

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Sónia Maria Alves Bastos



164727

Orientadora:

Profª. Doutora Maria da Saudade Rodrigues Colaço Baltazar

Évora

JANEIRO 2008

Resumo

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

A Medida 3.1 do Programa Operacional Saúde, no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio, permitiu que micro e pequenas empresas se candidatassem à obtenção de financiamento comunitário com o intuito de melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população em áreas geográficas carenciadas. Por se tratar de uma medida inovadora no sector da saúde e face à reduzida experiência dos promotores na realização deste género de projectos, surgiram vários constrangimentos que condicionaram a concretização destas acções.

Considerando uma selecção de 12 projectos concluídos, enquadrados por uma reflexão à metodologia do planeamento e da avaliação de programas, identificaram-se seis fases no ciclo de vida de projectos co-financiados pela Medida 3.1. Em cada uma destas fases procurou-se caracterizar as principais contrariedades, que na opinião dos promotores entrevistados, mais dificultou a realização dos projectos e em que medida as soluções adoptadas permitiram atingir os objectivos previstos na candidatura.

O resultado deste estudo qualitativo é a proposta de um Manual de Apoio à concepção e execução de projectos co-financiados, que permita disseminar recomendações para potenciar a concretização de futuras intervenções no sector privado da saúde.

Palavras-chave: Planeamento, Programa, Ciclo vida projectos co-financiados, Manual de Apoio, empresários a Sul do Tejo

Abstract

Contribution for a Manual to support the Co-financed Projects: the particular case of Measure 3.1 of Health XXI

The Measure 3.1 of the Health Operational Program, in the scope of the 2000-2006 Programming Period, allowed that micron and small companies appraise to the attainment of communitarian financing with intention to improve the access and the quality of healthcare to the population in careless geographic areas. For dealing with an innovative measure in the health sector and in face of a reduced experience of the promoters in accomplish this kind of projects, appeared some constraints that had conditioned the concretization of these actions.

Considering a selection of 12 concluded projects, which fit for a reflection of the methodology of planning and evaluation of programs, were identified six phases in the projects life cycle co-financed by Measure 3.1. In each one of these phases, it was characterize the main oppositions that, in the opinion of the interviewed promoters, caused more difficulties for the concretization of the projects, and if the adopted solutions had allowed to reach the objectives foreseen in the candidacy.

The result of this qualitative study is a proposal of a Manual of support to the conception and execution of co-financed projects that allows spreading recommendations for the concretization of future interventions in the private health sector.

Keyword: Planning, Programme, Co-financed Projects Life Cycle, Manual of support, entrepreneurs on the South of Tejo

Agradecimentos

Quando iniciei o curso de mestrado, desde logo, me ouviram dizer que o dia em que escrevesse as palavras de agradecimento constituiria um marco com especial significado, por simbolizar a conclusão deste trabalho de dissertação.

Para a concretização deste objectivo foram necessários cerca de dois anos e meio, tempo durante o qual convivi e aprendi com todos os que me apoiaram nesta tarefa. Todas estas pessoas merecem o meu apreço e gratidão, quer pelos ensinamentos científicos que me proporcionaram, quer pelo apoio moral nos momentos mais críticos.

De entre os vários agradecimentos, gostaria de destacar em primeiro lugar a Prof.^a Doutora Saudade Baltazar, pela paciência, disponibilidade e competência com que sempre me acompanhou na orientação da presente dissertação.

Os meus agradecimentos estendem-se aos cinco peritos consultados para apreciação do manual de apoio, sem os quais o resultado deste trabalho não seria o mesmo: o Prof. Doutor Carlos Silva e o Prof. Doutor Vítor Ramos, que me honraram com a sua colaboração; o Prof. Doutor Marcos Olímpio e a Dra. Helena Peixoto, que forneceram preciosas pistas para o aperfeiçoamento do manual; e, permitam-me, um destaque especial à Dra. Natércia Miranda, que me tem acompanhado grande parte da minha vida profissional e agora também académica.

De seguida, todos os colegas e amigos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI, mas sem citar nomes, porque quase todos, de uma forma ou outra, se disponibilizaram para me ajudar. Distingo o Dr. Vargas Moniz por autorizar a realização deste estudo assente na informação disponível no Programa Operacional Saúde e, as colegas Teresa Silva, Teresa Torres e Vanda Simões pela sua participação activa e esclarecimento pronto a todas as minhas dúvidas.

À Teresa Veríssimo por aceitar o meu empenho primordial neste trabalho e flexibilizar as minhas ausências profissionais, permitindo a concretização atempada desta tarefa.

Por fim estou muito grata à minha família, nomeadamente à minha mãe, pai e irmão. Eles foram o meu amparo nesta caminhada e os primeiros a acreditar que seria concretizada. Ao Daniel, pelo incentivo constante e pela compreensão dos meus silêncios.

À memória da minha querida avó Maria José, que me ensinou o valor da família.

Índice

Resumo.....	i
Abstract.....	ii
Agradecimentos	iii
Índice.....	iv
Índice de quadros.....	vii
Índice de figuras.....	viii
Siglas e abreviaturas	ix
INTRODUÇÃO.....	1
1. O PLANEAMENTO	6
1.1. O planeamento enquanto processo integrado	6
1.2. As etapas do planeamento.....	11
1.3. O ciclo de vida de projectos	16
2. A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS	18
2.1. A evolução da avaliação com os contributos da investigação.....	18
2.2. Abordagens e modelos de avaliação	22
2.3. A importância da avaliação de programas comunitários.....	26
2.4. Características gerais de um processo de avaliação	30
2.4.1. Critérios de Avaliação	30
2.4.2. Tipos de Avaliação	33
3. PERÍODO DE PROGRAMAÇÃO 2000-2006	39
3.1. O Quadro Comunitário de Apoio III	39
3.1.1. A avaliação temática da saúde no QCA III.....	42
3.2. O Programa Operacional Saúde (Saúde XXI).....	44
3.2.1. A avaliação intercalar do Saúde XXI.....	46
3.2.2. A actualização da avaliação intercalar do Saúde XXI	48
3.3. O Eixo Prioritário III do Saúde XXI	51

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	55
4.1. Tipo de estudo	55
4.2. Outras orientações metodológicas	58
4.3. Unidade de análise	62
4.4. Recolha de informação	66
4.5. Tratamento e análise da informação.....	73
5. O CICLO DE VIDA DE PROJECTOS CO-FINANCIADOS PELA MEDIDA 3.1	77
5.1. Breve caracterização das empresas e dos projectos.....	77
5.2. Diagnóstico	80
5.2.1. Factores externos.....	84
5.2.2. Factores internos.....	91
5.2.3. Objectivos dos projectos.....	99
5.2.4. Selecção do Programa Operacional	103
5.3. Candidatura e aprovação	109
5.3.1. Parceiros	112
5.3.2. Opções de investimento	126
5.3.3. Procedimentos.....	142
5.4. Execução	157
5.4.1. Preparação.....	160
5.4.1. Fornecedores	162
5.4.3. Visitas de entidades.....	166
5.4.4. Pagamentos	167
5.4.5. Reprogramações	175
5.5. Conclusão	183
5.5.1. Criação de emprego	185
5.5.2. Publicidade.....	191
5.5.3. Constrangimentos.....	193
5.6. Avaliação.....	198
5.6.1. Objectivos.....	201
5.6.2. Resultados.....	209
5.6.3. Contexto	216
5.7. Disseminação.....	226
5.7.1. Recomendações e sugestões.....	227

6. CONTRIBUTO PARA UM MANUAL DE APOIO A PROJECTOS CO-FINANCIADOS.....	234
6.1. Contextualização do manual de apoio	234
6.2. A proposta de um manual de apoio	237
CONCLUSÕES FINAIS	252
BIBLIOGRAFIA	269

Índice de quadros

Quadro 1 – Palavras-chave de alguns modelos de avaliação	23
Quadro 2 – Medida 3.1 - Projectos aprovados por tipologia até 31-05-2006.....	62
Quadro 3 – Medida 3.1 - Projectos de UMCDT concluídos no sector privado.....	63
Quadro 4 – Empresas seleccionadas de UMCDT.....	64
Quadro 5 – Principais características das empresas	78
Quadro 6 – Projectos homologados.....	79
Quadro 7 – Descrição das subcategorias da fase de diagnóstico	83
Quadro 8 – N.º unidades codificadas factores externos e internos	84
Quadro 9 – Rácios de concentração em três mercados de MCDT	88
Quadro 10 – N.º de unidades codificadas de factores internos.....	91
Quadro 11 – Proporção de investimento na candidatura por componente.....	93
Quadro 12 – Descrição das subcategorias da fase de candidatura	111
Quadro 13 – Percentagem do investimento aprovado por projecto.....	129
Quadro 14 – Tempo decorrido até à homologação do projecto	150
Quadro 15 – Descrição das subcategorias da fase de execução.....	159
Quadro 16 – Datas efectivas de homologação, de início e de conclusão.....	161
Quadro 17 – Tempo decorrido até ao pagamento	173
Quadro 18 – Datas de conclusão previstas e efectivas.....	176
Quadro 19 – Descrição das subcategorias da fase de conclusão.....	185
Quadro 20 – N.º de unidades codificadas de constrangimentos	193
Quadro 21 – Descrição das subcategorias da fase de avaliação.....	201
Quadro 22 – Tempo de duração dos projectos	202
Quadro 23 – Taxas de execução dos projectos.....	203
Quadro 24 – Efeitos positivos e negativos dos projectos	211

Índice de figuras

Figura 1 – Planeamento Estratégico: Modelo de Bryson	9
Figura 2 – Árvore das categorias da fase de diagnóstico.....	82
Figura 3 – Árvore das categorias da fase de candidatura	110
Figura 4 – Ofício de pedido de elementos para apreciação de candidatura.....	144
Figura 5 – Ofício de arquivamento de candidatura	146
Figura 6 – Ofício de pedido de elementos para celebração do contrato.....	154
Figura 7 – Ofício de comunicação da anulação do projecto.....	155
Figura 8 – Árvore das categorias da fase de execução	158
Figura 9 – Ofício de incumprimento de prazos.....	162
Figura 10 – Ofício de cancelamento de apoio financeiro homologado	170
Figura 11 – Ofício a solicitar reprogramação temporal.....	178
Figura 12 – Reprogramação financeira.....	181
Figura 13 – Árvore das categorias da fase de conclusão.....	184
Figura 14 – Árvore das categorias da fase de avaliação.....	200
Figura 15 – Árvore das categorias da fase de disseminação	227

Siglas e abreviaturas

ARS – Administração Regional de Saúde
CAD – Comité de Ajuda ao Desenvolvimento
C3E – *Centre for European Evaluation Expertise*
CE – Comunidade Europeia
CIPP – Contexto, *input*, processo, produto
DGDR – Direcção Geral do Desenvolvimento Regional
ERS – Entidade Reguladora da Saúde
FEDER – Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
FSE – Fundo Social Europeu
GTT Saúde – Grupo de Trabalho Temático Saúde
IAPMEI – Instituto de Apoio a Pequenas e Médias Empresas e ao Investimento
IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional
IPAD – Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
IVA – Imposto sobre o Valor Acrescentado
MCD – Meios Complementares de Diagnóstico
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica
MFR – Medicina Física e de Reabilitação
NUTS – *Nomenclature of Territorial Units for Statistics*
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
PO – Programa Operacional
POE – Programa Operacional Economia
POEFDS – Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social
QCA III – Quadro Comunitário de Apoio (2000-2006)
QREN – Quadro de Referência Estratégico Nacional
Saúde XXI – Programa Operacional Saúde
SNS – Serviço Nacional de Saúde
TIC – Tecnologias de Informação e Comunicação
UMCDT – Unidade de Meios Complementares de Diagnóstico e de Terapêutica
WKKF – W. K. Kellogg Foundation

INTRODUÇÃO

O Quadro Comunitário de Apoio para Portugal, para o período 2000 a 2006 (QCA III), assinado a 31 de Março de 2000, permitiu ao nosso país beneficiar de importantes apoios da União Europeia, através das contribuições financeiras dos fundos e outros instrumentos estruturais (Ministério das Cidades, Administração Local, Habitação e Desenvolvimento Regional, 2005).

O QCA III foi repartido em sete programas regionais e 11 programas sectoriais, onde se incluiu o Programa Operacional Saúde (Saúde XXI), concebido numa óptica sectorial de apoio ao processo de reforma para a área da saúde. Para esse efeito foram delineados dois grandes objectivos estratégicos: obter ganhos em saúde e assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade (Saúde XXI, s.d).

Para além da prossecução desses objectivos estratégicos, o Saúde XXI procurou que o conjunto de acções seleccionadas “tivesse efeitos reais no mercado de emprego, na economia e no desenvolvimento regional”, sem esquecer “a necessidade de incrementar a eficiência e produtividade das unidades de saúde existentes e do sistema no seu conjunto” (Saúde XXI, 2004:14-15). Houve uma preocupação com o equilíbrio geográfico na selecção das áreas a apoiar, procurando contribuir, desta forma, para a redução das desigualdades regionais, no que concerne ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde. As regiões do Alentejo e do Algarve foram, por conseguinte, privilegiadas em relação às restantes e, em particular, face à Região de Lisboa e Vale do Tejo (Saúde XXI, 2004).

Uma das áreas inovadoras do Saúde XXI, “no sentido em que traduz uma nova filosofia de abordagem do sector prestador de cuidados de saúde” (Vaz et al., 2003:251), foi o apoio a unidades privadas pela Medida 3.1, com o objectivo de permitir a redução do esforço orçamental do Estado e, ao mesmo tempo, criar novas micro e pequenas empresas susceptíveis de dinamizar o tecido económico a nível regional e local.

Estes dois pressupostos – o equilíbrio geográfico privilegiando o Sul de Portugal e o financiamento de unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde, enquanto instituições que contribuíam para os objectivos estratégicos do programa – foram o ponto de partida do presente estudo.

Ainda que, desde 1 de Janeiro de 2007, esteja em vigor em Portugal um novo período de programação financeira, de 2007 a 2013, designado por Quadro de Referência

Estratégico Nacional (QREN), o anterior período, agora em fase de encerramento, permitiu concretizar diversos projectos dinamizados por pequenos empresários, com o intuito de contribuírem para a melhoria das condições de saúde das populações locais. Esses projectos concluídos, com o apoio financeiro do Saúde XXI, permitiram recolher informações sobre as expectativas dos promotores na fase de arranque, sobre os fins específicos a que se destinavam e sobre os benefícios e resultados alcançados com a concretização dessas intervenções. Mais em particular, pretendeu-se conhecer os processos de actuação adoptados no decurso da realização dos projectos que melhor contribuíram para a sua concretização visando a satisfação das necessidades de saúde das populações locais.

Assim, tendo por base o ciclo de vida de projectos da Medida 3.1 do Saúde XXI, considerou-se pertinente estudar o processo de planeamento de projectos de investimento da iniciativa de micro e pequenas empresas, uma vez que a concretização de um número cada vez maior de iniciativas desta natureza na área da saúde, pode vir a melhorar a qualidade de vida das populações.

Com estes projectos o Programa Operacional Saúde (PO Saúde) procurou reforçar parcerias na prestação de cuidados de saúde em áreas geográficas carenciadas, pelo que o conhecimento do desenrolar destas acções poderá ser um modelo de aprendizagem para outros empresários de modo a transferir experiências apontando para uma melhoria sustentada de futuras intervenções locais.

A presente dissertação insere-se no âmbito II Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora, que justifica a escolha de um tema que contribua para a melhoria das intervenções no sector da saúde. Considerando os pressupostos acima referidos seleccionaram-se projectos que, geograficamente, contribuíram para o dinamismo económico e social da região em que se inserem e, especialmente, a melhoria da acessibilidade da população a cuidados de saúde de qualidade.

A selecção do tema em estudo partiu, primeiro, do conhecimento profissional associado ao financiamento comunitário atribuído pelo Programa Operacional Saúde e, em segundo lugar, pelo acompanhamento regular das actividades de avaliação intercalar do programa. As leituras subjacentes a ambas as temáticas, associadas à percepção de alguns projectos apresentarem dificuldades de concretização, despertaram o interesse empírico pela realização de um estudo que permitisse identificar e compreender os principais constrangimentos dos promotores. As soluções adoptadas pelos empresários

que concluíram projectos poderiam realçar alguns pressupostos comuns para a concretização de futuras intervenções.

De acordo com os objectivos do Programa Operacional Saúde, e segundo os estudos da avaliação intercalar (Vaz et al., 2003; Sakellarides, 2005a), a maioria dos promotores dos projectos co-financiados foi constituída por entidades do Ministério da Saúde e instituições do Serviço Nacional de Saúde. A existência da Medida 3.1 permitiu a outras entidades, de carácter privado e social, a candidatura a fundos comunitários, porque essa medida consubstanciou uma visão de complementaridade entre todas as entidades na melhoria dos cuidados de saúde à população em geral.

No entanto, a conjuntura económica portuguesa, aliada a alguns factores de instabilidade no sector da saúde ao longo do período de programação 2000-2006, bem como dificuldades próprias das entidades externas ao Serviço Nacional de Saúde na concretização de intervenções co-financiados (com regras comunitárias específicas, pouco habituais para estes parceiros) poderão ter condicionado a concretização dos seus projectos.

Para orientação das problemáticas direccionou-se o estudo na identificação das práticas adoptadas por alguns empresários co-financiados pelo Saúde XXI, que viabilizaram a concretização dos respectivos projectos, tendo em vista contribuir para a melhoria de futuras intervenções no sector da saúde.

Assim, o primeiro passo para o desenvolvimento do presente estudo foi a seguinte pergunta de partida:

- Como decorreram as acções desenvolvidas por promotores privados que contribuíram para a concretização de projectos co-financiados pelo Saúde XXI?

Com base nesta pergunta procurou-se averiguar que processos, metodologias e soluções foram adoptados por empresários que puderam apresentar uma candidatura ao Saúde XXI, executar os seus projectos e concluí-los segundo o previsto, por oposição a candidaturas que nem sequer foram aprovadas.

Para a exequibilidade desta pergunta foi necessário delimitar o objecto de estudo a uma tipologia de projectos concluídos numa determinada região geográfica. No atinente à sua pertinência, baseou-se o estudo na procura de práticas bem sucedidas e de constrangimentos enfrentados, de forma a melhorar futuros desempenhos e incorporar esses exemplos na concepção de novas intervenções visando a atingir os propósitos desejados.

Nesse sentido, foram estabelecidos os seguintes objectivos da investigação:

- Descrever os processos e práticas de actuação desenvolvidos ao longo do ciclo de vida dos projectos co-financiados;
- Verificar em que medida os objectivos estabelecidos para os projectos co-financiados foram atingidos;
- Identificar as principais dificuldades que, no decurso da realização dos projectos co-financiados, condicionaram a sua concretização;
- Identificar pressupostos de base que potenciem a concretização de projectos co-financiados;
- Contribuir para a realização de um manual de apoio à concepção e execução de projectos co-financiados por fundos comunitários na área da saúde.

Os objectivos gerais são identificar até que ponto a adopção de diferentes metodologias de trabalho, acções realizadas e decisões tomadas ao longo processo de planeamento permitiram concretizar os projectos. Pretendeu-se conhecer junto de alguns promotores as soluções adoptadas para problemas específicos na concretização dos projectos e se as actividades desenvolvidas produziram os efeitos desejados. Trata-se de reflectir e de sistematizar acções de concepção, de execução e de apreciação de projectos, para que o conhecimento de exemplos de candidaturas anteriores contribua para a disseminação de práticas orientadoras de futuras intervenções co-financiadas. Acresce que o conhecimento de pressupostos geradores de benefícios directos para entidades promotoras de projectos também poderá ser uma base de conhecimento com valor indirecto para entidades regionais e nacionais que orientam projectos desta natureza, e em última instância contribui para a melhoria dos cuidados de saúde da população.

Na decisão quanto às opções metodológicas foram ponderadas várias estratégias de actuação, com o intuito de seleccionar a mais adequada à análise dos projectos que obtiveram co-financiamento FEDER e cujas acções foram concluídas. Assim, numa primeira abordagem sob a óptica do processo de planeamento, considerou-se essencial conhecer o desenvolvimento dos projectos através dos relatos dos promotores para analisar as expectativas e soluções adoptadas, e a respectiva percepção quanto à conclusão e realização dos objectivos previstos. Numa segunda abordagem, a óptica do processo de avaliação ajusta-se à produção de conhecimento (Tavistock Institute, 2003a), através da compreensão das acções que concorreram para um maior ou menor sucesso dos projectos, com a finalidade de contribuir para a elaboração de um manual de apoio a projectos co-financiados na área da saúde.

Nesse intuito, optou-se pelo paradigma qualitativo e escolheu-se a técnica de entrevista semidirectiva (Quivy e Campenhoudt, 2003) aplicada a promotores de projectos concluídos co-financiados pela Medida 3.1 do Saúde XXI, da tipologia de unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica localizados a Sul do Tejo.

Este trabalho apresenta-se estruturado em sete capítulos principais:

Capítulo 1. O Planeamento, descrição sumária do processo de planeamento de programas e das principais fases do ciclo de vida de projectos;

Capítulo 2. A Avaliação de Programas, síntese da evolução da avaliação e identificação dos principais modelos teóricos aplicados a programas e projectos, bem como das principais características de um processo de avaliação enquanto fase do planeamento;

Capítulo 3. Período Programação 2000-2006, a apresentação do Programa Operacional Saúde e das avaliações realizadas no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio;

Capítulo 4. A Metodologia de Investigação, onde se explica a opção pelo paradigma qualitativo por via da investigação-acção, a selecção da unidade de análise, a forma de recolha da informação e o tratamento dos dados;

Capítulo 5. O Ciclo de Vida dos Projectos, inicia-se com uma caracterização simples das empresas e dos projectos seleccionados para desenvolver a actuação dos promotores ao longo de seis fases do ciclo de vida de projectos co-financiados – diagnóstico, candidatura e aprovação, execução, conclusão, avaliação e disseminação – que permitiram concluir os projectos com maior ou menor sucesso de intervenção regional.

Capítulo 6. Contributo para um Manual de Apoio à concepção e execução de projectos co-financiados, a partir da análise do capítulo anterior apresenta-se um instrumento de partilha e de disseminação de orientações destinado a concretizar futuros projectos, para a prossecução de investimentos com valor acrescentado no sector da saúde.

As Conclusões finais encerram este trabalho, consolidando as considerações parcelares retiradas ao longo do ciclo de vida dos projectos, subjacentes aos objectivos que enformam o presente estudo.

1. O PLANEAMENTO

O propósito do capítulo dedicado ao planeamento é identificar as suas principais características, moldadas em função da visão evolutiva dos vários autores e resultante de um processo sistematizado e dinâmico. As fases que compõem um processo de planeamento enformam o ciclo de vida de projectos, porque essas unidades de acção operacionalizam os objectivos gerais delineados pelo planeamento.

1.1. O planeamento enquanto processo integrado

O planeamento é uma das funções essenciais da gestão de organizações que pretendem atingir graus de desempenho eficazes num contexto de mudança contínua na envolvente ambiental. A capacidade de uma organização em implementar ou acompanhar a mudança com sucesso está associada à qualidade do planeamento.

No início do século passado, Henry Fayol foi dos primeiros autores a analisar a natureza da actividade empresarial e a sistematizar as actividades globais inerentes às organizações: planear, organizar, comandar, coordenar, controlar. Na mesma época, Frederick W. Taylor considerou que as duas funções básicas dos gestores eram planear e controlar (Teixeira, 1998). Em meados da década de 60, Igor Ansoff desenvolve o conceito de planeamento como um processo cerebral e formal, decomposto em etapas distintas e sustentadas por técnicas de definição de objectivos, estratégias para os alcançar, programas e planos para integrar e coordenar as actividades da organização com vista a atingir os objectivos (Mintzberg e Lampel, s.d).

Mas o planeamento tradicional, baseado em previsões essencialmente económicas, esgota a sua aplicação a partir da década de 70 enquanto actividade para definição de planos razoavelmente estáveis sobre o futuro das organizações. Apesar do elevado nível técnico e da existência de modelos matemáticos sofisticados, os planos realizados eram inadequados à nova realidade social e económica, por serem meros planos sem aplicação nas dimensões sociais, culturais e ambientais. A visão racionalista do planeamento tradicional pretendia realizar uma previsão perfeita através da matematização dos fenómenos sociais, com o objectivo de encontrar o óptimo, esquecendo a complexidade dos actores sociais envolvidos no processo. Assim, o planeamento tradicional seria ultrapassado pelo surgimento de diversas teorias, inquietas

com a complexidade da sociedade onde as organizações se inseriam, surgindo o conceito de Planeamento Estratégico ou Planeamento Integrado (Guerra, 2002).

O conceito de estratégia está associado a “um pensamento director que permite escolher procedimentos mais eficazes dirigidos à concretização de objectivos, hierarquizar e classificar acções, envolver os parceiros reduzindo ou eliminando, tanto quanto possível, os confrontos e conflitos e estabelecendo consensos” (Guerra e Amorim, 2001:3.6). É uma nova visão de construção do futuro, mais comedida e dependente das acções e escolhas dos indivíduos e dos grupos, em que a previsão dá lugar à prospectiva. Planear é, assim, definir um rumo entre muitos futuros possíveis, dependentes das estratégias dos actores.

Associado a esse ponto de vista, para Mintzeberg o conceito de planeamento tem os seguintes pressupostos (Guerra e Amorim, 2001; Guerra, 2002):

- Planear é pensar sobre o futuro, seja um futuro de curto, médio ou longo prazos;
- Planear é agir sobre o futuro, é criar o futuro, “é conceber o futuro desejado e os meios para aí chegar” (Guerra, 2002:111). O planeamento é um processo de concepção de acções conducentes ao futuro desejado;
- O planeamento é um conjunto integrado de decisões porque, por um lado, implica escolher consistentemente as acções visando alcançar um determinado objectivo (processo de tomada de decisão) e, por outro lado, visa integrar as diferentes decisões enquanto parte de um plano estratégico e coerente;
- O planeamento é um procedimento formalizado, tendo por finalidade produzir um resultado articulado sob a forma de um sistema integrado de decisões. Ou seja, é composto por um conjunto de operações que analisam sistematicamente a situação real para agir de forma racional e articulada.

O planeamento é, nesta óptica, um processo dinâmico em que os planos devem ser revistos continuamente, de forma a adequarem-se à realidade dos actores e a envolvê-los na estratégia da organização. A incerteza quanto à envolvente das empresas, inseridas numa sociedade crescentemente complexa e instável, conduz à necessidade de se desenvolverem técnicas que permitam às organizações adaptarem-se aos factores de contingência dessa envolvente ambiental, de forma a serem eficazes. O planeamento tradicional preocupava-se em ultrapassar a incerteza por intermédio de técnicas de previsão, enquanto o planeamento estratégico procura técnicas prospectivas.

A gestão prospectiva é definida por Hugues de Jouvenel como uma abordagem pluridisciplinar que deseja analisar e antecipar um futuro possível, a médio e longo prazo,

considerando as políticas e estratégias a seguir para inflectir o curso da evolução com vista a chegar ao futuro desejado (Rodrigues, 1999). Como se depreende, o planeamento estratégico pressupõe sempre uma visão prospectiva, em que os objectivos definidos são considerados como possíveis de atingir, dependendo da incerteza e dos riscos associados.

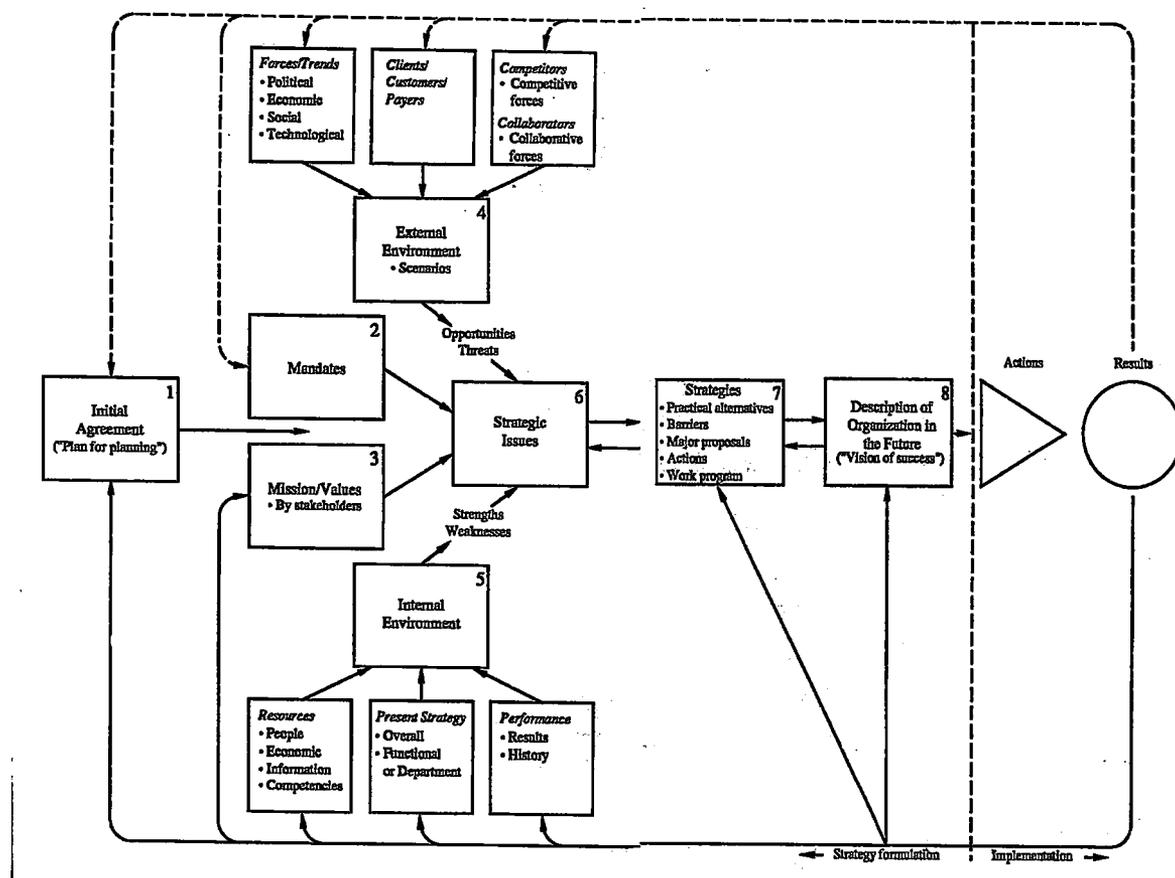
Este “novo” planeamento é entendido como um processo de aprendizagem, para o qual é preciso redefinir constantemente os objectivos a atingir, de acordo com a envolvente ambiental das empresas. Por este motivo, o planeamento respeita toda empresa e a todos os actores, activos e passivos, implicados neste processo. Para os actores serem envolvidos na função planeamento pressupõe-se que os instrumentos de análise e antecipação sejam construídos de forma concertada entre eles, de modo a legitimar as implicações dos mesmos. Se o planeamento é o processo de determinar antecipadamente (previsão) o que deve ser feito e como fazê-lo (acção) num exercício analítico constante, a estratégia é a criatividade, a intuição e a capacidade de adaptar as organizações às alterações do contexto envolvente.

O planeamento estratégico envolve a totalidade das organizações, porque caracteriza a relação com o seu ambiente (interno e externo), enquadrada numa missão, onde identifica os objectivos que devem ser alcançados e os meios adequados para os atingir, implicando decisões sobre esses objectivos, sobre as acções, sobre os recursos e o modo de efectivação dos resultados. Os objectivos especificam as condições futuras que se espera atingir; as acções são os meios ou actividades específicos identificados para atingir os objectivos; os recursos são, muitas vezes, restrições ao rumo da acção; e a implementação é a forma de concretizar o plano.

A visão integrada está presente na definição de planeamento estratégico defendida por Bryson como: “um esforço disciplinado para produzir acções e decisões fundamentais que moldam e orientam o que uma organização (...) é, o que ela faz e por que o faz”¹ (Bryson, 1988:5). Este autor identifica uma metodologia composta por oito passos para o processo de planeamento estratégico, identificados na Figura 1. O modelo de Bryson concentra-se nas forças internas e externas à organização, desatendendo a fixação de objectivos para delinear estratégias e promover acções.

¹ No original “a disciplined effort to produce fundamental decisions and actions that shape and guide what an organization (or other entity) is, what it does, and why it does it.”

Figura 1 – Planeamento Estratégico: Modelo de Bryson



Fonte: (Bryson, 1988:50-51)

1. Acordo inicial sobre o processo de planeamento, em razão do esforço necessário;
2. Identificação das atribuições e do mandato de cada pessoa na organização;
3. Clarificação da missão e dos valores da organização;
4. Análise do ambiente externo através da identificação de oportunidades e ameaças, relacionadas com factores ou tendências políticas, económicas, sociais e tecnológicas e o mercado envolvente (clientes e concorrentes);
5. Análise do ambiente interno através da identificação das forças e fraquezas da organização, relacionadas com os recursos (*inputs*), estratégias (processo) e resultados (*outputs*);
6. Identificação das questões estratégicas relevantes para a organização;
7. Formulação de estratégias para gerir as questões estratégicas;
8. Estabelecimento de uma visão de sucesso para o futuro.

Uma das finalidades do planeamento estratégico é orientar o planeamento operacional de cada área da organização, permitindo desenvolver uma acção concertada em todos os seus níveis. A principal diferença entre o planeamento estratégico e o planeamento operacional é que o primeiro respeita aos objectivos de longo prazo a construir numa base flexível, que permita sua adaptação às mudanças tácticas sem comprometer o objectivo geral da organização. O planeamento operacional é atinente aos esforços empreendidos para atingir os objectivos de curto prazo, delineados com recursos limitados num período restrito de tempo. Nesta óptica, um projecto representa uma unidade táctica dentro de uma estratégia de planeamento a longo prazo (Schiefer et al., 2006). Ou seja, os conceitos de projecto e de planeamento estão intimamente relacionados por se tratar de objectivos desejavelmente concretizados através de acções ou de processos de construção de um futuro desejado (Guerra e Amorim, 2001).

O planeamento ou a construção de projectos de intervenção social, nomeadamente na área da saúde, são concebidos como processos contínuos baseados no esforço colectivo de vários actores envolvidos na realidade que visam transformar. Assenta numa análise multissetorial e integrada de uma comunidade, com coordenação entre os vários níveis de planeamento local, regional e central, envolvendo no processo as partes interessadas, quer sejam os responsáveis políticos, os técnicos ou as populações (Imperatori e Giraldes, 1986).

Em particular, o planeamento na saúde é considerado um processo tendo por objectivo conseguir em “áreas (...) e prazos determinados, os melhores níveis de saúde das populações em causa, utilizando do modo mais racional e eficaz os recursos à sua disposição” (Durán, 1989:19). Independentemente do nível de intervenção, nacional (programas sectoriais), regional (programas regionais) ou local (projectos desenvolvidos por promotores), visa a utilização da metodologia do planeamento como garante da prossecução dos objectivos definidos.

O processo de planeamento também principia quando surge a ideia de um projecto como resposta adequada a determinada situação ou necessidade e quando existe um impulsionador capaz de promover essa ideia no contexto institucional. Qualquer tipo de projecto pode, também, desenvolver-se a partir desta ideia, na condição de que o promotor disponha de recursos suficientes (Schiefer et al., 2006). Consequentemente, a programação de uma intervenção deve procurar maximizar e racionalizar os recursos disponíveis com vista à realização dos objectivos predefinidos.

1.2. As etapas do planeamento

O planeamento, nos vários níveis, é um processo de tomada de decisão face ao futuro, visando a concretização de objectivos estratégicos e operacionais. O processo de planeamento preconizado por Imperatori e Giraldes compreende várias etapas desde o diagnóstico da situação até à avaliação das acções concretizadas, não se concentrando na perspectiva estratégica do modelo de Bryson.

As etapas do planeamento constituem uma sequência racional e idealizada: diagnóstico de uma situação concreta, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, elaboração de programas e de projectos, preparação da execução e avaliação (Imperatori e Giraldes, 1986). É idealizada porque as complexidades do meio e dos actores colocam diversos constrangimentos, que devem ser ultrapassados de forma a concluir e reiniciar constantemente todo o processo. Tem, pois, uma lógica de actuação subjacente ao objectivo de progredir numa determinada direcção, não obstante os riscos e as dificuldades do terreno, num processo contínuo, dinâmico e flexível.

O planeamento inicia-se com o diagnóstico da situação que visa identificar os problemas sobre os quais se pretende intervir e compreender a suas causas. O diagnóstico é “o aprofundamento das dinâmicas de mudança, das potencialidades e dos obstáculos numa determinada situação” (Guerra, 2002:134), pelo que deve ser uma análise suficientemente abrangente e incorporar vários sectores (económico, social, cultural, tecnológico, político, demográfico, legal e ecológico) que permitam identificar os principais factores condicionantes (Chiavenato, 2004). “Um bom diagnóstico é garante da adequabilidade das respostas às necessidades locais e é fundamental para garantir a eficácia de qualquer projecto de intervenção” (Guerra, 2002:131). O diagnóstico contempla a identificação de problemas (análise das necessidades), mas é mais vasto porque inclui ainda a identificação da natureza desses problemas e a interacção entre variáveis que conduzem às situações identificadas.

Os objectivos do diagnóstico são enformar a situação para um sistema de acção; determinar as características, a extensão, a gravidade dos problemas e as suas potenciais causas; e identificar os principais casos sobre os quais se pode vir a delinear a intervenção. O diagnóstico constitui, juntamente com a avaliação, uma das melhores formas de produzir informação e de obter conhecimento da situação em análise, com vista à mudança, à inovação e ao desenvolvimento (Schiefer et al., 2006).

A etapa definição de prioridades procura responder à questão: o que se pretende fazer? Tem como finalidade seleccionar os principais problemas a resolver, dentre os casos

detectados no diagnóstico. A fase inicial do processo de planeamento identificou um conjunto de problemas e áreas passíveis de intervenção, os quais necessitam de uma hierarquização de prioridades, ponderando os limites temporais para a implementação do plano em definição, o nível regional de aplicação e os recursos existentes.

É importante comparar os problemas identificados para permitir a sua selecção, tendo por base dois critérios essenciais: a dimensão, a natureza do problema e a relação causa-efeito entre as variáveis. Isto é, a resolução de uma variável poderá originar um impacto positivo noutra (Guerra, 2002). A definição de prioridades tem, assim, duas dimensões essenciais: o tempo e os recursos. A primeira porque os problemas evoluem ao longo do tempo exigindo diferentes recursos que, ao serem utilizados, implicam uma racionalização dos mesmos. Por este motivo, para a selecção das prioridades deve recorrer-se a uma utilização de critérios para estabelecer uma hierarquização (Imperatori e Giraldes, 1986).

Após as duas etapas anteriores, há que fixar os objectivos a atingir no tempo definido para a resolução de problemas considerados prioritários. Um objectivo é o resultado mensurável do problema resolvido, contrariando a provável tendência se não houvesse uma intervenção. Significa o que deve ser feito (resultado a obter), em que condições, quando e como deverá ser feito. Na formulação de objectivos devem incluir-se cinco elementos: a natureza da situação desejada, os critérios de sucesso e de fracasso, a população alvo do projecto, a zona de aplicação do projecto e o prazo em que deverá ser atingido. A correcta formulação de um objectivo é importante para que a avaliação da execução e dos resultados obtidos possam fazer-se e quantificar-se correctamente.

Para a concretização desta etapa é imprescindível percorrer quatro fases. Primeira, identificar os indicadores dos problemas prioritários. Depois, determinar a tendência, projecção e previsão desses problemas. Em terceiro lugar, fixar os objectivos gerais a atingir a médio prazo e, finalmente, identificar e transformar os objectivos específicos em metas (operacionais) de curto prazo.

A selecção de estratégias “é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento” (Imperatori e Giraldes, 1986:65), que se caracteriza por identificar a melhor via de atingir os objectivos fixados. Entre o conjunto diverso de técnicas susceptíveis de permitir alcançar o fim estabelecido, é necessário identificar “a forma mais rentável, mobilizadora e inovadora” de actuação que permita essa concretização (Guerra, 2002:166).

Para Guerra as estratégias são “grandes orientações metodológicas de intervenção do projecto consideradas em termos da relação entre recursos e objectivos” ou são “grandes opções que o projecto faz, face às possíveis linhas de orientação” (Guerra, 2002:167). As estratégias são, concomitantemente, propostas para um curso de acção que conduzirá aos objectivos definidos, por via do recurso a um conjunto de técnicas com as quais se empreende a execução. Existem diversas técnicas auxiliares de apoio à formulação da estratégia no âmbito do planeamento estratégico, associadas, por um lado, a processos de tomada de decisão (Ciclo de vida do projecto, Matriz do *Boston Consulting Group*, os Sete Ss da McKinsey, entre outros) e, por outro lado, associadas a análises prospectivas como o Método dos Cenários (Peter Schwartz, Kees Van Der Heijden e Michel Godet) e o Modelo das “5 forças” de Michael Porter.

Na metodologia preconizada por Giraldes, a elaboração de estratégias baseia-se em oito fases (Imperatori e Giraldes, 1986):

1. Estabelecimento de critérios de concepção das estratégias – relacionados com a política da instituição, com o tipo de objectivos e recursos existentes e identificados na etapa de planeamento anterior;
2. Enumeração das modificações necessárias – trata-se de identificar todas as alterações que, a nível interno, será necessário introduzir na instituição, as quais contribuem para o alcance dos objectivos, desde novos processos de trabalho a formas de ultrapassar as barreiras existentes;
3. Esboço das estratégias potenciais – proposta de técnicas de gestão que potencialmente permitam identificar as modificações necessárias;
4. Escolha das estratégias mais realizáveis – dentre as estratégias formuladas deverão seleccionar-se as mais concretizáveis consoante os objectivos fixados, ponderando os recursos existentes, os obstáculos a ultrapassar, os riscos e as vantagens e inconvenientes da sua aplicação;
5. Descrição detalhada das estratégias escolhidas – trata-se de uma proposta de estratégia precisa, onde consta a descrição da tecnologia a utilizar, os actores-alvo das estratégias, a necessidade de recursos e as modificações organizacionais necessárias;
6. Estimativa dos custos das estratégias – cálculo dos custos globais de cada estratégia ou dos custos unitários;
7. Avaliação da adequação dos recursos futuros – relativamente à necessidade de recursos, projectar, por categoria, os considerados suficientes ou insuficientes;

8. Revisão das estratégias e dos objectivos – essencialmente, trata-se da revisão das estratégias se não for possível ultrapassar os constrangimentos impostos pelos recursos. Esta revisão pode implicar a alteração do cronograma de execução da intervenção.

A etapa seguinte do processo de planeamento corresponde à elaboração de programas e de projectos, consistindo no planeamento detalhado e sistemático das actividades a desenvolver para a execução da estratégia, visando atingir os objectivos estabelecidos. Procura-se responder às perguntas: o que deve ser feito? Que sequência seguir? Onde deve ser feito? Quando deve ser feito? Como deve ser feito?

Os programas identificam actividades desenvolvidas continuamente ao longo do tempo e requerendo a utilização de recursos geridos por um mesmo organismo, enquanto os projectos decorrem num período de tempo mais delimitado e visam obter um resultado específico para um problema, para uma instituição, para um local, contribuindo, assim, para a execução de um programa. A elaboração de programas e de projectos deve, ainda, incluir uma análise aos obstáculos (recursos, meio ambiente, legais, administrativos, financeiros) que podem comprometer a execução. Tanto a identificação de programas como de projectos inclui parte das etapas do processo de planeamento, com as devidas adaptações, integrando o projecto um calendário de execução das várias actividades a desenvolver.

Depois do diagnóstico, da definição de prioridades, da fixação dos objectivos, da selecção das estratégias e de tudo transposto para um plano, surge uma nova etapa no processo de planeamento realizada a nível operacional, a preparação para a execução. Nesta etapa é necessário identificar os recursos necessários à concretização do plano. Quais as entidades responsáveis pela execução, quais as áreas de intervenção atribuídas a cada um dos participantes, que calendário e cronograma cumprir, como se relacionam os vários parceiros da intervenção e a complementaridade das suas actividades. No fundo trata-se de colocar o programa ou projecto em acção para atingir os objectivos. Esta fase é composta pelas seguintes actividades (Imperatori e Giraldes, 1986):

- Identificação das responsabilidades de cada actor envolvido no projecto;
- Definição participada e detalhada dos resultados intermédios e finais a atingir em cada actividade;
- Formulação de uma lista detalhada das actividades do projecto;
- Identificação e determinação das relações entre actividades;

- Especificação das necessidades em recursos e duração das actividades;
- Identificação das áreas de actividade, de responsabilidade e respectivas inter-relações entre as organizações envolvidas no projecto.

Finalmente, a etapa da avaliação que, segundo Blum, é o “aspecto mais crítico do planeamento”, porque avaliar significa “analisar o processo de transformação, de alteração ou de mudança e atribuir um valor ao seu significado” (Durán, 1989:209).

A avaliação que se encontra na fase final das etapas do processo de planeamento², tem como finalidade melhorar programas futuros e orientar a distribuição dos recursos segundo as informações dadas pela experiência. A avaliação final é apoiada por indicadores de resultados ou indicadores de impacte. Por outro lado, a avaliação enquanto parte elementar no processo de planeamento é, também, a confirmação e/ou redireccionamento do rumo de uma acção de gestão, planificada segundo a realidade dos recursos e prazos estabelecidos. Por este motivo, a avaliação poderá ser realizada em vários momentos como medida correctiva, em alternativa a uma apreciação final dos resultados. A avaliação, em vários momentos, conduz à revisão constante do processo de planeamento, logo, conduz a programas e projectos mais efectivos.

É fundamental considerar a importância da avaliação como um instrumento-base na apreensão das diversas fases do processo de planeamento, em que o objectivo daquela é melhorar a qualidade das intervenções, no sentido da eficácia e eficiência. A avaliação deve, assim, percorrer de forma sistemática todas as etapas do processo de planeamento, incidindo então nos planos de concepção, na operacionalidade, na realização e nos resultados. Isto é, cada etapa deve ser avaliada para se passar à seguinte (Durán, 1989).

Esta etapa do planeamento, através da utilização dos instrumentos da avaliação, passa por várias fases ou passos metodológicos, como sejam: elaboração de perguntas avaliativas, elaboração de indicadores, escolha das fontes de informação e das formas de recolha, colheita dessas informações (trabalho de campo), análise e tratamento dos dados e a comunicação dos resultados. Ainda que existam diferentes abordagens de avaliação, estes passos são de extrema utilidade para os avaliadores como linha orientadora elementar na concepção de processos de avaliação.

² A avaliação não é necessariamente a etapa final do planeamento, podendo ser realizada ao longo de toda a execução de um programa ou projecto. Esquemáticamente é mais inteligível observar a avaliação como etapa que finda um processo de intervenção.

Actualmente, o planeamento e a avaliação são dois processos intimamente relacionados. Mesmo que no panorama inicial o exercício de avaliação apenas fosse efectuado após um planeamento previamente delineado, como etapa final do processo, considera-se agora que a avaliação deve ser desenvolvida ao longo de todo o planeamento, articulada com as diferentes características e objectivos das fases do planeamento em aplicação (Moreira, 1995).

1.3. O ciclo de vida de projectos

O ciclo de vida dos projectos aproxima-se das etapas de um processo de planeamento, enquanto meio de execução integrado numa estratégia de actuação que aponta para objectivos predefinidos.

Os projectos orientam-se para uma acção e, durante o seu ciclo de vida, são compostos por vários momentos, nos quais variam o papel dos recursos humanos, técnicos e financeiros. “Os projectos variam significativamente no seus âmbitos, objectivos e durações” (Bishop, 2002:3), podendo ser desde pequenas intervenções locais com orçamentos reduzidos a grandes projectos com uma duração temporal de vários anos ou mesmo orçamentos elevados. As características comuns são a mobilização de recursos na perspectiva dos resultados a alcançar, em prazos específicos e no respeito por um determinado orçamento.

O ciclo de vida de um projecto serve para definir os seus início e fim. É delineado segundo os objectivos de uma intervenção, motivo pelo qual os ciclos ou fases variam de acordo com modelos de actuação a que se dedicam ou os objectivos dos programas onde se integram.

As três fases mais comuns são a programação/concepção, a implementação/execução e a avaliação (Comissão Europeia, 2004a; Blackman, 2003; Bishop, 2002). A Comissão Europeia, em particular, identifica cinco fases para o ciclo do projecto:

1. A programação corresponde à decisão geral do programa, à definição das prioridades nacionais e regionais, os sectores de intervenção e as modalidades do apoio financeiro a disponibilizar. Trata-se da definição do enquadramento de cada uma das fases seguintes directamente aplicáveis aos projectos que concorrem para os objectivos gerais do programa;

2. A identificação é a constatação inicial das necessidades locais/regionais, dos problemas e principais beneficiários sob uma análise geral do contexto envolvente;
3. A formulação é a elaboração de uma proposta do projecto visando a sua aprovação para obter financiamento comunitário. Corresponde à definição dos detalhes da intervenção englobando as várias actividades a desenvolver, a identificação dos responsáveis pela gestão do projecto, o plano de financiamento e uma análise de viabilidade. No final desta fase é tomada a decisão acerca da aprovação ou rejeição da intervenção;
4. A execução é o desenrolar do projecto segundo o plano aprovado, com vista à obtenção dos benefícios e resultados previstos. Inclui a monitorização e a revisão do progresso do projecto, se necessário.
5. A avaliação é a última fase, na qual o projecto é analisado quanto aos objectivos atingidos segundo vários critérios de apreciação. As conclusões da avaliação devem beneficiar futuros projectos por via dos ensinamentos retirados da intervenção.

Independentemente das fases que compõem um ciclo de vida de projectos a ideia subjacente é a permanência de uma função cíclica, integrada num contexto de acção, com métodos, procedimentos, instrumentos e recursos próprios aplicados de forma sistemática para a obtenção de determinados objectivos. A sequência das fases estrutura-se para que a seguinte se desenvolva a partir da precedente e assim sucessivamente. “É um processo contínuo que envolve a aprendizagem através da reflexão e da acção”³ (Blackman, 2003:11).

O princípio fundamental da abordagem cíclica permite a correcção de riscos nas intervenções, na medida em que o processo de reformulação permite corrigir problemas ou desvios ao plano estruturado, possibilitando a conclusão dos projectos. É a fase da avaliação ou a reflexão contínua às acções do projecto, que viabiliza a tomada de decisão para modificar uma intervenção em execução ou melhorar futuras intervenções.

Nenhum ciclo é universal, sendo concebidos, especificamente, para determinados tipos de projectos. Concomitantemente, mais adiante, no capítulo 5 efectua-se a contextualização do trabalho empírico segundo as diferentes fases do ciclo de vida dos projectos co-financiados, fixadas para as intervenções em análise no presente estudo.

³ No original “*an ongoing process, which involves learning by reflecting and acting*”.

2. A AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS

Este capítulo trata de uma reflexão à filosofia-base do processo de avaliação enquanto estrutura de análise para a apresentação de propostas destinadas à elaboração de um instrumento de trabalho. Como fase de um processo de planeamento ou do ciclo de vida de projectos, a avaliação segundo diferentes modelos e critérios permite conceber um documento de carácter pedagógico visando a disseminação de orientações. Não sendo intuito realizar uma avaliação de projectos, a compreensão dessa fase na sua essência é, também, uma base formativa para estudar intervenções co-financiadas.

2.1. A evolução da avaliação com os contributos da investigação

A avaliação de programas surgiu, de forma sistemática, a partir da aplicação de métodos de pesquisa científica aos problemas sociais, nomeadamente na educação e saúde pública. A avaliação surge nos Estados Unidos da América, pela necessidade em identificar critérios eficazes, eficientes e económicos de verificação da execução das intervenções sociais, apoiada pelo desenvolvimento de métodos de investigação cada vez mais sofisticados.

Ralph Tyler é o autor de destaque no início da concepção da avaliação, que na década de 50 tinha como principal perspectiva verificar se os objectivos eram ou não cumpridos e em que grau. A medição permitia aferir o sucesso ou insucesso do programa, correspondendo a juízos de valor positivos ou negativos (Moreira, 1995). Mas são as décadas de 60 e 70 que, cronologicamente, se destacam na concepção e amadurecimento da metodologia de avaliação de programas.

Durante os anos 60 surgem diversos artigos e livros sobre pesquisas no campo da avaliação, como, por exemplo, os trabalhos de Edward Suchman. Prevalece uma abordagem determinante para a avaliação, que Campbell identifica como experimentação social (Rossi et al., 2003). Os estudos de Donald Campbell e Julian Stanley são baseados no mundo experimental, atribuindo um carácter de paradigma dominante designado por métodos experimentais e quasi-experimentais, ultrapassando a avaliação por objectivos de Tyler (Moreira, 1995). Era, portanto, uma avaliação de tradição quantitativa e positivista, com uma preocupação em interpretações objectivas, fiéis e válidas, resultando na adopção de metodologias quantitativas que, preferencialmente, se adaptam a estes pressupostos (Fernandes e Maia, 2001).

Foi na década de 70 que surgiu o debate sobre a utilização de técnicas de avaliação quantitativas *versus* qualitativas na avaliação de programas, em consequência do amadurecimento da pesquisa da avaliação e do despontar de uma nova visão confrontando directamente os ideais positivistas. Assim, a primeira perspectiva entra em crise porque a experimentação social pura era difícil, os resultados nem sempre utilizáveis e preteriam-se as técnicas de avaliação que proclamavam a verdade legítima.

Por consequência, desenvolve-se a investigação qualitativa, de abordagem construtivista, que recorre a metodologias de análise mais detalhadas e flexíveis à realidade. Esta metodologia passa a ser utilizada em estudos que contextualizam o conhecimento, sendo o próprio processo (indutivo) de construção do conhecimento uma dimensão importante a considerar. “O conhecimento é sempre contextual e provisório... [pelo que] permite um nível de construção conceptual que é uma mais valia na compreensão dos fenómenos humanos” (Fernandes e Maia, 2001:74). O construtivismo afirma que todos os significados são formados pelas pessoas enquanto fazem a sua vida e não há, conseqüentemente, nenhuma parte externa além destas construções (Clarke, 2005). É na era dourada da investigação qualitativa que ganham força várias estratégias metodológicas de pesquisa e de divulgação da investigação, como a *grounded theory*⁴, o estudo de casos, métodos de pesquisa histórica, biográfica, etnográfica e investigação clínica (Rossman e Rallis, 2003).

Os progressos metodológicos, da década de 70, permitem novas perspectivas, novos conceitos e instrumentos de análise, alargando o leque de perguntas a que uma avaliação deveria dar resposta (Moreira, 1995). É, também, nesta época que se destaca a concepção valorativa da avaliação fundamentada por Sriven, para quem a avaliação é o processo de determinar “o mérito, o valor e a importância das coisas e as avaliações são os produtos desse processo de avaliação”⁵ (Rossi, 2003:17). Esse processo deve clarificar e verificar os valores e padrões da informação recolhida, para que lhe seja atribuído um valor. A avaliação permite “formular juízos de valor, atribuir valor ou mérito a um programa ou acção, com base em informação empírica sistemática e rigorosamente recolhida” (Moreira, 1995:16).

As abordagens qualitativas, ou naturalistas, são, assim fonte de debates constantes, motivados pela pluralidade de métodos de investigação, conceitos e tipos de avaliação e

⁴ “Teoria fundamentada” (Carmo e Ferreira, 1998)

⁵ No original “*merit, worth, and value of things, and evaluations are the products of that process of evaluation*”.

pela ausência de consenso entre os teóricos sobre a melhor prática a utilizar na avaliação de programas.

Na década de 80 surge a tentativa de combinar os paradigmas anteriores, "aproximando actores e decisores numa procura pragmática da eficácia das avaliações" (Guerra, 2002:180). Verificou-se que as recomendações e conclusões das avaliações, ainda que aceites cientificamente, pouco influíam na tomada de decisão dos principais promotores dos programas. Para Cronbach "a avaliação é mais arte do que a ciência e deve ser orientada para corresponder às necessidades dos decisores do programa e das partes interessadas (...) a avaliação deve dedicar-se a fornecer a máxima informação útil que as circunstâncias políticas, os constrangimentos do programa e os recursos disponíveis permitem"⁶ (Rossi et al., 2003:23).

Esta importância dos actores, ou promotores, num processo de pesquisa, ultrapassa a visão científica e académica da avaliação, alargando os horizontes a estudos que se preocupam com utilização da avaliação pelos principais interessados, onde se destacam os trabalhos de Robert Stake, Michael Patton, Peter Rossi, Egon Guba, Carol Weiss, entre outros. A preocupação de Patton não são as necessidades dos decisores, mas, antes os procedimentos que favorecem a utilização da avaliação por uma maior gama de actores. Assim, concebe a avaliação como uma "colecção sistemática de informação sobre actividades, características e resultados dos programas para ajuizar sobre o programa, melhorar a sua eficácia e/ou tomar decisões sobre futura programação."⁷ (Patton, 2002a:10).

O objectivo é obter uma profunda compreensão dos problemas e envolver os interessados, de forma a aumentar a motivação dos próprios relativamente aos resultados de uma avaliação. A avaliação deveria ser conduzida no sentido de construir a realidade dos avaliados, permitir avaliações transparentes e conduzir a resultados credíveis face ao contexto em que foi desenvolvida (Youker, 2005). Em suma, "o papel da avaliação é dar respostas às perguntas sobre um programa que seja útil e realmente utilizado"⁸ (Rossi et al., 2003:20).

⁶ No original "evaluation is more art than science and should be oriented toward meeting the needs of program decision makers and stakeholders ... evaluations should be dedicated to providing the maximally useful information that the political circumstances, program constraints, and available resources allow".

⁷ No original "the systematic collection of information about the activities, characteristics, and outcomes of programs to make judgments about the program, improve program effectiveness, and/or inform decisions about future programming".

⁸ No original "The role of evaluation is to provide answers to questions about a program that will be useful and will actually be used".

Mas é na década de 90 que a avaliação se estende aos países europeus via o impulso de grandes organizações, como a Comunidade Europeia (CE), o Banco Mundial e outras agências internacionais de apoio a países subdesenvolvidos. “Os fundos estruturais europeus foram os principais impulsionadores na divulgação da prática da avaliação por toda a União Europeia”⁹ (Tavistock Institute, 2003a:11). Neste período desenvolve-se uma grande comunidade internacional na área da avaliação, criando redes e ligações que permitiram a sua constante divulgação. A Europa, por entrar mais tarde na avaliação de programas, não participa nos debates metodológicos associados às abordagens positivistas/construtivas, entretanto realizados pelos países anglo-saxónicos, “assim, quando mais tarde entra em campo, havia uma expectativa de encontrar métodos e técnicas prontos a utilizar”¹⁰ (Stame, 2003:37).

A Comissão Europeia, para a avaliação das intervenções sociais desenvolvidas pelos Estados-membros, coaduna os conceitos de juízo de valor com uma aplicação sistemática de metodologias de recolha de informação, para interpretar e produzir uma apreciação às intervenções que preconiza (C3E, 1999b). Nesse sentido, a Comissão Europeia acrescenta que o intuito de uma avaliação é a “apreciação da eficácia ou do valor de uma intervenção, tendo especialmente em vista a formulação de um juízo de valor sobre a sua contribuição para atingir os objectivos gerais e prioritários definidos para os fundos estruturais e a análise dos seus efeitos em problemas estruturais específicos” (Ferreira, 2002:10).

A importância da medição dos efeitos sociais de um programa ou projecto passa, assim, a ser cada vez mais, o objectivo central da avaliação. Trata-se de acção para orientar a distribuição de recursos com vista a atingir os objectivos traçados que, numa perspectiva macro, pretendem melhorar as condições socioeconómicas de um sector, região ou população. A avaliação de programas utiliza métodos de pesquisa social para identificar a efectividade das intervenções, de acordo com condições políticas e organizacionais, com a finalidade de melhorar as condições sociais (Rossi, 2003).

Do lado americano, a tendência foi utilizar a avaliação para assegurar a qualidade, a competitividade e a equidade nos serviços. A sociedade pressionou repetidamente escolas e faculdades, organizações de cuidados de saúde e várias empresas sociais

⁹ No original “*European Structural Funds have been a major driver for spreading the practice of evaluation throughout the EU*”.

¹⁰ No original “*so when later enter the field, there was an expectation of finding ready-made methods and techniques*”.

para mostrarem que, ao existir um processo de avaliação, se verificava a existência ou não de melhorias nos serviços.

Com a chegada do século XX revê-se o longo caminho percorrido pelos avaliadores, desde um paradigma mais teórico e quantitativo, para ir integrando componentes operacionais e pragmáticas, evoluindo com os contributos das metodologias de investigação cada vez mais vastas e múltiplas (métodos, critérios, medidas, perspectivas, audiências, interesses), permitindo que os processos de avaliação abrangessem um crescente número de programas sociais distribuídos por diversos países e abarcassem as “vozes” dos principais interessados, conduzindo ao desenvolvimento da teoria e prática da avaliação.

Actualmente a avaliação é largamente utilizada e, devido aos inúmeros estudos sobre o tema, depreende-se haver interminável tentativa da precisão do conceito, resultando numa variação conceptual diversa. Os princípios fundamentais surgem associados às diferentes abordagens e modelos de avaliação, sendo a importância da atribuição de valor, como resultado deste processo, uma necessidade premente para fazer juízos sobre um projecto, programa ou, genericamente, intervenção social.

2.2. Abordagens e modelos de avaliação

As teorias da avaliação são uma forma de apreender experiências a partir de outros autores, sendo a comparação de abordagens útil para melhor identificar e compreender as diferentes áreas de debate do tema avaliação e do próprio conceito de avaliação. Ainda que os modelos de avaliação sirvam para vários propósitos, um dos mais importantes é serem guias na prática da avaliação através da compreensão da sua concepção e utilização. Shadish, Cook e Leviton apoiam-se numa alegoria para preconizar que “as teorias da avaliação são semelhantes às estratégias e táticas militares; os métodos são semelhantes às armas e logística militares”¹¹ (Mark, 2005:2).

Ao longo do século XX desenvolve-se uma grande diversidade de abordagens e modelos de avaliação, conduzindo a uma complexidade de teorias para apreciar programas. Para uma melhor sistematização cronológica das abordagens e modelos de avaliação, resume-se no Quadro 1 a identificação da palavra-chave que caracteriza o principal modelo de cada autor.

¹¹ No original “*Evaluation theories are like military strategies and tactics; methods are like military weapons and logistics*”.

Quadro 1 – Palavras-chave de alguns modelos de avaliação

Datas principais	Abordagem	Autor	Palavras-chave dos modelos
1930/40	Métodos	Ralph Tyler	Avaliação por objectivos
1966	Métodos	Donald Campbell	Métodos experimentais e quase experimentais
1967	Métodos	Edward Suchman	Avaliação prévia, avaliação, de processo e avaliação de resultados
1972	Valor	Michael Scriven	Avaliação com objectivos livres (<i>Goal free evaluation</i>)
1972	Uso	Daniel Stufflebeam	Modelo CIPP
1975	Valor	Robert Stake	Avaliação responsável (<i>Responsive evaluation</i>)
1978	Uso	Michael Patton	Avaliação dirigida (<i>Utilization focused evaluation</i>)
1983	Métodos	Peter Rossi e Huey-Tsyh Chen	Avaliação direccionada pela teoria (<i>Theory driven evaluation</i>)
1989	Valor	Egon Guba e Yvonna Lincoln	Avaliação Participativa (<i>Fourth generation evaluation</i>)
1997	Métodos	Carol Weiss	Avaliação baseada na teoria (<i>Theory based evaluation</i>)

Fonte: Adaptado (Alkin e Christie, 2004)

Tendo por base os estudos de Marvin Alkin e Christina Christie, nas teorias da avaliação de programas distinguem-se três abordagens principais, cada uma com vários autores no campo da avaliação. Alguns apresentam contribuições para mais de uma área da avaliação. O seu estudo¹² permitiu comparar as orientações de alguns dos principais autores norte-americanos, desde o aparecimento da disciplina de avaliação até aos nossos dias. O desenvolvimento deste trabalho permitiu criar a *Árvore da Teoria da Avaliação (Evaluation Theory Tree)*, composta por três troncos base: métodos, valor e uso. De cada um desses troncos ou abordagens principais crescem ramos secundários em que os vários autores se distribuem segundo a seu contributo individual para as teorias da avaliação (Alkin e Christie, 2004).

O tronco central, designado por Métodos (*Methods*) ou avaliação orientada por métodos de pesquisa, corresponde à formação mais pura da construção do conhecimento, porque foram esses métodos científicos que predominaram em numerosos estudos, a partir dos

¹² ALKIN, Marvin C. e CHRISTIE, Christina A. (2004). *Evaluations Roots: Tracing Theorists' Views and Influences*. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publications, Inc.

quais se desenvolveu a avaliação. O modelo avaliativo de Ralph Tyler é a génese do tronco metodológico da avaliação.

Inspirado, inicialmente, pelo trabalho de Michael Scriven, o tronco Valor (*Valuing*) estabelece, firmemente, que o papel vital do avaliador é determinar o valor ou efectuar juízos de valor. Portanto, atribuir importância aos dados é a componente essencial do trabalho do avaliador. Os avaliadores devem ajuizar sobre as suas descobertas e, em alguns casos, determinar que resultados examinar. Alguns teóricos ulteriores, como Robert Stake e Egon Guba, alargam o conceito de avaliador atribuindo-lhe o papel de ser quem coloca, sistematicamente valor nos dados, para outros interessados na avaliação (Alkin e Christie, 2004).

O terceiro tronco da Árvore da Teoria da Avaliação é designado por Uso/Utilização (*Use*), que tem na sua origem o trabalho de Daniel Stufflebeam, orientador do modelo de aplicação da avaliação à tomada de decisão (Alkin e Christie, 2004). Essencialmente, o trabalho desenvolvido pelos autores desta abordagem emerge da percepção de que, na prática, as recomendações fundadas nas avaliações nem sempre eram utilizadas adequadamente pelos decisores e não aperfeiçoavam os desempenhos dos programas. Assim, os avaliadores deviam determinar as necessidades dos diversos interessados para que, efectivamente, estes utilizassem a informação.

Considerando as abordagens que enformam os vários modelos de avaliação, destaca-se a visão valorativa associada às definições de avaliação e a visão da utilização como princípio para a criação de um instrumento de disseminação de práticas orientadoras. Neste sentido, resumem-se as concepções de Robert Stake e Daniel Stufflebeam. Mais, adiante, no capítulo 4, estes autores serão objecto de referência porque os respectivos modelos orientam metodologicamente o presente estudo.

- Robert Stake

Segundo o modelo de Stake, a avaliação deveria ser adaptada às necessidades dos clientes. Portanto, uma avaliação responsável (*responsive evaluation*), na medida em que tem de proporcionar um estudo de problemas com relevância para os interessados (Moreira, 1995). As componentes essenciais da avaliação de Stake baseiam-se num conhecimento em contexto limitado, pelo que a opinião das partes interessadas é um elemento a integrar nas avaliações. Os estudos de caso são o melhor método para representar as opiniões e valores dos interessados nos resultados da avaliação (Alkin e Christie, 2004).

A introdução de processos descritivos assinala um avanço no modelo avaliativo. O modelo de Stake mostra que avaliar requer informação descritiva sobre um programa e padrões claros para o seu julgamento. A análise de um programa requer que os avaliadores comparem as características planeadas e realizadas (anteriores, actividades e resultados).

Embora Stake defenda que, no processo de avaliação, devem estar representadas as múltiplas perspectivas dos actores, estes não participam no processo afirmando que “a avaliação é missão do avaliador”¹³ (Alkin e Christie, 2004:38). Mas a representação dos interessados numa avaliação influenciou Egon Guba e Yvonna Lincoln, que desenvolveram esta ideia e geram a avaliação participativa.

- Daniel Stufflebeam

Para Alkin e Christie, Stufflebeam é um dos principais autores a desenvolver a abordagem Uso da Árvore da Teoria da Avaliação, geralmente designadas por teorias orientadas para a decisão (*decision-oriented theories*). O ponto crítico é conduzir avaliações projectadas especificamente para a tomada de decisão dos interessados num programa, que ocasionem uma mudança organizacional (Alkin e Christie, 2004).

O modelo CIPP de Stufflebeam é um dos mais conhecidos no âmbito dessas teorias, definindo a avaliação como um processo racional constituído por quatro passos: (C) contexto, (I) *inputs*, (P) processo e (P) produto. O contexto tem por preocupação as necessidades da população-alvo e a coerência dos objectivos específicos para o programa. Os *inputs* correspondem à planificação da acção, com a finalidade de delinear as várias actividades e as estratégias a utilizar. O processo centra-se nas actividades desenvolvidas e no grau de realização para tornar o programa efectivo e o produto corresponde à avaliação de resultados relacionando-os com os objectivos (Stufflebeam, 2003).

A avaliação de Stufflebeam integra os actores interessados no processo de avaliação (normalmente os que têm poderes para a tomada de decisão) e procura responder às suas questões, providenciando em tempo útil informação relevante que apoie as decisões. Ao incluir as diferentes perspectivas dos actores, o autor amplifica a possibilidade da atribuição de valor às avaliações e amplia a metodologia tradicional, centrada nos objectivos, reflectindo uma proposta complementar mais sistemática e global (Alkin e Christie, 2004; Moreira, 1995).

¹³ No original “*evaluation is the job of the evaluator*”.

Na literatura existem dezenas de modelos de avaliação, Isabel Guerra, por exemplo, identifica cinco modelos principais: a avaliação experimental, a avaliação por objectivos, a avaliação orientada para a decisão, a avaliação pela utilização e a avaliação múltipla. Mas, de uma forma geral, como a própria refere cada modelo “apresenta os seus próprios objectivos, vantagens e desvantagens, apresentando ao mesmo tempo implicações no papel do avaliador”. Assim, os modelos não se auto-excluem porque “há semelhanças e diferenças nas diferentes metodologias de avaliação” (Guerra, 2002:188).

2.3. A importância da avaliação de programas comunitários

As principais teorias da avaliação desenvolveram-se, por via do contributo de diversos autores norte-americanos, sendo na década de 90 que avaliação se expande para os países europeus, na maioria dos casos aplicada em áreas como a saúde, a educação, o emprego, o ambiente, entre outros sectores. O crucial desenvolvimento da avaliação deriva dos fundos estruturais da União Europeia (Tavistock Institute, 2003a). Esses fundos introduziram uma grande mobilização de recursos financeiros e humanos, exigindo acompanhamento e avaliação dos resultados da sua aplicação nos diferentes países. Efectivamente, esses fundos permitiram um modelo de avaliação especial com grande impacte nos países europeus e anglo-saxónicos (Stame, 2003).

As particularidades de cada estado europeu redundaram em três fases de implementação da prática e da utilização dos resultados das avaliações (C3E, 1999a). Numa primeira fase, a avaliação era acatada como mera resposta às obrigações regulamentares, sendo a sua realização considerada um constrangimento e uma sobrecarga de trabalho para os gestores cumprindo, apesar de tudo, a exigência do Conselho Europeu. Na segunda fase, mais operacional, a avaliação converte-se num sistema de auxílio à concepção e gestão das intervenções, verificando-se uma melhoria da qualidade da informação contida nas avaliações. Na terceira fase, a avaliação é considerada um acto político em que os resultados são publicamente debatidos. O objectivo era informar a opinião pública da eficácia dos fundos comunitários, demonstrando a sua eficiência na obtenção dos impactes esperados.

As sucessivas reformas dos fundos estruturais, associadas aos diferentes períodos de programação (1989-1993, 1994-1999, 2000-2006) contribuíram, de forma sistemática e consistente, para a definição de normas genéricas e específicas no contexto da avaliação de programas de cada Estado-membro. Destacam-se duas relevantes evoluções entre os

regulamentos dos fundos comunitários do segundo (1994-1999) para o terceiro períodos (2000-2006):

- Considerar períodos de avaliação ao longo de todo o ciclo de execução dos programas (*ex-ante*, *mid-term* e *ex-post*)¹⁴;
- Maior utilização e disseminação dos resultados da avaliação durante a implementação do programa.

No segundo período apenas estava claramente definida a existência de uma avaliação *ex-ante* e outra avaliação *ex-post*, sob o princípio da apreciação da eficácia das intervenções. No terceiro período de programação permanecem estas duas avaliações, mas, obrigatoriamente, teria de ser realizada também uma intercalar (*mid-term*) da responsabilidade do Estado-membro e em parceria com a Comissão Europeia. Foi ainda estipulada uma actualização da avaliação intercalar, designada como avaliação final, sob a responsabilidade do Estado-membro (Tavistock Institute, 2003a).

Os relatórios dessas avaliações deveriam ser disseminados, convenientemente, por todos os interessados, para permitir encontrar respostas úteis a todos os interessados nos resultados dos programas, fossem eles políticos com poder de decisão, gestores de programas, promotores de projectos ou beneficiários das intervenções. Por este motivo, os relatórios deveriam ser elaborados sob diferentes perspectivas para os diversos público-alvo. A ideia subjacente à disseminação era a possibilidade de diferentes organizações assimilarem os ensinamentos dos vários programas e projectos e, assim, obter respostas que permitissem melhorar as intervenções, superar as dificuldades e identificar os principais desafios a serem enfrentados no futuro. Por este motivo o processo de avaliação não poderia ser considerado completo enquanto não ocorresse a disseminação de um programa de desenvolvimento socioeconómico (Tavistock Institute, 2003a).

Nestes termos, a avaliação deveria ser proveitosa e ter utilização, integrando um processo de tomada de decisão durante todo o ciclo do programa, contribuindo de forma elaborada para o planeamento e desenvolvimento de programas. Um processo de avaliação útil conduz a acções, a decisões, clarifica opções e identifica forças e fraquezas. Em suma: produz informações para melhorar políticas, programas ou projectos. Esta particularidade da avaliação funda-se no modelo de avaliação dirigida (*utilization-focused evaluation*) de Michael Patton. A utilização da avaliação é de uma

¹⁴ Para clarificação dos conceitos *ex-ante*, *mid-term* e *ex-post*, consultar as tipologias em função da temporalidade no subcapítulo 2.4.2 Tipos de Avaliação

importância fundamental, por serem os interessados no processo que, metodologicamente, atribuem credibilidade à avaliação quando consideram a sua utilidade e aplicação (Patton, 2002b).

A utilidade específica de uma avaliação está intimamente relacionada com os objectivos considerados para a sua realização. Geralmente consideram-se três formas de utilização (WKKF, 1998; C3E, 1999a; Molund e Schill, 2004):

A primeira é melhorar um programa. As recomendações de uma avaliação devem sustentar decisões e acções para a introdução de aperfeiçoamentos práticos e promover estratégias de melhoria contínua. Neste caso, a avaliação constitui um instrumento de tomada de decisão aplicada, essencialmente, no decorrer do programa com o fito da sua progressão. Esta utilização das conclusões da avaliação é qualificada de instrumental e relaciona-se com o propósito de prestação de contas.

A segunda forma é aumentar o nível de conhecimento. Fundado em questões relacionadas como porquê e como funcionam os programas, para quem e em que circunstâncias. Facilmente se depreende que esta utilização está relacionada com o objectivo de produção de conhecimento. A pesquisa centrada neste tipo de avaliações permite obter novos conhecimentos através da prática efectiva, de temas transversais, de relações entre as teorias subjacentes e a experiência conduzindo, por vezes, à formulação de novas teorias sobre desenvolvimento organizacional. Estas descobertas podem ser utilizadas numa troca de experiências entre programas ou iniciativas com temas e princípios comuns (WKKF, 1998). Permite, também, clarificar objectivos apenas implícitos no programa, explicar mecanismos de impacte, identificar mudanças de comportamento, identificar se os efeitos esperados foram obtidos e revelar efeitos imprevistos. Uma avaliação bem sucedida deve ter visibilidade e uma utilização reconhecida. Supõe-se que a avaliação alimente processos de aprendizagem e, eventualmente, que venha a ter utilidade, mas a avaliação, por si só, não é directamente utilizada na tomada de decisão.

A terceira forma de utilização é julgar sucessos e fracassos. Fornece aos utilizadores critérios e argumentos para definir normas de comparação. É também útil para retirar conclusões de sucesso e fracasso numa área particular de um programa e, conseqüentemente, identificar práticas ou projectos exemplares. Esta utilidade é essencial quando a avaliação tem de reportar a autoridades políticas ou ao público em geral. Nestes casos, a avaliação pretende que as pessoas fora do contexto do programa formem uma opinião baseada no valor intrínseco da acção, independentemente da

opinião dos interessados na avaliação, permitindo que os utilizadores comparem as conclusões da avaliação com as opiniões próprias.

A avaliação representa um instrumento de gestão para aprender lições com a experiência, incorporá-las na concepção de novas intervenções para atingir os resultados desejados e fornecer uma base para a responsabilização dos actores envolvidos e para a transparência dos processos. A revisão e reflexão a partir de processos de avaliação têm implicações para o futuro, mediante a faculdade de retirar lições positivas dos problemas e de casos de sucesso.

As lições aprendidas permitem generalizações baseadas na avaliação das experiências com projectos, programas ou políticas para retirar ensinamentos de circunstâncias específicas para situações mais abrangentes. As lições sublinham os pontos positivos e negativos na preparação, concepção e execução de intervenções afectando o desempenho, os resultados e o impacte (IPAD, 2005). Ou seja, favorece a identificação de práticas bem sucedidas com um papel crítico no decorrer de intervenções, devendo ser difundidos de forma a servirem de referência a outros interessados. Prática bem sucedida é “uma actividade crítica ou um conjunto de actividades, processos, metodologias (...) através dos quais é produzido valor, materializado num serviço ou produto adequado às necessidades de clientes ou beneficiários (...), podendo ser transferidos/apropriados na totalidade ou em parte para/por outras equipas ou organizações” (Covita, 2003:15).

É considerando este contributo, o resultado de uma avaliação conduz à disseminação de práticas bem sucedidas ideais para maximizar a implementação de novos projectos. Ou seja, os programas com efeitos positivos e garantias de sustentabilidade disseminam-se para garantir a sua continuidade e amplos benefícios. A ideia subjacente é a adaptação de um projecto para outro local ou população e noutra contexto atingir resultados e produzir efeitos. A sustentabilidade desses reflexos dependerá da capacidade do sistema em prolongar o programa, multiplicar os efeitos e desenvolver novos projectos (Winbush e Watson, 2000).

Assim, a utilidade da avaliação ganha novos contornos porque permite identificar projectos transferíveis, com replicação e sustentabilidade dos seus efeitos. O principal motivo para uma avaliação poderá ser a disseminação de intervenções que mostrem quais as condições necessárias para produzir os resultados e efeitos esperados quando se implementam (Winbush e Watson, 2000). Enquanto o objectivo da disseminação é promover programas/projectos efectivamente concretizados e susceptíveis de originarem reflexos mais significativos quando divulgados, a transferência assegura que os factos

determinantes do valor ou do mérito de uma prática correspondem a recomendações úteis e acessíveis a outros utilizadores, visando contribuir para a correcta implementação de futuros projectos.

2.4. Características gerais de um processo de avaliação

2.4.1. Critérios de Avaliação

Consoante a avaliação, enquanto disciplina científica, se foi desenvolvendo, definiram-se princípios e terminologias próprios. As classificações da avaliação são diversificadas e as interpretações existentes, por vezes, controversas para os autores. Sem esquecer que as classificações, “embora úteis, enfermam de artificialidade” (Imperatori, 1993:174), propõe-se uma análise aos diferentes critérios atendíveis num processo de avaliação.

As obras seguidoras das recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) baseiam-se nos princípios do Comité de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) que considera cinco critérios de referência (IPAD, 2005; Molund e Schill, 2004). A avaliação, neste âmbito, pretende a analisar o sucesso das intervenções de desenvolvimento por via da “relevância e grau de consecução dos objectivos, bem como a eficiência, eficácia, impacte e sustentabilidade em termos de desenvolvimento” (IPAD, 2005:6).

Os critérios preconizados pela Comissão Europeia, quando a avaliação de programas socioeconómicos implica julgamentos de valor, são identificados nos documentos da colecção MEANS¹⁵ e posterior actualização pelo Instituto Tavistock: relevância, eficácia, eficiência e utilidade (C3E, 1999a; Tavistock Institute, 2003a). O critério impacte, apesar de não ser explicitamente identificado, é considerado no âmbito do critério utilidade.

Segundo Guerra, a avaliação, enquanto componente de um processo de planeamento, permite verificar o sucesso de projectos de intervenção através de factores como a adequação, a pertinência, a eficácia, a eficiência, a equidade e o impacte (Guerra e Amorim, 2001; Guerra, 2002).

Assim, os critérios básicos que podem ser considerados para uma avaliação são os seguintes:

¹⁵ Colecção de documentos sob o tema *Evaluating Socio-Economic Programmes*, composto por seis volumes da autoria do Centre for European Evaluation Expertise (C3E), editados em 1999 pelo Gabinete Publicações Oficiais da Comunidade Europeia.

- Relevância/Pertinência

As duas designações aproximam-se nos pressupostos de análise relativamente ao contexto do programa/projecto, considerando os objectivos explícitos como a resposta adequada aos problemas ou necessidades para os quais se dirige.

Analisa os objectivos e a estratégia e a sua adequação face ao contexto das mudanças sociais e económicas onde intervém. Determina se as actividades e os resultados da intervenção estão em conformidade com o estabelecido e se correspondem, de forma adequada, à realização dos objectivos e à obtenção dos resultados pretendidos.

Numa avaliação *ex-ante*, os critérios de relevância são primordiais por apoiarem o processo de tomada de decisão no aperfeiçoamento da estratégia a adoptar ou como justificação da estratégia seleccionada. A análise de relevância possibilita, nesta óptica, a identificação de um número de factores externos que podem influenciar o impacte das intervenções. Numa avaliação intercalar, o objectivo é verificar se o contexto socioeconómico evoluiu como esperado e se a evolução coloca em causa o objectivo particular da intervenção (Tavistock Institute, 2003a).

- Eficácia

Mede a relação entre os objectivos estipulados e os alcançados. Ou seja, é uma relação entre o programado e o realizado, que mede a extensão dos objectivos atingidos. Procura-se saber, por um lado, se os objectivos formulados para o programa foram atingidos, quais as dificuldades encontradas e como foram adoptadas soluções apropriadas para alcançar sucesso. Por outro lado, em que medida os factores externos influenciaram o programa (C3E, 1999a). Assim, importa, também, verificar os resultados e impactes de acordo com as expectativas. Diferentes variáveis permitem explicar os efeitos ou desvios dos objectivos, em particular as combinações dos elementos relacionados no processo de implementação da intervenção.

- Eficiência

Em contraste com o critério anterior, a eficiência respeita a relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos. Isto é, mais do que aferir se as actividades planeadas, os resultados desejados e os objectivos programados foram concretizados, importa relacionar esses aspectos com os recursos empregues. Existe a preocupação de garantir a melhor utilização dos recursos disponíveis, muitas vezes associada aos recursos menos dispendiosos para atingir os objectivos.

No âmbito da avaliação de programas socioeconómicos comparam-se os resultados alcançados com os meios mobilizados, em particular o custo das intervenções

relativamente à sua eficácia. As análises são conduzidas pela comparação dos custos observados nos projectos e programas com os custos de outros programas. Geralmente, é difícil determinar todos os factores que influem na eficiência das intervenções (Comissão Europeia, 1999).

- Impacte / Utilidade

Genericamente, uma avaliação de impacte mede as consequências da intervenção, considerando a totalidades dos efeitos (positivos ou negativos). Determina em que medida se obteve uma melhoria da situação (Guerra, 2002).

A Comissão Europeia considera que, no âmbito do quadro de avaliação dos fundos estruturais, existem dois tipos de impacte após o fim da intervenção: os efeitos a curto prazo, que são os resultados ou efeitos imediatos. A longo prazo surgem os impactes propriamente ditos. A avaliação deve, simultaneamente, ter em atenção a causalidade da relação entre intervenções, os efeitos esperados e a influência do contexto nesses efeitos (Comissão Europeia, 1999).

Com o mesmo contorno, o critério de utilidade julga os impactes obtidos pelo programa em relação às necessidades da sociedade e questões económicas. Os impactes podem ser esperados ou não e ter efeitos directos e indirectos. A utilidade pode, no entanto, ser um critério mais vasto, por não se restringir aos objectivos iniciais do programa para proceder à avaliação. No fundo, é um critério baseado no modelo avaliação com objectivos livres (*goal free evaluation*) de Michael Scriven (C3E, 1999a), para que os efeitos inesperados possam emergir através do modelo.

- Sustentabilidade

Procura verificar se os benefícios se prolongam ou perduram no tempo, após o fim do financiamento da intervenção. Isto é, em que medida os beneficiários podem e querem prosseguir após a concretização dos objectivos da intervenção.

O critério de sustentabilidade, em algumas avaliações, é considerado um impacte socioeconómico e, portanto, incluído no âmbito desse critério. Noutras, como a sustentabilidade está associada ao conceito de desenvolvimento equilibrado, incluída na definição de utilidade, é considerado como a manutenção do capital humano, produtivo, natural e social para futuras gerações (Tavistock Institute, 2003a).

Ainda que a sustentabilidade não seja critério explicitamente identificado no âmbito dos programas socioeconómicos da Comunidade Europeia, em certa medida, corresponde a uma estratégia de alavancagem (C3E, 1999b). O objectivo é o de que o financiamento

comunitário seja uma “alavanca” ao desenvolvimento social e económico. Portanto, há a intenção de suportar intervenções sustentáveis e duradouras findo o co-financiamento.

- Equidade

O critério da equidade, enquanto factor contributivo para a dimensão social dos investimentos, tem ganho importância no seio da avaliação. “A equidade apela à igualdade de oportunidades, não apenas ao nível do acesso a bens e serviços mas também ao nível da capacidade de cada um para gerir as suas próprias oportunidades” (Guerra, 2002:200). É a realidade social, enquanto elemento base da equidade, que deve ser analisada como reflexo do investimento na justiça social e distribuição dos recursos entre indivíduos e grupos.

Cada um destes critérios pode aplicar-se em avaliações de políticas, programas ou projectos, porque cada critério tem uma abordagem específica. Os critérios complementam-se entre si, pelo que uma avaliação poderá incorporar mais do que um entendimento. Os critérios de valor da avaliação estão relacionados com o tipo desta e dos seus objectivos.

2.4.2. Tipos de Avaliação

Há uma grande diversidade de termos utilizados para distinguir os diferentes tipos de avaliação de programas. Moreira refere a existência de 30 acepções distintas e Demarteau caracteriza oito principais, que se poderão transformar em 125 categorias (Moreira, 1995; Demarteau, 2002). Considerando alguns autores, enunciam-se primeiramente alguns tipos de avaliação associados a um carácter dicotómico:

As avaliações quantitativas e qualitativas são difíceis de separar, porque a maioria dos dados quantitativos fornecem elementos de qualidade e, por outro lado, as técnicas de avaliação qualitativa recorrem, em muitos casos, à quantificação. Actualmente, aceita-se que as metodologias quantitativas e qualitativas contribuem, de forma equitativa, para um processo de avaliação (SenGupta, 2004), fruto do desenvolvimento da disciplina durante o século passado e do apoio incondicional da investigação científica.

As avaliações associadas à relação temporal poderão ser retrospectivas ou prospectivas. As primeiras dizem respeito à avaliação de programas existentes, isto é, utilizam-se elementos estatísticos disponíveis em registos ou arquivos. A objectividade do estudo é condicionada pela informação existente e os padrões de comparação são estabelecidos

posteriormente. As avaliações prospectivas, também designadas de programadas como previstas, são as que apresentam maior número de condições para o êxito, por terem a capacidade de determinar, previamente, as necessidades de informação e os padrões de comparação (Imperatori e Giraldes, 1986).

Também se distinguem as avaliações formativas das avaliações sumativas, uma dicotomia preconizada por Scriven (Moreira, 1995). As avaliações de projectos em execução são referidas como formativas, por se realizarem durante a intervenção e servindo para apreciar a execução das acções e, se necessário, introduzir correcções na estratégia ou na metodologia. As avaliações sumativas são realizadas numa fase mais avançada da intervenção, sobretudo no seu final ou após a conclusão, de forma a serem analisados os “resultados alcançados, aprender lições, prestar contas/promover a transparência e disseminar ensinamentos” (IPAD, 2005:19).

Além destas, outras classificações subsistem e foram sendo aceites entre autores e organizações de apoio ao desenvolvimento.

- Tipologias em função de quem realiza a avaliação

A avaliação independente ou externa é realizada por pessoas sem responsabilidade ou envolvimento directo nas actividades a avaliar (IPAD, 2005). Os executores e os beneficiários da intervenção podem também envolver-se no processo, mas o principal objectivo será obter uma apreciação independente, porque avaliadores especializados podem trazer uma perspectiva diferente ao projecto por não estarem directamente relacionados com ele. Numa visão mais extrema do termo, a avaliação é independente quando a organização que formula as questões da avaliação e selecciona os avaliadores também é independente da própria actividade de avaliação (Molund e Schill, 2004). Um aspecto negativo da avaliação independente está no facto de os avaliadores poderem carecer do conhecimento pragmático dos objectivos e iniciativas do projecto (WKKF, 1998).

A auto-avaliação e/ou avaliação interna, em oposição à tipologia anterior, envolve os executores e os beneficiários que apreciam as suas próprias actividades (IPAD, 2005). Algumas das vantagens são a familiarização dos avaliadores com o projecto e as pessoas envolvidas nele, um maior acesso aos recursos e melhores oportunidades para uma comunicação informal dos participantes no projecto. Mas faltará a perspectiva externa (independente) e eventual conhecimento das técnicas de um avaliador externo, que poderá transportar maior credibilidade para o processo (Molund e Schill, 2004). Uma distinção entre auto-avaliação e avaliação interna, advém do facto da primeira ser

realizada pela mesma equipa que executa o projecto, enquanto a segunda é realizada dentro da organização gestora do projecto, embora com distanciamento da equipa de execução (Guerra e Amorim, 2001).

Considerando ainda quem realiza a avaliação, surge uma forma designada como avaliação participativa, em que as distinções entre avaliadores especializados e leigos, investigadores e investigados, desacentuam-se e são redefinidas. Os avaliadores são contratados para verificar os méritos da intervenção, embora como meros facilitadores e instrutores do processo e apoiando outros nessa actividade. A participação é um fim em si mesmo, com o direito de as pessoas estarem directamente envolvidas num processo que respeita seus interesses (Molund e Schill, 2004).

- Tipologias em função da temporalidade

É uma das tipologias mais difundidas no campo da avaliação, decorrente das várias fases integrantes do ciclo de programa ou projecto, nomeadamente antes, a meio do percurso ou no final. A avaliação realizada numa fase produzirá conclusões relevantes para as outras fases (C3E, 1999a).

A avaliação *ex-ante* consiste em diagnosticar os problemas que carecem de intervenção, para que o programa/projecto seja elaborado em função deles. Dado que o programa não foi ainda iniciado pretende-se conhecer as condições iniciais da situação envolvente, problemas, beneficiários, para delinear uma intervenção baseada no contexto inicial (Guerra, 2002). É realizada na fase de discussão e negociação de uma futura intervenção socioeconómica, ou seja, no início do ciclo, com o objectivo de assegurar que o final do programa será relevante e o mais coerente possível. Assim, os critérios de relevância e de pertinência estão intimamente relacionados com uma avaliação *ex-ante*. As conclusões desta avaliação devem considerar-se para a conclusão dos planos das intervenções (C3E, 1999a).

A avaliação de percurso (*on going*) prolonga-se pelo período de vigência da intervenção, afim de verificar a eficiência na utilização dos recursos disponíveis e a eficácia face aos objectivos definidos, bem como o funcionamento do acompanhamento e da execução. Guerra identifica esta avaliação como tendo fins de acompanhamento “para determinar de forma sistemática se o projecto está a decorrer como previsto” (Guerra, 2002:196). Especificamente, esta avaliação, no âmbito da aplicação dos fundos comunitários, analisa de modo crítico os primeiros resultados imediatos, verifica a gestão financeira do programa, a qualidade da monitorização e a execução das diversas intervenções. Analisa, ainda, a coerência do programa em função da evolução do contexto, para ajudar

nas suas reprogramações e ajustamentos. Esta avaliação tem uma natureza formativa, porque produz informação de retroacção sobre o programa, ajudando a melhorar a gestão deste (C3E, 1999a).

No âmbito do QCA III, a regulamentação comunitária definiu também a realização de uma avaliação intercalar a meio do período de programação (*mid-term*), tendo em conta a avaliação *ex-ante*, mas com o objectivo de analisar os primeiros resultados das intervenções financiadas, a sua pertinência e a realização dos objectivos, bem como os níveis de utilização das dotações orçamentais disponíveis e o desenvolvimento do acompanhamento e da execução.

Quando a intervenção termina, a avaliação final (*ex-post*) estuda de forma holística o resultado da intervenção, para que se retirem lições. À avaliação de resultados realizada três a seis meses depois da conclusão do projecto, Isabel Guerra designa como *ex-post* imediata. E se for três anos após a conclusão designa como *ex-post* diferida. Globalmente, a avaliação final prende-se com os objectivos do projecto ou uma avaliação de resultados para medir os efeitos do projecto no contexto em que se realizou (Guerra, 2002). A avaliação final, genericamente, recapitula e julga todo o programa, em particular a utilização dos recursos segundo critérios de eficácia e eficiência. Foca factores de sucesso e fracasso, para retirar conclusões genéricas a disseminar para outras intervenções. A longo prazo (dois a três anos) identifica os impactes e a sustentabilidade dos resultados das intervenções.

