca.

A estrutura da rede da RSE do grupo JMS apresenta características de estrutura “em estrela”, ou seja, a JMS centraliza a gestão de todos os contactos estabelecidos, e os contactos estabelecidos não parecem potenciar a constituição de novos contactos entre si (Anexo 2).

9.1.2. Hospitais Privados de Portugal/Lusiadas Saúde

Os programas de RSE dos HPP encontram-se suportados por redes de *stakeholders* maioritariamente do setor privado (36,3%), a que se juntam de pessoas particulares (22,8%), o setor público (21,8%) e o terceiro setor (18,8%). Das redes de *stakeholders* e parcerias efetivadas, 13 envolviam o setor privado, três o terceiro setor, oito o setor público e duas os particulares.

Um dos aspectos este grupo trouxe de novo, foi o envolvimento de pessoas particulares nos programas de RSE. Este grupo de *stakeholders* é constituído por desportistas, músicos, personalidades políticas e artistas de televisão. A relação com este último conjunto propiciou aos HPP reduzir os custos advindos da promoção institucional, alcançando de forma mais célere os objetivos estipulados em termos de agregação dos valores da promoção dos hábitos saudáveis de vida à marca HPP, fixando-se ao mesmo tempo no mercado da medicina desportiva. De entre o universo de *stakeholders* do setor privado, encontramos vários laboratórios e centros de apoio à pesquisa/investigação, inclusive estrangeiros. As parcerias com o setor público

favoreceram a implementação de novos projetos nos HPP, ao contrário das do setor privado. Por exemplo, a parceria consolidada entre os HPP e a Câmara Municipal de Lisboa favoreceu a implementação de três novos projetos de responsabilidade social (Anexo 1).

Apesar da diversificação dos atores e de algumas das redes de *stakeholders* mostrarem potencial para a constituição de *clusters*, a maioria das redes não mostra potencial para estabilizar neste tipo de estrutura. Poucas redes de *stakeholders* constituídas potenciaram a implementação de mais de dois projetos consecutivos.

A parceria estabelecida com o Comitê Olímpico de Portugal favoreceu a realização de três projetos, e a rede com as associações ligadas ao desporto resultou na implementação de quatro projetos. Mas, à semelhança das redes constituídas em torno dos programas de inovação social, as desenvolvidas na área do meio ambiente não levaram os atores a estabelecerem novos contactos entre si, nem tampouco o desenvolvimento de novos projetos. Por este motivo, podemos dizer que não potenciaram a consolidação de *clusters* de responsabilidade social. As redes de *stakeholders* estabelecidas com a Presidência da República e a SIC também não apresentam potencial de transformação em *clusters*, pois não potenciaram a criação de novos contactos nem tampouco de novos projetos.

Em torno dos programas de inovação social, foram criadas três redes de *stakeholders* envolvendo o terceiro setor, três os particulares e uma o setor público. Contudo, nenhuma destas redes apresentou potencial de estabilização em *clusters*, porque à semelhança das anteriores, não conduziram à realização de novos contactos, nem tampouco de novos projetos. As redes que suportam os programas de saúde preventiva foram aquelas que mais contactos e mais projetos de responsabilidade social fomentaram. Contudo, os *clusters* esboçados nesta área não chegaram a conformar os interesses de desenvolvimento estratégico com os desígnios de promoção de bem estar social e ambiental dentro dos programas desenvolvidos.

À semelhança do que verificamos em outras situações, os HPP centralizaram a gestão dos contactos estabelecidos numa estrutura “em estrela”. Infelizmente, a análise documental não nos permitiu averiguar se os contactos estabelecidos conseguiram ou não estabelecer novos contactos entre si.

9.1.3. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

A inovação social foi a área da RSE que mais propiciou a formação de redes de *stakeholders* na SCML, a seguir ao meio ambiente e à inovação tecnológica. De um modo geral, todas as áreas da RSE potenciaram a criação de redes de *stakeholders*, embora em menor número. As redes consolidadas em torno dos programas de inovação social foram também as que apresentaram potencial mais elevado para serem transformadas em *clusters*, devido aos tipos de *stakeholders* envolvidos e aos tipos projetos implementados.

Os projetos implementados podiam envolver entre um e 30 *stakeholders*, maioritariamente, ligados ao setor privado, e contemplavam desde a organização de convívios para idosos em datas festivas, a angariação de voluntários para iniciativas sociais e/ou a subsidiarização de projetos sociais. O total de *stakeholders* parceiros da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa terá rondado os 60 (SCML 2014, 85).

A nosso ver, o elevado potencial das redes consolidadas na área da inovação social resulta da diversificação dos atores envolvidos e dos projectos realizados. Algumas favoreceram mais a realização de novas parcerias e o desenvolvimento de novos projetos do que outras. Como exemplo, citamos a parceria que a SCML estabeleceu com a EDP, que resultou na consolidação de três novas parcerias no interior do grupo energético: EDP (Depto. de Consolidação e Controlo de Contas, EDP Internacional, EDP Soluções Comerciais) (Anexo 7). À semelhança do grupo JMS, a maioria dos programas não propiciou a consolidação de novas parcerias, tanto internamente como externamente. Contudo, as redes consolidadas em torno da inovação social mostram potencial para fomentarem a consolidação de *clusters* na área da RSE. A SCML conseguiu atrair novos parceiros nacionais e internacionais, sobretudo para o projecto do Banco de Inovação Social BIS, bem como investigadores em áreas de interesse para a organização (ex. Gerontologia e Neurologia), quando passou a desenvolver iniciativas como a atribuição anual de prémios em Neurologia e Cuidado à Pessoa Idosa.

Também a SCML centralizou a gestão das parcerias numa estrutura “em estrela”. Quanto à capacidade das redes parcerias fomentarem a criação de novas redes de parcerias entre si, não nos foi possível averiguar.

Apesar de ainda não ter implementado um sistema de gestão de *stakeholders*, como vimos, a organização têm dispendido esforços no sentido de envolver os *stakeholders* internos e externos no processo decisional, implementando iniciativas que visam a sua auscultação. “Um dos fatores de distinção das organizações passa pelo conhecimento da perceção e opinião que os seus *stakeholders* possuem sobre a mesma e as suas ações” (SCML 2014, 84).

A SCML tem procurado equilibrar os laços formais com os informais no interior dos programas. Na manutenção dos contactos formais de cooperação, a SCML recorre aos mecanismos de regulação legal complementada com uma política de comunicação contínua com os *stakeholders* através do website institucional e do portal eletrónico do Banco de Inovação Social (SCML 2014, 83). Além dos canais referidos, a SCML adotou como canais de comunicação preferenciais a realização de publicações conjuntas periódicas (SCML 2014, 83), a organização pontual de conferências (SCML 2014, 83), a realização de campanhas de comunicação e de publicidade contínuas (SCML 2014, 85), como também, a realização pontual de campanhas de sensibilização (SCML 2014, 83). Em suma, a estratégia de comunicação com os *stakeholders* adotada pela SCML, remete para a divulgação de informação no website, para a realização de reuniões contínuas com o grupo de trabalho (SCML 2014, 83), e para a auscultação dos *stakeholders* externos, com o objectivo de fortalecer os laços informais de cooperação.

9.2. Os Programas de RSE

9.2.1. José de Mello Saúde

A análise documental mostrou que a José de Mello Saúde desenvolveu entre 2010 e 2015, 98 iniciativas de responsabilidade social.³⁸ Destas, 73 foram suportadas por redes de *stakeholders* internos enquanto que 25, por redes de *stakeholders* externos. A saúde preventiva foi a área da RSE que mais se dirigiu a redes de *stakeholders* internos (53,4%), seguida da inovação gestonária (13,7%) e da filantropia (9,6)%. As redes de *stakeholders* internas constituíram o principal suporte à implementação de iniciativas ligadas à inovação científica e social em 6,9% das iniciativas, à inovação tecnológica e ao voluntariado em 4,11% e ao meio ambiente em 1,37%.

³⁸ Anexo 2.

Importa destacar que o âmbito dos programas de saúde preventiva identificados na análise documental correspondiam àqueles que se encontram assentes nos planos nacionais definidos pelo Ministério da Saúde (ex. Plano Nacional das Doenças Cardiovasculares, Plano Nacional das Doenças Oncológicas,). Tal fato remonta para o entendimento dos programas de RSE ligados à saúde preventiva, como sendo um meio através do qual os hospitais participam na saúde do país.

Ao nível das ferramentas de implementação, sublinhamos que no âmbito da Filantropia foram utilizadas a “premiação de investigações científicas e/ou translacionais” realizadas em áreas com ligação direta ao *core business* da organização. Tal fato levou-nos a deduzir que a JMS vem tentando equilibrar no interior da sua estratégia de filantropia, os desígnios de promoção do bem-estar social com os desígnios de obtenção de ganho de competitividade para a organização, já que as investigações são conduzidas em áreas científicas em que o grupo atua. Tanto as atribuições de prémios a investigações científicas, como a distribuição de bens a comunidades vulneráveis e a atribuição de subsídios aos colaboradores, foram os meios usados em 28,6% destas iniciativas cada. Em último lugar, esteve a atribuição de bolsas 14,3%.