- Tipologias em função do objecto

As tipologias anteriores podem aplicar-se a diferentes níveis de intervenção¹⁶:

A avaliação de projectos é a abordagem tradicional, centrada num único projecto, em todos os aspectos com ele relacionados. Um projecto é delimitado no tempo e em termos orçamentais, estando sob a responsabilidade de um promotor, que solicita a atribuição de um financiamento aos gestores de um programa (C3E, 1999b).

A avaliação de programas cobre a análise de diversos projectos interligados e inter-relacionados que contribuem para o mesmo objectivo global. Um programa é um "conjunto de recursos financeiros, organizacionais e humanos mobilizados para atingir

¹⁶ As intervenções designam qualquer acção ou operação desenvolvida por autoridades públicas, sem considerar a sua natureza ou nível de actuação (política, programa, medida ou projecto) (C3E, 1999b). As intervenções operacionais são o "conjunto dos programas operacionais de carácter sectorial ou de âmbito regional e as iniciativas comunitárias" (Ferreira, 2002:55).

um objectivo ou um conjunto de objectivos num determinado período de tempo. Um programa está delimitado em termos temporais e orçamentais¹⁷ (C3E, 1999b:34-35).

A avaliação sectorial respeita a um determinado sector de actividade, como a saúde, a educação, a economia, etc. Tal como as avaliações temáticas, cobre projectos que contribuem para o mesmo objectivo global. Mas cobre também projectos com distintos objectivos globais, embora destinados ao mesmo sector (IPAD, 2005).

A avaliação temática analisa tópicos transversais a diversas actividades, ou que se centram em áreas específicas, além do sector a que dizem respeito. Inclui vários projectos do mesmo tipo ou programas semelhantes, analisados em relação ao efeito obtido ou produzido. São avaliações particularmente úteis, considerando o ponto de vista das prioridades comunitárias: garantia da equidade e da igualdade (C3E, 1999a).

A avaliação de cacho (*cluster*) corresponde a um grupo de projectos similares com objectivos comuns, que funcionam com objectivos de sinergia. É um meio para determinar como uma colecção de projectos atinge os objectivos de uma mudança sistémica. A avaliação de *cluster* não substitui a de projectos, porque observa transversalmente um grupo de projectos com linhas e temas comuns, visando beneficiar outros com os ensinamentos de projectos similares (WKKF, 1998).

A avaliação de políticas assenta em programas agrupados que abordam problemas de índole macro, com vista a facilitar a reformulação ou a introdução das alterações necessárias à política em vigor para alcançar objectivos sectoriais ou temáticos. As políticas correspondem a um conjunto de “diferentes actividades (programas, estratégias, procedimentos, leis, regulamentos) direccionadas para um único objectivo ou um objectivo geral” (C3E, 1999b:33). Estas actividades desenvolvem-se ao longo de vários anos. No caso da política de coesão da Comunidade Europeia têm uma duração de sete anos, correspondendo aos períodos de programação dos quadros comunitários de apoio. A este nível, tem especial relevo a avaliação de relevância ou pertinência, o impacte das políticas sobre os beneficiários e a eficácia da coordenação institucional para aplicar ou controlar a aplicação das políticas (IPAD, 2005).

Para uma apreciação da actuação da política de coesão económica e social da Comunidade Europeia podem, ser conjugados diferentes níveis de avaliação (políticas, programas, medidas e projectos), mas o sucesso de um não assegura necessariamente

¹⁷ No original “Organised set of financial, organisational and human resources mobilised to achieve an objective or set of objectives in a given lapse of time. A program is delimited in terms of a Schedule and a budget.”

o sucesso de outro. “Todavia, a avaliação do programa é um recurso na avaliação de políticas, tal como um projecto é um recurso na avaliação do programa”¹⁸ (Tavistock Institute, 2003a:10).

Finda a análise dos principais modelos, características e tipologias de processo de avaliação, é relevante conhecer as particularidades das avaliações realizadas no âmbito do QCA III, mais concretamente ao Programa Operacional Saúde.

¹⁸ No original “*However, programme evaluation is necessarily one input into policy evaluation just as project evaluation is one input into programme evaluation*”.

3. PERÍODO DE PROGRAMAÇÃO 2000-2006

O objectivo do presente capítulo é apresentar o terceiro período de programação dos fundos estruturais em Portugal, em que se inclui o Programa Operacional Saúde. Este programa ao abrigo dos normativos comunitários, orientou dois momentos de avaliação no decorrer da sua execução, tendo-se identificado algumas inovações na área dos apoios comunitários no sector da saúde, consagradas na Medida 3.1 do Saúde XXI.

3.1. O Quadro Comunitário de Apoio III

As políticas estruturais da União Europeia têm como objectivo reduzir as disparidades económicas entre regiões e reforçar o potencial produtivo das mais desfavorecidas. Os fundos estruturais e o de coesão¹⁹ ou, mais genericamente, os fundos comunitários, são os instrumentos de co-financiamento utilizados pela Comunidade Europeia, a que os Estados-membros podem candidatar-se, para reduzir as disparidades regionais visando o reforço da coesão económica e social. Ou seja, as políticas estruturais e regionais baseiam-se em dois subsídios complementares: um garantido pelos fundos estruturais e outro pelo subsídio nacional (investimento público ou privado).

Com base no Tratado da União Europeia, foram criados quatro fundos estruturais²⁰ que são contribuições financeiras estabelecidas no orçamento da União Europeia: o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), o Fundo Social Europeu (FSE), o Fundo Europeu de Orientação e Garantia Agrícola – Secção Orientação (FEOGA-O) e o Instrumento Financeiro de Orientação da Pesca (IFOP). Os projectos subsidiados são efectivados através de programas nacionais de fundos estruturais de acordo com a elegibilidade definida para cada fundo.

Desde 1986 que Portugal tem beneficiado das contribuições financeiras dos fundos estruturais, concretizadas em períodos de programação plurianuais: Anterior Regulamento (1986-1988), Quadro Comunitário de Apoio (QCA I) (1989-1993), QCA II (1994-1999), QCA III (2000-2006) e o agora (QREN) Quadro de Referência Estratégico Nacional (2007-2013).

¹⁹ Beneficiam deste apoio os Estados-membros com um Produto Nacional Bruto *per capita* inferior a 90% da média comunitária, como são os casos de Espanha, Grécia, Irlanda e Portugal (Ferreira, 2002).

²⁰ Regulamento (CE) n.º 1260/1999 do Conselho, de 21 de Junho, publicado no Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º 161, Série L, de 26/06/1999, que estabelece disposições gerais sobre os Fundos Estruturais.

O QCA III²¹ foi aprovado e assinado, pela Comissão das Comunidades Europeias, em 31 de Março de 2000 e definiu as principais prioridades estratégicas dos fundos estruturais, em Portugal, para 2000-2006, sendo considerado como “um instrumento fundamental para acelerar o processo de convergência real ao padrão europeu de qualidade de vida e de competitividade económica, devendo garantir simultaneamente um desenvolvimento regional e socialmente equilibrado para o País” (Decreto-Lei n.º 54-A/2000, de 7 de Abril:1526).

Como orientação estratégica primordial na acção dos fundos estruturais foi considerado o acréscimo de produtividade, por ser um factor necessário e indicador da mudança estrutural e do desenvolvimento socioeconómico. Foram estabelecidos três domínios prioritários de intervenção: a valorização do potencial humano, o apoio à actividade produtiva e a estruturação do território. Estes domínios consubstanciaram-se em quatro prioridades de acção, em que se englobaram os 18 Programas Operacionais de Portugal Continental e Ilhas (Ministério do Planeamento, 2000):

- Eixo 1 – Elevar o nível de qualificação dos portugueses, promover o emprego e a coesão social;
- Eixo 2 – Alterar o perfil produtivo em direcção às actividades do futuro;
- Eixo 3 – Afirmar a valia do território e da posição geoeconómica do país;
- Eixo 4 – Promover o desenvolvimento sustentável das regiões e a coesão nacional

O Eixo 1, inicialmente, era composto por seis programas sectoriais: Educação; Emprego, formação e desenvolvimento social; Ciência, tecnologia e inovação; Sociedade da Informação; Saúde e Cultura. O Eixo 2 foi composto por três programas sectoriais: Agricultura e desenvolvimento rural; Pescas e Economia. O Eixo 3 foi composto por dois programas sectoriais: Acessibilidade e transportes; Ambiente. O Eixo 4 foi composto pelos sete programas regionais: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira.

A aplicação dos fundos comunitários para reduzir a disparidade entre os níveis de desenvolvimento das diversas regiões apoiou-se em intervenções operacionais de

²¹ Quadro Comunitário de Apoio é “o documento aprovado pela Comissão de comum acordo com o Estado-membro em causa, após apreciação do plano apresentado pelo Estado-membro, que contém a estratégia e as prioridades da acção dos Fundos e do Estado-membro, os seus objectivos específicos, a participação dos Fundos e os outros recursos financeiros. (...) O documento está dividido em eixos prioritários e executado mediante um ou vários programas operacionais” [alínea d), do art. 9º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999].

diversos domínios de carácter sectorial ou de âmbito regional²². O Programa Operacional Saúde, enquadrado no Eixo 1 do QCA, era uma intervenção com carácter sectorial que abrangeu, de forma extensiva, todo o território de Portugal Continental.

Sem esquecer que a avaliação de intervenções públicas constitui “um condicionalismo inerente à actividade da administração pública na prossecução das suas responsabilidades” (Comissão de Gestão do QCA 2000-2006, 2001:7), nos termos da regulamentação comunitária²³, as intervenções estruturais são objecto de uma avaliação *ex-ante*, intercalar e *ex-post*. A avaliação *ex-ante* serviu de base à preparação dos planos, das intervenções e dos complementos de programação do período de programação 2000-2006 e a avaliação intercalar decorreu durante o ano de 2003. Este exercício, que esteve sujeito a prazos regulamentares e ocorreu em simultâneo em todos os Programas Operacionais, constituiu, em termos metodológicos e organizativos, um enorme desafio para todas as autoridades nacionais envolvidas no processo.

Os objectivos dos exercícios de avaliação tiveram suporte regulamentar, onde se expressava que “a avaliação intercalar analisará, tendo em conta a avaliação *ex ante*, os primeiros resultados das intervenções, a sua pertinência e a realização dos objectivos, e apreciará igualmente a utilização das dotações, bem como o funcionamento do acompanhamento e da execução” [art. 42.º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999]. A avaliação intercalar realizou-se ao nível do QCA e de cada Programa Operacional (PO), sob a responsabilidade da Comissão de Gestão do QCA III e das autoridades de gestão competentes. A avaliação foi realizada por avaliadores independentes, tendo sido transmitida à Comissão Europeia em Dezembro de 2003 (Comissão de Gestão do QCA 2000-2006, 2001).

Duas especificidades da avaliação intercalar no âmbito do QCA III foram o facto de ter de apresentar resultados para os indicadores de atribuição da Reserva de Eficiência e de ter de proceder a uma apreciação crítica aos resultados obtidos e ao conjunto de indicadores seleccionados. A Reserva de Eficiência foi uma dotação adicional, correspondente a 4% dos fundos estruturais do QCA III, concedida pela Comissão Europeia aos programas operacionais, em situação objectivamente concorrencial, a meio do período da execução, constituindo um instrumento de estímulo à sua eficiência (Ferreira, 2002).

Na sequência da avaliação intercalar, procedeu-se a uma reprogramação à estrutura do QCA III e dos Programas Operacionais, resultando na criação ou supressão de medidas

²² “Intervenção incluída no QCA III cujo âmbito de aplicação era limitado a uma determinada área geográfica de nível NUTS 2” (Ferreira, 2000:76).

²³ Segundo o n.º 1 do art. 40º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999

em vários programas, correcção de programações financeiras sub ou sobredotadas e a criação de novos programas. A 19 Novembro de 2004²⁴, a Comissão das Comunidades Europeias decretou a reprogramação do Quadro Comunitário de Apoio (Comissão de Gestão do QCA III, 2004).

3.1.1. A avaliação temática da saúde no QCA III

O terceiro ciclo de intervenção estrutural comunitária introduziu duas inovações significativas no contexto da avaliação: uma foi a articulação estabelecida entre a avaliação intercalar e a atribuição da reserva de eficiência. E outra, foi a possibilidade de realização, por iniciativa do Estado-membro ou da Comissão Europeia, de “avaliações complementares, eventualmente temáticas, para identificar experiências transferíveis” [n.º 3 do art. 40.º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999]. Estas avaliações de tipo não obrigatório permitiam “apreciar situações não abrangidas pela avaliação intercalar, nomeadamente de carácter temático” (Ferreira, 2002: 10).

Nesse intuito foi constituído, no âmbito da Comissão de Acompanhamento do QCA III, o Grupo de Trabalho Temático Saúde (GTT Saúde). Este grupo foi enquadrado por duas linhas de acção: uma, o acompanhamento permanente e tratamento dos dados relativos aos financiamentos comunitários na saúde e, outra, o desenvolvimento de áreas de estudo de carácter transversal com especial interesse para a política de saúde.

O GTT Saúde apresentou, em Novembro de 2002, o “Relatório sobre os financiamentos do QCA III à área da Saúde 2000-2002”, com o objectivo de apresentar um balanço das intervenções co-financiadas por fundos estruturais na área da saúde (GTT Saúde, 2002). O GTT Saúde foi composto por uma equipa técnica integrando representantes de vários programas operacionais e interlocutores nacionais do FEDER e FSE, que analisou a tipologia de informação do QCA. O trabalho foi iniciado com uma análise às medidas de cada Programa Operacional, em que pudessem surgir projectos relacionados com a saúde e a existência de informação financeira e de elementos relativos à execução física dos projectos.

Este relatório permitiu verificar que os financiamentos do Quadro Comunitário da Saúde 2000-2006 a projectos na área da saúde, até 30 de Setembro de 2002, se traduziam na

²⁴ A Decisão C (2004) 4588, de 19 Novembro de 2004, da Comissão das Comunidades Europeias alterou a Decisão C (2000) 762, de 30 de Março, relativa à aprovação do quadro comunitário de apoio para as intervenções estruturais comunitárias nas regiões abrangidas pelo objectivo 1 e pelo apoio a título transitório ao abrigo do objectivo 1, em Portugal [notificada com o número C (2000) 762].

canalização de recursos comunitários através de 12 dos 18 programas operacionais existentes à data. Tratava-se, assim, de uma área de natureza eminentemente transversal, envolvendo interfaces com a maioria das áreas sectoriais apoiadas directamente pelo QCA III e com os vários níveis da administração portuguesa (administração central, administração central desconcentrada, governos regionais e autarquias locais).

De destacar que, em conjunto o Saúde XXI e o Programa Operacional Economia concentravam, à data, 60% do total de projectos aprovados. O Saúde XXI apresentava uma dimensão preponderante no conjunto dos financiamentos concedidos, mas o seu peso no universo dos projectos que interessam à saúde não era tão dominante como à partida se poderia supor. Com efeito, do facto de a maioria das acções de formação profissional ligadas ao sector e os maiores sistemas de incentivos ao investimento privado com incidência na saúde eram financiados por outros programas do QCA (o Programa Operacional Emprego, Formação e Desenvolvimento Social – POEFDS e o Programa Operacional Economia - POE, respectivamente) acabaria por resultar que parte significativa dos agentes económicos e sociais com actividade na área da saúde, designadamente na esfera privada, fosse apoiada fora do Saúde XXI.

De notar que, existindo financiamentos em diversos programas operacionais ao sector da saúde, os mesmos deveriam actuar em regime de complementaridade nas acções a financiar. Assim, o POEFDS apoiou o desenvolvimento de acções de formação profissional vocacionadas para os trabalhadores da saúde e o POE promoveu iniciativas empresariais, através de incentivos a farmácias, laboratórios e outras actividades de produção e comercialização de produtos ligados à saúde.

Os projectos de iniciativa pública, cerca de 22% do total de aprovados na área da saúde no QCA III, representavam 57% do investimento apoiado. A maioria destes projectos concentrava-se na tipologia de formação, mas o seu investimento apenas representava 3,4% do total aprovado. Os projectos aprovados na tipologia de infra-estruturas (cerca de 22%) representavam 57% do investimento. Os projectos de iniciativa privada eram maioritariamente orientados para a criação e modernização de empresas, representavam cerca de 86% do número de projectos aprovados, a que correspondia um investimento semelhante a 85,5% do valor global (GTT Saúde, 2002).

Outra característica identificada no estudo temático do sector da saúde foi a incidência regional dos projectos, investimento e financiamentos aprovados no QCA III. A Região Norte concentrava 35% dos projectos aprovados, para um financiamento que

representava 27%. Esta região juntamente com Lisboa e Vale do Tejo e o Centro representava 77% dos projectos aprovados.

Relativamente à atribuição de recursos comunitários, verificou-se que a Região Norte, apesar de ser a que mais verba recebia em termos absolutos, não atingia, todavia, uma capitação consentânea com o seu rendimento relativo (33,4€ de financiamento *per capita*, sendo a média das sete regiões de 41,7€). À data, as duas regiões que apresentavam maiores rendimentos *per capita* – Lisboa e Vale do Tejo e Região Autónoma da Madeira – eram aquelas que beneficiavam de uma capitação de fundos estruturais mais baixa (24,3€ e 21,2€; respectivamente). Por outro lado, as duas regiões com menor nível de desenvolvimento relativo – o Alentejo e a Região Autónoma dos Açores – situavam-se acima da média nacional, apresentando o Alentejo uma capitação de quase quatro vezes a média nacional. Em resumo, tendo em conta as disparidades de desenvolvimento das regiões, o maior financiamento comunitário *per capita* era o da região Alentejo (153,0€), seguida do Algarve (78,9€), do Centro (54,0€) e dos Açores (44,1€) (GTT Saúde, 2002).

A preocupação de desenvolvimento harmonioso do território nacional foi, portanto e aparentemente, tida em conta na atribuição dos recursos financeiros, sendo a distribuição regional dos financiamentos comunitários relativamente equilibrada conforme com os objectivos da coesão económica e social.

3.2. O Programa Operacional Saúde (Saúde XXI)

O Eixo 1 do QCA III (Elevar o nível de qualificação dos portugueses, promover o emprego e a coesão social) enquadrou o Programa Operacional Saúde, genericamente designado por Saúde XXI. Este programa foi concebido como contributo para a reorganização e modernização do sector da saúde, complementando e potenciando iniciativas e acções em curso ou a programar (Saúde XXI, s.d.).

O Saúde XXI, como programa sectorial, abrangeu apenas o território do Continente, uma vez que as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira detinham programas próprios de carácter regional. A definição do conteúdo do Saúde XXI teve ainda em consideração a articulação com a intervenção desconcentrada da saúde, incluída nos cinco programas operacionais regionais do Continente e a articulação com medidas e acções previstas noutros programas, com particular destaque para a formação dos seus profissionais (Saúde XXI, 2004).

O Saúde XXI desenvolve-se num quadro de referência global, pretendendo obter ganhos em saúde e assegurar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade, sendo estes os objectivos estratégicos definidos para o Programa Operacional Saúde 2000-2006. Por outro lado, procurou-se também que o conjunto de intervenções viesse a ter efeitos reais no mercado do emprego, na economia e no desenvolvimento regional. Não esquecendo, naturalmente, a necessidade de incrementar a eficiência e a produtividade do sistema de saúde no seu conjunto, no âmbito do reforço da coesão económica e social das políticas estruturais da União Europeia.

O Programa Operacional Saúde foi considerado, no seio da União Europeia, como ambicioso na aplicação de fundos comunitários, podendo funcionar como modelo para os dez novos países que participam no período de programação de 2007-2013. “Portugal é o único membro da UE a 15 com um programa de desenvolvimento regional devotado inteiramente à saúde”²⁵ (Bony et al., 2005:24), fundado no reconhecimento de que o sistema de saúde português ainda carece de progressos face aos padrões de outros países da União Europeia.

Quando concebido, o Saúde XXI foi estruturado em três eixos prioritários que abrangiam oito medidas:

- Eixo Prioritário I – Promover a Saúde e Prevenir a Doença
 - Medida 1.1 – Informação, Promoção e Defesa da Saúde Pública
 - Medida 1.2 – Áreas de Actuação Estratégica
 - Medida 1.3 – Assistência Técnica
- Eixo Prioritário II – Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade
 - Medida 2.1 – Rede de Referenciação Hospitalar
 - Medida 2.2 – Sistemas de Informação e Comunicação
 - Medida 2.3 – Certificação e Garantia da Qualidade
 - Medida 2.4 – Formação de Apoio a Projectos de Modernização da Saúde
- Eixo Prioritário III – Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde
 - Medida 3.1 – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde

Com excepção da Medida 2.4, co-financiada pelo FSE, todas as restantes medidas foram co-financiadas pelo FEDER.

²⁵ No original “Portugal is the only member of the EU 15 which has a regional development programme entirely devoted to health”.

A Decisão n.º C (2000) 1780²⁶, de 28 de Julho, da Comissão das Comunidades Europeias aprovou o Programa Operacional Saúde que se integrou no Quadro Comunitário de Apoio para as intervenções estruturais comunitárias nas regiões abrangidas pelo objectivo n.º 1²⁷ (Norte, Centro, Alentejo, Algarve, Açores e Madeira) e nas regiões abrangidas pelo apoio a título transitório pelo objectivo n.º 1 (Lisboa e Vale do Tejo) em Portugal.

3.2.1. A avaliação intercalar do Saúde XXI

De acordo com a regulamentação comunitária, no final de 2003 concretizou-se o exercício da avaliação intercalar dos Programas Operacionais. A introdução da avaliação intercalar no Programa Operacional Saúde, relativamente às avaliações *ex-ante* e *ex-post*, teve como finalidade demonstrar efeitos quantificados na realidade socioeconómica, tendo em conta o contexto e as condições de realização do programa, além de proceder a uma análise de resultados da execução física e financeira (Saúde XXI, 2002).

A avaliação intercalar do Saúde XXI, entre outros critérios, visou medir a eficiência e a eficácia da execução do programa, recorrendo a indicadores de realização física e financeira. Essa avaliação realizou-se, obrigatoriamente, ao nível de cada eixo e de cada medida, tendo por base a contribuição dos projectos aprovados, ou seja, considerando uma “árvore de objectivos” (Rodrigues, 1993). A unidade de base da gestão e de avaliação do programa foi a medida, portanto, os indicadores dos projectos contribuíram para os indicadores de acompanhamento das medidas (donde foram retirados os indicadores para a atribuição da reserva de eficiência). Foram também analisados os indicadores do PO Saúde, segundo as metas estabelecidas por eixo prioritário.

A especificidade da avaliação intercalar procurou, ainda, reanalisar a adequação da estratégia definida face a eventuais alterações no contexto socioeconómico, decorrente de factores externos (análise de relevância e pertinência), no quadro das estratégias e políticas públicas relevantes (análise da coerência externa), bem como em matéria de necessidades de ajustamento na operacionalidade da estratégia (análise de coerência interna). Outras vertentes consideradas foram a apreciação do sistema de gestão e acompanhamento do programa, a capacidade de incorporação das prioridades

²⁶ Decisão não publicada – Notificada ao Programa Operacional Saúde

²⁷ “Promoção do desenvolvimento e do ajustamento estrutural das regiões menos desenvolvidas” [n.º 1 do artigo 1º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999].

transversais (ambiente, igualdade de oportunidades e sociedade da informação), os contributos do Saúde XXI para o QCA III e para o valor acrescentado comunitário²⁸.

O objectivo geral desta avaliação foi, portanto, melhorar a qualidade e a pertinência da programação do Saúde XXI, através da medição de resultados numa fase precoce da sua implantação, proporcionando uma oportunidade para a identificação de necessidades de reorientação (Saúde XXI, 2002).

A Avaliação Intercalar sublinhou que o Saúde XXI foi desenhado em 1999 para o período de programação de 2000-2006, numa fase de intensa actividade na elaboração de documentos estratégicos para o Serviço Nacional de Saúde. Ainda que, por opção política, algumas medidas da época não tenham tido aplicação prática, concluiu-se que, de forma genérica, o Saúde XXI manteve a sua relevância e pertinência, bem como um elevado grau de coerência interna, por via de uma consistente integração estratégica de todos os eixos e medidas.

No entanto, alguns dos pontos críticos identificados pela avaliação *ex-ante* vieram a confirmar-se no decurso da avaliação intercalar: uma execução financeira muito exigente nos primeiros dois anos de vigência do Programa; a falta de capacidade de gestão financeira e de gestão de projectos ao nível institucional e do Ministério da Saúde; a ausência de uma abordagem na perspectiva do desenvolvimento das eficiências internas dos serviços de saúde, que também foi indicado como um impacte negativo; a exigência de recursos humanos adicionais especializados e de custos de exploração de muitos dos projectos; e a possibilidade de conflitos entre projectos financiados regionalmente e a nível central (Vaz, et al., 2003).

O Saúde XXI apresentava assinalável coerência externa, quando considerados os outros Programas Operacionais, as Intervenções Desconcentradas Regionalmente, e quanto à política de saúde e suas evoluções recentes. Contudo, foi referida uma eventual necessidade de reorientação da Medida 2.4., para a colocar ao serviço dos desafios das competências em gestão, acompanhamento e contratualização dos serviços de saúde públicos; bem como a necessidade de ser considerado o impacte da eliminação dos Sistemas Locais de Saúde, que poderia dificultar a articulação do Saúde XXI com as Intervenções Desconcentradas Regionalmente.

Do resultado da avaliação intercalar realizada ao Saúde XXI surgiram propostas para cada um dos domínios da avaliação, que foram, em parte, tidas em conta na preparação

²⁸ "O valor resultante do apoio comunitário é adicional ao que seria obtido através dos fundos estruturais e de coesão pelas autoridades nacionais e regionais e pelo sector privado" (Comissão Europeia, 2002:5).

da proposta de reprogramação intercalar do programa. Foram também apresentadas recomendações e acções a desenvolver pelas principais entidades responsáveis e promotoras dos projectos em curso no Saúde XXI, no sentido de colmatar as deficiências detectadas no âmbito do processo de avaliação.

Conforme previsto, a avaliação intercalar cumpriu o objectivo de permitir um apoio à reflexão e à gestão estratégica com a finalidade operativa de introduzir correcções nas principais componentes do programa, contribuindo para uma melhoria das intervenções.

Após o balanço dos três primeiros anos de execução, foram efectuadas as correcções e os ajustamentos considerados pertinentes à estrutura do programa, concretizando-se na Revisão Intercalar de 2004²⁹ e na obtenção da dotação no âmbito da reserva de eficiência³⁰.

Esta revisão concretizou-se num novo Complemento de Programação, que colocou em acção as alterações necessárias face ao que foi recomendado pelos avaliadores e também as que resultaram da evolução do sector da saúde e do contexto sociopolítico (Saúde XXI, 2004). Das alterações efectuadas destacam-se duas em particular: a criação de uma nova medida e o alargamento do âmbito da Medida 2.4.

Com a criação da Medida 2.5 “Modernização e Humanização dos Serviços de Saúde” incluída no Eixo Prioritário II – Melhorar o Acesso a Cuidados de Saúde de Qualidade, pretendeu-se contribuir para a humanização e modernização das estruturas e equipamentos dos hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde. As intervenções apoiadas promoviam a remodelação e/ou ampliação de infra-estruturas, dos hospitais, incluindo equipamentos, que funcionavam em condições de precariedade, excluindo-se expressamente as construções de raiz.

O alargamento do âmbito da Medida 2.4 teve como finalidade acolher uma maior diversidade de projectos formativos, independentemente da sua associação ao investimento, bem como a transferência para o Saúde XXI dos pedidos de financiamento FSE inicialmente solicitados ao POEFDS pelas entidades da área da saúde. Este acordo originou uma reprogramação de ordem financeira, através da transferência de verbas do POEFDS para o PO Saúde (Saúde XXI, 2005).

3.2.2. A actualização da avaliação intercalar do Saúde XXI

²⁹ A Comissão Europeia pela Decisão C (2004) 5340, de 17 de Dezembro, aprova a alteração ao Saúde XXI.

³⁰ A Comissão Europeia pela Decisão C (2004) 883, de 23 de Março, fixa a atribuição da reserva de eficiência por Estado-membro e por Programa Operacional.

De acordo com a regulamentação europeia, a avaliação intercalar seria objecto de uma actualização, de forma a preparar as intervenções posteriores. “No prolongamento da avaliação intercalar, será efectuada, até 31 de Dezembro de 2005, uma actualização da avaliação intercalar para cada quadro comunitário de apoio e cada intervenção, a fim de preparar as intervenções posteriores” [n.º 4 do art. 42.º do Regulamento (CE) n.º 1260/1999].

A actualização da avaliação intercalar surgiu numa fase importante do ciclo de programação, porque, como previsto, precedeu a preparação das novas políticas para os fundos estruturais do período 2007-2013 e, por outro lado, será uma importante fonte de informação para a avaliação *ex-post* do período de programação de 2000-2006, a realizar até final de 2009.

De acordo com as recomendações da Comissão Europeia, a actualização da avaliação intercalar deveria focar os aspectos em que fosse possível obter valor acrescentado para a avaliação e para os programas, com destaque para a identificação de realizações e de resultados alcançados de harmonia com os objectivos, a formulação de conclusões relativas à eficiência e eficácia por medida e elaboração de recomendações para o futuro. O último destaque revestia-se de particular importância, porque o planeamento do quadro comunitário seguinte baseia-se em informação relativa aos resultados atingidos durante o período de programação 2000-2006 (Direcção-Geral de Política Regional, 2004).

A actualização da avaliação intercalar, tal como o processo anterior, foi realizada ao nível do QCA, dos Programas Operacionais e das Iniciativas Comunitárias. No interesse da simplicidade e proporcionalidade, a Comissão deixou ao critério dos Estados-membros a decisão sobre se a actualização seria realizada por elementos externos ou internos, desde que as componentes da avaliação fossem respeitadas. Isto porque a actualização da avaliação intercalar não foi um processo de avaliação com a profundidade e complexidade da intercalar realizada em 2003. A actualização foi uma revisão dos desenvolvimentos e uma análise da informação disponível para preparar o futuro.

Uma das conclusões da actualização da avaliação intercalar do PO Saúde, considerando a pertinência e relevância da reprogramação intercalar, sublinhou que a reconfiguração do Saúde XXI, nomeadamente a criação da nova Medida 2.5 – Modernização e Humanização dos Serviços Hospitalares, não se coadunou com qualquer “necessidade premente e estratégica detectada no diagnóstico ao sector” ou decorrente das recomendações emanadas da avaliação intercalar (Sakellarides, et al., 2005b:5). Foi considerado que a tipologia de projectos apoiados por esta medida – investimento em infra-estruturas – não se enquadrava em qualquer linha estratégica de intervenção do

programa. A reapreciação da coerência interna do programa evidencia que a Medida 2.5 teve reduzido valor acrescentado para os objectivos do programa, embora não contradiga com os mesmos, mas apresentava um risco de duplicação com as intervenções apoiadas pelas Medidas 1.2 e 2.1.

Após a reprogramação, no geral, o programa manteve a coerência externa com as políticas de saúde, nomeadamente com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, porque o Saúde XXI tanto financia as áreas prioritárias identificadas no plano como apoia o desenvolvimento das capacidades de actuação do Serviço Nacional de Saúde.

A análise da eficácia global para a prossecução dos objectivos estratégicos do Saúde XXI indicou que a contribuição do programa para a regressão da mortalidade prematura evitável foi modesta, por limitações de cobertura e de efectividade da sua incidência no nível hospitalar. A eficácia do Saúde XXI foi aferida através das intervenções associadas à promoção de saúde e prevenção da doença, redes de referenciação hospitalar, unidades de acidentes vasculares cerebrais e via verde coronária e projectos relativos aos resíduos hospitalares.

A avaliação da eficiência concluiu existir uma estreita correspondência entre as estruturas de programação financeira e a aprovação no período analisado. A relação entre a execução física e a execução financeira indicou um desempenho eficiente, uma vez que a primeira era superior à segunda.

Uma das mais-valias da actualização da avaliação intercalar foi a incorporação de uma análise de projectos específicos para estimar os efeitos previsíveis no sector da saúde e o potencial de internacionalização dos projectos seleccionados (integração em redes europeias). Os três projectos estudados³¹ revelaram-se casos de sucesso do investimento do Saúde XXI, porque obtiveram os resultados esperados, cumpriram processos e calendários e os custos não foram ultrapassados.

O contributo do Saúde XXI para o valor acrescentado comunitário quanto à criação de emprego centrava-se, essencialmente, na Medida 3.1, mas com pouco impacte na geração de emprego à escala nacional, no entanto a nível concelhio atingia valores de 4,3% do emprego total.

Finalmente, como principais linhas de intervenção para o próximo período de programação o estudo incidiu sobre a definição de investimentos prioritários no sector,

³¹ “Estudo de identificação de marcadores genéticos de carcinoma gástrico na população portuguesa” do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto, “Ampliação dos serviços de cirurgia cardiotorácica dos Hospitais da Universidade de Coimbra” e “Implementação do sistema digital de arquivo e comunicação de imagens médicas do Hospital Amato Lusitano” (Sakellarides, et al, 2005a).

regionalização das políticas sectoriais, investigação e desenvolvimento, inovação, formação profissional e o apoio ao sector privado.

3.3. O Eixo Prioritário III do Saúde XXI

O Eixo Prioritário III do PO Saúde, com a designação “Promover Novas Parcerias e Novos Actores na Saúde”, tem como finalidade o incremento e o reforço de parcerias, em especial com os sectores privado, cooperativo e social, para a prestação de cuidados de saúde em áreas deficientemente cobertas pelo Serviço Nacional de Saúde. Pretende contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde, ao promover a prestação de tipos de cuidados em áreas geográficas especialmente carenciadas, melhorando o acesso aos serviços. O Eixo III engloba uma única medida, a Medida 3.1 – Criação e Adaptação de Unidades de Prestação de Cuidados de Saúde, também designada por Regime de Incentivos.

A Medida 3.1 destinou-se a apoiar projectos de investimento enquadrados nas seguintes tipologias (Saúde XXI, 2004):

- Unidades de cuidados de saúde no domicílio, incluindo reabilitação, cuidados paliativos e terminais;
- Unidades especializadas, de base institucional, de apoio a equipas de saúde que prestem cuidados continuados na comunidade, na assistência a doentes com incapacidade e dependência física e funcional, na reabilitação e nos cuidados paliativos e terminais;
- Unidades de internamento e residenciais de estadia média e prolongada (incluindo internamento e residências para doentes psiquiátricos);
- Unidades de saúde familiar, integrando cuidados no domicílio e cuidados de medicina geral e familiar e cuidados de enfermagem;
- Unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica;
- Unidades de tratamento, de recuperação e de reabilitação de toxicodependentes.

A particularidade desta medida, face às restantes do Saúde XXI, prende-se com o facto de integrar um regime de incentivos que visava apoiar projectos da iniciativa de pequenas empresas até 50 trabalhadores e projectos da iniciativa de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), misericórdias e entidades privadas sem fins lucrativos. O pressuposto para a criação desta medida consubstanciou-se na existência de muitas

organizações dos sectores social e privado, tradicionalmente activas na área da saúde e que, sendo apoiadas, poderiam complementar a prestação de cuidados. O objectivo visava “reforçar parcerias na prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, bem como promover ganhos em saúde, designadamente pela redução de assimetrias e desigualdades” (Saúde XXI, 2004:68).

Com esta abordagem ao sistema de saúde português procurava-se integrar e articular redes de diferentes prestadores, orientando as entidades não públicas para a prestação de cuidados em áreas complementares às do SNS, no sentido de potenciar a melhor utilização dos recursos disponíveis, criando um efeito de alavanca nos meios financeiros, nacionais e comunitários. Neste sentido, destacavam-se algumas áreas geográficas que, sendo particularmente carenciadas, poderiam obter cuidados de saúde que ainda indisponíveis ou que possuíam em volume insuficiente.

Esta medida integrava, assim, no essencial, duas linhas de acção complementares (Saúde XXI, 2004):

- Os incentivos à criação, expansão, remodelação e adaptação de empresas ou de cooperativas de prestação de cuidados de saúde;
- Os apoios destinados à adaptação e modernização de espaços já existentes, de entidades dos sectores social e privado, para a prestação de cuidados de saúde.

A medida aplicava-se a todo o território continental, tendo como objectivos (Saúde XXI, 2004):

- Facilitar a criação de novas parcerias com os sectores social, cooperativo e privado para a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas;
- Dinamizar e incentivar o desenvolvimento de pequenas empresas e cooperativas de prestadores de cuidados de saúde;
- Contribuir para a diminuição das desigualdades em saúde, reforçando a complementaridade e alargando as possibilidades de escolha dos cidadãos.

Segundo o estudo da avaliação intercalar do Saúde XXI, as características da Medida 3.1 foram inovadoras na medida em que se traduziram numa “nova filosofia de abordagem do sector prestador de cuidados de saúde [com] a consideração do conjunto de operadores do sistema como formando um todo, que deve funcionar de forma coerente e articulada, prossequindo objectivos comuns, independentemente da sua natureza pública, social ou privada” (Vaz, et al., 2003:132). Para a sua inovação em termos de gestão, também contribuiu o facto de, pela primeira vez, se ter instituído um sistema de incentivos num PO na área da saúde.

À semelhança das outras medidas do Saúde XXI, o período de elegibilidade das despesas públicas decorre no período de 19 de Novembro de 1999 a 31 Dezembro de 2008, mas a Medida 3.1 teve um arranque tardio porque a legislação regulamentar apenas teve os seus últimos diplomas publicados em Agosto de 2001, condicionando a aprovação de candidaturas e a execução de projectos para mais tarde.

Com base nas avaliações realizadas, intercalar e a sua actualização, verificou-se existirem grandes expectativas relativamente ao investimento do sector privado com fins lucrativos, tendo-se, em contrapartida, subestimado o potencial representado pelo investimento do sector social nesta área. Este apresentava, naturalmente, uma perspectiva de intervenção e assistência social, convergindo no tipo de investimento que a Medida 3.1 preconiza: unidades de internamento e residenciais de estadia média e prolongada, ou unidades de tratamento, de recuperação e de reabilitação de toxicodependentes. Por outro lado, o sector privado demonstrou preferência, essencialmente, pelo investimento em unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, com reduzida criação de postos de trabalho, sendo a maioria dos projectos correspondentes a empresas existentes, portanto, com reduzida criação de novas empresas (Vaz et al., 2003; Sakellarides et al., 2005a).

A avaliação intercalar destacou, ainda, que a “conjuntura particular de reorganização e alguma instabilidade do sector e de recessão económica são factores também a considerar na retracção do investimento privado” (Vaz et al., 2003:133). A actualização da avaliação intercalar, por sua vez, acrescenta uma preponderância de projectos em alguns organismos, “o financiamento é demasiado pressionado/orientado pelos promotores de projectos: os hospitais recebem mais que a Saúde Pública, e esta mais que a Sociedade Civil” (Sakellarides, 2005b:6).

Ainda assim, a actualização da avaliação intercalar veio reforçar o interesse futuro na transversalidade das intervenções e do investimento em saúde, concertado e integrado em áreas com maior potencial na melhoria do estado de saúde das populações, tendo por base a retirada do foro institucional do investimento, para proporcionar o desenvolvimento de parcerias entre instituições para a promoção de projectos na área da saúde (Sakellarides, 2005b). As intervenções apoiadas pela Medida 3.1 surgiram da necessidade de se desenvolverem esforços de ampla colaboração entre os organismos do Ministério da Saúde, e fora deste, de modo a assegurar que outras instituições contribuíssem para a eficácia das intervenções no sector da saúde e, assim, para a melhoria dos cuidados de saúde das populações.

A avaliação intercalar e a sua actualização, bem como as características inovadoras da Medida 3.1, enformam a presente dissertação, permitindo conhecer as análises globais às aprovações e execuções das acções e investimentos na área da saúde, com informação completa, tanto de natureza física como financeira de programas e medidas. A metodologia adoptada nestes processos de avaliação também comportou uma abordagem baseada em casos concretos de aplicação de fundos públicos, permitindo uma análise detalhada de alguns dos financiamentos.

As sugestões do GTT Saúde contribuíram para delinear a unidade de análise deste estudo, segundo o qual as áreas de excelência para proceder uma avaliação “são naturalmente as entidades beneficiárias e o território, (...) [sendo] que o município poderá constituir uma base apropriada de análise, sem excluir que determinadas análises poderão exigir um âmbito espacial mais alargado” (GTT Saúde, 2002:58). O mesmo Grupo de Trabalho acrescenta ainda existirem vantagens na realização deste tipo de análises, como complemento de abordagens mais globalizantes, de forma a conhecer a realidade mais de perto e identificar problemas concretos a nível do executor (GTT Saúde, 2002).

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

As opções metodológicas foram construídas à medida que se avançou nas leituras sobre o processo de planeamento e da avaliação de programas e projectos, em função do cariz interpretativo de cada uma dessas abordagens e considerando as respectivas características. Para se prosseguir foi necessário delinear um estudo qualitativo adoptando a metodologia de investigação-acção e reflectindo sobre, eventuais, modelos de avaliação que permitissem descrever e aprofundar o ciclo de vida dos projectos co-financiados pela Medida 3.1 do Saúde XXI. As técnicas de recolha e de tratamento dos dados foram definidas segundo a unidade de análise e os objectivos estabelecidos para a investigação.

4.1. Tipo de estudo

Estando o presente estudo enquadrado pelo planeamento de programas ou projectos, a metodologia de investigação deveria seguir o paradigma (quantitativo ou qualitativo) que permitisse vir a conhecer a forma como decorreram os projectos co-financiados pela Medida 3.1, e para que a investigação resultasse num instrumento de disseminação das experiências adquiridas por estas intervenções.

As fases do planeamento assemelham-se às da metodologia da investigação, motivo para Guerra afirmar que o planeamento em ciências sociais é uma metodologia de investigação-acção porque “associa ao acto de conhecer a intenção de provocar mudança social” (Guerra, 2002:52). Do ponto de vista científico, a investigação-acção utiliza os procedimentos metodológicos tradicionais (técnicas de recolha da informação ou análise de dados), mas permite uma produção de conhecimento incidindo sobre a realidade particular estudada.

Os objectivos da investigação-acção são o saber para o saber-fazer, obter um conhecimento prático da acção social a fim de adquirir conhecimentos aplicáveis a casos particulares que permitam melhorar uma situação de insatisfação (Guerra, 2002). É neste mesmo sentido que Ferreira de Almeida, advoga que a investigação-acção congrega a metodologia da investigação “pura” de produção do saber com a utilização imediata desses conhecimentos, concebendo uma relação entre as duas posturas, que promove a melhoria das intervenções em que é utilizada (Almeida, 2001).

O intento da investigação-acção é resolver problemas de carácter prático a partir da consideração da situação real. É inexistente o objectivo de generalização dos resultados obtidos reduzindo a importância do controlo. A “principal finalidade é a resolução de um dado problema para o qual não há soluções baseadas na teoria previamente estabelecida” (Carmo e Ferreira, 1998:210). Tem como intuito o desenvolvimento de projectos elaborados em função das necessidades do meio, modificando os processos ou acções, de modo a obter um efeito desejado. A tónica assenta numa componente operacional, com o intuito de promover a mudança e a melhoria das estratégias adoptadas visando a eficácia da prática desenvolvida. Trata-se, portanto, de um método funcional de carácter operativo, regendo-se pela necessidade de resolver problemas reais em tempo real.

De acordo com Esteves, existem duas tipologias para a investigação-acção. A primeira é designada como “Investigação-para-a-acção”, em que a investigação é separada da acção, sendo desencadeada pela necessidade de obter informações para agir sobre um determinado problema, dando-lhe solução. Nesta modalidade de investigação, próxima da metodologia tradicional, o investigador é o único que recolhe e trata a informação. Os sujeitos são excluídos de participar no processo de investigação como parte activa de um autoconhecimento. A segunda modalidade, a “Investigação-na/pela-acção”, ou a “Investigação-acção-participativa”, é a versão essencial por se tratar de um processo colectivo desenvolvido pelo investigador em parceria com a comunidade, grupos ou outros actores, enquanto sujeitos activos na investigação e na mudança social. Implica investigar, ensinar, aprender, resolver problemas e transformar (Silva e Pinto, 1986).

Apesar de a investigação-acção preconizar, preferencialmente, a segunda tipologia, o presente estudo baseia-se somente na “Investigação-para-a-acção”, por não ultrapassar a dicotomia entre a teoria e a prática, ou seja, é inexistente o compromisso de uma mudança social democrática, desenvolvida por meio de uma colaboração entre o investigador e os sujeitos com vista à melhoria das intervenções socioeconómicas.

Em consonância com as fases da investigação-acção (Silva e Pinto, 1986; Guerra, 2002), o propósito final do presente estudo é concretizar um documento para futuras acções, percorrendo as várias fases do ciclo de vida de projectos co-financiados pela Medida 3.1. Acresce que a presente investigação foi conduzida na fase final da execução do III Quadro Comunitário de Apoio, não permitindo a realização de uma “Investigação-na/pela-acção” inteiramente aplicável a projectos do PO Saúde. Todavia, considerando os objectivos desta investigação, pressupõe-se um estudo fundado numa realidade que, não sendo generalizável, permita, sob a abordagem construtivista, que actores responsáveis

pela concretização de projectos se tornem informantes privilegiados para orientar a actuação de futuros intervenientes em projectos semelhantes.

Partido do pressuposto em que “a matriz-base das metodologias de investigação-acção está (...) na matriz base do planeamento” de programas e projectos de intervenção socioeconómica (Guerra, 2002:63), para o percurso metodológico foi considerada a abordagem qualitativa, por se tratar de um estudo descritivo e analítico visando conceber as fases do ciclo de vida de projectos da Medida 3.1 do Saúde XXI. Posteriormente, através da relação entre os dados obtidos, pretende-se identificar determinantes que viabilizem a concretização de projectos co-financiados.

A identificação e a compreensão das experiências dos vários promotores dos projectos são preponderantes como elementos de análise, porque conceberam candidaturas, definiram objectivos para os projectos, executaram e concluíram as respectivas intervenções. A abordagem qualitativa aplica-se a situações concentradas nas experiências das pessoas, emergindo indutivamente de observações e de entrevistas realizadas, que permitem vir a confirmar ou identificar ocorrências de factos similares verificáveis no futuro (Patton, 2002a; Cervo e Bervian, 2002). O conhecimento das expectativas, opiniões, dificuldades e soluções dos diversos actores tem o propósito de identificar estratégias-base de apoio à tomada de decisão com vista ao desenvolvimento de projectos semelhantes noutros contextos.

As principais características da investigação qualitativa são a utilização de métodos múltiplos para compreender a conduta humana baseada nos pontos de vista do sujeito, sendo a investigação conduzida no mundo natural para se compreender os fenómenos com base em padrões provenientes da recolha de dados. Trata-se, ainda, de um processo indutivo, interpretativo e principalmente holístico, porque o investigador deve ter em atenção a “realidade global” como um todo em que procura interpretar os factos numa realidade dinâmica (Rossman e Rallis, 2003; Carmo e Ferreira, 1998).

Uma vez que os investigadores qualitativos descrevem, analisam e mostram os constrangimentos às mudanças sociais a operar, os “métodos qualitativos são frequentemente utilizados em avaliações porque contam a história de um programa através da obtenção e comunicação das histórias dos seus participantes”³² (Patton, 2002a:10).

³² No original “Qualitative methods are often used in evaluations because they tell the program’s story by capturing and communicating the participant’s stories.”

4.2. Outras orientações metodológicas

Ainda que o objecto da investigação não seja uma avaliação dirigida aos projectos da Medida 3.1 do PO Saúde, os modelos de avaliação desenvolvidos ao longo do século XX, identificados no capítulo 2, permitiram orientar e conceber uma investigação para a acção.

O reconhecimento de um modelo orientador envolveu algumas dificuldades, porque as concepções teoricamente fundamentadas careciam de adaptação ou acondicionamento a uma realidade de cariz mais pragmático. Alguns constrangimentos para a identificação dum modelo centraram-se nos seguintes elementos:

- Só poderiam ser seleccionados projectos com conclusão integral das intervenções. Isto porque, por um lado, o objectivo do estudo implicava o conhecimento de todas as fases do ciclo de vida de projectos co-financiados e, por outro lado, por questões de ética o PO Saúde apenas autorizou a selecção de projectos concluídos para que não houvesse interferências nos projectos a decorrer;
- Esta limitação reduzia o âmbito de apreciação de projectos porque, tratando-se apenas de projectos concluídos, orientavam-se para a abordagem da avaliação *ex-post*. No entanto, o estudo relacionava-se também com uma análise de processos e práticas, mais associada à abordagem da avaliação intercalar de projectos;
- A dualidade acerca da temporalidade tornou-se premente na selecção dos modelos, porque a opção por uma avaliação de processos concentrava a atenção na melhoria das intervenções a decorrer (sendo poucas as novas candidaturas ao Saúde XXI, na medida em que o QCA III estava a encerrar), e a opção por uma avaliação de resultados concentrava os objectivos do estudo nas características dos projectos quanto a uma avaliação da eficiência e eficácia, resultados e impactes;
- Os objectivos definidos para a investigação pressupunham uma perspectiva mais inovadora e abrangente a todas as fases do ciclo de vida dos projectos. Com uma descrição e análise dos projectos sob uma perspectiva integral e não uma avaliação dirigida e objectiva para as concretizações desses projectos, uma vez que o resultado do estudo seria a construção de um manual de apoio englobando uma visão sequencial da realização de projectos co-financiados.

Com base nessas condicionantes e no cariz eminentemente operacional do estudo científico, surgem as fases do ciclo vida dos projectos não contempladas na plenitude dos modelos estudados, dificultando a opção por um modelo de avaliação com aplicação exclusiva e pragmática aos objectivos do estudo.

Por conseguinte, além de um modelo, justifica-se a aproximação a dois modelos metodológicos que forneçam uma estrutura conceptual de análise dos projectos mediante os objectivos definidos, para identificar aspectos positivos que devam ser realçados e aspectos menos conseguidos que possam a ser contornados. Estes dois aspectos servem para apoiar a tomada de decisão baseada na experiência de outros intervenientes. Assim, por um lado, considerando a importância da descrição detalhada do ciclo de vida de projectos, o recurso à avaliação responsável de Robert Stake será uma mais-valia preambular. Por outro lado, sendo o objectivo primordial do estudo a construção de um instrumento de disseminação de orientações para a concepção e execução de projectos, o modelo CIPP de Daniel Stufflebeam propicia o enquadramento necessário.

Sendo que ambos os modelos de avaliação, aplicados a programas de intervenção, foram já apresentados, no subcapítulo 2.2 Abordagens e modelos de avaliação, destacam-se agora os aspectos mais relevantes para as opções metodológicas relativas ao estudo dos projectos da Medida 3.1 do Saúde XXI.

O modelo de Stake, centrado nos clientes, é composto por três níveis sucessivos de suporte sistemático à avaliação de programas: o exame da base lógico-conceptual, a descrição detalhada do programa (antecedentes, actividades e resultados) e a valoração do programa em função da comparação dos dados descritivos com dados de programas alternativos. Ainda que o modelo deste autor tenha sido concebido para uma apresentação de juízos de valor, a dimensão descritiva mostra que a avaliação requer uma recolha sistemática de informação baseada nas percepções dos participantes embora deva permitir uma distinção entre intenções e observações (aspectos subjectivos e objectivos) e analisar as relações contingentes entre consequências e resultados (Moreira, 1995).

A abordagem descritiva de Stake permite orientar a compilação e a análise da informação relativa às fases que compõem o ciclo de vida dos projectos a estudar, e possibilita confrontar as percepções subjectivas dos entrevistados com os factos objectivos relativos à execução dessas intervenções, sob uma perspectiva crítica na condução das suas acções. No processo de avaliação de Stake o segundo passo, a descrição do programa, é a "identificação das normas absolutas de qualidade dos grupos de referência" (Moreira,

2005:22). Esta ideia aproxima-se de um dos objectivos da presente investigação, que é a identificar de pressupostos de base (não de normas) potenciadoras da concretização de projectos co-financiados.

Ainda que a fase seguinte do modelo de Stake, a recolha de dados descritivos de programas alternativos e a formulação de juízos de valor sobre o programa, não sejam por opção aplicável ao presente estudo, o relevo deste autor à abordagem descritiva da avaliação enquadra-se num estudo de tipo qualitativo e analítico para a concepção das fases do ciclo de vida de projectos co-financiados na Medida 3.1. Acresce que um dos aspectos positivos deste modelo é a sua aplicabilidade a uma metodologia de investigação-acção, em que a procura de informação é centrada na satisfação das necessidades do público-alvo ou clientes (Stufflebeam, 2001).

O modelo desenvolvido por Stufflebeam aplicou a metodologia da avaliação numa abordagem orientada para a tomada de decisão, fornecendo informações úteis para o aperfeiçoamento dos programas ao longo das suas várias fases de desenvolvimento. Para esse efeito o autor concebeu o modelo CIPP (Moreira, 1995; Stufflebeam, 2003):

- Avaliação do contexto (C): tem em vista analisar a população-alvo do programa, as suas necessidades, identificação de programas alternativos e estabelecer de forma segura os objectivos específicos a atingir;
- Avaliação de *input* (I): tem a finalidade de saber como principiar a acção e quais as estratégias a utilizar para a executar, correspondendo à concepção do programa com a identificação dos recursos necessários às actividades visadas pelos objectivos definidos;
- Avaliação do processo (P): é a análise da concretização da execução do programa, do grau de desenvolvimento do programa e ajuda à identificação de aspectos negativos e positivos da sua implementação;
- Avaliação do produto (P): corresponde a avaliação dos resultados, relacionando-os com os objectivos e as informações obtidos pelos outros tipos de avaliação.

Este modelo CIPP é visto como um processo cíclico, porque o papel dos avaliadores é promover uma continuidade de informação para os decisores, de forma a assegurar que os programas se aperfeiçoam. Ou seja, os avaliadores devem apoiar os decisores na selecção dos recursos que melhor servem os beneficiários (Alkin e Christie, 2004).

Esta abordagem global do modelo de Stufflebeam é passível aplicação à análise dos projectos co-financiados pela Medida 3.1 do Saúde XXI, considerando as várias fases do ciclo de vida dos projectos, e adequa-se ao ponto crítico da obtenção de informação

visando a concepção de um instrumento de apoio à decisão de futuros promotores de projectos. Os avaliadores devem interagir com todos os interessados que tomam decisões, onde se incluem os promotores dos projectos, para identificar as opções relacionadas com o início, planeamento, financiamento e implementação do programa. “A abordagem orientada para a tomada de decisão é aplicável nos casos em que os interessados nos programas querem e necessitam, simultaneamente, de avaliações formativas e sumativas”³³ (Stufflebeam, 2001:58). Além da avaliação de programas, este modelo poderá ser aplicado na avaliação de estudantes, de projectos, de produtos, de recursos humanos, etc. (Stufflebeam, 2001).

De acordo com Stufflebeam, uma das vantagens do modelo é a sua utilização sistemática e contínua no planeamento e implementação de programas ou projectos, desde que em consonância com as necessidades dos beneficiários, portanto, os promotores de projectos co-financiados. O objectivo é melhorar as intervenções por via de decisões e acções sustentadas numa utilização efectiva dos resultados do presente estudo.

A maior limitação poderá estar no facto de a interacção entre avaliadores e os informantes, poder introduzir um viés nos resultados, principalmente nas avaliações com forte componente política (Stufflebeam, 2001). Ainda que esta limitação também possa ocorrer no presente estudo, a reduzida componente política poderá colmatar essa probabilidade e, por outro lado, o ponto de partida ocorreu porque o investigador conhecia a actuação do PO Saúde na gestão dos fundos comunitários, faltando a perspectiva dos principais interessados na obtenção desses apoios para estabelecer um equilíbrio na análise do ciclo de vida dos projectos. Outra limitação poderá ser o enfoque excessivo numa avaliação formativa, em detrimento da avaliação sumativa, que se procura assegurar através de uma análise global dos projectos, desde a concepção à conclusão, incluindo a verificação se os objectivos estabelecidos para os projectos foram atingidos.

Considerando um estudo realizado por Stufflebeam, em que o autor aprecia 22 modelos de avaliação em conformidade com uma análise em dez classes, que incluíam, entre outras, as forças e fraquezas da avaliação, o propósito, o tipo de estudo e as principais características, concluiu que apenas poderiam ser identificados nove modelos como os mais fortes e mais prometedores para aplicação no novo milénio. Esses modelos enquadravam-se na avaliação orientada para a decisão (ênfase na tomada de decisões), a avaliação baseada na utilização (ênfase na estruturação para maximizar os resultados),

³³ No original “*The decision/accountability-oriented approach is applicable in cases where program staff and other stakeholders want and need both formative and summative evaluation*”.

a avaliação centrada no cliente (descreve os processos e perspectivas do público-alvo) e avaliação orientada para os objectivos (centrada na inovação e nos resultados) (Stufflebeam, 2001).

Seguindo estas recomendações, o presente estudo teve em consideração o modelo de Stufflebeam, orientado para a tomada de decisão de futuros empresários que pretendam candidatar-se a projectos co-financiados, a partir da análise descritiva de Stake quanto às fases do ciclo de vida dos projectos estruturadas segundo os processos de actuação do público-alvo (os promotores) para a concretização das intervenções.

4.3. Unidade de análise

Aceitando-se o pressuposto de que “toda a investigação nasce de algum problema observado ou sentido, de tal modo que não pode prosseguir, a menos que se faça uma selecção da matéria a ser tratada” (Cervo e Bervian, 2002:25), após a definição das orientações metodológicas da investigação, carece de identificação a unidade de análise que permita a recolha dos dados.

O Programa Operacional Saúde, tal como referido em capítulo próprio, foi estruturado após a Revisão Intercalar de 2004, em nove medidas repartidas por três eixos prioritários. No Eixo 3, em 31 de Maio de 2006, a Medida 3.1 apresentava 150 projectos aprovados. Destes, cerca de 32% (48) eram de empresas privadas e 68% (102) do sector social. A distribuição de projectos aprovados, de acordo com as tipologias desta medida, resulta no quadro seguinte:

Quadro 2 – Medida 3.1 - Projectos aprovados por tipologia até 31-05-2006

Tipologias	Sector	Privado	Social	Total
Unid. de cuidados de saúde no domicílio		4	5	9
Unidades de internamento de cuidados continuados			38	38
Unid. internamento doentes psiquiátricos			3	3
Unid. de saúde familiares			22	22
Unid. de meios complementares de diagnóstico e terapêutica		38	19	57
Unid. de tratamento de toxicodependentes		6	15	21
Total		48	102	150

Fonte: adaptado a partir de dados do sistema de informação do Saúde XXI

Neste quadro constata-se que, no sector privado, apenas foram aprovados projectos relacionados com três tipologias, destacando-se as unidades de meios complementares

de diagnóstico e de terapêutica. No sector social predominam os projectos de unidades de cuidados continuados, unidades de saúde familiares e também unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.

Considerando que o estudo da actualização da avaliação intercalar do Saúde XXI, entre outros aspectos, analisou o contributo da Medida 3.1, para o desenvolvimento da Rede de Cuidados Continuados, através dos projectos enquadrados nas tipologias de unidades de internamento de cuidados continuados, unidades de cuidados de saúde no domicílio e unidades de recuperação global (meios complementares de diagnóstico e de terapêutica na área da medicina física e reabilitação) (Sakellarides, 2005a), onde predominam os projectos do sector social, optou-se, assim, por seleccionar, primeiramente, projectos do sector privado da tipologia de unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica como unidades de análise deste estudo.

Relacionado com os objectivos da investigação e a delimitação de uma análise que incidisse somente em projectos concluídos, tornou-se necessário verificar quantos projectos de unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica (UMCDT) do sector privado se encontravam concluídos. Ou seja, identificar os projectos com Relatório Final de execução do projecto³⁴ entregue e aceite até 31-05-2006 numa distribuição por regiões (NUTS 2)³⁵:

Quadro 3 – Medida 3.1 - Projectos de UMCDT concluídos no sector privado

Regiões	Estado	Aprovados	Concluídos	% Concluídos
Norte		15	11	73%
Centro		7	3	43%
Lisboa e Vale do Tejo		5	4	80%
Alentejo		10	8	80%
Algarve		1	1	100%
Total		38	27	71%

Fonte: adaptado a partir de dados do sistema de informação do Saúde XXI

³⁴ O relatório final do projecto é enviado pelo promotor juntamente com o último pedido de pagamento, o relatório é posteriormente aceite pelo Gabinete de Gestão após a verificação do pedido de pagamento, dando-se por concluída a intervenção (Saúde XXI, 2003).

³⁵ NUTS (*Nomenclature of Territorial Units for Statistics*) As Nomenclaturas de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos foram criadas pelo Eurostat de forma a permitir uma uniformização de classificação em unidades regionais de natureza geral para a produção de estatísticas na União Europeia. Em 2003 a classificação em NUTS 1 corresponde às Regiões do Continente, em NUTS 2 corresponde às Regiões Continente e Regionais Autónomas e a NUTS 3 corresponde às sub-regiões ou grupos de concelhos (Comissão Europeia, 2004b).

Do quadro anterior sobressai que a região de Lisboa e Vale do Tejo, o Alentejo e o Algarve são as que apresentam maior percentagem de projectos concluídos da tipologia de UMCDT, ainda que a região Norte fosse aquela em que existia maior número de projectos aprovados e concluídos.

Por razões de interesse pessoal, e ponderando a localização geográfica associada ao interesse académico, aprofundou-se a localização dos projectos identificados como sendo da Região de Lisboa e Vale do Tejo, resultando que três dos quatro projectos concluídos estavam localizados na Península de Setúbal (NUTS 3) e um na região Oeste. Esta constatação originou uma delimitação geográfica dos casos a estudar, reportando-se 12 projectos de UMCDT do sector privado, localizados a Sul do Tejo e concluídos até 31 de Maio de 2006. Os 12 casos seleccionados têm a seguinte distribuição geográfica:

Quadro 4 – Empresas seleccionadas de UMCDT

Empresa nº	Principais áreas de actividade da empresa	NUTS 2	NUTS 3
1	Consultas médicas, cuidados enfermagem, exames complementares	Alentejo	Alentejo Central
2	Serviços de medicina de reabilitação e fisioterapia	Alentejo	Alentejo Central
3	Serviços de medicina de reabilitação e fisioterapia	Alentejo	Baixo Alentejo
4	Consultas médicas, cuidados enfermagem, reabilitação e fisioterapia	Alentejo	Alto Alentejo
5	Serviços de fisioterapia, medicina dentária, consultas médicas	Alentejo	Alentejo Central
6	Consultas médicas, fisioterapia, medicina desportiva, reabilitação	Alentejo	Alto Alentejo
7	Consultas médicas, fisioterapia, medicina desportiva	LVT	Península de Setúbal
8	Consultas médicas cardiologia, exames complementares cardiologia	Algarve	Algarve
9	Psicologia clínica, terapeutica e pedagógica, pedopsiquiatria	LVT	Península de Setúbal
10	Serviços de diagnóstico na área de imagiologia	Alentejo	Baixo Alentejo
11	Consultas médicas, exames complementares diagnóstico	LVT	Península de Setúbal
12	Serviços de diagnóstico na área de análises clínicas	Alentejo	Alentejo Litoral

Fonte: Formulários de candidatura ao Regime de Incentivos do Saúde XXI

Algumas das empresas seleccionadas prestam cuidados de saúde em várias áreas ou especialidades, possuindo diversas consultas médicas e meios de diagnóstico e de terapêutica de várias valências, tendo-se optado por identificar, genericamente, as principais áreas de actividade e mais directamente relacionadas com o incentivo financeiro do Saúde XXI.

Os casos seleccionados poderiam estender-se, evidentemente, a projectos realizados nas regiões a Norte do Tejo. No entanto, pelas razões já explicadas, em que se incluem também restrições temporais e de mobilidade geográfica, a restrição do número de casos foi considerada conveniente para a realização do estudo, pelo que a sua representação não pode ser balizada em termos estatísticos. Contudo, os casos seleccionados podem demonstrar, em termos regionais, os problemas comumente encontrados e as soluções adoptadas que permitiram a conclusão destas intervenções co-financiadas por fundos

comunitários. Adicionalmente, poderá apoiar outros estudos relativos à caracterização do sector privado, em termos positivos e negativos, para o desenvolvimento das infra-estruturas socioeconómicas do sector da saúde no tecido empresarial local. Este estudo não pretende, assim, discorrer conclusões estatisticamente válidas ou representativas.

No âmbito deste trabalho seria, também, conveniente identificar casos que permitissem compreender algumas das dificuldades encontradas no decorrer execução dos projectos, as quais resultaram em situações menos positivas, ou seja, considerar os projectos que, embora aprovados pelo Saúde XXI, não foram concretizados, portanto cancelados³⁶ ou anulados³⁷. Existem, ainda, casos de candidaturas arquivadas³⁸ por padecerem de insuficiências na apresentação formal de conteúdo segundo os regulamentos e procedimentos estabelecidos para o Regime de Incentivos, ou que não foram considerados elegíveis³⁹ para financiamento. Tendo por base as mesmas premissas, já identificadas para a selecção de projectos de UMCDT concluídos do sector privado a Sul do Tejo, resulta que, até 31-05-2006, foram somente anulados dois projectos da região do Algarve e arquivadas 13 candidaturas, quatro da Sub-Região de Saúde de Setúbal, quatro do Alentejo e cinco do Algarve, conforme indicação do sistema de informação do Saúde XXI.

Os 15 casos identificados anteriormente – projectos anulados ou candidaturas arquivadas – pelas suas características provavelmente enfermam, com maior gravidade, das dificuldades e problemas que as empresas enfrentam na concretização das suas intervenções co-financiadas por fundos comunitários, motivo pelo qual estas candidaturas não foram alvo de uma recolha de dados junto dos promotores, embora sendo pontualmente consideradas no âmbito da análise documental. Assim, considera-se, genericamente, que os 12 casos seleccionados para o aprofundamento deste estudo podem vir a caracterizar o ciclo de vida de projectos de unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica desenvolvidos por promotores privados na região demográfica delimitada.

³⁶ Estado de Cancelados – Projectos com homologação (aprovação) mas que foram cancelados por iniciativa da entidade.

³⁷ Estado de Anulados – Projectos com homologação (aprovação) mas que foram anulados por iniciativa do Saúde XXI.

³⁸ Estado de Arquivados – Projectos candidatos não homologados e arquivados através de despacho de anulação.

³⁹ Elegibilidade – “Conformidade face ao quadro regulamentar de uma intervenção. Aplica-se tanto às despesas (quer à sua natureza, montante ou data de realização), como aos projectos, aos beneficiários ou aos domínios de intervenção (áreas geográficas, sectores de actividade)” (Ferreira, 2002:39).

Tendo em atenção os princípios estabelecidos para a delimitação de um processo de avaliação composto por quatro aspectos – institucional, temporal, sectorial e geográfico (C3E, 1999a), que se coadunam com os princípios de selecção do campo de análise duma investigação – espaço, geográfico, social e temporal (Quivy e Campenhoudt, 2003), resultou a selecção de 12 empresas do sector privado localizadas na região a Sul do Tejo, que concluíram os seus projectos de intervenção e remeteram relatórios finais até ao dia 31-05-2006.

Após a definição da unidade de análise desta investigação, é possível actualizar a pergunta de partida anunciada na introdução, procurando respeitar qualidades de clareza, de exequibilidade e de pertinência (Quivy e Campenhoudt, 2003). Assim, para o presente estudo considerou-se como pergunta principal:

- Como decorreram as acções desenvolvidas por promotores privados, de unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica localizadas a Sul do Tejo, que contribuíram para a concretização de projectos co-financiados pela Medida 3.1 do Saúde XXI?

4.4. Recolha de informação

Os métodos de investigação em ciências sociais contribuíram para o desenvolvimento da apreciação de programas e de projectos, permitindo a aplicação de diferentes técnicas de pesquisa, de recolha e de análise dos dados, seguindo os princípios de elaboração dos instrumentos de observação.

Considerando a etapa inicial do procedimento científico, iniciou-se o estudo com uma abordagem exploratória através de uma pesquisa bibliográfica (Quivy e Champenhoudt, 2003). Essa pesquisa esteve sempre presente ao longo da investigação, revestindo-se de carácter transversal durante a fase exploratória, no trabalho de campo e na análise e tratamento dos dados.

A pesquisa bibliográfica inicial permitiu, “a partir de referências teóricas publicadas em documentos” (Cervo e Bervian, 2002:65), definir a pergunta de partida, os objectivos da investigação e determinar o universo de projectos a estudar, sendo “parte da pesquisa descritiva (...) feita com o intuito de recolher informações e conhecimentos prévios acerca de um problema para o qual se procura resposta” (Cervo e Bervian, 2002:66).

Posteriormente, a pesquisa bibliográfica incidiu sobre a documentação oficial do Saúde XXI, como os documentos de gestão, os estudos de avaliação já realizados ao Programa

(Tavistock Institute, 2003b) e ainda documentação não publicada, processos dos projectos da Medida 3.1 e o Manual de Procedimentos do Gabinete de Gestão. Recorreu-se também à consulta de artigos ou trabalhos produzidos por organizações supranacionais, como a Comunidade Europeia, e diversos manuais de planeamento e de avaliação de programas/projectos. Consultaram-se, ainda, trabalhos científicos e bibliografia sobre metodologia de investigação acerca do tema em estudo. Numa pesquisa bibliográfica recorre-se a fontes de informação secundárias (*secondary source data*), porque a obtenção de informação recai sobre dados para os quais o investigador não foi directamente responsável pela recolha (Tavistock Institute, 2003b).

Ainda numa fase exploratória mas, mais adiante no processo de investigação, surgiu uma entrevista realizada no Gabinete de Gestão do Saúde XXI. As entrevistas exploratórias juntamente com as leituras “devem ajudar a construir a problemática da investigação (...) contribuem para descobrir os aspectos a ter em conta e alargam ou rectificam o campo da investigação das leituras” (Quivy e Champenhoudt, 2003:69). Com a realização desta entrevista exploratória pretendeu-se definir os objectivos do estudo e obter mais informações sobre a problemática que envolvia a candidatura e a concretização de projectos no âmbito da Medida 3.1. O escopo principal foi conhecer a interacção dos técnicos do gabinete com os responsáveis dos projectos, a fim de identificarem alguns dos principais problemas e dificuldades enfrentados pelos promotores. No fundo, tratou-se de “revelar determinados aspectos do fenómeno estudado em que o investigador não teria espontaneamente pensado por si mesmo e, assim, completar as pistas de trabalho sugeridas pelas suas leituras” (Quivy e Champenhoudt, 2003:69).

Das três categorias de pessoas que poderiam ser interlocutores válidos, optou-se pelo grupo identificado como “testemunhas privilegiadas” (Quivy e Champenhoudt, 2003), porque os profissionais do Saúde XXI adstritos à Medida 3.1, pela sua actividade profissional, contactavam directamente com os promotores, percepcionando alguns dos seus problemas. Os técnicos, também, funcionavam como elementos facilitadores do processo de candidatura, de execução e de conclusão dos projectos.

A entrevista foi apoiada num guião (Anexo 1) que facilitou a apresentação dos temas para discussão, ainda que pudesse “ser conduzida de forma muito aberta, sem utilização de uma grelha de análise precisa” (Quivy e Champenhoudt, 2003:79), procurando com um número reduzido de perguntas explorar o tema, alargar conhecimentos e aprofundar aspectos particularmente importantes da matéria abordada. Prevendo-se ser a primeira vez que os entrevistados iriam exprimir-se acerca do assunto, para tornar possível uma reflexão individual e antecipada dos temas, as seis principais perguntas foram enviadas

com uma semana de antecedência aos entrevistados, a fim de reunissem ideias sobre os assuntos a debater. Nesta fase exploratória utilizou-se um guião pouco estruturado, apresentado aos entrevistados, e um guião com questões secundárias apenas para o investigador direccionar a entrevista em função das suas dúvidas. Dado que o investigador “possui pouca informação sobre o objecto em estudo, não deverá cometer o erro de estruturar demasiado a [entrevista] para não condicionar excessivamente os informantes eliminando informações importantes” (Carmo e Ferreira, 1998:124).

Os entrevistados, pela sua experiência profissional, exprimiram os respectivos pontos de vista quanto às principais dificuldades identificadas no dia-a-dia com os interlocutores dos projectos, de modo a ajudar o investigador a delinear a metodologia de pesquisa. A entrevista foi realizada no local de trabalho (Gabinete de Gestão do Saúde XXI) através da técnica de entrevista de grupo (*focus group*), com três profissionais, de modo a obter mais-valias na interacção de conhecimentos e de experiências dos mesmos, numa dinâmica sinérgica. A entrevista foi gravada em leitor MP3 (formato digital), para posterior audição, sempre que necessário, para permitir “abrir pistas de reflexão, alargar e precisar os horizontes de leitura, tomar consciência da dimensões e dos aspectos de um dado problema” (Quivy e Champenhoudt, 2003:79).

As divergências e dúvidas dos pontos de vista dos interlocutores permitiram identificar e direccionar o estudo para uma análise descritiva das fases que poderiam enquadrar um projecto co-financiado e a descartar a hipótese de realizar um estudo de avaliação face às dificuldades em identificar critérios efectivos de sucesso e de fracasso nos projectos realizados. Portanto, ajudou a investigação e a alargar o horizonte dos constrangimentos que os promotores enfrentam, a cingir-se a uma problemática e a alertar para situações não antes identificadas. As informações obtidas foram cruzadas com novas leituras, de forma a permitir uma interacção entre fontes de informação.

A construção do modelo de análise baseou-se nas concepções de avaliação de Stake e mais, concretamente, de Stufflebeam, já descritos em subcapítulo próprio, delimitando o estudo a 12 projectos concluídos com o apoio do Regime de Incentivos e seleccionados segundo critérios geográficos, temporais e sectoriais. Após a selecção dos projectos concluídos e das candidaturas anuladas e arquivadas, estas foram objecto de uma recolha documental, baseada na informação contida nos processos de candidatura existentes no Gabinete de Gestão do Saúde XXI.

Como a recolha de dados “ocorre após a escolha e delimitação do assunto, a revisão bibliográfica, a definição dos objectivos, a formulação do problema e a identificação das variáveis” (Cervo e Bervian, 2002:44), a informação documental relativa aos projectos a

estudar foi o início dessa recolha. Considerando os 12 projectos seleccionados, a execução do instrumento de observação “consiste em reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de observação incluídas na amostra” (Quivy e Champenhoudt, 2003:183). Na fase da recolha dos dados, num contexto da observação indirecta, compete ao “investigador [dirigir-se] ao sujeito para obter a informação procurada” (Quivy e Campenhoudt, 2003:165).

Considerando os principais métodos de recolha de dados da observação indirecta – o inquérito por questionário e a entrevista – deverá ser adoptado aquele que melhor se enquadre nos “objectivos da investigação, do modelo de análise e das características do campo de análise” (Quivy e Campenhoudt, 2003:186). Com base nesta afirmação, considerou-se o método da entrevista por permitir obter informação baseada nas opiniões dos promotores acerca da candidatura, da implementação e da conclusão dos respectivos projectos co-financiados. “Os interessados são frequentemente a fonte de informação mais importante”⁴⁰, pelo que a informação deve reflectir a realidade subjectiva e dinâmica dos promotores, orientada para a descoberta, a exploração e a descrição das intervenções socioeconómicas realizadas com o apoio do Regime de Incentivos (Tavistock Institute, 2003:20; Carmo e Ferreira 1998).

O método da entrevista é, essencialmente, adequado à “reconstituição de um processo de acção, de experiências ou de acontecimentos do passado” e para “análise de um problema específico”, como seja a concretização efectiva de projectos co-financiados (Quivy e Campenhoudt, 2003:193). A entrevista, enquanto instrumento de recolha de dados, adequa-se a uma abordagem de tipo qualitativo, assente na necessidade de um contacto directo com os actores identificados, de forma a recolher uma informação de experiência pessoal sobre a temática, mas que, ao mesmo tempo, garantisse não haver um desvio em relação às questões consideradas pertinentes.

Na área dos fundos comunitários, a entrevista individual é uma das técnicas de recolha de dados mais utilizadas para obter informações relevantes sobre razões, concepções e representações das pessoas quando questionadas acerca de um projecto ou programa. É uma técnica particularmente valiosa para explorar as formas de implementação de uma intervenção, para identificar boas práticas e permite encontrar soluções ou recomendações para prosseguir com um programa ou projecto (Tavistock Institute, 2003b).

⁴⁰ No original “*The stakeholder is often the most important source of data*”.

As principais limitações das entrevistas individuais são a necessidade de uma amostra reduzida e a mesma não ser seleccionada segundo métodos aleatórios. De facto, na presente investigação, essas limitações estão presentes, na medida em que os projectos foram seleccionados por motivos de conveniência geográfica, sectorial e temporal. Portanto, os resultados não podem ser generalizados. Por outro lado, as entrevistas individuais permitem identificar efeitos ou resultados e suas possíveis causas, mas não possibilitam medir impactes e as causas dos mesmos (Tavistock Institute, 2003b).

Na opinião de Danielle Ruquoy, a entrevista fornece informações de forma imperfeita acerca das práticas dos sujeitos, porque são descritas através de juízos de valor do informante e relativamente ao lugar por ele ocupado. Mas ainda que “a entrevista não [possa] ser considerada nem o único instrumento nem o melhor, (...) proporciona informações certamente parciais, mas que conservamos por serem as mais acessíveis” (Albarello et al., 2005:89). Ponderando estas limitações, para a condução das entrevistas e posterior análise dos dados recorreu-se à documentação existente nos processos dos projectos, constante no Gabinete de Gestão do Saúde XXI, que constituiu um elemento privilegiado para a triangulação da informação e compreensão da subjectividade dos entrevistados.

Dos vários tipos de entrevistas, segundo o grau de liberdade (directiva, semidirectiva e não directiva), foi utilizada a técnica da entrevista semidirectiva, dependente de um conhecimento prévio sobre o tema em pesquisa. Estas entrevistas têm uma estrutura com perguntas abertas, que definem a área a explorar, nas quais o entrevistado ou o entrevistador podem divergir delas, seguindo uma linha de raciocínio emergente. Esta técnica permite que o “entrevistado estruture o seu pensamento em torno do objecto perspectivado (...) e exige o aprofundamento de pontos que ele próprio não teria explicitado” (Albarello et al, 2005:87).

A selecção dos indivíduos a entrevistar foi intencional, pretendendo-se o responsável da empresa ou sócio-gerente⁴¹ directamente envolvido no processo de candidatura e na execução do projecto. Tratando-se do sócio-gerente, este teria o papel da tomada de decisão acerca das acções a prosseguir para a concretização do projecto e maior sensibilidade para as dificuldades enfrentadas e as soluções adoptadas para a conclusão do processo. Tendo em conta este contexto, foi prevista a realização de 12 entrevistas, uma por cada projecto seleccionado.

⁴¹ No formulário de candidatura ao Regime de Incentivos, foram indicados os nomes dos sócios-gerentes da empresa e a identificação do responsável pela execução do projecto.

Para garantir que o entrevistado fosse o actor melhor posicionado para fornecer as informações, enviou-se previamente uma carta (Anexo 2) a solicitar a realização da entrevista e a indicar o objectivo da mesma. Posteriormente, para o agendamento da data da entrevista, foram efectuados contactos telefónicos e pessoais, que permitiram identificar, com maior objectividade, a pessoa bem posicionada para o diálogo directo, tendo em conta o cargo desempenhado na empresa conciliado com o seu papel na realização do projecto e a aceitação em participar na investigação.

Das 12 entrevistas previstas foram concretizadas 11, porque um dos responsáveis acabaria por não colaborar na investigação. As 11 entrevistas, realizadas no local onde decorreram os projectos, entre Junho e Julho de 2006, tiveram sempre como interlocutor o sócio-gerente responsável pelo acompanhamento da candidatura e da execução do projecto. Num caso pontual o sócio-gerente, por indisponibilidade pessoal, indicou o contabilista da empresa, que liderou todo o processo relativo ao projecto co-financiado. Tendo consciência que essa pessoa não correspondia à selecção intencional das características de um sócio-gerente, aceitou-se a participação do contabilista, o qual se revelaria pessoa entendida no projecto co-financiado pelo Saúde XXI.

As entrevistas foram conduzidas seguindo as recomendações e advertências de Judith Bell quanto à parcialidade, registo e verificação, tempo, local e estilo de entrevista, e tendo ainda presentes as estratégias de intervenção do entrevistador indicadas por Danielle Ruquoy (Bell, 2002; Albarello et al., 2005). Em todos os casos, explicaram-se os objectivos do trabalho, o objecto de estudo, a entidade que superintende a investigação e o âmbito académico, garantindo-se o anonimato dos entrevistados e das empresas que representavam. Construiu-se um guião da entrevista (Anexo 3) a fim de evitar o risco de dispersão durante a entrevista e quando a resposta à questão principal era vaga ou indirecta, optava-se por apresentar as questões secundárias de forma a enquadrar o entrevistado no assunto abordado.

Através do guião procurou-se seguir a sequência das etapas do planeamento de um projecto, de acordo com o ciclo de vida dos projectos co-financiados, embora nem sempre tal fosse possível, dado que, em algumas situações, os entrevistados referiam-se, antecipada e espontaneamente, às temáticas.

As entrevistas tiveram uma duração média de 45 minutos, tendo a de menor duração 37 minutos e a de maior 1h e 19 minutos. A gravação era iniciada, geralmente, antes da primeira pergunta estabelecida no guião. O registo foi feito em leitor MP3 (formato digital), e, posteriormente, procedeu-se à transcrição integral das 11 entrevistas para ficheiros informáticos em suporte Word, a fim de permitir a análise da informação recolhida.

Um dos objectivos da investigação incluía a realização de um manual de apoio à concepção e execução de projectos co-financiados por fundos comunitários na área da saúde, pelo que o resultado do estudo deveria contribuir para uma proposta de manual. Para a validação deste instrumento de disseminação recorreu-se a um grupo de cinco peritos (*expert panel*), com o intuito de apreciarem e julgarem a estrutura e conteúdo do mesmo. Os peritos foram escolhidos pela diversidade de pontos de vista, procurando-se obter um grupo equilibrado e imparcial mas reconhecido no domínio académico e dos fundos comunitários (Tavistock Institute, 2003b).

Foram convidados a participar os seguintes especialistas:

- Carlos Silva (Prof. Doutor) – Universidade de Évora
- Helena Peixoto (Dr.^a) – GesSystem (membro sénior da equipa de avaliação intercalar do PO Saúde)
- Marcos Olímpio (Prof. Doutor) – Universidade de Évora
- Natércia Miranda (Dr.^a) – Coordenadora da Medida 3.1 do PO Saúde
- Vítor Ramos (Prof. Doutor) – Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa (ex-coordenador da Medida 3.1 do PO Saúde)

A técnica do painel de peritos adequa-se a programas simples e pequenos, no caso particular associado a um grupo de projectos, e para uma apreciação que dispense a mobilização de recursos significativos. O painel é uma forma de, em curto tempo, conjugar a opinião dos vários participantes e de reunir as conclusões acerca dos assuntos em apreciação (Tavistock Institute, 2003b).

Para uma concretização célere da análise do manual a efectuar pelos peritos, não se seguiu, integralmente, todos os passos recomendados para a realização desta técnica. Considerando a sugestão que “na parte final do trabalho dos peritos, (...) podem ser utilizadas técnicas de comunicação à distância (Internet ou videoconferência)”⁴² (E3C, 1999c:119), optou-se por enviar toda a documentação para analisar através de correio electrónico. Os peritos receberam o resumo e o índice da dissertação, para enquadramento do manual no âmbito da investigação, uma introdução aos objectivos do mesmo, baseada no subcapítulo 6.1 Contextualização do manual de apoio; o manual propriamente dito para análise; e uma grelha de apreciação a preencher por cada perito. A grelha permitia-lhes julgar o documento considerando quatro critérios principais: satisfação das necessidades de informação, conteúdo do manual, princípios e regras de

⁴² No original “*part of the panel work, particularly in its final phase, may make use of distance communication techniques (Internet or videoconferences).*”

construção do manual e validade deste. Cada um destes critérios integrou várias questões, com a possibilidade de serem incluídos comentários às mesmas, solicitando-se uma classificação baseada numa escala ordinal (Excelente, Bom, Suficiente, Inaceitável).

Uma das vantagens da técnica do painel de peritos é a sua flexibilidade para produzir julgamentos baseados em dados qualitativos, mesmo que estes estejam incompletos. Um dos pontos fracos é a necessidade de os peritos terem efectiva experiência na área em apreciação, caso em que essas capacidades poderão enviesar os respectivos julgamentos. Com consciência desta fragilidade, procurou-se que o painel inclísse representantes da área da avaliação de programas, da gestão de programas comunitários e peritos académicos com experiência nessas áreas (Tavistock Institute, 2003b).

4.5. Tratamento e análise da informação

A entrevista exploratória realizada aos técnicos do Saúde XXI poderia ter merecido uma análise de conteúdo, mas “nem todas as investigações exploratórias necessitam de uma análise de conteúdo” (Quivy e Campenhoudt, 2003:81), porque ela permitiu esclarecer as principais dúvidas para a continuidade do trabalho de investigação.

Partindo da audição da entrevista exploratória gravada, procedeu-se a uma anotação sistemática dos principais temas abordados, dos vários pontos de vista dos entrevistados, as dúvidas e divergências, permitindo ao investigador conhecer e obter informações sobre a temática em análise. Desta forma, foi possível reconhecer as principais fases do ciclo de vida de um projecto co-financiado pela Medida 3.1 em consonância com as regras e procedimentos ratificados pelo fundo estrutural FEDER e contextualizar as principais dificuldades em cada uma das fases que, na óptica dos profissionais do Saúde XXI, influenciaram o desenvolvimento dos projectos por parte dos promotores.

As informações obtidas com a entrevista exploratória, conjugadas com novas leituras, resultaram na concepção da problemática da investigação e possibilitaram a construção do principal método de recolha de dados utilizado junto dos promotores dos projectos co-financiados (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Para a análise das 11 entrevistas realizadas aos promotores, recorreu-se ao método de análise de conteúdo, que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das

mensagens, indicadores (...) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (...) das mensagens” (Bardin, 2004:37).

A análise de conteúdo “oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos que apresentam um certo grau de profundidade”, podendo ser efectuadas análises temáticas, formais ou estruturais, sendo estas as técnicas utilizadas para manter a distância em relação a interpretações espontâneas e próprias (Quivy e Campenhoudt, 2003:227).

Considerado como um método de análise qualitativa, a análise temática corresponde à “desestruturação da estruturação do discurso singular” (Guerra, 2006:29), a partir da identificação dos principais temas, decompondo-se ao máximo as entrevistas suportados por uma grelha de análise. No âmbito da análise temática optou-se pela técnica de análise categorial, que funciona por “operações de divisão do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos” (Bardin, 2004:147).

Na análise temática utilizam-se unidades de codificação para enumerar as atitudes, as opções ou as decisões dos entrevistados (Bardin, 2004). As entrevistas realizadas foram integralmente transformadas em unidades de codificação, não correspondendo, necessariamente, a uma frase (limitada por dois sinais de pontuação). A maioria das unidades corresponde a uma ideia, acção ou decisão dos entrevistados, realizada numa determinada fase do ciclo de vida do projecto, podendo ser composta por várias frases.

Naturalmente, que as unidades de texto consideradas pertinentes pelo investigador poderiam ser objecto de diferente classificação, porque a metodologia qualitativa é profícua na diversidade de análise, representando uma classificação considerada pertinente para o estudo. Relembrando Dominique Schnapperque, “não existe verdadeiro consenso dos sociólogos sobre a análise tipológica, enquanto que os procedimentos, pelos quais os dados recolhidos por inquéritos empíricos podem ser interpretados, são objecto de um largo consenso” (Guerra, 2006:77).

O início do trabalho de análise foi realizado a partir da leitura sistemática das entrevistas transcritas (através do Microsoft Office Word 2003), para uma organização temática dos discursos em função das fases do planeamento ou, mais concretamente, das fases ciclo de vida dos projectos co-financiados pelo Saúde XXI:

1. Diagnóstico
2. Candidatura
3. Execução
4. Conclusão

5. Avaliação

6. Disseminação

As 11 entrevistas⁴³ ou, melhor respectivas unidades de texto, foram classificadas segundo as fases do desenvolvimento de um projecto e, através da leitura sistemática, foram progressivamente definidas as categorias⁴⁴ e subcategorias temáticas, dando origem à grelha de análise de conteúdo (Anexo 4) e às grelhas analíticas das entrevistas (Anexo 5). “Classificar elementos em categorias impõe a investigação do que cada um deles tem em comum com os outros. O que vai permitir o seu agrupamento é a parte comum existente entre eles” (Bardin, 2004:112), ou seja, o objectivo é obter uma representação dos dados por analogia entre unidades de texto. Dependendo da temática, as categorias ou subcategorias definiram-se como sendo de exclusão mútua, mas também se criaram outras que aceitavam a presença simultânea de unidades de contexto em duas dimensões de análise (co-ocorrências). Por outro lado, sempre que aplicável, as categorias deveriam estar enquadradas no modelo orientador para análise dos dados, o modelo CIPP de Stufflebeam.

A codificação definitiva das unidades de texto implicou análises sucessivas e comparativas dos dados já classificados, alterações aos títulos das categorias e subcategorias, redefinição das descrições de enquadramento das unidades em cada categoria e subcategoria, para que pudesse ser atribuída uma interpretação aos dados das entrevistas, baseada nos objectivos da dissertação. Nesta etapa inicial procurou-se obter uma descrição das fases do ciclo de vida dos projectos e dos elementos que a compõem, mas adaptando-a a uma descrição analítica com vista a compreender e interpretar o sentido atribuído pelos entrevistados ao desenvolvimento de projectos co-financiados. Para este processo concebeu-se uma pequena base de dados⁴⁵ (em Microsoft Office Access 2003), para onde foram carregadas as entrevistas transcritas, de modo a proceder-se à categorização das unidades de texto previamente definidas. Deste trabalho de análise de conteúdo resultaram as grelhas analíticas constantes no Anexo 5.

Na fase de análise interpretativa, “conceber novos conceitos e avançar com proposições teóricas potencialmente explicativas dos fenómenos” (Guerra, 2006:83), recorreu-se à triangulação, cruzando-se a diversidade das informações contidas nas unidades de texto

⁴³ Para manter o anonimato dos promotores dos projectos, as entrevistas transcritas não constam dos anexos, optando-se por inserir as grelhas analíticas (Anexo 5).

⁴⁴ Categoria é, segundo Poirier e Valladon “uma rubrica significativa ou uma classe que junta, sob uma noção geral, elementos do discurso” (Guerra, 2006:80).

⁴⁵ Não se recorreu a qualquer programa informático especializado em tratamento de texto para uma análise de conteúdo, tratou-se apenas de uma “ferramenta caseira” para facilitar a organização das unidades de texto, mais rápida que a utilização das funções disponíveis no programa Microsoft Office Word.

codificadas com a documentação existente no Saúde XXI sobre os projectos em estudo (incluindo dados do projecto para o qual não foi possível concretizar a entrevista). Recorreu-se, ainda, a bibliografia específica sobre as várias temáticas abordadas, para que fosse possível desenvolver um trabalho de interpretação transversal sobre os elementos recolhidos, com vista a assegurar o cumprimento dos objectivos definidos para a dissertação. O capítulo seguinte apresenta a análise e interpretação dos dados recolhidos.

O manual de apoio, construído após a análise do ciclo de vida de projectos co-financiados pela Medida 3.1 do Saúde XXI, foi objecto de apreciação e validação por um grupo de cinco peritos, conforme referido no subcapítulo anterior. As grelhas⁴⁶ preenchidas pelos peritos para a apreciação da proposta do manual constam do Anexo 6. A informação recolhida junto dos peritos permitiu confrontar diferentes entendimentos quanto à concepção dum manual de boas práticas ou de um manual de apoio à concepção e execução de projectos, optando-se pelo segundo instrumento. Por um lado a informação recolhida nas entrevistas não permitiu identificar um elevado número de boas práticas, com conteúdo suficiente para conceber um manual. Por outro lado, a disseminação de aspectos menos positivos também poderia transferir orientações para uma aprendizagem baseada em experiências negativas, com vista a obviar erros semelhantes no futuro. Assim, resultou um produto passível de transferibilidade com recomendações e alertas consubstanciados num Manual de Apoio à concepção e execução de projectos co-financiados pelo regime de incentivos no sector da saúde.

⁴⁶ Apenas três peritos procederam ao preenchimento da grelha de apreciação do manual, optando-se por incluir também, no Anexo 6, o conteúdo dos *e-mails* remetidos por aqueles que não preencheram a grelha.

5. O CICLO DE VIDA DE PROJECTOS CO-FINANCIADOS PELA MEDIDA 3.1

Considerando que o trabalho de investigação incidiu sobre 12 projectos, seleccionados de acordo com os princípios anteriormente descritos e, essencialmente, por terem sido concretizados, ultrapassando diversas vicissitudes ao longo do ciclo de vida dos mesmos, julga-se relevante principiar com uma descrição sumária das principais características de cada empresa e respectivos projectos co-financiados pela Medida 3.1 do PO Saúde. Esta descrição permite ter uma melhor percepção da dimensão de cada projecto, do seu enquadramento no seio da actividade regularmente desenvolvida por cada empresa e permite compreender algumas das decisões dos respectivos promotores.

Posteriormente, com base nas fases do ciclo de vida dos projectos, articulam-se as problemáticas sobre as quais incidiu a investigação, com os objectivos previamente definidos. As fases-tipo identificadas foram estruturadas em categorias e subcategorias, de acordo com as unidades de texto codificadas para uma descrição e interpretação dos dados recolhidos.