No âmbito da inovação social, o grupo optou pela formação da comunidade em áreas como o comportamento infantil e iniciativas de diagnóstico ao nível do desvio comportamental em crianças. O forte envolvimento do grupo em programas relacionados à área infantil, indicia que o grupo encontra-se disponível para atuar de forma mais ativa na persecução das metas e dos objetivos em termos de saúde infantil definidos pela ONU. A par disto, ilustra a relevância que os documentos políticos programáticos, incluindo os internacionais, desempenham na orientação dos programas de responsabilidade social em geral e na saúde.

Ao nível da inovação ambiental, o grupo optou pela instalação de fontes energéticas alternativas.

No âmbito da saúde preventiva, o grupo preferiu maioritariamente a realização de sessões de esclarecimento, e em menor grau a implementação de ações de rastreio. A nosso ver, na base da escolha pelas sessões de esclarecimento em detrimento das ações de rastreio, estiveram razões relacionadas com a redução de custos, pois não comportam custos com pagamento de pessoal, visto que a participação dos médicos e dos

enfermeiros é voluntária, além de que, não requerem utilização de materiais clínicos e/ou de equipamentos.

Ao nível do voluntariado, a angariação de bens para distribuição junto à comunidade vulneráveis, a participação em iniciativas de voluntariado médico e a participação em iniciativas de voluntariado social foram utilizadas em iguais proporções. De um modo geral, pareceu-nos que o grupo vem tentando equilibrar as ações de voluntariado que cultivam uma relação direta com o *core business* da organização (ex. voluntariado médico) com outras ações de voluntariado (ex. explicações na Escola da Galiza). Enquanto o voluntariado médico, produziu para a organização ganho de imagem e reputação, graças à exportação de modelos e de práticas clínicas, o voluntariado social produziu a vantagem de aproximar a organização à comunidade local, permitindo com isto, alcançar a permissão de que necessita para operar.

A análise das áreas de atuação dos programas de RSE da JMS mostrou que a necessidade de desenvolver modelos de gestão mais inovadores, tem levado o grupo a apostar na consolidação de redes de *stakeholders* externas. Pelo que verificamos, 36% dos programas de RSE desenvolvidos com o suporte de redes de *stakeholders* externas estavam relacionados à inovação gestionária. Além da inovação gestionária, as redes de *stakeholders* externas favoreceram também a implementação dos programas ligados à saúde preventiva em 32% e à inovação científica em 20%. Pelo contrário, as redes de *stakeholders* externas apenas favoreceram a implementação de 8% dos programas de RSE ligados à filantropia e 4% dos ligados ao voluntariado.

A inovação científica, pelo contrário, distinguiu-se por só se concretizar quando suportada por redes de *stakeholders* externas, nas formas de criação de estruturas de apoio à investigação (bancos de amostras biológicas, bases de dados das doenças oncológicas, entre outras) (60%), formação académico-científica (20%) e promoção do conhecimento científico (20%).

No que concerne à saúde preventiva, as redes de *stakeholders* internas constituíram a principal ferramenta de suporte. As redes internas favoreceram a implementação de iniciativas relacionadas a sessões de esclarecimento na área da saúde preventiva (87,5%), enquanto que as redes externas favoreceram o desenvolvimento de iniciativas de rastreio (12,5%). Os programas de saúde preventiva, quando suportados

por redes de *stakeholders* internas, podiam abranger desde a distribuição gratuita de frutas e de vacinas, à realização de sessões de sensibilização e de iniciativas de rastreio.

A JMS, como qualquer outra organização do setor da saúde, tem sido confrontada a justificar as ações que desenvolve segundo critérios de eficiência e criação de bem-estar social em simultâneo. A análise das lógicas de justificação invocadas em suporte dos programas de RSE mostrou-nos que a lógica industrial foi preferida em 34,25%, enquanto que a cívica em 65,75%. Tal fato ilustra os esforços que a organização tem despendido no sentido de legitimar a ação que desenvolve, tendo como base fundamentos, que vão desde a salvaguarda dos direitos humanos e das garantias de cidadania ao cumprimento dos objetivos organizacionais.

A lógica industrial acionada na justificação dos programas foi endossada na maioria das vezes pelos valores instrumentais da RSE e pelas motivações estratégicas. Os valores instrumentais serviram para enfatizar os desígnios de maximização de ganho de eficiência para a própria organização. Portanto, foram acionados sobretudo, quando no cerne da justificação, encontravam-se os desígnios de criação de contextos mais favoráveis à eficiência e à competitividade da organização, como por exemplo, o de fixação de colaboradores talentosos no interior do grupo (JMS 2013b). Neste caso, as motivações invocadas foram estratégicas, porque a autorrealização dos indivíduos deveria resultar do cumprimento de um objetivo corporativo, ou seja, o recrutamento e retenção de talento. A lógica industrial pode também relacionar-se com o facto de a organização sentir a necessidade de justificar a atividade que desenvolve segundo padrões de qualidade e de eficiência ambiental, a alcançar e certificar através de processos gestionários: “Compreende o objetivo principal a obtenção de acreditações, certificações ou menções honrosas das práticas desenvolvidas no âmbito da Sustentabilidade” (JMS 2014).

Ao contrário da lógica industrial, a lógica cívica tende a acionar os valores éticos da RSE e as motivações idealistas para se legitimar. Estes valores éticos foram acionados quando em causa estava o reforço do papel que as organizações da saúde ocupam na salvaguarda dos direitos humanos, entre os quais, os direitos à saúde e à alimentação que se encontra consagrado na Carta dos Direitos Humanos. Neste caso foram privilegiadas as motivações idealistas, porque o principal intuito era o de salvaguardar que a autorrealização dos atores seria perseguida, por exemplo, através da

distribuição de bens a populações carenciadas ou a colaboradores que auferiam baixos rendimentos, delegando para segundo plano, a persecução de metas corporativas.

Enquanto nos programas de RSE suportados por redes de *stakeholders* internas tendiam a ser endossados pela lógica de justificação cívica, nos programas suportados por redes externas, predominou a lógica industrial. Tal fato levou-nos a colocar a hipótese de que para efeitos de mobilização interna, os colaboradores sentiam-se mais motivados para colaborar nos programas de responsabilidade social, quando sentiam que estavam a promover bem estar social, enquanto que os *stakeholders* externos se sentiam-se mais motivados para colaborar, quando consideravam que estavam a contribuir para a criação de ambientes mais estáveis e favoráveis à eficiência das suas organizações.

No que concerne aos públicos alvo dos programas de RSE, foram abrangidos em primeiro lugar, a comunidade em geral e os médicos em 24% dos programas cada, a gestão organizacional em 16%, os Investigadores em Saúde e o segmento composto por Crianças, em 12% cada, distribuindo-se os restantes 12% por vários grupos, incluindo outros profissionais de saúde. Importa destacar que houve uma tentativa de equilibrar o número de programas de RSE voltados para públicos alvo interno e externo. O número de programas de RSE que abrangeram os médicos foi o mesmo que abrangeu a comunidade em geral, ao contrário dos resultados gerais de Santos (2011) e PwC (2012), que apontavam para que as empresas em Portugal consideram mais estratégico o investimento na aquisição de sistemas e de tecnologias que possibilitam a optimização dos custos de produção do que nas comunidades locais.

Os programas de RSE do Grupo José de Mello Saúde ainda não foram certificados na ISO 26000 ou NP4469-01, embora todas as unidades do grupo se encontrem certificadas na área da qualidade, através da ISO 9001. Além da certificação da qualidade, o grupo certificou várias unidades, incluindo o hospital de Braga, na área do meio ambiente, com a ISO 14001. Isto mostra que o grupo JMS tem apostado na certificação enquanto ferramenta de valoração e de alocação mais eficiente dos recursos empregues na atividade hospitalar, ficando por esclarecer porque não o fez na área da RSE.

O meio de divulgação preferido pela JMS na divulgação da RSE tem sido fundamentalmente o website institucional, apesar de terem uma revista de distribuição gratuita nas unidades hospitalares. Contudo, o acesso às informações disponibilizadas

no website da JMS coloca vários entraves, de entre os quais o de não existir no website um apartado único que concentre toda a informação relacionada aos programas da RSE, que se encontra dispersa entre os relatórios de contas e de sustentabilidade; as informações disponibilizadas não indicam as datas em que os programas foram implementados, nem tampouco o número de pessoas abrangidas, os impactes gerados por estes programas, os tipos de contratos celebrados entre os *stakeholders* e os recursos transacionados entre eles. A nosso ver, as deficiências que destacamos indicam que ainda não foi desenhada uma estratégia de comunicação para a RSE na organização.

9.2.2. Hospitais Privados de Portugal/Lusíadas Saúde

Os HPP implementaram 139 programas de RSE, dos quais 62 tendo como suporte redes de *stakeholders* internas e 77 as redes de *stakeholders* externas.³⁹ A saúde preventiva foi a área da RSE na qual mais programas promoveu, sobretudo quando se encontra suportada por redes de *stakeholders* internas (32,3%). A segunda área preferida pelo grupo foi a da inovação gestionária 27,4%, seguida da inovação científica (21%), da inovação tecnológica (11,3%), do voluntariado (4,8)%, da inovação económica e da filantropia (ambas com 1,6%).

Os programas de filantropia consistiram maioritariamente na distribuição de bens, à semelhança do que se verificou nas outras duas organizações estudadas. A distribuição de bens constituiu a principal forma de implementação (80%), seguida do transporte gratuito de crianças 20%. Na inovação científica, as iniciativas foram de promoção do conhecimento científico (84,6%), formação científica (7,69%) e produção de conhecimento científico (7,7%).

No âmbito da saúde preventiva, os HPP diferenciaram-se dos seus congéneres por contemplarem a prestação de cuidados básicos de saúde, além das sessões de esclarecimento no âmbito da saúde preventiva e das ações de rastreio. As sessões de esclarecimento foram implementadas em 55% dos programas, seguidas das ações de rastreio em 35% e da prestação de cuidados básicos de saúde em 10%.

Na área da inovação gestionária, foi preferida a participação na organização de eventos desportivos. Por detrás desta opção, os HPP sublinharam os contributos que este tipo de iniciativas proporciona em termos de ganho de imagem e reputação para a organização e de promoção de hábitos saudáveis de vida junto das populações. Foi

³⁹ Anexo 1.

também adotada a participação na organização de eventos artísticos e culturais, mostrando que o setor privado da saúde vem buscando na contribuição para outros setores da sociedade, uma forma de alcançar a legitimidade e a licença da sociedade para operar.

No que concerne programas de voluntariado, destacamos a participação em iniciativas de voluntariado social, como por exemplo, as relacionadas à colheita de órgãos para transplantação e ao voluntariado médico. O desenvolvimento do voluntariado médico mostra que as organizações de saúde têm demonstrado interesse em implementar iniciativas não remuneradas no setor de mercado onde atuam, tendo em vista potencializar a criação de mais valias sociais. O voluntariado não foi uma área preferencial para os HPP; contudo, à semelhança do JMS, o grupo participou em iniciativas de voluntariado relacionadas com a angariação de doadores de medula óssea, numa altura em que o setor privado da saúde reclamava por uma participação maior na realização de transplantes em Portugal. Foi neste contexto, que os HPP tornaram a angariação de doadores de medula óssea na sua principal causas de voluntariado, objeto de metade das iniciativas, enquanto a organização de convívios e a angariação de fundos tomaram a outra metade.

No que concerne à inovação social, a HPP implementou apenas um projeto. À semelhança das outras duas organizações estudadas, o grupo privilegiou a promoção dos valores e das práticas de sustentabilidade como sua principal aplicação. Embora a área ambiental não tenha sido uma das áreas principais de atuação dos HPP na RSE, as poucas iniciativas implementadas incidiram nas campanhas de sensibilização para as alterações climáticas.

De um modo geral, os HPP ativaram em defesa dos programas de RSE a lógicas de justificação industrial (37,7%), sobretudo quando em causa estava o argumento de que, o grupo realiza todos os esforços para potenciar ganhos de eficiência. Os valores instrumentais serviram para destacar que era possível gerar ganho de eficiência para as organizações e para a satisfação de necessidades sociais através da alocação mais eficiente dos recursos existentes. A par dos valores instrumentais, são invocadas as motivações estratégicas de que autorrealização é alcançada através do cumprimento de objetivos organizacionais, mais precisamente, aqueles que se referem à maximização dos ganhos de eficiência.

Além das lógicas industriais, foi ainda invocada no enaltecimento dos programas de RSE a lógica cívica (36,4%), quando estava em causa a defesa de um bem universal, mais precisamente, o direito de acesso aos cuidados de saúde. Os HPP acionaram assim os valores éticos e as motivações idealistas da RSE, como por exemplo no propósito de “Contribuir para que sejam criadas as condições para a realização dos tratamentos de saúde nos países carenciados da CPLP” (CRIARS 2012). Os valores éticos foram acionados para justificar que o envolvimento da organização na criação de soluções para os programas sociais, deriva da posição que esta ocupa na sociedade. Enquanto que as motivações idealistas, para reforçar a importância dos profissionais buscarem a autorrealização através da promoção do bem comum, por exemplo através da prestação voluntária de cuidados de saúde.

O grupo HPP/Lusíadas acionou ainda, no enaltecimento dos programas da RSE, as lógicas do renome (26%), conforme comprova a citação extraída do website do grupo “A participação em grandes eventos desportivos contribui para que os HPP se afirmem enquanto uma referência na área da medicina desportiva ao mesmo tempo que promove a adopção de hábitos saudáveis de vida” (Anexo 1). Encontra-se explícito o desígnio de tornar-se numa referência para as organizações congéneres, nas áreas da medicina desportiva e da responsabilidade social. Associados, encontram-se novamente os valores instrumentais e as motivações estratégicas da RSE, os primeiros acionados pela ideia de que o investimento nas causas sociais eleva os ganhos reputacionais para a organização, ao mesmo tempo que promove o bem estar social, e as segundas para enfatizar as formas autorrealização dos atores que pressupõem o cumprimento de metas organizacionais, mais precisamente, as que se relacionam com a produção de ganho de imagem e reputação.

9.2.3. Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa implementou 94 programas de RSE, entre os quais 56 suportados por redes de *stakeholders* internas e 38 por redes de *stakeholders* externas.⁴⁰ A maioria correspondeu a iniciativas de filantropia (28, 57%). A seguir, surgiu a inovação social (23,2%), seguida da inovação gestionária (16,1)%, a saúde preventiva (10,7%), o meio ambiente (8,9%), o voluntariado e a inovação científica (5,4% casa) e, em último lugar, a inovação artística (1,79%).

⁴⁰ Anexo 7.

Quando analisamos os públicos / objetos alvo abrangidos pelos programas de RSE da SCML, verificamos que a comunidade em geral foi contemplada em 27,5% dos programas. Logo a seguir, surgiram os idosos (20%), seguido da própria organização (15%), dos jovens, das crianças e dos portadores de necessidades especiais (10%), e por último, o segmento da energia e das emissões de CO2 (5%). A SCML procura de certa forma, ajustar as orientações para a inclusão social dos grupos sociais compostos por colaboradores, crianças e idosos definidos pelos organismos internacionais, entre os quais, a Organização Internacional do Trabalho OIT, a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial da Saúde, nas decisões e estratégias internas implementadas. Sublinhamos o fato de ainda serem pouquíssimos raros os programas de RSE dirigidos especificamente às mulheres. Tal fato contraria os apelos de proteção da saúde da mulher estipulados pela Organização Mundial da Saúde (WHO 2015, 5).

A análise dos programas suportados por redes de *stakeholders* externas mostrou que a SCML recorreu a estas preferencialmente na inovação social (55,3%) seguida do voluntariado (18,5%) e do meio ambiente (10,5%), da filantropia e da inovação gestonária (ambas em 5,26%) e a inovação tecnológica e a saúde preventiva (ambas em 2,63%).

A distribuição de bens constituiu a principal forma de implementação da filantropia (43,8%), seguida pela atribuição de subsídios (37,5%) e pelos patrocínios (18,8%). A filantropia assentou essencialmente nas redes de *stakeholders* internos.

As formas de implementação do voluntariado foram essencialmente a confeção de refeições, o levantamento de dados e as reparações de habitações, todas em partes iguais. De um modo geral, o voluntariado representou uma das áreas de preferência da SCML em matéria de Responsabilidade Social. Destacamos que as iniciativas desenvolvidas neste âmbito, tiveram como públicos alvo essencialmente os idosos. Como é de conhecimento geral, os idosos constituem o principal público alvo das iniciativas de responsabilidade social da SCML. Os programas de voluntariado promoveram a consolidação de redes de *stakeholders* envolvendo atores externos, entre os quais, grandes empresas e ONGs. O setor empresarial foi um dos principais parceiros da SCML na implementação da RSE, e os programas de voluntariado empresarial serviram de plataforma para o fortalecimento das parcerias consolidadas.

No campo da inovação científica, única forma usada foi a atribuição de prémios a investigações científicas, ao passo que a inovação tecnológica foi desencadeada

necessidade de desenhar brinquedos ajustados a crianças portadoras de necessidades especiais, levando o Centro de Medicina e Reabilitação de Alcoitão, da SCML, à estabelecer uma parceria com a Aldeia Santa Isabel. No âmbito da inovação artística, a SCML optou pela organização de concursos no âmbito da criatividade no Design.

No que diz respeito à inovação gestonária, a SCML utilizou a criação de uma plataforma de distribuição de bens doados, a organização de eventos, a introdução de meios de divulgação, o reforço dos critérios de igualdade de género, o reforço dos critérios de segurança, e a promoção dos valores do conceito de missão. Além destas ferramentas, a Santa Casa adotou ainda a imposição de critérios de eficiência ambiental aos seus fornecedores, como principal forma de implementação da RSE na inovação gestonária. Enquanto na fase do planeamento, o suporte de organizações externas foi decisivo, na fase da implementação, a organização socorreu-se basicamente das redes de parcerias internas, constituídas pelos colaboradores.