Sendo o presente estudo orientado na perspectiva da investigação-acção, considerou-se mais pertinente descrever e caracterizar, neste capítulo, as fases do enquadramento conceptual do planeamento e ciclo de vida de projectos. A articulação entre as orientações do domínio teórico com o estudo empírico dos projectos permite efectuar reflexões que conduzem a uma decomposição das práticas de actuação dos empresários visando à concepção de um manual de apoio a projectos co-financiados.

5.1. Breve caracterização das empresas e dos projectos

A caracterização dos projectos é baseada na informação existente nos formulários de candidatura ao Regime de Incentivos do Saúde XXI, da qual constam para além de outros elementos, a identificação e caracterização do promotor⁴⁷, a identificação e caracterização do projecto, o plano de investimento e de financiamento, os recursos humanos existentes e os postos de trabalho a criar.

⁴⁷ "Entidade que apresenta uma candidatura para o financiamento comunitário de uma operação no âmbito de um regime de auxílios" (Ferreira, 2002:77).

Embora a análise qualitativa das entrevistas tenha focado, principalmente, a “história de vida” da candidatura e do projecto aprovado pelo Saúde XXI, constatou-se que as características da empresa eram um elemento subjacente no discurso dos promotores e, muitas vezes, absorvendo o próprio conceito do projecto desenvolvido. Esta constatação é mais evidente nos casos em que o projecto co-financiado se associava, directamente, à criação ou renovação da empresa.

Neste sentido, considera-se relevante principiar pela apresentação resumida de algumas das características das empresas privadas com projectos da tipologia de unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica que constituíram a unidade de análise do presente estudo.

Quadro 5 – Principais características das empresas

Empresa nº	Data Constituição	Nº sócios	Nº Trab. Seg. Social	Data Candidatura
1	1996	2	4	30-12-2002
2	2002	2	2	29-08-2003
3	1994	2	1	21-12-2001
4	1996	4	2	30-09-2002
5	1999	1	8	20-07-2001
6	1995	2	0	29-04-2002
7	1996	2	1	31-12-2001
8	1980	2	7	31-08-2001
9	1999	2	1	30-08-2001
10	2002	2	0	30-12-2002
11	1983	2	44	26-12-2001
12	1979	2	46	30-04-2002

Fonte: Formulários Candidatura ao Saúde XXI

No quadro anterior verifica-se que, se se atender somente ao critério social⁴⁸ para a definição de micro, pequenas e médias empresas (PME), na sua maioria as empresas envolvidas classificam-se como micro-empresas e apenas duas delas são pequenas empresas, enquadrando-se no apoio a projectos de investimento da iniciativa de micro e pequenas empresas até 50 trabalhadores, através da Medida 3.1 do PO Saúde (Saúde XXI, 2004) (art. 4º do Decreto-Lei n.º 15/2001, de 27 de Janeiro).

⁴⁸ A Comissão Europeia adoptou em 2003 uma nova definição de micro, pequenas e médias empresas em função da sua dimensão, ou seja, de acordo com o número de trabalhadores e o volume de negócios ou com o balanço total. As pequenas empresas têm entre 10 e 49 trabalhadores e as micro empresas têm menos de 10 trabalhadores (Comissão Europeia, 2004c).

No decorrer das entrevistas realizadas constatou-se, por via dos discursos dos entrevistados, que, pelo menos em três casos se tratava de empresas familiares, sendo os cônjuges os únicos sócios da empresa:

“Eu e meu marido somos jovens e, quando decidimos vir para o Alentejo, surgiu esta ideia e achámos que tínhamos condições para a concretizar” (entrevista 2)

A identificação da data de criação da empresa e da de entrada da candidatura no Gabinete de Gestão do Programa Operacional Saúde permite verificar a proximidade temporal para o desenvolvimento do projecto promovido, e de alguma forma, compreender a noção do promotor em sobrepor a execução do projecto com a actividade da empresa.

Feita a apresentação das empresas de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica integrantes do estudo, sem esquecer a respectiva localização geográfica identificada no subcapítulo 4.3, importa agora conhecer as principais características dos projectos aprovados e homologados pelo Secretário de Estado da Saúde com a respectiva delegação de competências.

Quadro 6 – Projectos homologados

Projecto nº	Área de intervenção principal do projecto	Investimento Total	Investimento elegível	Data Inicio Prevista	Data Conclusão Prevista	Data Homologação
1	Imagiologia	92.708 €	92.708 €	01-03-2003	30-06-2003	30-04-2003
2	Medicina Física e Reabilitação	68.640 €	61.433 €	01-09-2003	31-12-2004	05-04-2004
3	Medicina Física e Reabilitação	35.586 €	31.094 €	01-01-2002	30-03-2002	11-08-2003
4	Medicina Física e Reabilitação	59.494 €	59.494 €	15-10-2002	30-11-2002	30-05-2003
5	Medicina Física e Reabilitação	107.306 €	107.306 €	23-07-2001	31-10-2001	19-03-2002
6	Medicina Física e Reabilitação	140.018 €	124.968 €	02-05-2002	30-09-2002	30-04-2003
7	Medicina Física e Reabilitação	99.429 €	99.429 €	01-01-2002	31-12-2002	13-11-2002
8	Cardiologia	115.083 €	57.384 €	15-09-2001	31-12-2001	16-01-2003
9	Psicologia	127.373 €	97.600 €	01-09-2001	01-01-2002	13-05-2002
10	Imagiologia	157.286 €	131.657 €	01-03-2003	31-05-2003	30-05-2003
11	Pneumologia e Alergologia	229.215 €	42.241 €	05-01-2002	30-06-2002	17-09-2002
12	Análises Clínicas	250.945 €	209.495 €	30-04-2002	31-12-2002	13-11-2002

Fonte: Formulários candidatura ao Regime de Incentivos do Saúde XXI, Fichas de Aprovação de Financiamento FEDER, Saúde XXI

Dos 12 projectos seleccionados, metade corresponde a intervenções na área da Medicina Física e Reabilitação, associados a técnicas de fisioterapia, dois projectos são da área de Imagiologia e os restantes repartem-se por diferentes especialidades.

O somatório do investimento total⁴⁹ previsto nas candidaturas corresponde a 1.483.084€ e o investimento elegível aprovado foi de 1.114.809€. Ou seja, 75,2% do investimento total. Pelo que se verifica existirem diferenças entre os valores de investimento das candidaturas apresentadas pelos promotores (investimento total) e o das despesas consideradas apoiáveis para efeitos de financiamento público (investimento elegível). Aliás, esta divergência, como se verá neste estudo, mais adiante, é apontada pelos entrevistados nos seus discursos.

O investimento elegível destes 12 projectos, concluídos até 31-05-2006, representava 80,2% do total de investimentos aprovados na Medida 3.1 para empresas privadas da tipologia de unidades de meios completos de diagnóstico e terapêutica localizadas a Sul do Rio Tejo.

Das 12 candidaturas escolhidas, em sete a data de homologação do projecto é posterior à data de conclusão do mesmo, como poderá constatar-se no quadro anterior. Este facto será analisado em detalhe na fase de Candidatura, sendo consequência das deficiências e lacunas existentes nas candidaturas e na duração do processo de decisão.

As características dos 12 projectos co-financiados pela Medida 3.1, em associação com os discursos proferidos pelos respectivos promotores, são de seguida aprofundadas, incidindo-se sobre as seis fases do ciclo de vida de projectos co-financiados, construídas a partir do tratamento da informação, das etapas do planeamento e dos modelos de avaliação.

5.2. Diagnóstico

O processo de planeamento inicia-se com a identificação de problemas ou com uma análise às necessidades que pretensamente, um projecto, deverá satisfazer após a sua execução. De acordo com Guerra, o diagnóstico “tem uma abordagem mais global, mais articulada e conceptualizada, identifica os problemas mas também os recursos e potencialidades do meio de intervenção” (Guerra, 2001:132).

O conceito de diagnóstico, atento ao desenvolvimento dos projectos em estudo, não garante as características reconhecidas por Guerra, Trata-se antes de diagnosticar ou identificar as motivações dos promotores que, no contexto envolvente, influíram no

⁴⁹ Investimento total ou “Custo total é o total da despesa elegível acrescido da despesa não elegível que seja indispensável à prossecução dos objectivos da operação” (Ferreira, 2002:29). Foi considerado o somatório do custo de todos os investimentos indicados no formulário de candidatura.

reconhecimento de necessidades ou de problemas a resolver. Estes argumentos-chave são, posteriormente, a “expressão de uma vontade de mudança” (Guerra, 2002:127) que conduz à construção de uma candidatura ao Programa Operacional Saúde. A metodologia de diagnóstico não é perceptível no discurso dos informantes, ainda que a memória descritiva⁵⁰ dos projectos incluísse uma fundamentação do investimento, que poderia induzir a necessidade de documentar a caracterização objectiva dos problemas e das potenciais soluções.

Os promotores, na construção do seu projecto, identificaram elementos que, externamente (factores existentes no meio envolvente mas não controlados directamente pelo promotor ou pela empresa) ou internamente (factores intrínsecos da empresa ou da vida pessoal do promotor), influenciaram a decisão de principiar o desafio de apresentar uma candidatura. Na maioria dos casos estudados trata-se de motivações e de conhecimentos pouco sistematizados e documentados, mas que impulsionaram a decisão da candidatura:

“Inicialmente fomos para Évora, mas depois disseram-nos que em (...) não havia nada do que tínhamos em mente. Daí que, sem qualquer estudo prévio de mercado, acabássemos por decidir instalar-nos aqui” (entrevista 2).

Mais tarde, para a apresentação da candidatura ao Saúde XXI, a memória descritiva do projecto relativo à entrevista 2 já caracterizava a população potencial da clínica e identificava os concorrentes na região.

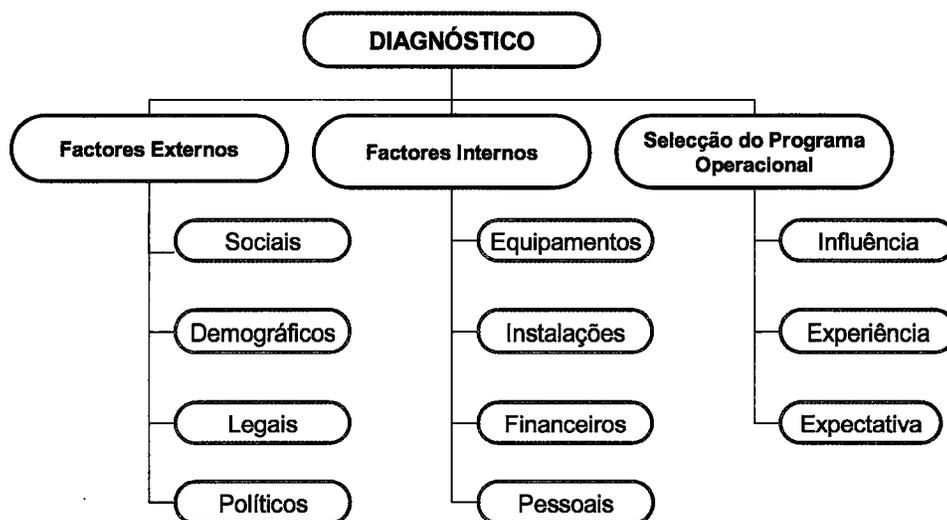
Há outro entrevistado que enquadra a respectiva actuação baseada em indicadores de saúde que conhece da sua experiência profissional, mas como não foi incluída qualquer referência de base regional ao estado de saúde da população face ao problema identificado, mantém-se a percepção do promotor como factor que motiva a acção.

Neste enquadramento, a fase do diagnóstico é constituída pelas categorias de factores externos e internos e, ainda, pela categoria de selecção do programa operacional. Esta última categoria, poderia numa primeira instância, ser incluída nos factores externos que influenciam a candidatura, mas a selecção do PO Saúde é a característica que assume maior relevância na presente pesquisa, motivo pelo qual se autonomiza numa categoria própria. Até porque, dentre as várias opções estratégicas para atingir os objectivos, os promotores optaram pela apresentação de uma candidatura ao Saúde XXI.

As três categorias identificadas desdobram-se nas subcategorias a seguir representadas na Figura 2:

⁵⁰ Documento de apresentação obrigatória ao Saúde XXI que acompanha o formulário de candidatura ao Regime de Incentivos.

Figura 2 – Árvore das categorias da fase de diagnóstico



Fonte: Entrevistas

Por norma, o diagnóstico deve incluir uma análise aos factores externos ou contexto geral envolvente da empresa e afectando a realização das actividades, sendo as principais variáveis as económicas, tecnológicas, sociais, legais, políticas, culturais, demográficas e ecológicas (Bryson 1988; Chiavenato, 2004; Stufflebeam, 2003).

Da análise de conteúdo resultou a identificação de quatro das oito variáveis possíveis, não tendo sido considerada qualquer unidade de análise nos factores económicos, tecnológicos, culturais e ecológicos.

O factor económico representa o estado geral da economia, em termos de desenvolvimento do país ou da região, a tendência inflacionista, a distribuição de riqueza, etc. Este factor, não sendo referido na fase de diagnóstico é, mais tarde, na fase de avaliação, apontado pelos promotores como um dos motivos que influenciou os resultados do projecto. O factor tecnológico representa novas perspectivas de produção ou de prestação de serviços, novos equipamentos ou procedimentos, investigação, desenvolvimento científico e tecnológico. Embora o factor da tecnologia transparecesse como relevante para uma actividade de diagnóstico e de tratamento, o mesmo não é referido pelos entrevistados numa visão de contexto externo, aparecendo associado à selecção dos equipamentos, pelo que se optou por criar a subcategoria equipamentos nos factores internos. Quanto aos factores culturais e ecológicos, representam os valores culturais e as condições de ambiente físico e natural, tratando-se de um contexto geral que exerce menor pressão sobre os projectos em análise.

As quatro subcategorias identificadas para a categoria factores internos foram criadas a partir do discurso dos promotores, sendo elementos pertinentes para o resultado da

actividade diária das empresas e instigadores da decisão de apresentar uma candidatura a fundos comunitários.

A selecção do programa operacional está categorizada segundo a predeterminação que o promotor detinha para optar pelo financiamento do Saúde XXI, a expectativa inicial e se, previamente à submissão de candidatura ao Saúde XXI, detinha alguma experiência idêntica de candidatura a programas comunitários.

Para cada subcategoria foi criada uma descrição de enquadramento, que permitiu classificar cada unidade codificada, não sendo, no entanto, as categorias e subcategorias exclusivas⁵¹:

Quadro 7 – Descrição das subcategorias da fase de diagnóstico

Categoria	Subcategoria	Descrição
Factores Externos	Sociais	Os problemas de saúde e satisfação da procura representam uma preocupação social
	Demográficos	A distribuição geográfica dos recursos na região/mercado e a carência dos mesmos
	Legais	A necessidade de adequação dos equipamentos é condicionada pela legislação vigente
	Políticos	Filosofia geral da política de saúde aplicada a instituições privadas
Factores Internos	Equipamentos	Actualização e/ou aquisição de novos equipamentos
	Instalações	Necessidades de renovação ou de mudança de instalações
	Financeiros	Necessidade de investimento e escassez de capital
	Pessoais	Sonhos, mudanças profissionais, habilitações, competências do promotor
Seleccção do Programa Operacional	Influência	Opção pelo Saúde XXI, quem ou que influenciou a decisão
	Experiência	Experiência e inexperiência na obtenção de co-financiamentos
	Expectativa	Expectativa favorável, desconfiança ou desilusão quanto ao financiamento

Fonte: Entrevistas

Em seguida, descrevem-se as práticas de actuação desenvolvidas na fase do diagnóstico do ciclo de vida dos projectos seleccionados, cruzando as informações dos diferentes entrevistados e recorrendo, como suporte, à análise dos formulários de candidatura ao

⁵¹ Segundo Bardin a exclusão mútua é uma das qualidades que caracteriza as categorias, que se opta por não respeitar na medida em que a co-ocorrência dá conta de uma associação. Mesmo assim procurou-se restringir o recurso à múltipla codificação (Bardin, 2004).

Regime de Incentivos, bem como à memória descritiva das candidaturas apresentadas ao Saúde XXI.

5.2.1. Factores externos

Os factores externos foram identificados em 17 unidades de texto e os internos prevaleceram em 23 unidades de texto. Esta frequência revela uma primeira perspectiva acerca do grau de importância que os promotores atribuem às variáveis do contexto geral e às do interior da empresa, considerando que a importância é medida pelo número de unidades de texto codificadas em cada subcategoria.

Quadro 8 – N.º unidades codificadas factores externos e internos

Categoria	Subcategoria	N.º unid.
Factores Externos	Sociais	6
	Demográficos	5
	Legais	5
	Políticos	1
Factores Internos	Equipamentos	7
	Instalações	5
	Financeiros	7
	Pessoais	4

Fonte: Entrevistas

- Factores sociais

O primeiro dos factores externos é o factor social, que evidencia preocupações quanto à satisfação de cuidados de saúde em áreas consideradas como prioritárias no Plano Nacional de Saúde⁵². Destaca-se a prevenção do cancro através de uma actividade de rastreio e os elevados níveis de sedentarismo decorrentes de insuficiente actividade física que agrava as doenças no aparelho circulatório:

“Há uns 5 ou 6 anos, alguém me disse ser possível ir buscar algum dinheiro a uma instituição de apoio. Então eu disse que, independentemente disso, queria investir na área da endoscopia, para detectar cancros mais cedo na área respiratória de que sou especialista.” (entrevista 11)

“Eu tinha alguma experiência e responsabilidade em serviços públicos. (...) la-me confrontando com os indicadores de saúde que, inevitavelmente, atiravam-me para uma questão de que hoje se fala muito mas que, em 1999, já me sensibilizava: o exercício físico era determinante para a saúde das pessoas.” (entrevista 6)

É interessante verificar a ausência destes determinantes da saúde quando consultada a memória descritiva do projecto e o formulário de candidatura ao regime de incentivos correspondente à entrevista 11. A fundamentação aí apresentada surge apenas associada à necessidade de actualização do equipamento e à criação de uma nova valência na clínica integradora da unidade de endoscopia. Ou seja, sobressaem os factores internos como essenciais para a realização do projecto.

⁵² MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Orientações estratégicas*. Volume II. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Quando analisada a mesma documentação⁵³ relativa à entrevista 6, verifica-se uma maior aproximação à essência do contexto geral, nomeadamente com a caracterização geográfica e demográfica da população e o acesso a cuidados de saúde. Um dos objectivos apontados é a criação de uma:

“unidade clínica especializada em meios complementares de diagnóstico no âmbito da medicina do exercício (...) designadamente no combate à obesidade que segundo a OMS é cada vez mais um problema grave dos tempos actuais, (...) em ordem a minimizar factores de risco e patologias associadas como a hipertensão arterial, diabetes, doências cardiovasculares (...)”. (memória descritiva do projecto correspondente à entrevista 6)

Neste caso particular, a experiência profissional é indutora de maior percepção do ambiente externo envolvente da empresa e do enquadramento dos cuidados de saúde prestados como factor para a melhoria do estado de saúde da população.

Da consulta às memórias descritivas de todos os projectos seleccionados, depreende-se que somente dois caracterizam o estado de saúde da população da região para fundamentar o projecto. Este facto denuncia que, não obstante o factor social estar presente nos discursos dos promotores, não teve idêntica relevância aquando da concepção do projecto sendo, maioritariamente, percepções relativas ao estado de saúde da população em geral.

A procura pela população é outra característica integrada nos factores sociais, porque induziu os promotores a reflectir quanto aos cuidados de saúde prestados nas respectivas clínicas, tendo sido referido, directamente, por dois entrevistados:

“A procura foi crescendo e isso foi outro factor que nos levou a investir num novo espaço e a fazer mais algumas melhorias” (entrevista 4).

“Tinha feito um trajecto na área do desporto, na altura mantinha umaavença com um clube de futebol e estava aberto a acolher a comunidade em geral. Isso também me despertou para outras necessidades e não apenas a assistência médico-desportiva ao clube e aos atletas, mas depois também aos sócios e a outras pessoas que me foram procurando” (entrevista 6).

Estes entrevistados consolidam a ideia de associar o factor externo social da procura com o factor interno das instalações demonstrando a necessidade de renovar ou mudar de instalações para uma maior e melhor oferta de cuidados de saúde, por via da criação de novas áreas de prestação de cuidados.

⁵³ A memória descritiva deste projecto apresenta uma caracterização etária da população, identifica taxas de mortalidade e natalidade, e informação relativa à cobertura médica dos concelhos da área de influência do projecto. No entanto não existem referências específicas à área de intervenção do projecto.

Visão semelhante poderá ser identificada no promotor da entrevista 9, quando a necessidade de concentrar num mesmo espaço físico várias especialidades terapêuticas conduz à realização de um projecto para apoiar a criação da clínica:

“Comecei a trabalhar em 1991, como psicóloga, essencialmente sozinha. Senti que na comunidade havia imensas falhas em termos de recursos e que eu precisaria de trabalhar em equipa. (...) Porque acabava por ter de enviar as pessoas que eu recebia para essas valências todas de fora. (...) Portanto, aquilo em que podia ajudar as pessoas ficava muito aquém do que seria possível se estivesse a trabalhar em equipa” (entrevista 9).

Nos casos anteriores, os promotores têm de optar entre prestar internamente os cuidados de saúde ou contratá-los no mercado, optando, estrategicamente, por integrar na sua actividade operacional serviços complementares à missão inicial. Os promotores procuram que as novas actividades beneficiem a realização da função principal, que corresponde à área de prestação de cuidados dependente das habilitações profissionais do promotor. A médio e longo prazo, a integração deveria contribuir para o reforço da actividade da empresa, com reflexos na sua rentabilidade. Nestes casos, a candidatura ao Programa Operacional Saúde é uma forma de incrementar a actividade assistencial.

- Factores demográficos

Estes factores surgem – juntamente com os factores legais – em segundo lugar no grau de importância dos factores externos que motivaram uma candidatura ao Saúde XXI. Esses factores relacionam-se com a distribuição de recursos na região: uma determinada área do mercado de negócio regional que os promotores analisam, com vista a identificar carências justificadoras da existência ou do desenvolvimento da respectiva empresa.

“Havia uma carência a nível de unidades de raios X no concelho e em alguns concelhos limítrofes, tirando Évora, e decidimos procurar qualquer coisa que nos ajudasse a implementar este projecto. (...) Foi por prevermos as necessidades da região e as perspectivas de expansão da empresa. Acho que em [local] existe uma mas já em fase decrescente, por ter 20 ou 30 anos, e estar desactualizada.” (entrevista 1)

“Isto surgiu, mais ou menos, depois de analisadas as necessidades da região. Na minha óptica (...), o Alentejo é uma região muito carenciada. (...) Na altura ponderámos a situação, como as grandes necessidades de assistência na saúde e com a má resposta até das próprias entidades do Estado.” (entrevista 10)

Os discursos anteriores relacionam duas características importantes no âmbito da função planeamento: a dimensão do mercado⁵⁴ e a concorrência existente.

A análise da dimensão do mercado regional na área da prestação de cuidados de saúde, em particular de MCDT, além de reconhecer variáveis de natureza demográfica e social

⁵⁴ “Conjunto de clientes ou consumidores dos produtos/serviços de uma organização” (Chiavenato, 2004:605)

de preferência deveria, também, conjugar indicadores do consumo de cuidados de saúde privados. Nomeadamente a identificação do número de pessoas com seguros de saúde privados ou subsistemas de saúde, a sazonalidade da procura de cuidados, a distância⁵⁵ dos utentes ao prestador de cuidados, o número de consultas médicas à população nas especialidades das quais poderão resultar cuidados de diagnóstico e terapêutica, entre outros. No fundo, trata-se de identificar as características específicas do mercado em que a empresa está instalada e verificar se existe carência de recursos face à dimensão da população e ao perfil dos potenciais clientes.

Mediante uma análise às memórias descritivas dos projectos verifica-se que a fundamentação dos investimentos é, pontualmente, baseada numa descrição estatística da população dos concelhos limítrofes, baseada nos Censos, mas sem identificar os potenciais clientes para a área de tratamento em que empresa se insere, em especial para os equipamentos que se pretende adquirir. À excepção de um projecto, os concorrentes privados nunca são identificados, sendo os prestadores do SNS a única referência que, em face da reduzida acessibilidade da população, legitima a existência das empresas na área de negócio.

Esta ausência de identificação dos concorrentes é assaz relevante, como no caso do entrevistado seguinte, em que apenas alude aos centros de saúde dos concelhos envolventes:

“só dispõem da valência de radiologia convencional (...) que responde ineficazmente”. (entrevista 10)

Observa-se não existir qualquer preocupação em identificar, no mercado, a permanência de outras empresas privadas concorrentes, facto esse relevante porque, mais tarde, este promotor descobre que uma delas tem, precisamente, o mesmo equipamento por si incluído no projecto.

O conhecimento dos concorrentes deveria ter como objectivo recolher uma indicação do futuro desempenho económico da empresa, com possibilidade de aumento das prestações de serviços que resultariam num potencial aumento de proveitos. Localizando-se as empresas em regiões que, segundo os promotores, têm carências na área da saúde, resulta que o factor concorrência não parece ter relevância e, em alguns casos, o próprio negócio servirá de complemento aos prestadores do SNS justificando, assim, a decisão de investimento dos promotores.

⁵⁵ Segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde, a distância expectável dos utentes aos serviços de Medicina Física e Reabilitação é de 20-30km, para os serviços de Imagiologia é de 30-40km e os serviços de Análises Clínicas é superior a 50 km, concluindo que os mercados geográficos terão um alcance de 30 a 50 quilómetros (ERS, 2006).

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS), no estudo dedicado à avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS, avalia o grau de concentração⁵⁶ do mercado em quatro áreas de meios completos de diagnóstico e de terapêutica (análises clínicas, diálise, MFR e imagiologia), considerando a existência de prestadores não públicos (como as IPSS). Quando um mercado é muito concentrado, significa que existe uma forte posição concorrencial entre prestadores (ERS, 2006). Os principais resultados, com relevância para o presente estudo, foram os seguintes:

Quadro 9 – Rácios de concentração em três mercados de MCDT

NUTS 3	Análises Clínicas	MFR	Imagiologia
Península Setúbal	49,7%	20,0%	27,6%
Alentejo Central	90,4%	79,5%	86,1%
Alentejo Litoral	98,3%	95,2%	100,0%
Alto Alentejo	48,8%	84,4%	81,8%
Baixo Alentejo	91,4%	81,5%	78,3%
Algarve	63,9%	39,0%	34,5%

Fonte: Adaptado (ERS, 2006)

No quadro anterior, os valores superiores 50% representam mercados com concentração elevada de prestadores. Ou seja, as duas maiores empresas da área detêm em conjunto mais de 50% da quota de mercado. Quando o mercado tem um número reduzido de prestadores, a concentração é maior porque eles detêm a maioria da prestação de cuidados desse mercado. Isto é, detêm uma elevada quota de mercado.

O estudo da ERS não apresenta informação para todos os mercados da área de MCDT dos 12 projectos seleccionados. Todavia, nove destes projectos, como já identificado no Quadro 6 – Projectos homologados, enquadram-se nos mercados de análises clínicas, MFR e imagiologia. Como se referiu, do discurso dos entrevistados e da análise às memórias descritivas dos respectivos projectos, não transparece haver a preocupação de identificar a dimensão do mercado e dos respectivos concorrentes. Mas, para os projectos que se situam em mercados com elevada concentração de prestadores, deveria ter existido uma preocupação de cariz concorrencial. Ou seja, os novos prestadores ou as novas áreas deveriam ter sido melhor equacionadas à luz do mercado em que se inserem. Excepção poderá ser a própria empresa contribuir para essa elevada concentração.

⁵⁶ No estudo da ERS os rácios de concentração avaliam a quota de mercado agregada das duas maiores empresas em cada mercado (análises clínicas, diálise, MFR e imagiologia) (ERS, 2006).

Assim, apesar de os factores demográficos estarem presentes no discurso dos promotores, a dimensão do mercado é secundária para fundamentar a sua decisão de investir em determinada área. Este elemento é, somente, mais um factor revelador das necessidades locais ou regionais, reforçadas pela dificuldade de acesso aos cuidados prestados pelo SNS, uma vez que os concorrentes privados e sociais são, inconscientemente, descurados no diagnóstico dos factores externos.

As duas características do factor demográfico, concorrência e mercado serão, novamente, aludidas pelos promotores na fase de avaliação do projecto porque estes factores externos contextuais tiveram influência nos resultados dos projectos.

- Factores legais

Os factores legais são referidos por cinco dos 11 entrevistados. Em três casos estão associados ao cumprimento do Decreto-Lei n.º 500/99, de 19 de Novembro, que define o “regime jurídico do licenciamento e da fiscalização do exercício da actividade das unidades de saúde privadas de medicina física, de reabilitação, de diagnóstico, terapêutica e prevenção e de reinserção familiar e socioprofissional, (...), bem como os requisitos a que devem obedecer quanto a instalações, organização e funcionamento” (art. 1.º do referido diploma).

“Depois, com a nova legislação sobre normas, procedimentos e práticas de fisioterapia, por causa dos quais temos de respeitar certos procedimentos e condições, tais como acessibilidades e sanitário para deficientes, percebi que não tinha espaço suficiente. (...) Ao ler a legislação compreendi ser imperativo evoluir. E se não evoluísse, mais dia, menos dia, certamente obrigar-me-iam a encerrar ou a mudar de instalações, por razões de qualidade e de procedimentos.” (entrevista 3)

O cumprimento da legislação em vigor, a partir de 1999, era essencial para a obtenção da licença de funcionamento por três empresas da área de Medicina Física e Reabilitação que, conjugado com a existência de fundos comunitários, resultou numa oportunidade de investimento.

Também associado a normativos legais de licenciamento, mas considerando o cumprimento de questões gerais aplicadas a todas unidades prestadoras de cuidados de saúde, surge a preocupação em possuir instalações adequadas à acessibilidade de pessoas com deficiência de mobilidade física. Nestes casos, o factor legal influencia o factor interno de adaptação ou identificação de instalações adequadas:

“Não devia ser uma coisa muito pequenina. Tinha de ter acessos de rua, por causa dos deficientes, por exemplo”. (entrevista 9)

- Factores políticos

Para concluir a análise dos factores externos, categorizou-se o discurso de um entrevistado como factor político, na medida em que este fundamenta a candidatura ao Saúde XXI com a constatação da política de saúde aplicada a instituições privadas.

“Eu sou fisioterapeuta, esta casa nasceu há 16 anos e achei que este acordo com o Estado não me levaria a lado algum. E este programa Saúde XXI ajudou-me a substituir aparelhos antigos por outros novos e adequados, porque os preços que o Estado paga estão desajustados e não permitem renovar o equipamento. (...) O Estado paga-nos hoje 0,70€ por um tratamento feito com um aparelho que custa mil contos. Isto é, precisamos de 9 anos de trabalho para amortizar o aparelho e sem lucro algum. Mas ao fim de 9 anos esse aparelho está velho e desactualizado e vai para o lixo.” (entrevista 5)

Este caso particular conduz à assunção de um tema quase sempre presente ao longo das entrevistas realizadas: a articulação do SNS com os prestadores privados, através do regime de celebração de convenções com entidades privadas. Essa articulação está prevista na Lei de Bases da Saúde (Base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), no Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (art. 30.º do Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro) e foi regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril. Este assunto será aprofundado, mais adiante, na fase da avaliação.

Os 11 entrevistados dividem-se em dois grupos: aqueles cujas empresas celebraram um regime de convenção com o SNS, e o grupo de empresas sem convenção. Em função dessa dualidade, o discurso dos entrevistados orienta-se para características e dificuldades em função da respectiva situação.

O entrevistado 5 ao ter celebrado uma convenção com o SNS para a área da fisioterapia, considera que essa articulação é desvantajosa face aos elevados investimentos que necessita de realizar para prestar cuidados de saúde. Logo, a possibilidade de apresentar uma candidatura ao Saúde XXI foi uma motivação para compensar, também através do “Estado”, o investimento que realiza.

Uma síntese deste subcapítulo permite concluir em relação aos factores externos:

- Os promotores não possuem uma ampla visão do contexto geral que influencia o negócio das suas empresas, sendo os factores internos prevaletentes ou mais preponderantes para a decisão de apresentar uma candidatura, em detrimento dos factores externos;
- Os factores sociais testemunham uma gestão influenciada pela procura e orientada para a oferta, através da integração de várias valências ou especialistas num mesmo espaço físico;

- A dimensão do mercado, integrante dos factores demográficos, não é objecto de uma análise sistematizada e fundamentada, sendo a sua influência um dado somente associado à percepção de carência de recursos regionais;
- Existe a visão de que os concorrentes são, principalmente, os prestadores do SNS, aos quais os utentes têm reduzida possibilidade de acesso, legitimando a actuação da empresa e o investimento como um complemento ao SNS;
- A não identificação de concorrentes privados na região conduz a um deficiente diagnóstico do mercado, podendo implicar erros de concepção do projecto, nomeadamente, selecção inadequada de equipamentos;
- O cumprimento de legislação em vigor, da qual depende o licenciamento da actividade da empresa, é factor motivador para a realização de investimentos de modo a adequar os equipamentos e as instalações às exigências legais;
- A possibilidade de recurso a fundos comunitários é uma mais-valia para compensar o investimento necessário à prestação de cuidados de saúde, permitindo manter o acordo celebrado em regime de convenção para complementaridade do SNS.

5.2.2. Factores internos

Quadro 10 – N.º de unidades codificadas de factores internos

Categoria	Subcategoria	N.º unid.
Factores Internos	Equipamentos	7
	Instalações	5
	Financeiros	7
	Pessoais	4

Fonte: Entrevistas

Nos factores internos que influenciaram a candidatura ao Saúde XXI sobressaem dois, maioritariamente presentes no discurso dos entrevistados: os equipamentos e as questões financeiras. Para poderem funcionar as empresas combinam recursos que constituem as entradas do processo produtivo, neste

caso para a prestação de cuidados de saúde na área dos MCDT.

Apesar da multiplicidade de elementos, geralmente existem três categorias básicas de recursos: humanos, financeiros e organizacionais (Bryson 1988; Freire, 1997; Stufflebeam, 2003). A combinação dos elementos recursos humanos e recursos financeiros é, particularmente, relevante na selecção das instalações e na aquisição de equipamentos. No fundo a interacção entre os quatro factores internos apontados pelos promotores dos projectos em análise.

- Equipamentos

Principiando pela selecção de equipamentos, dois promotores optaram por adquirir novos para aumentar a oferta de valências de prestação de cuidados:

“era uma necessidade da empresa para poder ter outras valências. Se pudéssemos juntar o útil ao agradável, fazíamos o investimento na ordem dos 66% (...). Portanto, [o co-financiamento] era 1/3 do que nós investíamos. E assim investimos esse terço na mesma unidade, não apenas nos equipamentos mas também na estrutura de apoio aos mesmos.” (entrevista 1)

“Primeiro, tivemos de definir de que equipamento precisávamos. Escolhemos o que melhor se adaptaria à prática que desejávamos desenvolver.” (entrevista 10)

Na entrevista 1 o promotor relaciona a aquisição do equipamento (o investimento) com o financiamento previsto pelo programa operacional. De acordo com a memória descritiva do projecto, além da aquisição do equipamento também realizou obras de adaptação das instalações, mas não foram incluídas na candidatura. Uma vez que a aquisição do equipamento estava predeterminada pelo factor demográfico, o facto de ter um co-financiamento permitiu-lhe ter verba para realizar as obras de remodelação do espaço físico para adequar as instalações à nova unidade de radiologia, tratando-se duma mais-valia no apoio ao alargamento da oferta de prestação de cuidados.

Da memória descritiva da candidatura relativa à entrevista 10, o investimento em equipamento médico ou técnico representa a maior fatia do investimento total, seleccionado, também, a partir dos factores demográficos de carência de cuidados na região, que aliciaram o promotor a criar uma nova empresa.

Outros promotores escolheram substituir equipamentos obsoletos por novos, mais adequados à actividade desenvolvida, embora sem alterações na oferta de cuidados prestados:

“Fiz este edifício de raiz há cerca de cinco anos, com o objectivo de ter uma clínica de fisioterapia por haver lacunas grandes (...). O investimento foi grande e não podemos ficar parados no tempo, nomeadamente a nível de equipamentos.” (entrevista 7)

“Há 16 anos foi criado, por mim, o primeiro laboratório da margem Sul e Algarve de provas de soluções respiratórias. Esse equipamento estava já ultrapassado e daí a razão de ter comprado novo.” (entrevista 11)

Da entrevista 8 ressalta, ainda, a necessidade de aquisição de equipamentos com determinadas características, neste caso, adequados à prática ambulatória e com a finalidade de realizar um elevado número de exames para rentabilizar o investimento:

“Dentro dos meios não cruentos (porque os cruentos só poderão fazer-se em hospitais e similares) quis ter tudo o que fosse não cruento de exames complementares de cardiologia. Dentro de uma relação custo-benefício, seleccionei

o que pensei mais útil para se poder fazer muitos exames. Embora não com carácter de investigação, mas para poder trabalhar no dia-a-dia.” (entrevista 8)

Uma consulta às memórias descritivas das candidaturas, bem como aos respectivos formulários de candidatura, permitiram analisar as opções dos promotores quanto ao volume de investimento previsto⁵⁷ para equipamentos relacionados com a prestação directa de cuidados de saúde (equipamento médico) e outros, face ao total do investimento indicado.

Quadro 11 – Proporção de investimento na candidatura por componente

Projecto nº	Equipamento médico	Equipamento TIC	Equipamento Geral	Equipamento Transporte	Instalações	Estudos e elaboração projecto	Outros
1	100%						
2	57%	2%	22%		2%	6%	11%
3	59%				32%	4%	5%
4	19%	4%	36%		36%	5%	
5	41%	55%			1%	3%	
6	84%	7%	4%		4%	2%	
7	79%				21%		
8	12%	43%	5%		1%	2%	37%
9	2%	14%	7%	21%	49%	5%	2%
10	76%	4%	1%		17%	1%	1%
11	64%	4%		29%		1%	2%
12	93%					7%	
Total	62%	10%	4%	6%	10%	3%	4%

Fonte: Formulários de candidatura ao Regime de Incentivos, Saúde XXI

Do quadro anterior verifica-se que, dos 12 projectos em estudo, para oito a maior proporção do investimento era atribuída à componente do equipamento médico ou técnico directamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde (entre 57% a 100% do investimento previsto). Note-se, ainda, que todos os projectos integravam uma fatia de investimento dedicada a equipamento médico. A proporção do total de investimentos previstos para equipamentos era de 62%, quando efectuado o somatório de todos os investimentos. Assim, o equipamento médico foi a principal opção de investimento para os promotores destes projectos de MCDT a Sul do Tejo.

Considerando apenas a componente equipamentos segue-se, em segundo plano, o investimento em tecnologias de informação e comunicação (TIC). Para dois promotores,

⁵⁷ Foi realizada uma análise aos investimentos constantes nas candidaturas apresentadas ao Gabinete de Gestão do Saúde XXI, mas os investimentos previstos pelos promotores não correspondem, necessariamente, aos investimentos considerados elegíveis e aprovados pelo PO Saúde.

este tipo de equipamentos era a principal preocupação (43% e 55% do investimento total dos respectivos projectos). Os equipamentos de TIC, globalmente, representam 10% do investimento total destes 12 projectos.

O equipamento geral (mobiliário e equipamentos sociais de apoio à actividade) seria a componente de investimento preponderante para um dos promotores, juntamente com o investimento a realizar nas instalações. No total, este tipo de equipamento representou 4% dos valores a investir pelos 12 projectos.

No Quadro 11 identificam-se, ainda, outras preocupações de investimento, como o equipamento de transporte (6% do total), as instalações (10% dos investimentos), os estudos relativos à elaboração dos projectos (3%) e um grupo de componentes indicadas como Outros (4%), donde constam garantias bancárias, fundo de maneoio, despesas de constituição da empresa, formação, manutenção de equipamento e publicidade.

A actividade das empresas prestadoras de cuidados de saúde na área dos MCDT depende, significativamente, do equipamento empregue no seu processo produtivo. Se o equipamento está obsoleto, não permite uma rentabilização ajustada à procura e inviabiliza a actividade regular. É também pelo equipamento que a empresa é avaliada e reconhecida qualitativamente pelos utentes/clientes, como se compreende no seguinte discurso:

“Privilegiamos a qualidade do atendimento em vez da quantidade e continuamos a dar-nos bem com essa política. (...) Quando abriu a clínica entretanto falida, durante uma semana detectámos uma quebra de procura. Uma semana depois estava toda a gente de volta, novamente, porque nela não havia as condições técnicas que oferecíamos mesmo nas instalações antigas.” (entrevista 4).

Numa análise de factores internos, a existência de equipamentos inadequados poderá ser identificada como uma das principais fraquezas face a empresas concorrentes, resultando na baixa qualidade dos serviços. Essas vulnerabilidades carecem de transformação rápida em pontos fortes, motivando os promotores a investirem em novos equipamentos para corrigir as fragilidades internas (Chiavenato, 2004). É neste sentido que podemos entender a motivação dos promotores, para os quais os equipamentos médicos são o elemento predominante nos investimentos a realizar em face dos cuidados de saúde prestados. Esses equipamentos são adquiridos sob duas perspectivas: para a criação de novas valências, através de equipamentos inexistentes na empresa, servindo para alargar a oferta de cuidados saúde; ou para a substituição dos obsoletos, porque o promotor pretende aumentar o volume e a qualidade dos actos realizados.

- Instalações

As deficientes instalações das empresas foram outro factor a influenciar da decisão de investir, com vista à remodelação do espaço físico das instalações:

“Era uma clínica em mau estado de conservação, com quatro paredes, falta de espaço e sem privacidade. (...) Decidimos então comprar este espaço. (...) O investimento era premente porque a outra clínica carecia de condições.” (entrevista 4)

“Depois li a legislação que regula a nossa actividade e concluí que para a cumprir precisava de mais espaço. Tinha, portanto, duas alternativas: ou mudava a localização da clínica ou adquiria o espaço ao lado. (...) Entretanto, faleceram os ocupantes deste lado do edifício e eu decidi alargar a clínica tomando também este espaço. (...) [Actualmente a clínica] ocupa o prédio todo. Tem direito e esquerdo.” (entrevista 3)

No caso particular do promotor da entrevista 3, os factores legais convenceram-no da inadequação das instalações disponíveis e daí a posterior aquisição de espaço contíguo. Esta decisão ocorre, no entanto, posteriormente à apresentação da candidatura ao Saúde XXI, tendo a mesma sido reformulada para inclusão das alterações decorrentes da aquisição do novo espaço.

Das declarações dos entrevistados também se depreende que, na maioria dos casos, as instalações das empresas foram adquiridas⁵⁸ ou construídas pelos sócios, com vista à realização da sua actividade:

“Fiz este edifício de raiz há cerca de cinco anos, com o objectivo de ter uma clínica de fisioterapia (...) Ainda não tenho completamente aproveitado o espaço físico disponível.” (entrevista 7)

Há somente um promotor que, não sendo proprietário das instalações onde a empresa funciona, alude às vantagens desse espaço e opta por realizar obras de adaptação:

“As instalações eram exíguas mas estavam bem localizadas e tinham algo da filosofia que eu desejava: as pessoas podiam fazer trabalho de campo no estádio municipal de [local]. Eu funciono nas instalações do clube [desportivo], com o qual fiz uma parceria (...)” (entrevista 6)

Recorrendo ao anterior Quadro 11, verifica-se que nove dos 12 projectos incluem previsão de despesas para obras de adaptação ou de remodelação das instalações. Em dois projectos esse investimento é preponderante para a actividade das empresas. As instalações, a par do equipamento de TIC, são o segundo maior volume de investimentos previstos (representam individualmente 10% do custo dos projectos).

Numa análise de factores internos, a estrutura de produção está intimamente dependente da qualidade dos equipamentos, das instalações e da sua localização. Os promotores

⁵⁸ O conceito de adquirido também inclui instalações com hipotecas a entidades bancárias.

compreendem que o reajustamento da aplicação dos recursos fortalece as áreas correspondentes aos factores críticos de sucesso. Poderá ser este um dos motivos que justifica a importância atribuída ao investimento com equipamentos médicos ou técnicos e, em segundo plano, os equipamentos de TIC e a aquisição ou remodelação das instalações.

- Financeiros

Naturalmente, os investimentos em equipamentos e instalações dependem do segundo motivo de maior relevância identificado no discurso dos promotores: os factores financeiros. A situação financeira de uma empresa influencia as decisões dos seus responsáveis quanto à dimensão do investimento e às formas de obter financiamento, elementos que afectam o crescimento da empresa. O investimento depende da capacidade do gestor em obter fundos junto de instituições bancárias, ou também, através de programas operacionais que co-financiam as suas actividades.

A maioria das declarações dos entrevistados confronta a decisão de investir com a escassez de capital que os impedia de o concretizar, resultando, posteriormente, na apresentação de uma candidatura ao Regime de Incentivos do Saúde XXI:

“Começámos por adquirir algum equipamento para a clínica mas, como é tudo muito caro, depois decidimos candidatar-nos ao Saúde XXI.” (entrevista 2)

“Mas chegámos à conclusão que o investimento era um bocado dispendioso e o financiamento complicado.” (entrevista 4)

Um dos principais problemas apontados é a necessidade de capital para os investimentos seleccionados, surgindo o Saúde XXI surge como uma estratégia de obtenção de fundos para a concretização do investimento, mas também com o fito de satisfazer um outro objectivo associado à falta de capital – a inexistência de convenção para a prestação de cuidados de saúde a utentes do SNS. Nos objectivos dos projectos é interessante verificar, através das respectivas memórias descritivas, que, se a candidatura ao Saúde XXI resultasse numa efectiva aprovação do investimento, poderia viabilizar a celebração de um regime de convenção com o SNS.

Por oposição surge o discurso dos promotores que possuem um regime de convenção com o SNS:

“Porque estou há 20 anos no Alentejo a trabalhar para melhorar o apoio às pessoas e menos preocupada com a parte comercial. Mas estou sempre na corda bamba e a situação pode vir a ser insustentável. Em Janeiro [2006] o Estado baixou de 0,75€ para 0,70€ a comparticipação nestes tratamentos e isso reduziu ainda mais a nossa facturação e a rentabilidade da empresa.” (entrevista 5)

“Mais: durante 11 anos, fui o único médico especialista privado do país a fazer consultas para a Caixa, recebendo, em valor, por consulta de pneumologia e

alergologia, 300\$!... Isto diz tudo acerca daquilo de que eu gosto: trabalhar, independentemente do valor que o doente possa pagar. Ainda não há seis anos que acabaram essas consultas a 300\$..." (entrevista 11)

Estes promotores atribuem as dificuldades financeiras aos valores da retribuição recebida pelos serviços prestados a utentes do SNS. Uma vez que o pagamento é, financeiramente, pouco compensador argumentam que a sua actividade e a manutenção do acordo se devem a factores sociais, ou seja, prosseguem porque as pessoas da região necessitam desses cuidados de saúde.

Verificam-se, por conseguinte, duas motivações para a realização do investimento quando ponderado o factor financeiro. Por um lado, os empresários sem regime de convenção com o SNS aspiram vir a obtê-lo se a aprovação do projecto pelo Saúde XXI se concretizar. É a expectativa de poder associar a credibilidade de um projecto aprovado por uma entidade integrada na política de saúde do ministério que, eventualmente, potenciará a celebração de novos acordos pelo SNS. Por outro lado, surgem os promotores que usufruem dessa convenção mas consideram não ser financeiramente compensadora para rentabilizar a empresa, embora continuem a investir alegando que as pessoas necessitam dos cuidados de saúde. A associação a factores externos, na vertente social, justifica a sua actuação e decisão.

- **Pessoais**

Os recursos humanos foram, pontualmente, referidos nos discursos proferidos pelos entrevistados quando questionados sobre as motivações relacionadas com o projecto de investimento. As respostas centram-se mais no "eu" referenciando a concretização de aspirações, a decisão de fazer mudanças profissionais ou aproveitar habilitações e competências próprias. Trata-se da centralização na figura do empresário dos elementos relativos aos recursos humanos em geral.

"Eu e meu marido somos jovens e, quando decidimos vir para o Alentejo, surgiu esta ideia e achámos que tínhamos condições para a concretizar. (...) A casa onde está instalada a clínica é nossa e, quando viemos [local] (por estarmos fartos de viver em Lisboa e também porque meus pais residem perto) já tínhamos a ideia do que pretendíamos criar." (entrevista 2)

"Sou médico de família e sempre estive sensibilizado para a área do exercício físico e do desporto. E, num determinado momento da minha vida (...), acabei por fazer uma formação específica em medicina desportiva. (...) Aproveitando outras áreas profissionais e as minhas competências seria possível termos um centro multidisciplinar que pudesse ter valências na área do exercício físico e do desporto ao serviço da saúde. As pessoas disseram que não estavam interessadas e então decidi avançar eu. Montei uma empresa..." (entrevista 6)

É interessante verificar que, dos quatro promotores a mencionar o factor pessoal, três criaram novas empresas na área de prestação de cuidados de saúde de MCDT. Para

esses promotores as suas decisões originam um projecto de mudança de vida. Daqui também se depreende que a sua noção de projecto abarque todo o investimento realizado na empresa e não apenas os investimentos incluídos na candidatura à Medida 3.1 do Saúde XXI, que constituem somente uma parte do “seu projecto”.

Um dos objectivos do financiamento comunitário, já referido ao longo do presente estudo, é a pretensão de induzir investimento privado por via do financiamento público, criando novas empresas e novos postos de trabalho. Trata-se de criar o efeito de alavanca⁵⁹. Assim, esse efeito ocorre quando os promotores se empenham na criação de uma empresa própria e investem contribuindo para o desenvolvimento regional.

À criação de empresas associa-se, frequentemente, a ideia de pessoas empreendedoras, reunindo condições, capacidade e qualidades essenciais ao lançamento de um projecto próprio, aptas a fazê-lo progredir e prosperar no futuro.

Não sendo objectivo deste estudo caracterizar o empreendedorismo português, recorre-se a Francisco Pereira, que identificou os factores mais importantes que influenciam a criação de empresas em Portugal. São eles: a realização pessoal, a independência, a necessidade de aprovação, a necessidade de promoção social, a segurança familiar (em algumas áreas de negócio específicas, não associadas à saúde) e o conhecimento técnico e especializado. A experiência de gestão e as influências ambientais (mercado, disponibilidade de recursos e clientes, desenvolvimento económico e estabilidade do sector) demonstraram ter pouca escassa influencia na criação de empresas ou, pelo menos, têm menor importância que os factores pessoais (Pereira, 2001).

A análise inicial dos projectos seleccionados para o presente estudo segue no sentido das conclusões proferidas por Pereira para a criação de empresas: a percepção de atribuição de maior importância aos factores internos em detrimento dos factores externos. Os factores pessoais foram um dos motores para a realização do investimento, decorrendo do conhecimento técnico e especializado dos promotores. Os factores demográficos e sociais reforçam a tomada de decisão de criar a empresa ou na decisão de realizar novos investimentos.

As principais conclusões relativas ao diagnóstico dos factores internos que motivaram a apresentação de candidaturas foram:

- A selecção de equipamentos baseou-se em duas vertentes: uma para aumentar a oferta de valências de prestação de cuidados e outra para substituição de

⁵⁹ Sobre este conceito consultar Capítulo 2.

equipamentos obsoletos sem alterações na oferta mas com possibilidade de aumentar a produtividade e rentabilizar o investimento;

- Do volume de investimento previsto, os equipamentos directamente relacionados com a actividade produtiva da empresa têm a preferência dos promotores e, em segundo plano, seguem-se os equipamentos relacionados com tecnologias de informação e comunicação e a adaptação/remodelação de instalações;
- Os equipamentos e as instalações são factores de diferenciação perante concorrentes que, quando fragilizados, motivam a realização de novos investimentos;
- A situação económico-financeira da empresa influencia as decisões dos empresários quanto ao investimento e financiamento – a decisão de investir estava dependente da existência de capital para essa concretização;
- Associadas aos factores financeiros surgem duas realidades: os empresários que se candidatam ao Saúde XXI pensam na possibilidade de vir a ter um regime de convenção com o SNS, e os que tendo esse regime, por não ser financeiramente rentável, investem legitimados por factores externos de ordem social;
- Os factores pessoais estão, nos casos estudados, principalmente associados a empresas recentes que criam um efeito alavanca no desenvolvimento regional, e foram fundadas baseando-se no conhecimento técnico e especializado dos respectivos promotores, com vista à realização pessoal e profissional.

5.2.3. Objectivos dos projectos

Após o diagnóstico dos principais motivos que influenciaram os promotores a apresentar de uma candidatura para obtenção de fundos comunitários, de acordo com as etapas do planeamento, segue-se a fixação de objectivos. No modelo de CIPP de Stufflebeam, a letra C corresponde ao contexto, factores externos e internos, a partir dos quais as entidades avaliam as necessidades, os problemas e as oportunidades que permitem, de seguida, estabelecer prioridades e objectivos que visam atingir em resultado das suas intervenções (Stufflebeam, 2003).

A identificação de objectivos, por opção, não foi visivelmente incluída no guião de entrevista adoptado para este estudo, porque os formulários de candidatura ao Regime de Incentivos e as memórias descritivas dos projectos incluíam uma parte dedicada à

“fundamentação do projecto e seus objectivos”, identificação dos “indicadores a utilizar para avaliação do projecto” e “estimativa de valores a atingir nos diversos objectivos”.

A clarificação dos objectivos, no caso dos projectos co-financiados, apenas surge devido à obrigatoriedade da sua identificação aquando da candidatura ao Programa Operacional. Não se tratou, por parte dos promotores, duma identificação explícita das finalidades dos projectos para fixar metas a atingir em relação a cada um dos problemas prioritários identificados. Aliás, por consulta aos documentos referidos, verifica-se existir uma grande dificuldade em clarificar a contribuição dos projectos para uma realidade futura e em identificar objectivos e metas quantificáveis para indicadores que poderiam vir a medir os resultados dos projectos.

A definição de objectivos é essencial para se avaliar os resultados obtidos, mas depara-se com dificuldades nesta tarefa, mesmo quando apoiados por consultores na construção das memórias descritivas dos projectos. Em nenhum dos documentos consultados existe a tradicional distinção entre finalidades, objectivos gerais e objectivos específicos e é complicado aplicar a recomendação de Isabel Guerra, “o que interessa é saber se as finalidades do projecto estão claramente definidas e se os objectivos estão formulados em termos suficientemente operacionais” (Guerra, 2002:163).

As finalidades são a razão de ser de um projecto, a contribuição que o mesmo pode trazer para a resolução dos problemas identificados e as situações que se pretende transformar (Guerra, 2002). As finalidades de um projecto estão incluídas nas grandes intenções das políticas gerais aplicadas a instituições públicas e privadas, pelo que as principais finalidades dos 12 projectos seleccionados estão enquadradas pelos objectivos da Medida 3.1 do Programa Operacional Saúde, já identificadas no Capítulo 3 deste trabalho. Assim, a grande finalidade de todos os projectos aprovados será:

“Reforçar parcerias na prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, bem como promover ganhos em saúde, designadamente pela redução de assimetrias e desigualdades.” (Saúde XXI, 2004:68)

Os objectivos gerais descrevem as grandes orientações para onde as acções serão orientadas em função das finalidades dos projectos e não sendo expressos em termos operacionais, dificilmente serão objecto de verificação do seu cumprimento (Guerra, Amorim, 2001).

Considerando como enquadramento os objectivos da Medida 3.1 do Programa Operacional Saúde⁶⁰, os objectivos gerais dos projectos estarão ligados aos factores externos como principais motivadores para uma candidatura a co-financiamento comunitário. Assim, considerando os factores externos dos doze projectos em apreço, identificam-se os seguintes objectivos gerais⁶¹, tendo por base as respectivas memórias descritivas:

- Proporcionar à população maior acesso a meios complementares de diagnóstico e de terapêutica de qualidade, uma vez que a região se encontra deficientemente coberta pelo SNS (projectos 1, 4, 6 e 10);
- Associar a medicina do exercício e do bem-estar com redução de probabilidade de patologias que redundam em causas mortais (projecto 6);
- Dar resposta à crescente procura das empresas da região, decorrente de uma atitude pró-activa face à temática da Segurança, Higiene e Medicina do Trabalho, introduzindo práticas de prevenção e de cumprimento dos ditames regulamentares (projectos 6 e 12);
- Complementar a presente actividade com diferentes áreas de especialidade ou novas valências com carências na região, oferecendo um serviço integrado de saúde ao utente (projectos 2, 4, 6, 9, 11 e 12);
- Maior satisfação dos pacientes com a redução da lista de espera para responder a toda a procura que se tem verificado (projectos 5, 9 e 11);
- Criar as condições adequadas ao desenvolvimento da actividade de reabilitação física e actos de medicina física, dando cumprimento a directrizes comunitárias neste domínio (projecto 7);
- Combater e tentar diminuir as desigualdades ao nível dos cuidados de saúde existentes entre as diversas regiões do país (projectos 9 e 12);
- Promover parcerias com as mais diversas entidades, nomeadamente contribuir para a complementaridade ao SNS, prestando cuidados médicos à população e utentes do SNS, ampliando a possibilidade de escolha dos cidadãos (projectos 1, 4, 6 e 10).

⁶⁰ Sobre este assunto consultar o Capítulo 3.

⁶¹ A análise engloba uma visão agregada de todos os projectos em analogia a uma análise temática, uma vez que todos os projectos são relativos a unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, não se pretendendo identificar os objectivos de cada projecto, mas sim no seu todo.

Os objectivos específicos são os que exprimem os resultados esperados e devem ser formulados em termos operacionais, de forma quantitativa e qualitativa, para ser viável medir a sua concretização. É com base nestes objectivos que poderão avaliar-se os projectos após a sua conclusão, a avaliação sumativa.

Os documentos consultados demonstram a dificuldade dos promotores em identificar objectivos descritivos para as situações a concretizar, porque muitos destes objectivos não são quantificáveis para posterior avaliação. A definição de objectivos deveria ser sido mais precisa e clarificada para cada área de intervenção do projecto. Os factores internos, mais próximos da realidade da empresa, porque incluem as mudanças a concretizar com os projectos, ajudaram a conceber objectivos mais específicos:

- Aumentar a realização do número de exames ou tratamentos complementares de diagnóstico e de terapêutica (projectos 1, 2, 3, 5 e 9);
- Aquisição de novos equipamentos para prestar cuidados saúde de qualidade, com garantia de cumprimento dos requisitos legalmente estabelecidos (projectos 2, 4, 5, 7, 8 e 10)
- Criar novas unidades ou valências inexistentes de imagiologia (projectos 1 e 10), de radiologia móvel e endoscopia (projecto 11), de clínica especializada em MCD de medicina do exercício (projecto 6);
- Reforçar a qualidade dos serviços prestados através de maior fiabilidade e eficiência de atendimento, adquirindo *hardware* e *software* informático visando diminuir a probabilidade de erros e aumentar o rigor técnico dos exames (projectos 8, 11 e 12);
- Renovar/adquirir instalações que permitam criar novas salas de tratamento/gabinetes de consulta, com maior qualidade de atendimento (projectos 2, 4 e 7);
- Aumentar a produtividade para incrementar o volume de negócios (projectos 1, 3, 8 e 12).

Da apresentação genérica dos objectivos dos projectos em estudo, resulta que os factores sociais e demográficos (factores externos) apoiam a identificação de objectivos gerais que contribuem para a melhoria da acessibilidade a cuidados de saúde de populações com carências nessa áreas, segundo os objectivos da Medida 3.1. Também é objectivo dos promotores que os seus serviços permitam um alargamento da oferta em regime de complementaridade para a população utilizadora do SNS.

Nos objectivos específicos, ainda que as suas características de construção não sejam as mais adequadas, prevalecem as melhorias nos cuidados de saúde prestados ou a

criação de novas unidades de diagnóstico e de terapêutica suportadas pela aquisição de novos equipamentos ou renovação das instalações. Pretende-se também aumentar a produtividade com geração de maiores receitas e, em alguns projectos, perspectivam-se alterações no horário de atendimento para corresponder às necessidades dos utentes.

Finda a construção dos objectivos dos projectos, mesmo que, nos casos em estudo, estes tenham sido clarificados posteriormente aquando da elaboração do plano de candidatura ao Saúde XXI, seguem-se as opções estratégicas para a concretização dos mesmos.

5.2.4. Selecção do Programa Operacional

Os promotores dos projectos teriam várias alternativas para concretizar as suas intervenções, mas o factor comum foi a sua candidatura ao Programa Operacional Saúde como estratégia para atingir os objectivos, em opção por outros programas ou por alternativas como o recurso ao crédito bancário. Esta decisão exemplifica a perspectiva de Guerra que, numa óptica de concretização de projectos, entende a selecção de estratégias como “a elaboração de um pensamento director em torno do qual se estruturam, de forma mais ou menos coerente, as decisões fundamentais” (Guerra, 2002:167).

Segundo Giraldes, uma das etapas no âmbito da elaboração de estratégias deverá ser a escolha da mais realizável, se existirem outras alternativas, tendo em conta o grau de concretização das mesmas e eventuais limites orçamentais (Imperatori e Giraldes, 1986), sendo que os entrevistados escolheram a candidatura ao Programa Operacional Saúde.

Findo o levantamento dos factores externos que, conjugados com as competências internas das empresas, permitem identificar objectivos, regressa-se ao discurso dos promotores, para uma análise às influências que induziram a opção pelo Saúde XXI, as expectativas que os promotores tinham face ao co-financiamento e se detinham alguma experiência de candidatura e realização de projectos neste domínio.

- Influência

Os discursos classificados na categoria influência permitem duas vertentes de análise: quem influenciou a decisão de optar pelo Saúde XXI e se foram ponderadas outras alternativas possíveis.

Dos 11 entrevistados, oito referiram ter sido alguém próximo mas estranho à empresa, que transmitiu a ideia ao promotor para se candidatar a fundos comunitários:

“Soubemos, por pessoas conhecidas, que havia hipótese deste incentivo do Saúde XXI. (...) Foi um senhor (...) que trabalhava aqui na zona e disse (...) que na altura também concorrera ao Saúde XXI, para criar uma clínica de raiz.” (entrevista 1)

“Antes de vir para cá eu trabalhava numa clínica de fisioterapia em (...). E a minha chefe dissera-me que se tinham candidatado ao Saúde XXI. Quando soube que eu optara por viver no Alentejo e criar a minha própria clínica, foi ela que sugeriu a candidatura.” (entrevista 2)

Os dois entrevistados anteriores tomaram conhecimento da existência do Saúde XXI por intermédio de outros empresários que também se candidataram ao programa. Outros dois entrevistados foram os respectivos contabilistas que influenciaram a decisão de escolha:

“Há muitas empresas que, de vez em quando, vão alertando para a possibilidade dessa candidatura. Ficamos assim alertados e, às tantas, falei com o meu contabilista.” (entrevista 11)

Há também dois entrevistados que tomaram conhecimento da existência do Saúde XXI em acções externas à empresa, mas relacionadas com as respectivas competências:

“Uma vez, num congresso de fisioterapia, foi anunciado existirem vários programas de apoio ao investimento e ao reapetrechamento e que as nossas clínicas poderiam ser incluídas no Saúde XXI. (...) A existência do Saúde XXI ficou-me no ouvido, no tal congresso.” (entrevista 3)

Ainda por influência de alguém exterior à empresa existem dois outros promotores, os quais, por intermédio de uma pessoa próxima, tiveram conhecimento de uma consultora que lhes indicou o Saúde XXI como opção de candidatura.

“Falei com o presidente da Associação de Comércio de (...) a quem pedi ajuda para me indicar quem pudesse elaborar o projecto de candidatura. Foi ele que me indicou esta empresa (...) que nos apresentou um projecto de candidatura ao Saúde XXI, que melhor se encaixava para o financiamento na nossa área. Foi essa a razão que optámos pelo Saúde XXI. (...) Demos-lhe a perspectiva do que pretendíamos e eles [consultora] aconselharam-nos o Saúde XXI.” (entrevista 4)

A maioria dos promotores tomou a decisão de apresentar uma candidatura a fundos comunitários por influência de alguém ou entidade exterior à empresa, sendo inexistente a prevalência de influências-tipo que tenham conduzido à opção de seleccionar o Saúde XXI em detrimento de outro programa.

Há apenas três promotores em que a decisão de candidatura partiu dos próprios ou de sócios da empresa:

“Então tive conhecimento da possibilidade de estruturar uma candidatura a fundos públicos, procurei pessoas na área da economia e da gestão e com elas estudei as hipóteses de concorrer.” (entrevista 6)

“Depois tive conhecimento do programa Saúde XXI, salvo erro através da Internet” (entrevista 7)

Nos vários discursos anteriores descobre-se outra característica importante: a referência directa ao “Saúde XXI”. Sete entrevistados identificaram, de imediato, ter sido o Saúde XXI o Programa Operacional seleccionado, não tendo sequer sido ponderado outra opção. Para cinco desses promotores, o Saúde XXI foi a primeira e única opção de candidatura, não tendo reflectido sobre outras alternativas.

Segundo Chiavenato, o “conhecimento é a chave para desenvolver uma estratégia” (Chiavenato, 2004:576), mas transparece, que na maioria dos casos, essa massa crítica não foi utilizada. Bastou a indicação de alguém próximo para a decisão estar quase tomada, mesmo sem haver suficiente informação sobre o assunto. Os promotores deveriam ter recorrido sobre a possibilidade de coligir e consultar variada informação, de modo a que essa análise conduzisse a uma decisão estratégica baseada em conhecimentos credíveis e após o estudo de estratégias alternativas. Excepção poderá ser feita aos promotores em que a decisão da candidatura foi pró-activa, tendo procurado obter mais informação para amadurecer a decisão.

- Experiência

Esta constatação é ainda mais notória quando se sabe que apenas dois promotores tinham experiência na execução de projectos com financiamento comunitário:

“A nossa experiência anterior fora apenas com o FAIA [Fundo de Apoio ao Investimento no Alentejo], onde as coisas eram diferentes e mais fáceis... (...) O apoio que tivemos para isso foi adiantarem-nos o montante do investimento para pagarmos em cinco anos, com um de carência e sem juros.” (entrevista 1)

“Há mais de 7 ou 8 anos, nós já tínhamos elaborado um projecto para a clínica de (...) e teve um financiamento muito baixo, de outra entidade comunitária, da ordem dos trinta e tal por cento. Isto porque o projecto incluía uma sauna e eles consideraram-na de alto rendimento, pelo que o financiamento foi muito baixo. Daí que, com base na experiência da outra candidatura, decidíssemos voltar a concorrer a um financiamento comunitário, qualquer que fosse o montante.” (entrevista 4)

É interessante verificar que estes dois promotores, quando questionados sobre experiências anteriores com fundos comunitários, apresentam, imediatamente, considerações sobre a forma como os projectos decorreram. O primeiro mais positivo que o segundo. Estas experiências terão influência nas respostas dadas à questão “Quais eram as suas expectativas quando decidiu candidatar-se ao financiamento comunitário?” Por exemplo o entrevistado 4, refere: “[decidimos] voltar a concorrer a um financiamento comunitário, qualquer que fosse o montante”. Portanto, a sua experiência estimulou a apresentação de uma nova candidatura mesmo que existissem alguns constrangimentos.

A maioria dos entrevistados, mais concretamente nove dos 11, refere nunca ter tido qualquer experiência com candidaturas a fundos comunitários:

“Não tive qualquer [financiamento de outro programa]. Já tinha ouvido falar de alguns, mas o Saúde XXI foi a primeira experiência.” (entrevista 7)

“Não sei se há [outros programas], nem conheço. (...) Zero, nunca, nada [experiência de fundos]. Apenas tinha pedido alguns empréstimos bancários.” (entrevista 11)

Julga-se que a inexperiência deveria ter servido de pretexto para procurar mais informação, de modo a ponderar bem a selecção de co-financiamento comunitário como estratégia para a concretização dos objectivos. Mas ocorreu o oposto: o desconhecimento poderá ter motivado a acção por não serem conhecidos os procedimentos inerentes à concretização de um projecto deste tipo. Aliás, essa característica será ainda mais notória quando se analisar, na fase de candidatura, o nível de informação dos promotores quanto ao conhecimento das regras e procedimentos inerentes a uma candidatura ao Saúde XXI.

- Expectativa

Essa escassez de informação e inexperiência conduzem a respostas diferentes quanto à expectativa inicial com a obtenção do financiamento. Assim, quando questionados sobre as suas expectativas surgem três níveis de resposta. Um primeiro grupo de três promotores com respostas pela positiva.

“Era melhor que a do FAIA porque além de não pagarmos juros ainda teríamos algum benefício inicial por não pagarmos uma percentagem do investimento. Para uma empresa nova e a crescer, como a nossa, era importante haver esse incentivo para que a empresa tivesse pernas para andar.” (entrevista 1)

É interessante verificar como neste grupo de entrevistados surgem os dois promotores que referiram ter experiência anterior na execução de projectos financiados por outros fundos comunitários, pelo que o seu ponto de partida para uma nova candidatura é mais consciente acerca da realidade a enfrentar, sem esperar que o financiamento do Saúde XXI seja a solução para todas as suas opções de investimento.

Existe um outro grupo de três promotores que parte de uma perspectiva de desconfiança quanto à possibilidade de obter algum apoio. A sua inexperiência e o facto de nunca terem tido essa oportunidade suscita dúvidas acerca da possibilidade de tal apoio se concretizar:

“Parti numa base muito descontraída por, possivelmente, ter vantagens superiores às de muita gente: a pessoa que iria preparar a candidatura não me levava dinheiro por isso. (...) ajudou-me de uma forma desinteressada e sem qualquer tipo de remuneração. (...) Não estou muito habituado a facilidades e menos acredito que elas existam em financiamentos públicos.” (entrevista 7)

“Ele [o contabilista] achou possível elaborar a candidatura, mas eu nunca tive esperanças de que dessem alguma coisa. (...) Previa que, mais uma vez, não iria conseguir nada. Ia desistir.” (entrevista 11)

O entrevistado 7 tem uma vantagem em relação a outros promotores, pelo facto de a elaboração do plano da sua candidatura não ter resultado de um serviço externo prestado por consultora/contabilista em troca do respectivo pagamento. Este apontamento está relacionado com o apoio prestado por consultoras na fase de candidatura, a desenvolver mais adiante.

Por fim, há um grupo de cinco entrevistados para os quais a candidatura terá sido, de alguma forma, uma desilusão:

“Pensava que não custava tanto e estive para desistir devido aos embaraços havidos pelo meio. Além disso, esperava que fosse mais compensadora a candidatura.” (entrevista 2)

“Sinceramente, as minhas expectativas eram melhores do que, depois, foram vistas na prática. Na altura avançámos para o projecto, que implicava que alguns fundos fossem privados e alguns capitais fossem próprios. (...) Acontece que algumas coisas não estavam bem explicadas, como a questão do IVA. Eles apoiam a candidatura com 38%, aqui no Alentejo, mas não apoiam o IVA.” (entrevista 10)

Os entrevistados apontam vários motivos para a sua desilusão, também relacionados com problemas ao longo da execução dos projectos. São já referências à forma como os projectos decorreram e ao desconhecimento dos procedimentos envolvidos para a concretização de um projecto deste género.

Quatro desses entrevistados consideram a burocracia como a principal causadora da sua desilusão que, associada ao montante do financiamento recebido, não se revelou compensador. O entrevistado 10 demonstra a desilusão com o reduzido financiamento face ao esperado, uma vez que o IVA não foi considerado despesa elegível para efeitos de financiamento. A burocracia e o valor do incentivo serão duas características frequentemente aludidas por serem, na óptica dos entrevistados, causadoras de atrasos e de dificuldades financeiras na concretização dos projectos.

Numa análise agregada das várias características identificadas quanto à selecção do Programa Operacional, influência, experiência e expectativa, resulta que:

- A maioria dos promotores foram influenciados pela opinião ou sugestão de alguém exterior à empresa, dando a conhecer a existência de fundos comunitários que permitiam a candidatura;
- Uma minoria de promotores foi, por sua própria iniciativa, ou de um sócio da empresa, recolher informação sobre fundos comunitários, com a eventualidade de optar por este tipo de estratégia para concretizar os objectivos da empresa;

- A maioria dos entrevistados no seu discurso incluiu, de imediato, o Saúde XXI como o programa operacional de eleição, definido fora do âmbito de uma estratégia organizacional enquadrada pelos objectivos a atingir;
- Nos únicos dois promotores com experiência anterior de candidaturas a fundos comunitários percepção-se uma atitude favorável quanto ao Saúde XXI, a sua expectativa não é a de encontrar no incentivo público a solução global para o seu investimento;
- Verifica-se que a maioria dos entrevistados, em que o Saúde XXI foi a sua primeira opção, não tinha qualquer experiência anterior e revela cepticismo quanto à possibilidade de obter esse financiamento ou ficou desiludido com o montante recebido e a forma como a execução decorreu. Esta conjugação de elementos denuncia que a estratégia de optar pelo Saúde XXI foi uma nova aposta dos promotores para a realização do seu projecto, na qual depositavam a esperança de vir a obter ganhos evidentes;
- Os promotores que não tiveram de investir na elaboração de um plano de candidatura partem numa posição privilegiada e a sua expectativa de co-financiamento é positiva ou neutra;
- A falta de experiência funcionou como factor motivador para tentar uma acção nunca antes concretizada – a candidatura, por oposição ao risco de vir a enfrentar as consequências decorrentes dessa acção;
- Do ponto anterior poderá ter resultado que a desilusão tenha sido a característica mais apontada pelos entrevistados na realização dos seus projectos apoiados pelo Saúde XXI, em oposição à visão positiva dos promotores com experiência.

Finda a análise do diagnóstico das motivações que conduziram os promotores à selecção do Programa Operacional Saúde como a estratégia de eleição para a concretização dos seus objectivos, verificou-se que para a concepção do projecto os factores internos foram prevalentes porque estão mais próximos da realidade da empresa. Foram os equipamentos, as instalações, os recursos financeiros e as decisões pessoais que mais contribuíram para a definição dos objectivos específicos. Por outro lado, identificaram-se alguns objectivos gerais dos projectos, enquadrados por factores externos mais afastados da envolvente da empresa. Do universo de opções que permitiam o recurso a financiamento por parte das empresas, o programa Operacional Saúde foi destacado por ser da área da saúde, mercado de actividade destas empresas, sendo que a influência

para a sua selecção provém essencialmente de pessoas externas à empresa e a decisão de efectuar uma candidatura é pouco afectada pela falta de experiência.

5.3. Candidatura e aprovação

A segunda fase do ciclo de vida dos projectos co-financiados pela Medida 3.1 foi designada de Candidatura e Aprovação, correspondendo à elaboração da candidatura por parte dos promotores para apresentação ao Saúde XXI na perspectiva de a mesma vir a resultar num projecto aprovado.

No modelo de CIPP corresponde à avaliação de *Inputs*, que determina as opções alternativas na selecção dos recursos para atingir os objectivos. Os recursos incluem a determinação do orçamento, do tempo para a execução do projecto e a contratação de profissionais, tudo sob a forma de um plano que viabilize a intervenção (Stufflebeam, 2003).

Esse plano de acção, ou plano de actividades, descreve as actividades, as tarefas, a organização, os recursos e o cronograma de execução do projecto. A organização do plano de actividades tem como base para a sua construção a articulação entre os objectivos, os meios e as estratégias para os atingir (Guerra, 2002). Por analogia, uma candidatura à Medida 3.1 do Programa Operacional Saúde era um plano de acção composto pelo formulário de candidatura ao Regime de Incentivos e pela memória descritiva do projecto, documentos⁶² que permitissem comprovar as condições de acesso da entidade beneficiária e o projecto de investimento (Saúde XXI, 2003).

Nesta óptica, a designação genérica de promotores corresponde, concretamente, às entidades que apresentam candidaturas para o financiamento comunitário de uma operação no âmbito de um regime de auxílios e que, se provadas, darão origem à execução de projectos (Ferreira, 2002). Uma candidatura é, portanto, um “pedido formal de apoio financeiro comunitário, apresentado pelo beneficiário final (...) ao gestor de uma intervenção operacional, através do preenchimento de um formulário-tipo (...), no qual é, (...), descrita a operação a financiar, os seus objectivos, a sua sustentabilidade, o calendário de execução e a programação financeira” (Ferreira, 2002:15). O projecto é

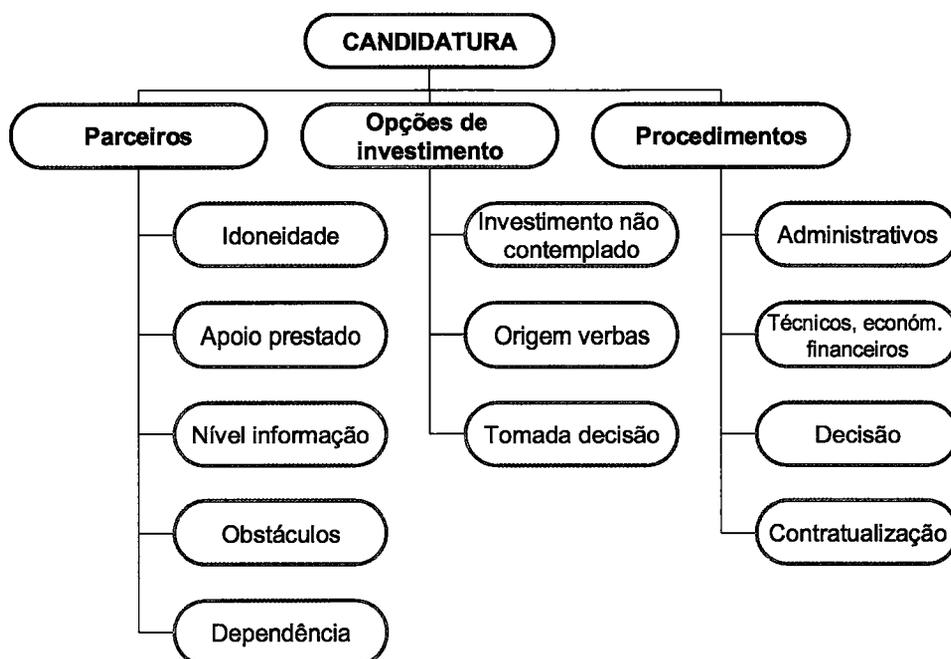
⁶² Estes documentos, resumidamente, são: modelos fiscais dos três anos anteriores à candidatura, declaração de início de actividade do promotor, “Curriculum Vitae” dos sócios e do responsável do projecto, licença de utilização das instalações, pareceres técnicos e autorizações das entidades legalmente competentes na área da prestação de cuidados de saúde e documento emitido por instituição bancária com a indicação da agência e do NIB da conta de depósitos à ordem.

uma actividade que decorre em determinado período de tempo, com um orçamento limitado, visando obter um resultado específico sob a responsabilidade de um gestor de projecto (C3E, 1999b).

Os entrevistados, enquanto responsáveis pela gestão do projecto, foram confrontados com questões atinentes à fase de candidatura ao Saúde XXI, após a decisão individual ou partilhada em seleccionar este Programa Operacional. Na fase anterior, alguns entrevistados referiram ter sido a consultora/contabilista a sugerir a candidatura ao Programa Operacional Saúde, pelo que uma das categorias desta fase incide sobre os parceiros representativos do grupo de pessoas ou empresas participantes ou apoiantes do promotor na elaboração da candidatura ao Saúde XXI. Duas componentes presentes na elaboração de um plano de acção, mais concretamente nas candidaturas em apreço, são o custo do projecto e as respectivas fontes de financiamento, dando origem à categoria opções de investimento. Os procedimentos correspondem aos principais preceitos estabelecidos, desde a apresentação da candidatura até à aprovação final.

Esquemáticamente, a fase candidatura desdobra-se em três categorias compostas pelas seguintes subcategorias:

Figura 3 – Árvore das categorias da fase de candidatura



Fonte: Entrevistas

Os parceiros devem actuar como um apoio ao promotor que pretende apresentar a candidatura ao Saúde XXI. A maioria dos entrevistados não tinha experiência neste tipo de procedimentos e detém pouca informação sobre a metodologia, técnicas e processos

necessários à preparação e elaboração de um plano de acção/candidatura. É neste sentido que o papel dos parceiros foi preponderante. Por via dos discursos dos entrevistados foi possível verificar a idoneidade desses parceiros intervenientes, compreender o grau de dependência dessa parceria para a concretização da candidatura e os aspectos positivos e negativos desta articulação.

As opções de investimento, ainda que classificadas como uma categoria própria por motivos de análise e de sistematização dos dados dos entrevistados, estão, no caso de alguns promotores, associadas à categoria procedimentos. Uma das normas inerentes à candidatura é a necessidade de uma parte do investimento ser da responsabilidade do promotor. Ou seja, trata-se da existência primordial de um investimento privado que, eventualmente, poderá ser apoiado com financiamento público. Em face desta regra, os promotores são confrontados com decisões quanto à selecção do investimento a inserir na candidatura e a identificação das fontes de financiamento da sua responsabilidade. Algumas dessas decisões decorrem de alterações ao processo de candidatura apresentado ao Saúde XXI que, carecendo de ajustamentos, impele o promotor a efectuar alterações ao investimento previsto, resultando numa associação entre as duas categorias.

A categoria procedimentos é criada com base nas declarações dos promotores, considerando as fases processuais de uma candidatura após a sua entrada no Saúde XXI. As subcategorias basearam-se nas tarefas e procedimentos da componente FEDER para projectos de iniciativa privada da Medida 3.1, constantes no Manual de Procedimentos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI.

O quadro seguinte apresenta as principais características descritivas de cada subcategoria, de acordo com as unidades de texto codificadas a partir dos discursos dos promotores. Mais uma vez, as categorias e subcategorias não são exclusivas:

Quadro 12 – Descrição das subcategorias da fase de candidatura

Categoria	Subcategoria	Descrição
Parceiros	Idoneidade	Tipo de parceiro e credibilidade, experiência em fundos comunitários, competências inerentes à actividade
	Apoio prestado	Aspectos positivos e vantagens da ajuda prestada pelo parceiro enquanto facilitador do processo
	Nível informação	Percepção do promotor quanto aos conhecimentos sobre fundos comunitários ou sobre o Saúde XXI
	Obstáculos	Aspectos negativos, dificuldades, problemas enfrentados na parceria
	Dependência	Percepção do promotor quanto à sua dependência em relação ao parceiro para a concretização da candidatura

Categoria	Subcategoria	Descrição
Opções de investimento	Invest. não contemplado	Investimentos não incluídos na candidatura ou não aprovados pelo Saúde XXI e incertezas associadas ao investimento
	Origem das verbas	Proveniência das verbas da responsabilidade do promotor e receios quanto a esse autofinanciamento
	Tomada decisão	Decisões tomadas em relação às incertezas do investimento e opções/alternativas encontradas para as fontes de autofinanciamento
Procedimentos	Administrativos	Dificuldades e problemas identificados de índole administrativa na apresentação das candidaturas
	Técnicos, económico-financeiros	Dificuldades e problemas identificados de índole técnica e económico-financeira na apresentação das candidaturas
	Decisão de aprovação	Percepção dos promotores quanto ao tempo decorrido entre a apresentação candidatura e a aprovação e respectivas consequências
	Contratualização	Assinatura do Contrato relativo ao Regime de Incentivos e envio ao Gabinete da documentação associada

Fonte: Entrevistas

Para a análise da fase da candidatura, no âmbito do ciclo de vida dos projectos da Medida 3.1, considera-se como ponto de partida o discurso dos entrevistados para confrontar as suas percepções com as regras e procedimentos estabelecidos na legislação e no Manual de Procedimentos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI. O recurso aos formulários de candidatura e às memórias descritivas dos projectos aprovados, bem como a documentação relativa às candidaturas arquivadas ou canceladas, permitiu complementar e, nalguns casos, confrontar o discurso dos promotores.

5.3.1 Parceiros

Os promotores, pelas suas habilitações e competências profissionais, detêm conhecimentos e experiência de trabalho no sector da saúde, em particular na sua área de actividade de MCDT, mas é natural não disporem de todos os conhecimentos nas áreas de gestão e de contabilidade, motivo pelo qual recorrem a empresas ou pessoas especializadas nessas áreas. Tendo consciência das suas limitações, para conseguirem apresentar a candidatura ao Regime de Incentivos do Saúde XXI os promotores procuram compensá-las recorrendo aos seus colaboradores habituais, como é o caso do contabilista, ou através de empresas prestadoras de serviços de consultoria empresarial.

Genericamente, a consultoria empresarial “é um processo interactivo de um agente de mudança externo à empresa, o qual assume a responsabilidade de auxiliar os executivos e profissionais da referida empresa nas tomadas de decisão, não tendo, entretanto, o controlo directo da situação” (Oliveira, 2004:61).

- Idoneidade

Iniciando a análise com a categoria idoneidade, verifica-se que para a elaboração das candidaturas relativas aos 12 projectos em estudo o apoio externo prestado se centrou, essencialmente, em três tipos de parceiros: o contabilista, a consultora e o arquitecto. O contabilista representa uma pessoa ou empresa prestadora de serviços na área de contabilidade e a consultora representa um especialista que apoiou a empresa na elaboração da candidatura ou uma entidade que presta serviços de consultoria. O arquitecto é um parceiro que acresce aos anteriores, tendo sido identificado por dois promotores uma vez que os respectivos projectos incluíam obras de adaptação das instalações:

“Falei com um arquitecto conhecido, pedi-lhe ajuda para fazermos as obras. Disse-lhe o que pretendia, andámos a ver na legislação as áreas mínimas e o que era necessário. E as coisas foram surgindo assim...” (entrevista 10)

Através dos discursos dos promotores ou por consulta à memória descritiva do projecto foi possível identificar que oito das 12 candidaturas foram elaboradas com recurso a uma consultora, sendo que nas restantes quatro foi o contabilista que apoiou essa actividade.

Considerando primeiro a opção pelos contabilistas:

“Vi que poderia adaptar-se ao nosso caso e, como tenho um amigo economista, pedi-lhe que tratasse do assunto. Ele foi informar-se melhor – porque conhecia pouco da matéria, visto não estar muito voltado para a área da saúde – e partimos do princípio que nada teríamos a perder. (...) Essa pessoa também trata da minha contabilidade, há uns anos.” (entrevista 7)

“Só o contabilista me ajudou. Estava entrosado no tema e tinha experiência de pedir apoio para outro tipo de indústria. Foi ele que liderou o processo.” (entrevista 11)

Nos discursos dos entrevistados detectam-se duas características quando à decisão de ser o contabilista a participar: experiência e competências inerentes à actividade.

No caso de dois entrevistados, para os respectivos contabilistas já não era a primeira vez que elaboravam uma candidatura a fundos comunitários, o que poderá ser uma mais-valia, não sendo, portanto, necessário recorrer a serviços de consultoria externa, sempre bem remunerados. O contabilista do entrevistado 7 não detinha informação suficiente quanto a co-financiamentos na área da saúde, optando por procurar informação antes de avançar com a elaboração do projecto.

Recorrendo ao Quadro 11 – Proporção de investimento na candidatura, é interessante verificar que o custo associado à elaboração das candidaturas pelos contabilistas foi nula em duas delas e relativamente baixo noutras duas (representou apenas 1% do investimento total apresentado na candidatura), resultando, claramente, numa vantagem para os promotores o facto de poderem contar com a participação dos seus colaboradores habituais.

Nos casos em que o promotor foi impossibilitado de dispor desta vantagem, a solução esteve na procura de um especialista ou de uma empresa de consultoria:

“Sim, mas eu falei com o meu contabilista e ele não me pareceu estar por dentro do assunto. Pareceu-me até que nem percebia nada disso.” (entrevista 3)

Esta alternativa foi a opção apontada por sete entrevistados, embora tenha, sido oito os promotores que recorreram a empresas de consultoria⁶³.

Na maioria destes casos, a empresa consultora foi recomendada por alguém próximo do promotor. Em dois casos foi mesmo o contabilista a sugerir a empresa/especialista. Resulta, assim, não ter sido efectuada uma pesquisa de mercado quanto à consultora mais adequada à elaboração do projecto ou se esta detinha experiência em co-financiamentos. Essa característica só surge após ser conhecido o especialista.

“Foi então dito [num congresso de fisioterapia], também, haver uma empresa de consultoria que nos poderia facilitar a apresentação da proposta de projecto. Através da associação arranjei o contacto dessa empresa, falei com as pessoas...” (entrevista 3)

“Tive a assessoria de uma firma onde existia uma pessoa que sabia tratar destes projectos. (...) Foi por conhecimento de uma das pessoas dessa firma. Mas eram dois sócios, desentenderam-se e separaram-se...” (entrevista 8)

O caso particular do entrevistado 8 alerta, imediatamente, para os problemas associados à idoneidade dos serviços de consultoria, a credibilidade e a experiência e competência das pessoas envolvidas. Existem dezenas de empresas de consultoria que podem apoiar na elaboração das candidaturas a fundos comunitários. Estas utilizam estratégias de divulgação dos seus serviços às empresas clientes, como se apreende no discurso do entrevistado 3. Todavia, após um primeiro contacto é necessário verificar a credibilidade da consultora para a elaboração da candidatura e ponderar sobre a continuidade do seu apoio ao longo da execução do projecto.

“A empresa de consultoria pareceu-me ter pessoas competentes e conhecedoras do assunto, tendo relações anteriores com o Saúde XXI, pois na abordagem inicial

⁶³ O oitavo caso corresponde à entrevista não realizada. Mas, através da memória descritiva e do custo associado à elaboração do projecto indicado no quadro de investimentos do formulário de candidatura, foi possível confirmar a participação de uma consultora.

feita aqui, comigo, percebi terem outros projectos de investimento. O senhor que cá esteve deixou perceber haver relacionamento profissional anterior com pessoas que tratavam de fundos comunitários.” (entrevista 3)

“a participação de um economista do seu conhecimento permitiria estabelecer um conjunto de agilidades processuais que facilitariam o procedimento administrativo. Quase todo o desenho da candidatura foi feito em conjunto.” (entrevista 6)

Uma das vantagens geralmente obtidas com a participação de um consultor é a sua maior experiência na elaboração de candidaturas a fundos comunitários, porque realiza o mesmo serviço a várias empresas. Se esse consultor externo se coordenar com o contabilista da empresa, como no caso da entrevista 6, acresce uma mais-valia à parceria, porque esta articulação é essencial face à documentação da área contabilística que é necessário entregar aquando da candidatura, permitindo incluir a colaboração do contabilista que possui maior conhecimento da empresa.

- Apoio prestado

Nesta categoria foram codificadas as unidades de texto que relatam as percepções positivas dos promotores em relação aos seus parceiros, resultando na identificação de vantagens na ajuda prestada pelo consultor/contabilista.

Para início desta análise, no respeitante ao relacionamento dos promotores com as consultoras, é importante começar por explicar que, tipicamente, as empresas de consultoria apresentam dois modelos de apoio empresarial: a consultoria de pacote e a consultoria artesanal (Oliveira, 2004). O primeiro tipo corresponde à utilização de um modelo comum de actuação com as várias empresas clientes, em que a metodologia de elaboração do plano de acção correspondente à candidatura a fundos comunitários é um modelo posteriormente adaptado à realidade de cada empresa. Geralmente, este tipo de consultoria permite maior rapidez na realização do serviço e o seu custo é menor. Os serviços de consultoria são somente para a elaboração da candidatura e terminam com a aprovação do projecto pelo Programa Operacional. Os procedimentos posteriores, relativos à execução do projecto, ficam a cargo do promotor.

“Só [trataram] da candidatura. A partir do momento em que esta foi aprovada, nós é que tratámos de tudo.” (entrevista 9)

A consultoria artesanal é aquela que procura atender às necessidades das empresas clientes, por meio de um projecto elaborado com base em metodologia e técnicas administrativas especificamente estruturadas para a referida empresa (Oliveira, 2004). Este tipo de consultoria está mais próximo da realidade do promotor, porque a elaboração da candidatura é efectuada em função da sua disponibilidade e velocidade. Existe mais tempo para a análise e diagnóstico da envolvente do projecto e da empresa e

uma maior interacção entre o promotor e a consultora. Este tipo de consultoria pode continuar ao longo de toda a execução do projecto, até à sua conclusão. Os contabilistas que participaram com os promotores na candidatura ao Saúde XXI podem, por aproximação ao modelo, enquadrar-se neste tipo de consultoria.

A distinção destes dois modelos de consultoria permite compreender melhor os discursos dos entrevistados, quanto ao apoio prestado e aos obstáculos enfrentados no relacionamento com as consultoras/contabilistas na elaboração da candidatura ou ao longo da execução do projecto.

O principal apoio identificado pelos promotores centra-se em três aspectos: o cumprimento de prazos, a relação intermediária com o Saúde XXI e os conhecimentos adequados à elaboração da candidatura.

Quatro promotores referiram que uma das vantagens na parceria foi permitir o cumprimento dos prazos de apresentação da candidatura:

“Além disso, pela falta de tempo de que dispomos, seria muito difícil ir adiante ou, pelo menos, teria demorado muito mais tempo.” (entrevista 4)

“Com maior dificuldade [sem a consultora], talvez, mas não me pareceu muito transcendente a elaboração do projecto. Foi mais por um certo facilitismo, porque havia muitas coisas a decorrer ao mesmo tempo, como projectos de arquitectura, obras, etc. Portanto, alguém que nos tratou disso (embora pagando, obviamente) acabou por facilitar-nos a vida. Se calhar demoraríamos muito mais tempo a entregar a candidatura...” (entrevista 9)

De acordo com o n.º 5 da Portaria n.º 380/2001, de 11 de Abril, existiam três fases de candidatura em cada ano – final de Abril, Agosto e Dezembro – em que, findo o prazo, se iniciava o processo de instrução e decisão. Por este motivo, os promotores tinham de dispor de todos os elementos para apresentar a candidatura até ao cumprimento dos referidos prazos. Para estes a vantagem da empresa de consultoria ou do contabilista é terem uma acção centrada na concretização da candidatura, não estando envolvidos nas questões do dia-a-dia, que absorvem tempo considerável, permitindo uma dedicação a este objectivo e, assim, ser possível cumprir os prazos estabelecidos.