Nota-se a preferência da instituição pela área da inovação social, que tanto pressupõe o suporte dos *stakeholders* internos como externos. As formas preferidas na implementação da inovação social em articulação com *stakeholders* externos, foram a promoção dos valores e das práticas de sustentabilidade (71,4%) e o incentivo ao empreendedorismo social (28,6%). A inovação social é funciona como um meio de promoção dos valores e das práticas de sustentabilidade e dos direitos sociais, incluindo a salvaguarda dos direitos de inclusão das pessoas idosa, deficientes, crianças e jovens, no campo social e económico.

No plano da sustentabilidade ambiental, a necessidade de elevar os ganhos de eficiência energética e hídrica, levou a SCML apostar no desenvolvimento de ações de formação junto dos seus colaboradores. Além das ações de formação, a SCML encomendou a realização de estudos sobre o perfil energético e hídrico dos seus edificios a entidades externas. A organização optou pela realização de estudos em 80% dos programas da RSE na esfera ambiental, seguido das atividades de florestação em 20%.

Tendo em conta o contexto de risco iminente de atividade sísmica em Lisboa, a SCML desenvolveu ainda iniciativas de sensibilização da comunidade em geral, com vista a alertar para os perigos das catástrofes naturais.

Quanto aos programas relacionados à saúde preventiva, as formas utilizadas foram as ações de rastreio (33,3)%, seguida da promoção de hábitos saudáveis de vida, da distribuição gratuita de vacinas, da distribuição gratuita de frutas e da realização de exames preventivos (16,7 % cada). Ao introduzir a questão da alimentação saudável como forma de prevenção de doenças, a SCML pretendeu contribuir para a alteração dos paradigmas da saúde, tal como do papel dos profissionais de saúde no contexto atual. As ações de rastreio foram a principal forma de implementação dos programas de saúde preventiva, tanto numa lógica individual como numa lógica de redes. Contudo, a saúde preventiva não constituiu uma área de eleição da responsabilidade social para a SCML. Apesar disso, é de referir que a organização vem desenvolvendo programas internos no âmbito da prevenção de doenças laborais.

De um modo geral, foram acionadas as lógicas de ação industrial e cívica no enaltecimento dos programas de RSE. A organização tem procurado conformar no interior da sua lógica justificativa, as demandas existentes em termos do cumprimento dos objetivos corporativos e de produção de bem estar social, à semelhança dos congéneres de estatuto privado- lucrativo. Mostrou ainda que as lógicas de ação industrial foram suportadas maioritariamente pelos valores instrumentais e pelas motivações estratégicas da RSE, enquanto que as lógicas cívicas pelos valores éticos e pelas motivações idealistas.

A lógica industrial enfatiza a criação de contextos mais favoráveis à eficiência das organizações, incluindo a eficiência ambiental. Logo, o investimento no desenvolvimento de novas competências sociais, profissionais, humanas e tecnológicas compreende o meio através do qual os desígnios instrumentais são alcançados. No que concerne à lógica cívica, foi suportada nos valores éticos e nas motivações idealistas da RSE. Os valores éticos foram invocados para reforçar o dever ético da SCML de contribuir para o bem comum. Quanto às motivações idealistas, estas foram invocadas pela instituição enfatizando a orientação dos seus atores para se autorrealizarem promovendo o bem comum, como seja através da implementação de iniciativas relacionadas com o gasto racional dos recursos energéticos: “Otimizar a performance ambiental da Santa Casa no que respeita aos seus consumos energéticos, em linha com as melhores práticas” (SCML 2014, 41).

A lógica do renome foi utilizada sobretudo nas iniciativas envolvendo *stakeholders* externos, para destacar o desígnio de maximização dos ganhos de imagem

e reputação para a Santa Casa (SCML 2014, 74). Tal facto reforça o entendimento que a RSE, funciona como um meio de produção de ganho de imagem e reputação, incluindo para as organizações do setor social e do setor da saúde. Quanto às motivações invocadas associada à lógica de renome, foram do tipo estratégico, porque enfatizavam o desígnio de conduzir os atores a buscarem a autorrealização através da implementação de iniciativas que visam produzir ganho de imagem e reputação para a organização.

Conclusões

O tema da RSE no setor da saúde encontra-se subexplorado, quer do ponto de vista conceptual, quer do empírico. A fraca importância atribuída a esta prática para sustentabilidade do setor reflete-se na fraca adesão das organizações aos documentos normativos (ENDS, ONU, EU), às redes de sustentabilidade Europeias e Portuguesas (Global Compact, RSO, GRACE), aos sistemas de auditoria e de certificação em RSE (ISO 26000) e aos *rankings* internacionais (Dow Jones Sustainability Index).

Apesar da fraca adesão assinalada, algumas organizações ligadas à saúde têm desenvolvido com mérito modelos de gestão em RSE de reconhecimento internacional, mas apenas empresas ligadas ao setor farmacêutico. Contudo, importa destacar que as organizações ligadas à produção de serviços em saúde têm procurado aos poucos adaptar os seus modelos e as suas práticas de acordo com os ditames da Sustentabilidade e da Responsabilidade Social, como pudemos constatar em nos casos portugueses estudados.

Alguns entraves que a expansão da RSE encontra na saúde são a ausência de formação académica e profissional específica nesta área, a ausência de orientações político-programáticas específicas para o setor, a inexistência de vontade política das autarquias locais, a fraca capacidade para o trabalho continuado em rede de parcerias das organizações, e a diversidade de valores pessoais dos gestores.

A superação destes entraves, exigiria que fossem introduzidas formações ligadas à Responsabilidade Social dos Hospitais nos cursos de formação em gestão na saúde, e/ou criados cursos de formação pós-graduada nesta área, oferecidos cursos técnicos em gestão da RSE nos Institutos do Emprego e da Formação Profissional em parceria com as agências de consultoria e de certificação em Portugal (ex. APEE, GRACE, BCSD), criada uma Agenda Nacional para a Responsabilidade Social da Saúde e dos Hospitais, que fosse promovido um *ranking* dos Hospitais Socialmente Responsáveis, e por fim, que fossem disponibilizados fundos de apoio à investigação científica nesta área.

Apesar do vazio político-normativo, a RSE passou a integrar as opções estratégicas dos grupos de saúde envolvidos nas parcerias público-privadas de gestão de hospitais, principalmente a partir de 2008. Os dados levantados no estudo apontam,

como uma importante motivação para esta introdução, o desígnio de legitimar esse modelo de gestão, em torno do qual foi observado um elevado grau de críticas públicas nas fontes jornalísticas analisadas; e, por extensão, do próprio setor privado lucrativo de prestação de cuidados hospitalares.

Apesar de recente, a implementação da RSE nos hospitais não gerou contestação social, antes pelo contrário, incentivou a criação de redes de parcerias envolvendo os diversos setores da sociedade, em especial, as comunidades locais. A nossa análise mostrou que as lógicas de justificação industrial e cívica integraram a maioria dos argumentos construídos em torno dos programas da RSE, sobretudo nos questionários e nos websites, a que se associa a lógica de renome quando estão em questão os ganhos reputacionais. Tal fato ilustra o interesse demonstrado pelos atores e pelas organizações no sentido de tentar equilibrar os desígnios de maximização de eficiência das organizações e os desígnios de produção de bem estar social, embora com cambiantes. Tendencialmente, as lógicas de justificação industrial e de renome tendem a associar-se aos programas de RSE ligados à inovação de âmbito tecnológico, económico ou gestor; as lógicas cívicas, aos programas ligados à saúde preventiva.

Embora os três grupos hospitalares estudados tenham demonstrado partilhar lógicas de justificação, valores e práticas similares, verificamos a existência de divergências envolvendo os gabinetes da RSE e os conselhos de administração. A nosso ver, a natureza da função de cada um potencia o surgimento de divergências. Enquanto recaem sobre os conselhos de administração as exigências em termos de definição de metas e objetivos, sobre os gabinetes da RSE, as de mobilização de recursos e capital humano. Por outro lado, a atribuição da responsabilidade de gestão da RSE na estrutura organizacional não se encontra autonomizada e é diferenciada, envolvendo departamentos com missões principais muito diversas e profissionais com culturas e motivações também diferentes.

A diversidade constatada em termos de lógicas, valores e de práticas indicia, em primeiro lugar, que a diversificação de orientação ética constitui um terreno fértil para o desenvolvimento da RSE, podendo no entanto constituir um obstáculo a graus mais elevados de consensualização e estabilização de redes em *clusters*; em segundo lugar, mostra que os grupos hospitalares podem constituir um veículo de promoção dos valores e das práticas da RSE, pelo fato de estarem inseridos em redes de parcerias multisetoriais. A diversidade de orientações valorativas face à RSE torna-a um campo

potencialmente controverso, e cuja ampliação na área da saúde necessitará de envolver trabalho de consensualização pelos atores organizacionais e institucionais entre si, com os seus *stakeholders* e com os atores político-administrativos, especialmente as autarquias locais, que a desenvolver-se constituirá m objeto pertinente para futura investigação sociológica.

As investigações futuras poderão também buscar identificar, descrever e analisar as motivações dos médicos e dos enfermeiros envolvidos nos programas da RSE, visto que representam a principal mão de obra voluntária mobilizada pelos hospitais em Portugal nos seus programas de RSE. Estudos futuros poderia ainda tentar medir as vantagens produzidas pela RSE aos grupos hospitalares, em termos de angariação de novos clientes e de produção de ganho de imagem e reputação.