Nalguns casos, os parceiros funcionavam como elemento intermediário entre o promotor e o Saúde XXI, libertando o promotor da tarefa de estabelecer, em caso de necessidade, a articulação com o Gabinete de Gestão:

“Só eles [consultora] contactavam o Saúde XXI e não nos preocupávamos com esse aspecto do processo.” (entrevista 2)

Outra vantagem identificada, referida por cinco dos 11 entrevistados, diz respeito à identificação de um certo tipo de habilitações adequadas à elaboração das candidaturas, competências essas que os promotores assumem não possuir:

“Sou fisioterapeuta e não tenho conhecimentos nessa área. Temos de ser coerentes e conhecer as limitações pessoais acerca do que está além do que dominamos. (...) A parte económico-financeira foi tratada pelo contabilista e os cálculos fazia a empresa de consultoria, com base nos dados que eu fornecia acerca da minha produção.” (entrevista 3)

“As pessoas ligadas à medicina não percebem nada de gestão. (...) Logo, duvido que alguém da minha área tenha capacidade para preparar, individualmente, um projecto deste tipo. Terá sempre de incumbir alguém especializado, da sua confiança, seja pessoa ou gabinete. A linguagem é totalmente diferente da que estudamos em economia e gestão e, portanto, sem o apoio de alguém não acredito que seja possível avançar.” (entrevista 7)

Normalmente, os profissionais das empresas de consultoria têm um maior nível de conhecimentos por ser esse o foco dos seus estudos e do seu desenvolvimento profissional, bem como a elevada experiência, pois prestam este tipo de serviços a várias empresas. A adequada especialização propicia um desenvolvimento mais rápido ou, pelo menos, mais adequado à concretização da elaboração da candidatura. Assim, os promotores optam por contratar os serviços de alguém especializado para concretizar esta tarefa.

- Nível de informação

A informação prestada pela consultora é outro aspecto importante porque, como referido na análise relativa à selecção do programa operacional, os promotores não possuem experiência sobre um processo de candidatura a fundos comunitários. No entanto, optaram por se candidatar porque nalguns casos foram influenciados pela consultora. Em consequência, a nível de informação poderia ser incluído na subcategoria apoio prestado pelos promotores, mas a sua referência por quase todos os entrevistados levou à criação de uma nova subcategoria, designada como nível de informação.

Nesta subcategoria foram incluídos os discursos dos promotores quanto à sua percepção sobre a informação que detinham a respeito de fundos comunitários ou, especificamente, sobre as regras do regime de incentivos do Saúde XXI, antes de apresentarem a sua candidatura:

“Não [tinha informação], foi a empresa consultora que tratou de tudo e obteve a informação necessária.” (entrevista 2)

“Dentro da administração pública, embora estivesse integrado em grupos técnicos, havia sempre outras entidades que tratassem desses aspectos práticos. (...) Nem sequer alguma vez tinha manuseado um dossier de candidatura. (...) Conhecia, medianamente, quais seriam os apoios financeiros possíveis, mas não tinha conhecimento prático nem teórico acerca da apresentação de uma candidatura, porque nunca apresentara nenhuma.” (entrevista 6)

Os entrevistados que tiveram o apoio de uma consultora para a concretização da respectiva candidatura revelam possuir pouca informação quanto aos procedimentos e

regras relativos à execução de um projecto co-financiado. Todavia, não transparece preocupação em obter mais conhecimentos porque a consultora incumbiu-se dessa tarefa. Assim, o nível de informação destes promotores manteve-se reduzido. Com a participação de uma consultora no processo e estando o serviço a ser pago, a obtenção da informação relativa à elaboração da candidatura era uma tarefa dessa empresa.

Os entrevistados seguintes contaram com a colaboração dos seus contabilistas habituais para a elaboração da candidatura:

“Lemos a documentação e por isso decidimos ir a Lisboa falar com o Saúde XXI. Marcámos uma reunião com duas pessoas que estavam a recepcionar as candidaturas, conversámos e ficámos conscientes do que havia a fazer.” (entrevista 1)

“Foi-me facultada uma brochura com alguma informação, juntamente com um impresso para formalizar a candidatura... Depois, algumas dúvidas que ia tendo, entrei em contacto com eles [Saúde XXI] para esclarecer algumas situações.” (entrevista 10)

A comparação destes entrevistados com os discursos do grupo anterior, revela que estes promotores foram mais pró-activos na pesquisa de informação, porque sendo o contabilista o detentor dos conhecimentos específicos da área o promotor, enquanto interessado na concretização da candidatura, deveria procurar obter a informação necessária a essa acção. Lembra-se que, nestes casos, não existem verbas destinadas ao pagamento da elaboração do projecto ou, quando existem, foram reduzidas. Portanto, o promotor é compelido a ter um papel de maior facilitador do processo. A busca de informação existe após a decisão de apresentar uma candidatura ao Programa Operacional Saúde, sendo necessário que o promotor, em parceria com o contabilista, detenha um nível de informação razoável para a elaboração do plano de acção destinado ao projecto.

À primeira vista parece que o apoio dos consultores ou dos contabilistas foi uma excelente opção para a elaboração da candidatura, não existindo quaisquer dificuldades porque, quando confrontados com a pergunta “Quais as principais dificuldades encontradas no seu relacionamento com a consultora/contabilista?”, responderam, imediatamente, não terem existido problemas:

“Não houve nenhum problema e confio plenamente nessa pessoa [contabilista]. A base é de confiança mútua e sem nenhuma espécie de dificuldades. Para mim, o que ele faz está bem feito. E o que eu faço, na minha área, está bem feito para ele. Partindo destes pressupostos, nunca houve qualquer problema.” (entrevista 7)

- Obstáculos

Todavia, em boa verdade, existiram alguns obstáculos, reflectidos no início do processo com a apresentação da candidatura e ao longo da execução do projecto, fruto, também em parte, do modelo de consultoria seguindo pelos promotores. Com o aprofundamento dos discursos foi possível identificar, pelo menos, quatro contrariedades no relacionamento com os parceiros (contabilistas e consultores) que, com maior ou menor dificuldade, foram ultrapassados para a concretização do projecto.

Nenhuma das dificuldades poderá ser considerada prevalecente sobre as demais, até porque cada promotor enfrentou e ultrapassou problemas específicos. Ou seja, não existe uma frequência nas unidades de texto codificadas que permita destacar uma dificuldade em particular.

Anteriormente foi apontado que uma das vantagens na elaboração das candidaturas e ao longo da execução do projecto foi poder contar com a participação do contabilista, para a concretização do projecto, porque os custos associados à sua elaboração projecto não existiram ou foram baixos. Por contraposição, existem os casos de promotores que despenderam verbas para a elaboração da candidatura:

“Nós não tínhamos competências algumas para preparar este projecto e as empresas cobram muito dinheiro para os fazer. Tudo somado o investimento aumenta significativamente, o que torna o empreendimento muito mais difícil de concretizar que o previsto.” (entrevista 2)

“Apenas no momento em que tive de alterar o projecto [foi uma dificuldade], para corresponder ao investimento mínimo exigido, tive de pagar mais pelo trabalho extra da empresa de consultoria.” (entrevista 3)

O facto de a elaboração da candidatura ser realizada por uma empresa de consultoria aumenta o valor do investimento, mas esta despesa era suportável pelo Regime de Incentivos no âmbito de “estudos e projectos e assistência técnica associada ao projecto” (art. 9.º do Decreto-lei n.º 15/2001). Assim, era um investimento útil que poderia vir a ter um retorno – a aprovação da candidatura. Os promotores entrevistados mostram-se satisfeitos porque as suas candidaturas foram aprovadas e os projectos concretizados mas, possivelmente, as respostas seriam diferentes se realizadas a empresários com candidatura apresentada ao Saúde XXI e por este preterida. Porém, provavelmente, houve lugar ao pagamento da elaboração da candidatura. Esta situação evidencia o risco em recorrer a serviços de consultoria quando inexistente uma evidente garantia de que o projecto seja aprovado. Poderá vir a ser um investimento sem os resultados desejados.

Tendo por base a selecção geográfica de projectos de UMCDT apresentada no subcapítulo 4.3 Unidade de Análise, apurou-se a existência de 15 candidaturas de

empresas privadas apresentadas ao Gabinete de Gestão do Saúde XXI que foram arquivadas ou anuladas. Nestas 15 candidaturas foi possível identificar, com base na documentação disponível no processo de candidatura, que, pelo menos, sete delas continham verbas destinadas ao pagamento de estudos de elaboração ou de viabilidade do projecto, não tendo, no entanto, estes sido aprovados para co-financiamento.

Recorrendo ao anterior Quadro 11 – Proporção de investimento na candidatura (página 93), verifica-se que os promotores que contrataram empresas consultoras incluíram uma verba destinada à remuneração desses serviços entre 2% e 7% do investimento total.

As formas de remuneração dos serviços de consultoria podem ser as mais diversas (Oliveira, 2004): um valor fixo independentemente das tarefas realizadas; um valor variável de acordo com as horas dedicadas ao projecto da empresa; por resultado, ou seja, se a candidatura for aprovada é um preço se não for será outro; por disponibilidade, correspondendo a um valor por mês para ter o consultor disponível algumas horas mensais durante a execução do projecto; e por tarefa, em que o consultor recebe de acordo com a realização de certas tarefas específicas, por exemplo, a elaboração apenas dos estudos relativos à viabilidade económica e financeira do projecto constantes da memória descritiva da candidatura.

Qualquer das formas de remuneração deverá ser negociada entre a empresa e o consultor porque “o preço dos serviços de consultoria dever estar correlacionado com o valor do conhecimento que o consultor transfere e aplica na empresa-cliente” (Oliveira, 2004:122). Este facto alerta para a necessidade de o promotor conhecer, com antecedência, a experiência do consultor em elaborar candidaturas a fundos comunitários. Em função desse facto deve decidir se a empresa participa apenas numa tarefa específica, se elabora todo o processo de candidatura e recebe em função dos resultados ou se será um parceiro durante toda a execução do projecto e, portanto, deverá estar sempre disponível.

É por existirem vários tipos de remuneração acordados com as consultoras que o entrevistado 3 refere “tive de pagar mais pelo trabalho extra da empresa de consultoria”, porque, como a candidatura inicial sofreu alterações para cumprir todos os procedimentos técnicos e económico-financeiros estabelecidos para o Regime de Incentivos, o promotor solicitou serviços que não estavam previstos inicialmente no contrato. Este motivo poderá, também, justificar o facto de o entrevistado seguinte referir como dificuldade o caso de ter sido o próprio a obter a documentação exigida para os pedidos de pagamento ao Saúde XXI, não tendo recebido apoio do consultor ou do

contabilista. Provavelmente, estes serviços não estavam englobados no contrato firmado com a empresa de consultoria.

“No entanto, de seis em seis meses, sensivelmente, eu tinha de entregar tais declarações [situação contributiva perante o Estado e a Segurança Social]. O processo demorou cerca de três anos e isso complicou-me imenso a vida, obrigando a várias deslocações a Setúbal. Isso cabia-me a mim resolver... (entrevista 5)

Numa outra perspectiva, no âmbito dos obstáculos identificados à elaboração da candidatura, dois entrevistados referem problemas ao nível do vocabulário técnico:

“Estamos a falar numa área da medicina do exercício físico e do desporto, sem muita tradição (...) Ora, o que nós temos aqui é o apoio pluridisciplinar àqueles que desejam praticar exercício físico, seja competitivo, de lazer ou de recuperação, dispondo dos equipamentos necessários para o acompanhamento dos diversos aparelhos e sistemas orgânicos humanos. (...) É difícil explicar isto a um economista ou gestor, que tem modelos e arquétipos um pouco baseadas na medicina familiar. (...) A maior dificuldade que há em lidar com pessoas das áreas de gestão e da economia é compreender o seu difícil glossário técnico. (...) Portanto, a conjugação do que pretendia com a nomenclatura técnica vigente foi, por vezes, um pouco complexa.” (entrevista 6)

Por vezes, a articulação entre a saúde e a gestão poderá causar alguns problemas de interpretação entre as partes, uma vez que para a elaboração da candidatura foi necessário identificar as mais-valias do projecto na perspectiva da gestão mas enquadradas na área de negócio – a saúde. É conveniente verificar se o consultor tem algum conhecimento das metodologias e técnicas relacionadas com a actividade. O ideal seria que o consultor contratado tivesse experiência em elaborar candidaturas a fundos comunitários para empresas do sector da saúde, porque o proeminente vocabulário técnico das duas ciências terá de ser conjugado. Na prática, os serviços de consultoria devem consolidar os conhecimentos do promotor sobre o negócio e auxiliar na identificação das vantagens competitivas com a concretização do projecto, enquadrando os objectivos do promotor nos objectivos do Programa Operacional (Saúde) ao qual se pretende candidatar.

Se uma das vantagens apontadas no apoio prestado por consultores/contabilista foi a de ter permitido cumprir os prazos estabelecidos para a apresentação da candidatura, também ocorreu o inverso: a dificuldade em cumprir prazos ao longo de todo o processo.

“A preparação foi anterior, mas o prazo de apresentação da candidatura concluiu-se a 31 de Dezembro e outras pessoas que colaboraram no processo tinham mais que fazer. Como era ele [contabilista] que estava a tratar do processo, acabou por poder fazê-lo apenas à última hora.” (entrevista 7)

Este promotor teve como parceiro o contabilista habitual, que acompanhou o processo desde a candidatura até à sua conclusão, com a vantagem atrás identificada de não ter

sido necessário remunerar essa actividade. Todavia, a inexistência de uma relação comercial para esta tarefa conduziu à situação em que o promotor se imiscuiu no papel do cliente, exigindo o cumprimento dos prazos estabelecidos. Assim, deve ponderar-se se existem ou não vantagens na obtenção de serviços não remunerados para a concretização de determinada tarefa a realizar pelo contabilista da empresa.

A última dificuldade identificada pelos promotores relaciona-se com os conhecimentos e competência da consultora contratada. No caso particular do entrevistado 8, revelou-se um verdadeiro obstáculo à concretização do projecto:

“Enviei tudo inicialmente, mas o processo foi muito mal preparado pela firma que me apoiou. Isso levou a que, posteriormente, houvesse pedidos, pouco a pouco, de muito mais coisas.” (...) Passado pouco tempo, essa pessoa [o responsável pelo processo do promotor] saiu da firma e ficou sem ninguém capaz de conduzir o assunto até ao fim. Foi fazendo o trabalho aos repelões, o que ocasionou a demora de quatro ou cinco anos.” (entrevista 8)

Mas foi uma odisseia (...), porque o Saúde XXI fazia pedidos concretos e a firma que me ajudou não sabia, muitas vezes, como haveria de satisfazer essas pretensões. (...) Isto atrasou imenso o processo e, eventualmente, no Saúde XXI terá suscitado desconfianças, porque alguns dos seus pedidos não eram logo satisfeitos.” (entrevista 8)

Com base nestas afirmações e considerando a forma de selecção deste consultor, os serviços foram adjudicados a uma empresa onde existia um especialista com conhecimentos sobre o assunto. Porém, a saída desse profissional levou a que o promotor ficasse “refém” do contrato celebrado com a empresa, mas esta deixou de ter capacidade para conduzir o processo. Mais grave será verificar que os serviços de consultoria foram acordados para todo o ciclo de vida do projecto, e pagos antecipadamente, condicionando a sua execução e conclusão.

“Sim, paguei todo o trabalho logo no início, quando a candidatura foi apresentada. E depois não me convinha pagar novamente a outra entidade, para continuar o processo. O trabalho de elaboração do projecto foi pago logo após a entrega da candidatura. Se mudasse de consultor, o dinheiro seria perdido.” (entrevista 8)

O incorrecto acompanhamento do projecto prejudicou o promotor, inclusive, nos procedimentos relativos aos pedidos de pagamento, que o próprio pensa ter “suscitado desconfianças” por parte do Saúde XXI. Mais à frente neste estudo, quando se analisarem as categorias relativas aos pagamentos e reprogramações na fase de execução do projecto, compreender-se-á melhor a situação deste promotor. Efectivamente, existem ofícios do Saúde XXI a informar o promotor de que o projecto poderá ser cancelado se não for entregue toda a documentação necessária à viabilização do pagamento.

Este caso adverte para uma recomendação: a de saber, antecipadamente, se o consultor é, de facto, um especialista na candidatura a fundos comunitários e se, estando ele integrado numa empresa, existem outros que o possam vir a substituir. É necessário conhecer a experiência profissional da empresa, se essa experiência está repartida por vários profissionais e tomar a decisão quanto à contratação ou não. Até porque, de alguma forma, poderá estar relacionado com o preço a pagar pelos serviços. Também adverte para o tipo de contrato a realizar: uma prestação de serviços apenas para a elaboração da candidatura ou relativa a toda a execução do projecto, mas de preferência com pagamentos faseados.

- Dependência

O apoio prestado pelos consultores/contabilistas e os obstáculos enfrentados pelos promotores na elaboração da candidatura, decorrentes destes parceiros, são ainda mais importantes quando se analisa a dependência dos entrevistados das actividades destes parceiros. Perante a questão “Sem esta consultora/contabilista considera que teria conseguido apresentar a candidatura?”, as respostas foram praticamente unânimes pela negativa. Ou seja, a parceria foi essencial para concretizarem a elaboração do projecto, revelando a maioria dos entrevistados um elevado grau de dependência em relação aos seus principais parceiros:

“Perante o que o Saúde XXI nos pedia, era impensável cumprir o exigido sem apoio de alguém com experiência em candidaturas deste tipo. Face à quantidade de desenhos e projectos exigidos, tenho a certeza que sem ajuda não teríamos conseguido chegar sequer a meio do processo.” (entrevista 2)

“Grande [utilidade], senão nem pensar. (...) O meu problema é, sobretudo, de tempo. E de conhecimentos também. Mas sendo médico e tratando-se de uma área clínica, vou fazendo a área burocrática mas não é a de que gosto... Ele [o contabilista] liderou bem.” (entrevista 11)

No mesmo sentido, outros entrevistados revelam existir um menor grau de dependência em relação ao apoio destes parceiros. Ainda assim, a ajuda foi relevante para a apresentação da candidatura:

“Facilitou a entrega do projecto, porque naquela altura sabíamos pouco.” (entrevista 9)

“Apresentar, apresentava a candidatura. Se estaria ou não correcta, já não sei. Acho que não conseguia... Esse apoio foi pago, não é! Mas o nosso caso é específico porque a empresa era nova. (...) Nós começámos do zero e era mais difícil. Sem o contabilista não conseguíamos tratar daquela parte da contabilidade.” (entrevista 10)

Uma vez que a percepção dos entrevistados vai no sentido de dependerem, quase em absoluto, do apoio dos respectivos parceiros para a concretização da elaboração da candidatura ao Saúde XXI, tal sugere que a selecção destes parceiros deverá merecer

uma grande atenção dos promotores. Principalmente quando se trata de parceiros – como no caso de empresas de consultoria – remunerados pelos serviços prestados, que devem ajudar a construir um processo de candidatura a fundos comunitários.

Uma vez que a maioria dos promotores não tem experiência em fundos comunitários na área da saúde, embora conheça o seu negócio e procure desenvolvê-lo, com uma candidatura a financiamento público compete aos parceiros enquadrar os objectivos da empresa nos do Programa Operacional e verificar, antecipadamente, se será viável apresentar uma candidatura com probabilidades de aprovação. Um parceiro sem experiência, que não apresenta credibilidade nas suas acções, dificilmente terá competência para elaborar a candidatura e acompanhar a execução do projecto.

A categoria parceiros revelou-se um pressuposto relevante para a elaboração das candidaturas ao Programa Operacional Saúde. Pela positiva, foi determinante para a execução e concretização de alguns projectos ao longo do seu ciclo de vida. E, pela negativa, criou verdadeiros obstáculos à conclusão de um projecto em particular. A análise desta categoria, no âmbito da elaboração de um plano de acção, permitiu aferir as características e consequências da participação de parceiros que, em articulação com a empresa, viabilizaram a apresentação da documentação para a candidatura ao Saúde XXI. Nalguns casos essa participação afectou todo o ciclo de vida do projecto aprovado.

Neste sentido, as principais conclusões são:

- As empresas tiveram, essencialmente, dois tipos de parceiros: contabilistas ou empresas de consultoria. Nalguns casos pontuais, em que os projectos incluíram obras de adaptação das instalações, foi referida a participação de um arquitecto;
- Não existiu uma consulta ao mercado para identificar a consultora mais adequada à elaboração da candidatura. Por este facto, identificam-se algumas recomendações:
 - Verificar, antecipadamente, a credibilidade e experiência da empresa consultora na prestação de serviços na área de fundos comunitários, nomeadamente a elaboração de candidaturas de preferência na área da saúde;
 - Procurar articular os serviços da empresa consultora com a informação disponibilizada pelo contabilista habitual, porque este possui maior conhecimento das características económico-financeiras da empresa.

- O apoio prestado pelos parceiros foi essencial na fase de candidatura, porque os seus conhecimentos e habilitações são mais adequados à elaboração dos planos de acção;
- A maioria dos promotores considerou ter um reduzido nível de informação sobre as regras e procedimentos do Regime de Incentivos, tendo surgindo duas actuações diferentes perante essa carência de informação:
 - Os promotores que beneficiaram da ajuda de uma consultora não tiveram preocupações em obter mais informação, porque a remuneração desses serviços fazia parte do investimento do projecto;
 - Os promotores em que o apoio para a elaboração da candidatura foi realizado pelos contabilistas tiveram uma atitude mais pró-activa na procura de informação, porque deveriam ser um elemento facilitar do processo.
- Identificaram-se quatro dificuldades de articulação entre os promotores e os respectivos parceiros para a elaboração e apresentação da candidatura: custos da elaboração do projecto, conjugação do vocabulário técnico da saúde e da gestão, cumprimento de prazos e competência da empresa consultora:
 - A participação do contabilista revelou-se economicamente mais vantajosa, sendo que a presença de uma consultora na elaboração de candidatura não garante que a mesma seja aprovada;
 - A forma de remuneração à empresa consultora deve ser negociada, ajustada ao tipo de apoio a prestar e faseada em vários períodos de pagamento;
 - Dificuldade por parte dos parceiros em conjugar o vocabulário da gestão com as particularidades técnicas da saúde;
 - A colaboração de um contabilista sem remuneração associada pode vir a revelar-se um aspecto restritivo, porque para este poderá não ser uma prioridade a elaboração da candidatura o que dificultaria o cumprimento dos prazos estabelecidos;
 - A reduzida competência de uma empresa consultora poderá ser um significativo obstáculo, sendo necessário verificar se na mesma existem vários profissionais com capacidade para a realização do serviço.
- Os promotores revelaram um elevado grau de dependência em relação aos serviços prestados pelos parceiros para a apresentação da candidatura ao Saúde XXI, o que evidencia a necessidade de seleccionar adequadamente estes parceiros, com destaque para as empresas consultoras.

5.3.2. Opções de investimento

Para a apresentação da candidatura ao Regime de Incentivos, os promotores tinham de incluir um projecto de investimento em que descreviam “o investimento a ser realizado, incluindo a descrição das diversas componentes” e um “estudo de viabilidade económico-financeira do projecto” (Saúde XXI, 2003:62). Este requisito, conjugado com a informação contida no diploma que regulamenta o Regime de Incentivos (Decreto-Lei n.º 15/2001) – nomeadamente no artigo 9.º, que identifica as despesas apoiáveis e as despesas excluídas de financiamento público – condicionavam as opções de investimento dos promotores. Por um lado, teriam de seleccionar os investimentos a inserir na candidatura em função da regulamentação e, por outro lado, teriam de estimar os custos inerentes ao projecto.

Segundo Carlos Barros, a realização do orçamento de um projecto é composta por três elementos: a definição do sistema contabilístico, a estimativa dos custos e as formas de financiamento do projecto (Guerra e Amorim, 2001).

Estes três elementos estavam previstos no processo de candidatura ao Regime de Incentivos, na medida em que uma das condições de acesso dos promotores era a existência de uma “contabilidade adequada às análises requeridas para apreciação e acompanhamento do projecto” [alínea f) do art. 6.º do referido diploma]. O formulário de candidatura teria de incluir, de forma detalhada, a descrição dos investimentos e o montante previsto com base em facturas pró-forma ou orçamentos. O plano de investimentos tinha de identificar as várias fontes de financiamento do projecto. Aliás, relativamente a este último elemento, a Portaria n.º 380/2001 define as condições e as regras de acesso ao Regime de Incentivos das entidades privadas até 50 trabalhadores, que têm de demonstrar estarem asseguradas as fontes de financiamento do projecto. O não cumprimentos destes três elementos, relativos ao orçamento do projecto, condicionou a aprovação das várias candidaturas, tendo algumas sido arquivadas por não satisfazerem todos os elementos solicitados.

Foi com base neste enquadramento que os doze promotores dos projectos em análise tiveram de decidir acerca das opções de investimento a apresentar ao Saúde XXI, tendo de concretizá-las se a candidatura fosse aprovada.

“As minhas necessidades foram, inicialmente, pensadas por mim. Depois, aquelas que se adequavam ao Saúde XXI foram encaixadas no projecto.” (entrevista 9)

É nesta vertente que, em resultado do discurso dos promotores, se criaram três subcategorias relacionadas com as opções de investimento: o investimento não

contemplado no projecto aprovado, a origem das verbas correspondentes ao financiamento da responsabilidade do promotor e o processo de tomada de decisão quanto às soluções encontradas para o financiamento do investimento.

- Investimento não contemplado

O investimento não contemplado ocorreu de duas formas: primeira, o promotor não o incluiu na candidatura apresentada ao Saúde XXI por saber que, potencialmente, não seria elegível. Segunda, incluiu todos os investimentos, independentemente de alguns poderem vir a ser considerados inelegíveis para efeitos de financiamento público. Só a despesa elegível teria co-financiamento do Regime de Incentivos, entre 34% e 38%⁶⁴, sendo a restante verba da responsabilidade do promotor. Portanto, o promotor ou a empresa teriam de suportar todo o investimento não elegível se pretendessem concretizar todo o investimento previsto, bem como a diferença em relação ao co-financiamento da despesa aprovada.

Considerando a primeira opção, observam-se alguns dos discursos relativos aos investimentos não incluídos na candidatura ao Saúde XXI:

“Adquirimos o espaço totalmente a expensas próprias e o projecto foi apenas para as instalações que temos actualmente, incluindo aparelhos de fisioterapia.” (entrevista 4)

“No Saúde XXI não cabem infra-estruturas, por exemplo. (...) Aquilo de que precisávamos em equipamento, quase tudo se encaixava no que o Saúde XXI patrocinava. Para divisórias, obras e mais não sei quê, eles não davam. Mas, em relação aos equipamentos, acabou por coincidir com quase tudo o que necessitávamos. Eles [Saúde XXI] não patrocinaram obras, nem divisórias.” (entrevista 9)

Nestes casos, os promotores reconheceram que a aquisição de imóveis era uma despesa não elegível (art. 9º do Decreto-Lei n.º 15/2001) e, como tal, não foi inserida na candidatura, embora fossem aceites obras de remodelação e de adaptação dessas instalações. O discurso do entrevistado 9 reflecte que esse promotor não tinha uma informação correcta acerca das despesas apoiáveis, porque, em boa verdade, as obras de adaptação constam da candidatura apresentada e foram aprovadas. A aquisição das instalações é que não consta do projecto.

O entrevistado seguinte opta por não incluir, na candidatura, as obras de adaptação do espaço em que vai instalar o equipamento adquirido mediante co-financiamento:

⁶⁴ Despacho n.º 9396/2001, de 4 de Maio (para as candidaturas entradas em 2001 e 2002) e Despacho n.º 20321/2002, de 17 de Setembro (para as candidaturas entradas em 2003).

“Porque, além do investimento nos dois equipamentos adquiridos, tivemos de comprar outros acessórios complementares de valor considerável e de adaptar o espaço físico. (...) Tivemos de remodelar todo o espaço e isso também foi dispendioso e mobilizou fundos próprios da capacidade da empresa e do sócio-gerente para fazer funcionar tudo isto.” (entrevista 1)

Esta opção decorre da incerteza acerca da obtenção do financiamento público. Tendo decidido adquirir o equipamento, para o instalar o promotor necessitava de adaptar o espaço físico. Todavia, essas obras poderiam ser incluídas na candidatura:

“Temíamos que os fundos não viessem, ou demorassem muito tempo a chegar, e não sabíamos se deveríamos ou não avançar com as obras, correndo com isso alguns riscos.” (entrevista 1)

Já o promotor da entrevista 3 apresentou uma candidatura ao Saúde XXI mas, mais tarde, adquire as instalações contíguas ao espaço físico original e reformula o projecto inicial, passando a incluir as obras de adaptação necessárias e aumentando o valor do investimento total. Por este motivo, o principal receio deste promotor é também a incerteza quanto à aprovação do financiamento:

“Tive uma despesa adicional [com a consultora] por causa disso e comecei a ficar preocupada, pois continuava sem ter a certeza que financiariam o projecto.” (entrevista 3)

A outra opção de investimento adoptada por alguns promotores foi a de incluir na candidatura todos os investimentos que gostariam de ter co-financiados, correndo o risco de nem todos serem considerados elegíveis:

“Isso causou uma ou outra dificuldade, nomeadamente porque alguns equipamentos ficaram fora do projecto, embora inicialmente estivessem elencados, porque a data efectiva da aprovação vem a cair em período posterior àquilo que eu esperava.” (entrevista 6)

“Das muitas coisas que pedi, financiaram-me apenas parte de uma, com 30%. (...) Claro que, se viesse maior apoio para outras coisas que queria instalar, era melhor. (...) Mas não consegui. Comprei as endoscopias e não fui apoiado. Eu pretendia mais quantidade e melhor variedade, mas fiquei limitado por não ter financiamento. (...) Para o que quis comprar mais, não tive apoio.” (entrevista 11)

À primeira vista, o discurso destes entrevistados parece identificar diferentes motivos para a redução do valor do investimento total. Porém, recorrendo à documentação disponibilizada pelo Saúde XXI, confirmam-se critérios semelhantes.

Segundo o entrevistado 6, o não financiamento decorreu da decisão de iniciar o investimento antes da candidatura estar aprovada. Uma vez que o período de tempo relacionado com a decisão de aprovação foi superior ao previsto, houve equipamentos

não financiados⁶⁵. No entanto, por consulta ao parecer da Comissão de Selecção de Projectos do Regime de Incentivos⁶⁶, verifica-se que a diferença entre o investimento total e o elegível se deveu à decisão de excluir o investimento não directamente relacionado com a UMCDT.

O entrevistado 11 tem um discurso mais próximo do parecer da Comissão de Selecção, que apenas aprovou a componente de renovação e de aquisição de equipamento médico para a realização de provas funcionais respiratórias. Ainda assim, o promotor optou por adquirir parte dos equipamentos previstos mas não apoiáveis. No fundo, o promotor já tinha predeterminado os equipamentos que considerava essenciais à sua actividade e esses seriam sempre adquiridos. Os restantes dependiam da aprovação da candidatura.

Logo, as situações anteriores são semelhantes mas a expectativa inicial quanto ao financiamento era diferente. Relembrando o referido na análise da expectativa dos promotores quanto ao financiamento do Saúde XXI, o entrevistado 6 tinha uma esperança favorável ou positiva quanto às verbas a receber e o entrevistado 11 uma atitude de desconfiança, que lhe permitiu aceitar com maior facilidade a redução do investimento previsto. Esta característica será ainda mais compreensível quando se analisa o Quadro 13, que identifica a diferença entre o investimento total e o investimento elegível aprovado.

Quadro 13 – Percentagem do investimento aprovado por projecto

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Investimento total	92.708,00 €	68.640,11 €	35.586,00 €	59.494,40 €	107.306,39 €	140.018,00 €
Investimento elegível	92.708,00 €	61.433,21 €	31.093,79 €	59.494,40 €	107.306,39 €	124.968,03 €
% investimento aprovado	100,0%	89,5%	87,4%	100,0%	100,0%	89,3%

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Investimento total	99.428,67 €	115.082,65 €	127.373,03 €	157.286,00 €	229.215,17 €	250.945,27 €
Investimento elegível	99.428,67 €	57.383,98 €	97.599,78 €	131.656,79 €	42.241,23 €	209.495,10 €
% investimento aprovado	100,0%	49,9%	76,6%	83,7%	18,4%	83,5%

Fonte: Fichas de Aprovação de Financiamento FEDER, Saúde XXI

Considerando os projectos 6 e 11 verifica-se que, neste último, apenas 18,4% do investimento total apresentado pelo promotor foi considerado elegível, enquanto que no

⁶⁵ Como se verá mais adiante, a aquisição de equipamento antes da aprovação do projecto não é motivo para exclusão deste, é, sim, obrigatório que os documentos comprovativos da despesa tenham data posterior à de entrada da candidatura no Saúde XXI, para que seja cumprida a alínea b) do art. 7º. do Decreto-Lei n.º 15/2001.

⁶⁶ Comissão com atribuição para seleccionar os projectos a apoiar e definir os respectivos montantes de incentivo (art. 14º. do Decreto-Lei n.º 15/2001, de 27 de Janeiro).

projecto 6 foi aprovado 89,3% do investimento total. Assim, a dificuldade apontada pelo entrevistado 6 advém da elevada expectativa depositada no Saúde XXI como suporte ao seu investimento.

Da análise ao quadro anterior identifica-se que somente quatro projectos tiveram o investimento apoiado na totalidade, sendo que a média do financiamento elegível foi de 75,2% para todos os projectos. De realçar ainda que os projectos 8, 9 e 11 foram os que tiveram menor percentagem de investimento aprovado, porque os promotores incluíram nas candidaturas despesas não elegíveis. Essencialmente, no projecto 8 não foram aprovadas as verbas destinadas ao contrato de manutenção do equipamento e o fundo de maneo [alíneas f) e h) do art. 9.º do Decreto Lei n.º 15/2001]. Nos projectos 9 e 11 foram excluídas as verbas destinadas a equipamento de transporte (conferir através do Quadro 11 – Proporção de investimento na candidatura), que apenas seriam aprovadas em projectos de apoio domiciliário (n.º 4 da Portaria n.º 380/2001).

Do exposto resulta que o enquadramento legal não foi um pressuposto de base para a selecção do investimento a incluir na candidatura, quer tenha sido incluído deliberadamente ou por simples desconhecimento. Embora alguns promotores tenham consciência dessas diferenças, poderiam ter sido melhor orientados pelos parceiros porque constam despesas não elegíveis em detrimento de outros investimentos que teriam maior probabilidade de serem apoiados. Esta ocorrência estará, em parte, relacionada com a inexperiência e a falta de informação quanto a candidaturas a fundos comunitários, mais especificamente ao Regime de Incentivos. Seria, por hipótese, interessante verificar se a experiência é pressuposto para que o investimento total aprovado seja igual ao investimento elegível, como aconteceu nos projectos 1 e 4, os únicos de promotores com anterior experiência de candidatura a fundos comunitários.

- Origem das verbas

A origem das verbas foi uma das principais condicionantes à viabilização dos projectos, porque era da responsabilidade do promotor obter a contrapartida ao investimento público e, paralelamente, um dos procedimentos técnicos e económico-financeiros a ser cumprido. Esta contrapartida privada era, como já identificado, de valor superior ao incentivo público, o que gerou dificuldades e receios a alguns promotores para a sua obtenção. Uma das fontes de financiamento era obrigatória: “o contributo do promotor em capitais próprios⁶⁷ [deve] representar pelo menos 25% do montante do investimento

⁶⁷ Contabilmente, os capitais próprios de uma empresa são constituídos pelo capital social, as reservas, os resultados e as prestações suplementares (Borges et al., 2005).

elegível, podendo até 40% daquele valor de capitais próprios, [incluir] suprimentos⁶⁸ consolidados” [alínea c) do n.º 2 da referida Portaria]. A maioria dos promotores, mais concretamente oito, conseguiram financiar toda contrapartida com base na regra anterior:

“Tivemos tudo preparado para fazer o investimento apenas com base em empréstimo bancário. (...) Mas depois, como o prazo foi dilatado por causa das obras e da chegada de equipamento importado, conseguimos criar um fundo de maneio que nos permitiu fazer o resto do investimento com capitais próprios.” (entrevista 7)

“Paguei ao fornecedor com cheques pré-datados. O recurso ao banco quase nem foi necessário, porque o financiamento deste foi residual. Alertei o banco que ia emitir cheques pré-datados e, se na altura da apresentação precisasse de ajuda, eles estavam disponíveis.” (entrevista 11)

No formulário de candidatura existem seis promotores prevendo o recurso a empréstimo bancário para financiar parte da sua contrapartida. Mas considerando o discurso dos entrevistados apenas quatro recorreram, efectivamente, a essa fonte de financiamento. O entrevistado seguinte é um desses casos esclarecedores:

“Limitei-me a esperar que o tempo decorresse normalmente e, como a clínica é antiga e as coisas têm corrido mais ou menos bem, não tive esses receios [contrapartida própria]. (...) Enfim, ponderei a possibilidade de haver imprevistos e, sem outra solução, naturalmente teria recorrido a empréstimo bancário. Mas, nesse aspecto, não teria certamente problemas.” (entrevista 5)

Por uma questão de segurança, os promotores identificaram o recurso a instituições bancárias. No entanto, como os pagamentos dos investimentos foram sendo parcelares e diluídos ao longo do tempo de execução do projecto, tal permitiu às empresas mais consolidadas acumular capital para o efeito. “O recurso a capitais próprios constitui a forma menos cara de uma empresa se financiar e, simultaneamente, uma forma de garantir a manutenção da sua actividade e, deste modo, garantir o seu crescimento” (Costa e Ribeiro, 2007:166). De destacar, também, que as empresas dos entrevistados 5 e 11 incluem-se nas três empresas seleccionadas com maior número de profissionais em exercício, possuem um regime de convenção com o SNS e a sua constituição original⁶⁹ data da década de 80. São, portanto, empresas consolidadas no seu mercado.

O entrevistado 11 refere um tipo de financiamento de curto prazo, designado como descoberto bancário. É uma forma de crédito associada à conta de depósitos à ordem,

⁶⁸ “Suprimentos – correspondem a empréstimos (...) concedidos pelos sócios à sociedade, ficando esta obrigada a restituir outro tanto do mesmo género e qualidade (Borges et al., 2005:567).

⁶⁹ A utilização do termo constituição original deve-se ao facto de a empresa 5 indicar no formulário de candidatura o ano de 1999 como o de constituição da actual empresa. Todavia, ela já existia antes, embora sob outra designação e diferente constituição de sócios, permanecendo a facturação de fisioterapia adstrita a essa antiga empresa por forma a manter o regime de convenção com o SNS (Relatório de Acção de Controlo de 1.º Nível do Departamento de Controlo do Saúde XXI).

em que a conta fica autorizada a ter saldos negativos até um montante pré-fixado. Geralmente, são movimentos de crédito apenas concedidos a empresas oferecendo garantias de um determinado nível de saldos médios (Costa e Ribeiro, 2007). Esta relação de confiança, entre a entidade bancária e o promotor, é visível na continuação do seu discurso:

“Não, eu trabalho com um banco e dou-me bem como ele. Telefono para lá, digo que preciso de dinheiro e quase nem preciso de dizer para quê. É uma relação forte, de muitos anos e de muita seriedade.” (entrevista 11)

O recurso a capitais próprios ou a descobertos bancários são fontes de financiamento geralmente menos usadas por empresas em início de actividade, para as quais é mais frequente o recurso a empréstimos bancários, como as duas empresas seguintes:

“Foi através do banco, que também pagamos os equipamentos. Alguns empréstimos com contas caucionadas e autorizadas para fazer os pagamentos. Depois recebemos e aplicámos esse dinheiro no banco.” (entrevista 9)

“Com capitais próprios e recorrendo a financiamento bancário. O apoio financeiro foi a criação de crédito. O banco emprestou-nos o dinheiro. Mas se a empresa não pagar somos nós, os sócios, que teremos de o pagar.” (entrevista 10)

Os promotores anteriores referem a utilização de dois tipos de financiamento: as contas caucionadas e os empréstimos bancários de médio e longo prazo.

As contas correntes caucionadas são um empréstimo de curto prazo em que a entidade bancária coloca ao dispor do cliente um volume de crédito contratado, que este pode utilizar até ao limite, podendo ser repostado parte do capital para reduzir o montante do débito (Costa e Ribeiro, 2007). A selecção da entidade bancária, por parte do promotor, também está relacionada com o conhecimento mútuo:

“Já tínhamos a ideia de qual era o banco. Era o (...), com o qual trabalhamos há muito tempo. Por conhecimentos familiares estavam dentro do nosso projecto e o financiamento foi todo por conhecimento daquele banco e por estarmos muito à-vontade a trabalhar com ele. (...) Houve mais confiança em nós e nós neles. Porque até há bancos com financiamentos melhores. (...) Fizemos uma reestruturação do leasing [para o imóvel], correu tudo bem e foi muito rápido.” (entrevista 9)

Este promotor recorreu a dois tipos de financiamento: as contas caucionadas, mais adequado para efectuar pagamentos aos fornecedores; e *leasing* ou locação financeira para aquisição do imóvel com o recurso a um financiamento de médio e longo prazo. Geralmente, este tipo de financiamento utiliza-se para adquirir mobiliário de escritório, equipamento informático, viaturas (o *leasing* mobiliário) e as instalações da actividade empresarial (o *leasing* imobiliário).

O *leasing* é uma operação em que a empresa locadora (a empresa de *leasing*) se substitui à empresa que contrata a operação (locatária) na aquisição do bem, passando

este a constituir sua propriedade. A locatária, a troco de um pagamento periódico (renda), utiliza o bem da locadora (Costa e Ribeiro, 2007). As características do *leasing* estão presentes nas dificuldades de financiamento do entrevistado seguinte:

“Para quem quer consumir um projecto há dificuldades objectivas. Por exemplo: nesta área estamos habituados a trabalhar em *leasing* e com o Saúde XXI não se trabalha em *leasing*. (...) Sim, eles não aceitam e temos de ter a propriedade do material. Isto encurta, desde logo, o prazo de financiamento.” (entrevista 6)

Um dos documentos a entregar pelo promotor, no momento do pedido de pagamento, é a declaração do Técnico Oficial de Contas a confirmar que todo o investimento apresentado está devidamente contabilizado em contas da Classe 4 (Imobilizações) do Plano Oficial de Contabilidade (Saúde XXI, 2003). Esta operação contabilística não era impeditiva da realização de um contrato de locação financeira porque, ainda que numa operação deste género o promotor apenas detenha durante o período do contrato a posse física do bem (propriedade económica), se ficar estabelecido que no final do contrato haverá a liquidação do bem por um valor residual existirá a transferência da propriedade jurídica do bem para o promotor, sendo o imobilizado contabilizado nas contas da Classe 4⁷⁰ (Borges et al., 2005).

No entanto, para o promotor receber a totalidade do incentivo teria de liquidar o contrato de locação financeira até 30 Setembro 2008, data limite do período de elegibilidade da despesa estabelecida para o Regime de Incentivos. Ou seja, “quando a entidade promotora tenha recorrido a *leasing*, poderá esta, após a conclusão física do projecto, apresentar pedidos trimestrais de pagamento, referentes à despesa efectivamente paga respeitante ao *leasing*. Nestes casos, não serão pagas quaisquer despesas posteriores a 30 de Setembro de 2008.” (Saúde XXI, 2003:72)

Do exposto, e aproveitando as afirmações do entrevistado 6, existem “dificuldades muito práticas” na negociação de uma locação financeira,⁷¹ que, conjugadas com as regras estabelecidas para um incentivo público comunitário, devem ser ponderadas para optar por esta forma de financiamento. Porque se trata de um financiamento de médio e longo prazo, que só será vantajoso para o promotor se tiver uma duração alargada, dado que a redução do tempo do contrato conduz a um aumento no valor das rendas.

Em alternativa surge o recurso a empréstimos bancários, também financiamentos de médio e longo prazo, concedidos para 3, 5 ou mais anos, destinados a financiar

⁷⁰ Conta 428 – Imobilizado em locação financeira

⁷¹ O promotor do projecto 1 também chega a ponderar esta hipótese de financiamento como contrapartida ao co-financiamento, segundo ofícios de correspondência trocada com o Saúde XXI constante no processo deste projecto, embora acabe por desistir desta opção.

investimentos preferencialmente no início de actividade. Como já referido, foram quatro os promotores que utilizaram este tipo de financiamento, sendo que dois deles caracterizaram o relacionamento com as entidades bancárias:

“Fizemos contactos em dois ou três bancos. Como os meios são pequenos e aqui quase todas as pessoas se conhecem, têm contas abertas neste ou naquele banco, conhecem as pessoas que lá trabalham e a forma de se relacionarem, e foi mais ou menos assim que as coisas funcionaram.” (entrevista 10)

“Tem também muito a ver com as pessoas que estão à frente das delegações e eu passei por dois ou três gerentes. Tive modelos e actuações distintos dentro da mesma instituição, em momentos diferentes do desenvolvimento do projecto, que me permitiam ir avançando. (...) Acho muito difícil (e ainda hoje estamos a pagar por isso) desenvolver a fundamentação financeira do projecto se não houve maior facilidade das entidades bancárias.” (entrevista 6)

O entrevistado 10 pretendia apoio financeiro para a criação de uma nova empresa e o entrevistado 6 desejava alargar a área de actividade da empresa com maior oferta de serviços de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica. Ambos tiveram de recorrer a entidades bancárias para concretizar os seus objectivos e, por comparação com outros promotores, transparece que será mais fácil o crédito quando existe um relacionamento consolidado entre empresas e entidades bancárias. Um banco terá sempre maiores dificuldades em avaliar o risco quando não possui referências ou garantias sobre o potencial da empresa. As relações informais serão proíficas porque permitem desbloquear as resistências iniciais de relacionamento, o que não ocorreu com o entrevistado 6.

Os conhecimentos informais do entrevistado 10 permitiram-lhe procurar as melhores condições para o seu investimento, dentro das opções bancárias existentes na região. O entrevistado 6 terá enfrentado maiores dificuldades na obtenção do crédito bancário, até porque o próprio identificou diferentes critérios de actuação na mesma instituição bancária em função dos responsáveis das agências.

“Teve e aí as coisas complicaram-se. (...) Mas a partir daí houve necessidade de lidar com entidades estranhas, que sabiam que o projecto estava em desenvolvimento mas pediam documentos uns dos outros... Dou-lhe um exemplo simples: garantias bancárias para eu escolher meios de financiamento próprios para a aquisição de equipamentos. Muitas vezes foi difícil porque o próprio Saúde XXI não dava parecer sem haver garantias bancárias e eu não obtinha a garantia bancária sem que o Saúde XXI comprovasse que o financiamento estava aprovado.” (entrevista 6)

Neste discurso o entrevistado referia-se à fase de candidatura, mas transparecem obstáculos de relacionamento com a entidade bancária ao longo do ciclo de vida do projecto. Porque, para a candidatura um dos requisitos, económico-financeiros relacionados com as condições de acesso da entidade beneficiária, era a entrega de um

“documento emitido por instituição bancária com a indicação da Agência e do NIB da conta de depósitos à ordem destinada exclusivamente ao projecto apoiado e objecto do contrato” (Saúde XXI, 2003:62). Só no decorrer do projecto aprovado e em caso de um pedido de adiantamento, “definir-se-á por acordo entre a entidade promotora e o Gabinete de Gestão do Saúde XXI, a modalidade exacta do adiantamento a atribuir, bem como os termos da garantia bancária a emitir por instituição bancária de primeira ordem” (Saúde XXI, 2003:74). Ou seja, no discurso do entrevistado manifestam-se várias dificuldades de articulação com a entidade bancária, umas relativas à fase de candidatura e outras já no decorrer do projecto aprovado, porque a garantia bancária apenas seria exigida num pedido de adiantamento, após a aprovação do projecto.

- Tomada de decisão

É da necessidade de optar entre investimentos que seriam ou não incluídos na candidatura e da procura de fontes de financiamento, em contrapartida ao financiamento público, que surge a categoria tomada de decisão. Esta foi codificada a partir da racionalidade do promotor em seleccionar alternativas de financiamento para atingir os objectivos de investimento, na sua maioria decisões não programadas porque se tratou de solucionar problemas não rotineiros ou excepcionais (Chiavenato, 2004). Há um entrevistado que percepção a distinção entre as decisões programadas e as não programadas, em que estas últimas decorrem da decisão de apresentar a candidatura:

“Por vezes, a grande dificuldade era manter a empresa a funcionar com determinados objectivos e elaborar dossiers capazes de contemplar orçamentos adequados, que tivessem a ver com a estratégia da empresa e que servissem de modelo ao projecto.” (entrevista 6)

As decisões programadas são “decisões rotineiras utilizadas para resolver problemas quotidianos e repetitivos que ocorrem regularmente e podem receber respostas padronizadas” (Chiavenato, 2004:278). Mas os promotores, ao apresentarem uma candidatura ao Saúde XXI, enfrentaram uma nova realidade, da qual a maioria tinha pouca experiência. Envolveu um processo de tomada de decisão quanto à obtenção de recursos financeiros num ambiente de risco⁷², porque não se poderia antever se a candidatura seria ou não aprovada, apenas se poderia identificar uma certa probabilidade em função das informações recebidas pelo Saúde XXI ou pelos parceiros que colaboraram no processo.

⁷² O ambiente de risco “ocorre quando não se pode prever os resultados das alternativas com certeza, mas apenas com certa probabilidade” (Chiavenato, 2004:277).

Cada promotor decidiu a orientação do investimento e a obtenção da contrapartida financeira em função da sua interpretação da situação, sendo, essencialmente, uma componente psicológica e subjectiva porque decorreu da apreciação de várias alternativas em função das informações relevantes para o assunto. Contudo, nem sempre existem condições para obter informação suficiente ou, como já analisado, essa procura nem sempre foi um acto deliberado, pelo que nem sempre é possível seleccionar a alternativa mais adequada entre as opções disponíveis. Assim, resultou numa racionalidade limitada em função dos aspectos da situação que os promotores conseguiram perceber e tomar conhecimento (cognição) (Chiavenato, 2004).

É com base nestes pressupostos de enquadramento que se analisam as afirmações dos promotores quanto à sua tomada de decisão. Considerando primeiro a selecção dos investimentos:

“Por causa da experiência e conhecimento da outra clínica que tinha concorrido e das dificuldades da aprovação, foi por isso que avançámos [para a candidatura] só com os dois equipamentos e suportámos a parte das obras. (...) Caros, é certo, mas não havia outros problemas a resolver e a aprovação foi mais fácil.” (entrevista 1)

A pessoa que informou o promotor da possibilidade de recorrer ao Regime de Incentivos do Saúde XXI terá tido dificuldades na aprovação do respectivo projecto. Sabendo deste contratempo e considerando a experiência deste promotor com candidaturas a outros fundos comunitários, por precaução optou apenas por incluir os equipamentos médicos na candidatura ao Saúde XXI e suportou integralmente o valor das obras que seriam elegíveis no âmbito do Programa. Desta forma, na sua percepção, teria maiores probabilidades em obter a aprovação. Ou seja, reduziu o ambiente de risco associado ao projecto. Mais tarde, constata que não terá sido a decisão compensadora:

“Primeiro, passado este tempo todo, penso que deveríamos ter avançado com o pedido de financiamento não só para os dois equipamentos mas para as obras e material complementar que foi necessário adquirir mais tarde. Daria mais algum trabalho mas eram despesas elegíveis. Mas tivemos algum receio de demorar muito mais tempo e não avançámos.” (entrevista 1)

As obras, apesar de não incluídas na candidatura, influenciaram a conclusão do projecto porque o equipamento só poderia ser instalado após a adaptação do espaço físico. Portanto, a ideia inicial de cumprimento de prazos não se concretizou e a utilização de capitais próprios poderia ter sido inferior se as obras fossem incluídas. A racionalidade conduziu à tomada de decisão num ambiente de maior certeza, que originou uma despesa superior para a empresa.

O promotor seguinte também teve, inicialmente, uma decisão contida quanto ao valor do investimento apresentado ao Saúde XXI. Baseou-se numa tomada de decisão em função de condições estáticas e previsíveis, portanto, próximo do conceito de decisões programadas:

“O financiamento só seria aprovado se o investimento ascendesse a 25.000 euros (5.000 contos) e, após as primeiras contas, chegou-se à conclusão que faltava investir cerca de 100 contos. Portanto, tive de fazer a remodelação do projecto. Sim, foi recusado [uma primeira candidatura] porque o valor era inferior ao mínimo exigido...” (entrevista 3)

O entrevistado 3 tomou a decisão de se candidatar pelo valor mínimo permitido, mas não cumpria, rigorosamente, os requisitos técnicos e económico-financeiros.

“Depois de adquirida esta casa, refez-se o projecto, aumentou-se o orçamento e a candidatura foi então aprovada.” (entrevista 3)

Só depois da aquisição de novas instalações, contíguas ao espaço existente, reformulou o projecto, tomou decisões não programadas e conseguiu a aprovação por parte do Saúde XXI. Naturalmente, o ambiente de risco nesta segunda fase era superior à primeira decisão, mas as probabilidades de aprovação eram maiores porque cumpria os requisitos legais. A alteração saldou-se por uma decisão mais acertada.

Visão oposta das anteriores teve o entrevistado 2, que na candidatura apresentada incluiu um valor de investimento superior àquele que na realidade conseguiu suportar:

“Não pudemos concorrer ao máximo porque a contrapartida do nosso investimento ia muito além do que podíamos suportar. (...) E até nos concederiam mais se, da nossa parte, houvesse disponibilidade financeira para investir. Mas não era possível ir muito mais longe, porque as nossas disponibilidades financeiras eram bastante limitadas.” (entrevista 2)

Esta candidatura foi aprovada com um valor do investimento total de 68.640,11€ (bastante acima do mínimo de 25.000€ exigido), mas o promotor apenas concretizou um investimento de 46.482,08€. Daí a expressão “não pudemos concorrer ao máximo”.

Recorrendo ao anterior Quadro 13 – Percentagem do investimento aprovado por projecto (página 129), verifica-se que o projecto foi considerando elegível em 89,5% (foram excluídos os montantes referentes ao IVA e ao fundo manei). Ou seja, as obras de adaptação, o equipamento médico, o equipamento de TIC, o equipamento geral e as verbas destinadas à elaboração do projecto foram aprovadas. Assim, este promotor optou por incluir na candidatura todas as suas necessidades, todas elas elegíveis e para as quais obteve aprovação. Posteriormente, já no final da execução, opta por concluir o projecto sem utilizar a totalidade da verba atribuída. Esta estratégia revelou-se de certa forma adequada, porque apesar do risco envolvido no processo, a inclusão de despesa elegível num valor elevado permitiria ao longo da execução seleccionar os equipamentos

a adquirir em função dos capitais próprios disponíveis. De notar que este promotor financiou a sua contrapartida apenas com o recurso a capitais próprios, sem recorrer a soluções de crédito.

A comparação da situação anterior com o caso do entrevistado 10 permite compreender melhor a estratégia acima apontada:

“Nós fizemos um estudo de mercado para saber que equipamentos existiam aqui na zona e, na altura, havia um equipamento (que era um ortopantomógrafo móvel) que pensámos seria uma mais-valia para o consultório. E fizemos a candidatura com esse equipamento. Passados uns tempos, como estes meios são pequenos, soubemos haver um consultório médico aqui (...) que ia instalá-lo também. Não faria qualquer sentido numa localidade destas, não muito grande, haver dois equipamentos idênticos. Portanto, optámos por outro equipamento que, provavelmente, tem mais utilidade que o equipamento que íamos comprar, que é um osteodensitómetro, devido ao grau de envelhecimento das populações, para tratar de osteoporoses e essas situações.” (entrevista 10)

Por insuficiente informação acerca do mercado e dos concorrentes, este promotor toma uma decisão em ambiente de incerteza⁷³, optando por incluir na candidatura o equipamento que, subjectivamente, considerava adequado. Todavia, já no decorrer da execução do projecto aprovado, verifica que uma empresa concorrente irá adquirir o mesmo equipamento. Decide então alterar o equipamento proposto, por outro que inicialmente preferira por representar investimento de valor superior:

“E no início [o osteodensitómetro] não foi contemplado por falta de espaço e por implicar mais investimento, mais capitais próprios, etc. (...) A única diferença é que a candidatura já estava aprovada e o outro equipamento [ortopantomógrafo] custava 3.000 e tal contos. Este custou 50.000...” (entrevista 10)

Esta afirmação é intrigante quando o promotor refere que a “única diferença” está no preço dos equipamentos. Tal demonstra que a opção inicial de investimento, expressa na candidatura, não terá sido ponderada. E o receio em aumentar o investimento conduziu, mais tarde, a uma alteração do projecto, a qual, embora aceite pelo Saúde XXI, não permitiu um acréscimo do incentivo. Este promotor acabaria por ter de financiar a diferença entre o valor do primeiro equipamento e o da segunda opção.

Este caso demonstra que a adopção de uma estratégia baseada em dados insuficientes para a tomada de decisão aumenta o valor global do investimento e resulta em maior despesa não co-financiada pelo Regime de Incentivos. Por este motivo, Chiavenato recomenda que, para aumentar a racionalidade do processo decisório, deve procurar-se obter a máxima informação sobre o assunto a decidir. Devem determinar-se as

⁷³ O ambiente de incerteza “ocorre quando o tomador da decisão tem pouco ou nenhum conhecimento ou informação para utilizar de modo atribuir probabilidades a cada estado da natureza ou a cada evento futuro”. É o ambiente mais difícil dos três tipos de ambiente: certeza, risco e incerteza (Chiavenato, 2004:260).

preferências utilizando a mensuração para seleccionar a alternativa que maximize a utilidade e minimize as consequências negativas (Chiavenato, 2004). A decisão que maximizaria o investimento seria a inclusão na candidatura do equipamento mais oneroso, na expectativa de obter co-financiamento, ficando a cargo do promotor financiar o equipamento de menor custo se necessitasse dele.

Mais associados à categoria origem das verbas, nomeadamente a contrapartida privada, surgem os discursos de outros cinco promotores, que tomaram decisões imediatas em função das verbas próprias disponíveis e da aprovação do projecto, decisões que poderiam vir a ser ajustadas:

“Não houve receios significativos. Já tínhamos decidido que, com ou sem financiamento, iríamos avançar, porque as condições até então existentes não eram as adequadas. Sem o financiamento teríamos mais dificuldades, obviamente, mas estávamos decidimos a ir por diante.” (entrevista 4)

“(…) eu andei para a frente. Queria era mais coisas e, se viesse apoio, teria enveredado por outras áreas. Mas como não veio, fiquei com aquelas que achei prioritárias. (...) Aquilo que eu comprei, comprei. Aquilo que queria comprar, não comprei até ver se vinha algum apoio.” (entrevista 11)

A tomada de decisão foi realizada num ambiente de maior certeza por existir uma racionalidade baseada em necessidades predeterminadas com vista a um investimento considerado essencial para o desenvolvimento da sua actividade empresarial e, como tal, sabiam ser necessário dispor sempre de capitais próprios para esse investimento. A aprovação do projecto apenas veio ajudar no financiamento, até porque, como alguns referiram, o valor do incentivo público é reduzido face ao valor total do investimento. Esta perspectiva dos promotores está directamente relacionada com o efeito de alavanca, que instituiu que as verbas públicas devem ser um incentivo ao investimento privado e não uma verdadeira fonte de financiamento.

Por fim, surge o caso do entrevistado 6 que, ao contrário dos anteriores promotores, apontou maiores dificuldades relativamente à sua contrapartida privada, fruto das suas decisões:

“De facto isto é uma unidade de meios complementares de diagnóstico de terapêutica. E essa circunstância diminuiu a fatura do financiamento. (...) Foi maior [a contrapartida própria] e levou a minha empresa a um esforço maior para o pagar, porque a grande fatia tinha a ver com meios auxiliares de diagnóstico. (...) Eu fizera um levantamento dos encargos que a empresa ia ter nos próximos anos e fi-lo com base em condições de financiamento mais longas e hoje estou a pagá-las em quatro [anos]. Isso coloca-me hoje problemas imprevistos e por isso eu disse, atrás, que estou hoje a pagar todos esses processos.” (entrevista 6)

Ao apresentar a sua candidatura este promotor inscreveu-a numa tipologia dupla: unidade de saúde familiar e unidade de meios complementares de diagnóstico e de

terapêutica. A aprovação do projecto apenas incidiu sobre esta última tipologia, que tem uma percentagem de incentivo inferior à das unidades de saúde familiares. Logo, a contrapartida financeira do promotor foi superior ao esperado, o que teve implicações nas fontes de financiamento previstas na candidatura. Lembra-se que este promotor optou por recorrer ao crédito bancário para a obtenção do financiamento e, devido a essa opção, enfrentou as dificuldades já apontadas.

A sua tomada de decisão baseou-se num ambiente de certeza que dificilmente seria concretizável – duas tipologias para um mesmo projecto – não prevendo, adequadamente, o valor da contrapartida financeira da sua responsabilidade. Por outro lado, o promotor julgou poder recorrer a um contrato de *leasing*, facto que também não veio a concretizar-se. Ou seja, as várias soluções previstas não puderam ser alcançadas.

Sintetizando a análise da categoria opções de investimento, foi possível verificar que:

- Houve investimentos não contemplados nos projectos aprovados pelo Saúde XXI porque, por um lado, os promotores sabiam não serem elegíveis (com destaque para a aquisição de imóveis). Por outro lado, a Comissão de Selecção entendeu excluir algumas despesas ou investimentos;
- Há casos em que o receio de ter um projecto indeferido conduz à exclusão de despesas elegíveis, sendo o promotor prejudicado porque a sua contrapartida financeira é maior;
- Quando o investimento não contemplado resulta de uma selecção do Saúde XXI, os promotores apontam a existência de dificuldades financeiras para a concretização do projecto originalmente apresentado;
- Alguns promotores optaram por incluir as mais variadas despesas e investimentos na candidatura, fossem ou não elegíveis, pelo que a decepção pela reprovação só poderá estar associada a deficiente informação e a elevada expectativa quando à obtenção do co-financiamento;
- O enquadramento legal não foi considerado um pressuposto de base para a elaboração da candidatura e selecção dos investimentos a incluir, porque se o fosse poder-se-iam ter incluído, em alternativa, outras despesas com maior probabilidade de apoio;
- Existe a hipótese de a experiência em executar projectos co-financiados por fundos comunitários ser um pressuposto para que o investimento total apresentado seja integralmente aprovado;

- Essencialmente, as fontes de financiamento da responsabilidade do promotor foram duas: capitais próprios e capital alheio (através de crédito a curto prazo, com contas correntes caucionadas ou descobertos bancários, e o crédito de médio prazo, com empréstimos bancários e locação financeira);
- Para credibilizar as candidaturas e confirmar a garantia de autofinanciamento, uma parte dos promotores indica o recurso ao crédito bancário mas, posteriormente, na execução do projecto, essa opção foi abandonada, tendo sido possível financiar o projecto apenas com fundos próprios do promotor ou da empresa;
- O recurso ao crédito bancário, seja de curto, médio ou longo prazo, é mais fácil de obter por empresas que têm uma relação profissional duradoura com uma instituição bancária;
- A procura de uma nova entidade bancária condiciona a aprovação do investimento porque ela será cautelosa na avaliação do risco do projecto apresentado pelo promotor e este relacionamento poderá condicionar toda a execução;
- O processo de tomada de decisão está associado aos factos anteriores (fonte de financiamento e de investimento não contemplado) a partir da racionalidade do promotor em seleccionar as alternativas passíveis de financiamento para atingir os objectivos;
- Um ambiente de certeza condiciona candidaturas mais ambiciosas porque resultam em tomadas de decisão com vista a reduzir os receios associados, próximo do conceito de decisões programadas;
- A alternativa poderá ser uma visão mais arrojada, em que o investimento total previsto seja ligeiramente superior às possibilidades financeiras e, posteriormente, ao longo da execução do projecto, tomam-se novas decisões para seleccionar o equipamento adequado, com base em maior informação;
- Esta opção terá de ser equilibrada e de alguma forma limitada, sob pena de a candidatura elaborada não se enquadrar no diagnóstico das necessidades, ser pouco credível na sua execução e não poder ser aprovada;
- Esta opção é condicionada pela possibilidade do promotor financiar a contrapartida através de autofinanciamento e o recurso ao crédito de médio e longo prazo não se coaduna com esta previsão de investimento.

- Um ambiente de incerteza gera maiores dificuldades na selecção do investimento, podendo vir a verificar-se que nem sempre a opção por equipamentos menos onerosos será a melhor estratégia, devendo ser ponderada a decisão que maximize o investimento com maiores probabilidades em obter co-financiamento;
- Assumir que a candidatura apresentada para co-financiamento será integralmente aprovada e planear todo o financiamento baseado nesse pressuposto gerará dificuldades acrescidas, principalmente quando o financiamento está dependente de instituições de crédito com as quais não existe uma relação profissional sólida.

Na fase de Candidatura falta agora analisar a categoria procedimentos, que corresponde à apresentação formal da candidatura ao Gabinete de Gestão do Saúde XXI, a apreciação dessa candidatura e a aprovação dos doze projectos seleccionados para o estudo. Como referido na categoria anterior, as opções de investimento foram influenciadas pelas normas e procedimentos que regem os processos de candidatura ao Regime de Incentivos, nomeadamente a tomada de decisão quanto ao investimento a incluir na candidatura e as fontes de financiamento da responsabilidade do promotor.

5.3.3. Procedimentos

Para a codificação dos discursos dos entrevistados e para a criação das quatro subcategorias que compõem esta categoria recorreu-se ao Manual de Procedimentos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Duas subcategorias correspondem à análise da candidatura que teria de ser apreciada nas vertentes administrativa e técnica e económico-financeira. Após essa análise, a Comissão de Selecção do Regime de Incentivos elegia os projectos a apoiar e seleccionava a lista dos não elegíveis, que era apresentada à Unidade de Gestão. Ouvido este órgão, o gestor do PO Saúde “propõe para homologação governamental as listas dos projectos seleccionados, não seleccionados e não elegíveis” (n.º 5 do art. 14.º do Decreto-Lei n.º 15/2001).

A subcategoria contratualização corresponde à “associação, pela autoridade de gestão e por um período determinado, de entidades públicas ou privadas à gestão técnica, administrativa e financeira da respectiva intervenção operacional, mediante a celebração de contratos-programa homologados pelo membro do Governo competente” (Ferreira, 2002:24).

No que respeita às duas primeiras subcategorias, para suporte à análise dos dados, além dos discursos dos entrevistados considerou-se útil recorrer à documentação constante dos processos relativos aos doze projectos aprovados e procurou-se, também, enquadrar as 13 candidaturas arquivadas por incumprimento dos procedimentos administrativos, técnicos e económico-financeiros. As duas candidaturas identificadas como anuladas incorrem em problemas relacionados com a contratualização.

- Procedimentos administrativos

Esta subcategoria corresponde à análise, por parte do Gabinete de Gestão do Saúde XXI, dos documentos que constituem o processo de candidatura que verifica da presença, da conformidade e da validade de todos os elementos exigidos. Dentre esses elementos destacam-se os seguintes (art. 6.º do Decreto-Lei n.º 15/2001):

- Estar a empresa constituída e registada, nos termos da legislação em vigor;
- Cumprir ou garantir que passa a cumprir, em resultado da realização do projecto de investimento, a legislação e normativos aplicáveis aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde;
- Ter regularizada a sua situação contributiva perante o Estado e a Segurança Social;
- Comprometer-se a manter uma contabilidade adequada às análises requeridas para a apreciação e acompanhamento do projecto;
- Comprometer-se a afectar o investimento à actividade e localização previstas por um período mínimo de cinco anos.

Na resposta à questão “O que foi mais difícil de cumprir para a apresentação da candidatura?”, nove entrevistados fizeram referência a procedimentos administrativos. Uns pela positiva e outros apontando dificuldades em cumprir o que no formulário de candidatura estava indicado como condições de elegibilidade.

Pela positiva surgiram várias afirmações genéricas respeitando à documentação e prazos para entregar o processo de candidatura:

“Sim, havia prazos a cumprir. Mas como começámos com algum tempo de avanço, isso permitiu-nos ter o processo organizado dentro dos prazos exigidos.” (entrevista 4)

“Na altura não achei grande grau de dificuldade. Na altura estava também a fazer a licenciatura e um projecto de investigação e acaba por haver alguma convergência de pormenores quanto a situações e objectivos.” (entrevista 10)

Alguns entrevistados não vislumbraram dificuldades de maior no cumprimento das exigências relativas à apresentação do processo de candidatura ao Saúde XXI. O tipo de

parceiro que apoiou o promotor na elaboração da candidatura não foi relevante, porque alguns tiveram a colaboração dos respectivos contabilistas e outros das empresas de consultoria. De relembrar terem alguns entrevistados mencionado que uma das vantagens da parceria foi permitir o cumprimento dos prazos de apresentação da candidatura.

À semelhança do referido na análise relativa aos parceiros, surgiram respostas negativas também pautadas pela dificuldade em cumprir os prazos estabelecidos:

“A nossa autonomia no processo é relativa e torna-se difícil corresponder aos prazos exigidos. (...) Isto começou logo com a apresentação da candidatura, que ocorreu no último dia do prazo.” (entrevista 7)

Mas estes prazos não correspondem só às três fases de apresentação de candidaturas como regulamentado na Portaria n.º 380/2001. Os processos de candidatura nem sempre estavam devidamente instruídos, pelo que o Gabinete de Gestão do Saúde XXI solicitava à entidade proponente o suprimento da informação em falta, para o qual o “prazo máximo de resposta do promotor à solicitação de informações complementares é de dez dias úteis, findo o qual é considerada a desistência da candidatura” (Saúde XXI, 2003:63). Assim, quando os promotores apontam como dificuldade os prazos estabelecidos referem-no na generalidade para todas as solicitações com que são confrontados, sejam elas para a análise da candidatura ou para a celebração do contrato após aprovação do projecto, porque em todas elas o tempo útil de resposta é relativamente curto.

Tendo por exemplo um pedido de elementos pelo Gabinete de Gestão do Saúde XXI, identifica-se outra das dificuldades referidas pelos promotores – cumprir a legislação e normativos aplicáveis aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde:

Figura 4 – Ofício de pedido de elementos para apreciação de candidatura

ASSUNTO: Regime de Incentivos Saúde XXI
Candidatura nº (...) - Pedido de elementos

Na sequência da análise da candidatura acima mencionada, venho por este meio solicitar a V. Exa. o envio a este Gabinete, dos seguintes elementos e esclarecimentos:

- Disquete do formulário de candidatura;
- Modelo fiscal de 2001;
- Licença de Utilização das instalações, nomeadamente para prestação de cuidados de saúde a que respeita o projecto;
- Licenciamento ou prova de instrução de processo por parte de entidades competentes do Ministério da Saúde relativos à área da prestação de cuidados de saúde a que respeita o projecto.

Fonte: Documentação constante no processo relativo ao projecto 6, Saúde XXI

“A papelada... Algumas coisas foram difíceis, como a obtenção da licença de utilização. (...) Creio que as únicas coisas em falta, quando a candidatura foi

apresentada, eram a vistoria destas instalações e a emissão da licença de utilização.” (entrevista 4)

“Quando apresentámos a candidatura ao Saúde XXI é que o processo foi logo todo reconhecido. Porque nós fizemos a candidatura ainda no decorrer das obras e depois, ao virem as tranches, já nós tínhamos alvará e tudo o mais.” (entrevista 9)

As afirmações dos entrevistados, bem como a Figura 4, apontam para uma das condições de elegibilidade a cumprir na apresentação da candidatura ou até à data de celebração do contrato do Regime de Incentivos, elementos esses que, no caso de projectos em que haja aquisição de novas instalações e/ou a adaptação do espaço físico, se afiguravam de difícil concretização se apenas fossem iniciados após a aprovação da candidatura. O licenciamento da actividade de prestação de cuidados de saúde na área de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica, de acordo com o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, era condição indispensável. Por este motivo, os entrevistados referem só ter cumprido estes requisitos após a apresentação da candidatura.

Outras dificuldades identificadas nos discursos dos entrevistados relacionam-se com a documentação a entregar na generalidade e com a interpretação do formulário de candidatura:

“Penso ter sido [difícil] o preenchimento dos formulários. Nós tínhamos de trabalhar com unidades de produção. (...) arranjar uma unidade de produção em fisioterapia não é fácil. Teoricamente, a única unidade de produção mensurável são as minhas mãos. (...) O pior é calcular o incremento da produção daquilo que eu fazia, diariamente, tal como nos é imposto. Aí tive de pedir ajuda a quem sabe...” (entrevista 3)

“Eram os impressos, os modelos, mais isto, mais aquilo. (...) Era uma quantidade enorme de elementos que foi preciso pedir e reunir. (...) Depois, com o passar do tempo, alguns documentos caducavam e era necessário pedir outros.” (entrevista 11)

Estes apontamentos identificam o processo de candidatura como um sistema continuamente burocrático, formal e de certa forma imprevisível quanto ao resultado. Já se verificou que a apresentação da candidatura ocorreu em ambientes de incerteza quanto ao grau de probabilidade de um projecto vir a ser aprovado, os quais, conjugados com as exigências processuais da candidatura, transmitiram a alguns promotores a ideia de um modelo burocrático de difícil cumprimento. Essas dificuldades foram, de certa forma, ultrapassadas, como refere o entrevistado 3, o qual decidiu recorrer a serviços de consultoria, assunto esse já abordado no presente estudo.

Mais dificultados foram os casos de três candidaturas ao Regime de Incentivos que não ultrapassaram a fase processual administrativa e foram arquivadas de imediato por não cumprirem alguns dos requisitos de enquadramento na Medida 3.1: a localização geográfica e a tipologia das unidades de saúde.

Figura 5 – Ofício de arquivamento de candidatura

ASSUNTO: Candidatura ao Regime de Incentivos Saúde XXI

Na análise de enquadramento da candidatura dessa empresa verificou-se que o projecto a que se refere o investimento foi inscrito na tipologia "unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica".

O Despacho nº. 20321/2002, publicado no DR, 2ª série, nº. 215 de 17 de Setembro de 2002 exclui algumas Sub-regiões de Saúde para o efeito de concessão de apoio com fundos públicos a projectos de unidades de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, designadamente a Sub-região de Saúde de Setúbal.

Assim sendo, fica prejudicada a atribuição do incentivo solicitado.

Como informação adicional, esclarecemos V. Ex.^a que candidaturas como, por exemplo, a instalação e equipamento de clínicas e consultórios médicos de especialidades, consultórios dentários, unidades de cuidados de carácter agudo ou de urgência, internamento para situações de doença aguda, cirurgia e blocos operatórios não estão previstos no Artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 15/2001, de 27 de Janeiro e, por isso, não são susceptíveis de apoio financeiro no âmbito da medida 3.1 do Programa Saúde XXI (Regime de Incentivos).

Fonte: Documentação constante no processo relativo a uma candidatura arquivada, Saúde XXI

- Procedimentos técnicos e económico-financeiros

Apesar dos procedimentos administrativos terem sido um primeiro filtro à adequação das candidaturas ao Regime de Incentivos, os procedimentos técnicos e económico-financeiros revelaram-se mais problemáticos para a maior parte dos promotores e entidades proponentes. As condições específicas para o cumprimento destes requisitos pautavam-se por (art. 7.º do Decreto-Lei n.º 15/2001):

- Apresentar um montante mínimo de investimento elegível de 25.000 euros;
- Ter uma duração de execução que não exceda os dezoito meses (verificado através das datas de início e fim previstas);
- Não ter iniciado a realização antes da apresentação da candidatura, com excepção dos estudos de viabilidade e projectos de arquitectura;
- Gerarem a criação líquida de postos de trabalho;
- Serem financiados adequadamente por capitais próprios.

Estes elementos foram suficientes para que duas das 15 candidaturas não aprovadas fossem arquivadas de imediato, por não gerarem postos de trabalho e os projectos não preverem um financiamento adequado por capitais próprios.

Alguns promotores referiram-se a estas condições obrigatórias no seu discurso:

“O mais difícil foram os dois ou três trimestres exigidos entre o início e a conclusão do projecto, porque previamente teríamos de possuir um projecto eléctrico para a unidade de Raios X.” (entrevista 1)

“Sim, foi recusado porque o valor era inferior ao mínimo exigido... Depois de adquirida esta casa, refez-se o projecto, aumentou-se o orçamento e a candidatura foi então aprovada.” (entrevista 3)

“Mas os prazos são incompatíveis com as necessidades de trabalho, porque uma das normas do Saúde XXI é que nada pode ser adquirido sem eles aprovarem o financiamento.” (entrevista 8)

A entrevista 1 revela uma preocupação com a duração do projecto, porque este não poderia exceder a duração de dezoito meses (art. 2.º da Portaria n.º 380/2001). Como na candidatura apresentada ao Saúde XXI apenas foram incluídos os equipamentos e estes só poderiam ser instalados após a conclusão das obras de adaptação do espaço, apareceu a dificuldade em determinar a data de início e de conclusão do projecto.

Inicialmente, o entrevistado 3 não cumpriu o requisito de apresentar um montante mínimo de investimento elegível de 25.000 euros, tendo tido a possibilidade de reformular a candidatura apresentada. O tempo decorrido entre a apresentação da primeira proposta e a informação de que o investimento teria de ser revisto saldou-se como positivo porque, entretanto, o promotor teve oportunidade de adquirir as novas instalações e tomou a decisão de renovar a candidatura, agora mais adequada às perspectivas de desenvolvimento da empresa. “Se assim não fosse, as coisas poderiam ter morrido...” (entrevista 3).

O entrevistado 8 revela algum desconhecimento quanto aos procedimentos técnicos e económico-financeiros, ao referir que os “prazos são incompatíveis”. Este entrevistado julga só poder iniciar a aquisição do equipamento após a aprovação do projecto quando, em boa verdade, a restrição verifica-se apenas até à apresentação da candidatura ao Saúde XXI, para salvaguardar as situações em que os projectos já estão concluídos quando a entidade proponente entrega a candidatura.

Na sequência da análise administrativa, técnica e económico-financeira da candidatura, pelo Gabinete de Gestão do Saúde XXI eram solicitados pareceres a entidades competentes. Os pareceres das Administrações Regionais de Saúde (ARS) analisavam a adequação do tipo de projecto e dos investimentos à estratégia de saúde da região e às necessidades e carências locais, bem como a complementaridade com o Serviço Nacional de Saúde e demais serviços públicos de saúde. No âmbito da análise económico-financeira, ao Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e ao

Investimento (IAPMEI) competia dar parecer sobre as seguintes condições de acesso das empresas (Saúde XXI, 2003):

- Terem viabilidade económica e financeira;
- No caso de empresas já existentes, demonstrarem uma situação líquida positiva no último ano anterior à data do pedido de financiamento;
- Demonstrar que se encontram asseguradas as fontes de financiamento do projecto, devendo os contributos do promotor em capitais próprios representar, pelo menos, 25% do montante do investimento elegível, podendo incluir até 40% daquele valor de capitais próprios, com suprimentos consolidados.

Foram estes pareceres que, segundo os promotores dos projectos aprovados, mais constrangimentos causaram para o cumprimento de todos os procedimentos. Também se verificou que dos 15 projectos não aprovados oito deles foram recusados por pareceres negativos de uma destas entidades, a ARS (cinco pareceres) ou o IAPMEI (três).

Quanto aos pareceres das ARS, quatro promotores referem a sua influência na aprovação dos respectivos projectos:

“Foi nessa altura que me disseram que teria rectificar as obras, destruindo paredes já levantadas. Respondi então que preferia desistir do projecto para não ter de refazer as obras e, ao fim de algum tempo, acabaram por aceitar as coisas como estavam. (...) De facto, lemos no Diário da República que a regra eram 12 metros. Mas quando elaborámos o projecto verificámos que as medidas possíveis eram apenas 11,96 metros, pelo que considerámos mínima a diferença e admitimos que não seria por causa disso que a candidatura seria recusada (...). (entrevista 4)

“Desde o princípio do processo começou a haver dúvidas por causa do parecer que a ARS deu acerca de informação por mim prestada no âmbito da candidatura. Eu era o principal fornecedor de serviços de (...) à ARS, mas a informação do presidente dessa entidade, na altura, foi a de que os seus serviços não viam interesse no financiamento do projecto. (...) A alteração do parecer da ARS, depois da minha reclamação, levou a que também a outra entidade alterasse o seu parecer inicial.” (entrevista 8)

A afirmação do entrevistado 4 relaciona-se com o parecer favorável da ARS, mas dependente das instalações respeitarem as exigências da legislação em vigor para a melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada e áreas ou largura mínimas das salas de consulta. Dos discursos ressalta, ainda, que os promotores se sentem incomodados e consideram uma iniquidade as exigências feitas quando existem outras clínicas com condições inferiores.

O caso particular do entrevistado 8 deve-se ao facto de, inicialmente, a sua candidatura ter sido indicada para arquivamento, em resultado dos pareceres negativos da ARS e do IAPMEI. O promotor apresentou reclamação fundamentada, a qual foi remetida a ambas

as entidades, que posteriormente reformularam os respectivos pareceres considerando os fundamentos válidos. Assim, a candidatura foi aprovada mas somente para os equipamentos onde existia complementaridade com o SNS. O promotor associou esta recusa a motivos pessoais com a ARS, que depois de resolvidos também permitiram a alteração do parecer do IAPMEI. Contudo, os pareceres de resposta destas entidades não estão relacionados, até porque esta última apenas verifica requisitos económico-financeiros.

Os pareceres positivos, mas condicionados por parte do IAPMEI, resultaram em que os promotores tivessem de corrigir o plano de financiamento dos projectos ou apresentar fundamentação relativa ao cumprimento de todas as condições de acesso:

“O mais difícil foram os documentos de contabilidade, porque a empresa era recente e não tínhamos um balancete óptimo que eles aceitassem. Em fins de 2002, princípios de 2003, também tínhamos balancetes negativos, o que tornava inviável a candidatura. Tivemos de contratar um revisor oficial de contas para dar a volta ao assunto.” (entrevista 2)

“Por sua vez, os montantes foram redimensionados porque o que estava no projecto tinha uma majoração típica, não de uma unidade de cuidados de saúde familiares. (...) Não tinha a noção deste facto. (entrevista 6)

O entrevistado 2, por representar uma empresa recente, teve de apresentar um balanço intercalar que demonstrasse uma situação líquida positiva no semestre anterior à data do pedido de financiamento. Para o conseguir necessitou dos serviços de um Revisor Oficial de Contas para a certificação do balanço.

O entrevistado 6 teve a aprovação da candidatura condicionada à correcção do plano de financiamento do projecto, porque a contrapartida financeira da empresa era maior em virtude do incentivo às unidades de MCDT ser inferior ao previsto pelo promotor.

Dos 11 entrevistados, sete fizeram referências às dificuldades de cumprimento dos procedimentos técnicos e económico-financeiros. Seis efectuaram alterações aos projectos decorrentes dos pareceres da ARS ou do IAPMEI. Assim, esta subcategoria revelou-se um pressuposto essencial para a concretização da aprovação de uma candidatura, na medida em que os promotores são confrontados com a necessidade de efectuar correcções ou de apresentar fundamentações, sob pena das suas candidaturas serem arquivadas.

- Decisão de aprovação

Esta subcategoria relaciona-se com o entendimento dos promotores quanto ao tempo decorrido entre a entrega da candidatura e a aprovação da mesma, bem como as consequências desse prazo.

Da análise das duas subcategorias anteriores, bem como da categoria opções de investimento, poder-se-á depreender, antecipadamente, que entre a apresentação da candidatura e a sua aprovação decorreu um período de tempo mais ou menos longo. Esse tempo dependeu do cumprimento dos requisitos de elegibilidade e das condições de acesso. Um projecto só poderia ser apresentado à Comissão de Selecção do Regime de Incentivos finda a análise administrativa, técnica e económico-financeira. São estes os motivos por que as datas de homologação de sete dos doze projectos aprovados são posteriores às datas de conclusão indicadas nos formulários de candidatura (ver o Quadro 6 – Projectos homologados na página 79), porque primeiro foi necessário suprir as deficiências e lacunas das candidaturas e posteriormente receber os pareceres das entidades que verificam as condições de acesso.

O Quadro 14 identifica o período de tempo decorrido entre a data de entrada da candidatura no Gabinete de Gestão do Saúde XXI e a data de homologação pelo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Quadro 14 – Tempo decorrido até à homologação do projecto

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Candidatura	30-12-2002	29-08-2003	21-12-2001	30-09-2002	20-07-2001	19-04-2002
Homologação	30-04-2003	05-04-2004	11-08-2003	30-05-2003	19-03-2002	30-04-2003
Tempo decorrido (dias)	120	216	590	240	239	371

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Candidatura	27-12-2001	31-08-2001	30-08-2001	30-12-2002	26-12-2001	30-04-2002
Homologação	13-11-2002	16-01-2003	13-05-2002	30-05-2003	17-09-2002	13-11-2002
Tempo decorrido (dias)	316	496	253	150	261	193

Fonte: Formulários de candidatura, Fichas de aprovação de financiamento FEDER

Em média, os 12 projectos seleccionados levaram 287 dias a homologar cerca de nove meses e meio para que todo o processo fosse concretizado após a entrega da candidatura. O projecto 1 foi aquele que teve uma aprovação mais rápida (4 meses) e para o projecto 3 foi necessário mais de ano e meio para que viesse a ser aprovado. Considerando o tempo decorrido, foi possível identificar um grupo de três candidaturas em que o processo levou menos de 200 dias até à aprovação, cinco candidaturas em que o tempo variou entre 216 e 261 dias e, finalmente, um terceiro grupo de quatro candidaturas com mais de 300 dias para aprovação.

É agora interessante confrontar estes períodos com os discursos dos promotores, principiando por aqueles que consideraram ter sido curto o tempo decorrido:

“Penso que isso não atrasou nada e foi mais fácil que outras candidaturas porque era só necessário adquirir dois equipamentos.” (entrevista 1) (120 dias)

“Por acaso foi muito rápida” (entrevista 2) (216 dias)

“A aprovação foi rápida. O problema foi o processo de execução.” (entrevista 6) (371 dias)

“Como as expectativas eram poucas, quando surgiu a aprovação foi óptimo e nem sequer reparei se entre a entrega do processo e a aprovação demorou muito tempo...” (entrevista 7) (316 dias)

De certa forma, a estratégia do entrevistado 1 concretizou-se naquilo que o promotor pretendia: uma aprovação rápida por ser apenas um projecto com equipamento médico, em que os pareceres da ARS e IAPMEI foram favoráveis sem quaisquer condicionantes.

Os entrevistados 6 e 7, apesar das candidaturas terem um período de aprovação acima dos 300 dias, consideraram que esse tempo não foi relevante. O primeiro por comparação com as dificuldades da execução do projecto, que se prolongou por muito mais tempo⁷⁴, e o segundo porque tinha uma atitude de desconfiança perante a possibilidade de vir a ser financiado. Ainda assim o entrevistado 6 considera que esse tempo o prejudicou:

“Isso causou uma ou outra dificuldade, nomeadamente porque alguns equipamentos ficaram fora do projecto, embora inicialmente estivessem elencados, porque a data efectiva da aprovação vem a cair em período posterior àquilo que eu esperava. (...) a factura caiu-me aqui antes do projecto ser aprovado e teve de ficar fora do mesmo.” (entrevista 6)

Quanto a esta afirmação recorrente, refira-se que os documentos de despesa do projecto a apresentar para pedidos de pagamento têm, obrigatoriamente, de coincidir com o período de realização do projecto. Isto é, coincidirem entre a data de início do projecto e a de conclusão indicadas no formulário de candidatura. E a data de início tem de ser posterior à de candidatura (Saúde XXI, 2003).⁷⁵ Assim, não há impedimento processual ou legal para que o promotor, após a entrega da candidatura, esteja inibido de iniciar o seu projecto, desde que reúna condições financeiras próprias para o fazer. No entanto, este promotor, além dos capitais próprios que era obrigado a incluir no projecto, estava também dependente de um empréstimo bancário, o que, eventualmente, poderá ter influenciado o arranque.

Dois entrevistados consideraram o tempo para a aprovação relativamente longo:

⁷⁴ A verificar, mais à frente, na fase de avaliação, através da análise ao tempo de duração do projecto.

⁷⁵ O ofício de comunicação da aprovação do projecto “informa a entidade de que fica obrigada, no caso do projecto não ter sido iniciado, a comunicar ao Gabinete de Gestão, a sua data de início, no prazo de dez dias após o mesmo ter ocorrido” (Saúde XXI, 2003:68), o que também ajuda a verificar que o projecto já podia ter sido iniciado.

“O tempo necessário para a aprovação da candidatura foi um pouco mais longo do que esperávamos, mas não podíamos exigir mais.” (entrevista 4) (240 dias)

“Nós tínhamos previsto o início das obras, salvo erro, para Junho, mas a candidatura só seria aceite em finais de Julho. (...) Possivelmente por culpa nossa porque, desde a entrega da candidatura e da aprovação até à promulgação, sempre demorou algum tempo. Ou seja, quando se esperava um mês demorou três.” (entrevista 10) (150 dias)

A candidatura do entrevistado 10 foi a segunda mais rápida a ser aprovada e a do entrevistado 4 está no segundo grupo em que o tempo varia entre 216 e 261 dias. Contudo, ainda assim este tempo foi considerado relativamente longo para ambos. O entrevistado 4 atribui o atraso à necessidade de cumprimento dos procedimentos técnicos, ilibando o Saúde XXI e a empresa consultora dessa responsabilidade:

“As coisas demoraram o seu tempo, porque nem tudo é fácil por causa da burocracia, mas ainda assim foi possível avançar. (...) Os atrasos nem foram da responsabilidade da consultora ou do Saúde XXI, mas das entidades que tinham de vistoriar e emitir pareceres acerca das instalações.” (entrevista 4)

Quanto ao entrevistado 10, apesar de referir um atraso no projecto, esse período de tempo não prejudicou a empresa porque apenas tinha existência legal e ainda não exercia actividade. Recordar-se que, efectivamente, a candidatura apresentada ao Saúde XXI era para a criação de uma nova empresa:

“Não prejudicou porque na altura ainda não tínhamos avançado. A empresa tinha sido criada só no papel.” (entrevista 10)

Naturalmente, surgiu também um grupo de entrevistados que considerou demasiado longo o período de tempo para aprovação da candidatura:

“Entre a entrega e a aprovação da candidatura decorreu muito tempo e deveria haver um mecanismo que nos autorizasse a adquirir o material nesse intervalo.” (entrevista 8) (496 dias)

“Acho que foi imenso tempo. Não me prejudicou, na medida em que a minha decisão já estava tomada. Achei que nem tudo seria aceite para financiamento.” (entrevista 9) (253 dias)

“Cerca de um ano. Foi muito longo.” (entrevista 11) (261 dias)

Efectivamente, a candidatura do entrevistado 8 foi a segunda com período mais longo para aprovação. Mas, como foi referido, teve uma primeira apreciação negativa. A mesma foi reanalisada após as justificações do promotor e posteriormente aprovada. Ou seja, os procedimentos de apreciação foram praticamente repetidos, conduzindo a esta demora. Ainda assim, julga-se que o facto de a candidatura ser aprovada após uma reclamação do promotor demonstra que deverá haver uma insistência sempre que o promotor consiga demonstrar não existirem fundamentos para o arquivamento. Desnecessariamente, o promotor esperou pela aprovação da candidatura para iniciar o seu projecto – situação semelhante à descrita pelo entrevistado 6 – quando o poderia ter

iniciado após a entrega no Gabinete de Gestão se tivesse condições financeiras para o efectuar.

“Eu tive de esperar o tempo necessário para o Saúde XXI aprovar os financiamentos e não pude adquirir o material de que necessitava para trabalhar. Quem precisa de realizar um investimento não pode esperar o tempo que o Saúde XXI demora a responder, a pedir documentos, a aprovar o financiamento, etc. Eu esperei quase dois anos...” (entrevista 8)

Os entrevistados 9 e 11, apesar da apreciação das suas candidaturas estar no grupo entre 216 e 261 dias, consideraram demasiado longo esse período de tempo, atribuindo este atraso ao Saúde XXI e aos procedimentos necessários para concretizar o processo:

“Acho que foi da própria organização do Saúde XXI e da aceitação das candidaturas. (...) Acho que, a determinada altura, já nem me lembrava que nos tínhamos candidatado...” (entrevista 9)

“Sei que no passado houve muitos desvios e entendo em parte a burocracia. Mas acho que *in loco* se poderia dar andamento mais rápido aos processos. Bastaria observar se a entidade candidata é segura, se tem estrutura, se são úteis os serviços que presta à sociedade, se tem pernas para andar... (...) Acho que subsiste alguma desconfiança do organismo que aprova as candidaturas.” (entrevista 11)

O entrevistado 11 chega a sugerir uma metodologia de trabalho interessante com vista a conceder celeridade ao processo de análise das candidaturas, mediante deslocações às entidades proponentes para apreciar a faculdade das empresas quanto à concretização dos projectos.

Com a homologação da tutela segue-se a comunicação da aprovação do projecto ao promotor, sendo por intermédio desta comunicação que tomam conhecimento do valor do investimento considerado elegível e do valor correspondente ao incentivo, resultando num comentário por parte de um entrevistado:

“Nós fazemos uma apresentação de valores. Depois eles dizem quanto é que aprovam. A percentagem sobre cada coisa era tão baixa, que não conseguimos realmente depois distinguir... (...) Eles dão um bolo e eu depois faço a gestão disso. Acho que eles não aceitaram computadores, impressoras, fotocopiadora e ar condicionado.” (entrevista 9)

Esta afirmação é relevante por demonstrar algum desconhecimento acerca dos equipamentos aprovados, até porque essa aprovação é realizada com uma delimitação de investimento estabelecida para cada componente (equipamento médico, equipamento de TIC, equipamento geral, obras, estudos, etc.). No decorrer da execução do projecto será possível alterar os valores destas componentes, desde que devidamente justificado, sem que o montante de incentivo concedido possa, todavia, ser alterado. Neste sentido, a afirmação do entrevistado 9 é importante porque na fase de conclusão do projecto o promotor não entende se a verba a que tinha direito foi ou não totalmente concedida.

▪ **Contratualização**

A última subcategoria codificada em procedimentos, corresponde ao cumprimento do art. 15.º do Decreto-Lei n.º 15/2001, que refere a “celebração de um contrato entre a entidade promotora e o Instituto de Gestão Informática e Financeira, que, conforme está estabelecido no Complemento de Programação e na regulamentação do Regime de Incentivos Saúde XXI, se assume como entidade pagadora do Programa (destinatário final)” (Saúde XXI, 2003:69). Com vista à celebração do contrato são solicitados aos promotores diversos elementos adicionais, identificados na Figura 6.

Figura 6 – Ofício de pedido de elementos para celebração do contrato

**ASSUNTO: Regime de Incentivos Saúde XXI – Medida 3.1.
Pedido de elementos para celebração do Contrato de Concessão de Incentivos**

Relativamente ao assunto em epígrafe, solicitam-se, novamente, cópias dos seguintes documentos:

- Declarações (originais), comprovativas da situação regularizada perante o Estado e a Segurança Social;
- Cartão de Identificação de Pessoa Colectiva;
- Escritura da constituição da sociedade, bem como a sua publicação em Diário da República;
- Modelo 22 do IRC referente ao exercício de 2002;
- Escritura de aumento de capital social, previsto no formulário de candidatura, no valor de 5.000 €;
- Acta referente à constituição de prestações suplementares, talões de depósitos e extractos contabilísticos;
- Último balancete disponível;
- Documento emitido pela Instituição Bancária com indicação do NIB e nome da agência;
- Carta da Instituição de Crédito expressando a intenção de financiar o empréstimo solicitado, indicando o montante, plano de utilização, carência, prazo total da operação e taxa de juro;
- Licença de Utilização das instalações, nomeadamente para prestação de cuidados de saúde a que respeita o projecto;
- Licenciamento ou prova de instrução de processo por parte de entidades competentes do Ministério da Saúde relativos à área da prestação de cuidados de saúde a que respeita o projecto;
- Bilhete de identidade e cartão de contribuinte, do(s) representante(s) com poder(es) para a celebração do Contrato.

Observa-se que os elementos agora solicitados deverão dar entrada neste Gabinete no prazo máximo de 10 dias úteis, conforme o disposto no nº 3 do art. 7º da Portaria nº 380/2001 de 11 de Abril.

Fonte: Documentação constante no processo relativo ao projecto 1, Saúde XXI

O cumprimento destes elementos solicitados revelou-se complexo para alguns promotores, sendo que da extensa lista se destacaram as declarações comprovativas da situação regularizada perante o Estado e a Segurança Social.

“O meu principal cuidado foi verificar os prazos exigidos para cumprir os passos seguintes, porque a aprovação foi-me comunicada em Agosto e eu estava prestes a partir para férias. Reuni a papelada toda necessária e entreguei-a. (...) As declarações da Segurança Social e das Finanças, em como não havia dívidas pendentes, foram tratadas por mim.” (entrevista 3)

“E eu, que trabalho das 09h00 à meia-noite, fico louca quando perco tempo com burocracia e filas de espera. Perdi imenso tempos nas Finanças, para pedir uma declaração de dívida. Idem na Segurança Social, pela mesma razão.” (entrevista 5)

A aplicação do disposto do n.º 6 do art. 7.º da Portaria n.º 380/2001 implicava que a decisão de concessão do incentivo caducava caso os contratos não fossem celebrados, por razões imputáveis aos promotores, no prazo de 30 dias úteis após comunicação da decisão. Por este motivo, entende-se a preocupação referida pelo entrevistado 3. No entanto, o Gabinete de Gestão não foi peremptório na aplicação deste normativo, chegando a enviar até três ofícios a solicitar a entrega dos elementos exigidos para a celebração do contrato.

“Não, não houve problemas [com o contrato]. Fiz um ou dois contactos com o Saúde XXI, alguns deles presencialmente, mas todos decorreram sempre com elevação e as pessoas tiveram em conta as dificuldades processuais, e não houve dificuldades de maior.” (entrevista 6)

“Desde o início da formalização do pagamento existiram atrasos. Até o próprio atraso na assinatura... Lembro-me perfeitamente que recebi o contrato, houve um atraso de ambas as assinaturas porque o [outro sócio] não esteve...” (entrevista 9)

“Só entre a aprovação do projecto e a assinatura do contrato terão decorrido uns seis meses...” (entrevista 10)

Duas candidaturas de promotores localizados a Sul do Tejo foram aprovadas mas posteriormente anuladas porque não se concretizou a celebração do contrato. Os motivos estão omissos nos processos existentes no Saúde XXI, não existindo resposta dos promotores aos ofícios remetidos pelo Gabinete de Gestão (Figura 7).

Figura 7 – Ofício de comunicação da anulação do projecto

ASSUNTO: Regime de Incentivos Saúde XXI – Medida 3.1
Comunicação da anulação da decisão que aprovou o apoio financeiro ao projecto para “Modernização de unidade de radiologia”

Em 07/05/2003, este Gabinete comunicou a homologação do incentivo solicitado para o projecto apresentado pela V/empresa e solicitou alguns documentos necessários para a celebração do Contrato de concessão de incentivos. Em 01/07/2003 e 28/08/2003 insistiu-se novamente no envio dos elementos em falta. Contudo não houve qualquer resposta por parte do promotor.

Face ao exposto e tendo em conta o previsto no nº 3 do art. 15º do DL nº 15/2001 de 27 de Janeiro e no nº 6 do art. 7º da Portaria nº 380/2001 de 11 de Abril, comunica-se a anulação da decisão que aprovou o incentivo solicitado.

Fonte: Documentação constante no processo relativo a uma candidatura anulada, Saúde XXI

Numa apreciação global à categoria procedimentos é possível resumir que:

- Os procedimentos administrativos mais referidos como sendo de difícil cumprimento foram os prazos estabelecidos para as várias fases processuais e a obtenção do licenciamento da actividade de prestação de cuidados de saúde, que

também estava dependente da verificação das condições técnicas das instalações;

- Um ponto comum, tanto nos procedimentos administrativos como nos técnicos e económico-financeiros, foi a referência ao excesso de documentação necessária para fundamentar todas as condições de acesso, que na perspectiva dos promotores são aspectos burocráticos que, se cumpridos, não garantiam a probabilidade do projecto vir a ser aprovado;
- Os procedimentos técnicos e económico-financeiros revelaram-se um dos pressupostos mais relevantes para a aprovação da candidatura;
- Decorrendo dos pareceres das ARS, vários promotores tiveram de alterar as instalações para cumprimento da legislação em vigor, facto considerado como excessivo para os entrevistados;
- Os pareceres condicionados pelo IAPMEI obrigaram a alterações nas formas de financiamento dos projectos ou na apresentação de fundamentação em como todos critérios estavam integralmente cumpridos;
- Mais uma vez se verificou que os promotores desconhecem ou interpretaram incorrectamente algumas das formalidades estabelecidas para o regime de incentivos, como a referência à proibição de aquisição do equipamento até à aprovação do projecto;
- A correcção anterior torna-se bastante relevante quando, desde a apresentação da candidatura até a decisão de aprovação, decorreu um período médio de 287 dias;
- A percepção dos promotores em relação ao tempo decorrido entre a candidatura e a aprovação nem sempre foi correspondente aos factos (duração em dias), por terem existido atenuantes ou dificuldades acrescidas que modificaram o entendimento dos promotores;
- Para a celebração do contrato os promotores são confrontados com uma extensa lista de elementos a cumprir, tendo sido apontadas como principais dificuldades a obtenção das declarações comprovativas da situação regularizada perante o Estado e a Segurança Social.

Terminada a análise da fase de candidatura e aprovação dos projectos no âmbito da Medida 3.1 do Saúde XXI, revelou-se que os parceiros apoiantes dos promotores na elaboração das candidaturas tiveram uma intervenção directa na forma como a

candidatura foi apresentada. Independentemente de alguns obstáculos enfrentados, todos os promotores foram unânimes na sua dependência quanto ao trabalho realizado pelos contabilistas ou empresas de consultoria. Nas opções de investimento os promotores adoptaram estratégias diferentes para a decisão de incluir ou não determinados investimentos na candidatura. Os normativos legais nem sempre foram respeitados, conduzindo a que nem todo o investimento tivesse sido aprovado. Este facto também dificultou alguns promotores, confrontados com uma contrapartida financeira superior à esperada. Mesmo assim, a maioria financiou os respectivos projectos com o recurso a capitais próprios da empresa. Os procedimentos administrativos, técnicos e económico-financeiros revelaram-se pressupostos essenciais a cumprir para a aprovação das candidaturas.

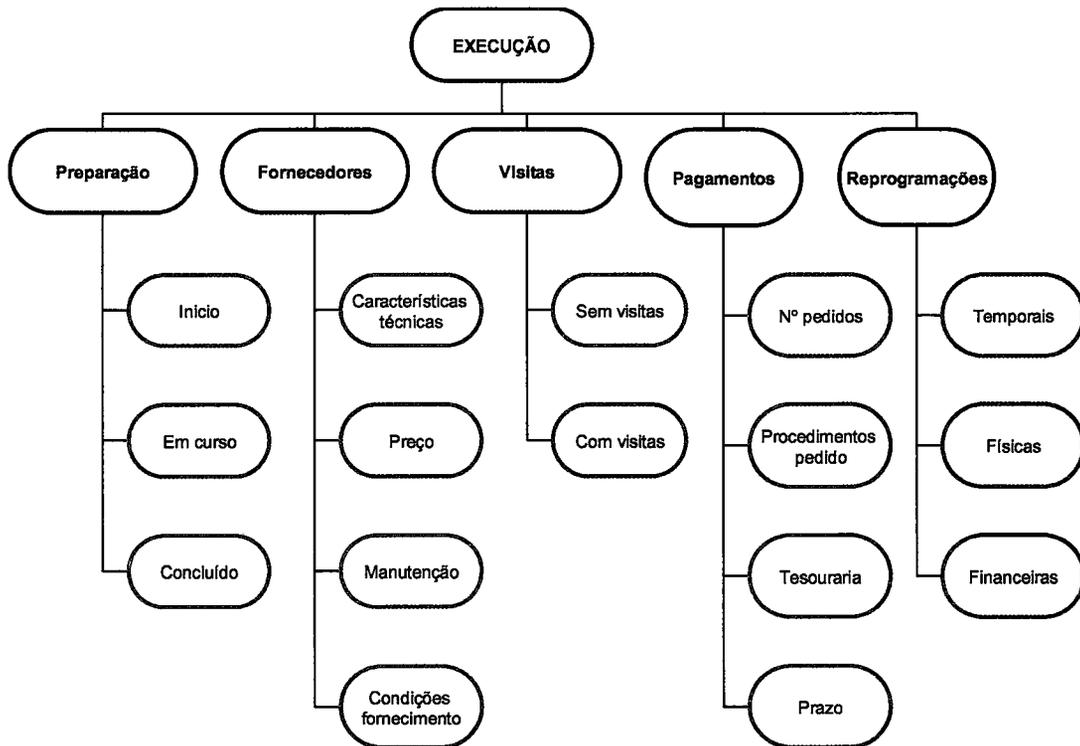
Vislumbra-se, assim, que a fase de candidatura é crucial no ciclo de vida de um projecto de co-financiamento e que os 12 projectos seleccionados para o presente estudo ultrapassaram as vicissitudes desta fase. No entanto, como alerta um entrevistado acrescenta: “a candidatura é o mais fácil. A posteriori é que se torna mais assustador...” (entrevista 9).

5.4. Execução

A terceira fase do ciclo de vida de projectos com apoio do Regime de Incentivos do Saúde XXI corresponde à execução do projecto após a aprovação. No modelo CIPP de Stufflebeam identifica-se o primeiro P para Processo, representando as acções de desenvolvimento do projecto até à sua concretização, devendo ser registados todos os progressos. Numa perspectiva avaliativa relaciona-se com a questão “Como foi realizado o projecto?”. Esta fase é a mais operacional de todo o ciclo de vida dos projectos, criada com base nos elementos que poderiam ser perturbadores da boa execução dos mesmos, com reflexos no cronograma estabelecido e alterações aos recursos seleccionados. Em suma, trata-se da realização das actividades com vista à conclusão do projecto.

Esquemáticamente a Figura 8 identifica a fase de execução com cinco categorias e correspondentes subcategorias.

Figura 8 – Árvore das categorias da fase de execução



Fonte: Entrevistas

A categoria preparação surge para identificar o estado de desenvolvimento do projecto aquando da informação da aprovação pelo Saúde XXI.

Os fornecedores são uma peça importante na execução do projecto, sendo seleccionados pelos promotores por diferentes motivos.

A categoria visitas corresponde à presença ou não de entidades que vistoriam as instalações do promotor para o cumprimento dos requisitos legais de licenciamento ou acompanhamento do projecto co-financiado.

As categorias pagamentos e reprogramações estão caracterizadas no Manual de Procedimentos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI, sendo que a primeira corresponde aos pedidos de pagamento solicitados pelos promotores para recebimento do incentivo aprovado e as reprogramações são as alterações efectuadas aos projectos ao longo da sua execução, alterações essas que podem ser distintas originando as várias subcategorias.

O quadro 15 descreve as subcategorias segundo as unidades de texto codificadas a partir dos discursos dos promotores. As categorias e subcategorias não são exclusivas:

Quadro 15 – Descrição das subcategorias da fase de execução

Categoria	Subcategoria	Descrição
Preparação	Início	Após a aprovação deu início à execução do projecto
	Em curso	Após a aprovação prosseguiu com a execução do projecto
	Concluído	Após a aprovação concluiu o projecto através dos pagamentos
Fornecedores	Características técnicas	Forma de selecção do equipamento (ou outro bem) de acordo com características técnicas e a qualidade
	Preço	Consulta ao mercado e negociação de preços
	Manutenção	Importância da manutenção do equipamento
	Condições fornecimento	Prazos de fornecimento e condições de pagamento
Visitas de entidades	Sem visitas	Sem a presença de entidade(s) nas instalações, que resultaram ou não em alterações ao projecto
	Com visitas	Com a presença de entidade(s) nas instalações, que resultaram ou não em alterações ao projecto
Pagamentos	N.º pedidos	Número pedidos pagamento solicitados ao Saúde XXI
	Procedimentos para o pedido	Documentação necessária para efectuar o pedido de pagamento ao Saúde XXI
	Tesouraria	Decisões e dificuldades quanto à disponibilidade de tesouraria
	Prazo pagamento	Tempo decorrido entre envio documentação e o recebimento do incentivo
Reprogramações	Temporais	Alteração de datas de início ou conclusão
	Físicas	Alterações a componentes ou equipamentos
	Financeiras	Alterações ao custo total do projecto, mas sem alteração incentivo

Fonte: Entrevistas

Para a análise da fase da execução as principais fontes de informação foram os discursos dos promotores, recorrendo-se à legislação e ao Manual de Procedimentos do Gabinete de Gestão do Saúde XXI para a análise dos pedidos de pagamento e reprogramações. O recurso à documentação constante no processo de cada projecto, nomeadamente os ofícios trocados entre as entidades durante a execução dos mesmos, permitiu apoiar a análise efectuada.

5.4.1. Preparação

A preparação da execução surge porque, após a decisão de aprovação, haverá a necessidade de especificar “quando, aonde, e como, as actividades que fazem parte do projecto devem ser concretizadas e, ainda, quem será encarregado de as administrar” (Imperatori e Giraldes, 1986:115-116). Atentando nestas características, as categorias identificadas para esta fase da execução aproximam-se das actividades que constituirão preocupação dos promotores até à fase de conclusão do projecto.

A partir do discurso dos entrevistados identificaram-se três momentos de arranque dos projectos: um grupo só iniciou o projecto após a informação da aprovação por parte do Saúde XXI, noutra grupo os promotores continuaram a execução e num terceiro grupo, que já considerava ter terminado, faltava apresentar os pedidos de pagamento para receber o incentivo.

- Início

Considerando o primeiro três entrevistados que só inicia o projecto com a aprovação:

“Sim, só nessa altura é que avancei [após a aprovação]. Mas já tinha pedido as facturas pró-forma respeitantes ao material necessário para reequipar a clínica.” (entrevista 5)

Para a apresentação da candidatura ao Saúde XXI foi necessário apresentar facturas pró-forma ou orçamentos dos equipamentos a adquirir ou das obras a realizar. Por este motivo, os promotores referem dispor já dessa informação. Portanto, teriam uma previsão do custo dos materiais mas aguardavam pela aprovação do projecto para iniciar as aquisições previstas.

- Em curso

Um outro grupo de cinco entrevistados considera já ter o projecto em curso e, ao saber da sua aprovação, dá continuidade ao mesmo:

“Eu mentalmente já tinha dado início ao projecto e do ponto de vista financeiro tinha dado os primeiros passos. (...) Com ou sem Saúde XXI eu teria de ir desenvolvendo o projecto, naturalmente, contactando empresas fornecedoras de equipamentos. E continuou esse processo...” (entrevista 6)

“Iniciei apenas na parte de alguns equipamentos. Eram coisas cuja aquisição estava programada, o meu *timing* era aquele, havia algum fundo de maneio e fomos investindo.” (entrevista 7)

Na óptica do entrevistado 6 já teria iniciado o projecto, até porque, apesar de considerar curto o tempo para a aprovação, foi prejudicado pelo facto de alguns equipamentos terem sido facturados antes dela. O entrevistado 7 iniciou o projecto com os equipamentos mais

prementes ao desenvolvimento da actividade e preocupou-se em ter os capitais próprios necessários para o pagamento.

- Concluído

Há, ainda, três promotores que consideram o seu projecto praticamente concluído:

“A decisão seguinte [após aprovação] foi pedir o adiantamento ou reembolso. Já tínhamos adquirido as máquinas e bastou pedir o primeiro pagamento, mediante o envio da factura e recibo da aquisição e de toda a documentação necessária.” (entrevista 1)

“Quando aprovou já o tinha a trabalhar... Sim, foi isso... Mesmo que não viesse dinheiro algum, já tinha comprado. Comprei-o [depois de apresentar a candidatura] e paguei.” (entrevista 11)

Os promotores que responderam faltar apenas concluir os projectos com os pedidos de pagamento são casos em que, maioritariamente, o investimento correspondeu a equipamento. Todavia, a instalação desse equipamento estava dependente da conclusão de obras de adaptação do espaço. Ou seja, a aprovação nem sempre resultou num pedido de pagamento imediato ao Saúde XXI.

No quadro seguinte é possível confrontar a data de homologação com as datas de início efectivas, ou seja, verificar quais os projectos que já estavam em execução ou que foram iniciados após a aprovação do Saúde XXI.

Quadro 16 – Datas efectivas de homologação, de início e de conclusão

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Homologação	30-04-2003	05-04-2004	11-08-2003	30-05-2003	19-03-2002	30-04-2003
Início efectivo	18-12-2003	15-09-2003	29-12-2003	24-09-2002	25-09-2001	31-05-2002
Conclusão efectiva	31-12-2004	28-02-2005	20-07-2004	09-08-2004	17-03-2003	06-06-2005

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Homologação	13-11-2002	16-01-2003	13-05-2002	30-05-2003	17-09-2002	13-11-2002
Início efectivo	15-02-2002	01-10-2001	06-09-2001	29-11-2002	27-02-2002	17-05-2002
Conclusão efectiva	08-11-2004	06-06-2003	28-02-2003	22-12-2004	22-04-2003	30-12-2002

Fonte: Fichas de aprovação de financiamento FEDER e Relatórios finais de execução dos projectos FEDER, Saúde XXI

Os projectos 1 e 3 só foram iniciados após a homologação respectiva, porque a data de início é posterior à de homologação. Nesta lógica, as datas confrontam directamente o discurso do entrevistado 1, o qual referiu que apenas se limitou a concluir o projecto com o envio dos pedidos de pagamento. Tal é compreensível porque, para o promotor, o projecto também incluía as obras de adaptação do espaço e o projecto aprovado apenas correspondeu aos equipamentos.

A maioria dos projectos – mais concretamente oito – continuou a execução após a homologação, uma vez que as datas de início efectivo são anteriores à homologação. No caso dos projectos 8⁷⁶ e 12 poderá ser referido estarem em fase de conclusão, porque a data de homologação é próxima da de conclusão efectiva. Quatro promotores chegaram a ser confrontados com o facto de não terem dado indicações sobre o início efectivo do projecto, Figura 9:

Figura 9 – Ofício de incumprimento de prazos

ASSUNTO: Incumprimento de prazos

Como é do conhecimento de V.ª Ex.ª foi aprovada em 11.08.2003 a concessão, a essa entidade, de um apoio financeiro para a realização do projecto em epígrafe, tendo o respectivo contrato sido enviado a V.ª Ex.ª pelo n.º ofício n.º 2846 de 22.03.2004. Todavia, até esta data, não deu entrada neste Gabinete de Gestão qualquer pedido de pagamento ou prova de que o investimento tenha tido início.

Fonte: Documentação constante no processo relativo ao projecto 3, Saúde XXI

5.4.1. Fornecedores

Os projectos aprovados incluíam, como principais componentes de investimento, equipamentos e obras de remodelação das instalações. Para esta execução os promotores teriam de estabelecer relações comerciais com fornecedores de equipamentos ou de construção civil. Apesar de a candidatura ter exigido a apresentação de facturas pró-forma e orçamentos, não era obrigatório que, posteriormente, o promotor recorresse a essas empresas para aquisição do equipamento. Poderia optar por outros fornecedores.

Muitas vezes as empresas são incapazes de impor condições aos seus fornecedores, sendo recomendada uma consulta a outros fornecedores para não serem estabelecidas relações comerciais de forma precipitada com o único fornecedor conhecido. Devem ser identificados vários fornecedores e avaliados os preços praticados, as condições de pagamento, os prazos de entrega, a qualidade dos produtos e/ou serviços e, se possível, a capacidade financeira dos mesmos (Costa e Ribeiro, 2007). É com base nestas características que foram criadas as subcategorias presentes nos discursos dos promotores.

⁷⁶ Em relação ao projecto 8, se o Saúde XXI não permitisse a aquisição do equipamento sem o projecto aprovado (a conferir no subcapítulo 5.3.3 Procedimentos) o mesmo nunca poderia estar em fase de conclusão como sugere a proximidade das datas de homologação e de conclusão.

- Características técnicas

Uma vez que o equipamento médico/técnico está directamente relacionado com a prestação de cuidados de saúde, este foi o recurso com o qual os promotores tiveram maior preocupação de escolha, identificando o que melhor se adequava às necessidades assistenciais. Assim, as características técnicas destes equipamentos, para cinco promotores, prevaleceram sobre as restantes condições dos fornecedores.

“Provavelmente há equipamento mais sofisticado. Mas este era o que nos interessava, por estarmos no início dessa actividade na empresa.” (entrevista 1)

“Comprámos equipamento que, tanto economicamente como a nível de funcionalidade e de qualidade, desse as garantias pretendidas” (entrevista 10)

É necessário evitar a tentação de optar por comprar o mais barato, nomeadamente para empresas em fase de lançamento, porque poderá causar problemas de prestação de serviços (Costa e Ribeiro, 2007). A lógica empresarial a aplicar numa nova unidade é a afirmação no mercado, pelo que se deve garantir que os equipamentos são os mais adequados, independentemente do fornecedor, em oposição à afirmação “já a conhecíamos e optámos novamente por ela [empresa fornecedora].”

Mas, apesar da importância dos equipamentos médicos, seis promotores associaram a selecção ao facto de já conhecerem os fornecedores e não referem qualquer consulta ao mercado em busca de outras alternativas, com excepção de um único promotor:

“Escolhi os fornecedores habituais, com os quais me dou bem. (...) Não tenho motivos para mudar de fornecedores e dispensei-me de correr riscos de ser mal servida” (entrevista 5).

“Fui muito selectivo. Baseado na experiência em direcção de serviços, procurei vários fornecedores. Informe-me sobre as características dos equipamentos. Sim, fiz consultas e fui aos detalhes.” (entrevista 6)

O discurso do entrevistado 5 terá de ser confrontado com um ofício remetido ao Saúde XXI, em que na memória justificativa às alterações do plano de investimentos se refere que “a alteração que ressalvamos prende-se com a falência de uma empresa fornecedora (...), na qual não foi possível adquirir o equipamento inicialmente previsto”, optando por outra entidade fornecedora. Com este facto compreende-se a importância da selecção dos fornecedores, tanto mais que conduzem a alterações (reprogramações) aos projectos aprovados. Por outro lado, demonstra a importância do conhecimento da situação financeira do fornecedor e recomenda prudência na decisão de, preferencialmente, a selecção recair nos fornecedores e não nas características técnicas do equipamento.

- Preço

Além das questões técnicas, o preço foi outra das características apontadas por seis promotores para a selecção do equipamento.

“São pessoas que já tinham trabalhado connosco e em relação às quais temos confiança. Quando falei com os fornecedores habituais já tinha feito uma consulta para aferir dos preços praticados e poder negociar numa base diferente.” (entrevista 7)

“Consegui negociar um bocadinho abaixo, ameaçando que poderiam perder o cliente. (...) Como agora se pode ir adquirir o material a qualquer lado, ameacei-os de que iria comprá-lo a Espanha.” (entrevista 11)

O preço tem associadas duas estratégias. Primeira, a sua referência surge com maior frequência associada às obras de adaptação das instalações. Tratando-se de uma área da construção civil e de aquisição de equipamentos gerais, como os promotores não conhecem o mercado optam pelo preço como factor a ter em consideração. A segunda estratégia é a necessidade de negociar preços mesmo com os fornecedores habituais. Para este efeito procuram conhecer os preços de outros concorrentes para compreender se o fornecedor usual está ou não a praticar valores adequados. A partir daí negociam o preço ou outras vantagens comerciais. Interessante será também a estratégia de ponderar a aquisição de equipamentos em Espanha, se pensarmos que nalguns casos se tratam de promotores com empresas próximas do país vizinho e no qual o valor do IVA é inferior. Recorda-se que o valor do IVA é uma despesa não elegível para efeitos de financiamento público.

- Manutenção

Na escolha do fornecedor também surgiram menções à **manutenção** dos equipamentos, salientadas por três promotores:

“Recuso um fornecedor que me vende um equipamento e desaparece, porque necessitarei de manutenção periódica. Aliás, se optasse por essa via, era preferível importar directamente o equipamento, pois com isso pouparia muito dinheiro.” (entrevista 7)

“O mais importante, no entanto, é a assistência que darão aos meus equipamentos. Certas firmas começam por trabalhar bem mas, tempos depois, degradam a assistência fornecida e nós ficamos numa situação delicada. Infelizmente, tenho tido muitos casos desses...” (entrevista 8).

A questão da manutenção poderá estar relacionada com o preço porque, de certa forma, os promotores preferem ter um preço ligeiramente mais elevado mas com garantias de que existirá manutenção ao equipamento. Uma característica premente no caso de aparelhos médicos, porque estes não podem ter períodos de inactividade prolongada por carência de assistência e de manutenção, visto que tal reduz a produtividade da empresa

com consequências imediatas nos proveitos. Este poderá ser o motivo por que os promotores não recorrem com maior frequência a fornecedores estrangeiros, por falta de garantia de manutenção. Acresce que, mesmo sendo o fornecedor português, se a manutenção só for assegurada por um representante exterior da marca o envio de peças depende dessa entidade o que dificulta a assistência, “por causa disto eu tenho vindo a cessar relações com algumas firmas no mercado” (entrevista 8).

- Condições de fornecimento

As últimas características relacionadas com os fornecedores foram as condições de fornecimento dos equipamentos e as de pagamento, destacadas por quatro promotores:

“Primeiro adquirimos os dois equipamentos e, como tivemos dificuldades com a criação do ramal da EDP, e os equipamentos ficaram imobilizados. (...) Tudo isso demorou mais tempo do que prevíamos. (...) Então negociámos o alargamento do prazo de pagamento com os fornecedores.” (entrevista 1)

“O mais complicado foram as obras, que demoraram mais um ano do que era suposto. (...) Isto demorou um ano e causou um grande buraco financeiro aqui. Isso criou muitas dificuldades...” (entrevista 9)

Os promotores que realizaram obras de adaptação do espaço físico, mesmo que não constassem nos projectos aprovados, afectaram a execução das actividades previstas, sobretudo o pedido de pagamento ao Saúde XXI. Como se verá mais adiante, a realização de obras de dimensão relevante afectou os prazos de conclusão, provocando reprogramações, que por sua vez afectaram as datas dos pagamentos. Este dado é importante porque, por exemplo, o entrevistado 1 conseguiu alargar o prazo de pagamento aos fornecedores de equipamentos. Mas o entrevistado 9, por outro lado, refere problemas financeiros em consequência do adiantamento do pagamento.

“Pagámos à maioria dos fornecedores mas alguns só receberam depois do Saúde XXI entregar o valor do financiamento porque eles não se importaram de esperar.” (entrevista 4)

Uma vantagem para o promotor seria a possibilidade de apenas efectuar o pagamento ao fornecedor após o recebimento do incentivo público, só possível através de uma negociação dos prazos de pagamento com os fornecedores. Esta ocorrência poderá explicar a preferência dos promotores pelos fornecedores habituais, com os quais já existe uma relação comercial sólida e de confiança.

Os atrasos no fornecimento do equipamento também provocaram alterações ao cronograma de actividades, porque a elevada especificidade do equipamento conduz a uma demora na entrega. Nestes casos é importante conhecer, antecipadamente, o tempo provável até à data de entrega.

Da análise da categoria fornecedores ressalta que as características técnicas serão um aspecto relevante para a selecção do equipamento médico, mas vários promotores associaram a selecção ao facto de já conhecerem os fornecedores, optando por não realizar consultas ao mercado. Seguem-se, por ordem de importância, o preço, as condições de fornecimento e a manutenção dos equipamentos, considerando o número de promotores que apontam cada uma destas características.

5.4.3 Visitas de entidades

A presença de entidades externas às empresas poderia ocorrer ao longo da execução do projecto, fosse ela para verificação das instalações com vista à obtenção da licença de funcionamento, para garantia de normas de qualidade e de segurança associadas às instalações e equipamentos ou para organização e funcionamento da empresa segundo os normativos legais em vigor⁷⁷.

O Gabinete de Gestão do Saúde XXI também poderia realizar visitas às instituições no âmbito de acções de controlo de 1.º nível⁷⁸.

Considerando os discursos dos promotores, surgem dois grupos: aqueles que não tiveram a presença de nenhuma entidade nas suas instalações e os que receberam pelo menos uma das visitas possíveis, para observar o local ou verificar o projecto.

- Sem visitas

Existem três promotores que se inserem neste grupo:

“Tivemos de elaborar planos, plantas e projectos para aprovação do município e a própria ARS do Alentejo obrigou-nos a instalar outra casa de banho. Os pedidos foram sempre feitos por correspondência.” (entrevista 2)

Dois destes promotores não tiveram a presença de nenhuma entidade nas suas instalações, até porque se tratava de empresas já criadas e instaladas em 1996 e 1983, portanto, já com licenciamento da actividade. Como a empresa foi criada em 2002, data

⁷⁷ A todas as unidades privadas de saúde com fins lucrativos aplicam-se os diplomas Decreto-Lei n.º 123/97, de 22 Maio, e o Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 Janeiro. As adaptações preconizadas nos Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 Novembro, e Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 Setembro, aplicam-se a unidades de saúde que utilizem radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos, e as adaptações do Decreto-lei n.º 500/99, de 19 Novembro, para as unidades de saúde de medicina física e reabilitação, de diagnóstico e de terapêutica.

⁷⁸ O controlo de 1.º nível “corresponde a uma forma de controlo interno e abrange acções de natureza concomitante e/ou *a posteriori* das candidaturas, projectos ou acções co-financiados, nas suas componentes material, financeira, contabilística, factual e técnico-pedagógica. Ou seja, verificação física e financeira, quer nos locais de realização do investimento e das acções, quer junto das entidades que detêm os originais dos processos técnicos e documentos de despesa” (Ferreira, 2002:25).

próxima da apresentação da candidatura, o promotor da entrevista 2, apesar de não ter tido a presença local da ARS, refere ter procedido a alterações nas instalações para cumprir os normativos aplicáveis aos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. No parecer da ARS consta a necessidade de o promotor respeitar as normas relativas à melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada.

- Com visitas

A maioria dos entrevistados, mais concretamente oito, inclui-se no grupo que teve visitas, de pelo menos, uma entidade no local de realização do projecto. Cinco destes entrevistados não tiveram de efectuar alterações:

“Tive a visita de técnicos do Saúde XXI, que vieram observar tudo, desde mapas de pessoal e de contabilidade até armários...” (entrevista 5)

“Na altura dos licenciamentos tive as visitas normais do centro de saúde, da câmara, dos bombeiros. Foram as únicas que houve... Só por causa do licenciamento.” (entrevista 10)

Por outro lado, três entrevistados tiveram de alterar as instalações:

“Tivemos a visita de serviços da ARS e da câmara, fundamentalmente por questões de licenciamento. (...) Eu tinha um pequeno gabinete de fisioterapia e tivemos de o ampliar um pouco.” (entrevista 6)

Apesar de alguns projectos já terem obras de adaptação incluídas no plano de execução, as visitas de entidades externas conduzem a alterações não previstas. Assim, posteriormente, são necessárias reprogramações para satisfazer os requisitos e incluir as novas despesas, ou, em alternativa, o promotor opta por as suportar. Todos os entrevistados com visitas, à excepção do entrevistado 5, tinham novas instalações ainda sem licenciamento para a prestação de cuidados de saúde, motivo evidente para a presença das várias entidades que têm como incumbência proceder a verificações com vista à atribuição das licenças de funcionamento. Globalmente, verifica-se que, dos 11 promotores, quatro tiveram de proceder a alterações às instalações para o cumprimento das condições de funcionamento.

5.4.4. Pagamentos

Os pagamentos pelo Saúde XXI, na perspectiva dos promotores, eram o elemento crítico do processo na fase de execução dos projectos, porque esta era a razão pela qual apresentaram a candidatura ao Regime de Incentivos. O pagamento para ocorrer teria de ser despoletado pelo promotor, através de um pedido de pagamento formal (ofício) enviado ao Saúde XXI, juntamente com os documentos originais justificativos das

despesas efectuadas (facturas e recibos ou documentos contabilísticos de valor probatório equivalente), segundo o n.º 2 do art. 18.º do Decreto-Lei n.º 15/2001. O pagamento corresponde à despesa considerada elegível, “perfeitamente identificada e claramente associada à concretização de uma operação cuja natureza e data de realização respeitem a regulamentação específica da intervenção operacional em causa” (Ferreira, 2002:33).

- Número de pedidos

A entidade promotora poderia apresentar até um máximo de quatro pedidos de pagamento, mas nos projectos estudados nenhum dos promotores atingiu esse limite. Nos 12 projectos em estudo, metade dos promotores apresentou um único pedido.

“Em vez de fazer o envio por fases, seguiu tudo de uma vez só, acompanhado de facturas e recibos porque estava tudo pago aos fornecedores.” (entrevista 3)

O discurso nem sempre foi coincidente com o número de pedidos efectivamente realizados. Esta eventual confusão poderá ter ocorrido porque os pedidos de pagamento nem sempre estavam correctamente instruídos, originando o envio faseado da diversa documentação necessária.

Quatro promotores solicitaram dois pedidos de pagamento e dois outros fizeram-no por três vezes.

“Pedi o pagamento por *tranches*. À medida que os equipamentos iam chegando, eles pediam-me os originais das facturas e os recibos, eu enviava-os e imediatamente eles enviavam o dinheiro correspondente à parte do financiamento.” (entrevista 5)

A relevância do número de pedidos de pagamento está relacionada com as categorias procedimentos dum pedido de pagamento e tesouraria. Porque, por um lado, as regras destes pedidos podem ter impedido uma apresentação mais faseada dos mesmos e, por outro, sendo as questões de tesouraria uma das dificuldades apontadas, um faseamento desses pedidos poderia ter ajudado a ultrapassar essa questão.

- Procedimentos de um pedido de pagamento

Para um pedido de pagamento os documentos a entregar pelo promotor eram os seguintes (Saúde XXI, 2003):

- Formulário de pedido de pagamento/adiantamento;
- Originais e uma cópia dos documentos de despesa e de quitação do investimento referido no formulário;
- Declarações comprovativas actualizadas da situação regularizada de dívidas perante o Estado e a Segurança Social;

- Declaração do Técnico Oficial de Contas a confirmar que todo o investimento apresentado está devidamente contabilizado em contas da Classe 4 do Plano Oficial de Contabilidade ou equiparado;
- Extracto contabilístico que evidencie a contabilização do incentivo concedido.

Para serem elegíveis, as despesas teriam de ser datadas posteriormente à da entrada da candidatura no Gabinete de Gestão do Saúde XXI e de corresponder a despesas materializadas no período correspondente à execução do projecto co-financiado (Saúde XXI, 2003). Todas as verificações relativas a estes procedimentos eram da responsabilidade do Gabinete de Gestão do Saúde XXI.

A documentação a entregar no pedido de pagamento e a identificação de despesa considerada não elegível foram elementos causadores de constrangimentos que, à semelhança da fase de candidatura, careciam de correcção para se processar o pagamento. Dentre os documentos a entregar, os mais referidos foram as declarações comprovativas da situação regularizada de dívidas perante o Estado e a Segurança Social, presentes no discurso de cinco entrevistados.

“Eles foram muito exigentes. Obrigaram-nos a pedir declarações em como nada devíamos à Segurança Social e às Finanças. Tive muitos gastos para cumprir o calvário burocrático.” (entrevista 2)

“Este aspecto burocrático, de controlo constante, é sufocante. (...) Tínhamos de estar sempre a enviar documentos da Segurança Social, de quatro em quatro meses, em como não tínhamos dívidas.” (entrevista 9)

Uma vez que a entidade executora não poderia ser devedora de quaisquer contribuições e impostos ao Estado e à Segurança Social⁷⁹, teriam de ser entregues certidões comprovativas da inexistência dessas dívidas. No entanto, as certidões são apenas válidas por seis meses pelo que, se o promotor solicitasse um pedido de pagamento com uma diferença temporal superior, teria de apresentar novas declarações. Este facto originou nos promotores a sensação de um rigoroso e apertado controlo por parte do Saúde XXI, mas foi, até certo ponto, compreendido “porque já houve situações em que o dinheiro não foi parar aos sítios certos” (entrevista 9). Ainda assim, contestam a necessidade de entregar, constantemente, as mesmas declarações.

O entrevistado 9 é aquele que mais vezes se refere à problemática do envio das declarações de inexistência de dívida, por se tratar de um problema concreto no decorrer da execução do seu projecto. Sempre que a documentação necessária não estava completa, o Saúde XXI solicitava a respectiva regularização para poder prosseguir com o

⁷⁹ Nos termos do Decreto-Lei n.º 411/91, de 17 de Outubro, e do Decreto-Lei n.º 236/95, de 13 de Setembro.

pagamento. Nesses escritórios o elemento comum era a necessidade de envio destas declarações, como na Figura 10, já decorrente de várias solicitações anteriores.

Figura 10 – Ofício de cancelamento de apoio financeiro homologado

N/ Ref.º: Medida 3.1/Regime de incentivos Saúde XXI
ASSUNTO: Cancelamento do apoio financeiro homologado

Depois de sucessivas insistências (em 06.04.2004 e 23.08.2004) relativas a elementos em falta e necessários para a análise do segundo pedido de pagamento apresentado por V. Ex^a, no âmbito do projecto em epígrafe, foi essa empresa informada, pelo nosso ofício nº xxx, de 25.01.2005, de que havia sido decidido propor à tutela a rescisão do Contrato de Concessão de Incentivos celebrado com o conseqüente cancelamento do apoio financeiro aprovado.

Em 02.02.2005 deu entrada neste Gabinete alguma da documentação que vos havia sido sucessivamente solicitada. Em falta continuam as declarações comprovativas da situação contributiva regularizada, perante o **Estado** e a **Segurança Social**. Naquele expediente refere V. Ex^a que se têm deparado com dificuldades a nível de tesouraria e de pagamentos à Segurança Social, situação que estaria em processo de negociação, tendo omitido a situação de eventuais dívidas fiscais perante o Estado.

Fonte: Documentação constante no processo relativo ao projecto 9, Saúde XXI

Poderá ter sido para ultrapassar o envio constante da documentação que a maioria dos promotores optou por realizar um pedido de pagamento único.

“preferimos fazer tudo no fim para evitar mais pedidos de papéis e outras complicações burocráticas. Havia disponibilidades financeiras para pagarmos previamente tudo e optámos por pedir o reembolso apenas quando o processo esteve terminado.” (entrevista 2)

Porque o último pedido de pagamento – e único em alguns casos – estava dependente da apresentação e aprovação do Relatório Final de Execução de Projecto Co-financiado pelo FEDER, cuja estrutura tem em conta a demonstração da execução adequada do investimento aprovado (Saúde XXI, 2003).

Relativamente à decisão de alguma despesa poder vir a ser considerada inelegível deve-se, comumente, a falta dos originais dos documentos de despesa e de quitação do investimento referido e das datas desses documentos não coincidirem com o período de execução do projecto. Sempre que determinada despesa não era considerada elegível, cabia ao promotor financiar o valor total correspondente. Esta temática foi abordada por seis promotores:

“Ligámos e eles confirmaram que cortaram algumas coisas, que não eram elegíveis. Porquê? Disseram que foi por causa dos tempos, que já não podiam entrar. Já estava fora... Coisas de que enviámos facturas um bocadinho fora do prazo já não entraram.” (entrevista 9)

Mas o caso mais paradigmático foi o do entrevistado 8 que, apesar de ter um único pedido de pagamento, este foi de difícil concretização por incorrecções no apoio prestado pela empresa consultora e pelo tipo de relação comercial existente com os fornecedores.

“Se a firma que me preparou o projecto me tivesse avisado, desde início, que seria obrigado a apresentar facturas e recibos de todos os pagamentos realizados, as coisas teriam decorrido de outra forma. (...) Por vezes mandavam para lá fotocópias e eles queriam originais.” (entrevista 8)

“Até a empresa que, inicialmente, me instalou os computadores era de carácter familiar, pelo que facturas e recibos foram tratados um pouco *ad hoc*. Passados três ou quatro anos, quando precisei de cópias de facturas, de recibos e de cheques, não tinham tudo para me dar. (...) As coisas eram tratadas de forma simples e prática, como quase sempre sucede nas relações individuais, ao estilo de mercearia.” (entrevista 8)

Para se compreender a dimensão do problema deste entrevistado, bastará dizer que o pedido de pagamento foi feito em 2 de Janeiro de 2004 e o pagamento só veio a ser concretizado em 16 Janeiro de 2006. Este caso alerta, mais uma vez, para a credibilidade das empresas consultoras no acompanhamento da execução de projectos co-financiados e evidencia a necessidade de cuidado acrescido no relacionamento com os fornecedores habituais aquando da aquisição do equipamento. O facto de ser um fornecedor conhecido – e note-se que muitos promotores tomaram esta decisão – quase inviabilizou a apresentação dos documentos de despesa necessários ao pagamento efectivo.

- Tesouraria

As regras associadas ao pagamento e ao número de pedidos de pagamento realizados pelos promotores gerou decisões e/ou dificuldades quanto à gestão da tesouraria. Para este tema será importante conhecer as modalidades de pagamento FEDER aplicáveis ao regime de incentivos do Saúde XXI:

- Pedido de Pagamento ou Reembolso, que tem lugar quando a entidade apresenta em simultâneo as facturas e os recibos correspondentes à despesa realizada;
- Pedido de Adiantamento, mediante comprovação do início do investimento, “através de demonstração de que foi dado início à execução física do projecto e foram feitos os primeiros pagamentos, documentados por facturas e recibos” (Saúde XXI, 2003:73).

Em função destas duas modalidades de pagamento, todos os promotores se restringiram à primeira, de acordo com a informação constante nos processos dos projectos no Saúde XXI. Seis promotores identificam, nos seus discursos, o recurso à modalidade de reembolso:

“Sim, estava tudo pago. Se o Saúde XXI acabasse por desistir do pagamento, depois eu teria algumas dificuldades em pagar as facturas que apareciam. (entrevista 6)

“Tínhamos de pagar ao fornecedor e depois é que mandávamos tudo, pedindo o pagamento do que já tínhamos pago. O impacte do próprio financiamento é diminuído por isto.” (entrevista 9)

A modalidade contra recibo significava que os promotores teriam, primeiro, de pagar aos fornecedores para, posteriormente, solicitarem o pedido de pagamento ao Saúde XXI, método, provavelmente, pouco adequado à gestão de empresas com uma tesouraria precária. Este facto é relevante porque, pelo menos, quatro promotores identificam dificuldades de tesouraria decorrentes da modalidade de pagamento contra recibo.

“Cheguei a pensar que cometera um erro ao pedir o financiamento ao Saúde XXI, porque eu teria obtido prestações muito mais baixas se negociasse as aquisições em *leasing*”. (entrevista 6)

“O que este projecto implica é que a pessoa tenha dinheiro para realizar as prestações. Porque é subsidiada mas tem de possuir meios para pagar antecipadamente e receber a comparticipação depois.” (entrevista 10)

As regras associadas ao pedido de adiantamento poderão ter sido o motivo para esta opção não ser adoptada:

“O próprio projecto dizia que podia haver financiamento antecipado, o que nunca foi. (...) Disseram-nos [Saúde XXI] que, no nosso caso, as questões seriam vistas depois dos pagamentos. Quando vi o contrato, pensei ser possível haver um adiantamento. Mas não foi possível obtê-lo...” (entrevista 6)

Os pedidos de adiantamento era apresentados nos seguintes termos (Saúde XXI 2003:73):

- “A entidade promotora pode efectuar pedidos de adiantamento correspondentes a um máximo de 60% do incentivo aprovado. Estes adiantamentos são concedidos em duas fracções, não podendo a primeira ser superior a 30% do incentivo aprovado” e a segunda dependia da realização física e financeira do projecto.
- “O recebimento do primeiro adiantamento compromete a entidade promotora a comprovar a sua aplicação no prazo máximo de 4 meses, sem o que não haverá lugar ao adiantamento seguinte”.

Para o pedido de adiantamento era ainda necessário apresentar uma garantia bancária no valor do incentivo solicitado, além dos restantes documentos já referidos como indispensáveis para um pedido de pagamento na modalidade de reembolso.

Destas regras decorria que a opção pela modalidade de adiantamento teria um compromisso⁸⁰ adicional para com uma instituição bancária, facto condicionante para o entrevistado 6, optando os promotores por pedidos de pagamento contra recibo.

Por outro lado, mantendo a modalidade de reembolso poderiam ter optado por vários pedidos de pagamento faseados, preferencial para a gestão financeira da empresa, em

⁸⁰ Uma garantia bancária tem custos significativos para as pequenas empresas.

que a verba devolvida poderia ser aplicada na continuação da aquisição dos equipamentos adstritos ao projecto.

“Houve equipamentos que não comprei logo no início. (...) Tive de esperar que me libertassem algum dinheiro do Saúde XXI, respeitante a equipamento que já tinha comprado, para poder adquirir outro.” (entrevista 10)

▪ Prazo de Pagamento

Todas as ocorrências anteriores acabam por se reflectir nos prazos de pagamento, ou seja, o tempo decorrido entre o envio do pedido de pagamento e o recebimento do incentivo.

As datas dos pedidos de pagamento correspondem às do envio dos ofícios pelos promotores ou às datas constantes nos relatórios finais sobre esta indicação, por se tratar da data em que o promotor solicitou oficialmente esse pagamento. Para o Saúde XXI esta data nem sempre foi válida porque, na maioria dos casos, os pedidos de pagamento não estavam devidamente instruídos e era impossível processar o pagamento. O que importa, na presente análise, é a percepção do promotor acerca do lapso de tempo entre o envio do pedido e o efectivo pagamento. É este período que transparece nos discursos dos promotores.

Quadro 17 – Tempo decorrido até ao pagamento

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Data 1º pedido pagamento	07-07-2004	26-04-2005	12-10-2004	11-08-2004	26-09-2002	29-03-2004
Data 1º pagamento	29-11-2004	19-07-2005	09-12-2004	24-12-2004	30-10-2002	01-06-2004
Tempo decorrido (dias)	142	83	57	133	34	62
Data 2º pedido pagamento	03-01-2005				28-02-2003	07-06-2005
Data 2º pagamento	19-07-2005				14-04-2003	03-11-2005
Tempo decorrido (dias)	196				44	146
Data 3º pedido pagamento					15-05-2003	
Data 3º pagamento					30-10-2003	
Tempo decorrido (dias)					165	

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Data 1º pedido pagamento	10-09-2003	02-01-2004	21-01-2003	13-01-2004	07-05-2003	14-03-2003
Data 1º pagamento	02-01-2004	16-01-2006	25-02-2003	27-05-2004	27-06-2003	14-05-2003
Tempo decorrido (dias)	112	734	34	134	50	60
Data 2º pedido pagamento	08-11-2004		06-03-2003	01-06-2004		
Data 2º pagamento	20-04-2005		12-05-2005	28-09-2004		
Tempo decorrido (dias)	162		786	117		
Data 3º pedido pagamento				08-03-2005		
Data 3º pagamento				25-05-2005		
Tempo decorrido (dias)				77		

Fonte: Relatórios finais de execução dos projectos co-financiados pelo FEDER, ofícios constantes nos processos dos 12 projectos seleccionados, Saúde XXI

Da análise do quadro anterior verifica-se que, em média, um pedido de pagamento demorou 166 dias a ser concretizado, cerca de cinco meses e meio. Todavia, este dado é influenciado por dois pedidos de pagamento só concretizados ao fim 734 dias e 786 dias (projecto 8 e 9, respectivamente), devido aos problemas analisados na categoria procedimentos para um pagamento. Sem estes dois casos a média é de 100 dias, pouco mais de três meses. Os pagamentos mais rápidos correspondem a 34 dias, para os quais terá sido determinante o envio adequado de toda a documentação necessária.

Importa agora confrontar o anterior Quadro 17 com os discursos dos promotores. Seis consideram que o tempo decorrido até ao pagamento foi rápido ou razoável:

“E o dinheiro foi depositado no prazo previsto. Eram muito exigentes, sem dúvida, mas na altura de cumprirem com o estipulado nunca falharam. Todo o processo foi muito rápido e correu dentro dos prazos fixados.” (entrevista 2)

“A resposta era rápida. Geralmente, se eu enviasse a documentação até ao dia 10 no final desse mês o dinheiro estava creditado.” (entrevista 5)

Até o entrevistado 8 considera que, após a resolução dos vários problemas associados ao pedido de pagamento, esse período de tempo “foi muito razoável. Cerca de um mês e tal a dois meses”. Naturalmente que, no extremo oposto, surgem os discursos de três entrevistados para quem o tempo foi demasiado longo e prejudicial para a sua actividade:

“Mas quando era em sentido inverso, para nós recebermos, espera aí que já vai... (...) Mandavam uma listagem sempre exaustiva de itens que tínhamos de cumprir. (...) Voltava a uma nova etapa, faltava um documento não sei quantos. Resultado: a entrega das *tranches* de dinheiro levou imenso tempo.” (entrevista 9)

“Desde que o projecto deu entrada até à sua aprovação, tínhamos previsto 60 dias (prazo por eles indicado) mas acabaram por passar, se calhar, 120 dias. Depois os pedidos de pagamento eram entregues mas demoravam três ou quatro meses a mandar o dinheiro.” (entrevista 10)

Efectivamente, o projecto 10 – com três pedidos de pagamento – demorou em média 109 dias para concretização, sendo, portanto, superior aos 60 dias referidos pelo promotor. Na consulta ao Manual de Procedimentos não foi possível confirmar a veracidade deste pressuposto de 60 dias, nem através da legislação relativa a pedidos de pagamento no âmbito da Medida 3.1 ou da componente FEDER.

Em resumo: metade dos promotores apresentou um único pedido de pagamento ao Saúde XXI, mas poderiam tê-lo concretizado de forma mais faseada até um limite de quatro pedidos. Uma das justificações para este facto poderá centrar-se na necessidade imperiosa de serem satisfeitos todos os procedimentos relacionados com um pedido de pagamento, com destaque para o envio de declarações comprovativas da situação regularizada de dívidas perante o Estado e a Segurança Social, que mais dificuldades

criou aos promotores. Outra das dificuldades apontadas foi a indefinição quanto à decisão de algumas despesas não serem consideradas elegíveis. Os promotores, incorrectamente, não remetiam originais dos documentos de despesa ou enviavam documentos em que as datas não coincidiam com o período de execução do projecto, pelo que essas despesas não poderiam ser consideradas para efeitos de pagamento. Há o caso particular de um promotor que, por incapacidade da empresa consultora e por este depositar confiança comercial nos fornecedores, não dispunha dos documentos de despesa, resultando num processo que se arrastou por mais de dois anos até ao pagamento.

Os prazos de pagamento para alguns promotores foram considerados demasiado longos, apesar de serem resultado das fragilidades da documentação apresentada, originando problemas de tesouraria. Acresce que a modalidade de reembolso também implicava um maior esforço de tesouraria. Para atenuar o investimento próprio, os empresários poderiam ter optado por apresentar vários pedidos de pagamento faseados, para que a verba devolvida pelo Saúde XXI fosse aplicada na liquidação de outros investimentos previstos no projecto. Se estas opções fossem utilizadas pelos promotores e se o pedido de pagamento estivesse devidamente instruído, o prazo de pagamento provavelmente seria, no mínimo, de 34 dias e, no máximo, de cerca de 100 dias.

5.4.5. Reprogramações

Ao longo da execução dos projectos aprovados seriam permitidas alterações aos mesmos, tecnicamente designadas por reprogramações⁸¹. Todas as alterações teriam de ser comunicadas ao Gabinete de Gestão do Saúde XXI quer, fossem em termos de calendário quer, relativas às componentes ou custos totais do projecto. Estas mudanças teriam de ser devidamente fundamentadas pelos promotores, com a apresentação das razões para essa modificação. Por princípio, nunca seriam aceites alterações que envolvessem acréscimo no valor dos incentivos, mesmo que aprovado um custo total superior.

No que respeita à substituição de componentes ou equipamentos, era indispensável avaliar se os objectivos e a natureza do projecto se mantinham inalterados. A autorização do deslize temporal da implementação do projecto teria de ser apreciada, tendo em conta

⁸¹ "Alteração da programação financeira de uma operação (quer o montante previsto quer a sua distribuição anual), das suas características ou objectivos, dos beneficiários ou do prazo previsto para a sua conclusão e/ou entrada em funcionamento. As alterações estão dependentes de nova aprovação" (Ferreira, 2002:86).

os condicionalismos e regras financeiras de gestão do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI, 2003).

Poderiam ser efectuadas reprogramações de três tipos: de natureza temporal, de natureza física e de natureza financeira, que no presente estudo representam subcategorias de análise.

- **Reprogramações temporais**

Estas referem-se à alteração dos prazos de execução previstos na candidatura. As novas datas propostas não poderiam ultrapassar o período de elegibilidade do Programa nem contrariar o regulamento da Medida 3.1 (Saúde XXI, 2003).

Praticamente todos os projectos tiveram, pelo menos, uma reprogramação temporal, com excepção do projecto 12, resultando em novas datas de conclusão (efectivas)⁸² posteriores às datas de conclusão previstas nas candidaturas aprovadas.

Quadro 18 – Datas de conclusão previstas e efectivas

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Início prevista	01-03-2003	01-09-2003	01-01-2002	15-10-2002	23-07-2001	02-05-2002
Conclusão prevista	30-06-2003	31-12-2004	30-03-2002	30-11-2002	31-10-2001	30-09-2002
Início efectiva	18-12-2003	15-09-2003	29-12-2003	24-09-2002	25-09-2001	31-05-2002
Conclusão efectiva	31-12-2004	28-02-2005	20-07-2004	09-08-2004	17-03-2003	06-06-2005
Atraso na conclusão (dias)	540	58	830	609	497	966

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Início prevista	01-01-2002	15-09-2001	01-09-2001	01-03-2003	05-01-2002	30-04-2002
Conclusão prevista	31-12-2002	31-12-2001	01-01-2002	31-05-2003	30-06-2002	31-12-2002
Início efectiva	15-02-2002	01-10-2001	06-09-2001	29-11-2002	27-02-2002	17-05-2002
Conclusão efectiva	08-11-2004	06-06-2003	28-02-2003	22-12-2004	22-04-2003	30-12-2002
Atraso na conclusão (dias)	668	516	417	562	292	0

Fonte: Relatórios finais de execução dos projectos co-financiados pelo FEDER

Para a análise do quadro anterior é importante relembrar alguns dos temas já abordados, nomeadamente o tempo necessário para as candidaturas estarem completamente instruídas afim de serem aprovadas e homologadas e o facto de a maioria dos promotores iniciar ou continuar a execução dos projectos com a aprovação dos mesmos.

O atraso na conclusão, em dias, corresponde à diferença entre a data de conclusão prevista e a de conclusão efectiva, verificando-se que apenas o projecto 12 cumpriu o estabelecido e a duração do projecto foi mesmo inferior ao previsto. O maior desvio está patente no projecto 6.

⁸² Corresponde à data constante no último recibo comprovativo das despesas realizadas.

Para compreender os desvios temporais verificados no quadro anterior, sete entrevistados referem-no nos seus discursos, quando questionados sobre se o projecto decorreu segundo o previsto na candidatura aprovada.

“As datas foram alteradas para nos darem mais tempo de concluir o projecto, por causa dos problemas com a EDP e o ramal de electricidade. O equipamento estava cá e não houve problema algum com a sua entrega, mas não podia funcionar sem electricidade em condições.” (entrevista 1)

“Causou [dificuldades] porque 80% a 90% do equipamento estava cá e fora pago e eu continuava sem poder encerrar o processo por faltar um equipamento.” (entrevista 6)

Um dos principais motivos para a alteração das datas de conclusão foi o atraso na conclusão de obras de adaptação dos espaços físicos ou atrasos na entrega dos equipamentos. Por causa das obras alguns promotores diferiam para mais tarde a instalação dos equipamentos, de modo a que a facturação fosse adiada até uma data próxima da do pedido de pagamento. Outro dos motivos apontados foi a aprovação tardia do projecto, que conduziu a atrasos no fornecimento dos equipamentos e, portanto, a uma alteração da data de conclusão. Também é referido que os atrasos nos pagamentos condicionaram a aquisição dos restantes equipamentos, originando uma sucessão de atrasos.

“Estávamos à espera da aprovação do projecto, que depois atrasou a aquisição do equipamento. O envio dos equipamentos ficou dependente da conclusão das obras. Logo que estas acabassem eles viriam.” (entrevista 9)

“Os equipamentos são caros e alguns só podíamos adquiri-los quando nos pagavam a comparticipação anterior. Isso originou a acumulação de atrasos...” (entrevista 10)

Há um promotor satisfeito com estes atrasos porque, tendo efectuado dois pedidos de pagamento ao Saúde XXI, tal permitiu-lhe obter fundos próprios para financiar a sua contrapartida obrigatória enquanto a empresa funcionava, pelo que, na sua óptica, o atraso não é, necessariamente, um aspecto negativo.

“O que me favoreceu foi alguma dilatação do prazo concedido pelo Saúde XXI para a execução do projecto, porque nos permitiu concluir as coisas como pretendia sem ter de recorrer à banca. (...) Conseguimos criar um fundo de maneio que nos permitiu fazer o resto do investimento com capitais próprios. Não nego que o prolongamento do prazo nos ajudou bastante.” (entrevista 7)

“Mas diga-se, em abono da verdade, que da parte do Saúde XXI nunca houve exigência escrupulosa no cumprimento dos prazos de conclusão do nosso projecto.” (entrevista 7)

Os promotores não teriam conhecimento sobre a necessidade de, oficialmente, comunicarem todas as alterações efectuadas aos projectos, inclusive os desvios temporais dos projectos, sendo confrontados com ofícios por parte do Saúde XXI para

fundamentação das alterações a realizar e identificação de nova data de conclusão prevista.

Figura 11 – Ofício a solicitar reprogramação temporal

ASSUNTO: Incumprimento de prazos

Como é do conhecimento de V^a Ex^a, foi aprovada em 13.11.2002, a concessão, a essa entidade, de um apoio financeiro para a realização do projecto em epígrafe.

A 01.10.2003, foi-nos enviado por V^a Ex^a, um pedido de pagamento após o qual a execução do projecto se situa em 33,5%. Relativamente a este pagamento não nos foram ainda remetidos os correspondentes recibos, estando o prazo largamente ultrapassado.

Verificando-se ainda manifesto atraso na realização do projecto, cuja conclusão estava prevista para 31.12.2002, vimos informar V^a Ex^a da necessidade imperiosa de ser justificada a situação até ao dia 15 de Outubro, de nos ser remetido eventual pedido de reprogramação temporal e de pedido de pagamento que demonstre efectivamente que o projecto se encontra em execução.

Fonte: Documentação constante no processo relativo ao projecto 7, Saúde XXI

▪ **Reprogramações físicas**

Este tipo de reprogramação correspondeu à introdução e/ou substituição de componentes físicas do projecto, mas sem alteração do investimento elegível aprovado. Na maioria dos casos tratou-se de alterações ao equipamento previsto, substituído por outro da mesma componente ou de componentes diferentes. As alterações deveriam ter uma ligação física e funcional entre as componentes do investimento e os objectivos inicialmente aprovados porque, a haver dissonância, poderia ser equacionada a apresentação de uma reformulação ao projecto/candidatura para nova apreciação (Saúde XXI, 2003). No fundo, tratava-se de garantir que o projecto concluído não resultaria completamente irreconhecível face aos propósitos com que o mesmo fora criado e aprovado pelo Saúde XXI e seria também uma forma de tentar garantir a avaliação dos projectos concretizados.

Por consulta aos documentos constantes nos processos relativos aos 12 projectos em estudo, com destaque para o Relatório Final do projecto, verificou-se que em quatro foram efectuadas alterações físicas. A necessidade de efectuar uma reprogramação deste tipo poderá também indiciar um diagnóstico imperfeito dos factores externos e, especialmente, dos internos, que resultam numa alteração à execução do projecto previsto. Confirmam-se os motivos para estas alterações nos principais discursos dos promotores:

“Na altura programei um computador para cada sala. Mas depois, dada a dificuldade em conseguir um técnico de informática, recuei na parte dos computadores. Julgo que terá sido isso que atrasou e obrigou a alterar o projecto, pois dos 15 computadores inicialmente previstos passámos para apenas 9.” (entrevista 5)

“Tinha programado uma hidromassagem geral, porque a nossa estava avariada, mas depois anulei-a devido à seca que assola o país. Custa-me gastar 200 litros de água quando há outros meios de tratamento alternativos.” (entrevista 5)

Para este entrevistado, as alterações efectuadas reportam-se a dois factores da fase de diagnóstico: a necessidade de recursos humanos especializados na área de informática (factores internos) e a ausência da análise do facto ecológico (factor externo). A não apreciação destes dois factores originou alterações ao equipamento médico e ao de TIC, equipamentos esses que se revelaram desnecessários e até substituíveis por outros mais adequados. Neste sentido, o promotor solicita a alteração por outros equipamentos médicos que, entretanto, se avariaram e careciam de substituição, por novos equipamentos não previstos.

“Os equipamentos sofrem evoluções. Nós tínhamos adjudicado determinado equipamento mas, um mês ou dois depois, saíria um novo modelo. Comunicou-se ao Saúde XXI esse facto, pedimos a alteração do equipamento para o modelo novo, enviámos a documentação baseando-nos no preço inicialmente indicado e suportámos nós a diferença.” (entrevista 7)

O entrevistado anterior não ponderou, adequadamente, a variável tecnológica (factor externo) aqui associada ao equipamento (factor interno). Embora, mantendo o investimento na componente médica, substituiu o equipamento seleccionado por outro tecnologicamente mais evoluído mas de custo superior, agora suportado pelo promotor. Este apontamento demonstra a importância do factor tecnológico (preterido na fase do diagnóstico) se se pensar que a prestação de cuidados de saúde na área dos meios complementares de diagnóstico e de terapêutica está associada a novas tecnologias, logo, depende de equipamentos em actualização permanente. Para colmatar esta situação poderia ter sido efectuada uma consulta ao mercado a diversos fornecedores, até porque este promotor referiu a ter seleccionado os fornecedores habituais para a aquisição do equipamento, mas poderia ter procurado mais informações para alargar o âmbito da sua racionalidade limitada e assim maximizar a decisão (Chiavenato, 2004).

“Nós fizemos um estudo de mercado para saber que equipamentos existiam aqui na zona e, na altura, havia um equipamento (que era um ortopantomógrafo móvel) que pensámos seria uma mais-valia para o consultório. E fizemos a candidatura com esse equipamento. (...) Passados dois ou três meses, através de um dos fornecedores, soubemos terem um orçamento para um outro equipamento daqueles aqui [local]. A questão nem era de concorrência mas de excesso de oferta. Foi isso que levou a mudarmos de equipamento.” (entrevista 10)

O caso deste promotor já foi, em parte, abordado no âmbito do presente estudo, quando se analisaram as opções de investimento na fase de candidatura. O que importa agora reter é que, também por uma incorrecta percepção do conteúdo da variável demográfica (factores externos) – nomeadamente, a identificação dos concorrentes privados e respectivas características – foi necessário proceder a alterações no projecto aprovado e suportar a diferença de custos desta alteração.

- Reprogramações financeiras

Estas alterações dizem respeito à componente financeira do projecto, podendo consubstanciar-se na diminuição ou no aumento do investimento elegível e do apoio do FEDER. O controlo dos pedidos de pagamento teria de ter em atenção os montantes previstos para cada componente do investimento, admitindo-se, quando justificado, uma variação para mais ou para menos de 25% do montante de cada componente, desde que tal ajustamento não alterasse o conteúdo do projecto nem colocasse em causa os seus objectivos. A aceitação desta flexibilidade implicava a possibilidade de ajustamento de execução entre componentes, sem que o montante de incentivo concedido fosse, todavia, alterado (Saúde XXI, 2003).

As reprogramações financeiras aconteciam sempre que uma alteração física significasse substituir equipamento numa componente para outra; por exemplo da de TIC para a médica, como no projecto do entrevistado 5. Na prática, os promotores nem sempre se apercebiam do que representavam estas alterações porque eram efectuadas no Gabinete de Gestão a partir das solicitações para a alteração física dos projectos. É por este motivo que surge o seguinte discurso:

“Inicialmente o projecto [candidatura] contemplava isso [obras], mas quando veio a primeira aprovação nós contestámos (...) porque não contemplava isso. E contestámos porque entendíamos não ser possível ter cá dentro um conjunto de equipamentos, de forma avulsa, sem haver um modelo funcional que fora também apresentado.” (entrevista 6)

A aprovação deste projecto contemplou despesas elegíveis destinadas às componentes de equipamento médico⁸³ directamente relacionado com a UMCDDT, equipamento de TIC e estudos e projectos. É um facto que a candidatura apresentada pelo promotor incluía uma previsão de despesa para adaptação das instalações e equipamento geral⁸⁴, mas na aprovação do projecto esta última componente não foi considerada elegível.

⁸³ No equipamento médico foi incluída a despesa destinada a obras de remodelação das instalações, de acordo com o valor constante na candidatura (4% do total do investimento)

⁸⁴ Conferir através do Quadro 11 – Proporção de investimento na candidatura por componente (página 5)

Quando o entrevistado refere ter contestado o facto de as obras não terem sido consideradas, em boa verdade, segundo a documentação constante do processo, o promotor solicitou ao Saúde XXI a inclusão de novas despesas relacionadas com obras de adaptação do espaço físico, de acordo com as orientações da ARS que, entretanto, visitara as instalações. O valor revisto da componente de obras representava 20% do total do investimento.

As alterações ao projecto foram aceites, como se verifica pelo ofício remetido ao promotor.

Figura 12 – Reprogramação financeira

Assunto: Reprogramação Financeira

Tem esta o fim de informar que a reprogramação financeira proposta por V.^a Ex.^a na carta datada de 2 de Abril de 2003 foi genericamente aprovada pela Senhora Gestora do Saúde XXI, com a condição de não poder ser ultrapassado o montante do incentivo concedido, já a provado por Sua Excelência o Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, conforme ficha em anexo.

Fonte: Documentação constante no processo relativo ao projecto 6, Saúde XXI

Esta alteração do projecto significou que parte das verbas destinadas à componente de equipamento de TIC foram reencaminhadas para a componente de instalações, motivo pelo qual a rede informática não foi totalmente financiada.

Não houve encurtamento do projecto, apenas a opção por um equipamento alternativo para a mesma função. (...) É curioso que aceitaram isso mas financiaram com dificuldade algumas outras coisas que tinham sido incluídas. Por exemplo, a rede informática só parcialmente foi financiada porque o nosso projecto excedia os limites previstos. (entrevista 6)

O promotor também efectuou alterações no equipamento médico que, sendo de despesa inferior ao previsto, permitiu transferir a diferença para a componente de instalações, viabilizando-se estas despesas sem alterar o montante do incentivo aprovado.

Com excepção de um único caso, todos os promotores efectuaram alterações aos projectos aprovados no decorrer da sua execução. As alterações mais comuns foram as reprogramações temporais, com datas de conclusão mais tardias. Os motivos para as alterações destas datas relacionam-se com atrasos na conclusão das obras de remodelação das instalações, de atrasos no fornecimento de equipamento, na aprovação do projecto e nos pagamentos do Saúde XXI, que impediam os promotores de dispor de meios financeiros para adquirir outros equipamentos. Um promotor considerou que o atraso foi um aspecto positivo, porque lhe permitiu, durante esse período de tempo, obter

fundos próprios para financiar a contrapartida, uma vez que se tratava de uma empresa a funcionar em pleno.

As reprogramações físicas foram menos comuns que as anteriores, mas ainda assim realizadas por quatro promotores. Estas alterações aos projectos decorreram da necessidade de efectuar modificações aos equipamentos seleccionados, fruto de uma frágil análise na fase de diagnóstico dos factores externos (variáveis ecológica, tecnológica, demográfica) e factores internos (recursos humanos, equipamento). Sempre que as alterações implicaram aumento de despesa, os promotores tiveram de suportar a diferença porque não foram alterados os valores dos incentivos aprovados.

As reprogramações financeiras decorreram das alterações físicas e foram realizadas pelo Gabinete de Gestão do Saúde XXI mas, mesmo sendo comunicadas aos promotores, não foram claras e suscitaram dúvidas quanto aos motivos para determinado equipamento/obras ser ou não co-financiado.

Ao longo da execução dos projectos foi possível entender que o pagamento representou o pressuposto de maior relevo na perspectiva dos promotores, porque esse era o motivo da candidatura ao Saúde XXI. Mas esses pagamentos implicavam o cumprimento e a demonstração de uma série de atributos que os entrevistados revelaram ter sérias dificuldades em cumprir, o que conduziu a que, do pedido de pagamento à sua concretização, fosse atingido um período máximo de dois anos. A maioria dos promotores iniciou ou continuou a execução do seu projecto após a informação da aprovação do mesmo, o que resultou em atrasos na execução temporal. Os fornecedores do equipamento médico foram, em vários casos, aqueles com quem os empresários já habitualmente se relacionavam, desde que assegurassem determinadas características técnicas nos equipamentos vendidos. Outros aspectos relevantes foram o preço, as condições de fornecimento e a manutenção dos equipamentos médicos. Mais complicado, por parte dos fornecedores, foi o cumprimento de prazos quando se tratou de projectos dependentes da conclusão das obras para posterior instalação do equipamento.

As reprogramações temporais e físicas foram todas aceites pelo Saúde XXI, desde que devidamente fundamentadas, permitindo aos promotores alterar as datas de início e de fim dos projectos e, inclusive, efectuar alterações às componentes aprovadas. No fundo, as reprogramações são um elemento constante no ciclo de vida de projectos, sobretudo na execução, característica que elucida da flexibilidade do planeamento.

Estas alterações foram essenciais para que os pedidos de pagamento pudessem ser validados quanto ao período de execução do projecto e à despesa elegível, face às componentes aprovadas/alteradas. Algumas alterações dos projectos também decorreram de visitas às instalações realizadas por entidades externas, com o intuito de verificar o espaço físico e os serviços prestados para a emissão de licença de utilização das instalações e licenciamento da actividade assistencial.

Em suma, as várias categorias identificadas para a fase de execução são interdependentes, porque qualquer atraso no projecto origina uma reprogramação, quer o atraso decorra de um problema com um fornecedor ou por averiguação das instalações, mas o pagamento só poderá ser efectuado depois de aprovadas todas as reprogramações. É, portanto, um processo contínuo, que carece de revisão constante, porque existe uma relação sequencial entre as várias actividades de execução do projecto (Imperator e Giraldes, 1986).

5.5. Conclusão

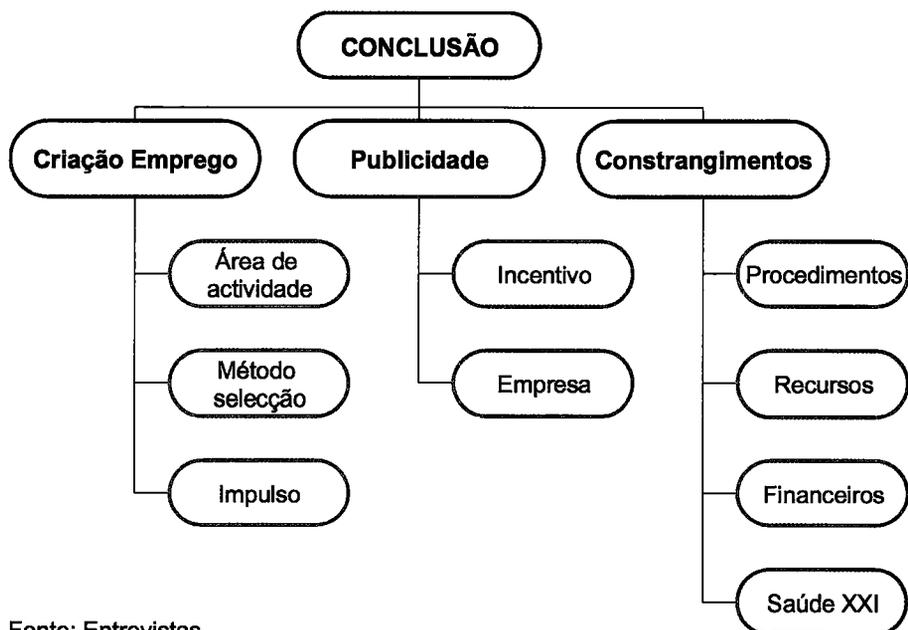
A criação de uma fase designada conclusão poderia, eventualmente, ser omitida e as várias categorias serem incluídas na execução do projecto, porque algumas teriam de ser iniciadas durante a execução deste, como é o caso da criação de postos de trabalho. No entanto, para que um projecto fosse considerado concluído era necessário que o promotor comprovasse, dos pontos de vista material e financeiro, que os trabalhos físicos se encontravam terminados e quando fosse comprovadamente paga aos fornecedores a despesa total correspondente (Ferreira, 2002). Teriam ainda de ser comprovadas a criação efectiva de postos de trabalho, a realização de publicidade ao co-financiamento comunitário e deveria ser apresentado um Relatório Final de execução do projecto⁸⁵. O último pagamento estava condicionado à aprovação e apresentação destes elementos.

Uma vez que esta fase tinha características próprias, optou-se por incluí-la enquanto etapa no ciclo de vida dos projectos co-financiados pela Medida 3.1. As categorias analisam em pormenor os vários passos até ao efectivo encerramento do projecto e

⁸⁵ O Relatório Final de Execução de Projecto Co-financiado pelo FEDER incide sobre: execução física e financeira, aspectos financeiros do projecto, pagamentos e despesa elegível realizada, financiamento efectivo do projecto por fontes financeiras, execução financeira por componentes, medidas de publicidade dos apoios comunitários adoptadas e sumário do projecto de investimento executado (beneficiários e população-alvo, descrição sucinta do conteúdo, postos de trabalho efectivamente criados, impacte técnico, social e económico do projecto, indicadores de realização física, de impacte assistencial e de resultados ou ganhos em saúde).

permitem, na perspectiva dos promotores, efectuar um balanço ao ciclo de vida dos seus projectos. A fase conclusão é composta por três categorias e várias subcategorias:

Figura 13 – Árvore das categorias da fase de conclusão



Fonte: Entrevistas

As duas primeiras categorias correspondem aos elementos obrigatórios para a conclusão dos projectos co-financiados. A Medida 3.1 era, por excelência, a que no Programa Operacional Saúde tinha como objectivo a criação de emprego directo, através da constituição e adaptação de micro e pequenas empresas. As subcategorias área de actividade e método de selecção identificam o nível de criação de emprego e a forma de identificação dos profissionais, mas procurou-se também saber até que ponto o projecto aprovado pelo Saúde XXI proporcionou impulso à criação de emprego e se esses postos de trabalho permanecerão no futuro.

A publicidade ao co-financiamento dizia respeito a acções e iniciativas desenvolvidas com vista à publicitação do apoio FEDER e deveriam ser remetidos ao Saúde XXI todos os comprovativos dessa publicidade. Associado ao mesmo tema, os promotores foram questionados quanto à publicidade realizada aos serviços da empresa.

A terceira categoria corresponde aos constrangimentos que os promotores identificaram como sendo os principais motivos que poderiam ter impedido a concretização do projecto. Partindo de uma ideia de balanço final negativo quanto ao projecto realizado, os promotores destacaram dificuldades espelhadas em quatro temáticas.

O quadro seguinte apresenta as descrições das subcategorias, segundo as unidades de texto codificadas a partir dos discursos dos promotores.

Quadro 19 – Descrição das subcategorias da fase de conclusão

Categoria	Subcategoria	Descrição
Criação de emprego	Área de actividade	Profissão, funções a desempenhar na empresa
	Método Seleccção	Forma de selecção adoptada ou acções efectuadas para a selecção
	Impulso	Impulso à criação de emprego e manutenção dos postos de trabalho
Publicidade	Incentivo	Publicidade realizada ao incentivo FEDER
	Empresa	Publicidade realizada à empresa e/ou serviços prestados
Constrangimentos	Procedimentos	Documentação, prazos e outras regras aplicadas ao longo do ciclo vida do projecto
	Recursos	Recursos humanos, parceiros, fornecedores
	Financeiros	Autofinanciamento e financiamento público
	Saúde XXI	Relacionamento com o Gabinete de Gestão

Fonte: Entrevistas

Na análise da fase de conclusão dos projectos co-financiados consideraram-se como categorias os elementos obrigatórios no encerramento dos projectos (emprego e publicidade), sendo as subcategorias decorrentes dos discursos dos entrevistados. A categoria constrangimentos surge apenas a partir dos apontamentos dos informantes, para compreender o grau de importância atribuída a cada subcategoria em função do número de unidades de texto codificadas.

5.5.1. Criação de emprego

A criação de emprego é um dos temas mais persistentes no financiamento comunitário, com o objectivo de promover melhores condições económicas e sociais aos cidadãos dos estados membros da União Europeia, com o desenvolvimento de empresas que permitam a criação de emprego. “Praticamente todas as intervenções estruturais terão o emprego como um efeito paralelo em termos de criação ou desenvolvimento de postos de trabalho” (EC3, 1999c:82).

Neste sentido, um dos objectivos da Medida 3.1 era dinamizar e incentivar o desenvolvimento de pequenas empresas e cooperativas de prestadores de cuidados de saúde, perseguindo igualmente efeitos no mercado de emprego, na economia e no desenvolvimento regional. A criação de postos de trabalho seria um resultado directo do

regime de incentivos, medido através do indicador de acompanhamento⁸⁶ “número de postos de trabalho criados” no âmbito da criação ou da adaptação de unidades prestadoras de cuidados de saúde da iniciativa de entidades privadas com fins lucrativos. Decorrente deste imperativo, uma das condições específicas de acesso ao regime de incentivos era que o projecto gerasse a criação líquida de postos de trabalho [alínea c) do n.º 2 do art. 7.º do Decreto-lei n.º 15/2001], a verificar na fase de conclusão.

A criação de emprego mede o efeito directo⁸⁷ e imediato causado por uma intervenção operacional e, portanto, trata-se de um indicador de resultado (Ferreira, 2002). Esta característica permitiria incluir a criação de emprego na fase de avaliação do ciclo de vida dos projectos co-financiados pela Medida 3.1. No entanto, como não é objectivo geral deste estudo proceder a uma avaliação à criação de emprego pelos 12 projectos seleccionados mas, antes, descrever os processos e práticas de actuação desenvolvidos ao longo do ciclo de vida desses projectos, a criação de emprego surge como um pressuposto obrigatório a comprovar na fase de conclusão do projecto.

- Área de actividade

Esta subcategoria cinge-se à indicação dos promotores quanto à profissão ou área funcional do posto de trabalho criado. Não existiam restrições máximas ao número de postos de trabalho, nem limitações à área funcional ou nível de qualificação dos postos de trabalho. A demonstração da criação de postos de trabalho era efectuada através do envio ao Saúde XXI, por parte do promotor, das folhas de pagamentos à Segurança Social, referentes aos trabalhadores inscritos no mês anterior à entrega da candidatura e do mês anterior ao da conclusão do projecto, bem como do(s) contrato(s) de trabalho celebrado(s) com o(s) trabalhador(es) indicado(s) no *dossier* de candidatura. De acordo com o sistema de informação do Saúde XXI, os 12 projectos seleccionados criaram 16 postos de trabalho.

“Apenas fizemos contrato de trabalho com uma empregada de limpeza, porque era necessário criar um posto de trabalho e, devido à pouca afluência, não era conveniente aumentar excessivamente os encargos fixos.” (entrevista 3)

Além dos investimentos em infra-estruturas e meios de prestação de serviços, um terceiro elemento a considerar, relacionado com a vertente de recursos humanos, dizia respeito aos custos com o pessoal a contratar e ao acréscimo de custos obrigatórios da empresa para a Segurança Social. Estes encargos originaram a criação de postos de

⁸⁶ “Características ou atributos quantificáveis que permitem comparar os efeitos de uma intervenção operacional com os objectivos definidos” (Ferreira, 2002:52).

⁸⁷ A informação ao nível do projecto permite identificar o número de postos trabalho criados directamente atribuídos a intervenções co-financiadas por fundos comunitários.

trabalho pouco diferenciados, associados a áreas de auxílio à actividade principal da empresa, como recepcionistas, administrativos, limpeza, auxiliares de apoio, etc. Apenas um promotor contratou um fisioterapeuta.

“Por acaso esta funcionária administrativa adaptou-se bem ao lugar e continua connosco, (...), mas se alguma coisa tivesse corrido mal e não tivesse sido possível substituí-la, dois anos depois eu poderia ser obrigada a devolver todo o financiamento recebido do Saúde XXI. (entrevista 5)”.

“A lei (...) determina que, ao fim de três contratos, os empregados passam automaticamente a efectivos. Ou seja, tenho de definir a duração máxima permitida para os contratos temporários, de modo a que a passagem à efectividade ocorra o mais tarde possível e eu tenha a certeza que não me enganei na pessoa. E já tive aqui casos de pessoas que, uma vez passadas à efectividade, no dia seguinte meteram um mês de baixa. Que garantias são concedidas às empresas nestas situações?” (entrevista 5)

A contratação de trabalhadores dependentes também era um factor de cautela para os empresários porque, além dos encargos fixos, existia o facto de o profissional admitido só poder vir a ser dispensado no termo do contrato, por demissão do trabalhador, por mútuo acordo entre o trabalhador e a empresa ou, no extremo, por despedimento com justa causa comprovada e justificada (Costa e Ribeiro, 2007). A acrescentar às regras laborais gerais, o promotor teria ainda de manter o posto de trabalho, criado ao abrigo do regime de incentivos, por um período mínimo de cinco anos [aliena h) do n.º do art. 6.º do Decreto-Lei n.º 15/2001]. O discurso do entrevistado 5 assenta na manutenção obrigatória do posto de trabalho criado, mas não implicava a permanência da mesma pessoa nesse posto de trabalho.

“Contratámos duas pessoas. Não me recordo das funções, porque as pessoas têm vindo a mudar...” (entrevista 7)

Outra opção dos empresários foi o recurso à contratação de trabalhadores independentes, ainda que estes não fossem condição para a realização do projecto de incentivos. Tratou-se, nestes casos, de colmatar deficiências nas áreas de actividade directa na prestação de cuidados de saúde.

“Nela [a nova unidade de Raios X] trabalham também uma médica e técnicos de radiologia, mas esses desempenham funções em regime livre pois têm emprego fixo noutras entidades.” (entrevista 1)

“Tivemos de admitir mais uma recepcionista e uma pessoa para higiene e limpeza. E, em regime de prestação de serviços, uma enfermeira e um médico. Mas no projecto considerei apenas a criação de dois postos de trabalho.” (entrevista 11)

Os profissionais em regime de prestação de serviços não estão vinculados à autoridade e hierarquia da empresa contratante, a empresa não fica sujeita aos descontos para a Segurança Social e a cessação do contrato não envolve procedimentos especiais para além dos que estiverem no contrato (Costa e Ribeiro, 2007). Este regime de contratação

recaiu sobre profissionais especializados do sector da saúde, aos quais é permitida a acumulação de funções em entidades privadas enquanto exercem a sua profissão em entidades públicas.

- Método de selecção

Com a identificação do método de selecção pretendia-se conhecer as formas mais comuns para a selecção de profissionais de saúde a exercer funções nas micro e pequenas empresas do sector, com eventuais problemas decorrentes dessa selecção. Todavia, face à pouca diferenciação dos postos de trabalho criados, revelou-se uma subcategoria genérica e não direccionada especificamente para o sector da saúde. Mas relevante quando considerado um dos objectivos deste estudo: a descrição de processos e práticas de actuação desenvolvidos ao longo do ciclo de vida dos projectos, neste caso a criação de emprego na fase de conclusão.

Independentemente do vínculo jurídico com a empresa, a selecção de profissionais de saúde ocorreu por via de estágios profissionais e/ou avaliação curricular, por autoproposta dos profissionais ou por solicitação a universidades da especialidade, complementado por entrevistas aos candidatos.

“Estiveram cinco jovens a estagiar aqui na clínica (...). Por coincidência, tinham concluído o curso de técnicos de fisioterapia e pretendiam oportunidades para estagiar. (...) Houve uma, em especial, de que gostei particularmente e admiti-a logo que tive possibilidades disso.” (entrevista 2)

“Falei com escolas profissionais e faculdades, que me enviaram alguns candidatos. Através da análise de currículos e de entrevistas seleccionámos quem preencheu os postos de trabalho previstos.” (entrevista 7)

Nos postos de trabalho indiferenciados e, na sua maioria, considerados para o projecto do regime de incentivos, surge um maior recurso a conhecimentos pessoais e ao Centro de Emprego, com posterior entrevista de selecção.

“Fizemos um estágio profissional de 9 meses, com o apoio do IEFP [Instituto do Emprego e Formação Profissional], gostámos desta funcionária e fizemos um contrato de trabalho por tempo indeterminado.” (entrevista 1)

“Era conhecida de um médico que dá consultas em [local]. Tem 42 anos e, neste momento, é a minha melhor funcionária.” (entrevista 5)

O recurso aos Centros de Emprego seria a forma de selecção primordial para a promoção e criação de emprego, porque estaria a contribuir directamente para a sustentabilidade da actividade económica e para a redução do desemprego regional. Por outro lado, seria possível aos promotores criarem os postos de trabalho ao abrigo dos modelos de apoio e incentivo promovido pelo IEFP, perspectivando um verdadeiro impacto na criação de emprego pela Medida 3.1. Além dos postos de trabalho criados

com a concretização dos projectos, seria possível identificar o contributo destes na redução do desemprego local e regional.

- Impulso

Por aproximação ao modelo de Stufflebeam, através da avaliação da eficácia podem ser identificados alguns resultados por via da categoria de impulso à criação de emprego.

Os resultados da criação de emprego podem ser ajustados tendo em atenção o conceito de adicionalidade⁸⁸. Este conceito opõe-se à ideia designada como “peso-morto” (*deadweight*), que corresponde aos empregos criados pela intervenção co-financiada mas que teriam sido criados ou mantidos mesmo na ausência desse incentivo. Estes postos de trabalho não geram adicionalidade porque seriam criados, isto é, não são directamente induzidos pelos fundos comunitários (EC3:1999c).

Os discursos dos entrevistados reflectem estes conceitos, quando questionados sobre se teriam contratado os profissionais mesmo sem o financiamento comunitário:

“Teria, certamente, porque precisava delas. Eu e os meus sócios possuímos qualificações para fisioterapia, mas não temos tempo disponível para tal, dado que trabalhamos também na [outra] clínica.” (entrevista 4)

Dos 11 entrevistados, sete referem que teriam sempre contratado as pessoas. São postos de trabalho criados sob o conceito de “pesos-mortos”. Apenas quatro promotores responderam pela negativa. Portanto, postos de trabalho criados com o efeito de adicionalidade.

“Já, não. Mais tarde, talvez. Mas a admissão só ocorreu porque me foi imposta pelas condições de financiamento. Sem isso não teria optado tão cedo por admitir uma empregada.” (entrevista 2)

Considerando os 16 postos de trabalho criados nos 12 projectos seleccionados, tendo em atenção os discursos dos entrevistados poder-se-ia dizer que seis empregos geraram adicionalidade na criação de postos de trabalho (incluindo o projecto sem entrevista realizada). Trata-se apenas de uma ideia decorrente das informações dos entrevistados, porque a avaliação da eficácia da criação de emprego só poderá ser validada através de um estudo direccionado para esse objectivo concreto.

Nos discursos dos entrevistados também surgiram referências à descontinuidade dos postos de trabalho criados, efeitos positivos da criação de emprego com novas

⁸⁸ “Princípio que impõe que os apoios comunitários concedidos devem ser adicionais ao esforço de investimento público nacional, com vista a complementá-lo e nunca a substituí-lo, de modo a assegurar um impacto económico real” (Ferreira, 2002:2).

contratações e efeitos negativos no impulso à criação de um maior número de postos de trabalho:

“Agora [a profissional que se mantém] está a acumular. Não há necessidade de substituição.” (entrevista 9)

“Agora estamos a realizar mais um estágio profissional, nas mesmas condições (suportamos só metade do vencimento e o subsídio de almoço, durante 9 meses), para nova admissão.” (entrevista 1)

“Para aí uns quatro (se o projecto tivesse sido totalmente apoiado). Como não houve apoios, limitei a duas admissões.” (entrevista 11)

Estas informações poderiam ser o ponto de partida para um estudo de avaliação dos resultados da criação de emprego através da Medida 3.1.

O fomento de postos de trabalho, condição imperativa para a conclusão do projecto co-financiado pelo regime de incentivos, estimulou a celebração de novos vínculos laborais maioritariamente pouco diferenciados e de simples apoio à actividade principal, contrariando o nível de qualificação visado na Medida 3.1⁸⁹.

Para os promotores de projectos, a contratação de trabalhadores dependentes era um factor a acautelar, devido aos encargos fixos que induz na empresa e porque a substituição desses profissionais só seria permitida conforme o regulamentado no Código do Trabalho. Para a contratação de profissionais directamente incumbidos à prestação de cuidados de saúde, a preferência recaiu em trabalhadores independentes, devido a maior flexibilidade contratual e menores encargos fixos para a empresa, com probabilidade de corresponder a acumulação de emprego e não à criação líquida de postos de trabalho, segundo o relatório da actualização da avaliação intercalar do PO Saúde (Sakellarides, 2005a).

A selecção dos profissionais de saúde teve participação activa e directa dos promotores, que avaliaram os candidatos em função da experiência profissional e das habilitações por via da realização de entrevistas. Nos postos de trabalho indiferenciados os candidatos foram sobretudo seleccionados por conhecimento pessoal ou sugestão de pessoas externas à empresa, com o recurso ao Centro de Emprego. Não obstante os profissionais de saúde usufruírem de um regime de trabalho independente, a preocupação com a sua selecção é superior à dos trabalhadores com vínculo contratual por exercerem em áreas de apoio à actividade principal.

⁸⁹ A actualização da avaliação intercalar do Saúde XXI identifica que, no Regime de Incentivos, 25% dos postos de trabalho criados correspondem ao nível V, portanto, criação de emprego qualificado (Sakellarides, 2005a).

Os 12 projectos em estudo criaram 16 postos de trabalho directamente submetidos ao regime de incentivos, embora com efeitos positivos e negativos. Por um lado, menos de metade do emprego criado pode ter gerado um efeito de adicionalidade, porque a maioria dos postos de trabalho teria sido promovida mesmo sem apoio financeiro. O efeito positivo paralelo da realização dos projectos foi também induzir a contratação de outros profissionais, embora em regime de prestação de serviços, perspectivando a possibilidade de futuras novas contratações.

5.5.2 Publicidade

A publicitação ao co-financiamento era obrigatória e estava contemplada no contrato de concessão do incentivo. A entidade promotora era compelida a cumprir as regras de publicitação referidas no Regulamento (CE) n.º 1260/1999 do Conselho, de 21 de Junho de 1999, o qual estabelece disposições gerais sobre os Fundos Estruturais, e no Regulamento (CE) n.º 1159/2000 da Comissão, de 30 de Maio de 2000, relativo às acções de informação e de publicidade a levar a cabo pelos Estados-membros sobre as intervenções dos Fundos Estruturais. “As medidas de informação e publicidade têm por objectivo aumentar o conhecimento e a transparência da acção na União Europeia e dar, em todos os Estados-membros, uma imagem homogénea das intervenções em causa” (Saúde XXI, 2003:112).