Referências

- AccountAbility. 2008. *AA1000 Assurance Standard 2008*. London e Washington: AccountAbility UK e AccountAbility North America.
<http://www.accountability.org/standards/aa1000as/index.html>
- Almeida, Filipe. 2010. *Ética, Valores Humanos e Responsabilidade Social das Empresas*. Cascais: Principia.
- Anuniação, Alan L., e Elma Zoboli. 2008. “Hospital: Valores Éticos que Expressam sua Missão”. *Revista da Associação Médica Brasileira* 54(6): 522-8.
doi 10.1590/S0104-42302008000600017
- APEE. 2008. NP 4469-1. *Sistema de Gestão da Responsabilidade Social. Parte I: Requisitos e Linhas de Orientação para a Sua Utilização*. Lisboa: Associação Portuguesa de Ética Empresarial.
- ARP. 2008. Accountability Rating Portugal.
http://www.portucelsoporcel.com/var/ezdemo_site/storage/original/application/c558b458202557ab515d2b01cee72560.pdf, consultado em 20 de Dezembro de 2015.
- Assembleia da República. 1990. Lei n.º 48/1990 de 24 de Agosto: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República* 1ª Série (195), 24 de agosto.
<https://dre.pt/application/file/574059>
- 1999a. Decreto-Lei n.º 54-A/99, de 22 de Fevereiro: Plano Oficial de Contabilidade das Autarquias Locais. *Diário da República* 1ª Série-A (44), 22 de fevereiro.
http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_busca_art_velho.php?nid=2155&artigonum=2155X0001&n_versao=1&so_miolo=.
- 1999b. Lei n.º 159/99 de 14 de Setembro: Estabelece o Quadro de Transferência de Atribuições e Competências para as Autarquias Locais. *Diário da República* 1ª Série-A (215), 14 de setembro. <https://dre.pt/application/file/570594>
- 2013. Lei n.º 75/2013 de 12 de setembro: Estabelece o Regime Jurídico das Autarquias Locais, Aprova o Estatuto das Entidades Intermunicipais, Estabelece o Regime Jurídico da Transferência de Competências do Estado para as Autarquias Locais e para as Comunidades Intermunicipais e Aprova o Regime Jurídico do Associativismo Autárquico. *Diário da República* 1ª Série (176), 12 de setembro.
<https://dre.pt/application/file/499961>
- Bankowski, Zbigniew, e John H. Bryant (eds). 1988. *Health Policy, Ethics, and Human Values: European and North American Perspectives: Conference Highlights, Papers and Discussions*. XXIst CIOMS Conference, Noordwijk aan Zee, The Netherlands. June 2-5, 1987. Geneva: CIOMS.
- Barbeira, Marisa, Mário Franco, e Heiko Haase. 2012. “Knowledge Sharing in Networks within the Healthcare Sector: Measuring Knowledge Capabilities”. In *Proceedings of the 13 European Conference on Knowledge Management, Universidad Técnica de Cartagena, Spain, 6-7 September 2012*, vol. 1, organizado por Juan Gabriel Cegarra, 37-47. Reading, Academic Publishing International.
<https://books.google.pt/books?id=fnEHBAAAQBAJ&pg=PA37&dq=Barbeira+Franco+Haase.+2012.+Knowledge+Sharing+in+Networks&hl=en&sa=X&ved=0CB0Q6AEwAGoVChMIyLyzmNHvyAIVAUQaCh2RtgCl#v=onepage&q=Barbeira%20Franco%20Haase.%202012.%20Knowledg e%20Sharing%20in%20Networks&f=false>

- Bartley, Tim. 2007. "Institutional Emergence in an Era of Globalization: The Rise of Transnational Private Regulation of Labor and Environmental Conditions". *American Journal of Sociology* 113(2): 297-351.
<http://www.jstor.org/stable/10.1086/518871>
- Beck, Ulrich. 1992. *Risk Society: Towards a New Modernity*. London: Sage.
- Beck-Gernsheim, Elizabeth. 2000. "Health and Responsibility: From Social Change to Technological Change and Vice Versa". In *The Risk Society and Beyond: Critical Issues for Social Theory*, organizado por Barbara Adam, Ulrich Beck e Joostvan Loon, 122-35. London: Sage.
- Benatar, Solomon R., Abdallah S. Daar, e Peter A. Singer. 2003. "Global Health Ethics: The Rationale for Mutual Caring". *International Affairs* 79(1): 107-38.
<http://www.jstor.org/stable/3095544>
- Blowfield, Michael, e Alan Murray. 2008. *Corporate Responsibility: A Critical Introduction*. Oxford e New York: Oxford University Press.
- Blumer, Herbert. 1954. "What is Wrong with Social Theory?". *American Sociological Review* 19(1), 3-10.
- Boltanski, Luc. 2001. "A Moral da Rede? Críticas e Justificações nas Recentes Evoluções do Capitalismo". *Fórum Sociológico*, 2ª série (5/6): 13-35.
<http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/Artigo1.pdf>
- e Eve Chiapello. 2009. *O Novo Espírito do Capitalismo*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- e Laurent Thévenot. 2006. *On Justification. Economies of Worth*. Translated by Catherine Porter. Princeton University Press. Princeton and Oxford. United States of America.
- Brandão, Cristina, Guilhermina Rego, Ivone Duarte, e Rui Nunes. 2012. "Social Responsibility: A New Paradigm of Hospital Governance?" *Health Care Analysis* 21(4): 390-402. doi 10.1007/s10728-012-0206-3
- Burns, Tom, e Nora Machado. 2014. "Social Rule System Theory: Universal Interaction Grammars". *CIES e-Working Papers* (175).
http://www.cies.iscte.pt/np4/?newsId=453&fileName=CIES_WP175_Burns_Machado.pdf
- Caillouette, J., Garon, S., Dallaire, N., Boyer, G., Ellyson, A. 2009. Étude de pratiques innovantes en développement des communautés dans les sept Centre de services de santé et de services sociaux de l'Estrie. Analyse transversale de sept études de cas. Cahier du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), (ET090).
- Campos, António Correia. 1991. Estado-Providência. Perspectivas e Financiamento: O Caso da Saúde. *Sociologia, Problemas e Práticas*, (9), 9-26.
- Caronna, Carol A. 2004. "The Misalignment of Institutional 'Pillars': Consequences for the U.S. Health Care Field". *Journal of Health and Social Behavior*, 45 (extra issue), 45-58. <http://www.jstor.org/stable/3653823>
- Carroll, Archie B. 1991. "The Pyramid of Corporate Social Responsibility: Toward the Moral Management of Corporate Stakeholders". *Business Horizons* 34(4) 39-48. doi 10.1016/0007-6813(91)90005-G
- Castells, Manuel. 2002. *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura*, vol. 1, *A Sociedade em Rede*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cefaii, Daniel. 2009. "Como nos Mobilizamos? A Contribuição de uma Abordagem Pragmatista para a Sociologia da Ação Coletiva". *Dilemas: Revista de Estudos de*

- Clarke, Adele E., Laura Mamo, Jennifer R. Fishman, Janet K. Shim e Jennifer R. Fosket. 2003. "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine". *American Sociological Review* 68(2):161-94. <http://www.jstor.org/stable/1519765>
- CLAS. 2008. *Plano de Desenvolvimento Social 2008-2011*. Cascais: Conselho Local de Acção Social (CLAS) de Cascais. http://www.redesocialcascais.net/index.php?option=com_remository&Itemid=110&func=startdown&id=68
- . 2012. *II Plano de Desenvolvimento Social de Cascais PDS 2012-2015*. Cascais: Conselho Local de Acção Social (CLAS) de Cascais. http://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/plano_de_desenvolvimento_social_de_cascais_2012-2015.pdf
- CMC. 2008a. *Agenda XXI de Cascais*. Cascais: Câmara Municipal de Cascais.
- . 2008b. "Sociodemografia, Socioeconomia e Parque Habitacional". In *Revisão do Plano Director Municipal de Cascais*, por Direcção Municipal de Planeamento do Território e da Gestão Urbanística, Divisão do Plano Director Municipal. Cascais: Câmara Municipal de Cascais. http://www.cm-cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/3_sociodemografia_socioeconomia_parque_habitacional.pdf
- . 2011. *Apresentação Censos 2011: Demografia de Cascais*. Cascais: Câmara Municipal de Cascais.
- . 2012. *1º Encontro de Saúde: Promoção e Qualidade de Vida. A Promoção da Saúde no Município de Cascais*. <http://www.cm-cascais.pt/1o-encontro-saude-cascais-promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida>
- CML. 2009. *Carta de Equipamentos de Saúde de Lisboa*. Lisboa: Câmara Municipal de Lisboa. http://www.cm-lisboa.pt/fileadmin/VIVER/Urbanismo/urbanismo/planeamento/pdm/docs/revisao/docs/equipamentossaude/Carta_dos_Equipamentos_Saude_Marco_2009.pdf
- CMO. 2009. *Oeiras, Factos e Números 2009*. Oeiras: Município de Oeiras. http://www.cm-oeiras.pt/voeiras/Concelho/CaraMapEst/OeirasFactoseNumeros/Documents/factos_numeros.pdf
- . 2012a. *Plano de Prevenção de Riscos de Gestão do Município de Oeiras: Incluindo os Riscos Corrupção e Infrações Conexas*. Oeiras: Município de Oeiras. <http://www.cm-oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/Documents/PPRG2012corrigido.pdf>
- . 2012b. *Carta Social do Concelho de Oeiras*. Oeiras: Município de Oeiras. http://www.cm-oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/Documents/Carta_Social_Oeiras_Net.pdf
- . [2014]. *GOP: Grandes Opções do Plano e Orçamento*. Oeiras: Município de Oeiras. <http://www.cm-oeiras.pt/municipio/DocEcoFinEst/GraOpcPla/Documents/GOP2015Total.pdf>
- Colgan, Charles S., e Colin Baker. 2003. "A Framework for Assessing Cluster Development". *Economic Development Quarterly* 17(4): 352-66. doi 10.1177/0891242403256667
- Comissão Europeia. 2001. COM(2001) 366 final. *Livro Verde: Promover um Quadro Europeu para a Responsabilidade Social das Empresas*. [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/deve/20020122/com\(2001\)366_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/deve/20020122/com(2001)366_pt.pdf)