Para a publicitação poderiam ser utilizados diversos meios, desde que contendo a identificação do Saúde XXI e do fundo FEDER. Os mais comuns foram cartazes, placas, folhetos, brochuras e outros materiais informativos de divulgação dos projectos. No local do projecto a publicitação deveria ser assegurada com menção de se tratar de projecto apoiado pelo FEDER, com inclusão dos logótipos do Saúde XXI e da União Europeia, mantendo-se essa acção até ao encerramento do projecto. Após a conclusão deste deveria ser afixada placa informativa mencionando o apoio comunitário.

Aquando da apresentação do relatório final do projecto, o promotor deveria anexar documentação (folhetos, fotografias do cartaz colocado no local, etc.) que evidenciasse o cumprimento das normas concernentes à publicitação dos incentivos.

- Incentivo

Todos os promotores tiveram de demonstrar a publicitação ao Regime de Incentivos atribuído pelo Saúde XXI, descrevendo o tipo de publicidade realizada no Relatório Final

do projecto. Nos seus discursos, ao longo deste estudo, alguns reconhecem essa acção como procedimento burocrático:

“Apenas tenho, lá em baixo, uma placa a informar que esta casa foi financiada pelo programa Saúde XXI. Foi uma das imposições da candidatura.” (entrevista 5)

“E o decorrer do próprio projecto foi extremamente burocrático. Até pediram fotografias da fachada, para ver o autocolante. Mande as fotografias. Isto sucedeu continuamente.” (entrevista 9)

▪ Empresa

Os promotores também foram questionados acerca da publicidade relativa à empresa. Dos 11 entrevistados apenas dois referiram não ter feito promoção comercial, antes ou depois da realização do projecto co-financiado. Seis promotores admitem ter publicitado a empresa e alguns referiram que a melhor promoção é a dos clientes, porque divulgam as mudanças ocorridas na clínica:

“As pessoas divulgam as alterações umas às outras, porque estamos aqui há 24 anos e já somos conhecidos...” (entrevista 3)

“Logo que começámos a trabalhar, os clientes afluíram naturalmente. A melhor publicidade que podemos ter é feita pelos próprios utentes...” (entrevista 4)

Esta promoção individual será a mais importante para alguns promotores por se tratar de micro e pequenas empresas locais, nas quais o investimento em publicidade é, muitas vezes, encarado como despesa supérflua. Vulgarmente, as novas empresas ou as menos reconhecidas no meio carecem de publicidade, enquanto as mais antigas se autopromovem por intermédio dos clientes.

“No início, fizemos publicidade por nossa iniciativa. Depois os meios fizeram-nos publicidade por decisão deles, nomeadamente entrevistas. Aconteceu com as revistas Sábado», «Pais & Filhos» e outras do género. Isso tem a ver com a notoriedade que o centro foi adquirindo, sobretudo nesta zona. (...) Desse ponto de vista, a publicidade foi importante e divulgou o centro de uma outra forma.” (entrevista 9)

Dois entrevistados referiram-se à publicidade dirigida. Um para as seguradoras, com vista ao alargamento do acordo a novas áreas de prestação de cuidados de saúde. E outro para os vários tipos de utentes no sector de actividade da medicina desportiva.

“Enviámos também ofícios às seguradoras com as quais já tínhamos acordos relativamente ao ginásio de medicina física, propondo-lhos a extensão dos mesmos à unidade de Raios X.” (entrevista 1)

“Estamos a construir uma página na Internet, enviámos um *mailing* para todos os médicos do distrito e, como lidamos com a área de ginásios e de clubes desportivos, fizemos também um *mailing* personalizado para essas entidades.” (entrevista 6)

Do exposto depreende-se não ser a publicidade considerada pressuposto relevante para o desenvolvimento das empresas de prestação de cuidados de saúde. Apenas as novas empresas ou novas unidades criadas em empresas existentes suscitam interesse na publicidade geral ou dirigida a certos grupos. Logo que a prestação de cuidados à população está instituída, os promotores consideram que a melhor publicidade é a dos próprios utentes. O facto destas empresas obterem co-financiamento comunitário não parece ter influído na promoção comercial, sobressaindo a menção à publicitação obrigatória cuja demonstração deve constar do Relatório Final do projecto. A publicitação é, assim, encarada mais como regra imperativa do co-financiamento do que uma oportunidade para potenciar o mercado e consolidar a empresa.

5.5.3. Constrangimentos

Quadro 20 – N.º de unidades codificadas de constrangimentos

Categoria	Subcategoria	N.º unid.
Constrangimentos	Procedimentos	11
	Recursos	8
	Financeiros	6
	Saúde XXI	3

Fonte: Entrevistas

realização dos projectos co-financiados.

A unidades de texto partiram das respostas dos promotores a questões pouco direccionadas para um tema específico, “quais foram as principais ameaças/barreiras que dificultaram a concretização do projecto de acordo com previsto?” e “na sua opinião identifique agora os três aspectos mais negativos de todo o projecto?”, para o reconhecimento das temáticas mais prevalentes.

- **Procedimentos**

Este primeiro constrangimento advém da necessidade de cumprir as várias regras ao longo do ciclo de vida do projecto. Genericamente, os entrevistados referem-se à documentação necessária para a candidatura, à documentação a juntar ao pedido de pagamento ou para a conclusão do projecto como sendo mera burocracia a cumprir.

A referência de dificuldades à realização do projecto foi uma constante para todos os entrevistados, tendo sido classificadas como constrangimentos. No Quadro 20 identifica-se a classificação de 28 unidades de texto em quatro temáticas, sendo a sua frequência um auxílio à identificação dos problemas que mais dificultaram a

“A burocracia que temos de enfrentar para concorrer a fundos comunitários e a pouca flexibilidade de quem deve fornecer-nos licenças e autorizações para concluir os projectos.” (entrevista 7)

“A fase final foi saturante. Estive a tentar explicar-lhes esta parte das obras e fazer exposições por tudo e por nada, para perceber o que precisavam de terminar para poder concluir o projecto. (...) Há uma pressão enorme: apresentem guias não sei de quê; apresentem declarações em como não devem nada ao fisco. A pessoa não deve, mas vai ter de pedir mais um papel. E temos de contabilizar todas estas coisas.” (entrevista 9)

O ciclo de vida de um projecto aprovado pela Medida 3.1 tinha, efectivamente, várias fases processuais a cumprir, de acordo com a regulamentação em vigor para o Regime de Incentivos. Essa regulamentação estava associada ao Quadro Comunitário de Apoio 2000-2006 e ao financiamento através do fundo estrutural FEDER, que todos os Programas Operacionais teriam de cumprir em conformidade com os regulamentos comunitários.

Neste âmbito, compete aos Gestores dos Programas Operacionais, de acordo com o Regulamento (CE) n.º 1260/99 do Conselho, de 21 de Junho, “garantir a regularidade das operações financiadas (...) pela aplicação de medidas de controlo interno compatíveis com os princípios da boa gestão financeira (...), assegurar o cumprimento por cada projecto ou acção das normas nacionais e comunitárias aplicáveis (...) e assegurar que seja instituído um sistema de controlo interno adequado à verificação dos processos de candidatura e pagamentos” entre outras competências (Ministério do Planeamento, 2000:157). Este controlo financeiro e a verificação de irregularidades são, em última instância, responsabilidades de cada Estado-membro, de modo a assegurar que os fundos comunitários são correctamente utilizados, sempre em conformidade com os princípios da boa gestão financeira (Ministério do Planeamento, 2000).

“Na parte respeitante ao Saúde XXI, acabei por compreender que todos os pedidos feitos por eles eram lógicos.” (entrevista 8)

Todo o controlo efectuado e verificação da conformidade dos documentos apresentados pelos promotores são regras imperativas para a aceitação da candidatura, a sua aprovação, os pedidos de pagamento na execução e conclusão do projecto. Apesar desse controlo rigoroso, o cumprimento dos prazos estabelecidos para o desenvolvimento dos processos ou actividades, ao longo do ciclo de vida dos projectos, terá sido o elemento mais flexível na articulação entre o Saúde XXI e os promotores.

“Talvez a nossa falta de tempo tenha condicionado o processo, porque nem tudo correu com a rapidez desejada.” (entrevista 1)

“Na altura em que propusemos a candidatura tínhamos prazos estipulados. Tivemos depois, no fim, de justificar porque não foram cumpridos. Possivelmente

por culpa nossa porque, desde a entrega da candidatura e da aprovação até à promulgação, sempre demorou algum tempo.” (entrevista 10)

Quatro promotores destacaram os atrasos na aprovação e conseqüente demora na execução do projecto, embora os próprios assumissem que alguns ficaram a dever-se à forma como conduziram o processo. Mas a concretização da maioria destes projectos foi possível porque as várias reprogramações temporais e físicas foram aceites pelo Gabinete de Gestão, tendo em consideração as fundamentações apresentadas pelos promotores.

▪ Recursos

O conceito de recursos, em sentido lato, inclui todos os meios de que uma empresa dispõe para funcionar adequadamente, nomeadamente “recursos humanos, materiais, financeiros, informação, tecnologia” (Chiavenato, 2004:5). Por terem sido referidos pela maioria dos entrevistados, os recursos financeiros foram tratados em subcategoria própria, mas poderiam ser incluídos na subcategoria recursos, destacando-se então este constrangimento como o mais apontado pelos entrevistados. Na subcategoria recursos foram consideradas referências a consultores, fornecedores e recursos humanos, referidos, respectivamente, por quatro, três e um entrevistados.

Relativamente aos consultores, foram considerados como principais constrangimentos a falta de informação prestada acerca das regras e procedimentos do Regime de Incentivos, o escasso apoio na execução do projecto e os encargos financeiros inerentes a dispor de uma consultora para elaborar a candidatura.

“Gastei muito dinheiro com a consultora e se o Saúde XXI me tivesse facilitado a vida eu teria aumentado o investimento no projecto.” (entrevista 2)

“Como lhe disse, a falta de conhecimentos das pessoas que me tratavam do processo. (...) Às tantas eu quis livrar-me deste processo o mais depressa possível e nem pensei em alterar pormenores da candidatura...” (entrevista 8)

Quanto aos fornecedores, foram referidos atrasos nas obras de adaptação ou de remodelação das instalações, devido à atenção necessária à execução no prazo estipulado. Aliás, este facto teve influência no cumprimento dos procedimentos associados ao tempo de duração do projecto, originando algumas reprogramações temporais. Um promotor referiu-se ao excesso de confiança depositada nos fornecedores, que influenciou a execução do projecto e quase impediu a sua concretização, porque subsistiram dificuldades em comprovar, adequadamente, as despesas realizadas no âmbito do projecto. A inexperiência do promotor, associada ao facto de não ter recebido correcto acompanhamento da empresa de consultoria,

prejudicaria o cumprimento dos procedimentos obrigatórios em todo o ciclo de vida do projecto.

“Confiei demais, não tenho dúvidas. A uns porque conhecia e a outros porque me faziam exigências e eu não percebia nada da matéria, nem sabia então que, mais tarde, teria de justificar detalhadamente esses pagamentos.” (entrevista 8)

Um único promotor referiu como principal constrangimento na execução do projecto a criação do posto de trabalho, em particular a dificuldade em seleccionar recursos humanos adequados à empresa, devido a más experiências anteriores.

“Apenas exigiram a criação de um posto de trabalho. Eu joguei um pouco no escuro, aceitando uma pessoa com um contrato de trabalho sem termo. Isto poderia ter posto em causa todo o projecto, porque aqui não se consegue, facilmente, alguém para trabalhar nesta área. (...) Basta dizer que, nos últimos anos, passaram por aqui nove assistentes dentárias e nenhuma quis ficar. (...) Dou as garantias todas que a lei determina (...), mas as pessoas não querem. (...) Fala-se muito nos direitos dos trabalhadores, mas ninguém fala hoje dos deveres dos trabalhadores.” (entrevista 5)

- Financeiros

Nestes constrangimentos foram considerados dois elementos mencionados pelos promotores: os problemas financeiros derivados do autofinanciamento do investimento previsto no projecto e o reduzido incentivo recebido como contrapartida pública.

Na perspectiva dos promotores, o esforço do financiamento próprio foi superior ao previsto por terem de suportar as despesas da documentação, de adiantar as verbas destinadas ao pagamento dos fornecedores e de disporem de capacidade financeira para suportar o tempo decorrido entre o pedido de pagamento e o efectivo depósito bancário do incentivo. Por esses motivos, alguns promotores mencionam não terem executado o projecto na sua totalidade, porque exigia uma maior capacidade financeira para, dentro dos prazos estabelecidos, concretizarem todos os investimentos.

“A certa altura pensei que não teríamos dinheiro para suportar a contrapartida do investimento, dentro dos prazos exigidos. (...) Eu estive quase a desistir porque, às tantas, saía mais dinheiro do que aquele que esperava poder vir a receber.” (entrevista 2)

“O projecto foi sempre pesadíssimo, para nós, em relação às contrapartidas financeiras. (...) valerá a pena ter capacidade financeira própria bem negociada e não esperar que as coisas corram da melhor forma.” (entrevista 6)

Esta dificuldade financeira é mais acentuada para os promotores que consideram ter recebido um incentivo inferior ao previsto. Este incentivo acaba por se diluir nas despesas, não compensado o valor recebido, na opinião dos entrevistados. Esta situação será mais relevante, nos promotores que tendo efectuado reprogramações físicas, apesar

do aumento no montante das despesas incluídas nos projectos, o incentivo atribuído não sofreu alterações, resultando num maior esforço financeiro por parte dos promotores.

“Não sei onde está o resto... Não percebo as contas... (...) Nós achámos que sim mas, até hoje, achámos que devia ter sido [financiado] um bocadinho mais. Mas pronto. Eles disseram que estavam feitas as contas do que faltava e mais não sei quê. E enviaram-nos o mapa final com correcções de valores...” (entrevista 9)

“Quando à candidatura, a tal questão dos 38% sobre o valor real do investimento, incluindo o IVA, porque as unidades de saúde não podem deduzi-lo pois não o cobram.” (entrevista 10)

Como já referido, a verba recebida através de Medida 3.1 era um incentivo público ao investimento privado, motivo pelo qual os promotores teriam de possuir capacidade financeira para cobrir a sua quota-parte no projecto. No entanto, o esforço financeiro dos promotores foi elevado porque, na sua maioria, optaram por um único pedido de pagamento para conclusão do projecto, suportando por si próprios a execução. Como já analisado, a opção por pedidos de pagamento faseados poderia ter permitido uma melhor gestão de tesouraria. No entanto, teriam de cumprir, constantemente, os requisitos necessários ao envio de um pedido de pagamento.

- Saúde XXI

Alguns promotores também mencionaram o seu relacionamento com o Gabinete de Gestão, sendo apontadas como principais dificuldades a elevada taxa de rotatividade dos técnicos com quem se articulavam e a falta de resposta atempada a determinadas situações que pretendiam ver resolvidas.

“Portanto, andei meio ano com uma que estava fora, com outra que não sabia e com o projecto em cima de uma mesa do Dr., para ser assinado. Tive de ligar em berros a perguntar quando é que estava.” (entrevista 9)

Esta fragilidade do modelo de Gestão do Saúde XXI foi identificada na actualização da avaliação intercalar do Programa Operacional Saúde, constando dos aspectos mais negativos no funcionamento do dispositivo de gestão (Sakellarides, 2005b).

A conclusão foi o culminar de toda uma série de processos e de acções devolvidos ao longo da execução do projecto, após a aprovação pelo Saúde XXI. Para o encerramento do mesmo era necessário demonstrar a criação de, pelo menos, um posto de trabalho e a publicitação do co-financiamento FEDER. A maioria dos postos de trabalho criados foi para áreas de apoio à actividade de prestação de cuidados de saúde, ou seja, profissionais menos qualificados e com menores encargos fixos para as empresas. Os profissionais da saúde surgem como postos de trabalho paralelos mas em regime de prestação de serviços, sem efeito directo no mercado de trabalho local e regional. Os

postos de trabalho, enquanto requisito obrigatório, foram preenchidos da forma menos onerosa possível, tanto ao nível dos custos fixos como da relação jurídica entre empregado e empregador, mas procurando cumprir a regra estabelecida. A maioria desses postos de trabalho, segundo os promotores, teria sido criada mesmo sem o apoio financeiro. Isto é, a adicionalidade desejada poderá não se concretizar na sua plenitude.

A publicitação ao co-financiamento FEDER foi realizada sem grandes incómodos e a maioria dos promotores não alterou a publicidade feita à empresa durante e após a concretização do projecto. O facto de serem empresas com co-financiamento público e europeu, não lhes sugeriu que seria uma oportunidade para promover os serviços de saúde prestados pela clínica. Apenas se destaca a publicidade directa, realizada por alguns promotores, visando seguradoras e empresas interessadas em cuidados de saúde prestados pela clínica.

Os principais constrangimentos à realização e conclusão do projecto foram os procedimentos e regras a cumprir ao longo do ciclo de vida do projecto. Essas condições estão associadas a dificuldades financeiras impeditivas do adequado cumprimento dos normativos relacionados com os pedidos de pagamento e prazos de execução. A demonstração documental de estarem cumpridas todas as exigências do Programa Operacional causou incómodos a vários promotores. Os atrasos dos fornecedores, a incapacidade dos parceiros em prestar informações atempadas e, pontualmente, a selecção dos recursos humanos foram outros constrangimentos apontados. Mais delicadas foram as dificuldades financeiras de alguns promotores, os quais, podendo optar por pedidos de pagamento faseados, preferiram liquidar todos os débitos a fornecedores e, posteriormente, solicitar o pagamento ao Saúde XXI.

Em alguns projectos o incentivo recebido foi considerado inferior ao previsto porque, por um lado, houve reprogramações e, por outro lado, surgiram despesas extraordinárias ou investimentos não considerados elegíveis, sendo integralmente suportados pelos promotores.

5.6. Avaliação

O último P do modelo de avaliação de Stufflebeam (CIPP) é a identificação do Produto. Relaciona-se com a identificação e avaliação dos resultados intencionais ou não intencionais, de curto ou longo prazo, para apoiar as pessoas de uma empresa a incidir a sua atenção nos resultados, com vista a determinar o sucesso de uma intervenção em

função das necessidades e das mais-valias obtidas pelos interessados. A avaliação sumativa utiliza a informação para responder a questões como: o projecto foi executado segundo o previsto e modificado segundo as necessidades? O esforço teve sucesso? (Stufflebeam, 2003).

O modelo de Stufflebeam enfatiza que a “finalidade mais importante de uma avaliação não é provar mas antes melhorar”⁹⁰ (Stufflebeam, 2003:4), pelo que deve estimular, adicionar e potenciar esforços com o fito de melhorar as empresas, ajudando-as a gerir melhor os seus recursos. Esta é uma intenção subjacente ao presente estudo que, com base num grupo de promotores, visa conhecer alguns pressupostos para a concretização de candidaturas, execução e conclusão de projectos, com o objectivo de potenciar novos empreendimentos co-financiados de empresários do sector da saúde.

Considerando a avaliação um processo contínuo, e parte integrante do planeamento, os objectivos definidos para os projectos devem agora ser aferidos na sua concretização para se identificarem resultados das intervenções realizadas. Da execução de um projecto surge um produto (*output*), ou resultado imediato, que origina efeitos ou resultados (*outcome*) e impactes de longo prazo. Os efeitos ou resultados também podem ser considerados impactes de curto prazo, sendo os de longo prazo os verdadeiros impactes dos projectos (Comissão Europeia, 1999). Neste contexto, os critérios de avaliação de produto do modelo CIPP dividem-se em impacte, eficácia⁹¹, sustentabilidade e transferibilidade (*transportability*)

Este último critério – transferibilidade – será analisado mais adiante, na fase de disseminação do ciclo de vida de projectos da Medida 3.1.

A fase de avaliação é composta pelas seguintes categorias e subcategorias identificadas na seguinte Figura 14.

No âmbito das intervenções comunitárias, produto é “ tudo o que é obtido em troca de um financiamento público”⁹² (Tavistock Institute, 2003a:47), articulado com a compreensão dos promotores quanto à concretização dos seus objectivos em virtude do co-financiamento. A eficácia e eficiência são critérios de avaliação que examinam quais os objectivos atingidos e se os recursos previstos foram utilizados de forma parcimoniosa. A subcategoria benefícios identifica aquilo que o promotor conseguiu obter de imediato pelo facto de concretizar o projecto. A recandidatura permite aferir se a concretização do

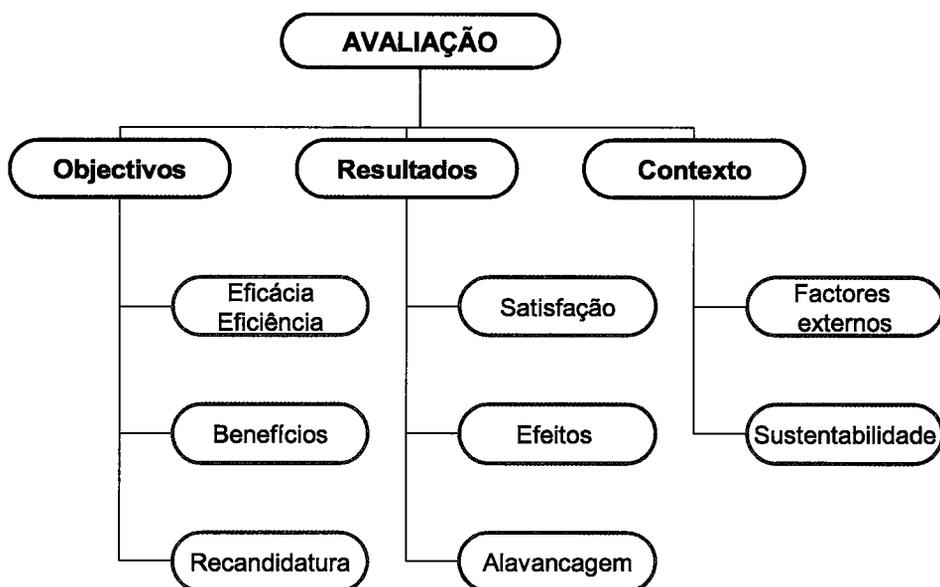
⁹⁰ No original: “*evaluation’s most import purpose is not to prove, but to improve*”.

⁹¹ “Comparação entre as realizações, os resultados e/ou os impactos efectivos com os que eram esperados ou estimados” (Ferreira, 2002:38).

⁹² No original “*output is considered to be everything that is obtained in exchange for public expenditure*”

projecto foi relevante para o promotor, ao ponto de admitir uma futura candidatura. No fundo, trata-se de analisar se a selecção do programa operacional como meio de obter financiamento foi a alternativa mais adequada para atingir os objectivos.

Figura 14 – Árvore das categorias da fase de avaliação



Fonte: Entrevistas

Os resultados analisam o grau de satisfação dos promotores em relação ao co-financiamento e a forma como os projectos decorreram face às expectativas. Inclui uma análise aos efeitos ou mudanças identificados ou à ausência dos mesmos após a concretização dos projectos e, também, se a realização destes doze projectos contribuiu para o efeito de alavanca do investimento privado.

A categoria contexto apenas permitirá identificar alguns aspectos envolventes que, na perspectiva dos promotores, influenciaram os resultados dos projectos. Trata-se de aferir se alguns factores externos influenciaram os projectos e se esses elementos poderão ser relevantes para a sustentabilidade das empresas. A categoria contexto é, somente, um contributo para eventual avaliação de impactes de longo prazo de projectos co-financiados pela Medida 3.1.

A descrição das subcategorias segundo as unidades de texto codificadas com base os discursos dos promotores consta do quadro seguinte:

Quadro 21 – Descrição das subcategorias da fase de avaliação

Categoria	Subcategoria	Descrição
Objectivos	Eficácia/Eficiência	Concretização plena ou parcial face às acções e investimentos previstos nos projectos
	Benefícios	Produtos ou serviços obtidos directamente com o projecto ou com o investimento realizado
	Recandidatura	Ponderação em relação a uma outra candidatura a fundos comunitários
Resultados	Satisfação	Satisfação plena ou parcial quanto ao incentivo obtido e a oportunidade do co-financiamento
	Efeitos	Efeitos imediatos esperados pelos promotores, intencionais ou não, vantagens e desvantagens
	Alavancagem	Os investimentos privados foram impulsionados ou não pelo co-financiamento público
Contexto	Factores externos	Factores contextuais que influenciaram os resultados dos projectos e são determinantes na presente situação das empresas
	Sustentabilidade	O contexto terá efeitos a longo prazo na sobrevivência das empresas e na permanência dos investimentos realizados com os projectos

Fonte: Entrevistas

Os discursos dos entrevistados foram o motor da análise da fase de avaliação, recorrendo-se, pontualmente, aos relatórios finais de execução dos projectos, para avaliação das taxas de execução dos investimentos e do tempo de duração dos projectos, bem como para uma análise à concretização dos objectivos previstos na fase de candidatura.

5.6.1 Objectivos

- Eficácia/Eficiência

Iniciando a análise dos projectos sob o critério da eficácia, de acordo com a definição procura-se identificar, na perspectiva dos promotores, “em que medida os objectivos foram atingidos e as acções previstas foram realizadas” (Guerra, 2002:198). Neste sentido, os entrevistados foram confrontados com as seguintes questões: em que medida os objectivos esperados/resultados foram atingidos no projecto? Quais os motivos para o projecto ter sido concluído sem atingir os objectivos (com execução inferior aos previsto)?

A maioria dos promotores considera ter atingido os objectivos previstos no projecto. Apenas três negam, parcialmente, esse cumprimento, porque o projecto aprovado não



coincide com a candidatura apresentada, o investimento foi inferior ao previsto, ou porque as instalações existentes não serão, afinal, consideradas as mais adequadas.

"Em relação ao projecto, sim. Relativamente às instalações não (...) Provavelmente mudaria para um edifício mais moderno, construindo instalações apelativas e futuristas. Mas como tenho parque privativo, que é muito útil, por uma questão de comodismo acabei por ficar aqui." (entrevista 3)

Para os promotores, o facto de terem concluído os projectos e recebido o co-financiamento significa, linearmente, que os objectivos foram atingidos pois concretizaram o co-financiamento. Não há associação de ideias entre os objectivos predefinidos na fase de candidatura e a averiguação final dos resultados alcançados.

A avaliação de eficácia inclui uma análise aos meios utilizados, se estes foram adequados, pertinentes e suficientes para a concretização dos projectos (Guerra, 2002). De certa forma, permite aferir se as acções realizadas foram as programadas. Ou seja, se foram adquiridos os equipamentos previstos e realizadas as adaptações às instalações. As reprogramações temporais e físicas ocorridas durante a execução do projecto não são consideradas como factores que modificaram a programação prevista, tendo os objectivos sido concretizados.

Como referido na fase de conclusão dos projectos, através do Quadro 18 – Datas de conclusão previstas e efectivas (página 176), apenas um projecto cumpriu o estabelecido. A maioria teve atrasos na conclusão, pelo que a eficácia temporal não foi concretizada conforme previsto. Acresce, que os projectos deveriam ter uma duração máxima de 18 meses mas, apesar das reprogramações, a duração dos projectos foi a indicada no Quadro 22:

Quadro 22 – Tempo de duração dos projectos

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Início efectiva	18-12-2003	15-09-2003	29-12-2003	24-09-2002	25-09-2001	31-05-2002
Conclusão efectiva	31-12-2004	28-02-2005	20-07-2004	09-08-2004	17-03-2003	06-06-2005
Tempo duração projecto (meses)	12,4	17,4	6,7	22,5	17,7	36,2

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Início efectiva	15-02-2002	01-10-2001	06-09-2001	29-11-2002	27-02-2002	17-05-2002
Conclusão efectiva	08-11-2004	06-06-2003	28-02-2003	22-12-2004	22-04-2003	30-12-2002
Tempo duração projecto (meses)	32,8	20,2	17,7	24,8	13,8	7,4

Fonte: Relatórios finais de execução dos projectos co-financiados pelo FEDER, Saúde XXI

Dos 12 projectos em estudo, sete apresentam um tempo de execução inferior aos 18 meses previstos e cinco excederam esse tempo, sendo o máximo de 36,2 meses (cerca de 3 anos). Em média, os 12 projectos demoraram 19,1 meses, uma duração

ligeiramente superior à prevista. Os promotores que ultrapassaram os prazos previstos – isto é, o prazo inicialmente estimado para a duração do projecto – referem não terem sido relevantes os desvios e as intervenções foram concretizadas de forma positiva face ao previsto.

“Não houve um grande desvio. Penso que os serviços públicos têm alguma dificuldade em compreender como é que as empresas funcionam no dia-a-dia, tendo de facturar serviços e pagar aos seus profissionais.” (entrevista 6)

“Seguramente demoraria muito mais tempo a concretizar o projecto. (...) Perante as expectativas que tinha, ultrapassei-os largamente! Executei o projecto completamente.” (entrevista 7)

“Ultrapassei em muito os objectivos, porque nunca pensei ter o desenvolvimento conseguido.” (entrevista 8)

Alguns promotores identificam, nos seus discursos, o valor do investimento como um termo de comparação para a concretização dos projectos, aproximando-se do critério de avaliação designado por eficiência. Neste critério os resultados são confrontados com os recursos utilizados, verificando-se se o seu emprego foi económico e satisfatório (Guerra, 2002). Tem implícita uma avaliação de custos dos recursos utilizados no projecto.

No Quadro 23 ressalta que os projectos 3, 7 e 10 tiveram investimento superior ao previsto aquando da apresentação da candidatura, dado a taxa de execução do investimento total ter excedido 100%. Este facto está directamente relacionado com as reprogramações físicas realizadas pelos projectos 7 e 10, que, pelos motivos já apontados alteram as componentes constantes dos projectos, originando investimentos superiores ao previsto mas suportados pelos promotores.

Quadro 23 – Taxas de execução⁹³ dos projectos

	Projecto 1	Projecto 2	Projecto 3	Projecto 4	Projecto 5	Projecto 6
Investimento total previsto	92.708,00 €	68.640,11 €	35.586,00 €	59.494,40 €	107.306,39 €	140.018,00 €
Investimento elegível previsto	92.708,00 €	61.433,21 €	31.093,79 €	59.494,40 €	107.306,39 €	124.968,03 €
Custo total realizado	92.708,00 €	46.482,08 €	37.020,10 €	59.133,62 €	100.711,26 €	114.519,53 €
Despesa elegível realizada	92.708,00 €	46.482,08 €	31.093,79 €	59.133,62 €	100.711,26 €	112.294,69 €
Taxa execução investimento total	100,0%	67,7%	104,0%	99,4%	93,9%	81,8%
Taxa execução do incentivo	100,0%	75,7%	100,0%	99,4%	93,9%	89,9%

	Projecto 7	Projecto 8	Projecto 9	Projecto 10	Projecto 11	Projecto 12
Investimento total previsto	99.428,67 €	115.082,65 €	127.373,03 €	157.286,00 €	229.215,17 €	250.945,27 €
Investimento elegível previsto	99.428,67 €	57.383,98 €	97.599,78 €	131.656,79 €	42.241,23 €	209.495,10 €
Custo total realizado	119.536,71 €	53.441,33 €	95.652,28 €	181.833,30 €	82.069,98 €	249.199,19 €
Despesa elegível realizada	99.428,67 €	43.652,95 €	91.733,96 €	131.656,79 €	42.241,23 €	209.495,12 €
Taxa execução investimento total	120,2%	46,4%	75,1%	115,6%	35,8%	99,3%
Taxa execução do incentivo	100,0%	76,1%	94,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Relatórios finais de execução dos projectos co-financiados pelo FEDER, Saúde XXI

⁹³ “Taxa de execução – Percentagem da despesa executada na programação financeira relativa a um dado ano ou período de tempo. (Ferreira, 2002:93)

“Sim, investi mais do que pensava. Mas isso é habitual a quem faz projectos. Não encaro isso como uma situação negativa. Além disso, os projectos vão sofrendo alterações e o que planeamos hoje poderá ter de evoluir daqui a um ou dois anos.” (entrevista 7)

Apenas o projecto 1 cumpriu integralmente o valor previsto na candidatura. A maioria dos projectos apresenta taxas de execução inferiores no investimento total. Nalguns casos trata-se de pequenos desvios entre os orçamentos iniciais incluídos nas candidaturas e a despesa realizada posteriormente, como nos projectos 4 e 12. Noutros casos existem desvios relevantes, porque a despesa considerada elegível na aprovação pelo Saúde XXI foi inferior ao investimento solicitado pelo promotor. Consequentemente, este optou por não efectuar o investimento previsto na candidatura, como os casos dos projectos 9 e 11.

“Considero que atingi os objectivos, mas gostava de ter recebido apoio para mais coisas. Eu apresentei várias propostas, mas aprovaram apenas uma. Tudo bem, não sou exigente.” (entrevista 11)

Quatro projectos apresentam desvios consideráveis em relação ao previsto na fase de candidatura – os projectos 2, 5, 6 e 8. Não utilizaram todo o incentivo concedido, concretizando-se com taxas de execução inferiores a 100%. As causas para estes desvios derivam de dificuldades encontradas ao longo da execução dos projectos. Dificuldades financeiras, alterações no equipamento previamente seleccionado e problemas com pedidos de pagamento e prazos de execução.

“Não decorreu porque não consegui fazer o investimento máximo por eles [saúde XXI] concedido inicialmente. (...) Mas porque a nossa contrapartida era muito superior ao que podíamos gastar, acabámos por reduzir o valor do financiamento.” (entrevista 2)

“(...) porque os preços que eu inicialmente conseguira eram bastante mais elevados. E eu consegui negociar preços mais baixos. Tinha um equipamento com custo estimado à volta de 10.000 contos e consegui comprá-lo por pouco menos de metade.” (entrevista 6)

Dos 12 projectos em análise, metade utilizou integralmente o valor do incentivo concedido (100% da taxa execução). Globalmente, a taxa de execução do investimento de todos os projectos foi de 83,1% e a taxa de execução do incentivo dos projectos foi de 95,1%. Com base nestes valores poderiam fazer-se apreciações acerca da eficiência dos projectos e dos desvios apontados, utilizando indicadores que relacionassem os recursos previstos com os utilizados na concretização dos projectos⁹⁴. No âmbito deste critério de avaliação, a comparação dos resultados alcançados face aos meios mobilizados, em

⁹⁴ A actualização da avaliação intercalar do Saúde XXI identifica que, na medida 3.1, o custo unitário ao nível da execução “gera um excedente positivo quando confrontado com o custo unitário programado, quer com o aprovado, o que indica eficiência na realização da medida” (Sakellarides, 2005b:13).

particular o custo das intervenções, permite relacionar a eficácia e a eficiência destes projectos (Comissão Europeia, 1999).

A actualização da avaliação intercalar do Saúde XXI considerou existirem dificuldades patentes para se efectuar a avaliação de eficiência. Essas dificuldades poderão ser acolhidas numa avaliação destes 12 projectos, porque existem “diferenças de âmbito, conteúdo e/ou dimensão entre projectos da mesma natureza, com impacte ao nível dos custos envolvidos e dos níveis de resultado (...), tornando-se igualmente despicienda qualquer avaliação de eficiência comparativa” (Sakellarides, 2005b:12).

- Benefícios

A análise dos objectivos não fica completa sem uma apreciação dos benefícios conseguidos com os projectos, verificando-se se os benefícios esperados foram os realizados (Guerra, 2002). Os benefícios são o produto imediato da concretização do projecto. São as acções realizadas, como aquisição de equipamento ou remodelação das instalações. Devido ao destaque concedido pelos promotores, estes foram considerados numa subcategoria própria, embora devessem ser incluídos na categoria eficácia.

No discurso dos entrevistados, a maioria das referências baseia-se na melhoria das condições de trabalho se houve adaptação das instalações ou renovação dos equipamentos, os quais imprimem maior qualidade no atendimento e maior volume de actividade de prestação de serviços.

“Mudou tudo, sobretudo no atendimento. Hoje é muito melhor e mais personalizado. Temos muito melhores condições de trabalho. A privacidade do doente é, também, incomparavelmente melhor e isso para mim é o mais importante. Neste aspecto, houve quase 99,9% de melhoria...” (entrevista 4)

“Modernizámos as instalações e o equipamento. Dantes havia cá aparelhos com botões e hoje são digitais, o que impressiona favoravelmente os doentes. (...) O gabinete antigo parecia um pouco envelhecido devido ao uso e a sala hoje é melhor e mais acolhedora porque tem uma cadeira moderna.” (entrevista 5)

Tendo por base as referências aos benefícios conseguidos e a informação constante nos Relatórios finais de execução dos projectos, procurou-se identificar em que medida os objectivos estabelecidos para os projectos foram atingidos. Para o efeito, recorreu-se a uma matriz de análise (Anexo 7) da concretização dos objectivos específicos identificados para os 12 projectos em estudo no subcapítulo 5.2.3 Objectivos dos projectos.

Recorda-se que os promotores demonstraram dificuldades em clarificar objectivos quantificáveis directamente associados às intervenções. Este facto é agora motivo para que a avaliação dos projectos seja de difícil concretização. Nos relatórios finais de

execução, ainda que um dos elementos a constar fossem os indicadores do projecto (distinguidos entre indicadores de realização física, resultados e impactes) a informação exposta enforma de diversas incongruências entre o previsto na candidatura e o realizado ou atingido após a conclusão do projecto. Dentre os vários problemas identificados destacam-se: a existência de relatórios finais sem a presença de indicadores; nos relatórios em que estes dados constam não há correspondência com os indicadores apresentados no formulário de candidatura; os indicadores não estão directamente associados à concretização do projecto co-financiado, porque dizem respeito à actividade regular da empresa; e alguns dos valores suscitam dúvidas quanto à sua medição.

Ponderando todos estes constrangimentos, mas aceitando-se como válida a informação dos entrevistados e dos relatórios finais, os seis objectivos específicos identificados para aos 12 projectos foram em parte concretizados:

- Aumentar a realização do número de exames ou de tratamentos complementares de diagnóstico e de terapêutica:
 - É o segundo objectivo mais destacado pelos entrevistados ou com referências no relatório final. Dos nove projectos com dados, cinco identificam aumentos na actividade assistencial com a realização de um maior número de consultas, exames ou tratamentos de fisioterapia após a conclusão das intervenções.
- Aquisição de novos equipamentos para prestação de cuidados saúde de qualidade, com garantia de cumprimento dos requisitos legalmente estabelecidos:
 - Cinco projectos identificam a renovação dos equipamentos, melhorando a qualidade da prestação de cuidados de saúde e a regularização dos mesmos consoante as normas legais.
- Criar novas unidades ou valências inexistentes de imagiologia, de radiologia móvel e de endoscopia e uma clínica especializada em medicina do exercício:
 - Estavam previstas cinco novas unidades em quatro projectos; três foram totalmente concretizadas (duas de imagiologia e uma de endoscopia), uma não foi aprovada e o promotor não a realizou (radiologia móvel) e a unidade de medicina do exercício ainda não foi plenamente concretizada.
- Reforçar a qualidade dos serviços prestados através de maior fiabilidade e de eficiência de atendimento, adquirindo *hardware* e *software* informático visando diminuir a probabilidade de erros e incremento do rigor técnico dos exames:
 - Quatro projectos referem a aquisição deste tipo de equipamentos, sendo que três mencionam a concretização dos objectivos mas não o traduzem em

indicadores demonstrativos, apenas subsistindo a informação dos entrevistados ou a constante no relatório final.

- Renovar/adquirir instalações que permitam criar novas salas de tratamento/gabinetes de consulta com maior qualidade de atendimento:
 - Cinco projectos destacam a concretização deste objectivo, mas sem possibilidade de quantificar adequadamente os resultados atingidos, para além do facto de as obras terem sido realizados.
- Aumentar a produtividade para incrementar o volume de negócios:
 - É o objectivo com maior número de referências (dez). Sete projectos referem ter conseguido maior produtividade, mas apenas reflectido no aumento do volume de negócios de metade empresas.
- Recandidatura

Esta subcategoria surgiu porque, espontaneamente, alguns promotores referiram a hipótese de voltarem ou não a apresentar nova candidatura a fundos comunitários, após a presente experiência.

Dos seis entrevistados com unidades de texto codificadas, metade voltaria a repetir a experiência e há a probabilidade de apresentarem novas candidaturas a fundos comunitários. É particularmente curioso verificar que, entre esses três entrevistados, dois correspondem a casos em que o Saúde XXI já não era o primeiro co-financiamento. Isto é, são promotores com experiência anterior e tendo, à partida, uma expectativa favorável quanto ao financiamento da Medida 3.1.

“E talvez no futuro haja novos investimentos porque esta experiência correu de forma geralmente positiva. (...) Em todas as candidaturas que apresentámos (FAIA, IEFP e Saúde XXI, nomeadamente), fomos tentar que nos ajudassem e sempre o conseguimos. Para a próxima vez estudaremos a candidatura com maior profundidade, em face das perspectivas do mercado, e as coisas correrão certamente ainda melhor.” (entrevista 1)

Outros três promotores têm um ponto de vista mais negativo e ponderam não voltar a concorrer a fundos comunitários. No entanto, essa hipótese deve-se, em parte, a circunstâncias alheias ao PO Saúde, porque os promotores relacionam a suas respostas com dificuldades encontradas ao longo da execução dos projectos, nomeadamente a ausência do regime de convenção com o SNS, a selecção de recursos humanos adequados e o escasso apoio das empresas de consultoria na elaboração da candidatura e no acompanhamento do processo.

“Em todo o caso, se as exigências fossem as mesmas deste processo de candidatura certamente não concorreria. (...) Talvez..., apesar das imensas complicações, se a ARS do Alentejo celebrasse connosco uma convenção sobre o SNS.” (entrevista 2)

“Por isso nunca mais pensei em candidatar-me ao Saúde XXI, porque me dei muito mal com a primeira experiência.” (entrevista 8)

A eficácia dos projectos foi concretizada, em parte, conforme os objectivos e acções previstos nas candidaturas, embora para os promotores a conclusão e o recebimento do incentivo sejam motivos suficientes para considerarem alcançada a meta.

Se a eficácia fosse medida apenas com o critério temporal, um único projecto teria cumprido integralmente o plano estabelecido. Quase todos os projectos tiveram reprogramações temporais e, nalguns casos, ainda assim não cumpriram o critério de 18 meses para a duração do projecto. As reprogramações físicas são também indício de que os planos não foram cumpridos segundo as aprovações, tendo os promotores alterado as componentes dos projectos e suportado as diferenças de investimento. Este facto poderia deixar transparecer algumas dúvidas quanto à real eficiência dos projectos, mas não pode ser generalizado porque algumas taxas de execução são inferiores ao previsto dada a aquisição de equipamentos a preços mais baixos ou porque os promotores optaram por não realizar todo o investimento previsto.

Nos 12 projectos em estudo a taxa de execução do investimento total foi inferior à taxa de execução do incentivo e os investimentos previstos nas candidaturas não foram totalmente concretizados sem o apoio do Saúde XXI. Por outro lado, o desvio face ao previsto foi cerca de 5% inferior, ou 171.675€ não foram necessários à concretização dos projectos aprovados, o que resulta em ganhos de eficiência nos projectos⁹⁵.

Esta conjectura deveria ser confirmada através dos benefícios obtidos com os projectos. A articulação entre a eficiência e a eficácia não foi possível de ser evidenciada porque surgiram dificuldades na apreciação da dicotomia objectivos planeados/objectivos realizados. Numa visão global, nem todos os projectos atingiram os objectivos previstos mas permitiram a aquisição de equipamentos e a modernização das instalações visando aumentar o número de exames e de tratamentos realizados. Aparentemente, os benefícios foram concretizados e por um valor inferior ao previsto. Outro objectivo seria que esses benefícios conduzissem a um maior número de utentes, reflectido num

⁹⁵ A actualização da avaliação intercalar refere que o custo unitário ao nível da execução “gera um excedente positivo quer quando confrontado com o custo unitário programado quer com o aprovado – sinal de eficiência na realização” (Sakellariades, 2005a:110).

foram codificadas 17 unidades, mas proferidas por sete entrevistados. Face à similitude quantitativa dos dados codificados, o sucesso ou insucesso dos projectos não deverá ser julgado pela frequência do número de entrevistados ou das unidades de texto. Considera-se, antes, mais valioso analisar a temática dos efeitos especificados pelos promotores.

Os efeitos positivos eram os esperados e pretendidos pelos promotores e que significavam também benefícios para a população, enquanto usufruidora das melhorias qualitativas implementadas nas empresas de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica. Os efeitos negativos não estavam previstos ou correspondem à ausência de resultados que os promotores supunham vir a conseguir com a concretização do projecto.

O Quadro 24 pretende sintetizar, positiva e negativamente, os efeitos identificados pelos vários entrevistados, considerando o número de unidades de texto codificadas e as temáticas abordadas pelos mesmos.

Quadro 24 – Efeitos positivos e negativos dos projectos

Efeitos	Temas	Entrevistados	Nº unid.
Positivo	Valorização pessoal e profissional com a aprendizagem efectuada ao longo da execução do projecto	“O projecto foi também importante para procurar respostas mais profissionais àquelas que a empresa vinha tendo. (entrevista 6) “(…) o que crescemos como pessoas quando nos envolvemos num projecto destes” (entrevista 10)	5
	Aumento da procura ou do número de utentes	“A empresa tem mais procura, talvez porque temos também condições para acolher mais doentes simultaneamente.” (entrevista 4) “O lado positivo foi termos conseguido atender um maior volume de população e termos maior qualidade na prestação de serviços.” (entrevista 7)	4
	Maior conhecimento da empresa com mais valias para a credibilidade empresarial	“Talvez a empresa tenha ganho credibilidade, por ter sido financiada, sintoma de que preenche os requisitos de uma clínica que se quer como tal” (entrevista 9)	3
	Aumento de receitas ou maior capacidade para cobrir os encargos financeiros	“Tivemos mais receitas, a nossa prestação anual de serviços tem vindo a crescer e penso que crescerá ainda mais. Há margem de progressão.” (entrevista 1)	3
	Desenvolvimento e crescimento da empresa	“Foi um trabalho maduro, que nos ajudou a ter uma etapa de crescimento da organização interna e a atingir um patamar que nos obriga a trabalhar muito manter esse crescimento contínuo.” (entrevista 6)	2
	Obtenção licença funcionamento	“o reequipamento veio na hora certa porque, dois anos depois, fui vistoriada e imediatamente obtive licença de funcionamento pois tinha todos os aparelhos exigidos” (entrevista 5)	1

(cont.)

Efeitos	Temas	Entrevistados	Nº unid.
Negativo	Dificuldades financeiras, por falta de receitas que compensem o investimento e os encargos financeiros mensais	“A grande dificuldade que a minha empresa tem, neste momento, é a obrigatoriedade dos pagamentos mensais do financiamento bancário.” (entrevista 6) “as exigências são cada vez maiores e influem nas despesas, mas não obtemos compensação do lado das receitas para suportar tal acréscimo de encargos.” (entrevista 7)	5
	A procura esperada não se concretizou	“Gostava de ter mais trabalho mas, infelizmente, é praticamente igual ao que havia no início.” (entrevista 2)	5
	Dificuldades na obtenção de acordos com entidades privadas e/ou não concretização do regime de convenção com o SNS	“Eu julgava que até poderia mudar, nomeadamente em matéria de convenções. Mas não teve qualquer influência positiva nesse aspecto. (...) temos capacidade instalada mas não há convenções que nos permitam servir toda a gente.” (entrevista 10)	4
	Adaptação inadequada das instalações	“Nesse aspecto, a maior dificuldade que enfrento é a exiguidade das instalações face à ideia inicial do projecto.” (entrevista 6)	1
	Risco pessoal para uma vertente empreendedora	“A partir do momento em que assumi que as coisas estavam encaminhadas para uma unidade deste tipo, eu enveredei por aquele que me parece ser o maior desafio da minha vida profissional: há um ano resolvi sair da função pública.” (entrevista 6)	1
	O reconhecimento não foi suficiente	“Esperava mais projecção em termos da comunidade, embora tenha dado entrevistas a jornais regionais, sobretudo.” (entrevista 9)	1

Fonte: Entrevistas

Os benefícios adquiridos com a concretização dos projectos deveriam, na óptica dos promotores, resultar num aumento do número de clientes gerador de incremento nas receitas para amortizar os investimentos avultados, mas o efeito apenas foi conseguido por alguns promotores, em especial nas empresas consolidadas no mercado.

A relação entre a procura dos utentes e a obtenção de receitas destaca-se no quadro anterior, tanto pela positiva como pela negativa. A maioria dos entrevistados aponta a carência de procura e a estagnação ou redução de receitas como efeitos inesperados. O maior reconhecimento da empresa e a sua credibilidade na comunidade também deveriam resultar no aumento de clientes e, por consequência, no incremento das receitas. Contudo, a impossibilidade de concretização de acordos com entidades privadas e, sobretudo, a inexistência de um regime de convenção com o SNS, também prejudicou – na ideia dos entrevistados – a procura dos utentes. O facto de se tratar de empresa com um projecto co-financiado também não resultou numa convenção com o SNS. Esta constatação será apontada pelos entrevistados, mais adiante, como um dos impedimentos ao desenvolvimento empresarial, e interpretada como possível condicionante ao impacte dos projectos.

aumento do volume de negócios. No fundo, tratava-se de obter um resultado com os benefícios efectuados. Mas apenas metade das empresas refere essa materialização.

Alguns entrevistados admitem não voltar a candidatar-se a fundos comunitários, o que revela que a decisão de optar pelo Saúde XXI, enquanto estratégia seleccionada para atingir os objectivos, poderá não ter sido a mais adequada. No entanto, a ideia negativa relaciona-se com problemas de contexto (factores externos) e constrangimentos com os recursos ao longo do ciclo de vida dos projectos.

5.6.2. Resultados

Os resultados são observados após a conclusão dos projectos e representam vantagens ou desvantagens imediatas para os beneficiários (Tavistock Institute, 2003a). Em última instância, os verdadeiros beneficiários dos doze projectos em estudo seriam os utentes a quem são prestados cuidados de saúde através das empresas que obtiveram co-financiamento. Assim, o grau de satisfação dos efeitos deveria ser apurado junto da população⁹⁶.

▪ Satisfação

Não sendo objectivo deste estudo o apuramento do grau de satisfação da população, esta subcategoria trata do entendimento dos entrevistados quanto à oportunidade de receber um co-financiamento para a concretização dos seus investimentos e em que medida esse incentivo foi ou não satisfatório.

Todos os entrevistados se mostraram satisfeitos com o facto de terem usufruído de fundos comunitários. Nas afirmações registadas não surgiram ideias eminentemente negativas em relação ao co-financiamento, mas já quanto ao valor do incentivo, nalguns casos, é considerado aquém das expectativas.

Dos 11 entrevistados, cinco classificaram-se como plenamente satisfeitos porque não foram encontradas expressões de indecisão ou de dúvida:

“Fiquei, fiquei satisfeito. Não estava à espera de outra coisa. (...) os valores que me foram apresentados foram os definitivos. Portanto, não houve surpresas desagradáveis.” (entrevista 4)

Ainda assim, apesar de satisfeitos, dois destes quatro promotores tinham indicado não admitir apresentar nova candidatura a fundos comunitários, suscitando dúvidas quanto à

⁹⁶ Alguns indicadores de resultado (*output*) são a taxa de satisfação dos beneficiários e a identificação das benfeitorias obtidas pelos beneficiários (Tavistock Institute, 2003a).

acepção destas afirmações, uma vez que após ultrapassados os problemas da candidatura e da execução dos projectos o co-financiamento foi uma mais-valia para as empresas.

Seis entrevistados mostraram-se relativamente satisfeitos, porque as respectivas respostas já incluem ângulos menos positivos ou situações discutíveis.

“O financiamento foi o aspecto mais positivo. (...) Achei o financiamento escasso, face a todos os problemas que tive de enfrentar para conseguir 35%.” (entrevista 8)

“Acho que há um desajuste na percentagem financiada, face às reais necessidades, para uma empresa se sentir patrocinada... Parece que fica sempre aquém das reais necessidades da pessoa que tenta fazer um projecto deste tipo.” (entrevista 9)

Para estes entrevistados, ainda que a oportunidade tenha sido concretizada, o co-financiamento não resultou na mais-valia esperada porque o consideram escasso em face das dificuldades enfrentadas para o receber. O IVA não foi considerado elegível, ou o projecto aprovado não incluiu todo o investimento previsto pelos promotores, resultando sempre num valor inferior ao incentivo renunciado. Este desapontamento foi maior para dois promotores, que não pretendem apresentar novas candidatura a fundos comunitários. No início da entrevista (na fase do diagnóstico), a maioria dos seis promotores foi questionada acerca da expectativa em obter um co-financiamento, mostrando-se imediatamente desiludida com o Programa. O grau de satisfação também estará relacionado com os efeitos positivos ou negativos que os promotores sentiram após a concretização dos projectos.

- Efeitos

Os efeitos são os resultados da intervenção operacional. Após a renovação do equipamento e das instalações, ou após a criação de novas unidades, os projectos têm efeitos previstos e imprevistos nas empresas, apenas passíveis de serem avaliados passados, pelo menos, três a seis meses após a conclusão dos projectos, o que Isabel Guerra designa por avaliação *ex-post* imediata (Guerra, 2002).

Recorrendo-se ao Quadro 22 – Tempo de duração dos projectos (página 202) verifica-se que a data de conclusão efectiva dos projectos em estudo se situou entre 30-12-2002 e 06-06-2005. Uma vez que as entrevistas se realizaram nos meses de Junho e Julho de 2006, foi possível questionar os promotores quanto a eventuais efeitos da concretização dos projectos co-financiados.

Nos discursos dos entrevistados surgiram dois tipos de efeitos, uns positivos e outros negativos. Os efeitos positivos foram apontados por nove entrevistados, sendo codificadas 18 unidades de texto segundo os temas abordados. Nos efeitos negativos

- Alavancagem

O efeito de alavanca pretende contribuir para o investimento do sector privado que actua no SNS, integrando unidades de saúde com modelos de funcionamento mais leves e potencialmente eficazes. Também pretende guiar recursos acrescidos, não públicos, para o investimento na saúde em áreas não cobertas ou deficientemente cobertas pelo SNS através do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI, 2004).

O conceito de alavancagem está associado à aplicação de fundos comunitários em termos financeiros e corresponde à propensão da intervenção pública para induzir despesa privada entre os beneficiários directos. Os efeitos devem ser proporcionais ao montante de despesa privada induzida pelo subsídio público (C3E, 1999b).

No caso dos projectos co-financiados pela Medida 3.1 do PO Saúde, o financiamento de um projecto era composto por duas partes: a despesa privada dos promotores e a despesa pública ou incentivo público. Este incentivo, como já referido na fase de candidatura, variava entre 34% e 38% do total do investimento elegível (no caso dos 12 projectos em estudo). Em bom rigor o incentivo público engloba duas fontes: o financiamento FEDER assegurado pela União Europeia e a contrapartida nacional garantida pelo Estado português. Assim, do total de incentivo recebido pelos promotores apenas 75% provêm do FEDER. Os restantes 25% competem ao Estado português⁹⁷. Nesta óptica, o efeito de alavanca tem duas vertentes: o co-financiamento público nacional mobilizado pelos fundos estruturais e a mobilização do sector privado, em simultâneo, numa filosofia de parceria entre o investimento público e privado.

Tendo por base o Quadro 23 – Taxas de execução dos projectos (página 203), foi possível verificar que os projectos 3, 7 e 10 tiveram um efeito de alavanca porque o incentivo público induziu um investimento total superior ao previsto e suportado pelos promotores. Mas o inverso – uma taxa de execução do investimento total inferior ao previsto – não poderá ser assumida como efectiva redução do efeito de alavanca porque, como já foi reportado na subcategoria eficiência, a redução do valor poderá ocorrer por incapacidade financeira para suportar o investimento previsto ou decorrente da negociação de preços mais baixos.

“Talvez tivesse adquirido também um ecógrafo, mas isso implicava despesa adicional da minha parte, pois esse aparelho custa cerca de 40.000 euros e o Saúde XXI só o financia em 41%. O resto teria de ser eu a financiar, o que elevava substancialmente os encargos bancários.” (entrevista 4)

⁹⁷ “Auxílio de *minimis* – Apoio concedido pelo Estado (ou através de recursos estatais) a uma empresa, cujo valor não ultrapasse os 100 000 euros, durante um período de três anos contados da data da atribuição do primeiro incentivo, independentemente da forma que assuma ou do objectivo prosseguido” (Ferreira, 2002:9).

“Na área de endoscopia (que eles não apoiaram) foi pena (...) E nós, que temos feito tantos e tão grandes serviços na área da endoscopia digestiva, na qual já investi muito e quero investir ainda mais, achei que foi errado não apoiarem esse investimento. Se tivesse apoio talvez já tivesse adquirido mais de um aparelho.” (entrevista 11)

No caso do entrevistado 11, a falta de incentivo pressupõe a redução no efeito de alavanca, porque o promotor apenas adquiriu um equipamento previsto para a realização de endoscopias e sem ser apoiado pelo Saúde XXI. Supondo que se perspectivava a aquisição de dois aparelhos, o investimento privado teria sido maior com a concretização do incentivo público.

Mas a afirmação deste entrevistado é dúbia, porque o promotor faz parte do grupo de seis entrevistados segundo os quais, mesmo sem o incentivo do Saúde XXI, teriam realizado o seu projecto. Uma resposta positiva à pergunta “Se não tivesse recebido o financiamento teria realizado o seu projecto da mesma forma?” indiciava que o efeito de alavanca não era real, por se tratar de investimentos que seriam sempre realizados pelos promotores. Portanto, não ocorria o efeito de o investimento público estar a induzir o privado. São as situações já referidas na análise da criação de emprego, designadas por “pesos-mortos”. Trata-se de investimentos que não podem ser directamente imputados à intervenção pública.

“Iniciámos o projecto antes de nos termos candidatado ao financiamento. Mesmo que não fosse aprovada a candidatura, estávamos decididos a avançar.” (entrevista 2)

“Sim, talvez até estivesse melhor porque teria dinheiro.” (entrevista 6)

O facto de, pelo menos, seis promotores darem uma resposta positiva, significa que, dos 1.232.307,38€ de investimento total realizado nos doze projectos em análise, 426.241,02€ seriam sempre concretizados sem o incentivo. Portanto, cerca de 35% de investimento como sendo um “peso-morto” ou sem necessidade de incentivo. Porém, os promotores que referiram concretizar os projectos mesmo sem o apoio do Saúde XXI correspondem aos investimentos mais baixos (inferiores a 95.000€) comparando com os congéneres promotores. Apenas o projecto 6 se enquadra no grupo dos maiores investimentos⁹⁸.

“Se soubesse não tinha [criado a clínica]. E como as coisas estão agora, ainda menos. Agora nem com financiamento.” (entrevista 10)

⁹⁸ Considerando o Quadro 23 – Taxas de execução dos projectos, realizou-se uma ordenação decrescente do custo total realizado para os 12 projectos. Os seis entrevistados que expressaram realizar sempre os projectos correspondem a valores de investimentos distribuídos da seguinte forma: 4º, 7º, 8º, 10º, 11º e 12º. Cinco dos projectos concentram-se no grupo dos seis investimentos mais baixos.

Para o entrevistado 10, o co-financiamento permitiu apoiar a criação de uma empresa, o que, claramente, não teria ocorrido sem o apoio recebido, tratando-se do único discurso explícito do efeito de alavanca. Este projecto corresponde ao segundo maior investimento dos 12 em análise.

Dois promotores alertaram para um outro efeito no âmbito da alavancagem, o prazo para a concretização dos projectos.

“Provavelmente tê-lo-ia concretizado mais lentamente, porque como não tinha prazos a cumprir faria tudo mais devagar. Assim, como houve imposição de prazos, as coisas foram aceleradas.” (entrevista 3)

Os entrevistados 3 e 7 admitem que realizariam os investimentos embora com probabilidades de se prolongarem no tempo, o que poderia originar alterações aos investimentos previstos. A dilatação do prazo era susceptível de resultar em investimentos de valor superior ou inferior. Assim, o facto de existir um período de tempo predeterminado para a conclusão dos projectos também poderá ser factor de alavancagem, porque pressionou a realização do investimento previsto. É interessante recordar, através do Quadro 22 – Tempo de duração dos projectos (página 202), que o projecto 3 foi realizado em 6,7 meses e o projecto 7 em 32,8 meses. Portanto, dois projectos com períodos de execução praticamente opostos: o de menor duração e o segundo com maior duração na execução. Ou seja, o factor tempo foi uma presença constante para a concretização dos projectos e criou um efeito de alavanca que induziu a realização de investimentos.

Na subcategoria resultados observou-se que, globalmente, os promotores ficaram satisfeitos com a oportunidade de obterem financiamento, embora considerando o incentivo baixo face às expectativas e às dificuldades enfrentadas para a concretização dos projectos. O argumento da expectativa só poderá ser válido encarando a falta de informação dos promotores na fase de candidatura, porque a proporção dos incentivos estava prevista na legislação de enquadramento da Medida 3.1 e variava entre 34% e 38% da despesa total elegível. Mas é inteligível este sentimento, na perspectiva dos promotores, porque corresponde ao objectivo do PO Saúde induzir um maior investimento privado através do apoio público, para criar o efeito de alavanca.

Este efeito parece ocorrer com maior incidência em investimentos mais avultados, pois cinco dos promotores com projectos de menor investimento referiram que mesmo sem o incentivo provavelmente teriam realizado os projectos. Dos onze entrevistados, seis assumiriam por inteiro o valor da despesa para a realização dos projectos, resultando que 35% do investimento não necessitava de apoio. Portanto, não promoveu o efeito de

alavanca. Estes aspectos poderão sugerir que o efeito de alavanca será tanto maior quanto maior for o volume de investimento previsto e realizado pelos empresários.

Para os promotores, os principais resultados dos projectos seriam a ocorrência de efeitos positivos, como o aumento da procura, do número de utentes e o aumento das receitas para cobrir o investimento realizado e os encargos mensais. No entanto, estes efeitos esperados também surgiram pela negativa, ou melhor, pela sua ausência, porque vários promotores referiram não ter os resultados esperados, nomeadamente, o aumento de receitas e da procura não foi concretizado. Do total de unidades de texto codificadas não deverá ser expresso se predominam efeitos positivos ou negativos mas constatou-se que os temas procura de clientes e resultados financeiros foram os efeitos mais apontados, com um número superior de referências pela negativa. Um dos motivos apontados pelos promotores para a falta de clientes relaciona-se com a inexistência de convenção com o SNS, tema este relacionado com o contexto em que os projectos foram desenvolvidos e que, provavelmente, terá influências no impacte destas intervenções na comunidade.

5.6.3. Contexto

Genericamente, a avaliação de impactes é uma apreciação final realizada dois a três anos⁹⁹ após as conclusões das intervenções, com o objectivo de identificar as consequências dos projectos nos beneficiários directos, que neste estudo são os promotores e respectivas empresas. Uma primeira categoria de impactes consiste nas consequências geradas a médio e longo prazo e a sustentabilidade dos resultados das intervenções. Um segundo grupo de impactes corresponde às consequências que afectam as pessoas ou organizações que, não sendo os beneficiários directos da intervenção, usufruem da mesma, como a população utilizadora dos cuidados de saúde prestados pelos promotores (C3E, 1999a).

Não sendo objectivo do presente estudo proceder a uma avaliação de impactes dos 12 projectos co-financiados pela Medida 3.1, o facto de as entrevistas se terem realizado um a três anos após a conclusão das intervenções permitiu recolher alguma informação sobre o contexto em que as empresas se desenvolveram até à actualidade (data da entrevista), bem como a perspectiva dos promotores para o futuro das suas empresas, numa aproximação ao critério de sustentabilidade.

⁹⁹ Os prazos para a realização da avaliação de impacte são variáveis na literatura, dependentes dos objectivos do estudo em verificar efeitos de curto, médio ou longo prazo, portanto de 1 ano a 5 anos. (Guerra, 2002; C3E, 1999a)

- Factores externos

O contexto que, na opinião dos promotores, mais influenciou a performance das respectivas empresas, de certa forma correspondem a impactes positivos ou negativos para os beneficiários directos e indirectos dos projectos. No âmbito dos factores externos, os entrevistados apontaram algumas variáveis incluídas na fase de diagnóstico, como o factor demográfico (o mercado e a concorrência) e o factor político (regime de celebração de convenções com o SNS). Surge ainda o factor económico, que não fora apontado na fase inicial da concepção dos projectos.

Seis entrevistados destacaram o factor demográfico como um dos determinantes para influenciar os resultados do projecto, não se verificando estes segundo o desejável porque esses factores tiveram uma influência negativa e imprevista. Em primeiro lugar, a dimensão do mercado:

"E não temos muita população (...) os arredores começam a ficar desertos. As pessoas tendem a concentrar-se na capital do distrito. Além disso, a procura dos nossos serviços é um pouco sazonal. No mês de Agosto, por exemplo, não ganhamos para as despesas. Nos outros meses fazemos como a formiga..." (entrevista 3)

"E chegam-nos só os que beneficiam de sistemas privados ou públicos de saúde, mesmo tendo de assumir uma parte das despesas, porque utentes privados só nos procuram muito raramente. E vêm um dia ou dois. Depois desaparecem..." (entrevista 7)

A dimensão do mercado não foi objecto de uma análise concreta e fundamentada pelos promotores na fase de diagnóstico. À data, a população foi considerada como um elemento que necessitava de cuidados de saúde porque existia carência de recursos na região. Agora o factor demográfico tem outra relevância. A redução populacional em algumas regiões, com destaque para os projectos localizados no interior dos distritos de Évora e Beja, condicionou o aumento da procura dos serviços prestados pelos promotores, apesar da beneficiação realizada nas empresas e da aquisição de equipamentos mais sofisticados. Por outro lado, a redução do poder de compra da população, a expansão dos seguros de saúde ou sistemas complementares de saúde e a sazonalidade da procura dos cuidados foram elementos descuidados na análise de diagnóstico do mercado regional na prestação de cuidados de saúde. Agora ganham destaque pela negativa, por condicionarem os resultados previstos após a conclusão dos projectos.

Quatro entrevistados apresentaram os concorrentes como outro factor a influenciar os resultados da intervenção.

“E, desde há um ano, sentimos maior dificuldade na captação de doentes, porque abriu um novo hospital na zona. (...) Neste momento, tenho menos 70% dos doentes que recebia há dois anos. (...) E, ainda assim, o hospital tem neste momento uma lista de espera de 300 doentes. (...) Mas nós aqui temos um prazo de resposta de 8 dias e no hospital demora 3 meses.” (entrevista 5)

“Nós temos trabalho a tarde inteira. Mas se fosse o dia inteiro, não sei se teríamos procura suficiente. Porque há concorrência... Fora do hospital são quatro. E o hospital está aberto das 07h às 20h, com um horário muito alargado. Portanto, conforme os subsistemas as pessoas procuram o que mais lhes convém.” (entrevista 3)

O tipo de concorrência surge agora sob dois ângulos: a concorrência dos serviços de saúde públicos de saúde (com destaque para os hospitais) e os restantes concorrentes privados que actuam na mesma área de mercado e tipologia de cuidados de saúde. Na fase de diagnóstico, praticamente os promotores só ponderaram como concorrentes os prestadores directos do SNS e estes serviram de argumento para a realização dos projectos por considerarem que a resposta à população não era a mais adequada. Agora, tanto o sector público como o privado têm influência porque, em face do aumento da oferta, a população selecciona os que considera mais adequados à satisfação das necessidades ou ao seu poder de compra. Nesta óptica, poderá questionar-se quais as necessidades da população local/regional em cuidados de saúde na área dos MCDT. Por um lado, são prestadores privados próximos e de resposta atempada, mas sem regimes de acordo com subsistemas de saúde ou o SNS, ou, por outro lado, são prestadores de acesso universal em que o tempo de resposta poderá não ser o mais adequado à urgência dos cuidados de saúde.

A primeira opção, no caso particular dos projectos em estudo, merecia a preferência. No entanto, a população nem sempre tem poder de compra para suportar as despesas de saúde. Os promotores sabem-no, motivo pelo qual a concretização de um regime de acordo com subsistemas de saúde e, principalmente, com o SNS, se torna premente para a sustentabilidade da actividade. Mas o facto de uma empresa ter um regime de convenção com o SNS não será a solução de todos os problemas, como se verifica com o entrevistado 5. A concorrência mantém-se e a população ganha com a oferta, porque selecciona o prestador em função das suas preferências.

“Há concorrência, mas não interfere connosco. Já houve duas [clínicas], hoje há só uma. A outra era do fisiatra do hospital e, embora tivesse condições naturais para ter afluência significativa, acabou por falir. Temos uma maneira muito própria de trabalhar, sempre em prol do doente, e por isso somos conceituados na região. Privilegiamos a qualidade do atendimento em vez da quantidade e continuamos a dar-nos bem com essa política.” (entrevista 4)

Os promotores destes doze projectos terão de identificar, relativamente à população da área de influência, quais as necessidades não supridas para disponibilizar o serviço mais

adequado, quer seja pela qualidade como pela quantidade. Esta visão é determinante para que o impacto dos projectos seja relevante, uma vez que os promotores incluíram nos objectivos gerais dos projectos a satisfação da procura e a melhoria do acesso a cuidados de saúde:

- Proporcionar à população maior acesso a meios complementares de diagnóstico e de terapêutica de qualidade, uma vez que a região se encontra deficientemente coberta pelo SNS;
- Complementar a presente actividade com diferentes áreas de especialidade ou novas valências com carências na região;
- Maior satisfação dos pacientes com a redução a lista de espera para dar resposta a toda a procura que se tem verificado.

O factor político, ao contrário da fase de diagnóstico, revelou-se o maior determinante num contexto de impacto dos projectos. Todos os promotores se referiram ao tema regime de convenções com o SNS ou acordos realizados com subsistemas de saúde e entidades privadas. O discurso apontou vantagens e desvantagens para a realização ou manutenção destes acordos com as diversas entidades.

Dos 11 entrevistados, três celebraram um regime de convenção com o SNS na década de 80, ao abrigo de propostas de contrato,¹⁰⁰ e o promotor da área da psicologia usufrui dos acordos pontualmente celebrados entre psicólogos e as ARS, porque nesta especialidade não existe o regime de convenção (ERS, 2006).

“Sim, praticamente [tenho acordos] com todas as entidades que os aceitam. (...) Mas a maior parte dos doentes pertence ao SNS, porque a população do Alentejo está muito envelhecida e a maioria depende da Segurança Social. A estatística ronda os 80% do SNS, 10% da ADSE e os restantes são de seguradoras e outras entidades.” (entrevista 5)

“Directamente com a psicóloga. Depois o psicólogo diz o valor de cada consulta ou o valor real aqui do centro, manda o recibo verde dela e quando recebe deixa-nos 30%. Como os serviços sociais não correspondem às necessidades das pessoas, eles próprios pagam às psicólogas que atendem essas pessoas carenciadas.” (entrevista 9)

Os restantes sete entrevistados – empresas mais recentes ou de áreas não cobertas por regimes especiais – carecem de um regime de convenção com o SNS, mas a maioria procurou ter, pelo menos, acordos com subsistemas de saúde e seguradoras.

¹⁰⁰ MFR – proposta de contrato não publicada e homologada por despacho do Ministro da Saúde em 25/10/1985. Cardiologia, Pneumologia e Imunoalergologia – proposta de contrato publicada no DR, 2ª série, n.º 279 de 04/12/1987 (ERS, 2006).

“Temos acordos com bastantes entidades. Quase todas as seguradoras, com a PSP, a GNR, CTT, SAMS, SAMS Quadros. Falta-me a ARS porque também há 7 ou 8 meses que tento falar com a sua presidente mas ainda não consegui. Já tentei de tudo, mas a reunião ainda não foi marcada.” (entrevista 4)

O Regime Jurídico das Convenções, regulamentado no Decreto-lei n.º 97/98, de 18 de Abril, permite a adesão de prestadores privados de acordo com os requisitos constantes num clausulado-tipo de cada convenção. No entanto, até à data, apenas foram publicados três clausulados-tipo, nas áreas de cirurgia, de diálise e Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgias (SIGIC). A inexistência de clausulados-tipo impede a adesão de novos prestadores e de novas valências. Portanto, o modelo actualmente vigente é “limitador da liberdade de escolha e impeditivo da melhoria no acesso à prestação de cuidados de saúde” (ERS, 2006: 90).

“Os acordos com o SNS estão encerrados há muitos anos. Tudo o que é Estado... está fechado!” (entrevista 7)

Para os promotores com convenções celebradas, a questão financeira ressalta no âmbito das desvantagens. O preço e o prazo de pagamento são os aspectos mais referidos.

“Esta clínica funciona há quase 20 anos e tem acordo com o Estado (...). O Estado paga tarde e a más horas e eu tenho 10 pessoas cujo rendimento depende da actividade da clínica. O Estado paga ao fim de um ano e esta situação é insustentável para o funcionamento da empresa.” (entrevista 5)

“durante 11 anos, fui o único médico especialista privado do país a fazer consultas para a Caixa, recebendo, em valor, por consulta de pneumologia e alergologia, 300\$! (...) Ainda não há seis anos que acabaram essas consultas a 300\$....”¹⁰¹ (entrevista 11)

De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde, “os preços tabelados para os actos convencionados não estão adequados às condições de procura e oferta actualmente existentes” (ERS, 2002:112). Porque a área dos MCDT engloba valências bastante dependentes dos avanços tecnológicos exigindo grandes investimentos, resulta que, nalguns casos, os preços fixados por cada acto estão abaixo dos custos da aquisição e de manutenção dos equipamentos. Será importante relembrar que um dos motivos para a candidatura ao Saúde XXI, apontada por um promotor de empresa convencionada, foi a possibilidade de compensar o investimento necessário à prestação de cuidados de saúde com verbas que também eram da responsabilidade do sector público.

Dos sete promotores sem convenção, quatro apresentaram os seus serviços à respectiva ARS para tentar obter esse regime, por enquanto sem sucesso. Os argumentos para a

¹⁰¹ De acordo com a tabela da área N (especialidades médico-cirúrgicas, consultas) o preço em vigor desde Abril de 2006 é de 5,99€ (consulta ao site <http://www.dgs.pt> em 02/04/2007).

necessidade de uma convenção são mais assentes na perspectiva de satisfazer as necessidades da população e menos na vertente empresarial da sua actividade.

“Sentirmos que não podemos dar resposta a uma região que necessita dos nossos serviços, porque temos capacidade instalada mas não há convenções que nos permitam servir toda a gente.” (entrevista 10)

“também para os utentes é mais cómodo porque muitos dos doentes da região são idosos e conviria evitar-lhes deslocações de dezenas de quilómetros, em táxis e ambulâncias, quando podem fazer os exames a curta distância de suas casas.” (entrevista 1)

“Só em Évora existe uma unidade idêntica a esta, com a qual o SNS gasta imenso dinheiro no transporte de doentes desta região, quando pouparia certamente muito se os reencaminhasse para mais perto de casa.” (entrevista 2)

Entre os vários argumentos surgem: a existência de uma oferta de qualidade que não está a ser aproveitada por comparação com empresas convencionadas, a possibilidade de ajudar ao desenvolvimento regional através da criação local de novos postos de trabalho, os doentes teriam maior acesso a cuidados de saúde de proximidade sem terem de se deslocar a convencionados mais afastados e os custos do transporte de doentes para os convencionados, face à distância, é mais oneroso para o sector público do que o pagamento a novos prestadores.

Naturalmente, algumas destas afirmações carecem de estudos de validação, nomeadamente a relação entre o custo do transporte de doentes para as empresas convencionadas e o custo de eventuais novas convenções mais próximas. Mas algumas das possíveis vantagens apontadas pelos entrevistados merecem reflexão, existindo uma aposta em prestadores privados através de co-financiamento comunitário e tendo por objectivo “reforçar parcerias na prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas, bem como promover ganhos em saúde, designadamente pela redução de assimetrias e desigualdades” (Saúde XXI, 2004:68).

Este investimento, no âmbito do presente contexto contratual com prestadores privados, poderá reduzir o sucesso a médio e longo prazo dos projectos co-financiados e, eventualmente, condicionar o impacte destas intervenções. O estudo da Entidade Reguladora da Saúde refere que o actual modelo de contratação “enferma de problemas sérios, que lesam acima de tudo os interesses dos utentes, em termos de acesso, liberdade de escolha e qualidade dos serviços de saúde, mas também o Estado de forma directa, especificamente no que toca à aplicação de recursos no sector da Saúde, e indirecta, por força da incumbência de protecção do direito à saúde dos cidadãos” (ERS, 2006:113).

“É sabido que o Alentejo é uma zona carenciada, a população é idosa e é difícil o acesso à área da saúde. O que acontece é que o Estado, que tem obrigações para

com essas pessoas, mas não as cumpre. Não se admite, por exemplo, que num distrito enorme como o de Beja, haja duas unidades de TAC e nenhuma delas esteja convencionada com o SNS. (...) Mas as pessoas acabam por não poder usufruir dos benefícios, que não foram concedidos só a nós para também para benefício e da melhoria das condições de vida das populações..." (entrevista 10)

O último dos factores externos de índole macro é a situação económica do país. O factor económico é o contexto em que todos os projectos foram realizados e condicionou, na perspectiva de três entrevistados, o incremento da actividade. Os benefícios conseguidos com os projectos poderão ter uma reduzida influência na actividade da empresa por existirem problemas de desenvolvimento económico que poderão ter consequências no impacte destes projectos.

"Penso que estes financiamentos reflectem a percepção de que é necessário apoiar os empresários, porque individualmente pouco fazem devido às dificuldades financeiras. Portanto, é o reconhecimento público de que não já não é bom negócio investir." 7

"Se fosse hoje não teria feito uma coisa desta natureza. Tinha feito metade. Porque, em 1999/2000, a nossa economia estava muito mais próspera que hoje em dia. (...) Houve coisas iniciais exorbitantes porque toda a gente achava que ia correr muito melhor, do que correu na realidade. (...) Houve um *boom* inicial... Mas ninguém se lembrou que as coisas estavam mal." 9

A avaliação intercalar do Saúde XXI alertou que a recessão económica poderia ser um motivo para a retracção do investimento privado (Vaz et al., 2003), que, por sua vez, poderá também condicionar o impacte dos projectos. Na fase de diagnóstico este factor externo não foi considerado relevante para nenhum dos promotores, surgindo agora como argumento para justificar um eventual menor sucesso da procura de cuidados de saúde por parte da população e consequente obtenção de receitas inferiores ao previsto e pretendido.

- Sustentabilidade

Um dos possíveis indicadores de impacte é a taxa de sobrevivência de unidades com incentivo que permanecem a funcionar decorridos 12 a 36 meses após a conclusão dos projectos. Esta ideia está subjacente ao conceito de sustentabilidade, que corresponde ao facto de os benefícios e resultados perdurarem no tempo e poderem continuar sem futuros financiamentos públicos (Tavistock Institute, 2003). Enquanto critério de avaliação procura aferir da probabilidade de os benefícios gerados se continuarem a repercutir após a intervenção ter sido concluída. A subcategoria sustentabilidade surge por via da resposta dos entrevistados à questão sobre o futuro da empresa.

Apenas um entrevistado teve maiores dúvidas acerca da continuidade da empresa no futuro, tratando-se de uma sociedade criada ao abrigo do incentivo da Medida 3.1.

“Isto é um drama. As coisas estão complicadas... Vejo-o como às outras empresas. Não sou uma pessoa pessimista. Se o fosse, se calhar não estava aqui e já teria fechado a porta. Mas vejo as coisas complicarem-se. Para nós, empresa, porque não podemos fazer muito...” (entrevista 10)

Apesar de quase todos os promotores revelarem incertezas quanto ao porvir, este entrevistado não apresenta qualquer solução de futuro como estratégia de sustentabilidade da empresa e pressupõe não estar ao seu alcance alterar a situação actual.

Um grupo de quatro entrevistados prevê a continuidade das respectivas empresas, mas faz depender essa sustentabilidade do aumento da procura de utentes, da obtenção de um regime de convenção com o SNS e do desenvolvimento da economia nacional. Um destes entrevistados, apesar de ter uma empresa convencionada, receia que as características desse regime se alterem de forma negativa para as entidades privadas, porque permanece a ideia geral o sector público necessita de reduzir as despesas com a saúde.

“Se reabrirem as convenções, estou à vontade porque temos as condições necessárias, tanto higieno-sanitárias como de acessibilidade. Era isso que eu previa quando iniciei o investimento, mas talvez tenha de vir a encerrar no futuro se tal não suceder.” (entrevista 3)

“Muito incerto e dependente das alterações que estão a passar-se e se passarão no sector da saúde. Eu trabalho muito com convenções, com a ARS e quase todas as entidades que as celebram, e se as condições se modificarem para pior o futuro será incerto. O cerne da minha actividade prende-se com serviços convencionados.” (entrevista 8)

Dois entrevistados prevêem continuar a actividade porque um deles conseguiu viabilizar uma situação financeira sustentável e outro pretende com esse equilíbrio financeiro manter os postos de trabalho e continuar a actividade, por estar instalado no mercado há vários anos.

“Mas ainda me preocupo com o aspecto humano e, porque tenho na fisioterapia empregadas com mais de 40 anos, prefiro manter as coisas assim pois incomodar-me-ia se um dia as tivesse de mandar para o desemprego. (...) Continuamos a tentar trabalhar para equilibrar o barco, com o mínimo de contrariedades possível, para que amanhã, pelo menos, elas tenham direito à sua reforma.” (entrevista 5)

Quatro entrevistados têm uma visão positiva quanto ao futuro da empresa e prenunciam probabilidades de efectuar novos investimentos em instalações e equipamentos, demonstrando a sustentabilidade das suas empresas.

“Espero um futuro risonho para a clínica. Continuamos a trabalhar com o objectivo de a ampliar e não para a encerrar. (...) Aliás, já estamos a pensar em ampliar a clínica de [local], daqui a algum tempo. Ou, pelo menos, uma remodelação já começa a ser necessária.” (entrevista 4)

Dois entrevistados apresentaram também uma visão de muito longo prazo que, por um lado, demonstra pretenderem continuar a sua actividade empresarial, mas, por outro lado, pensam vender, arrendar ou trespassar o negócio.

"Ai, não sei!... Vou começando a estar cansada. A ideia é manter isto a funcionar e reunir as condições para que, se no futuro eu quiser trespassar, passar a colegas ou vender, poder fazê-lo em boas condições e não haver impedimento legislativo que me impeça de funcionar." (entrevista 3)

"O futuro disto? Não sei. Talvez aluguer ou venda. Creio que poderei aguentar isto mais meia dúzia de anos, devido à violência que representa tantas horas de trabalho. Tenho demasiados compromissos e muita responsabilidade." (entrevista5)

Globalmente, a maioria dos promotores parece querer manter a sua actividade empresarial, embora alguns em acumulação com a actividade realizada nos serviços de saúde do SNS, enquanto forma de defesa pessoal perante o futuro.

Tendo por base o estudo da actualização da avaliação intercalar, no que se refere à identificação das linhas de intervenção para o próximo período de programação 2007-2013, um grupo de peritos ponderou que futuros investimentos no sector privado da saúde deverão garantir que as actuais capacidades instaladas servem as necessidades sociais e, neste sentido, deverá ser apoiado o desenvolvimento de capacidade estratégica, não produtiva, enquanto estímulo à organização, inovação e mudança na forma de actuar dos prestadores (Sakellarides, 2005a). Esta visão coincide com a necessidade de, no futuro, os promotores delinearem estratégias de actuação no mercado regional em função das fracas probabilidades de usufruírem de um regime de convenção, procurando prestar cuidados de saúde com qualidade em detrimento da quantidade, viabilizado por intermédio de eventuais co-financiamentos para as áreas de apoio à actividade produtiva.

Decorrido algum tempo após a conclusão dos projectos, começa a ser perceptível a influência do contexto macroeconómico e político nos resultados dos projectos, contexto esse descurado pelos promotores na fase de diagnóstico. Agora revela alguns elementos a incluir numa avaliação de impacte destas intervenções.

- O factor político, que, na fase de diagnóstico, apenas foi referido por um entrevistado, é agora o mais apontado no período de avaliação dos projectos;
- Alguns elementos dos factores demográficos revelam-se agora fundamentais para um resultado positivo da intervenção:
 - O número e tipo de concorrentes existentes na região, públicos ou privados. Os promotores descuraram a identificação de prestadores privados enquanto

concorrentes, mas o aumento da oferta permite à população seleccionar os prestadores em função das suas necessidades e todos os intervenientes no mercado regional têm de demonstrar as suas mais-valias para captar mercado nos serviços de saúde.

- A sustentabilidade das empresas também depende da redefinição do seu objectivo inicial ou dos serviços disponibilizados, em função do interesse da população. Porque a possibilidade de sucesso depende de o serviço disponibilizado responder em absoluto a uma necessidade do mercado regional.
- O objectivo geral identificado pelos promotores – “Promover parcerias com as mais diversas entidades, nomeadamente contribuir para a complementaridade ao SNS, prestando cuidados médicos à população e utentes do SNS, ampliando a possibilidade de escolha dos cidadãos” – poderá não ser totalmente conseguido, porque o co-financiamento não permitiu aos promotores o acesso a um regime de convenção com o SNS;
 - Os objectivos gerais dos projectos pretendiam um maior acesso a cuidados de saúde na área de MCDT, aumento esse dependente da existência de uma oferta mais diversificada e próxima das populações. Mas coloca-se a hipótese de a utilização não ser complementar ao SNS, por não ter havido incremento da procura, segundo os promotores.
- Os promotores que detêm um regime de convenção com o SNS poderão ter a procura desejada para os seus serviços, mas surgem dificuldades financeiras na gestão operacional destas empresas devido aos preços baixos em algumas áreas. Também o período de liquidação pelo SNS dos serviços prestados é diferido no tempo, sendo fundamental possuir capacidade económica e financeira para suportar esse acordo;
- Para alguns promotores, o factor económico – nomeadamente o período de recessão económica nacional em que os projectos foram concluídos, e, posteriormente, a ausência dos resultados positivos esperados (procura e receitas) – poderá ter condicionado o impacto destes projectos a nível regional;
- A maioria dos promotores revela expectativas em manter a actividade empresarial e a realização de novos investimentos no sector, embora alguns o façam depender dos factores contextuais acima apontados.
 - A sustentabilidade apenas será questionável no caso do promotor que criou a empresa com o apoio directo do regime de incentivos.

A fase da avaliação foi a última no ciclo de vida destes projectos. Todavia, ela não estava presente no processo de planeamento delineado pelos promotores dos 12 projectos co-financiados, por terem surgido dificuldades em verificar se os objectivos definidos na fase de diagnóstico foram integralmente atingidos. Os promotores realçaram vários benefícios concretizados com a conclusão dos projectos, mas nem todos os efeitos esperados se concretizaram, com destaque para o incremento da procura de cuidados de saúde e inerente aumento de receitas das empresas. Considerando a avaliação enquanto fase do processo integrado no planeamento, identificaram-se alguns elementos que, a nível local ou regional, poderão influenciar uma avaliação de impactes. São factores contextuais que poderão influenciar a nível micro os efeitos das empresas apoiadas, beneficiárias directas, e, a nível macro, o sector da saúde, nomeadamente as populações, beneficiários indirectos dos co-financiamentos.

5.7. Disseminação

A disseminação¹⁰² não é uma fase comumente integrada no ciclo de vida de projectos, o qual geralmente termina na avaliação da intervenção. Uma avaliação pode ter como objectivo apresentar valor acrescentado para a tomada de decisão a nível institucional ou superior. Para isso, é necessário que as conclusões sejam disseminadas pelos potenciais utilizadores (CE3, 1999a). É no QCA III, fruto do aperfeiçoamento contínuo dos programas comunitários, que ganha importância a ideia transversal da divulgação das conclusões de todas as avaliações¹⁰³ e dos resultados atingidos com vista à transferibilidade de práticas de sucesso para futuros projectos ou interessados. A disseminação deverá ser realizada para facilitar aprendizagens a organizações ou entidades públicas. A sociedade civil, comercial, empresarial e outros grupos, também têm interesse nos resultados dos programas ou intervenções, pelo que um “processo de avaliação não deverá ser considerado completo até que um programa de disseminação tenha sido realizado”¹⁰⁴ (Tavistock Institute, 2003:76).

Este princípio está presente no modelo CIPP de Stufflebeam, que nos vários critérios de avaliação inclui a transferibilidade como a possibilidade de um programa ser bem

¹⁰² A disseminação caracteriza-se ser um “conjunto estruturado de actividades (...) cujo objectivo é a transferência (...) das soluções inovadoras, traduzidas em (...) procedimentos desenvolvidos e experimentados pelos projectos” (Programa EQUAL, 2005:1).

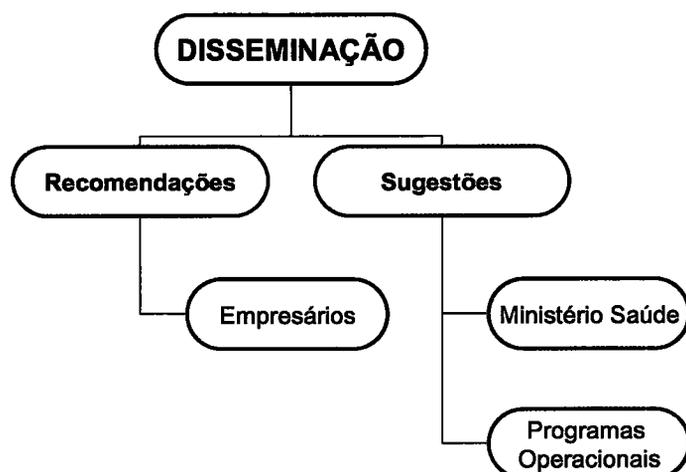
¹⁰³ Incluem-se todas as tipologias quanto à temporalidade: avaliações *ex-ante*, intercalares ou *ex-post*.

¹⁰⁴ No original “An evaluation process should not be considered complete until a programme of dissemination has taken place”.

sucedido quando adoptado ou aplicado noutra intervenção. Para este autor, a transferibilidade deverá permitir identificar os potenciais interessados na informação e qual a informação a ser disseminada para que o programa seja aplicado noutra intervenção (Stufflebeam, 2003). Para Stufflebeam, a disseminação de uma intervenção permitirá transportar acções e processos para outras intervenções, a fim de serem aplicadas com maior sucesso em função de aprendizagens anteriores.

É nesta perspectiva que os entrevistados dos 12 projectos em estudo foram convidados a apresentar sugestões ou recomendações a outros empresários que admitissem candidatar-se à obtenção de fundos comunitários pela primeira vez. Com base nestes discursos surge o esquema das categorias e subcategorias da disseminação:

Figura 15 – Árvore das categorias da fase de disseminação



Fonte: Entrevistas

Este esquema reflecte as recomendações a outros empresários identificadas pelos promotores, na perspectiva de aqueles se candidatarem a fundos comunitários, decorrendo da sua experiência pessoal. Surgiram também algumas sugestões à figura do Estado ou Ministério da Saúde, no âmbito da política de saúde, e sugestões relativas a procedimentos de candidatura, de aprovação e de execução de projectos co-financiados.

5.7.1. Recomendações e sugestões

- **Recomendações**

As advertências dos promotores a outros empresários direccionaram-se para as várias fases do ciclo de vida de projectos, em função das experiências positivas ou negativas de cada entrevistado.

Para a fase do diagnóstico foi recomendada especial atenção à definição da estratégia da empresa e uma correcta identificação das necessidades em face aos objectivos de desenvolvimento da empresa e não em função do financiamento possível.

"É importante fundamentar bem e com rigor o que se pretende. Depois consultar a legislação e saber onde encaixar esse projecto. Se as pessoas estiverem à espera do financiamento mas não souberem com rigor o que pretendem, então é porque não têm projecto. (...) se pensarmos que se faz isto ou aquilo somente porque eles têm o eixo não sei quantos e a medida não sei quantos, não se irá a parte alguma." (entrevista 6)

Esta recomendação é determinante para, na fase de candidatura, se identificarem os investimentos necessários à empresa e com maiores probabilidades de serem apoiados, devendo procurar-se, preferencialmente, maximizar o investimento susceptível de obter apoio.

É também importante conhecer o mercado em que a empresa vai realizar o investimento, tanto a nível da concorrência pública e privada como das verdadeiras necessidades da população regional, também associada à oferta existente.

"Façam, previamente, um estudo de mercado para não terem ilusões. Em minha opinião, investir na saúde não é, neste momento, um bom negócio. Os valores da convenções com privados baixaram e o próprio Ministro da Saúde deu exemplo disso. Só aumentaram os valores das convenções com os hospitais públicos... Perante isto, na área da saúde, o melhor é pensar muito bem antes de investir." (entrevista 7)

"Analisem bem as carências das pessoas na região em que vão fixar-se." (entrevista 10)

Os factores demográficos e político, presentes no diagnóstico, revelaram-se de extrema importância na fase de avaliação porque, nalguns casos, poderão ter condicionado os resultados previstos pelos promotores. Estes factores legitimaram a motivação para a candidatura a fundos comunitários, mas a sua insuficiente análise mostrou-se prejudicial à obtenção de efeitos mais positivos após a conclusão dos projectos.

A opção estratégica de seleccionar o recurso a fundos comunitários, como forma de co-financiar os investimentos, foi auspiciosa para um promotor:

"Recomendaria a todos os interessados que aproveitassem os incentivos concedidos, porque no sistema bancário o crédito é cada vez mais difícil. Sobretudo para quem vai iniciar uma actividade o processo é complicado e por isso eu recomendaria que se candidatem aos financiamentos." (entrevista 4)

Para a fase de candidatura, os promotores basearam os seus conselhos em dois elementos: as empresas de consultoria (parceiros) e a previsão dos orçamentos (opções de investimento).