- Comissão Europeia. 2002. COM(2002) 347 final. *Responsabilidade Social das Empresas: Um contributo das Empresas para o Desenvolvimento Sustentável*. Comunicação da Comissão Europeia aos Estados Membros de 2 de Julho de 2002. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/?uri=URISERV:n26034>
- 2004. COM(2004) 611 final. *Para Prevenir e Combater as Práticas Abusivas nos Domínios Financeiros e das Sociedades*. Comunicação da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu de 27 de Setembro de 2004. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006PC0232&from=EN>
- 2006. COM(2006) 232 final. *Proposta de Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho que Estabelece um Quadro para a Protecção do Solo e Altera a Directiva 2004/35/CE*. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2006:0232:FIN>
- 2007. COM(2007) 279 final. *Livro Branco: Uma Estratégia para a Europa em Matéria de Problemas de Saúde Ligados à Nutrição, ao Excesso de Peso e à Obesidade*. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_wp_pt.pdf
- 2011. COM(2011) 681 final. *Responsabilidade Social das Empresas: Uma Nova Estratégia da UE Para o Período de 2011-2014*. Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu, ao Comité Económico e Social Europeu e ao Comité das Regiões. [http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com\(2011\)0681_/com_com\(2011\)0681_pt.pdf](http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/com/com_com(2011)0681_/com_com(2011)0681_pt.pdf)
- Conselho de Prevenção da Corrupção. Recomendação 1/2009, de 22 de Julho: Aprova a recomendação sobre planos de gestão de riscos de corrupção e infracções conexas. Diário da República - 2.ª Série, Nº 140, de 22 de Julho. <https://dre.tretas.org/dre/257660/>.
- Costa, Alice. 2011. “Um Estudo Comparativo sobre os Padrões de Responsabilidade Social das Empresas em Portugal e no Brasil. Responsabilidade Social”. In *Uma Visão Ibero-Americana*, organizado por Maria Alice Costa, Maria João Santos, Fernando Miguel Seabra e Fátima Jorge, 23-57. Coimbra: Almedina.
- CRIARS 2012. “Hospitais Privados de Portugal”. Power point apresentado pelo Grupo HPP no Congresso Ibero- Americano da Responsabilidade Social CRIARS 2012 no dia 28 de Outubro de 2012. Lisboa: Instituto Superior de Economia e Gestão ISEG/ UL.
- De Bakker, Frank G. A., Peter Groenewegen, e Frank Den Hond. 2005. “A Bibliometric Analysis of 30 years of Research and Theory on Corporate Social Responsibility and Corporate Social Performance”. *Business & Society* 44(3): 283-317. doi 10.1177/0007650305278086
- Esgaio, Ana Cláudia G., e Hermano Duarte de A. Carmo. 2014. “Parcerias em Contexto Local: Um Caminho para a Sustentabilidade? O Caso de Oeiras”. In *Responsabilidade Social: Na Governação, nas Empresas e nas Organizações Não Empresariais: Do Diagnóstico à Ação*, organizado por Maria João Santos, Fernando Miguel Seabra, Fátima Jorge, e Alice Costa, 33-53. Coimbra: Almedina.
- Eugénio, Teresa, e Sónia Gomes. 2013. “Verificação aos Relatórios de Sustentabilidade: Um Desafio para os Revisores Oficiais de Contas”. *Revisores E Auditores* (Abril-Junho de 2013): 37-44. <http://www.oroc.pt/fotos/editor2/Revista/61/Auditoria2.pdf>

- Ewalt, Jo Ann G. 2001. "Theories of Governance and New Public Management: Links to Understanding Welfare Policy Implementation". Paper apresentado à Annual Conference of the American Society for Public Administration, Newark NJ, 12 de março. <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/aspa/unpan000563.pdf>
- Fennell, Mary L., e Jeffrey A. Alexander. 1993. "Perspectives on Organizational Change in the US Medical Care Sector". *Annual Review of Sociology*. 19: 89-112. doi 10.1146/annurev.so.19.080193.000513
- Fernandes, Ana Cristina, e João Policarpo R. Lima. 2006. "Cluster de Serviços: Contribuições Concetuais com Base em Evidências do Pólo Médico do Recife". *Nova Economia* 16(1): 11-47. doi 10.1590/S0103-63512006000100001
- Fernandes, Olívia R. A. 2008. *Diversidade Regional e Dinâmicas Demográficas: Área Metropolitana de Lisboa 2001-2025*. Dissertação de Mestrado. ISEGI, Universidade Nova de Lisboa. <http://run.unl.pt/bitstream/10362/2438/1/TGI0002.pdf>
- Ferrão, João. 2012. "Responsabilidade Social Territorial e Localismo Ético". *Revista de Economia Solidária* (5): 19-39. <http://hdl.handle.net/10451/7886>
- Fransen, Luc. 2011. "Multistakeholder Governance and Voluntary Programme Interactions: Legitimation Politics in the Institutional Design of Corporate Social Responsibility". *Socio-Economic Review*. (10):163-192. doi: 10.1093/ser/mwr029.
- Freitas, Mónica. 2008. *Estudo das Potencialidades e Dificuldades para a Constituição de um Cluster Hospitalar no Concelho de Cascais*. Relatório de Estágio de Mestrado, FCSH, Universidade Nova de Lisboa.
- Friedman, Milton. 1970. "The Social Responsibility of Business is to Increase its Profits". *The New York Times Magazine*, 1-6. <http://umich.edu/~thecore/doc/Friedman.pdf>.
- Garriga, Elizabet, e Domènec Melé. 2004. "Corporate Social Responsibility Theories: Mapping the Territory". *Journal of Business Ethics*, 53(1): 51-71. <http://link.springer.com/article/10.1023/B%3ABUSI.0000039399.90587.34>
- Génard, Jean-Louis. 1992. *Sociologie de L'Étique*. Paris: L'Harmattan.
- Giddens, Anthony. 1997. *Modernidade e Identidade Pessoal*. Oeiras: Celta.
- 2005. *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta.
- Gilbert, Neil. 2004. *Transformation of the Welfare State: The Silent Surrender of Public Responsibility*. Oxford e New York: Oxford University Press.
- Global Compact Network Portugal. <http://globalcompact.pt>. Último acesso: 8 de novembro.
- Gomes, Sónia Ferreira. 2012. *Auditoria aos Relatórios de Sustentabilidade das Empresas Portuguesas: Uma Visão sobre o Estado da Arte e a Perceção dos Revisores Oficiais de Contas*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Tecnologia e Gestão, Instituto Politécnico de Leiria. https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/737/1/MCG_Sonia%20Gomes_Auditoria%20aos%20relatorios%20de%20sustentabilidade%20das%20empresas%20portuguesas.pdf
- Governo de Portugal. 1993. Decreto-Lei n.º 11/93 [Estatuto do Sistema Nacional de Saúde]. *Diário da República*, 1.ª Série-A (12), 15 de janeiro. <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/30D86424-D74F-4C5B-B55E-3615B3ABC5A5/0/01290134.pdf>
- 1997. Presidência do Conselho de Ministros. Resolução do Conselho de Ministros 197/97 de 18 de Novembro: Proceda ao reconhecimento público da denominada "rede social". *Diário da República* 1.ª Série-B (267), 18 de Novembro. <https://dre.tretas.org/dre/87935/>.