“Arranjem uma pessoa séria e honesta para lhes preparar o projecto. (...) Sem dúvida, tem de haver um cuidado enorme [na selecção de consultores].” (entrevista 8)

Quem não tem experiência em co-financiamentos carece de aptidão para apresentar uma candidatura ou, simplesmente, não tem tempo disponível. É aconselhável obter apoio de pessoas ou entidades idóneas para a concretização das candidaturas nos prazos estabelecidos. Provavelmente, o recurso a consultores ou contabilistas terá de ser remunerado mas, no limite, serão uma mais-valia para a elaboração da candidatura, desde que seja garantida a credibilidade da entidade envolvida no processo.

Quanto às opções de investimento, tratando-se de co-financiamento os promotores teriam sempre de suportar uma parte das despesas, motivo pelo qual as recomendações apontam para a necessidade de os empresários terem capacidade financeira para suportar a contrapartida do financiamento público.

“O financiamento que vier é bem-vindo e ajuda. Mas temos de ter capacidade para seguir em frente, mesmo que nos falte este apoio... Sirvam-se do apoio dos fundos comunitários como uma ajuda ao desenvolvimento das empresas e não condicionem os projectos por causa desses subsídios.” (entrevista 1)

Por este motivo, a selecção dos investimentos a incluir na candidatura deverá ser bem ponderada, sob pena de alguns não serem elegíveis e perder-se acesso ao co-financiamento quando poderiam ser mais adequados outros investimentos. Por outro lado, a elaboração dos orçamentos deverá ter em conta o facto dos fornecedores e dos preços alterarem com frequência. Um determinado investimento à data da candidatura terá um orçamento mas quando o projecto for aprovado esse orçamento já poderá ser superior, não sendo, depois, possível alterar o valor do incentivo aprovado.

“Não façam entrar um conjunto de pedidos que não possam ser aceites. Tenham a consciência muito precisa do que pode ou não ser financiado. E percebam que, a seguir, vamos ter 30.000 olhos em cima.” (entrevista 4)

“Que na altura do projecto analisassem bem as situações e deixassem uma margem de manobra superior nos orçamentos. Imagine que um projecto era avaliado em 100.000 contos. Se calhar deixem uma margem até 120.000, podendo vir a usufruir dessa diferença se estiverem aprovados. Chegando ao *plafond* fixado, como aconteceu connosco, se ultrapassar o valor inicial não terá direito a mais nada.” (entrevista 10)

Na fase de execução foram apontadas sugestões relacionadas com o tempo de execução dos projectos, nomeadamente, no caso de projectos com a realização de obras de adaptação das instalações, por terem sido um dos motivos para o incumprimento dos prazos estabelecidos na aprovação.

“Concorram como nós, mas nunca se atrasem nas obras. Mas atenção aos tempos, porque é muito complicado gerir obras. Não pensem que as obras são fáceis. (...)

Mas façam as coisas atempadamente. (...) Comecem e concluam as obras e depois concorram.” (entrevista 9)

A execução tem a particularidade de incluir um elemento preponderante para os promotores: os pedidos de pagamento ao Saúde XXI. Para a transferência das verbas tinham de demonstrar o cumprimento de determinados requisitos, como a ausência de dívidas ao Estado e à Segurança Social e a inclusão dos investimentos na contabilidade da empresa. Assim, a execução do projecto só seria viável se a empresa demonstrasse ter uma contabilidade adequada às exigências de acompanhamento do projecto.

“Já me têm perguntado e eu digo que consegui, mas não escondo ter sido muito difícil. Mas conheço alguns que desistiram, porque o processo é difícil e muito complicado. Então se a pessoa não tiver a contabilidade em ordem, embrulha-se mesmo! É melhor nem mexer no assunto, se não estiver seguro de ter tudo em ordem...” (entrevista 11)

Surgiram também discursos que representam recomendações genéricas para todas as fases do ciclo de vida dos projectos, ou que se reportam à tomada de decisão de efectuar uma candidatura, demonstrando ser necessário ponderar racionalmente essa decisão, porque surgirão vários impedimentos para os concretizar, tendo de ser ultrapassados para chegarem à fase de conclusão.

“Não pensem que os financiamentos concedidos são para meter ao bolso. (...) Agora é tudo muito mais controlado e as pessoas quando se envolvem nestes processos têm de possuir capacidade de concretizar os projectos. É preciso ter os pés assentes no chão e prever que os fundos concedidos são mesmo para aplicar em projectos concretos.” (entrevista 1)

“Quando entramos num projecto de financiamento, ou se está disposto a ir por diante e superar todas as dificuldades, ou então não vale a pena entrar nisso”. (entrevista 3)

Alguns promotores alertaram para as questões burocráticas, que consideram dificuldade relevante a ultrapassar, porque o tempo gasto a resolvê-las poderia ser utilizado na gestão operacional da empresa. E, em especial, o facto de se apresentar uma candidatura não garante que a mesma seja aprovada e, após a conclusão do projecto, também não é garantido que os resultados sejam os esperados. A menos que se faça o diagnóstico correcto da situação e se direcione a candidatura para áreas com maiores probabilidades de co-financiamento, desde que enquadráveis nas necessidades e objectivos das empresas, tal como alerta o entrevistado 1.

“Recomendo que concorram, mas sejam prudentes porque as dificuldades são imensas e, face às dificuldades burocráticas e à incerteza do resultado, às vezes pensa-se em desistir...” (entrevista 2)

E, finalmente, o acaso, que também poderá ajudar se apoiado em alguma perseverança:

“tenham sorte, muita sorte. Se não houver sorte as coisas não vão para a frente... E persistência também. Porque se não houver sorte mas formos insistentes, alguma coisa se há-de conseguir...” (entrevista 6)

- Sugestões

Os promotores também apresentaram algumas sugestões ao Ministério da Saúde, ou entidades relacionadas com os fundos comunitários, que, em sua opinião, poderiam melhorar a aplicação destas verbas e o relacionamento com os beneficiários dos fundos. Relativamente à primeira entidade, a sugestão recai, naturalmente, na celebração de um regime de convenção com o SNS para empresas privadas na área dos MCDT. Como analisado na fase de avaliação, o contexto da política de saúde é, na perspectiva dos entrevistados, penalizante para a população, que não pode usufruir dos serviços de saúde prestados pela empresa. Beneficiar de co-financiamento poderia ser um dos requisitos para a celebração de um regime de convenção com o SNS, legitimando a credibilidade da empresa e a disponibilidade de condições adequadas à prática clínica, até por ser alvo de várias vistorias durante a realização do projecto.

“Nós aqui temos condições e equipamento (...), mas, muitas vezes, as pessoas são obrigadas a sair daqui. Com reformas de 250€ e 300€ não podem suportar exames particulares...É nessa lacuna que acho que o Saúde XXI devia dar uma ajuda, porque nós estamos a utilizar fundos do Estado.” (entrevista 10)

Para outro promotor, a existência de regime de convenção na área de fisioterapia, em termos de custos é mais favorável ao Ministério da Saúde, por comparação com o custo do serviço público. Os preços que regem o pagamento dos serviços prestados por entidades convencionadas aos utentes do SNS são fixados administrativamente, podendo ser inferiores à despesa pública para o mesmo tratamento nos prestadores do SNS.

“Se o Estado precisa de poupar, não há dúvida que o convencionado continua a ser o serviço mais barato para o Estado. O Estado paga-nos 0,70€ e o doente contribui com 1€ de taxa moderadora, pelo que temos de devolver 0,30€ ao Estado. No entanto, segundo estudos da associação de fisiatras, se o mesmo doente for tratado no hospital isso custa ao Estado 3,70€. Onde está a poupança?” (entrevista 5)

No âmbito das sugestões respeitantes à gestão dos fundos comunitários ou programas operacionais, a contrapartida financeira dos promotores poderia ser realizada através do recurso ao crédito bancário bonificado, ou de linhas de crédito especiais exclusivas para entidades que beneficiem de um co-financiamento.

"No entanto, em meu entender, para investimentos deste tipo (em que há, também, algum benefício para a população) deveria haver juros de empréstimos bonificados pelo Estado. (...) em Espanha, há maior apoio do Estado para este tipo de

investimentos (financiados até 75%). E a contrapartida do investimento beneficia ainda de um juro irrisório ou nulo, ou mesmo de pagamento a muito mais longo prazo, pelo que eles têm muito melhores condições." (entrevista 4)

Esta sugestão parece estar a ser equacionada no novo período de programação de 2007-2013, na medida em que se prevê uma simplificação das regras para as pequenas empresas com vista à obtenção de subvenções da União Europeia e para montantes de subvenções inferiores ou iguais a 25 000 euros, que exigirão menos formalidades administrativas (Comissão Europeia, 2007).

O conhecimento prévio da credibilidade dos promotores, antes da aprovação da candidatura, é outra sugestão apresentada, permitindo às estruturas operacionais verificar com antecedência as condições do promotor para a execução dos projectos. Ou, em alternativa, premiar os promotores que cumpriram integralmente as condições estabelecidas.

"Creio que uma visita às instituições, a fim de observarem o local e como funciona a entidade que se candidatou, daria uma credibilidade maior. Se vissem como funciona, como está organizada, como é tratada a sua contabilidade, se há seriedade, se tem acordos com várias entidades, acho que reduziria bastante a parte burocrática do processo." (entrevista 11)

"É a minha sugestão, porque os candidatos são todos iguais até apresentarem a candidatura. Depois dos projectos concluídos, tal como é possível cortarem aqui e ali em função de determinadas condicionantes do processo, talvez pudessem ser generosos e dar-nos outros incentivos quando se excede o que nos é exigido." (entrevista 1)

A sugestão do entrevistado 11 poderá vir a ser incluída no período de programação 2007-2013, por se prever que os promotores sejam rapidamente informados da possibilidade das suas candidaturas serem aprovadas, porque os procedimentos de submissão e de avaliação poderão ser divididos em duas fases distintas, sendo possível rejeitar na fase inicial as propostas sem possibilidades de serem bem sucedidas (Comissão Europeia, 2007).

Na sua maioria, as recomendações e sugestões apresentadas pelos 11 entrevistados alertam para fases ou procedimentos que os promotores tiveram maiores dificuldades em ultrapassar. Nalguns casos poderão, no próximo período de programação, vir a ser corrigidos ou alterados para permitir uma melhor articulação entre os beneficiários e as estruturas organizacionais dos fundos estruturais. Por este motivo, a transferibilidade é um dos princípios transversais no âmbito dos fundos comunitários. Os vários períodos de programação permitem identificar sucessos e insucessos no desenvolvimento de projectos, que ganham crescente importância numa perspectiva de globalização para

áreas de intervenção comuns a diversas regiões ou países, numa perspectiva de aprendizagem genérica e alargada a todos os interessados ou potenciais utilizadores.

A transferibilidade é possível através da disseminação de documentos que promovam a divulgação dos projectos ou dos resultados da sua avaliação a diversos públicos (beneficiários dos fundos, parceiros, instituições, meios de comunicação ou público em geral), como lema de actuação para a obtenção de esforços que permitam uma melhor candidatura, execução e conclusão de projectos co-financiados.

As estratégias de disseminação consistem em maximizar a visualização dos procedimentos e processos conduzidos por vários projectos ou beneficiários, quer através dos resultados das avaliações quer de outros canais de comunicação adaptados ao público-alvo. No presente estudo, os empresários de micro e pequenas empresas da área da saúde serão o público-alvo directo, que poderá ganhar com os ensinamentos retirados da experiência de outros promotores que desenvolveram os seus projectos co-financiados pelo fundo estrutural FEDER no âmbito da Medida 3.1 do Saúde XXI.

Com base na identificação de processos e de práticas de actuação desenvolvidos ao longo do ciclo de vida desses projectos, o benefício eventual deste estudo é oferecer um contributo para um manual de apoio a projectos co-financiados por fundos comunitários na área da saúde, favorecendo a disseminação de factores com um papel crítico na dinamização de novos projectos co-financiados.

6. CONTRIBUTO PARA UM MANUAL DE APOIO A PROJECTOS CO-FINANCIADOS

O manual de apoio à concepção e execução de projectos co-financiados foi objecto de apreciação por um grupo de peritos, como explicitado no capítulo 4. As sugestões ou correcções propostas pelos peritos foram inseridas no manual de apoio constante no subcapítulo 6.2.

O manual, como instrumento de disseminação, teria de ser um documento genérico, mas sem ser generalizável, que permitisse apresentar as orientações com maior probabilidade de transferibilidade para aplicação a outros projectos. Por este motivo, não foram introduzidos exemplos concretos e claramente aplicáveis a determinadas acções. Por outro lado assume-se, que por enquanto, existe algum desconhecimento quanto às principais exigências no âmbito do QREN, que permitisse expor indicações mais objectivas.

Alguns conselhos dos peritos direccionaram-se para o aperfeiçoado da apresentação visual do manual visando facilitar a leitura pelo público-alvo. Tendo consciência de que o manual apresentado necessitará de uma revisão gráfica, com o intuito de o transformar num instrumento apelativo de divulgação e sensibilização, todavia estando integrado na presente dissertação optou-se por uma estrutura mais comedida em consonância com o restante trabalho.

6.1. Contextualização do manual de apoio

O contributo para um manual de apoio surge da busca de um instrumento que permitisse a disseminação de processos e práticas adequados ao desenvolvimento e concretização de projectos co-financiados. O estudo do ciclo de vida de um grupo de projectos co-financiados, pela Medida 3.1 do Saúde XXI, poderá ser divulgado para benefício colectivo como ferramenta de trabalho na realização de novos projectos. Trata-se de um documento que sintetiza o tratamento e análise da informação recolhida, consubstanciado a partir do capítulo anterior e susceptível de utilização por várias entidades.

Considerando as várias formas de utilização¹⁰⁵ preconizadas pela Comissão Europeia, destaca-se a produção de conhecimentos baseada em lições de sucesso e de fracasso que possam ser utilizadas no futuro. Não tendo sido intuito deste trabalho proceder à avaliação dos projectos seleccionados, o recurso às orientações de análise instituídas por este processo permitiu identificar mecanismos de intervenção que melhor resultaram em determinadas situações em detrimento de outras. Tratou-se de identificar práticas de actuação – não sendo possível afirmar que sejam as melhores – e ocorrências menos positivas, que proporcionam a utilização dos conhecimentos a um público mais alargado.

O referencial de um processo de disseminação assenta num conjunto estruturado de actividades, cujo objectivo é a transferência de soluções a partir de produtos ou procedimentos, desenvolvidos e experimentados por outros projectos. As soluções adoptadas são passíveis de melhorar as práticas de actuação de futuros empresários do sector da saúde, aquando da tomada de decisão de apresentar uma candidatura a fundos comunitários (Programa EQUAL, 2005).

Para um processo de disseminação convencionou-se uma estratégia de actuação com várias componentes: os produtos validados, a entidade produtora, a entidade incorporadora, os facilitadores da disseminação e o dinamizador da monitorização (Programa EQUAL, 2005). Neste sentido, o produto da presente dissertação – o manual de apoio – foi validado por um conjunto de peritos, de forma a legitimar evidências, soluções e experiências dos projectos concretizados, com vista à reflexão, construção e sistematização de mais-valias devidamente demonstradas. Posteriormente, o manual poderá ser transformado numa publicação desdobrável (brochura) ou num documento preparado para distribuição às pessoas e instituições interessadas, iniciando-se, assim, a fase de convergência¹⁰⁶ do processo de disseminação¹⁰⁷.

O manual de apoio à concepção e execução de projectos co-financiados foi concebido a pensar em futuros promotores, nomeadamente empresários de micro e pequenas empresas de prestação de cuidados de saúde na área de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica. Todavia, o manual também poderá ser utilizado por outros interessados, tais como empresários de outros sectores de actividade, por se tratar de

¹⁰⁵ Para aumentar o nível de conhecimentos, para apresentar recomendações aos principais decisores e para retirar conclusões de sucesso e fracasso de uma parte particular de um programa (C3E, 1999a).

¹⁰⁶ Esta fase consiste numa parceria de disseminação entre as entidades que disponibilizam os produtos (entidade produtora) e aquelas que procuram respostas experimentadas noutros contextos (entidade incorporadora), para se avaliarem as necessidades do incorporador e em que medida os produtos respondem àquelas necessidades (Programa EQUAL, 2005).

¹⁰⁷ O processo de disseminação é composto por quatro fases: convergência, apropriação, incorporação e avaliação do processo e dos resultados da disseminação (Programa EQUAL, 2005).

um instrumento baseado nas etapas de planeamento de projectos. Essas etapas foram esquematizadas num possível ciclo de vida de projectos co-financiados, resultando em etapas comuns a vários projectos: diagnóstico, candidatura e aprovação, execução, conclusão e avaliação.

Trata-se, assim, de um instrumento valioso para o desenvolvimento e concretização de projectos, considerando que as etapas do planeamento só podem existir enquadradas num processo de retroacção por via de um produto de transferência de recomendações a novas intervenções.

O período de programação que vigorará entre 2007 e 2013, no âmbito QREN, contempla vir a beneficiar empresas com a atribuição de incentivos através de Programas Operacionais Regionais. Os PO regionais foram estruturados com respeito pelos “princípios da coesão e valorização territoriais, potenciando os factores de progresso económico, sociocultural e ambiental específico de cada região e contribuindo para um desenvolvimento sustentável e regionalmente equilibrado” [alínea d) do n.º 2 da Resolução do Conselho de Ministros n.º 25/2006, de 10 de Março].

Os PO regionais propuseram à Comissão Europeia acções colectivas de desenvolvimento empresarial, destacando-se o eixo prioritário “Competitividade, inovação e conhecimento”, que terá como alvo o apoio a empresas em áreas de desenvolvimento tecnológico. O PO Alentejo, no domínio da “Qualificação de micro e pequenas empresas”, irá privilegiar a introdução de factores dinâmicos em áreas como: “concepção, desenvolvimento e engenharia de processos e produtos; eficiência energética e ambiental; qualidade, saúde e segurança; promoção dos factores de igualdade entre homens e mulheres; responsabilidade social; (...) inserção e formação de técnicos qualificados” (Portugal, 2007:79).

Perspectivando-se novos incentivos para empresários de micro e pequenas empresas, a proposta de um manual de apoio a projectos co-financiados poderá para ajudar à narrativa de “boas e más soluções”, para a descrição de processos e instrumentos das fases do ciclo de vida de projectos, benefícios e resultados mais significativos, no pressuposto de que o conhecimento do passado ajuda a reflectir sobre acções para o futuro.

6.2. A proposta de um manual de apoio

Introdução

O Quadro Comunitário de Apoio para Portugal, no período de 2000 a 2006 (QCA III), permitiu consolidar as experiências adquiridas pelas instituições comunitárias e nacionais nos períodos de programação anteriores. O nosso país beneficiou de diversos fundos comunitários, entre eles o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional (FEDER), como mecanismo financeiro que a Comunidade Europeia utiliza para reduzir disparidades regionais e reforçar a coesão económica e social de todos os estados membros.

Para a afectação destes recursos financeiros, cada país define os principais sectores de actividade de aplicação dos fundos, segundo domínios de actuação considerados prioritários pela Comunidade Europeia, organizando-se em estruturas designadas por Programas Operacionais.

O Programa Operacional Saúde, genericamente designado por Saúde XXI, foi concebido para reorganizar e modernizar o sector da saúde, complementando e potenciando iniciativas em curso ou a criar. Este programa foi organizado em eixos prioritários de actuação, sendo o eixo III que promoveu novas parcerias e novos actores na saúde, através da Medida 3.1, para a criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde. Esta medida foi financiada através do FEDER e dirigia-se a iniciativas dos sectores privado, cooperativo e social.

No sector privado incluíam-se os projectos de investimento apresentados por responsáveis de micro e pequenas empresas até 50 trabalhadores, com o objectivo de reforçar a prestação de cuidados de saúde em áreas carenciadas.

O presente manual de apoio baseia-se num conjunto de entrevistas realizadas, em Junho/Julho de 2006, a responsáveis de pequenas e médias empresas que desenvolveram e concluíram projectos co-financiados pela Medida 3.1 do Saúde XXI. Os respectivos projectos decorrem a Sul do rio Tejo, distribuídos pelos distritos de Setúbal, Évora, Portalegre, Beja e Faro. Trata-se de candidaturas apresentadas, aprovadas e concluídas até Maio de 2006, de unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica.

É fruto dessas experiências que surgem as presentes recomendações, concebidas para permitir uma aprendizagem através de lições positivas e negativas de outros promotores. Espera-se que os saberes adquiridos venham a constituir um útil instrumento de trabalho para responsáveis de micro, pequenas e médias empresas, preferencialmente do sector

da saúde, que pretendam realizar uma candidatura a fundos comunitários no âmbito do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN) a decorrer entre 2007 e 2013.

Ao longo do manual surgem sugestões ou práticas adoptadas pelos empresários entrevistados, que poderão servir como lições positivas 😊, negativas 😞 ou inadequadas 😞 às várias fases dos projectos. Recorre-se ainda ao símbolo para destacar aspectos que devem ser realizados ou considerados, sempre com vista à prossecução dos projectos co-financiados.

As fases do ciclo de vida dos projectos

Um **projecto** é uma operação delimitada em termos de tempo, de orçamento e de local de aplicação, sob a responsabilidade de um promotor. O **promotor** ou beneficiário directo é a pessoa ou organização, pública ou privada, que apresenta a um Programa Operacional uma candidatura para financiamento comunitário, a qual sendo aprovada recebe um incentivo limitado para esse projecto. Por exemplo: a criação de uma clínica de prestação de cuidados de saúde na área da radiologia ou a renovação do equipamento médico e informático dedicado à actividade assistencial. Os **beneficiários** indirectos serão as pessoas, os grupos ou os utilizadores dos serviços/produtos prestados pela empresa que desenvolve o projecto.

No âmbito dos programas operacionais, é através da **candidatura** de um promotor a uma determinada medida ou área de intervenção que se obtém conhecimento do interesse em desenvolver um projecto para concretização de determinados objectivos. Esse projecto e objectivos devem enquadrar-se nas orientações gerais e específicas definidas para o programa operacional. Por exemplo: se o intuito do programa é co-financiar micro empresas para áreas de desenvolvimento tecnológico, não adianta apresentar uma candidatura para renovar a área administrativa da empresa.

Por este motivo, um projecto não principia com a candidatura ao Programa Operacional, mas alguns meses antes, numa fase designada por **diagnóstico**, seguida da fase objectiva da **candidatura**. Assumindo que o projecto é aprovado, inicia-se a sua **execução** segundo o plano de actuação estabelecido e aprovado, até à sua **conclusão**. Uma fase geralmente descurada pelos promotores é a da **avaliação**, realizada após a conclusão, de extrema importância por permitir proceder a um balanço final do projecto, nomeadamente verificar se foi concretizado segundo o previsto e se se atingiram os objectivos para o qual foi concebido. São estas cinco fases do ciclo de vida de projectos,

baseadas no processo de planeamento, que permitem retirar orientações para a concretização de projectos co-financiados.

1. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico identifica os problemas sobre os quais o promotor pretende intervir ou a identificação de oportunidades de desenvolvimento, estabelecendo-se prioridades de actuação em função das necessidades.

 *Tenham ideias muito objectivas sobre o que pretendem.*

▪ O que precisa saber sobre o ambiente geral da sua empresa?

O diagnóstico deve incluir uma análise ampla aos **factores externos** ou contexto geral que envolvem a empresa, afectando o negócio a médio e longo prazo. Os principais

 *Gostava de ter mais trabalho mas, infelizmente, é quase igual ao que havia no início... (descurou as variáveis económica e demográfica)*

factores são as variáveis económicas, tecnológicas, sociais, legais, políticas, culturais, demográficas e ecológicas. É importante analisar todas estas variáveis, embora possa transparecer que algumas exercem menor pressão sobre a empresa e o projecto.

Mais tarde, na fase de avaliação, percebe-se que alguns dos objectivos não foram atingidos porque não se reflectiu acerca da influência de alguns desses factores. **No sector da saúde destacam-se os factores sociais, demográficos, tecnológicos e políticos.**

O primeiro factor evidencia preocupações com a satisfação dos cuidados de saúde à população. A decisão sobre o investimento a realizar deverá basear-se, tanto quanto possível, em indicadores de saúde da população da área de **influência local /regional** da actividade da empresa.

O estado de saúde da população em geral não é diagnóstico suficiente, porque as realidades regionais divergem. A previsão de um aumento da **procura** dos serviços é um factor social indutor na realização de investimentos, pelo que não se deve guiar apenas pelo aumento da oferta que o investimento poderá concretizar.

O **factor social** está relacionado com parte dos factores demográficos, que devem ter uma reflexão cuidadosa, porque só a percepção de carência de recursos regionais não é suficiente.

A **concorrência** de outras empresas é uma variável mais importante do que à primeira vista se supõe. Todas as empresas existentes no mercado local/regional permitem aos utentes/clientes procurar aquelas que mais se adequam às suas necessidades, sejam

 *Nós temos trabalho a tarde inteira. Mas se fosse o dia inteiro, não sei se teríamos procura suficiente. Porque há concorrência...*

prestadores públicos ou privados do sector da saúde. A não identificação de concorrentes privados na região conduz a um deficiente diagnóstico do mercado, podendo acarretar erros de concepção do projecto, nomeadamente, uma selecção inadequada dos investimentos.

😊 *Ao ler a legislação compreendi ser imperativo evoluir.*

Quando o desenvolvimento da actividade da empresa depende do cumprimento de legislação em vigor, esse **factor legal** poderá ser uma oportunidade para a realização de investimentos que coadunem a actividade com as exigências legais.

☑ **Lembre-se** de que os **factores políticos** poderão funcionar como oportunidades ou ameaças no mercado em que a empresa se insere e devem ser apreciados numa perspectiva de futuro e de sustentabilidade da empresa nesse mercado, ponderando-se os investimentos a realizar. No caso do sector privado da saúde, as unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica dependem da alteração do regime de celebração de convenções com o Serviço Nacional de Saúde.

😞 *Se reabrirem as convenções estou à vontade, mas talvez tenha de vir a encerrar no futuro se tal não suceder.*

▪ **O que precisa de analisar no ambiente específico da sua empresa?**

Por outro lado, no diagnóstico também devem ser considerados os factores internos que permitem tomar uma decisão acerca dos investimentos a realizar, em função dos problemas ou necessidades da empresa. Os principais elementos do processo produtivo enquadram-se em três categorias básicas de recursos: **humanos, financeiros e organizacionais**. A combinação dos elementos recursos humanos e recursos financeiros é relevante para a selecção das instalações e aquisição de equipamentos dedicados à prestação de serviços.

😊 *Sirvam-se do apoio dos fundos comunitários como uma ajuda ao desenvolvimento das empresas e não condicionem os projectos por causa desses subsídios.*

No âmbito do QREN, as probabilidades de co-financiamento para equipamentos directamente relacionados com a actividade produtiva serão menores, a menos que se destinem a áreas associadas a novas tecnologias. Os equipamentos de tecnologias de informação e de comunicação são uma mais-valia para a actividade das empresas, enquanto suportes ao desenvolvimento da actividade principal. Os recursos internos das empresas são factores de diferenciação perante concorrentes. Quando fragilizados deverão ser motivadores da realização de novos investimentos.

Naturalmente, esses investimentos dependem da situação **económico-financeira** das empresas. A decisão de investir depende da existência de capital próprio para essa

concretização, até porque os fundos comunitários somente co-financiam projectos. Ou seja, apenas é concedido um incentivo ao investimento apresentado pelo promotor, cabendo a este uma contrapartida financeira do restante valor do projecto.

Os **factores pessoais**, como a decisão em proceder a mudanças profissionais ou aproveitar competências e habilitações, poderão ser um motivo para investir ou realizar um projecto. No entanto, por si só estes factores não são suficientes.

Lembre-se de que o investimento terá de ser financeiramente compensador após a conclusão do projecto e isso acontece a partir da análise de todos os factores internos e externos.

Lembre-se de direccionar a sua oferta de serviços. Portanto, as suas opções de investimento segundo o mercado onde está instalado, quer pelo poder de compra da população quer pelas necessidades que lhes pretende satisfazer. No caso da prestação de cuidados de saúde, poderá ser pela melhoria da qualidade dos cuidados prestados ou pelo aumento da acessibilidade através de maior quantidade.

 *Façam previamente um estudo de mercado para não terem ilusões.*

▪ **Quais são os objectivos do projecto?**

A definição dos objectivos é essencial para se avaliarem os resultados obtidos após a conclusão do projecto. Os objectivos são a razão de ser de um projecto. É a identificação dos contributos que o mesmo pode trazer para a resolução dos problemas identificados ou das situações que se pretende transformar.

Os **objectivos gerais** baseiam-se nos factores externos, descrevem as grandes orientações para onde as acções serão orientadas e têm de estar incluídos nos objectivos do Programa Operacional e da medida onde poderão ser enquadrados na fase de candidatura. Ex.: *proporcionar à população maior acesso a meios complementares de diagnóstico e de terapêutica de qualidade.*

Os **objectivos específicos** baseiam-se em factores internos, são objectivos que exprimem resultados a atingir e devem ser formulados em termos operacionais, de forma quantitativa e qualitativa, para que seja possível medir a sua concretização.

 *Tínhamos uma empresa a funcionar e havia objectivos. Como qualquer empresa que não pára, esses objectivos têm de ser mantidos.*

Lembre-se de que são os indicadores que permitem medir a concretização efectiva dos objectivos. Estes devem ser muito precisos e claros, para cada área de intervenção do projecto. Ex.: *aumentar em 20% a realização do número de exames de radiologia um ano após a conclusão do projecto* (o indicador é o número de exames realizados no ano anterior ao projecto e um ano depois); *reduzir o tempo de resposta aos utentes, de 15*

dias para três dias, na entrega dos resultados dos exames (o indicador é o tempo médio para entrega dos resultados aos utentes após a realização dos exames).

▪ **Qual a melhor estratégia para atingir os objectivos?**

 *Sem o incentivo teria realizado o projecto, talvez até estivesse melhor porque teria dinheiro.*

Existem várias alternativas para concretizar o seu projecto. Uma delas poderá ser uma candidatura a fundos comunitários. A estratégia para atingir os objectivos deverá ser bem ponderada.

Existem **várias soluções no mercado**, que devem ser conhecidas antes de tomar a decisão de, por exemplo, apresentar uma candidatura a fundos comunitários, em detrimento do recurso a um crédito bancário que poderia ser mais favorável a médio e longo prazo.

A maioria das pessoas é influenciada pela opinião ou sugestão de alguém (exterior à empresa) quanto à possibilidade de apresentar uma candidatura a fundos comunitários, mas essas pessoas não conhecem os factores externos e internos, nem os objectivos da empresa.

Lembre-se de que, quanto menor for a sua **experiência** em apresentar candidaturas a fundos comunitários, maior deverá ser a busca de informação para decidir se essa é mesmo a melhor solução de apoio à sua empresa. Os promotores com experiência anterior têm a noção de que o incentivo público poderá não ser a solução global para o seu investimento.

Lembre-se de que a falta de **conhecimento das regras e procedimentos** do Programa Operacional ao qual pensa candidatar-se poderá resultar numa desilusão, por se tratar de uma aposta pouco reflectida em alternativa a outras.

 *Esperava que fosse mais fácil. Mas foi deveras complicado.*

2.CANDIDATURA E APROVAÇÃO

Muitas das opções feitas na fase do diagnóstico são agora úteis para a elaboração do documento de candidatura e o ponto de partida para a avaliação final do projecto, após a sua conclusão.

A fase da candidatura corresponde à elaboração de um **plano de acção** ou de actividades, em que descreve as acções a realizar, a organização da empresa e do projecto, os responsáveis, os recursos necessários e o cronograma de execução do projecto. O plano de actividades baseia-se na articulação entre os objectivos, os meios e as estratégias para os atingir. Na apresentação da candidatura a um Programa

Operacional terá de incluir vários documentos que permitam comprovar se a empresa e o projecto satisfazem todas as condições de acesso.

▪ **Quem me poderá ajudar na elaboração da candidatura?**

Se não tem experiência ou competência profissional para cumprir os requisitos exigidos na entrega da candidatura, poderá recorrer a alguém ou a empresa que ajude nesta actividade. A maioria dos promotores recorreu a dois tipos de parceiros: o **contabilista** ou a **empresa de consultoria**. Ambos têm vantagens e desvantagens, mas em relação a qualquer um é necessário conhecer a sua capacidade e experiência na elaboração de candidaturas a fundos comunitários

Geralmente, o **contabilista** é a pessoa ou empresa com quem existe uma relação regular, conhecendo a situação económico-financeira do seu negócio. Economicamente a sua participação é, talvez, mais vantajosa, por comparação com os custos dos serviços das empresas consultoras especializadas. Poderá, no entanto, encontrar algumas dificuldades no cumprimento dos prazos estabelecidos. O empresário terá de exercer um papel activo na recolha e organização da informação, sendo elemento facilitador e impulsionador do processo.

 *Só o contabilista me ajudou...Tinha experiência de pedir apoio... Foi ele que liderou o processo.*

A **empresa de consultoria** deve ser seleccionada a partir da experiência na prestação de serviços na área de fundos comunitários. A credibilidade na elaboração de candidaturas deve ser verificada através da identificação de outras já aprovadas, de preferência na área da saúde. O ideal será articular os serviços da consultora com a informação do contabilista habitual.

 *A consultora foi excelente; fui duas vezes ao Saúde XXI e se não tivesse um excelente contabilista eu não teria lá chegado.*

As principais dificuldades serão os custos da elaboração da candidatura (2% a 7% do valor total do investimento) e a articulação do vocabulário técnico da saúde com o da gestão, por se tratar de consultores que nem sempre dominam a área de negócio da empresa. A grande vantagem será a economia de tempo, por haver alguém dedicado à tarefa da elaboração da candidatura e dispor de maior capacidade técnica para apoiar o desenvolvimento deste tipo de projectos.

Lembre-se de que a ajuda prestada por estes parceiros é essencial, na fase de preparação da candidatura, mas isso não significa que o projecto seja aprovado.

Lembre-se de que a **forma de remuneração** deve ser ajustada ao tipo de apoio recebido: apenas a elaboração do estudo de viabilidade do projecto, a preparação de

toda a documentação da candidatura, o resultado da candidatura (aprovação ou não), o apoio ao longo da execução do projecto e/ou até à sua conclusão.

Para concretizar a candidatura a sua dependência da actividade destes parceiros é elevada, devendo ter atenção acrescida à sua: experiência, competência e credibilidade.

▪ **Que investimento ou despesas incluir na candidatura?**

É essencial conhecer a legislação do Programa Operacional a que pretende candidatar-se, para saber quais os **investimentos considerados elegíveis** (que podem ser financiados pelos fundos comunitários). Não adianta incluir despesas ou investimentos que nunca serão aprovados.

Lembre-se de que é preferível gastar mais tempo na recolha de informação junto do Programa Operacional, mas apresentar uma candidatura que terá maiores probabilidades de ser aprovada.

Lembre-se de que os apoios que as empresas recebem têm a característica “de *minimis*”, isto é, não podem exceder determinado montante e não são acumuláveis ao longo de 3 anos.

 *As minhas necessidades foram pensadas por mim. Depois aquelas que se adequavam ao Saúde XXI foram encaixadas no projecto.*

A decisão dos investimentos a incluir na candidatura deverá ser **equilibrada e limitada**, com base no diagnóstico cuidado dos factores externos e internos. Ao mesmo tempo, deverá ser uma candidatura **ambiciosa**, porque o investimento total previsto poderá ao longo da execução do projecto, ser ajustado à realidade do mercado em que a empresa se insere. Deve ser considerada a

decisão que maximize o investimento com maiores probabilidades de vir a ser co-financiado.

Lembre-se de que a candidatura corresponde à possibilidade de obter um **co-financiamento para um investimento total** previsto. Assim sendo, terá de comprovar dispor da capacidade financeira própria para a contrapartida do projecto.

As formas de financiamento mais comuns são a autofinanciamento, os capitais próprios e o recurso a capital alheio.

 *O trabalho de elaboração do projecto foi pago logo após a entrega da candidatura. Se mudasse de consultor o dinheiro seria perdido...*

 *Se consultarmos dois bancos e um oferecer melhores condições, o outro fará exactamente o mesmo se estiver interessado em conceder o crédito e segurar o cliente.*

Para a obtenção de capital alheio existem **financiamentos de curto prazo**, como as contas correntes caucionadas ou os descobertos bancários, utilizados para cobrir despesas de fornecimento de equipamento.

E existem os **financiamentos de médio e longo prazo**, empréstimos bancários ou locações financeiras. A facilidade em obter este tipo de financiamentos poderá depender da existência de uma relação comercial consolidada com uma instituição bancária. A procura de uma nova entidade bancária condiciona a aprovação do investimento, porque o banco será cauteloso na avaliação do risco do projecto.

 *Acho muito difícil desenvolver a fundamentação financeira do projecto se não houve maior facilidade das entidades bancárias.*

▪ **O que é necessário cumprir para a candidatura ser aprovada?**

A entrega da candidatura só deve realizar-se com a convicção de que apresenta toda a documentação exigida. Este procedimento poderá garantir, por parte do Programa Operacional, uma apreciação mais rápida da sua proposta. Se faltarem elementos poderá ser excluído ou compelido a apresentá-los posteriormente, atrasando o processo de selecção.

Geralmente, existem três **tipos de procedimentos que deverão ser cumpridos**: de carácter administrativo, técnico e económico-financeiro. Deve sempre consultar a legislação aplicável para total conhecimento desses requisitos. A facilidade ou dificuldade em cumprir esses procedimentos também está associada ao maior ou menor apoio prestado pelo contabilista/consultor.

 *Sim, havia prazos a cumprir. Mas como começámos com algum tempo de avanço, isso permitiu-nos ter o processo organizado dentro dos prazos exigidos.*

Nos **procedimentos administrativos** inclui-se a tipologia de projectos considerados elegíveis, a localização regional da empresa, o cumprimento dos prazos estabelecidos para a entrega da documentação e a obtenção de licença de funcionamento da actividade.

Os **procedimentos técnicos e económico-financeiros** poderão condicionar a realização dos projectos, porque nalguns casos o seu cumprimento está dependente da verificação das condições técnicas do projecto e parecer de entidades externas, como a Administração Regional de Saúde, a Direcção Geral de Saúde ou o Instituto de Apoio às Pequenas e Médias Empresas e ao Investimento (IAPMEI). Esses pareceres podem implicar alterações nos projectos, no

 *A candidatura esteve suspensa durante pouco mais de um ano, até que o processo fosse revisto e correspondesse às condições exigidas.*

montante de financiamento ou na exigência de fundamentação em como todos os critérios estão integralmente cumpridos pelo promotor.

Lembre-se de que o desconhecimento ou interpretação incorrecta de algumas das formalidades estabelecidas poderão aumentar o prazo de aprovação do projecto, reduzir o valor do co-financiamento ou inviabilizar a aprovação.

A **aprovação do projecto** conduz à celebração de um contrato de financiamento, que representa a formalização da concessão da participação financeira aprovada e que se traduz num acordo escrito entre o Programa Operacional e o beneficiário final, com a definição dos direitos e obrigações das partes, decorrentes do financiamento.

 *Logo que nos confirmaram a aprovação, pedimos o envio do contrato para assinar e fizemos tudo o que nos foi pedido...*

Para a **celebração do contrato** poderá ser exigida ao promotor uma lista de elementos a apresentar, entre eles as declarações comprovativas da situação fiscal e contributiva regularizada perante o Estado e a Segurança Social.

3. EXECUÇÃO

É a fase mais operacional de todo o ciclo de vida do projecto, em que o plano de actividade é accionado. Há vários elementos condicionadores da boa execução, com reflexos no incumprimento do cronograma estabelecido e em alterações nos recursos seleccionados com vista à conclusão do projecto.

▪ **Entregue a candidatura posso começar a executar o projecto?**

 *Porque não é no dia seguinte que se começa tratar das coisas, tanto mais que a empresa continua funcionar.*

Já sabe que o cumprimento de prazos é sempre uma das dificuldades presentes. Confirme junto do Programa Operacional se pode iniciar o projecto após a entrega da candidatura ou se terá de aguardar pela sua aprovação.

Lembre-se de que esta decisão também depende da capacidade financeira da empresa para avançar com o projecto, sem o apoio na fase inicial. Mesmo que o Programa Operacional preveja uma modalidade de pagamento designada por adiantamento, esta só poderá existir após a aprovação do projecto.

▪ **Quais as características mais relevantes dos fornecedores?**

As características **técnicas** do equipamento que o fornecedor apresenta, o **preço**, as condições de fornecimento (**prazos e pagamentos**) e a **manutenção** desses equipamentos.

Se considerarmos um fornecedor de serviços, o tempo ganha especial importância para que o projecto cumpra o cronograma estabelecido. Procure conhecer a capacidade financeira dos fornecedores e a sua credibilidade no mercado, através de outros clientes. Os fornecedores habituais poderão ter preços mais elevados, mas melhores condições de pagamento e vice-versa. Uma consulta ao mercado é sempre relevante como termo de comparação e para obter capacidade de negociação com os fornecedores.

 *Consegui negociar com o fornecedor um bocadinho abaixo, porque poderiam perder o cliente. Como agora se pode adquirir o material a qualquer lado, ameacei-os de que iria comprá-lo a Espanha.*

▪ **Podem ser efectuadas alterações aos projectos aprovados?**

Geralmente são permitidas alterações ou reprogramações, mas sempre limitadas ao estabelecido na legislação e autorizadas pelo Programa Operacional. As alterações mais comuns são as **reprogramações temporais**, com a autorização de datas de conclusão dos projectos mais tardias.

Lembre-se da importância das condições de fornecimento dos bens e serviços para o cumprimento dos prazos.

 *Como eu queria ganhar algum tempo, pensei em informatizar a clínica. Mas depois, dada a dificuldade em conseguir um técnico de informática, recuei na parte dos computadores.*

As **reprogramações físicas** são menos comuns e decorrem da necessidade de efectuar alterações à estrutura do projecto (alterações ao tipo de equipamentos ou serviços aprovados), consequência de uma frágil análise na fase de diagnóstico dos factores externos e internos.

As **reprogramações financeiras** decorrem das alterações físicas mas, sempre que impliquem aumentos no valor total do investimento previsto, os promotores têm de suportar a diferença. Normalmente, são recusadas alterações ao valor do incentivo público aprovado.

 *A alteração prende-se com a falência de uma empresa fornecedora...na qual não foi possível adquirir o equipamento*

Lembre-se de que o pagamento do Programa Operacional poderá depender da autorização destas alterações ao projecto aprovado.

 *Agora é tudo muito mais controlado e as pessoas quando se envolvem nestes processos têm de possuir capacidade de concretizar os projectos.*

Ao longo da execução do projecto, ou mesmo após a sua conclusão, poderá vir a receber **visitas** de entidades municipais, técnicas ou profissionais do Programa Operacional. Essas **acções de acompanhamento** podem ocorrer para detectar irregularidades, verificar a execução do projecto de acordo com o aprovado, avaliar as condições técnicas da empresa para a atribuição de licenças de funcionamento ou auditorias ao processo de candidatura e contabilidade da empresa.

Lembre-se de que estas visitas também poderão originar alterações nos projectos, de acordo com as recomendações das entidades.

▪ **Quando se realizam os pagamentos do Programa Operacional?**

Procure obter o máximo de informação sobre os procedimentos relacionados com os pedidos de pagamento. De preferência antes, mesmo, de iniciar a execução do projecto, para delinear melhor a sua estratégia de realização. Os pagamentos podem ser realizados parcialmente, ao longo da execução, até um determinado limite.

 *Mas foi uma odisseia durante quatro ou cinco anos, porque o Saúde XXI fazia pedidos concretos e a firma que me ajudou não sabia como satisfazer essas pretensões.*

As **despesas** apresentadas têm de corresponder ao projecto aprovado e dentro do período de execução previsto. Se nesta fase se mantiver o apoio de um contabilista ou de uma empresa consultora, este parceiro poderá ser co-responsabilizado na apresentação da documentação correcta.

 *Pedi o pagamento por tranches. À medida que os equipamentos iam chegando, com os originais das facturas e os recibos, enviava-os e imediatamente eles mandavam o dinheiro correspondente à parte do financiamento.*

Podem ser concedidos **adiantamentos** contra a apresentação de facturas dos fornecedores, exigindo-se uma garantia bancária no montante do adiantamento e a apresentação dos recibos.

Também podem ser realizados **reembolsos** mediante o envio simultâneo de facturas e recibos dos fornecedores. O pagamento através de reembolso implica um maior esforço de tesouraria para a empresa, pelo que a apresentação de vários pedidos de pagamento ou a modalidade de adiantamento poderão colmatar essas dificuldades.

Lembre-se de que os pagamentos só serão realizados depois de entregues todos os documentos solicitados pelo Programa Operacional, para cada pedido de pagamento.

Lembre-se de que o atraso no envio da documentação resulta em dilações na transferência da verba.

4. CONCLUSÃO

A conclusão é o culminar de uma série de processos e de acções desenvolvidos ao longo da execução do projecto. Para que um projecto seja considerado concluído é necessário que o promotor **comprove, dos pontos de vista físico e financeiro, o fim** do fornecimento dos serviços contratados ou a recepção total e liquidação do material instalado na empresa. Pode ser ainda necessário demonstrar a criação efectiva de postos de trabalho, entregar um relatório final da execução do projecto e demonstrar a realização de publicidade ao co-financiamento.

A **criação de emprego** obriga à realização de contratos de trabalho com vínculo laboral à empresa. Para a selecção dos profissionais a contratar poderá, por exemplo, recorrer a Centros de Emprego e Formação Profissional e, eventualmente, beneficiar da redução dos encargos sociais. A selecção dos profissionais destinados à prestação de cuidados de saúde deverá ser mais rigorosa, comparativamente à dos profissionais para áreas de apoio à actividade principal, como sejam recepcionistas, administrativos, limpeza, auxiliares de acção médica, etc.

 Fizemos um estágio profissional de 9 meses, com o apoio do IEFP, gostámos desta funcionária e fizemos um contrato de trabalho por tempo indeterminado.

Poderá aproveitar o facto de ter beneficiado de um co-financiamento comunitário para promover ou anunciar em meios de comunicação os serviços prestados pela empresa.

 Fiz publicidade à clínica e, de acordo com os imperativos do programa, também ao financiamento recebido.

Lembre-se de que será uma oportunidade para credibilizar a sua empresa perante potenciais clientes e distinguir-se da concorrência.

Lembre-se de que será obrigatório demonstrar que foi realizada a **publicitação ao co-financiamento FEDER**, segundo as regras comunitárias estabelecidas para o efeito.

A conclusão efectiva termina com o último pagamento e a entrega do **relatório final de execução do projecto**. Este relatório é um elemento importante para a avaliação do projecto.

5. AVALIAÇÃO

A avaliação consiste numa apreciação dos benefícios conseguidos com a concretização do projecto e dos resultados ou efeitos desses benefícios na actividade da empresa. Os objectivos gerais e específicos do projecto, definidos na fase do diagnóstico, são agora apreciados ou avaliados quanto ao grau de cumprimento dos mesmos.

O Programa Operacional realiza esta avaliação através do relatório final de execução do projecto, onde devem constar os indicadores que medem os objectivos do projecto.

▪ Posso realizar a minha avaliação do projecto?

Pode e deve avaliar o seu grau de satisfação perante o projecto realizado. Os primeiros **benefícios** da conclusão do projecto são a aquisição de equipamentos ou a valorização da empresa, de acordo com as necessidades identificadas no diagnóstico. Esta avaliação pode ser realizada com base no critério da eficácia (em que medida os objectivos foram atingidos e as acções previstas foram realizadas) ou da

 A qualidade dos serviços que prestamos aos utentes aumentou substancialmente e isso é bom, até a nível social.

eficiência (relação entre os recursos utilizados e os resultados obtidos), sendo a melhor utilização aquela que com recursos menos elevados permite atingir os objectivos.

Lembre-se de que o facto de conseguir terminar o projecto não significa que atinja os **resultados** previstos.

Os efeitos mais desejados pelos empresários, após a conclusão do projecto, são o aumento da procura ou do número de utentes e um aumento das receitas para cobertura investimento realizado e dos encargos mensais.

 *Infelizmente, o resultado não foi o que pensávamos, não houve aumento da facturação, de que o Saúde XXI não tem culpa.*

Os resultados esperados podem não ocorrer, porque o **contexto** em que os projectos foram desenvolvidos não demonstrou ser o mais favorável. Ou a selecção das opções de investimento não foi adequada às condições do mercado. É nesta fase que a importância do diagnóstico realizado antes da candidatura se torna evidente para o bom resultado dos projectos.

 *Houve gastos iniciais exorbitantes porque toda a gente, achava que ia correr muito melhor do que correu na realidade. Houve um boom inicial...Mas ninguém se lembrou que a conjuntura económica estava mal.*

Lembra-se dos factores externos políticos, sociais, económicos, demográficos e outros? Agora esses factores podem ser o motivo por que os resultados dos projectos não são os esperados.

A dificuldade está em que este efeito nunca é imediato e só conseguirá reconhecê-lo, pelo menos, um ano após a conclusão do projecto. Motivo pelo qual a fase de diagnóstico é da maior importância.

No caso particular do mercado privado da saúde, a celebração de um regime de convenções com o SNS, ou acordos com entidades privadas (seguradoras e subsistemas), revelou-se um factor político condicionador da obtenção dos resultados previstos. Outros factores são o número e tipo de concorrentes e a recessão económica nacional.

▪ **E agora?**

Findas as várias fases do ciclo de vida de um projecto co-financiado, reflecta bem sobre cada procedimento, acção, previsão e resultado esperados, para ponderar sobre a sustentabilidade do seu negócio no futuro. Apresente a sua experiência a outros empresários interessados.

Lembre-se de algumas recomendações proferidas por empresários com experiência anterior na concretização de projectos co-financiados:

☺ *É preciso ter os pés assentes no chão e prever que os fundos concedidos são mesmo para aplicar em projectos concretos.*

☺ *Recomendo que concorram, mas sejam prudentes porque as dificuldades são imensas, face às condicionantes burocráticas e à incerteza do resultado, às vezes pensa-se em desistir...*

☺ *Quando entramos num projecto de financiamento, ou se está disposto a ir por diante e superar todas as dificuldades ou então não vale a pena entrar nisso...*

☺ *Recomendaria a todos os interessados que aproveitassem os incentivos concedidos, porque no sistema bancário o crédito é cada vez mais difícil. Sobretudo para quem vai iniciar uma actividade, o processo é complicado.*

☺ *Arranjem uma pessoa séria e honesta para lhes preparar o projecto. Sem dúvida, tem de haver um cuidado enorme na selecção de consultores.*

☺ *É muito complicado, principalmente se a pessoa não tiver a contabilidade em ordem! É melhor nem pensar no assunto, se não estiver seguro de ter tudo em ordem...*

☺ *Tenham ideias muito objectivas sobre o que pretendem, obtenham aconselhamento profissional de pessoas das áreas de gestão e economia para a apresentação da candidatura, e saibam negociar com as entidades financeiras...*

☺ *Se não houver sorte as coisas não vão para a frente...E persistência também. Porque se não houver sorte mas formos insistentes, alguma coisa se há-de conseguir...*

Em suma a qualidade dos projectos e a sua adequação à realidade são o factor decisivo de sucesso.

Páginas da Internet a consultar:

<http://www.saudexxi.min-saude.pt>

<http://www.qca.pt>

<http://www.ccdr-lvt.pt/po>

<http://www.qren.pt>

<http://www.ccdr-a.gov.pt>

http://europa.eu/pol/reg/index_pt.htm

<http://www.ccdr-alg.pt>

http://ec.europa.eu/regional_policy/index_en.htm

CONCLUSÕES FINAIS

A análise do ciclo de vida de projectos co-financiados pela Medida 3.1 foi adstrita a um grupo de intervenções desenvolvido por empresários do sector privado com a tipologia de unidades de meios complementares de diagnóstico e de terapêutica. A selecção, enquadrada pelos motivos expostos no subcapítulo 4.3 Unidade de análise, não poderá ser considerada representativa de todo o universo de projectos co-financiados pelo Regime de Incentivos do Programa Operacional Saúde.

Dos 12 projectos seleccionados apenas foi possível realizar 11 entrevistas, sendo o projecto do promotor que não aceitou colaborar o que previa o maior investimento total e que obteve o maior co-financiamento. Acresce que a taxa de execução deste projecto foi integralmente cumprida, a sua duração foi inferior aos 18 meses estabelecidos como período máximo, a data de conclusão prevista foi cumprida e não houve qualquer reprogramação ao projecto aprovado. A entrevista ao responsável deste projecto poderia ter sido uma mais-valia na identificação de práticas concretas de actuação, que resultaram na concretização integral do plano previsto. O desenvolvimento deste projecto, pela análise documental que foi possível realizar, parece evidenciar um caso de sucesso. Todavia não foi possível aprofundar os processos e práticas de actuação e os resultados obtidos com a sua concretização, para confirmar esta hipótese.

A distinção entre sucesso e fracasso dos projectos foi uma temática não abordada no presente estudo porque, através da entrevista exploratória, revelou tratar-se de um enquadramento conceptual distinto. Por outro lado, seria necessário definir critérios e indicadores de avaliação que viabilizassem a enunciação de projectos classificados como bem sucedidos e que, eventualmente, pudessem ser exemplos a transferir. Este modelo de avaliação também implicava diferente selecção da unidade de análise, alargando o número de casos no estudo, opção metodológica que dificultava a concretização do presente trabalho no prazo estabelecido. Por opção, considerou-se pertinente reunir as informações e as opiniões de um grupo de actores que, independentemente de serem ou não casos de sucesso, por terem concretizado as intervenções se afiguravam acções positivas comparativamente a candidaturas não co-financiadas.

Durante a selecção da unidade de análise foram identificadas 15 candidaturas arquivadas e projectos anulados que apenas foram considerados no âmbito da análise documental. A recolha de dados junto destas entidades proponentes, que não obtiveram o co-financiamento, teria sido uma outra fonte de informação para a compreensão de

estratégias de actuação empresariais. Poderia ter sido importante saber se, apesar da candidatura reprovada, o empresário realizou o investimento previsto recorrendo a outras estratégias para o seu objectivo. Esta abordagem permitiria conhecer alternativas na selecção de estratégias (na fase de diagnóstico) e, tendo os empresários realizado o investimento mesmo sem o co-financiamento, poderiam tratar-se de projectos com reduzido efeito de alavanca.

Os 12 projectos seleccionados, apesar de corresponderem todos a UMCDT, entre outras tipologias financiadas pela Medida 3.1, revelaram ter elementos particulares de acordo com a área de intervenção do projecto ou da empresa. Isto por existirem características no mercado da área de imagiologia diferentes das da área da medicina física e de reabilitação, por exemplo. Assim, cada empresa e cada projecto são casos especiais de actuação, para os quais se procurou identificar processos comuns, ou a ausência dos mesmos, por analogia a outros projectos e actores. Este elemento é, mais uma vez, revelador da impossibilidade de generalização do estudo efectuado. Esta constatação dificultou a concretização do objectivo de conceber um manual de apoio que contribuísse para a realização de projectos co-financiados, na medida em que foi necessário um nível de abstracção que englobasse os vários actores do sector privado da saúde e que apresentasse, resumidamente, as principais condicionantes ao longo do ciclo de vida de projectos co-financiados.

Tendo consciência destas limitações, os projectos estudados e a realização das entrevistas permitiram conhecer, junto dos promotores, o processo de planeamento e de desenvolvimento de intervenções que concluíram as suas acções e foram objecto de co-financiamento no âmbito do Regime de Incentivos do Saúde XXI.

Uma vez que, ao longo do capítulo 5, foram sendo emitidas conclusões parcelares relativas a cada uma das fases do ciclo de vida de projectos, apresentam-se agora algumas conclusões finais considerando os objectivos específicos definidos para a realização da presente investigação.

- Descrever os processos e práticas de actuação desenvolvidas ao longo do ciclo de vida dos projectos co-financiados

Na fase de diagnóstico identificou-se que factores internos, relacionados com a empresa e o promotor, prevaleceram sobre a análise dos factores externos. A dimensão do mercado local/regional e a identificação dos concorrentes foram objecto de uma insuficiente caracterização nos factores demográficos. O factor social presente no discurso dos promotores não foi devidamente retratado na concepção do projecto, porque

as necessidades de saúde que pretendiam satisfazer foram pouco plasmadas no plano de investimentos. A percepção da carência de cuidados ou da falta de acessibilidade da população foi suficiente para legitimar a necessidade de investimento. Tratou-se de motivações pouco sistematizadas ou documentadas, mas que impulsionaram a decisão de apresentar uma candidatura a fundos comunitários.

Nos factores internos, os equipamentos médicos/técnicos destacaram-se pela importância atribuída com vista ao alargamento da oferta de prestação de cuidados ou para aumentar a qualidade e a quantidade de actos realizados. Estes equipamentos e as instalações são factores de diferenciação perante os concorrentes. Quando fragilizados são motivadores para a realização de novos investimentos. O Saúde XXI surge como uma estratégia de apoio à situação financeira da empresa, porque a decisão de investir estava também dependente da existência de capital para o efeito.

A selecção do Programa Operacional Saúde, como estratégia empresarial, foi influenciada na maioria dos casos pela opinião de alguém exterior à empresa. Apenas um pequeno grupo de promotores foi, por iniciativa própria, procurar soluções de actuação. A falta de experiência, de quase todos os entrevistados, não condicionou a decisão de apresentar uma candidatura ao Saúde XXI, mas o desconhecimento das regras e procedimentos inerentes a este tipo de projectos poderá ter afectado a expectativa inicial quanto ao financiamento obtido.

Para a elaboração da candidatura todos os promotores recorreram ao apoio de, pelo menos, um profissional da área de contabilidade ou de consultoria e de arquitectura. O contabilista ou a empresa de consultoria destacam-se como os principais parceiros, de quem o promotor dependeu totalmente para elaborar a candidatura. O contabilista é o profissional que, regularmente, presta serviços à empresa e revelou-se economicamente mais vantajoso em comparação com a remuneração das empresas consultoras. A selecção das empresas de consultoria baseou-se em sugestões alheias, não tendo sido seleccionada uma consultora mais adequada a um processo de candidatura na área da saúde. Com o apoio destes parceiros foi possível cumprir os prazos estabelecidos para a apresentação das candidaturas, em virtude destes possuírem os conhecimentos e habilitações apropriados à elaboração dos planos de acção.

Na identificação das despesas a incluir na candidatura surgiram quatro formas de actuação: uma em que os promotores seleccionaram os investimentos em consonância com a elegibilidade definida na regulamentação, excluindo, à partida, o que sabiam não ser apoiado; outra em que nem todos os investimentos elegíveis foram incluídos na candidatura, por receio de atrasar o processo de aprovação ou porque o promotor sabia

não ter capacidade financeira para o concretizar; uma terceira opção foi incluir na candidatura todas as despesas e investimentos, fossem ou não elegíveis; e, finalmente, a opção de incluir todos os investimentos elegíveis desde que em coerência com os objectivos traçados para o projecto. Destas acções resultou que o enquadramento legal não foi considerado um pressuposto de base para a inclusão de investimentos na candidatura e que os objectivos estabelecidos para os projectos nem sempre estiveram directamente associados à selecção dos investimentos.

Os promotores indicaram nas candidaturas o recurso a empréstimos bancários como meio de financiar a contrapartida da sua responsabilidade, mas apenas quatro o efectuaram, optando a maioria por utilizar capitais próprios. Para obtenção de capital alheio recorreram a créditos de curto prazo (contas correntes caucionadas ou descobertos bancários) e a créditos de médio e longo prazo (empréstimos bancários).

Para que a candidatura fosse aceite, para apreciação, pelo Gabinete de Gestão do Saúde XXI, teria de ser entregue documentação obrigatória demonstrativa da conformidade da empresa e do projecto segundo a regulamentação estabelecida para o Regime de Incentivos. A facilidade ou dificuldade em reunir toda a documentação também dependeu do tipo de apoio prestado pelos parceiros na elaboração da candidatura.

O cumprimento da fase processual administrativa foi a primeira condição na análise da candidatura, mas não garantia quaisquer probabilidades desta vir a ser aprovada. A fase processual seguinte, a análise técnica e económico-financeira, originou que vários projectos recebessem pareceres positivos mas condicionados a determinadas correcções. As indicações das ARS ou do IAPMEI acarretaram alterações físicas às instalações, para respeitarem a legislação em vigor e/ou para assegurar que as fontes de financiamento dos projectos estavam integralmente cumpridas. O tempo para aprovação da candidatura esteve, em parte, relacionado com a necessidade dos promotores suprirem as imperfeições dos projectos (entre 120 e 590 dias). Para a celebração do contrato, após a aprovação do projecto, os empresários tiveram de remeter ao Saúde XXI uma extensa lista de elementos comprovativos da situação da empresa. A ausência destes elementos inviabilizou a execução de alguns projectos aprovados.

Após a entrega da candidatura no Saúde XXI, os promotores poderiam dar início à execução física dos projectos, pelo que, à data de homologação destes, a maioria já se encontrava em execução, embora alguns tivessem aguardado pela aprovação oficial. A selecção dos fornecedores – no caso da aquisição de equipamento médico – baseou-se nos conhecimentos comerciais habituais, sem consultas ao mercado para maior

informação. O preço, as condições de fornecimento e a manutenção dos equipamentos foram outras características apontadas como essenciais para a selecção dos fornecedores e dos equipamentos ou serviços prestados.

Ao longo da execução dos projectos as empresas foram, na sua maioria, alvo de visitas de acompanhamento por parte de várias entidades, entre elas o Saúde XXI, a ARS, bombeiros, câmara municipal, etc. Por este facto, algumas instalações foram alvo de melhorias, de acordo com as instruções recebidas, para possibilitar a emissão de licenças de funcionamento, caso ainda não existissem.

Metade dos promotores apresentou um único pedido de pagamento ao Saúde XXI, podendo solicitar até quatro no total, mas nenhum ultrapassou três pedidos. Os pedidos de pagamento era realizados pelos promotores, com o envio da documentação necessária ao processo, nomeadamente os originais dos comprovativos de despesa e de quitação e as declarações comprovativas da situação regularizada de dívidas perante o Estado e a Segurança Social. Para alguns promotores, o acompanhamento dos contabilistas ou das empresas de consultoria, ao longo da execução dos projectos, representou um factor relevante para a celeridade (ou não) dos pedidos de pagamento.

As reprogramações temporais (principalmente a alteração da data de conclusão do projecto) foram uma constante em todos os projectos, com excepção daquele em que foi impossível realizar a entrevista. Os atrasos na conclusão das obras de remodelação das instalações, no fornecimento dos equipamentos, na aprovação dos projectos e nos pagamentos pelo Saúde XXI foram os motivos apontados para a necessidade de alterar o período de execução dos projectos. Pontualmente, estes atrasos permitiram uma acumulação de capitais próprios para financiamento dos projectos, saldando-se num efeito positivo. As reprogramações físicas e financeiras foram menos comuns, mas ocorreram num terço dos projectos em estudo. Alguns promotores tiveram de efectuar alterações às componentes dos projectos (equipamento médico e instalações), decorrentes de insuficiente análise na fase de diagnóstico aos factores externos (ecológico, tecnológico, demográfico) e factores internos (recursos humanos e equipamento). Sempre que estas reprogramações implicaram o aumento de despesa, os promotores suportaram a diferença porque o valor do incentivo aprovado manteve-se constante.

Para a conclusão dos projectos era necessário demonstrar a criação de, pelo menos, um posto de trabalho, a publicitação ao apoio FEDER e a entrega do relatório final de execução do projecto. Os 12 projectos permitiram criar 16 postos de trabalho, a maioria pouco diferenciados e para áreas não assistenciais. A contratação de trabalhadores

dependentes foi cautelosa, porque implicava encargos fixos para as micro empresas. Para a contratação de profissionais de saúde dedicados à prestação de cuidados, a opção recaiu no regime de trabalho independente, com maior flexibilidade contratual e menores encargos para a empresa. O método de selecção dos profissionais dedicados à prestação de cuidados foi mais cuidada e teve maior participação dos empresários, em comparação com a selecção dos profissionais indiferenciados.

A publicidade não foi considerada relevante para o crescimento das empresas. A partir do momento em que a prestação de cuidados à população está instituída, os promotores consideram que a melhor publicidade é realizada pelos seus utentes. A publicitação ao co-financiamento FEDER foi cumprida mais como um preceito do que como uma oportunidade de conferir credibilidade aos serviços da empresa junto da população-alvo.

Numa perspectiva de balanço final (as opiniões foram integradas na fase de avaliação), os promotores consideraram que terem recebido o incentivo e concluído as intervenções são condições suficientes para afirmar que os objectivos dos projectos foram atingidos. A eficácia temporal apenas foi integralmente cumprida num projecto e a eficácia física foi cumprida por oito projectos, porque não tiveram reprogramações físicas. Metade dos projectos teve taxas de execução do incentivo inferiores ao previsto, em virtude da aquisição de equipamentos a preços mais baixos (indício de eficiência) ou porque os promotores optam por não efectuar todo o investimento previsto (indício de eficácia se os objectivos fossem atingidos).

Alguns entrevistados não pensam em novas candidaturas a fundos comunitários, mas a ideia negativa está associada a factores externos (alguns descurados na fase de diagnóstico) e a constrangimentos com os recursos ao longo da execução dos projectos. Globalmente, os promotores ficaram satisfeitos com a oportunidade de obtenção de um co-financiamento mas consideraram o incentivo baixo face às expectativas e às dificuldades enfrentadas para a concretização dos projectos. A maioria dos promotores revela sustentabilidade da actividade empresarial e pondera realizar novos investimentos no sector, mas nalguns casos dependerá de factores contextuais (economia nacional e celebração de um regime de convenção com o SNS).

- Verificar em que medida os objectivos estabelecidos para os projectos co-financiados foram atingidos

Ao estabelecer-se este objectivo para a investigação, existia a pretensão de analisar se os resultados dos projectos foram atingidos, ou melhor, se os investimentos permitiram obter mais-valias directas para os promotores, com melhorias indirectas nos cuidados de

saúde prestados à população. No entanto, este será o objectivo menos concretizado no presente estudo, porque os dados reunidos para a sua verificação não permitiram medir, nitidamente, se os objectivos previstos foram atingidos.

Para os promotores, a indicação de objectivos, suportados por indicadores de avaliação, apenas constam nas candidaturas por se tratar de elementos obrigatórios. Mas a qualidade da informação não permitiu estabelecer uma relação directa com os resultados indicados nos relatórios finais de execução dos projectos.

Os factores internos identificados na fase de diagnóstico suportaram alguns dos objectivos específicos indicados nos projectos, em que a aquisição de equipamento e a renovação das instalações seriam uma forma de aumentar a realização de exames ou tratamentos (aumento da capacidade produtiva) e de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

No discurso dos promotores, estes benefícios foram concretizados porque a conclusão dos projectos permitiu a aquisição dos equipamentos previstos ou seleccionados no decorrer da execução e melhorou as instalações. Sem ser possível medir, com rigor, o número de actos, consultas ou tratamentos realizados antes e depois dos projectos, a maioria considera ter atingido os objectivos de produção. Das cinco novas unidades previstas nas candidaturas, concretizaram-se totalmente três, estando em funcionamento à data das entrevistas. Uma não foi aprovada pelo Saúde XXI e outra o promotor considera não ter sido ainda plenamente concretizada. O objectivo de aumentar a produtividade para incrementar o volume de negócios, na perspectiva dos entrevistados, foi alcançado por metade das empresas, sendo este um resultado obtido a partir dos benefícios instalados.

Os principais objectivos gerais dos projectos, associados aos factores externos (da fase de diagnóstico) e aos objectivos da Medida 3.1, seriam melhorar o acesso da população a MCDT de qualidade, criar serviços integrados de diferentes especialidades, novas valências na região e permitir alargar a oferta em regime de complementaridade ao SNS, ampliando a possibilidade de escolha dos cidadãos. A referência à possibilidade de os serviços prestados pelas empresas serem complementares ao SNS era de extrema importância para os promotores, porque a maioria, que não dispunha de um regime de convenção, estabelecera como objectivo vir a obtê-lo.

A concretização destes macro objectivos pode ser afluída a partir da análise dos resultados dos projectos em que os entrevistados apontam efeitos positivos e negativos, pelo menos um ano após concretização das suas intervenções. Pela positiva, destacou-

se a realização de acordos com entidades privadas e subsistemas de saúde para a prestação de cuidados, o desenvolvimento organizacional ou o crescimento da empresa, a valorização pessoal e profissional, o reconhecimento ou credibilidade perante a comunidade por terem recebido um co-financiamento e, nalguns casos, o aumento do número de utentes teve os resultados financeiros positivos esperados.

Pela negativa, a maioria dos entrevistados referiu a falta de procura pelos utentes e a ausência de ganhos financeiros, revelando serem efeitos não esperados. Vários promotores atribuem estes efeitos negativos ao facto de não terem estabelecido um regime de convenção com o SNS, para funcionarem em articulação com o serviço público, permitindo que um maior número de utentes beneficiasse dos investimentos co-financiados.

Os promotores sem convenção com o SNS tinham em mente poder vir a concretizar esse objectivo, porque seria um ponto forte comparativamente a outras empresas não merecedoras de um co-financiamento. Neste sentido, o factor político, descuido na fase de diagnóstico, revelou-se de extrema importância enquanto factor constante numa análise ao contexto que poderá influenciar uma avaliação de impactes dos projectos. Sendo objectivo da Medida 3.1 o incremento e o reforço de parcerias na prestação de cuidados em áreas carenciadas, melhorando o acesso aos serviços de saúde, os co-financiamentos realizados poderão vir a ter um reduzido impacte na sua utilização pela população-alvo. Em boa verdade, um regime de complementaridade não significa um regime de substituição das funções dos prestadores do SNS, mas corre-se o risco de os investimentos efectuados não serem em prol das populações locais/regionais, onde os benefícios foram concretizados com o apoio de financiamento comunitário.

Aos promotores privados caberá direccionar a oferta de cuidados em função das características da empresa e do mercado onde estão implantados. Os promotores que dispõem de um regime de convenção com o SNS podem delinear estratégias que permitam, através da quantidade de cuidados prestados, ultrapassar as dificuldades financeiras associadas ao baixo preço e ao diferimento dos pagamentos realizados pelo SNS e subsistemas de saúde. Os restantes, mantendo-se o actual regime contratual com o SNS, poderão pautar-se por uma oferta de cuidados de saúde de qualidade, com vista à satisfação de necessidades de saúde de outros grupos populacionais.

- Identificar as principais dificuldades que no decurso da realização dos projectos condicionaram a sua concretização

Na óptica dos promotores, os principais problemas surgem a partir do momento em que apresentam a candidatura ao Saúde XXI. As fases de candidatura, de execução e de conclusão, directamente relacionadas com a realização dos projectos, foram as que evidenciaram maiores constrangimentos. As fases de diagnóstico e de avaliação, estando interligadas, demonstraram que alguns dos factores (externos e internos) descurados na primeira fase influenciaram os resultados dos projectos na de avaliação.

No diagnóstico, a não identificação de concorrentes privados na região (factor externo demográfico) conduziu a erros de concepção do projecto, nomeadamente à selecção inadequada de equipamentos (factor interno). A concorrência dos sectores público e privado e a procura dos utentes em função das características de cada prestador de cuidados foram insuficientemente equacionados, como factores externos para a elaboração dos projectos.

O Saúde XXI, enquanto fonte de capital para a concretização do investimento, foi um meio de empregar verbas públicas na melhoria da prestação de cuidados de saúde, colmatando a inexistência de um regime de convenção com o SNS. A estratégia de optar pelo Saúde XXI, como fonte de co-financiamento, foi uma aposta dos promotores (inexperientes) para a realização dos investimentos, na qual depositavam esperanças de obter ganhos evidentes. No entanto, os constrangimentos enfrentados ao longo do processo resultaram numa desilusão que, associada ao volume do incentivo recebido, em sua opinião não se revelou compensador.

Na fase de candidatura, as principais dificuldades centraram-se no cumprimento de todos os requisitos de aceitação que, uma vez satisfeitos, não significavam um projecto certamente aprovado. O contrário seria mais provável, ou seja, se os procedimentos administrativos, técnicos e económico-financeiros não estivessem satisfeitos a candidatura não seria, por certo, aprovada.

Dos procedimentos (administrativos, técnicos e económico financeiros) a respeitar para a aprovação da candidatura e para a celebração do contrato, foram destacados mais críticos pelos promotores: o cumprimento dos prazos estabelecidos para as várias fases processuais, a obtenção da licença de actividade de prestação de cuidados de saúde, a aprovação condicionada à resolução de determinados elementos indicados pela ARS e/ou pelo IAPMEI e a obtenção das declarações comprovativas da situação regularizada perante o Estado e a Segurança Social.

A contratação dos serviços de um contabilista ou de empresa de consultoria seria uma forma de ajudar na elaboração da candidatura, mas este investimento também não garantia a aprovação do projecto. No relacionamento com estes parceiros (especialistas), ressaltaram como principais dificuldades o acréscimo de custos (em particular os serviços das empresas de consultoria), a articulação entre o vocabulário técnico da saúde e o da gestão, o cumprimento dos prazos estabelecidos e a competência da empresa/especialista contratado. Este último aspecto revelou-se primordial para definir a forma de remuneração à empresa e o tipo de contrato a realizar (só candidatura ou ao longo de toda a execução do projecto). A reduzida competência dos parceiros revelou-se um obstáculo à elaboração das candidaturas e na execução dos projectos.

Nas opções de investimento realizadas pelos promotores, ou seja, a definição do orçamento do projecto, as fontes de financiamento e a estimativa dos custos tinham de constar da candidatura elaborada. A ausência destes elementos, ou uma incorrecta identificação dos mesmos segundo normativos legais, poderia conduzir ao arquivamento das candidaturas. Todas as despesas indicadas como não elegíveis na regulamentação do Regime de Incentivos foram reprovadas, ainda que, nalguns casos, os promotores as tenham incluído nos orçamentos dos projectos.

O recurso a capital alheio, como fonte de financiamento do projecto, acarretou dificuldades acrescidas aos promotores. A busca de uma entidade bancária para financiar um projecto a médio e longo prazo revelou-se mais fácil quando existia uma relação consolidada entre o empresário e o banco. A identificação de uma nova entidade bancária condicionou a aprovação do financiamento, porque houve cautelas acrescidas na avaliação do risco do projecto. Assim, assumir que a candidatura apresentada ao Saúde XXI seria integralmente aprovada e planear todo o investimento nesse pressuposto não foi o mais apropriado, principalmente quando se dependia de instituições de crédito como fonte de financiamento.

Na fase de execução, alguns fornecedores foram incorrectamente seleccionados, preponderando como opção o facto de haver relações comerciais duradouras com o promotor. A falência de um fornecedor e o excesso de confiança na actividade de outro foram algumas das dificuldades presentes. A primeira foi um dos motivos para uma reprogramação física num projecto e a segunda quase inviabilizou o pagamento do incentivo. Os prazos para o pagamento do Saúde XXI foram extensos, porque a maioria dos pedidos de pagamento não foi devidamente instruída. Mais uma vez, os requisitos documentais comprovativos da despesa realizada e da situação regularizada da empresa perante o Estado e a Segurança Social impediram um processo célere. Como grande

parte dos promotores optou por solicitar apenas um pedido de pagamento, através da modalidade de reembolso da despesa, originou dificuldades acrescidas na gestão de tesouraria das empresas para o pagamento das despesas antes de receberem o incentivo correspondente.

Na apreciação global, ao longo de todo o ciclo de vida dos projectos, os promotores identificaram como principais constrangimentos: o cumprimento dos procedimentos e regras relacionados com a candidatura e com os pedidos de pagamento, os atrasos dos fornecedores, a incapacidade dos parceiros em prestar informações atempadas e fidedignas, a selecção de recursos humanos para satisfação do requisito de criação de emprego e várias dificuldades financeiras. Esta última contrariedade decorreu da opção de pagamento por reembolso (em vez da possibilidade de adiantamento pelo Saúde XXI), do prazo alargado até ao efectivo recebimento e, por vezes, o incentivo recebido ter sido inferior ao previsto, porque os projectos foram objecto de reprogramação mas sem alteração do valor total do incentivo, tendo sido os promotores a suportar a diferença do valor total do investimento realizado.

- Identificar pressupostos-base que potenciem a concretização de projectos co-financiados

Na fase de diagnóstico é essencial realizar uma avaliação das necessidades de investimento de acordo com os objectivos da empresa, mas devidamente enquadrados em factores externos e internos. Deve existir uma ampla visão do ambiente geral da empresa, suportada por uma análise particular aos factores sociais (problemas de saúde para satisfação de uma procura de cuidados), factores demográficos (dimensão do mercado regional/local, concorrentes públicos e privados, poder de compra da população), factores legais (cumprimento da regulamentação relativa à prestação de cuidados de saúde na área de MCDT), factores políticos (política de saúde aplicada ao sector privado e regime de convenções com o SNS), factores tecnológicos (associados à selecção de equipamento sofisticado e inovador) e factores económicos (situação económica do país e da região, com influência no mercado onde a empresa está instalada).

Nos factores internos deverão ser convenientemente analisadas as necessidades de equipamento associado ou não à actividade produtiva, podendo ser uma estratégia de aumento da oferta para novas áreas de MCDT ou para melhorar a produtividade e qualidade dos actos realizados. A decisão de apresentar uma candidatura a fundos comunitários deverá ser ponderada face a outras alternativas para a obtenção de financiamento.

Os investimentos estão dependentes da situação económico-financeira da empresa (factor interno), mas também das estratégias para obter o capital necessário. A decisão de apresentar uma candidatura a um programa de co-financiamento deverá ser tomada tendo em atenção os seguintes aspectos: a experiência do promotor na realização de anteriores projectos, o co-financiamento público poderá não ser a solução global para o investimento por se tratar de um regime de auxílio e não de uma fonte de capital alheio, e não deverá ser depositada no co-financiamento toda a esperança de resolução da escassez de capital para investir. A decisão de candidatura deverá ser tomada somente após a obtenção de informações concretas junto do(s) PO(s) que aceitam a natureza dos projectos que o promotor pretende realizar. Assim, o ponto de partida é a existência de um projecto, com objectivos concretos, para o qual o promotor procura uma estratégia de concretização, que poderá, eventualmente, ser uma candidatura a fundos comunitários.

Na fase de candidatura surgiram três pressupostos de base para a elaboração do plano a apresentar ao Saúde XXI: a necessidade de informação, a correcta identificação dos objectivos dos projectos e o apoio prestado pelos parceiros.

Os parceiros, para funcionarem como tal, devem ser seleccionados de acordo com a experiência profissional detida na elaboração de candidaturas a fundos comunitários, a capacidade técnica dos profissionais envolvidos e a existência de outros profissionais na empresa com capacidade para acompanhar o projecto após a aprovação (caso necessário). O preço da prestação de serviços deve depender dos elementos anteriores e do grau de envolvimento do especialista, ao longo das várias fases do ciclo de vida do projecto.

Ainda que um promotor seja apoiado por um parceiro na elaboração da candidatura, é essencial conhecer todas as regras e procedimentos necessários à aprovação do projecto e ao longo da sua execução. A informação é a base de uma tomada de decisão consciente e racional, pelo que os promotores devem saber, antecipadamente, quais as despesas consideradas elegíveis para efeitos de co-financiamento e quais os procedimentos necessários para o seu pagamento. Este pressuposto influencia o valor do investimento apresentado e a identificação de despesas com maiores probabilidades de serem apoiadas.

Compete aos parceiros ter um papel activo na obtenção de informações para os promotores e são co-responsáveis na elaboração dos projectos. Esta parceria deverá resultar numa transposição adequada das ideias dos promotores para o plano de acção. Isto quer dizer que o plano de candidatura deverá conter objectivos gerais, baseados nos factores externos e objectivos específicos directamente relacionados com os benefícios e

resultados que se pretendem obter com a intervenção. A identificação de indicadores mensuráveis, directamente associados ao projecto, é essencial para uma correcta avaliação da concretização dos objectivos do projecto.

Só com o cumprimento integral de todos os procedimentos administrativos, técnicos e económico-financeiro haverá maiores probabilidades de os projectos serem aprovados e de vir a ser celebrado o contrato relativo ao Regime de Incentivos.

Na fase de execução, para atenuar as dificuldades de tesouraria, os promotores podem optar por apresentar vários pedidos de pagamento (na modalidade de reembolso) ou solicitar até dois pedidos de adiantamento. Existem vários requisitos processuais e documentação necessária, em função da modalidade de pagamento solicitada. É necessário o cumprimento integral destes procedimentos para que o incentivo seja efectivamente pago. Pedidos de pagamento devidamente instruídos reduzem o período de tempo até à transferência da verba.

Ao longo da execução podem ser realizadas três tipos de alterações aos projectos: reprogramações temporais, físicas e financeiras. As alterações foram aceites pelo Saúde XXI desde que devidamente fundamentadas e sem modificações que resultassem num novo projecto de investimento (deveria existir uma ligação física e funcional entre o projecto aprovado e as componentes a alterar). Se a elaboração do projecto tiver sido precedida de um adequado diagnóstico, as probabilidades de o plano estabelecido vir a ser alterado nas vertentes física e financeira são menores. Sempre que o investimento for alterado para montantes superiores, o valor do incentivo mantém-se conforme estabelecido e aprovado, resultando num maior esforço financeiro para o promotor. Assim, é essencial definir bem os investimentos a incluir na candidatura, ou seja, fazer uma correcta análise na fase de diagnóstico, sob pena de, em caso de alterações, a diferença do valor da despesa ficar a cargo do promotor.

Na fase de conclusão é necessário demonstrar a criação de postos de trabalho, através dos contratos de trabalho realizados e das quotizações remetidas à Segurança Social. Não existiram limitações no nível e número de postos de trabalho a criar. Foi também necessário demonstrar a publicitação ao co-financiamento FEDER, de acordo com a regulamentação estabelecida para acções de informação e publicidade. O projecto só foi considerado encerrado após o envio, pelo promotor, do Relatório Final de execução. O último pagamento dependeu da apresentação deste documento.

Este relatório é também essencial para uma avaliação da concretização dos objectivos dos projectos e principais resultados obtidos. Os dados constantes deverão estar

directamente associados aos objectivos indicados na candidatura e conter os valores finais dos indicadores previamente estabelecidos. Alguns dos factores externos da fase de diagnóstico são determinantes para a obtenção de resultados positivos na realização dos projectos.

- Contribuir para a realização de um manual de apoio à concepção e execução de projectos co-financiados por fundos comunitários na área da saúde

O subcapítulo 6.2 apresenta uma proposta de um manual de apoio, concebido a partir da interpretação dos dados efectuada ao longo do capítulo 5. Ou seja, todos os objectivos anteriores contribuíram para a concepção do manual. O intuito deste objectivo foi o de criar um instrumento funcional, com a inclusão de exemplos pela positiva ou negativa, que permitisse disseminar medidas de actuação baseadas em experiências anteriores, para assim auxiliar o planeamento e execução de futuras intervenções.

Este documento centrou-se nos principais problemas enfrentados pelos empresários, ao longo das cinco fases do ciclo de vida de projectos co-financiados, aponta algumas regras e procedimentos a respeitar, inerentes ao fundo estrutural FEDER, e menciona os principais constrangimentos que os promotores enfrentaram ao longo de todo o processo.

Uma primeira proposta do manual foi apresentada a um grupo de cinco peritos que, através de uma grelha, o apreciaram segundo quatro critérios: satisfação das necessidades de informação, conteúdo, princípios e regras de construção e validade de aplicação do mesmo. Dos cinco peritos, três utilizaram a grelha para expressar as respectivas opiniões, classificando globalmente o manual de Bom. Dois peritos optaram por enviar um *e-mail* com as respectivas sugestões.

A principal crítica exposta, baseou-se no facto de ter sido sugerido um manual de boas práticas, mas, no documento em apreciação, constavam práticas ou acções realizadas pelos promotores, tanto pela positiva como pela negativa. Este facto permitiu reflectir sobre o objectivo do manual, tendo-se considerado que os aspectos menos positivos identificados no documento também fundamentavam ensinamentos para futuras intervenções. A disseminação de práticas de actuação, decorrentes de experiências positivas ou negativas, são uma mais valia para a realização de novos projectos. Assim, após as melhorias introduzidas no manual, baseadas na apreciação dos peritos, espera-se que o resultado da presente investigação seja um contributo para a realização de um manual de apoio à concepção e execução de projectos co-financiados por fundos comunitários no sector privado da saúde.

O presente estudo foi elaborado na fase final do III Quadro Comunitário de Apoio, período adequado à análise de intervenções já concluídas, visando a identificação de processos e de práticas desenvolvidos ao longo do ciclo de vida dos projectos da Medida 3.1 do Saúde XXI. O momento do estudo permite vir a incorporar alguns dos ensinamentos no desenvolvimento de projectos no Quadro de Referência Estratégico Nacional.

No QCA III, a iniciativa da saúde baseou-se, fundamentalmente, em princípios sectoriais de gestão do programa comunitário, mas a situação não foi facilitadora para uma actuação conjunta de base territorial/regional, porque permaneceram estratégias sectoriais de índole nacional. Cabia ao promotor, actor enquadrado no seu papel local/regional, actuar segundo tácticas definidas para assegurar a concretização de projectos que obtivessem benefícios, resultados e impactes directos para as intervenções e indirectos para a população regional utilizadora dos serviços de saúde. Existia uma responsabilização dos empresários quanto à utilização adequada das verbas recebidas, para uma aplicação territorial associada às reais necessidades das populações, porque o PO Saúde promoveu um regime de auxílio mínimo, estando o maior investimento a cargo dos empresários.

Ao longo do processo, transpareceram dificuldades de articulação entre os objectivos dos promotores e os macro do Programa Operacional Saúde. As intervenções realizadas não assumiram de forma intrínseca esses objectivos, apenas foram englobados na fase de elaboração de candidatura como pressuposto demonstrativo do seu cumprimento para a aceitação do projecto. Esta ideia subjaz, particularmente, nos promotores sem experiência de implementação de projectos comunitários. Porque a identificação do PO Saúde, como estratégia de obtenção de capital para um investimento, poderá, nalguns casos, não ser o modelo de actuação mais adequado ao desenvolvimento da empresa e à resposta das necessidades identificadas na população.

Acresce, que os investimentos a realizar deveriam ter por base uma análise do diagnóstico local/regional, sob pena de serem obtidos benefícios sem viabilidade nem rendibilidade no mercado e ocorrerem por existir a oportunidade de obter um co-financiamento. Logo, a conjugação dos objectivos do PO Saúde com os dos promotores mostrou-se complexa, porque as verbas deveriam ser utilizadas para fins de desenvolvimento económico e social, com destaque para a melhoria do acesso a cuidados de saúde de qualidade.

Nesta perspectiva, o cumprimento das regras e procedimentos relativos à obtenção de fundos comunitários não deverá ser associado a questões burocráticas mas, antes, inerente a um processo de controlo de implementação dos projectos que se coadunam

por respeitar práticas de actuação com vista à obtenção de objectivos e resultados. A opção de apresentar uma candidatura e executar um projecto desta natureza traduz-se numa decisão estratégica dos empresários, que será acompanhada pelo PO. Esta filosofia de actuação não se coaduna com expressões como “perdi muito tempo com isto” porque, se esse tempo era mais valioso do que a obtenção do incentivo, deveria ter sido equacionado o recurso a outras alternativas de gestão para obter o capital necessário ao investimento. Um co-financiamento contribui para a valorização estratégica da empresa e não deverá ser um mecanismo de deturpação do seu funcionamento operacional. Terá de existir capacidade para o desenvolvimento de uma intervenção desta natureza e, por isso, vários promotores referem como efeito positivo a valorização pessoal e profissional e o desenvolvimento organizacional da empresa.

Numa reflexão mais particular, relativa ao desenvolvimento das intervenções, importa reter a necessidade de os promotores procurarem mais informação, principalmente junto do PO, para que as decisões tomadas sejam baseadas em conhecimentos evidentes de como se processa uma intervenção comunitária. Vários promotores, por terem uma empresa de consultoria a apoiar a elaboração da candidatura, foram influenciados pelas suas orientações e abstiveram-se de ser pró-activos na busca concreta de informação. As empresas de consultoria têm interesse em que o cliente elabore o projecto e, portanto, serão sempre incentivadoras desta estratégia de actuação. Acresce que, sendo os promotores coadjuvados por parceiros, os planos de candidatura deveriam ter conseguido transmitir os objectivos que os projectos se propunham realizar e incluir indicadores para essa avaliação.

Todos os projectos foram únicos e enfrentaram dificuldades específicas ao longo do seu ciclo de vida. Sendo a avaliação uma das etapas do planeamento, terá sido a mais descuidada pelos promotores na fase de apresentação dos resultados. Por um lado, o apoio dos parceiros restringiu-se, principalmente, à fase de candidatura. Por outro, as reprogramações físicas alteraram alguns dos equipamentos previstos, não tendo sido efectuada uma revisão aos indicadores do projecto. Acresce que os projectos nem sempre produziram os efeitos esperados.

A análise do contexto, durante e após a realização dos projectos, poderá ter influenciado os resultados destes, sendo os factores demográfico, económico e político os principais condicionadores na perspectiva dos entrevistados. Assim, se as regras e procedimentos de gestão de um projecto co-financiado causaram constrangimentos à concretização das intervenções, o mercado onde as empresas estão instaladas, associado à conjuntura económica e política do sector da saúde, poderão ter influenciado os resultados dos

projectos. Para confirmação destes pressupostos, e porque o presente estudo não é um trabalho absoluto, seria importante realizar-se um estudo, no âmbito da avaliação de resultados e impactes, que evidenciasse se o investimento realizado e os benefícios obtidos contribuíram para “a diminuição das desigualdades em saúde, reforçando a complementaridade e alargando as possibilidades de escolha dos cidadãos”, enquanto objectivo da Medida 3.1 do Saúde XXI.

Por todos estes motivos, torna-se importante disseminar os processos e práticas de actuação de alguns empresários, reconhecendo dificuldades e problemas já enfrentados por estes, com vista a apoiar e melhorar intervenções futuras no sector da saúde. Vislumbra-se haver necessidade de informar e alertar os interessados para os pressupostos de base que potenciam a concretização de projectos co-financiados, porque os parceiros não tendem a apresentar uma visão de todas as fases do ciclo de vida destes projectos.

No contexto do QREN, os incentivos funcionarão como um instrumento de apoio ao desenvolvimento das empresas, mais direccionado para as áreas de apoio à actividade produtiva, pelo que a implementação de projectos deverá resultar numa opção estratégica de melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, mais do que incrementar a capacidade produtiva das empresas. Esta visão poderá ser uma forma de credibilizar as empresas e distingui-las perante outras no mercado privado da saúde, em que a aposta na qualidade e na inovação não será pela aquisição de equipamentos ou renovação das infra-estruturas. É um passo à frente na gestão empresarial, em que os promotores só se poderão afirmar-se se souberem tirar partido das oportunidades que o processo proporciona, através da obtenção de conhecimentos, de capacidade profissional e de inovação, para serem essenciais à prestação de cuidados de saúde das populações regionais/locais.

BIBLIOGRAFIA

- ALBARELLO, Luc et al. (2005). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva
- ALKIN, Marvin C. e CHRISTIE, Christina A. (2004). "An Evaluation Theory Tree" in Alkin, Marvin C. e Christina A. Christie (eds.), *Evaluations Roots. Tracing Theorists' Views and Influences*, pp.12-65. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publications, Inc.
- ALMEIDA, José-Carlos Ferreira de. (2001). "Em defesa da investigação-acção". *Sociologia*, nº 37, pp.175-176.
- BARDIN, Laurence. (2004). *Análise de conteúdo*. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70
- BELL, Judith. (2002). *Como realizar um projecto de investigação*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva
- BISHOP, Clare. (2002). *Guia Técnico da Gestão do Ciclo de Projecto*. Programa de Análise Socio-Económica e de Género (ASEG). Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura. Roma: Food and Agriculture Organization (FAO)
- BLACKMAN, Rachel. (2003). *Project cycle management. Resourcing Organisations with Opportunities for Transforming and Sharing (ROOTS)*. Teddington, Reino Unido: Tearfund
- BONY, Elizabeth de, et al. (2005). *Mobilising EU Funding for Health: EU Financing and National Opportunities in the New Member States*. Köln, Alemanha: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und –gestaltung e.V. (GVG)
- BORGES, António, RODRIGUES, Azevedo e RODRIGUES, Rogério. (2005). *Elementos de Contabilidade Geral*. 22ª Edição. Lisboa: Áreas Editora
- BRYSON, John M. (1988). *Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations: a Guide to Strengthening and Sustaining Organizational Achievement*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers
- (C3E) CENTRE FOR EUROPEAN EVALUATION EXPERTISE. (1999a). *Evaluation design and management. Evaluating Socio-Economic Programmes*. MEANS Collection, Volume 1. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities
- (C3E) CENTRE FOR EUROPEAN EVALUATION EXPERTISE. (1999b). *Glossary of 300 concepts and technical terms. Evaluating Socio-Economic Programmes*. MEANS Collection. Volume 6. Luxembourg: Office for Official Publication of the European Communities
- CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro. (1998). *Metodologia da investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta
- CERVO, Amado Luiz e BERVIAN, Pedro Alcino. (2002). *Metodologia Científica*. 5ª Edição. São Paulo: Prentice Hall
- CHIAVENATO, Adalberto. (2004). *A Administração dos novos tempos*. 2ª Edição. Rio Janeiro: Elsevier

CLARKE, Adele E. (2005). *Situational Analysis: Grounded Theory After the Postmodern Turn*. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publications, Inc.