- Governo de Portugal. 2002. Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2002 [Designa o Instituto do Ambiente, do Ministério do Ambiente e Ordenamento do Território, como entidade responsável pela elaboração do Plano Nacional de Ambiente e Desenvolvimento Sustentável]. *Diário da República* 1ª Série-B (51), 1 de março. <https://dre.pt/application/file/254103>
- 2004. Resolução do Conselho de Ministros n.º 180/2004 [Objetivos, Vetores Estratégicos e Processo de Elaboração Final da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável (ENDS) 2005-2015]. *Diário da República* I Série-B (298), 22 de dezembro. <https://dre.pt/application/file/219641>
- 2005. Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2005 [Procedimento para a Elaboração da Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável]. *Diário da República* I Série-B (124), 30 de junho. <https://dre.pt/application/file/233669>
- 2007. “Resolução do Conselho de Ministros n.º 109/2007” [Estratégia Nacional de Desenvolvimento Sustentável: ENDS – 2015 (ENDS) e Respetivo Plano de Implementação (PIENDS)]. *Diário da República*, 1ª Série (159), 20 de agosto. <https://dre.pt/application/dir/pdfs/2007/08/15900/0540405478.pdf>
- 2008. “Resolução do Conselho de Ministros n.º 91/2008” [Plano Nacional de Ação Ambiente e Saúde 2008-2013 (PNAAS)]. *Diário da República*, 1ª Série (107), 4 de junho. <https://dre.pt/application/dir/pdfs/2008/06/10700/0310603179.PDF>
- 2012. Presidência do Conselho de Ministros. Declaração de Retificação 12/2012, de 27 de Fevereiro. Retifica o Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, do Ministério da Saúde, que aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde. *Diário da República* 1ª Série (41), 27 de fevereiro. <https://dre.tretas.org/dre/1312076/>
- 2015. Presidência do Conselho de Ministros. Decreto-lei 30/2015, de 12 de Fevereiro: Estabelece o regime de delegação de competências nos municípios e entidades intermunicipais no domínio de funções sociais. *Diário da República*, 1ª Série I (30), 12 de fevereiro. <https://dre.tretas.org/dre/418339/>.
- Granovetter, Mark. 1983. “The Strength of Weak Ties: A Network Theory Revisited”. *Sociological Theory* 1: 201-33. doi 10.2307/202051.
- 2003. “Acção Económica e Estrutura Social: O Problema da Incrustação” in *A Nova Sociologia Económica*, organizado por J. Peixoto e R. Marques, 69-102. Oeiras: Celta.
- GRI e ISO. 2014. *GRI 4 Guidelines and ISO 26000:2010: How to Use GRI 4 Guidelines and ISO 26000 in Conjunction*. Amsterdam e Geneva: Stichting Global Reporting Initiative e International Organization for Standards. http://www.iso.org/iso/iso-gri-26000_2014-01-28.pdf
- Haritos, Rosa, e Thomas R. Konrad. 1999. “A Timely Partnership: Sociology and Health Services Research”. *Contemporary Sociology* 28(5): 529-36. <http://www.jstor.org/stable/2654989>
- Hewison, Alistair. 2002. “Managerial Values and Rationality in the UK National Health Service”. *Public Management Review* 4(4): 549-79. doi 10.1080/14616670210164762.
- Hjern, Benny, e David O. Porter. 1981. “Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis”. *Organization Studies* 2(3): 211-27. doi 10.1177/017084068100200301
- INE. 2012. *Censos 2011. XV Recenseamento Geral da População. V Recenseamento Geral da Habitação. Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISSN 2182-4215.

- Ismael, Barry Anthony. 2008. "Clusters And Competitiveness: The Development of Sustainable Competitive Industries in Small Developing Countries". *The Round Table: The Commonwealth Journal of International Affairs*. 97(396): 453-74. doi 10.1080/00358530802057517
- ISO. <http://www.iso.org/iso/home.htm>. Geneva: International Organization for Standards. Último acesso: 3 de novembro de 2015.
- . 2014. *26000 Guidance on Social Responsibility: Discovering ISO 26000*. Geneva: International Organization for Standards. http://www.iso.org/iso/discovering_iso_26000.pdf
- Jameton, Andrew, and Catherine McGuire. 2002. "Toward Sustainable Health-Care Services: Principles, Challenges, and a Process". *International Journal of Sustainability in Higher Education* 3(2): 113-27. doi 10.1108/14676370210422348.
- JMS. [2012]. *Relatório e Contas 2011*. Carnaxide: José de Mello Saúde. <https://www.josedemellosaude.pt/ResourceLink.aspx?ResourceName=R%2526C%2BJMS%2B2011.pdf>
- . [2013a]. *Qualidade Clínica 2012*. Carnaxide: José de Mello Saúde. <https://www.josedemellosaude.pt/ResourceLink/4646/S%C3%ADntese%2BRelat%C3%B3rio%2BQualidade%2BCl%C3%ADnica%2B2012.pdf>
- . [2013b]. *Relatório de Sustentabilidade 2012*. Carnaxide: José de Mello Saúde. https://www.josedemellosaude.pt/ResourceLink/2715/Relatorio_Sustentabilidade_JMS_2012.pdf
- . [2014]. *Relatório de Sustentabilidade 2013*. Carnaxide: José de Mello Saúde. https://www.josedemellosaude.pt/ResourceLink/8978/Relat%25c3%25b3rio%2Bde%2BSustentabilidade%2BJMS%2B2013_PT.pdf
- Kinderman, Daniel. 2011. "Free us Up so We Can Be Responsible! The Co-Evolution of Corporate Social Responsibility and Neo-Liberalism in the UK, 1977-2010". *Socio- Economic Review*. (10): 29-57. doi: 10.1093/ser/mwr028.
- King, Brayden G., e Nicholas A. Pearce. 2010. "The Contentiousness of Markets: Politics, Social Movements, and Institutional Change in Markets". *Annual Review of Sociology* 36: 249-67. doi 10.1146/annurev.soc.012809.102606
- Kirschner, Ana Maria. 2006. "Sociologia da Empresa e Responsabilidade Social das Empresas". *Nueva Sociedad* (202): n/p. www.nuso.org/upload/articulos/3343_2.pdf
- Kotter, John. 1996. *Leading Change*. Boston: Harvard Business School Press.
- KPMG. 2005, International Survey of Corporate Responsibility Reporting. n/l: KPMG International.
- . 2008. *KPMG International Annual Review 2007: Borderless Markets Boundless Opportunities*. n/l: KPMG International. <https://www.kpmg.com/global/en/about/international-annual-review/previous/documents/kpmg-international-annual-review-2007.pdf>
- Lee, Min-Dong Paul. 2008. "A Review of the *Theories of Corporate Social Responsibility: Its Evolutionary Path and the Road Ahead*". *International Journal of Management Reviews* 10(1): 53–73. doi 10.1111/j.1468-2370.2007.00226.x
- Lisboa, Manuel. 2002. *A Indústria Portuguesa e os seus Dirigentes*. Lisboa: Educa.
- Lolas, Fernando. 2003. "Public Health and Social Justice: Towards Ethical Sustainability in Healthcare and Research". *Acta Bioethica* 9(2): 189-94. doi 10.4067/S1726-569X2003000200005
- Lutz, Sandy. 2008. "Choosing your Charity". *Journal of Healthcare Management* 53(5): 287-90. <http://search.proquest.com/openview/703984f1d54182fc393b5bdced7eb06c/1?pq-origsite=gscholar>

- Meneguzzo, Marco, Gloria Fiorani, Tania Keinert, e M. Mezzomo (2012). “Direito à Saúde, Auditorias Cívicas e Sustentabilidade no Sistema Nacional de Saúde na Itália”. *Direito à Saúde*, 12 (13).
- Ministério da Economia da Inovação e do Desenvolvimento. 2009. Decreto Lei n.º 65/2009 de 20 de Março: Enquadramento nacional de sistemas de incentivos ao investimento nas empresas. Diário da República - 1.ª Série, N.º 56, de 20 de Março. <https://dre.tretas.org/dre/248343/>.
- 2010. Portaria n.º 1101/2010 de 25 de Outubro: Regulamento do Sistema de Incentivos à Qualificação e Internacionalização de PMEs. Diário da República - 1.ª Série, N.º 207, de 25 de Outubro. <https://dre.tretas.org/dre/279919/>.
- Ministério da Saúde. 2004. *Plano Nacional de Saúde: Prioridades para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/pns-2004-2010/>
- 2010. *Atlas do Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/atlas-pns/>
- 2012. *Plano Nacional de Saúde PNS (2012-2016)*. Lisboa: Ministério da Saúde. <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. 2010. *Carta Social: Rede de Serviços e Equipamentos: Relatório 2010*. Lisboa: Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocial2010.pdf>
- Ministério das Finanças. 1986. Decreto-Lei 258/86: Aprovação do Quadro de Benefícios Fiscais. Diário da República - 1.ª Série, N.º 197, de 28 de Agosto. <https://dre.tretas.org/dre/3501/>.
- Ministério do Ambiente, Ordenamento Territorial e Energia. 2014. *Relatório do Estado do Ambiente: REA 2014 Portugal*. Lisboa: Agência do Ambiente, MAOTE. <http://sniamb.apambiente.pt/infos/geoportaldocs/REA/rea2014.pdf>
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. 2006. Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho: Regulamenta a rede social, definindo o funcionamento e as competências dos seus órgãos, bem como os princípios e regras subjacentes aos instrumentos de planeamento que lhe estão associados, em desenvolvimento do regime jurídico de transferência de competências para as autarquias locais. <https://dre.tretas.org/dre/198915/>
- Moon, Jeremy. 2004. “Government as a Driver of Corporate Social Responsibility”. *ICCSR Research Paper Series (20/2004)*. Nottingham: The University of Nottingham. International Centre for Corporate Social Responsibility. <http://www.nottingham.ac.uk/business/ICCSR/assets/researchpapers/20-2004.pdf>
- Mota, Goreti, e Alzira Dinis. 2005. “Responsabilidade Social das Empresas: Novo Modelo de Gestão para o Desenvolvimento Sustentável”. *Revista da Faculdade de Ciências e Tecnologia [Universidade Fernando Pessoa]* 2: 248-59. <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/583>
- Mueller, Keith J. 1993. *Health Care Policy in the United States*. Lincoln and London: University of Nebraska Press.
- Murillo, David, e Josep M. Lozano. 2009. “Pushing Forward SME CSR through a Network: An Account from the Catalan Model”. *Business Ethics: A European Review* 18(1): 7-20. Accessed March 13, 2013. doi 10.1111/j.1467-8608.2009.01545.x
- Oliveira, Joana N. 2012. *Corporate Social Responsibility Reporting: The Case of Portuguese Hospitals*. Relatório de Trabalho de Projeto de Mestrado. NSBE, Universidade Nova de Lisboa. <http://run.unl.pt/handle/10362/9529>

- OMS. 1997. “Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century”. *Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century*, Jacarta, 21-25 de julho. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/healthpromotion/milestones_jakarta.pdf
- 2004. *WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal 2004-2010*. Copenhaga: WHO Regional Office for Europe. www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/pns-evaluation-pdf.aspx
- 2006. *Engaging for Health: Eleventh General Programme of Work 2006-2015: A Global Health Agenda*. Geneva: World Health Organization.
<http://www.who.int/management/AGlobalHealthAgenda.pdf>
- 2010. *The World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/443711/1/9789241564021_eng.pdf
- 2012. *World Health Statistics 2012*. Geneva: World Health Organization.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/
- ONU. 2000. A/RES/55/2. *United Nations Millenium Declaration*. New York: United Nations. <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>
- 2010. *The Millenium Development Goals Report*. New York: United Nations.
<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Report%202010%20En%20r15%20-low%20res%2020100615%20-.pdf>
- Pais, José Machado. 2003. *Sociologia da Vida Quotidiana: Teorias, Métodos e Estudos de Caso*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- Pordata. 2013. *Retrato de Lisboa: Indicadores 2011*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://www.pordata.pt/Municipios/Retratos/2011/Retrato+de+Lisboa-1>
- 2015. *Municípios (indicadores atualizados em 2015)*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://www.pordata.pt/Municipios>.
- Porter, Michael E., e Mark R. Kramer. 2006. “Strategy and Society: The Link between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility”. *Harvard Business Review* 84(12). <https://hbr.org/2006/12/strategy-and-society-the-link-between-competitive-advantage-and-corporate-social-responsibility>
- 1996. *Clusters and Competition*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- PwC. 2012. *Responsabilidade Social Corporativa em Portugal*. Lisboa: PricewaterhouseCoopers Portugal.
https://www.pwc.pt/pt/sustentabilidade/images/pwc_responsabilidade_social_coporativa_portugal.pdf
- Rede Social de Oeiras. [2014]. *Plano de Desenvolvimento Social de Oeiras PDSO 2014-2017*. <http://www.cm-oeiras.pt/amunicipal/AcaoSocial/RedeSocial/Documents/Plano%20de%20Desenvolvimento%20Social%20de%20Oeiras%202014%20-%202017.pdf>
- Rego, Arménio, Miguel Pina Cunha, Nuno Costa, Helena Gonçalves, e Carlos Cabral-Cardoso. 2006. *Gestão Ética e Socialmente Responsável*. Lisboa: RH.
- Santos, Maria João Nicolau. 2010. “Repensar a Responsabilidade Social: Da Lógica Individual à Lógica de Rede”. Comunicação à 1ª Conferência Ibero- Americana de Responsabilidade Social, CES-Lisboa, 4-5 de fevereiro.
- 2011. “Corporate Social Responsibility in SME’s: Strategies, Motivations and Obstacles”. *Social Responsibility Journal* 7 (3): 490-508.
doi 10.1108/174711111111154581

- Scherer, Andreas Georg, e Guido Palazzo. 2011. “The New Political Role of Business in a Globalized World: A Review of a New Perspective on CSR and its Implications for the Firm, Governance and Democracy”. *Journal of Management Studies* (48)4: 899-931. doi 10.1111/j.1467-6486.2010.00950.x
- SCML. 2014. *Relatório de Sustentabilidade 2013*. Lisboa: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. http://microsite.scml.pt/relatorio_sustentabilidade/files/assets/basic-html/index.html#106
- Scott, William Richard. 1987. *Organizations: Rational, Natural, and Open Systems*. 2ª ed. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Martin Ruef, Peter J. Mendel, e Carol A. Caronna. 2000. *Institutional Change and Healthcare Organizations: From Professional Dominance to Managed Care*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Seabra, Fernando Miguel. 2011. “Responsabilidade Social na Europa: Marcos Institucionais: Benchmarking ao Caso Espanhol”. In *Responsabilidade Social: Uma Visão Ibero-Americana*, organizado por Maria Alice Nunes Costa, Maria João Santos, Fernando Miguel Seabra, e Fátima Jorge, 57-79. Coimbra: Almedina.
- Silvestre, Hugo Marco C., e Joaquim Filipe F. E. Araújo. 2009. “A Gestão por Resultados no Sector Público: O Caso dos Hospitais EPE”. Comunicação a conferência organizada pelo INA. <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/515>
- Smith, Alan D. 2008. “Corporate Social Responsibility Practices in the Pharmaceutical Industry”. *Business Strategies Series* 9(6): 306-15. doi 10.1108/17515630810923612
- Soulet, Marc-Henri. 2012. “Interpréter Sous Contrainte, ou le Chercheur Face à ses Données”. *Recherches Qualitatives (Hors-Série 12)*, 29-39.
- Sousa, Maria Teresa. 2012. *Os Contornos do Emprego e do Trabalho na Economia Social. Estudos de Caso nos Distritos de Viseu e da Guarda*. Tese de Doutoramento, ISEG, Universidade Técnica de Lisboa.
- Srour, R. H. 1998. *Poder, Cultura e Ética nas Organizações*. 8ª edição. São Paulo: Diversos.
- Stoker, Gerry. 1998. “Governance as Theory: Five Propositions”. *International Social Science Journal* 50(155): 17-28. doi 10.1111/1468-2451.00106
- Swift, Tracey, e Simon Zadeck. 2002. *Corporate Responsibility and the Competitive Advantage of Nations*. London e Copenhagen: AccountAbility e The Copenhagen Centre. <http://www.accountability.org/images/content/0/9/095/Competitive%20Advantage%20-%20Full%20Report.pdf>
- Tesler, Laura E., e Ruth E. Malone. 2008. “Corporate Philanthropy, Lobbying, and Public Health Policy”. *American Journal of Public Health* 98(12): 2123-33. doi 10.2105/AJPH.2007.128231
- Trentini, Mercedes, Lygia Paim, e Marta Lúcia Vásquez. 2011. “A Responsabilidade Social da Enfermagem frente à Política da Humanização em Saúde”. *Colombia Médica* 42(2 Supl.1): 95-102. <http://journals.indexcopernicus.com/abstract.php?icid=958152>
- Trigilia, Carlo. 2002. *Economic Sociology: State, Market, and Society in Modern Capitalism*. Oxford: Blackwell.
- UN Global Compact. <http://www.unglobalcompact.org>. Último acesso: 3 de novembro de 2015.

- UNESCO. 2005. *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*. Adotada pela Conferência Geral, 19 de outubro. Paris: UNESCO. http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- UNESCO-IBC. 2010. *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on Social Responsibility and Health*. Paris: UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001878/187899E.pdf>
- Uzzi, Brian (1997). “Social Structure and Competition in Interfirm Networks: The Paradox of Embeddedness”, *Administrative Science Quarterly*, 42 (1), 35-67. <http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392%28199703%2942%3A1%3C35%3ASSACII%3E2.0.CO%3B2-L>
- Vogel, David. 2006. *The Market for Virtue: The Potential and Limits of CSR*. Washington: The Brookings Institution.
- Walshe, Kieran, e Judith Smith. 2011. *Healthcare Management*. Berkshire: Open University Press.
- Zadeck, Simon. 2004. “The Path to Corporate Responsibility”. *Harvard Business Review* 82 (12): 352-366. <https://hbr.org/2004/12/the-path-to-corporate-responsibility/>
- John Sabapathy, Helle Dossing, e Tracey Swift. 2003. *Responsible Competitiveness: Corporate Responsibility Clusters in Action*. London e Copenhagen: AccountAbility e The Copenhagen Centre. <http://www.accountability.org/images/content/1/0/107/CR%20Clusters%20-%20Full%20Report.pdf>
- Zelizer, Viviana A. R. 1983. *Morals and Markets: The Development of Life Insurance in the United States*. New Brunswick NJ: Transaction Books.
- Zöller, Herbert (1987). “A European Health Policy for the 1980s and 1990s”. In *Health Economics: Prospects for the Future*, editado por George Smith Teeling, 101-113. Worcester: Billings and Sons.
- Zuckerman, Ezra W. 1999. “The Categorical Imperative: Securities Analysts and the Illegitimacy Discount”. *American Journal of Sociology* 104(5): 1398-438. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/210178>.