COMISSÃO EUROPEIA. (1999). *Guidelines for systems of monitoring and evaluation of ESF assistance in the period 2000-2006*. Bruxelas: Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs

COMISSÃO EUROPEIA. (2002). *Valeur Ajouté Communautaire: Définition et critère d'appréciation*. Documento de trabalho. Direcção Geral de Política Regional. Bruxelas: Comissão Europeia

COMISSÃO EUROPEIA. (2004a). *Project Cycle Management Guidelines*. EuropeAid Cooperation Office, Development DG. Bruxelas: Comissão Europeia. <http://ec.europa.eu/europeaid/reports/pcm_guidelines_2004_en.pdf> (Consulta a 12-01-2007)

COMISSÃO EUROPEIA. (2004b). *Regions - Nomenclature of territorial units for statistics*. Part 4. Methods and Nomenclatures. Luxemburgo: Office for Official Publication of the European Communities. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-BD-04-005-4/EN/KS-BD-04-005-4-EN.PDF> (Consulta a 17-01-2006)

COMISSÃO EUROPEIA. (2004c). *The new SME definition – User guide and model declaration*. Enterprise and Industry Publications. Luxemburgo: Publications Office <http://ec.europa.eu/enterprise/enterprise_policy/sme_definition/sme_user_guide.pdf> (Consulta a 09-01-2006)

COMISSÃO EUROPEIA. (2007). *New funds, better rules: Overview of new financial rules and funding opportunities 2007-2013*. Bruxelas: Comissão Europeia. <http://ec.europa.eu/budget/other_main/funds_rules_en.htm> (Consulta a 03-04-2007)

COMISSÃO DE GESTÃO DO QCA 2000-2006. (2001). *Guia para a avaliação intercalar do QCA III*. Lisboa: Direcção-Geral do Desenvolvimento Regional

COMISSÃO DE GESTÃO DO QCA III. (2004). *Quadro Comunitário de Apoio III. Portugal 2000-2006: Revisão Intercalar 2004*. Ministério das Cidades, Administração Local, Habitação e Desenvolvimento Regional. Lisboa: Direcção Geral do Desenvolvimento Regional

COSTA, Horácio e RIBEIRO, Pedro Correia. (2007). *Criação & Gestão de Micro-Empresas & Pequenos Negócios*. 5ª Edição. Lisboa: Lidel

COVITA, Horácio. (2003). *Recursos Técnico-pedagógicos & Práticas Bem Sucedidas*. Coleção "Saber Fazer" n.º 2. Gabinete de Gestão do Programa EQUAL. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade

DEMARTEAU, Michel. (2002). "A Theoretical Framework and Grid for Analysis of Programme-evaluation Practices". *Evaluation*, vol 8(4), pp. 454-473.

DIRECÇÃO-GERAL DE POLÍTICA REGIONAL. (2004). *Working paper nº 9 - The Update of the Mid Term Evaluation of Structural Fund Interventions*. The 2000-2006 Programming Period: Methodological Working Papers. Bruxelas: Comissão Europeia

DURÁN, Hernán. (1989). *Planeamento da Saúde: Aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde

(ERS) ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE. (2006). *Avaliação do modelo de celebração de convenções pelo SNS*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde

FERNANDES, Eugénia M. e MAIA, Ângela. (2001). "Grounded Theory", in Fernandes, Eugénia M. e Leando S. Almeida (eds). *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas*, pp. 49-76. Centro de Estudos e Investigação e Educação e Psicologia. Braga: Universidade do Minho

FERREIRA, Luís da Costa. (2002). *Glossário de Termos – Quadro Comunitário de Apoio III 2000-2006*. Comissão de Gestão do QCA III. Lisboa: Direcção Geral do Desenvolvimento Regional

FREIRE, Adriano. (1997). *Estratégia – Sucesso em Portugal*. Lisboa: Verbo

GUERRA, Isabel Carvalho. (2002). *Fundamentos e processos de uma sociologia da acção: O Planeamento em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Cascais: Edições Principia

GUERRA, Isabel Carvalho. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo: Sentidos e forma de uso*. Estoril: Edições Principia

GUERRA, Isabel e AMORIM, Alexandra. (2001). *Construção de um projecto*. Colecção Módulos PROFISSS. Instituto do Emprego e Formação Profissional. Instituto de Gestão Financeira da Segurança Social. Lisboa: Graforim

(GTT Saúde) GRUPO DE TRABALHO TEMÁTICO DA SAÚDE. (2002). *Relatório sobre o financiamento do QCA III à área da Saúde 2000-2002*. Lisboa: Comissão de Acompanhamento do Quadro Comunitário de Apoio, DGDR

IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública

(IPAD) INSTITUTO PORTUGUÊS DE APOIO AO DESENVOLVIMENTO. (2005). *Guia de Avaliação, versão provisória*. Lisboa: Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento

MARK, Mel. (2005). "Evaluation Theory or What are Evaluation Methods for?". *The Evaluation Exchange*, vol xi, nº2, pp.2-3.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Orientações estratégicas*. Volume II. Lisboa: Direcção Geral da Saúde

MINISTÉRIO DAS CIDADES, ADMINISTRAÇÃO LOCAL, HABITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL. (2005). *O QCA III e a Reprogramação Intercalar: o próximo período de programação financeira 2007-2013. Perspectivar o Contributo das Regiões*. Comissão de Gestão do QCA III. Lisboa: Direcção Geral do Desenvolvimento Regional

MINISTÉRIO DO PLANEAMENTO. (2000). *Quadro Comunitário de Apoio III. Portugal 2000-2006*. Lisboa: Direcção Geral do Desenvolvimento Regional

- MINTZERG, Henry e LAMPEL, Joseph. (s/d). "Reflexão sobre o processo estratégico". *Janela na Web*. <<http://www.janelanaweb.com/manageme/sloan2.html>> (Consulta a 07-12-2004)
- MOLUND, Stefan e SCHILL, Göran. (2004). *Looking Back, Moving Forward: Sida - Evaluation Manual*. Stockholm: Swedish International Development Cooperation Agency
- MOREIRA, Carlos Diogo. (1995). *Modelos e Métodos de Avaliação de Programas de Investigação e Acção*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas
- OLIVEIRA, D. de Pinho Rebouças de. (2004). *Manual de Consultoria Empresarial: conceitos, metodologias, práticas*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas
- PATTON, Michael Quinn. (2002a). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Third edition. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publication, Inc.
- PATTON, Michael Quinn. (2002b). *Utilization-Focused Evaluation (U-Fe) Checklist*. Evaluation Checklists Project. Kalamazoo, MI, EUA: Western Michigan University. <<http://www.wmich.edu/evalctr/checklists>> (Consulta a 11-02-2006)
- PEREIRA, Francisco Costa. (2001). *Representação Social do Empresário*. Lisboa: Edições Sílabo
- PORTUGAL. (2007). *Proposta de Programa Operacional Regional de Alentejo 2007-2013 [FEDER]*. <<http://www.qren.pt>> (Consulta a 04-04-2007)
- PROGRAMA EQUAL. (2005). *Referencial para a monitorização e avaliação do processo de disseminação dos produtos Equal*. Acção 3. Gabinete de Gestão EQUAL. Lisboa: Ministério do Trabalho e Solidariedade.
- QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3ª Edição. Lisboa: Gradiva.
- RODRIGUES, Maria João. (1993). *Avaliação e aprendizagem social – uma proposta de metodologia*. Dinâmia – Centro de Estudos sobre a mudança socioeconómica. Lisboa: ISCTE.
- RODRIGUES, Jorge Nascimento. (1999). "Hugues de Jouvenal – O caçador de tendências". *Executive Digest*. Edição n.º 59. Ano 5. <http://www.centroatl.pt/edigest/edicoes99/ed_set/ed59man-s.html> (Consulta a 17-02-2005)
- ROSSI, Peter H., LIPSEY, Mark W. e FREEMAN, Howard E. (2003). *Evaluation: A Systematic Approach*. Seventh Edition. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publication, Inc.
- ROSSMAN, Gretchen B. e RALLIS, Sharon F. (2003). *Learning in the field: an introduction to qualitative research*. Second edition. Thousand Oaks, CA, EUA: Sage Publication, Inc.
- SAKELLARIDES, Constantino, et al. (2005a). *Actualização da Avaliação Intercalar do Programa Operacional Saúde – Saúde XXI. Relatório Final*. Lisboa: CESO I&D – Investigação e Desenvolvimento, S. A.

SAKELLARIDES, Constantino, et al. (2005b). *Actualização da Avaliação Intercalar do Programa Operacional Saúde – Saúde XXI. Sumário Executivo*, Lisboa: CESO I&D – Investigação e Desenvolvimento, S. A.

(Saúde XXI) PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE. (s/d). *Saúde XXI: Promover a Saúde, Melhorar o Acesso, Reforçar as Parcerias*. Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Lisboa: Ministério da Saúde

(Saúde XXI) PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE. (2002). *Programa de Concurso e Caderno de Encargos da Avaliação Intercalar*. Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Lisboa: Ministério da Saúde

(Saúde XXI) PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE. (2003). *Manual de procedimentos do Gabinete de Gestão*. Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Lisboa: Ministério da Saúde (documento interno não publicado)

(Saúde XXI) PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE. (2004). *Programa Operacional Saúde. Complemento de Programação*. Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Lisboa: Ministério da Saúde

(Saúde XXI) PROGRAMA OPERACIONAL SAÚDE. (2005). *Relatório de Execução de 2004*. Gabinete de Gestão do Saúde XXI. Lisboa: Ministério da Saúde

SCHIEFER, Ulrich, et al. (2006). *MAPA – Manual de Planeamento e Avaliação de Projectos*. Cascais: Principia

SENGUPTA, Saumitra. (2004). “On methodology: Rip Van Evaluation and the Great Paradigm War”. *The Evaluation Exchange*, Vol. IX, nº 4, pp.3-4.

SILVA, Augusto Santos e PINTO, José Madureira. (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. 8ª Edição. Porto: Edições Afrontamento

STAME, Nicolleta. (2003). “Evaluation and the policy context: the European experience”. *Evaluation Journal of Australasia* 3, nº2, pp.36-43.

STUFFLEBEAM, Daniel L. (2001). “Evaluation Models”. *New Directions for Evaluation*, nº 89, pp.7-98.

STUFFLEBEAM, Daniel L. (2003). “The CIPP Model for evaluation”. Annual Conference of the Oregon Program Evaluators Network (OPEN), 10 Março, Portland, Oregon, EUA. <<http://www.wmich.edu/evalctr/pubs/CIPP-ModelOregon10-03.pdf>> (Consulta a 09-01-2007)

TAVISTOK INSTITUTE. (2003a). *The Evaluation of Socio-Economic Development: The GUIDE*. <<http://www.evaled.info>> (Consulta a 08-10-2005)

TAVISTOK INSTITUTE. (2003b). *Evaluating Socio Economic Development, Sourcebook 2: Methods & Techniques*. <<http://www.evaled.info>> (Consulta a 08-10-2005)

TEIXEIRA, Sebastião. (1998). *Gestão das Organizações*. Amadora: McGraw-Hill de Portugal

VAZ, Artur, et al. (2003). *Relatório Final – Avaliação Intercalar do Programa Operacional da Saúde – SAÚDE XXI*. Lisboa: CESO I&D Dois – Investigação e Desenvolvimento, S.A

(WKKF) W.K. KELLOGG FOUNDATION. (1998). *Evaluation Handbook*. Battle Creek, MI EUA: W.K. Kellogg Foundation. <<http://www.wkkf.org/Pubs/Tools/Evaluation/Pub770.pdf>> (Consulta a 21-10-2005)

WINBUSH, Erica e Jonathan Watson. (2000). “An Evaluation Framework for Health Promotion: Theory, Quality and Effectiveness”. *Evaluation*. vol 6(3), pp.301-321.

YOUKER, Brandon W. (2005). “Ethnography and Evaluation: Their relationship and Three Anthropological Models of Evaluation”. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation*, nº3 Outubro, pp.113-142.

Legislação

Decisão C (2000) 1780, da Comissão das Comunidades Europeias, de 28 de Julho, (decisão não publicada – Notificada ao Programa Operacional Saúde: Aprova o Programa Operacional “Saúde” que se integra no Quadro Comunitário de Apoio para as intervenções estruturais comunitárias nas regiões abrangidas pelo objectivo n.º 1 e nas regiões abrangidas pelo apoio a título transitório, ao abrigo do objectivo n.º 1.

Decisão C (2004) 883, da Comissão das Comunidades Europeias, de 23 de Março, decisão não publicada – Notificada ao Programa Operacional Saúde: Fixa a atribuição da reserva de eficiência por Estado-membro para as intervenções dos Fundos Estruturais dentro os objectivos n.º 1, n.º 2 e n.º3.

Decisão C (2004) 5340, da Comissão das Comunidades Europeias, de 17 de Dezembro, decisão não publicada – Notificada ao Programa Operacional Saúde: Altera a Decisão C (2000) 1780, que aprova o Programa Operacional Saúde que se integra no III Quadro Comunitário de Apoio

Decreto-Lei n.º 411/91, de 17 de Outubro, D.R. n.º 239, Série I-A: Estabelece o novo regime jurídico de regularização das dívidas à segurança social.

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, DR n.º 12, Série I-A: Aprova o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei n.º 13/93, de 15 de Janeiro, DR n.º 12, Série I-A: Regula o licenciamento e a fiscalização do exercício da actividade das unidades privadas de saúde.

Decreto-Lei n.º 236/95, de 13 de Setembro, DR n.º 212, Série I-A: Regula a situação dos contribuintes que estejam a regularizar as suas dívidas à Fazenda Nacional.

Decreto-Lei n.º 123/97 de 22 Maio, DR n.º 118, Série I-A: Torna obrigatória a adopção de um conjunto de normas técnicas básicas de eliminação de barreiras arquitectónicas em edifícios públicos, equipamentos colectivos e via pública para melhoria da acessibilidade das pessoas com mobilidade condicionada.

Decreto-Lei n.º 97/98, de 18 de Abril, DR n.º 91, Série I-A: Estabelece o regime de celebração das convenções a que se refere a base XLI da Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde.

Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 Novembro, DR n.º 268, Série I-A: Regime jurídico do licenciamento e fiscalização do exercício de actividades desenvolvidas em unidades de saúde privadas que utilizem radiações ionizantes, ultra-sons ou campos magnéticos.

Decreto-lei n.º 500/99, de 19 Novembro, DR n.º 270, Série I-A: Regime jurídico do licenciamento e fiscalização do exercício da actividade das unidades de saúde privadas de medicina física, de reabilitação, de diagnóstico e terapêutica.

Decreto-Lei n.º 240/2000, de 26 Setembro, DR n.º 223, Série I-A: Altera o Decreto-Lei n.º 492/99, de 17 de Novembro, que aprova o regime jurídico do licenciamento e fiscalização das unidades de saúde privadas que desenvolvem actividades de radiodiagnóstico, de radioterapia e de medicina nuclear.

Decreto-Lei n.º 15/2001, de 27 de Janeiro, DR n.º 23, Série I-A: Cria o regime de incentivos a unidades prestadoras de cuidados de saúde no âmbito da Medida 3.1.

Decreto-Lei n.º 54-A/2000, de 7 de Abril, DR n.º 83, Série I-A Suplemento: Define a estrutura orgânica relativa à gestão, acompanhamento, avaliação e controlo da execução do QCA III e das intervenções estruturais comunitárias relativas a Portugal, nos termos do Regulamento (CE) n.º 1260/99, do Conselho, de 21 de Junho.

Despacho n.º 9396/2001, de 4 de Maio, DR n.º 103, Série II: Critérios para avaliação dos projectos do Regime de Incentivos Saúde XXI.

Despacho n.º 20321/2002, de 17 de Setembro, DR n.º 215, Série II: Critérios para avaliação dos projectos do Regime de Incentivos Saúde XXI.

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, DR n.º 195, Série I: Lei de Bases da Saúde

Portaria n.º 380/2001, de 11 de Abril, DR n.º 86, Série I-B: Aprova o Regulamento do regime de incentivos à criação e adaptação de unidades de prestação de cuidados de saúde da responsabilidade de empresas e cooperativas.

Regulamento (CE) n.º 1260/1999 do Conselho da União Europeia, de 21 de Junho, publicado no Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º 161, Série L, de 26/06/1999: Estabelece disposições gerais sobre os Fundos estruturais.

Regulamento (CE) n.º 1159/2000 da Comissão das Comunidades Europeias, de 30 de Maio, publicado no Jornal Oficial das Comunidades Europeias n.º 130, Série L, de 31/05/2000: Acções de informação e publicidade a levar a efeito pelos Estados-membros sobre as intervenções dos Fundos estruturais.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 25/2006, de 10 de Março, D.R. n.º 50, Série I-B: Aprova as orientações fundamentais para elaboração do Quadro de Referência Estratégico Nacional e programas operacionais para o período de 2007-2013.

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa

(DR – II Série, n.º. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em

Diagnóstico e Intervenção Sócio-Organizacional e Comunitária

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI (Anexos)

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Sónia Maria Alves Bastos

Orientadora:

Profª. Doutora Maria da Saudade Rodrigues Colaço Baltazar

Évora

JANEIRO 2008

Índice Anexos

Índice Anexos	1
Anexo 1 – Guião da entrevista exploratória	2
Anexo 2 – Carta remetida aos empresários a solicitar entrevista	5
Anexo 3 – Guião das entrevistas	7
Anexo 4 – Grelha de análise de conteúdo	12
Anexo 5 – Grelhas analíticas das entrevistas	14
Fase – Diagnóstico	15
Fase – Candidatura	21
Fase – Execução	37
Fase – Conclusão	49
Fase – Avaliação	56
Fase – Disseminação	71
Anexo 6 – Grelhas de apreciação da estrutura e do conteúdo do manual	74
Anexo 7 – Matriz de análise da concretização dos objectivos específicos identificados para os 12 projectos em estudo	93

Anexo 1 – Guião da entrevista exploratória

Componentes da entrevista	Questão Principal	Questões Secundárias
Dimensão 1		
Processo projecto privado	Quais são os recursos necessários às várias fases do projecto?	▪ Quais as principais fases do processo?
		▪ Quais os <i>inputs</i> de cada uma das fases?
		▪ Quais os <i>outputs</i> resultantes?
Dimensão 2		
Empresas privadas	Quais as principais características das empresas privadas com candidaturas?	▪ Que tipologia de empresas apresentaram mais candidaturas?
		▪ Qual a dimensão das empresas?
		▪ Características dos sócios responsáveis pelos projectos?
		▪ As características (dimensão, RH, recursos financeiros) influenciam a concretização da candidatura e eventual aprovação?
		▪ Quais os motivos/características que geralmente conduzem à não aprovação de projectos?
Dimensão 3		
Parcerias e apoios	Quais os principais parceiros das empresas com projectos?	▪ Empresas de consultoria na candidatura e decorrer do projecto?
		▪ Bancos, instituições de crédito?
		▪ Associações empresariais?
Dimensão 4		
Dificuldades das empresas	Quais as principais dificuldades sentidas pelas empresas nas candidaturas e no decurso do projectos aprovados?	▪ Quais as dificuldades na apresentação das candidaturas?
		▪ Quais os principais problemas dos candidaturas não aprovadas?
		▪ Quais as dificuldades nos pedidos de pagamento?
		▪ Quais as dificuldades na conclusão dos projectos?
		▪ Outras dificuldades?
Dimensão 5		
Concretização dos projectos	Que factores influenciam a concretização dos projectos?	▪ Os projectos foram concluídos de acordo com o previsto?
		▪ Quais as principais alterações (temporal, físico, financeiro) efectuadas?
		▪ Quais os principais motivos para as alterações?
		▪ Criaram postos de trabalho de acordo com o previsto?
		▪ Os postos trabalho tiveram acções de formação financiadas pelo FSE no Saúde XXI?
Dimensão 6		
Projecto exemplares	Que projectos podem ser considerados histórias de sucesso?	▪ Que critérios se devem considerar para o sucesso? Concretização temporal, física, financeira? Resultados (promoção da saúde)? Benefícios para a população?
		▪ Que projectos podem ser considerados histórias de insucesso?
		▪ Como se explicam estes sucessos e fracassos?
		▪ Os projectos demonstraram sustentabilidade para se manterem?

Guião da Entrevista entregue aos entrevistados

1. Considerando o quadro em anexo, quais são os recursos necessários às várias fases do projecto? Validar / corrigir o quadro de acordo com a realidade.
2. Quais as principais características das empresas privadas com apresentação de candidaturas?
3. Quais os principais parceiros das empresas privadas com projectos aprovados?
4. Quais as principais dificuldades sentidas pelas empresas nas candidaturas e no decurso do projectos aprovados?
5. Que factores influenciam a concretização dos projectos?
6. Que projectos podem ser considerados histórias de sucesso?

Anexo 2 – Carta remetida aos empresários a solicitar entrevista

Sónia Maria Alves Bastos
Mestranda em Intervenção
Sócio-Organizacional na Saúde
Tlm: 914774733
Fax nº 212346449

Exma. Senhora
XXXX
Sócia-Gerente
Clínica XXX

Exma. Senhora

7 de Junho de 2008

A Clínica XXX, Lda. foi uma das empresas que concluiu com êxito um projecto com co-financiamento FEDER atribuído pelo Programa Operacional Saúde (Saúde XXI).

Encontrando-me a preparar uma dissertação de Mestrado pela Universidade de Évora (credencial em anexo), considero muito relevante a recolha de opinião das várias entidades com projectos já concluídos, para conhecer a forma como os mesmos decoraram nas suas várias fases: candidatura, aprovação, execução, pagamentos e conclusão.

O estudo tem como objectivo melhorar os processos na realização de futuros projectos financiados por fundos comunitários, para o qual é fundamental o conhecimento de experiências positivas que, tendo enfrentado algumas adversidades, estas foram ultrapassadas e os projectos chegaram a bom termo.

Neste sentido, peço-lhe que partilhe a sua experiência e opinião pessoal, através da colaboração numa pequena entrevista a agendar em local por si a designar mas, se possível, no dia 26 de Junho às 15 horas ou, em alternativa, no dia 27 de Junho às 10 horas.

Caso não exista disponibilidade nas datas propostas poderão ser acordadas outras, uma vez que a sua participação é considerada essencial.

Resta-me assegurar que, de acordo com as regras definidas para estudos académicos, a informação recolhida será sempre anónima e confidencial, sendo os dados recolhidos apenas utilizados no âmbito do presente estudo.

Agradeço antecipadamente a sua amável e importante colaboração, para a qual efectuarei contacto telefónico na expectativa de confirmação da entrevista.

Apresento os melhores cumprimentos,

Sónia Bastos

Anexo 3 – Guião das entrevistas

ENTREVISTA Nº _____

Experiências no desenvolvimento de um projecto co-financiado pelo Saúde XXI

Distrito: _____

Data: _____

Agradecer a disponibilidade para prestar a entrevista

Explicação do objectivo do estudo e da entrevista

Solicitar permissão para gravar a entrevista

Garantir a confidencialidade da entrevista e da identificação da empresa e do entrevistado

I – INTRODUÇÃO

De acordo com o objectivo do estudo, vamos falar sobre o seu projecto co-financiado pelo FEDER através do Programa Operacional Saúde (Saúde XXI).

Este projecto passou por várias fases até ser concluído: situação antes da candidatura, candidatura ao Saúde XXI, aprovação do projecto, a sua execução ao longo do tempo, pagamentos efectuados pelo Saúde XXI e finalmente a conclusão.

A nossa conversa vai seguir a ordem das várias fases pelas quais o seu projecto passou, ou seja, vamos construir a “história” do seu projecto.

P1. Qual o cargo que ocupa na Clínica?

II – CONTEXTO INICIAL

Começamos naturalmente pela situação inicial antes de efectuar a candidatura ao Saúde XXI.

P2. Antes de pensar numa candidatura, precisou de identificar as principais necessidades da Clínica. Como decidiu que equipamentos ou serviços eram necessários para a Clínica?

- Quais os critérios que considerou para seleccionar os equipamentos/remodelação a efectuar?
- Identifique os principais problemas existentes na Clínica que o projecto procurava resolver no seu início.
- Quais os factores externos existentes na região que tiveram influência na selecção dos investimentos a realizar?

P3. Quando decidiu realizar estes investimentos, já estava a pensar na possibilidade de se candidatar à obtenção de fundos comunitários?

- Como soube da possibilidade de efectuar uma candidatura para a obtenção de fundos comunitários?
- O Programa Operacional Saúde (Saúde XXI) foi a sua primeira escolha para o financiamento deste projecto?
- Antes da candidatura ao Saúde XXI qual era a sua experiência na obtenção de fundos comunitários (com outros programas operacionais)?
- Quais eram as suas expectativas quando decidiu candidatar-se ao financiamento comunitário?

III – CANDIDATURA

Agora vamos passar à fase em que decide iniciar a sua candidatura ao Saúde XXI.

P4. Quem foram os principais parceiros (consultora/ contabilista/ associação) que participaram ou apoiaram o projecto da sua empresa?

- Como seleccionou a consultora/ contabilista/ associação com quem ia trabalhar?
- Por favor descreva a utilidade de ter tido o apoio da consultora/ contabilista/ associação.
- Quais as principais dificuldades encontradas no seu relacionamento com a consultora/ contabilista/ associação? As divergências/ foram resolvidas?
- Sem esta(s) empresa(s) considera que teria conseguido apresentar a candidatura? E realizar o projecto?

P5. Quando decidiu efectuar uma candidatura ao Saúde XXI considera que detinha informação suficiente de como funcionava o co-financiamento através de fundos comunitários?

- Como e onde procurou obter as informações que necessitava?
- O que foi mais difícil de cumprir para a apresentação da candidatura? Como ultrapassou essas dificuldades? (outras e documentação solicitada na candidatura)
- Teve visitas de organismos/instituições para ver as condições da sua clínica e avaliar a necessidade do seu projecto para a região? Qual foi para si a utilidade dessas visitas?

P6. Uma das principais características do co-financiamento através de fundos comunitários é a necessidade existir uma **contrapartida financeira** por parte das empresas.

Esta característica teve influência na sua decisão de se candidatar ao Saúde XXI?

- Como financiou a verba correspondente ao seu investimento (contrapartida)?
- Quais os principais receios que sentiu associados à sua contrapartida?
- Pensou em formas de ultrapassar esses problemas, caso surgissem?

IV – APROVAÇÃO DA CANDIDATURA

Entre a sua apresentação da candidatura ao Saúde XXI e a respectiva aprovação final do projecto decorreu um período de tempo.

P7. Conte-me o que aconteceu durante esse intervalo de tempo.

- Na sua opinião como se poderia ter reduzido o tempo entre a candidatura e a aprovação?
- Na sua opinião porque motivo julga que isso aconteceu (dificuldades na aprovação)?
- Na sua opinião como se poderiam ter resolvido essas dificuldades?
- Iniciou o projecto antes da candidatura ter sido aprovada?

P8. Recebe a carta a informar da aprovação do projecto pelo Saúde XXI.

O que fez de imediato para dar início/continuidade ao seu projecto?

- Para a concretização do contrato foram solicitados diversos documentos e comprovativos. Como conseguiu cumprir todos os requisitos?

V – EXECUÇÃO DO PROJECTO

Segue-se a fase de execução do seu projecto de investimento.

P9. Relativamente à aquisição dos equipamentos / obras de adaptação das instalações inerentes ao projecto, teve que escolher os seus fornecedores ou foram recomendados?

- Quais foram as principais características ou factores para a selecção dos fornecedores?
- E quais foram as principais características / factores para a selecção dos equipamentos?
- O seu projecto também incluiu a realização de obras de adaptação das instalações, como seleccionou a empresa para estas obras?

P10. O projecto decorreu de acordo com o que estava previsto na candidatura aprovada? Conte-me como decorreu esta fase de execução do projecto.

- Quais as principais dificuldades que encontrou ao longo da execução do projecto? Como foram ultrapassadas?
- Que opções teve que tomar para alterar o projecto que estava inicialmente previsto? O que considerou prioritário face à nova situação?
- Como seleccionou os novos equipamentos? Foi conseguido dentro do prazo?
- O Saúde XXI aceitou todas as suas propostas de alterações ao projecto?

P11. Quais os critérios que considerou para decidir solicitar os pedidos de pagamento (pedidos de financiamento) ao Saúde XXI?

- Esta acção decorreu sem quaisquer problemas? (adiantamentos/reembolsos)
- O que foi necessário fazer para resolver estas situações?

VI – CONCLUSÃO

O seu projecto concretiza-se e atinge a fase de Conclusão, ou seja apresenta o último pedido de pagamento e o relatório final de execução do projecto.

P12. Em que medida os objectivos esperados / resultados foram atingidos?

- Quais os motivos para o projecto ter sido concluído sem atingir os objectivos (execução inferior aos previsto)?
- Quais foram as principais ameaças/barreiras que dificultaram a concretização do projecto de acordo com previsto?
- Agora que já tudo aconteceu, o que faria de forma diferente para conseguir atingir os resultados ou para o projecto “correr” melhor?

P13. O que conseguiu mudar na sua Clínica por ter conseguido o financiamento?

- Considera que com o projecto conseguiu aumentar o número de clientes ou o número de exames / tratamentos ou aumentar a facturação?
- Se não tivesse recebido o financiamento teria realizado o seu projecto da mesma forma? O que mudava na realização do projecto?
- Após a concretização do projecto fez publicidade para divulgar os novos serviços de saúde prestados pela clínica?

P14. Para a conclusão de um projecto co-financiado por fundos comunitários exigia-se a criação de emprego para a Clínica. Quantas pessoas contratou e que critérios escolheu para a sua contratação?

- Como seleccionou as pessoas para os novos postos trabalho? (centro emprego, recomendações de conhecidos, já prestava serviço na empresa, anuncio)
- Inicialmente tinha previsto a criação de ___ postos de trabalho. Concretizou, segundo as informações que disponho, ____. Quais os motivos para esta decisão?
- Se não tivesse tido o financiamento comunitário teria contratado este(s) profissionais?

VII – BALANÇO FINAL

Depois de tudo o que conversámos até agora e de forma a efectuar um **balanço final** de todo o projecto ...

P15. De uma forma geral está satisfeito ou não com o apoio financeiro que recebeu?

- Na sua opinião identifique os três aspectos mais positivos, ou o que correram melhor, em todo o projecto?
- Na sua opinião identifique agora os três aspectos mais negativos de todo o projecto?

VIII – O FUTURO

E finalmente pensando no futuro e em outras empresas que pensem vir a obter financiamento comunitário...

16. Como prevê o futuro da sua empresa?

17. O que recomendaria a outros empresários que pensassem em efectuar uma candidatura para a obtenção de fundos comunitários pela primeira vez?

18. Eu terminei as minhas perguntas. Antes de concluirmos a nossa conversa, existe algum aspecto que considera não ter sido focado mas que é importante falar sobre ele?

FIM – Agradecer a entrevista e o tempo dispendido para a mesma.

Anexo 4 – Grelha de análise de conteúdo

Fases	Categorias	Subcategorias
Diagnóstico	Factores Externos	Sociais
		Demográficos
		Legais
		Políticos
	Factores Internos	Equipamentos
		Instalações
		Pessoais
		Financeiros
	Seleção Programa Operacional	Influencia
Expectativa		
Experiência		
Candidatura e aprovação	Parceiros	Idoneidade
		Apoio prestado
		Nível informação
		Obstáculos
		Dependência
	Opções investimento	Invest. não contemplado
		Origem verbas
		Tomada decisão
	Procedimentos	Administrativos
		Técnicos, económico-financeiros
Decisão		
Contratualização		
Execução	Preparação	Início
		Em curso
		Concluído
	Fornecedores	Características técnicas
		Preço
		Manutenção
		Condições fornecimento
	Visitas entidades	Sem visitas
		Com visitas
	Pagamentos	Nº pedidos
		Procedimentos pedido pagamento
		Tesouraria
		Prazo pagamento
	Reprogramações	Temporais
		Físicas
Financeiras		
Conclusão	Criação Emprego	Área de actividade
		Método Seleção
		Impulso
	Publicidade	Incentivo
		Empresa
	Ameaças e Constrangimentos	Procedimentos
		Financeiros
Recursos		
Avaliação	Objectivos	Eficiência e Eficácia
		Benefícios
		Recandidatura
	Resultados	Satisfação
		Efeitos
		Alavancagem
	Contexto	Factores externos
Sustentabilidade		
Disseminação	Recomendações	Empresários
	Sugestões	Ministério da Saúde
		Programas Operacionais

Anexo 5 – Grelhas analíticas das entrevistas

FASE – DIAGNÓSTICO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Factores Externos	Sociais	A procura foi crescendo e isso foi outro factor que nos levou a investir num novo espaço e a fazer mais algumas melhorias.	4
Factores Externos	Sociais	Porque estou há 20 anos no Alentejo a trabalhar para melhorar o apoio às pessoas e menos preocupada com a parte comercial. Mas estou sempre na corda bamba e a situação pode vir a ser insustentável. Em Janeiro [2006] o Estado baixou de 0,75€ para 0,70€ a comparticipação nestes tratamentos e isso reduziu ainda mais a nossa facturação e a rentabilidade da empresa. No entanto, temos de continuar a investir e o pessoal é o mesmo.	5
Factores Externos	Sociais	Tinha feito um projecto na área do desporto, na altura mantinha uma avença com um clube de futebol e estava aberto a acolher a comunidade em geral. Isso também me despertou para outras necessidades e não apenas a assistência médico-desportiva ao clube e aos atletas, mas depois também aos sócios e a outras pessoas que me foram procurando.	6
Factores Externos	Sociais	Eu tinha alguma experiência e responsabilidade em serviços públicos. Fui chefe de serviços e tinha algumas competências na área da direcção de serviços. Ia-me confrontando com os indicadores de saúde que, inevitavelmente, atravavam-me para uma questão de que hoje se fala muito mas que, em 1999, já me sensibilizava: o exercício físico era determinante para a saúde das pessoas. Não era apenas uma opção individual mas um imperativo com que as sociedades ocidentais iam defrontar-se.	6
Factores Externos	Sociais	Comecei a trabalhar em 1991, como psicóloga, essencialmente sozinha. Sentí que na comunidade havia imensas falhas em termos de recursos e que eu precisaria de trabalhar em equipa. Sentia falta de uma terapeuta da fala, uma de psico-motricidade e um psiquiatra. Porque acabava por ter de enviar as pessoas que eu recebia para essas valências todas de fora. Isso dava uma enorme dispersão, quer de conhecimento do próprio caso clínico como porque as pessoas acabavam por não ir. Portanto, aquilo em que podia ajudar as pessoas ficava muito aquém do que seria possível se estivesse a trabalhar em equipa.	9
Factores Externos	Sociais	Há uns 5 ou 6 anos, alguém me disse ser possível ir buscar algum dinheiro a uma instituição de apoio. Então eu disse que, independentemente disso, queria investir na área da endoscopia, para detectar cancro mais cedo na área respiratória de que sou especialista.	11
Factores Externos	Demográficos	Havia uma carência a nível de unidades de raios X no concelho e em alguns concelhos limítrofes, tirando Évora, e decidimos procurar qualquer coisa que nos ajudasse a implementar este projecto. (...)	1
Factores Externos	Demográficos	Foi por prevermos as necessidades da região e as perspectivas de expansão da empresa. Essa área é nova na região. Acho que, em [local], existe uma mas já em fase decrescente, por ter 20 ou 30 anos, e estar desactualizada. Nós precisávamos de fazer alguma coisa e avançamos...	2
Factores Externos	Demográficos	Inicialmente fomos para Évora, mas depois disseram-nos que em [local] não havia nada do que tínhamos em mente. Daí que, sem qualquer estudo prévio de mercado, acabássemos por decidir instalar-nos aqui.	2
Factores Externos	Demográficos	Além disso, embora o país seja pequeno, eu estou num meio pequeno do interior e um pouco periférico...	6
Factores Externos	Demográficos	Comecei primeiro a organizar-me, em termos de espaços e de reconhecimento do meio. Embora eu seja de Almada, não sabia qual a zona que potencialmente seria capaz de corresponder às necessidades de um espaço deste tipo.	9
Factores Externos	Demográficos	Isto surgiu, mais ou menos, depois de analisadas as necessidades da região. Na minha óptica (sou daqui da zona, apesar de ter estado uns anos fora) o Alentejo é uma região muito carenciada. Não há muitas unidades de cuidados de saúde. As pessoas têm de fazer deslocações enormes para realizar exames. Na altura ponderámos a situação, como as grandes necessidades de assistência na saúde e com a má resposta até das próprias entidades do Estado, uma vez que não existem	10

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Factores Externos	Legais	alternativas além dos centros de saúde e dos hospitais, e algumas unidades privadas. Nós estudámos a região... A região de [local] é uma zona central e de fácil acesso e optámos por aqui. A partir daí o objectivo foi definido, estudou-se a população existente nos corcelhos à volta e fez-se o projecto de viabilidade.	3
Factores Externos	Legais	Depois, com a nova legislação sobre normas, procedimentos e práticas de fisioterapia, por causa dos quais temos de respeitar certos procedimentos e condições, tais como acessibilidades e sanitário para deficientes, percebi que não tinha espaço suficiente. (...) Foi isso. Ao ler a legislação compreendi ser imperativo evoluir. E se não evoluisse, mais dia, menos dia, certamente obrigar-me-iam a encerrar ou a mudar de instalações, por razões de qualidade e de procedimentos.	5
Factores Externos	Legais	Contabilista sugeriu que, havendo fundos europeus disponíveis para candidatura, deveriam ser substituídos os aparelhos existentes na clínica e instalarem-se novos que satisfizessem as normas CE.	9
Factores Externos	Legais	Não devia ser uma coisa muito pequenina. Tinha de ter acessos de rua, por causa dos deficientes, por exemplo.	7
Factores Externos	Legais	Tinha inúmeros problemas para resolver aqui na clínica, fruto, nomeadamente, da nova legislação publicada para esta área.	10
Factores Externos	Legais	Por acaso é curioso que a decisão de montar a clínica veio com a candidatura... Quer dizer, já tínhamos uma ideia mas as coisas são extremamente difíceis, hoje em dia, para instalar qualquer coisa na área da saúde.	5
Factores Externos	Políticos	Eu sou fisioterapeuta, esta casa nasceu há 16 anos e achei que este acordo com o Estado não me levaria a lado algum. E este programa Saúde XXI ajudou-me a substituir aparelhos antigos por outros novos e adequados, porque os preços que o Estado paga estão desajustados e não permitem renovar o equipamento. (...) O Estado paga-nos hoje 0,70€ por um tratamento feito com um aparelho que custa mil contos. Isto é, precisamos de 9 anos de trabalho para amortizar o aparelho e sem lucro algum. Mas ao fim de 9 anos esse aparelho está velho e desactualizado e vai para o lixo. Perguntar-me-á: porque continua a trabalhar com o Estado?	5

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Factores Internos	Equipamentos	Não [foi a pensar na candidatura], era uma necessidade da empresa para poder ter outras valências. Se pudéssemos juntar o útil ao agradável, fazíamos o investimento na ordem dos 66% e, mais tarde, viríamos a verificar que teríamos um incentivo da ordem dos trinta e tal por cento. Portanto, [o financiamento] era 1/3 do que nós investíamos. E assim investimos esse terço na mesma unidade, não apenas nos equipamentos mas também na estrutura de apoio aos mesmos.	1
Factores Internos	Equipamentos	Eu sou fisioterapeuta, esta casa nasceu há 16 anos e achei que este acordo com o Estado não me levaria a lado algum. E este programa Saúde XXI ajudou-me a substituir aparelhos antigos por outros novos e adequados, porque os preços que o Estado paga estão desajustados e não permitem renovar o equipamento. (...) O Estado paga-nos hoje 0,70€ por um tratamento feito com um aparelho que custa mil contos. Isto é, precisamos de 9 anos de trabalho para amortizar o aparelho e sem lucro algum. Mas ao fim de 9 anos esse aparelho está velho e desactualizado e vai para o lixo. Perguntar-me-á: porque continua a trabalhar com o Estado?	5
Factores Internos	Equipamentos	Eu funcionava nas instalações do clube [desportivo], com o qual fiz uma parceria, remodelando os equipamentos rudimentares que o clube possuía e instalando outros o que a minha empresa foi fazendo.	6

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Factores Internos	Equipamentos	7
	Fiz este edifício de raiz há cerca de cinco anos, com o objectivo de ter uma clínica de fisioterapia por haver lacunas grandes no Montijo e penso que no distrito de Setúbal. O investimento foi grande e não podemos ficar parados no tempo, nomeadamente a nível de equipamentos.	
Factores Internos	Equipamentos	8
	Dentro dos meios não cruentos (porque os cruentos só poderão fazer-se em hospitais e similares) quis ter tudo o que fosse não cruento de exames complementares de cardiologia. Dentro de uma relação custo-benefício, seleccionei o que pensei mais útil para se poder fazer muitos exames. Embora não com carácter de investigação, mas para poder trabalhar no dia-a-dia. Procurei, assim, os equipamentos que me dessem essa garantia.	
Factores Internos	Equipamentos	10
	Primeiro, tivemos de definir de que equipamento precisávamos. Escolhemos o que melhor se adaptaria à prática que desejávamos desenvolver.	
Factores Internos	Equipamentos	11
	Há 16 anos foi criado, por mim, o primeiro laboratório da margem Sul e Algarve de provas de soluções respiratórias. Esse equipamento estava já ultrapassado e daí a razão de ter comprado novo. (...) Foram a endoscopia para o tubo digestivo, inclusive para a área de otorrino, a área de laboratório de soluções respiratórias (que já tinha mas no qual queria ter um equipamento topo de gama) que me levaram a investir.	
Factores Internos	Instalações	3
	Depois li a legislação que regula a nossa actividade e concluí que para a cumprir precisava de mais espaço. Tinha, portanto, duas alternativas: ou mudava a localização da clínica ou adquiña o espaço ao lado. Acabei por decidir negociar a cedência deste espaço. (...) [Actualmente a Clínica] Ocupa o prédio todo. Tem direito e esquerdo. Aquela parte era a cave, que servia de armazém, onde estávamos desde 1982, quando montámos o ginásio (...) numa fase em que eu ainda estava só numa parte deste edifício. (...) Entretanto, faleceram os ocupantes deste lado do edifício e eu decidi alargar a clínica tomando também este espaço.	
Factores Internos	Instalações	4
	Tínhamos uma realidade que não era esta. Era uma clínica em mau estado de conservação, com quatro paredes, falta de espaço e sem privacidade. Até aí o espaço eram quatro paredes. Decidimos então comprar este espaço. (...) O investimento era premente porque a outra clínica carecia de condições. E não tinha hipóteses de remodelação porque a casa era antiga e o espaço limitado. Havia apenas três "boxes" improvisadas para atendimento, com pouca privacidade, por falta de espaço.	
Factores Internos	Instalações	6
	As instalações eram exíguas mas estavam bem localizadas e tinham algo da filosofia que eu desejava: as pessoas podiam fazer trabalho de campo no estádio municipal de [local]. Eu funciono nas instalações do clube [desportivo], com o qual fiz uma parceria (...)	
Factores Internos	Instalações	7
	Fiz este edifício de raiz há cerca de cinco anos, com o objectivo de ter uma clínica de fisioterapia (...) Ainda não tenho completamente aproveitado o espaço físico disponível.	
Factores Internos	Instalações	9
	Quando, em 1999, fundei a empresa ainda estava lá em baixo. Este espaço só foi projectado em 2000 ou 2001, penso eu.	
Factores Internos	Financeiros	2
	Começámos por adquirir algum equipamento para a clínica mas, como é tudo muito caro, depois decidimos candidatar-nos ao Saúde XXI.	
Factores Internos	Financeiros	3
	Estava motivada mas preocupada, porque é preciso evoluir mas nunca temos o dinheiro suficiente para o conseguir.	
Factores Internos	Financeiros	4
	Mas chegámos à conclusão que o investimento era um bocadinho dispendioso e o financiamento complicado.	
Factores Internos	Financeiros	5
	Porque estou há 20 anos no Alentejo a trabalhar para melhorar o apoio às pessoas e menos preocupada com a parte comercial. Mas estou sempre na corda bamba e a situação pode vir a ser insustentável. Em Janeiro [2006] o Estado baixou de 0,75€ para 0,70€ a participação nestes tratamentos e isso reduziu ainda mais a nossa facturação e a rentabilidade da empresa. No entanto, temos de continuar a investir e o pessoal é o mesmo.	

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Factores Internos	Financeiros	Havia várias questões pendentes, que não podia resolver por exigirem grande investimento e ter pouco capital.	7
Factores Internos	Financeiros	Tinha de ter uma série de requisitos que demoraram algum tempo a resolver, além das questões financeiras que são as mais complicadas. Portanto, a ideia começa muito antes da passagem para aqui. Não foi só idealizar e vir logo. Não, demorou tempo.	9
Factores Internos	Financeiros	Mais: durante 11 anos, fui o único médico especialista privado do país a fazer consultas para a Caixa, recebendo, em valor, por consulta de pneumologia e alergologia, 300\$!... Isto diz tudo acerca daquilo de que eu gosto: trabalhar, independentemente do valor que o doente possa pagar. Ainda não há seis anos que acabaram essas consultas a 300\$... Quero é trabalhar. Se o doente não tem dinheiro, não paga. Entendo as dificuldades e os problemas das pessoas.	11
Factores Internos	Pessoais	Eu e meu marido somos jovens e, quando decidimos vir para o Alentejo, surgiu esta ideia e achámos que tínhamos condições para a concretizar. (...) A casa onde está instalada a clínica é nossa e, quando viemos para Reguengos de Monsaraz (por estarmos fartos de viver em Lisboa e também porque meus pais residem perto) já tínhamos a ideia do que pretendíamos criar.	2
Factores Internos	Pessoais	O histórico da decisão tem a ver com dois vectores fundamentais. O primeiro prendeu-se com a minha formação. Sou médico de família e sempre estive sensibilizado para a área do exercício físico e do desporto. E, num determinado momento da minha vida (em 1994, quando fiz uma pós-graduação), acabei por fazer uma formação específica em medicina desportiva. E, em 1998, avancei também para a especialização. Por volta do ano 2000, quando essa especialização acabou, dada a minha formação perguntei à minha mulher o que achava que deveria fazer com esta formação, dado que no país há pouco onde trabalhar, excepto em alta competição, onde as ocupações se conseguem mais por conhecimento pessoal com os dirigentes do que pela formação apresentada. (...)	6
Factores Internos	Pessoais	Coloquei dois ou três parâmetros para avaliação dentro de um agrupamento estratégico que havia na região, mas eles não quiseram que fossem prioritários. Disse-lhes que considerava o assunto importante. Que tinha arranjado até um local que, em termos físicos, me parecia servir para essa instalação. Aproveitando outras áreas profissionais e as minhas competências seria possível termos um centro multidisciplinar que pudesse ter valências na área do exercício físico e do desporto ao serviço da saúde. As pessoas disseram que não estavam interessadas e então decidi avançar eu. Montei uma empresa...	8
Factores Internos	Pessoais	Eu era director do Serviço de Cardiologia do hospital e tinha um consultório no qual fazia alguns (poucos) exames complementares. Quando saí do hospital, resolvi transformar o consultório em clínica e pretendi poder realizar exames complementares.	9
Factores Internos	Pessoais	Dai que tenha sido sempre um sonho que eu acalentei, desde o início da minha carreira profissional, poder juntar as pessoas. Todos os psicólogos que trabalham aqui comigo foram meus estagiários. Alguns trabalharam comigo noutros lados, outros estagiaram já aqui. E todas as outras pessoas que cá trabalham, de uma forma ou outra eu fui conhecendo ao longo dos anos e fui percebendo o trabalho que desenvolviam e se se ajustava, ou não, ao que eu idealizava como adequado para cada caso. Já aconteceu termos técnicos que não cumpriam os requisitos e acabaram por não se adequar à estrutura do próprio centro.	9

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Seleção PO	Influência (externa)	Soubemos, por pessoas conhecidas, que havia hipótese deste incentivo do Saúde XXI. Fomos a Lisboa falar com as pessoas indicadas. Elaborámos e concorremos ao projecto. (...) Foi um senhor, da zona de (...), que trabalhava aqui na zona e (...) que na altura também concorrera ao Saúde XXI, para criar uma clínica de raiz. Eles tiveram muitos problemas na primeira fase e não avançaram. Nós começámos depois e concluímos. Creio que, ainda hoje, eles poderão não ter concluído o projecto.	1

2	Selecção PO Influência (externa)	Antes de vir para cá eu trabalhava numa clínica de fisioterapia em Linda-a-Velha. E a minha chefe dissera-me que se tinham candidatado ao Saúde XXI. Quando soube que eu optara por viver no Alentejo e criar a minha própria clínica, foi ela que sugeriu a candidatura. Começámos o projecto a partir do zero. Ninguém nos ajudou em mais nada.
3	Selecção PO Influência (externa)	Uma vez, num congresso de fisioterapia, foi anunciado existirem vários programas de apoio ao investimento e ao reapetrechamento e que as nossas clínicas poderiam ser incluídas no Saúde XXI. (...) A existência do Saúde XXI ficou-me no ouvido, no tal congresso.
4	Selecção PO Influência (externa)	Falei com o presidente da Associação de Comércio de (...) a quem pedi ajuda para me indicar quem pudesse elaborar o projecto de candidatura. Foi ele que me indicou esta empresa (...) Então aconselhar-nos a fazer uma abordagem à [nome da consultora], que nos apresentou um projecto de candidatura ao Saúde XXI, que melhor se encaixava para o financiamento na nossa área. Foi essa a razão que optámos pelo Saúde XXI. (...) Foi a consultora [que aconselhou o Saúde XXI.] Demos-lhe a perspectiva do que pretendíamos e eles aconselharam-nos o Saúde XXI.
5	Selecção PO Influência (externa) (1ª opção)	Não [ponderou recorrer a outros financiamentos comunitários] porque, logo à partida, o nosso contabilista deu-me a conhecer o Saúde XXI.
8	Selecção PO Influência (externa)	Foi um amigo que me deu essa informação, mas já não me lembro quem foi. (...) Tive a assessoria de uma firma onde existia uma pessoa que sabia tratar destes projectos. (...) Foi por conhecimento de uma das pessoas dessa firma
10	Selecção PO Influência (externa)	Na altura estava a fazer a licenciatura em Lisboa e, uma das professoras que nos dava aulas, trabalhava na área do Saúde XXI. Numa das aulas deu uma preleção sobre o Saúde XXI, perguntou se tínhamos conhecimento e se sabíamos se existia. Foi então que a ideia ganhou mais alguma consistência e resolvemos tomar o projecto e nos candidatarmos.
11	Selecção PO Influência (externa)	A Clínica (...) fez, há três dias, 23 anos. Sempre trabalhei por mim próprio, nunca pedi apoios de ninguém para progredir no trabalho e na diversidade de serviços que presto à população do Seixal. Há uns 5 ou 6 anos, alguém me disse ser possível ir buscar algum dinheiro a uma instituição de apoio. (...) Foi depois disso que me sugeriram pedir apoio para o financiamento. (...) Há muitas empresas que, de vez em quando, vão alertando para a possibilidade dessa candidatura. Ficamos assim alertados e, às tantas, falei com o meu contabilista.
6	Selecção PO Influência (interna)	Como os serviços de saúde não o fizeram, eu avancei. Então tive conhecimento da possibilidade de estruturar uma candidatura a fundos públicos, procurei pessoas na área da economia e da gestão e com elas estudei as hipóteses de concorrer. Fomos por aí fora e apresentámos a candidatura.
7	Selecção PO Influência (interna)	Depois tive conhecimento do programa Saúde XXI, salvo erro através da Internet.
9	Selecção PO Influência (interna)	A ideia do Saúde XXI surgiu ao meu ex-sócio.
2	Selecção PO Influência (1ª opção)	Não, foi só esse [a opção de Saúde XXI].
8	Selecção PO Influência (1ª opção)	O Saúde XXI foi a primeira e única escolha.
9	Selecção PO Influência (1ª opção)	Nem sequer procurámos outro. Este era da área da Saúde....
10	Selecção PO Influência (1ª opção)	Não, não procurei. Foi o Saúde XXI porque, na altura, surgiu aquela situação e foi por aí que avançámos.

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

1	Seleção PO	Experiência (sim)	A nossa experiência anterior fora apenas com o FAIA, onde as coisas eram diferentes e mais fáceis... (...) Já, sim, com o FAIA [Fundo de Apoio ao Investimento no Alentejo]. Concorremos para o ginásio de Fisioterapia que temos aqui. O apoio que tivemos para isso foi adiantarem-nos o montante do investimento para pagarmos em cinco anos, com um de carência e sem juros. Concluiremos o último pagamento em Outubro de 2006. Fizemos um investimento na ordem de trinta e tal mil euros. Foi só para não pagarmos juros, o que na altura foi muito bom.
4	Seleção PO	Experiência (sim)	Há mais de 7 ou 8 anos, nós já tínhamos elaborado um projecto para a clínica de Campo Maior, que nada tinha a ver com o Saúde XXI e teve um financiamento muito baixo, de outra entidade comunitária, da ordem dos trinta e tal por cento. Isto porque o projecto incluía uma sauna e eles consideraram-na de alto rendimento, pelo que o financiamento foi muito baixo. Daí que, com base na experiência da outra candidatura, decidíssemos voltar a concorrer a um financiamento comunitário, qualquer que fosse o montante. (...) Falei há pouco da clínica de Campo Maior, onde as coisas não correram tão bem quanto nos tinham dito. Disseram-nos que aquela era uma zona carenciada e que o apoio seria de cerca de 75%, mas afinal acabámos por obter pouco mais de 30%, o que foi quase nada e não valeu muito a pena...
2	Seleção PO	Experiência	Não, nenhuma. [experiência de candidatura a fundos comunitários].
3	Seleção PO	Experiência	Não tinha experiência alguma [obtenção de fundos comunitários].
5	Seleção PO	Experiência	Não [tinha experiência com fundos comunitários] nenhuma. E não quero repetir....
6	Seleção PO	Experiência	Nunca [se candidatou a fundos comunitários].
7	Seleção PO	Experiência	Não tive qualquer [financiamento de outro fundo comunitário]. Já tinha ouvido falar de alguns, mas o Saúde XXI foi a primeira experiência.
8	Seleção PO	Experiência	Nenhuma experiência.
9	Seleção PO	Experiência	Eu não fiz [nenhum projecto].
10	Seleção PO	Experiência	Nenhuma, nenhuma, nenhuma. [experiência com fundos comunitários].
11	Seleção PO	Experiência	Não sei se há [outros programas], nem conheço. (...) Zero, nunca, nada [experiência de fundos]. Apenas tinha pedido alguns empréstimos bancários.
1	Seleção PO	Expectativa (positivo)	[A expectativa] Era melhor que o FAIA porque além de não pagarmos juros ainda teríamos algum benefício inicial por não pagarmos uma percentagem do investimento. Para uma empresa nova e a crescer, como a nossa, era importante haver esse incentivo para que a empresa tivesse pernas para andar. E é isso que se tem verificado nestes anos todos.
2	Seleção PO	Expectativa (desilusão)	Pensava que não custava tanto e estive para desistir devido aos embaraços havidos pelo meio. Além disso, esperava que fosse mais compensadora a candidatura.
3	Seleção PO	Expectativa (desconfiança)	A opinião geral era que não valia a pena, pois nunca davam nada. Até o nosso fisiatra era dessa opinião. Portanto, durante a organização do processo de candidatura mantive-me sempre numa posição de reserva, devido à incredulidade geral.
4	Seleção PO	Expectativa (positivo)	Quando avançámos as expectativas eram boas, porque a informação colhida da consultora era bastante favorável e nós confíamos nela.
5	Seleção PO	Expectativa (desilusão)	Esperei que fosse mais fácil. Mas foi deveras complicado. Muita burocracia.

6	Selecção PO Expectativa (positivo)	A expectativa quanto à candidatura é que, de algum modo, me pudessem ajudar a implementar este investimento em face das minhas opções em termos de conjuntos funcionais.
7	Selecção PO Expectativa (desconfiança)	Nenhumas... Pensámos e fizemos a candidatura na perspectiva de que qualquer financiamento recebido ajudaria a fazer o que era necessário. E, em vez de investirmos mais tarde, poderíamos aproveitar esta facilidade para o fazer nesta altura. Parti numa base muito descontraiada por, possivelmente, ter vantagens superiores às de muita gente: a pessoa que iria preparar a candidatura não me levava dinheiro por isso. Apoio e continua a apoiar-me em tudo o que tem a ver com a clínica, ajudou-me de uma forma desinteressada e sem qualquer tipo de remuneração. (...) As minhas expectativas eram poucas. Não estou muito habituado a facilidades e menos acreditado que elas existam em financiamentos públicos.
8	Selecção PO Expectativa (desilusão)	Eram boas [as expectativas], mas quando vi que receberia do Saúde XXI apenas 35% do investimento, aí foi a minha primeira desilusão. Depois, com toda a burocracia e as complicações que tive durante o desenvolvimento do projecto, foi muito pior.
9	Selecção PO Expectativa (desilusão)	A expectativa era de um financiamento um bocadinho mais volumoso. Depois o processo é muito burocratizado (se calhar estou a ser ingrata, pois toda a ajuda é preciosa) porque há uma grande dispersão de responsabilidades.
10	Selecção PO Expectativa (desilusão)	Sinceramente, as minhas expectativas eram melhores do que, depois, foram vistas na prática. Na altura avançámos para o projecto, que implicava que alguns fundos fossem privados e alguns capitais fossem próprios. O complicado é que, quanto maior fosse o projecto, maior era a necessidade de capitais próprios. (...) Acontece que algumas coisas não estavam bem explicadas, como a questão do IVA. Eles apoiam a candidatura com 38%, aqui no Alentejo, mas não apoiam o IVA. O IVA na altura era de 19% mas hoje está a 21%. Ou seja, não apoiam com 38% mas, na realidade, com cerca de 20%.
11	Selecção PO Expectativa (desconfiança)	Ele [contabilista] achou possível elaborar a candidatura, mas eu nunca tive esperanças de que dessem alguma coisa. (...) Previa que, mais uma vez, não iria conseguir nada. Ia desistir. Mas desta vez consegui levar avante.

FASE – CANDIDATURA

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Parceiros	Idoneidade (contabilista)	Não, fui só eu, como contabilista, a participar. Não houve mais ninguém envolvido. Trabalho aqui um ano ou dois depois da empresa ter sido constituída e tenho assistido à sua evolução e conheço por dentro tudo o que esta empresa tem feito. (...) Mas para este projecto não se justificava tal investimento, havendo aqui dentro pessoas com conhecimentos.	1
Parceiros	Idoneidade (consultora)	Então pedi ajuda a um tio, que conhecia uma empresa apta a preparar o processo, tendo vindo daí a ajuda necessária.	2
Parceiros	Idoneidade (arquitecto)	O projecto exigido foi feito pelo arquitecto. (...) Depois pedi a um arquitecto amigo que elaborasse o projecto para a criação de consultório e de sanitário deste lado das instalações.	3
Parceiros	Idoneidade (consultora)	Foi então dito [num congresso de fisioterapia], também, haver uma empresa de consultoria que nos poderia facilitar a apresentação da proposta de projecto. Através da associação arranjei o contacto dessa empresa, falei com as pessoas... Achei então que a empresa de consultoria era a única oportunidade que eu tinha. Veio cá um senhor dessa empresa. (...) A empresa de consultoria pareceu-me ter pessoas competentes e conhecedoras do assunto, tendo relações anteriores com o Saúde XXI, pois na abordagem inicial feita aqui, comigo, percebi terem outros projectos de investimento. O senhor que cá esteve deixou	3

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		perceber haver relacionamento profissional anterior com pessoas que tratavam de fundos comunitários.	
Parceiros	Idoneidade	Sim, mas eu falei com o meu contabilista e ele não me pareceu estar por dentro do assunto. Pareceu-me até que nem percebia nada disso.	3
Parceiros	Idoneidade (consultora)	[Seleção da consultora] Falei com o presidente da Associação de Comércio de [local], pessoa do meu conhecimento, a quem pedi ajuda para me indicar quem pudesse elaborar o projecto de candidatura. Foi ele que me indicou esta empresa.	4
Parceiros	Idoneidade (consultora)	E [o contabilista] recomendou-me uma consultora de Lisboa (...) que poderia incumbir-se da apresentação do projecto.	5
Parceiros	Idoneidade (consultora)	A empresa que trata da minha contabilidade conhecia uma pessoa ligada à área da gestão e foi com ela que construí todo o processo de candidatura. Isto foi, claramente, uma associação de interesses, porque a empresa de contabilidade tinha a documentação próxima, o que facilitaria o desenvolvimento do processo, e, por outro lado, a participação de um economista do seu conhecimento permitiria estabelecer um conjunto de agilidades processuais que facilitariam o procedimento administrativo. Quase todo o desenho da candidatura foi feito em conjunto.	6
Parceiros	Idoneidade (contabilista)	Vi que poderia adaptar-se ao nosso caso e, como tenho um amigo economista, pedi-lhe que tratasse do assunto. Ele foi informar-se melhor – porque conhecia pouco da matéria, visto não estar muito voltado para a área da saúde – e partimos do princípio que nada teríamos a perder. (...) Essa pessoa [o amigo economista] também trata da minha contabilidade, há uns anos.	7
Parceiros	Idoneidade (consultora)	Tive a assessoria de uma firma onde existia uma pessoa que sabia tratar destes projectos. (...) Foi por conhecimento de uma das pessoas dessa firma. Mas eram dois sócios, desentenderam-se e separaram-se...	8
Parceiros	Idoneidade (consultora)	Ele [o outro sócio] é que conhecia a pessoa que depois elaborou o projecto, pois isso implica uma série de requisitos, de análises, etc., que nós não sabíamos fazer. Então, pedimos a alguém que nos fizesse. E começámos.(...) Pelo que me apercebi, já teria feito projectos para outras empresas, mas não sei se destinados ao Saúde XXI.	9
Parceiros	Idoneidade (arquitecto)	Falei com um arquitecto conhecido, pedi-lhe ajuda para fazermos as obras. Disse-lhe o que pretendia, andámos a ver na legislação as áreas mínimas e o que era necessário. E as coisas foram surgindo assim.	10
Parceiros	Idoneidade (contabilista)	A parte descritiva do projecto fomos nós que a fizemos. Para a parte contabilística, mesmo até a de viabilidade, tivemos o apoio de uma empresa de contabilidade. Presentemente é a que trata da nossa contabilidade.	11
Parceiros	Idoneidade (contabilista)	Só o contabilista me ajudou. Estava entrosado no tema e tinha experiência de pedir apoio para outro tipo de indústria. Foi ele que liderou o processo.	11
Parceiros	Apoio prestado (tempo)	Aqui o sócio-gerente teria capacidade, mas talvez não tivesse tempo por ter outras ocupações.	1
Parceiros	Apoio prestado (tempo)	Além disso, pela falta de tempo de que dispomos, seria muito difícil ir adiante ou, pelo menos, teria demorado muito mais tempo.	4
Parceiros	Apoio prestado (tempo)	Normalmente, três ou quatro dias antes de expirar o prazo já tinha tudo resolvido e entregue. Graças também ao empenho da consultora e do contabilista, que me ajudaram muito.	5
Parceiros	Apoio prestado (tempo)	Com maior dificuldade [sem a empresa], talvez, mas não me pareceu muito transcendente a elaboração do projecto. Foi mais por um certo "facilitismo", porque havia muitas coisas a decorrer ao mesmo tempo, como projectos de arquitectura, obras, etc.	9

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Parceiros	Apoio prestado (Saúde XXI)	2	Portanto, alguém que nos tratou disso (embora pagando, obviamente) acabou por facilitar-nos a vida. Se calhar demoraríamos muito mais tempo a entregar a candidatura...
Parceiros	Apoio prestado (Saúde XXI)	5	Só eles contactavam o Saúde XXI e não nos preocupávamos com esse aspecto do processo. Quanto à candidatura: a consultora foi excelente; fui duas vezes ao Saúde XXI e fui muito bem recebida; e se não tivesse um excelente contabilista eu não teria lá chegado.
Parceiros	Apoio prestado (conhecimentos)	1	Outros empresários poderiam ter tempo mas não capacidade suficiente para tal. As pessoas são boas profissionais mas, em termos administrativos ou de papéis, podem não estar vocacionadas para isso e têm de recorrer a pessoas especializadas.
Parceiros	Apoio prestado (conhecimentos)	3	Sou fisioterapeuta e não tenho conhecimentos nessa área. Temos de ser coerentes e conhecer as limitações pessoais acerca do que está além do que dominamos. (...) A parte económico-financeira foi tratada pelo contabilista e os cálculos fazia a empresa de consultoria, com base nos dados que eu fornecia acerca da minha produção.
Parceiros	Apoio prestado (conhecimentos)	5	Foi uma participação constante [por parte da consultora], porque houve mapas preenchidos por eles. Na altura o meu contabilista não trabalhava com Informática e eles sim, pelo que foram eles a tratar de todo o processo, sobretudo a parte estatística.
Parceiros	Apoio prestado (conhecimentos)	7	As pessoas ligadas à medicina não percebem nada de gestão. Eu tenho uma pós-graduação em gestão, mas não me sinto minimamente predisposto a tratar disso. Em todos os anos de formação, nunca ninguém se ralou em dar-nos bases sólidas sobre gestão. Logo, duvido que alguém da minha área tenha capacidade para preparar, individualmente, um projecto deste tipo. Terá sempre de incumbir alguém especializado, da sua confiança, seja pessoa ou gabinete. A linguagem é totalmente diferente da que estudamos em economia e gestão e, portanto, sem o apoio de alguém não acredito que seja possível avançar.
Parceiros	Apoio prestado (conhecimentos)	10	A questão do contabilista foi só porque há coisas que só podem ser tratadas por pessoas que estão por dentro da área da contabilidade. Quem não tem essa noção não consegue chegar aos resultados pretendidos na candidatura. Todas aquelas situações de projectos de viabilidade exigem uma quantidade de fórmulas contabilísticas próprias, que uma pessoa não consegue sem o apoio de um contabilista. (...) Mas uma pessoa que não tenha esse tipo de formação deverá ter de recorrer a outro tipo de ajuda, de alguma empresa específica. Há muitas por aí, que ajudam neste tipo de candidaturas... Eles pediam-nos papéis e nós tratávamos de os obter, tanto junto do contabilista como dos fornecedores de equipamento.
Parceiros	Apoio prestado (tipo contrato)	2	
Parceiros	Apoio prestado (tipo contrato)	4	Marcámos uma reunião, conversámos e deram-nos todas as indicações acerca da documentação a reunir para a candidatura. Iniciámos então o processo e, a partir daí, foi tudo encaminhado pela consultora.
Parceiros	Apoio prestado (tipo contrato)	9	Só [trataram] da candidatura. A partir do momento em que esta foi aprovada, nós é que tratámos de tudo.
Parceiros	Apoio prestado (tipo contrato)	9	Tivemos reuniões com ela [empresa]. (...) Expliquei-lhes as necessidades, o tipo de população e a área de intervenção. Foi assim a nossa relação com ela. (...) Primeiro foi necessário explicar-lhes as necessidades nesta área, mas perceberam rapidamente e apanharam o que nós queríamos.
Parceiros	Apoio prestado (tipo contrato)	11	O contabilista é que tratou de tudo. Ele é que dizia como era e não era. Ele ia resolvendo e eu também.
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	7	Nenhumas... Pensámos e fizemos a candidatura na perspectiva de que qualquer financiamento recebido ajudaria a fazer o que era necessário. E, em vez de investirmos mais tarde, poderíamos aproveitar esta facilidade para o fazer nesta altura. Parti numa base muito descontratada por, possivelmente, ter vantagens superiores às de muita gente: a pessoa que iria preparar a

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		candidatura não me levava dinheiro por isso. Apoiei e continuei a apoiar-me em tudo o que tem a ver com a clínica, ajudou-me de uma forma desinteressada e sem qualquer tipo de remuneração. (...) As minhas expectativas eram poucas. Não estou muito habituado a facilidades e menos acredito que elas existam em financiamentos públicos.	
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	Não houve nenhum problema e confio plenamente nessa pessoa. A base é de confiança mútua e sem nenhuma espécie de dificuldades. Para mim, o que ele faz está bem feito. E o que eu faço, na minha área, está bem feito para ele. Partindo destes pressupostos, nunca houve qualquer problema	7
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	Não, foi tudo muito claro e aberto. Não houve dificuldades [com a consultora]. Foi tudo muito facilitado. Sempre que havia dúvidas eles esclareciam-nos e nunca houve dificuldades.	4
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	Não [teve dificuldades nessa fase contrato]. A consultora enviava-me os papéis para assinar e reconhecer e tudo foi fácil.	3
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	Não [tive dificuldades], foram impecáveis [na empresa de consultoria]. Sempre que havia dificuldades telefonava-lhes e era bem atendida. As pessoas eram extremamente simpáticas.	3
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	Não, nenhuma [dificuldades de relacionamento]. O sócio-gerente disse o que pretendia, falámos, reunimo-nos e planificámos isto. Chegámos a um consenso e avançámos.	1
Parceiros	Apoio prestado (sem problemas)	Nenhuma [dificuldades encontradas no seu relacionamento com a consultora.] Eles telefonavam-nos a pedir documentos e projectos, nós tratávamos disso e entregávamos o solicitado.	2
Parceiros	Nível Informação	Lemos a documentação e por isso decidimos ir a Lisboa falar com o Saúde XXI. Marcámos uma reunião com duas pessoas que estavam a recepcionar as candidaturas, conversámos e ficámos conscientes do que havia a fazer. Inclusive, deixaram-nos à vontade para nova deslocação ou conversa telefónica, caso fosse necessário mais algum esclarecimento. Ainda lá voltámos uma outra vez, mas já depois da candidatura ter sido aprovada.	1
Parceiros	Nível Informação	Procurámos a legislação, estudámos o programa e concorremos.	1
Parceiros	Nível Informação	Começámos a estudar o assunto e depressa concluímos que o processo era demasiado complexo, não tendo nós condições para avançar sem apoio.	2
Parceiros	Nível Informação	Não [tinha informação sobre candidatura ao Saúde XXI], foi a empresa consultora que tratou de tudo e obteve a informação necessária.	2
Parceiros	Nível Informação	Sim, sabia [quanto representava o apoio comunitário].	2
Parceiros	Nível Informação	Não [tinha informação], fui avançando passo a passo. Pouco a pouco ia-me informando do que era necessário tratar.	3
Parceiros	Nível Informação	Não [tinha informação], mas a consultora foi clara a fornecer-nos a informação necessária para podermos avançar.	4
Parceiros	Nível Informação	Não [procurei informação sobre o Saúde XXI] sabia que havia um programa que aceitava candidaturas para a nossa área e foi o contabilista que me sugeriu o Saúde XXI.	5

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Parceiros	Nível Informação	Não tive tempo para ler o programa da candidatura e não me apercebi dessa questão do posto de trabalho e da possibilidade de, dois anos depois, virem pedir-me prova do contrato respeitante ao posto de trabalho criado. Se ela já cá não estivesse, teria de devolver o dinheiro todo ao Saúde XXI?	5
Parceiros	Nível Informação	Dentro da administração pública, embora estivesse integrado em grupos técnicos, havia sempre outras entidades que tratassem desses aspectos práticos. Eu apenas dava o meu contributo técnico em relação a esta ou aquela área. Nem sequer alguma vez tinha manuseado um dossier de candidatura. Conhecia, medianamente, quais seriam os apoios financeiros possíveis, mas não tinha conhecimento prático nem teórico acerca da apresentação de uma candidatura, porque nunca apresentara nenhuma.	6
Parceiros	Nível Informação	Já possuía alguma informação generalista e especializada, devido às funções desempenhadas na administração pública e no plano médico. Conhecia a existência desses programas, tinha lidado com eles e alguns até tinha monitorizado noutras áreas que não esta. Sabia quais eram os eixos e estava informado, pois estive sempre ligado à área da formação no contexto organizacional. Fui avaliando como é que no plano empresarial poderia desenvolver os conhecimentos que adquirira no dia-a-dia e avancei.	6
Parceiros	Nível Informação	Fui um bocado incentivado a fazer isso [procura informação mais concreta] para a candidatura.	7
Parceiros	Nível Informação	Tinha [alguns conhecimentos], mas na área da agricultura, por exemplo. Nunca de coisas nesta área.	9
Parceiros	Nível Informação	Sabia qualquer coisa, mas nem tudo era claro. Não sabia, por exemplo, como seria o dinheiro entregue. Não era muito claro o valor real. Sabíamos haver uma percentagem-base sobre o valor real apresentado, mas sabíamos poder haver coisas rejeitáveis por não serem aceites. Essa era a área de maior vazio.	9
Parceiros	Nível Informação	Foi-me facultada uma brochura com alguma informação, juntamente com um impresso para formalizar a candidatura... Depois, algumas dúvidas que ia tendo, entrei em contacto com eles para esclarecer algumas situações. Nesse aspecto, por acaso, não tenho reparos a fazer. Sempre que os consultei o apoio nunca me faltou. Tentaram sempre ajudar-me da melhor maneira.	10
Parceiros	Obstáculos (custos)	Como não foram necessárias, poupámos assim algum dinheiro. Os honorários que eles cobravam eram substancialmente elevados.	1
Parceiros	Obstáculos (custos)	Nós não tínhamos competências algumas para preparar este projecto e as empresas cobram muito dinheiro para os fazer. Tudo somado o investimento aumenta significativamente, o que torna o empreendimento muito mais difícil de concretizar que o previsto. (...) Esse trabalho custou-nos algum dinheiro, mas nada que fosse impossível de suportar.	2
Parceiros	Obstáculos (custos)	Apesar do dinheiro que me custou a intervenção dessa empresa, ela foi decisiva para a candidatura.	3
Parceiros	Obstáculos (custos)	Apenas no momento em que tive de alterar o projecto [terá sido a maior dificuldade], para corresponder ao investimento mínimo exigido, tive de pagar mais pelo trabalho extra da empresa de consultoria.	3
Parceiros	Obstáculos (custos)	Claro que teríamos poupado algum dinheiro se fizessemos tudo sozinhos. Mas neste caso o dinheiro pesa pouco, porque a burocracia era muita e as coisas correram bem.	4
Parceiros	Obstáculos (serviços)	No entanto, de seis em seis meses, sensivelmente, eu tinha de entregar tais declarações [declaração de dívida das finanças e idem da Segurança Social]. O processo demorou cerca de três anos e isso complicou-me imenso a vida, obrigando a várias deslocações a Setúbal. Isso cabia-me a mim resolver.	5
Parceiros	Obstáculos (gestão/saúde)	Estamos a falar numa área da medicina do exercício físico e do desporto, sem muita tradição. Quem começa nestas áreas pensa em ginásios ou fisioterapia. Quando eu falo em esforço pensam em cardiologia. Ora, o que nós temos aqui é o apoio pluridisciplinar àqueles que desejam praticar exercício físico, seja competitivo, de lazer ou de recuperação, dispondo dos equipamentos necessários para o acompanhamento dos diversos aparelhos e sistemas orgânicos humanos. Pode ser coração,	6

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		<p>pulmão, músculos, tendão, etc. É difícil explicar isto a um economista ou gestor, que tem modelos e arquétipos um pouco baseadas na medicina familiar. Mas foram coisas relativamente fáceis de ultrapassar... Existiram também algumas dificuldades de projecto quanto à terminologia, mas foram ultrapassadas...</p>	
Parceiros	Obstáculos (gestão/saúde)	<p>Tive algumas dificuldades iniciais quanto à descrição de pormenores e dos objectivos. A maior dificuldade que há em lidar com pessoas das áreas de gestão e da economia é compreender o seu difícil glossário técnico... Eu tinha (e tenho) um modelo de delicada apropriação, porque não é facilmente repercutível no país. Portanto, a conjugação do que pretendia com a nomenclatura técnica vigente foi, por vezes, um pouco complexa.</p>	6
Parceiros	Obstáculos (gestão/saúde)	<p>Não foi fácil transmitir ao contabilista a ideia da vantagem daqueles equipamentos e do investimento. Porque ele tinha de descrever a importância daquilo para o que pretendia fazer.</p>	11
Parceiros	Obstáculos (atrasos)	<p>Depois, no desenrolar do processo, houve também atrasos, não só da minha parte como de outros que tinham de me fornecer documentação.</p>	7
Parceiros	Obstáculos (atrasos)	<p>A preparação foi anterior, mas o prazo de apresentação da candidatura concluiu-se a 31 de Dezembro e outras pessoas que colaboraram no processo tinham mais que fazer. Como era ele [economista/contabilista] que estava a tratar do processo, acabou por poder fazê-lo apenas à última hora.</p>	7
Parceiros	Obstáculos (incompetência)	<p>Sim, paguei todo o trabalho logo no início, quando a candidatura foi apresentada. E depois não me convinha pagar novamente a outra entidade, para continuar o processo. O trabalho de elaboração do projecto foi pago logo após a entrega da candidatura. Se mudasse de consultor, o dinheiro seria perdido.</p>	8
Parceiros	Obstáculos (incompetência)	<p>Passado pouco tempo, essa pessoa saiu da firma e ficou sem ninguém capaz de conduzir o assunto até ao fim. Foi fazendo o trabalho aos repeões, o que ocasionou a demora de quatro ou cinco anos.</p>	8
Parceiros	Obstáculos (incompetência)	<p>Mas foi uma odisseia durante quatro ou cinco anos, porque o Saúde XXI fazia pedidos concretos e a firma que me ajudou não sabia, muitas vezes, como haveria de satisfazer essas pretensões. (...) Isto atrasou imenso o processo e, eventualmente, no Saúde XXI terá suscitado desconfiâncias, porque alguns dos seus pedidos não eram logo satisfeitos.</p>	8
Parceiros	Obstáculos (incompetência)	<p>Se a firma que me preparou o projecto me tivesse avisado, desde início, que seria obrigado a apresentar facturas e recibos de todos os pagamentos realizados, as coisas teriam decorrido de outra forma. Por exemplo: o fornecedor dos computadores apresentava um só documento manuscrito, que era, simultaneamente, factura e recibo. Para mim servia, mas para o Saúde XXI não.</p>	8
Parceiros	Obstáculos (incompetência)	<p>Enviei tudo inicialmente, mas o processo foi muito mal preparado pela firma que me apoiou. Isso levou a que, posteriormente, houvesse pedidos, pouco a pouco, de muito mais coisas.</p>	8
Parceiros	Dependência	<p>Eu conhecia profundamente a empresa e assim foi mais fácil avançar com o projecto. Mas talvez o projecto avançasse sem a minha participação. Já depois de ter principiado o projecto apareceram aqui algumas empresas a apresentar a sua folha de serviços, mas não foram necessárias por já tínhamos avançado.</p>	1
Parceiros	Dependência	<p>Perante o que o Saúde XXI nos pedia, era impensável cumprir o exigido sem apoio de alguém com experiência em candidaturas deste tipo. Face à quantidade de desenhos e projectos exigidos, tenho a certeza que sem ajuda não teríamos conseguido chegar sequer a meio do processo.</p>	2
Parceiros	Dependência	<p>Acho que não [teria conseguido apresentar candidatura sem a empresa de consultoria].</p>	3
Parceiros	Dependência	<p>Por isso eu dizia, há pouco, que tratarmos do processo sozinhos e sem a ajuda da consultora era um bocado complicado, pois não temos condições para encontrar quem elabore os projectos exigidos. Pedem-nos um projecto para cada especialidade e isso só pode ser feito por técnicos. A consultora tratou de tudo e isso poupou-nos imenso tempo e dificuldades.</p>	4

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Parceiros	Dependência	Acho que seria complicado [apresentar a candidatura], pois as pessoas especializadas estão a par dos problemas e têm maior facilidade em articular as coisas.	4
Parceiros	Dependência	Não, de certeza que não [sem a participação da consultora teria conseguido concorrer] Foram eles que me disseram o que deveria tratar e foi a partir dessas indicações que eu parti para o projecto.	5
Parceiros	Dependência	Difícilmente. É indispensável o concurso de pessoas especializadas nessas áreas.	6
Parceiros	Dependência	Sem o apoio desta pessoa não faria nada. Nem sequer teria experimentado....	7
Parceiros	Dependência	Sem eles não teria tentado sozinho [apresentar candidatura]	8
Parceiros	Dependência	Facilitou a entrega do projecto, porque naquela altura sabíamos pouco.	9
Parceiros	Dependência	Apresentar, apresentava a candidatura. Se estaria ou não correcta, já não sei. Acho que não conseguia... Esse apoio foi pago, não é! Mas o nosso caso é específico porque a empresa era nova. As empresas mais antigas e com experiência, têm contabilidade organizada e alguma prática. Nós começámos do zero e era mais difícil. Sem o contabilista não conseguíamos tratar daquela parte da contabilidade.	10
Parceiros	Dependência	Grande, senão nem pensar. Não tinha tempo nem conhecimentos. O meu problema é, sobretudo, de tempo. E de conhecimentos também. Mas sendo médico e tratando-se de uma área clínica, vou fazendo a área burocrática mas não é a de que gosto... Ele [contabilista] liderou bem. Não [sem ele, de todo não teria apresentado a candidatura] nada.	11

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Houve [receios] e algumas dificuldades também. Porque, além do investimento nos dois equipamentos adquiridos, tivemos de comprar outros acessórios complementares de valor considerável e de adaptar o espaço físico. (...) Tivemos de remodelar todo o espaço e isso também foi dispendioso e mobilizou fundos próprios da capacidade da empresa e do sócio-gerente para fazer funcionar tudo isto. Há mérito dele, nitidamente...	1
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Aqui a candidatura foi feita um pouco no escuro, pois não sabíamos como é que as coisas se processavam. Temíamos que os fundos não viessem, ou demorassem muito tempo a chegar, e não sabíamos se deveríamos ou não avançar com as obras, correndo com isso alguns riscos.	1
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Eu candidatei-me ao Saúde XXI quando o alargamento da clínica era apenas uma ideia e sem saber ainda se me cederiam ou não este lado. Candidatei-me e esperei que, dentro do prazo concedido para a aprovação e execução do projecto, fosse possível chegar a acordo para ocupar também este lado do edifício.	3
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Tive uma despesa adicional [com a consultoria] por causa disso e comecei a ficar preocupada, pois continuava sem ter a certeza que financiariam o projecto. (...) Estava preocupada, obviamente, mas era uma questão de tempo e de sorte para as coisas correrem bem...	3
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Depois pedi a um arquitecto amigo que elaborasse o projecto para a criação de consultório e de sanitário deste lado das instalações. Sim, foi esse o projecto que apresentado ao Saúde XXI. Mas não incluía a aquisição da casa. Somente uma parte das obras, aquisição de mobiliário e construção do sanitário, tudo já respeitante a este lado [direito] das instalações. (...) Não podia [incluir as novas instalações] porque o projecto respeitava somente a reapetrechamento e aperfeiçoamento de	3

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		instalações.	
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Adquirimos o espaço totalmente a expensas próprias e o projecto foi apenas para as instalações que temos actualmente, incluindo aparelhos de fisioterapia.	4
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	No Saúde XXI não cabem infra-estruturas, por exemplo. Mas encaixa-se mobiliário, marquesas e todo o material técnico. Acabou por ser, quase, ela-por-ela. Aquilo de que precisávamos em equipamento, quase tudo se encaixava no que o Saúde XXI "patrocinava". Para divisórias, obras e mais não sei quê, eles não davam. Mas, em relação aos equipamentos, acabou por coincidir com quase tudo o que necessitávamos. Eles [Saúde XXI] não patrocinaram obras, nem divisórias. Foi só mesmo mobiliário.	9
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	As minhas necessidades foram, inicialmente, pensadas por mim. Depois, aquelas que se adequavam ao Saúde XXI foram encaixadas no projecto.	9
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	O que isto deu foi que, de raiz, conseguimos adequar as nossas necessidades àquilo que o Saúde XXI nos poderia dar. Portanto, não começámos por construir e depois pedimos o subsídio. Começámos por pensar como é que o Saúde XXI se ajustava às nossas necessidades e vice-versa.	9
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Isso causou uma ou outra dificuldade, nomeadamente porque alguns equipamentos ficaram fora do projecto, embora inicialmente estivessem elencados, porque a data efectiva da aprovação vem a cair em período posterior àquilo que eu esperava. Como eu tinha de ter cá o equipamento e como não havia leasing, a factura caiu-me aqui antes do projecto ser aprovado e teve de ficar fora do mesmo. Houve algumas situações dessas.	6
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Peguei então nas facturas e fui pedir apoio. Deu muito trabalho. Pedi muita coisa, inclusive uma unidade de raios X móvel, para poder fazer exames ao domicílio, mas só me deram um pouquinho. Mas agradei isso, naturalmente.	11
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Pus muita coisa. Era a unidade móvel, era equipamento para estudo do ouvido interno, etc. Das muitas coisas que pedi, financiaram-me apenas parte de uma, com 30%.	11
Opções investimento	Invest. Não Contemplado	Claro que, se viesse maior apoio para outras coisas que queria instalar, era melhor. Por exemplo: uma unidade móvel de raios X ao domicílio. É uma coisa rara, mas interessante. Mas não consegui. Comprei as endoscopias e não fui apoiado. Eu pretendia mais quantidade e melhor variedade, mas fiquei limitado por não ter financiamento. Comprei o que comprei. Para o que quis comprar mais, não tive apoio. Mas espera-se por nova oportunidade....	11
Opções investimento	Origem verbas	[A contrapartida foi] Com fundos próprios.	1
Opções investimento	Origem verbas	Foi através de fundos próprios da empresa.	2
Opções investimento	Origem verbas	Eu sabia que tinha de investir uma parte. Então fui juntando o dinheiro necessário para dispor dele nessa altura e não ter de recorrer à banca. Só dependia de eu ter esse dinheiro. Mas acautelei-me e consegui juntá-lo.	3
Opções investimento	Origem verbas (banco)	A maior fatia de financiamento foi nossa. Comprámos o imóvel e financiámos uma parte das obras e da aquisição dos aparelhos. Fizemos para isso um empréstimo bancário.	4
Opções investimento	Origem verbas	A empresa tinha fundos próprios para investir e não foi necessário recorrer à banca. E como os pagamentos foram parcelares, sempre que necessário ia reforçando a conta bancária para solver os compromissos exigidos.	5
Opções investimento	Origem verbas (banco)	Tive a sorte de encontrar uma entidade bancária que acreditou sempre em mim e isso foi decisivo.	6

Opções investimento	Origem verbas	Eles [Saúde XXI] obrigavam-nos a fazer um autofinanciamento. (...) Tivemos tudo preparado para fazer o investimento apenas com base em empréstimo bancário. (...) Mas depois, como o prazo foi dilatado por causa das obras e da chegada de equipamento importado, conseguimos criar um fundo de maneiço que nos permitiu fazer o resto do investimento com capitais próprios. Não nego que o prolongamento do prazo nos ajudou bastante.	7
Opções investimento	Origem verbas	Foi com fundos próprios e o equipamento em leasing.	8
Opções investimento	Origem verbas (banco)	Recorri a empréstimo bancário.	9
Opções investimento	Origem verbas (banco)	Com capitais próprios e recorrendo a financiamento bancário. O apoio financeiro foi a criação de crédito. O banco emprestou-nos o dinheiro. Mas se a empresa não pagar somos nós, os sócios, que teremos de o pagar.	10
Opções investimento	Origem verbas	Paguei ao fornecedor com cheques pré-datados. O recurso ao banco quase nem foi necessário, porque o financiamento deste foi residual. Alertei o banco que ia emitir cheques pré-datados e, se na altura da apresentação precisasse de ajuda, eles estavam disponíveis.	11
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Como o investimento tinha de ser feito, independentemente da candidatura, avançámos com o financiamento bancário e realizámos logo as obras. De resto, o banco garantiu-nos que, em caso de recusa do financiamento comunitário, eles não levantariam qualquer dificuldade caso necessitássemos do financiamento integral.	4
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Limitei-me a esperar que o tempo decorresse normalmente e, como a clínica é antiga e as coisas têm corrido mais ou menos bem, não tive esses receios [contrapartida própria]. (...) Enfim, ponderei a possibilidade de haver imprevistos e, sem outra solução, naturalmente teria recorrido a empréstimo bancário. Mas, nesse aspecto, não teria certamente problemas.	5
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Já tínhamos a ideia de qual era o banco. Era o [banco], com o qual trabalhamos há muito tempo. Por conhecimentos familiares estavam dentro do nosso projecto e o financiamento foi todo por conhecimento daquele banco e por estarmos muito à-vontade a trabalhar com ele. Não pedimos a mais ninguém. Não houve uma grande prospecção de bancos. Houve mais confiança em nós e nós neles. Porque até há bancos com financiamentos melhores. O [banco] tem taxas um bocadinho mais chatas, mas nesta parte do leasing está bem. Fizemos uma reestruturação do leasing [para o imóvel], correu tudo bem e foi muito rápido.	9
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Acho que manteríamos. Se bem que ficássemos um bocadinho pior... Claro que abatemos uns bons valores com a alteração do projecto, abatemos bastante no que gastámos. Abatemos às contas caucionadas, que nos foram solicitadas para fazer alguns pagamentos que os fornecedores nos estavam a exigir.	9
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Foi através do banco, que também pagamos os equipamentos. Alguns empréstimos com contas caucionadas e autorizadas para fazer os pagamentos. Depois recebemos e aplicámos esse dinheiro no banco.	9
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Fizemos contactos em dois ou três bancos. Como os meios são pequenos e aqui quase todas as pessoas se conhecem, têm contas abertas neste ou naquele banco, conhecem as pessoas que lá trabalham e a forma de se relacionarem, e foi mais ou menos assim que as coisas funcionaram.	10
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Hoje em dia, os bancos funcionam de forma um bocadinho complicada. Se consultarmos dois bancos e um oferecer melhores condições, o outro fará exactamente o mesmo se estiver interessado em conceder o crédito e segurar o cliente. De contrário, desinteressar-se-ão do negócio e nem querem saber do projecto.	10
Opções investimento	Origem verbas (relação c/ banco)	Com empréstimos bancários. Os bancos querem é prestar dinheiro a quem sabem que paga... Não, eu trabalho com um banco e dou-me bem como ele. Telefone para lá, digo que preciso de dinheiro e quase nem preciso de dizer para quê. É uma	11

		relação forte, de muitos anos e de muita seriedade.	
Opções investimento	Origem verbas (dificuldades)	Dificuldades muito práticas. Para quem quer consumir um projecto há dificuldades objectivas. Por exemplo: nesta área estamos habituados a trabalhar em leasing e com o Saúde XXI não se trabalha em leasing. (...) Sim, eles [Saúde XXI] não aceitam e temos de ter a propriedade do material. Isto encurta, desde logo, o prazo de financiamento.	6
Opções investimento	Origem verbas (dificuldades)	Acho muito difícil (e ainda hoje estamos a pagar por isso) desenvolver a fundamentação financeira do projecto se não houve maior facilidade das entidades bancárias. Tem também muito a ver com as pessoas que estão à frente das delegações e eu passei por dois ou três gerentes. Tive modelos e actuações distintos dentro da mesma instituição, em momentos diferentes do desenvolvimento do projecto, que me permitiam ir avançando. De contrário, não teria sido possível avançar.	6
Opções investimento	Origem verbas (dificuldades)	Teve e aí as coisas complicaram-se. Foi-se dominando a situação enquanto o processo teve a ver comigo e com as pessoas que me ajudavam. Mas a partir daí houve necessidade de lidar com entidades estranhas, que sabiam que o projecto estava em desenvolvimento mas pediam documentos uns dos outros... Dou-lhe um exemplo simples: garantias bancárias para eu escolher meios de financiamento próprios para a aquisição de equipamentos. Muitas vezes foi difícil porque o próprio Saúde XXI não dava parecer sem haver garantias bancárias e eu não obtinha a garantia bancária sem que o Saúde XXI comprovasse que o financiamento estava aprovado. Andámos algum tempo neste imbróglie e, entretanto, a empresa tinha de funcionar diariamente.	6
Opções investimento	Tomada decisão	Caros, é certo, mas não havia outros problemas a resolver e a aprovação foi mais fácil. Também [foi por ser só equipamento que foi mais fácil]. Por causa da experiência e conhecimento da outra clínica que tinha concorrido e das dificuldades da aprovação, foi por isso que avançámos [para a candidatura] só com os dois equipamentos e suportámos a parte das obras.	1
Opções investimento	Tomada decisão	Primeiro, passado este tempo todo, penso que deveríamos ter avançado com o pedido de financiamento não só para os dois equipamentos mas para as obras e material complementar que foi necessário adquirir mais tarde. Daria mais algum trabalho mas eram despesas elegíveis. Mas tivemos algum receio de demorar muito mais tempo e não avançámos.	1
Opções investimento	Tomada decisão	Adquiri tudo o que era necessário para podermos trabalhar e a candidatura ao Saúde XXI foi feita depois e pelo mínimo que nos concediam. Não pudémos concorrer ao máximo porque a contrapartida do nosso investimento ia muito além do que podíamos suportar. (...) E até nos concederiam mais se, da nossa parte, houvesse disponibilidade financeira para investir. Mas não era possível ir muito mais longe, porque as nossas disponibilidades financeiras eram bastante limitadas.	2
Opções investimento	Tomada decisão	Estas obras foram realizadas em duas fases. O financiamento só seria aprovado se o investimento ascendesse a 25.000 euros (5.000 contos) e, após as primeiras contas, chegou-se à conclusão que faltava investir cerca de 100 contos. Portanto, tive de fazer a remodelação do projecto.	3
Opções investimento	Tomada decisão	Sim, foi recusado [um primeiro projecto de candidatura] porque o valor era inferior ao mínimo exigido... Depois de adquirida esta casa, refez-se o projecto, aumentou-se o orçamento e a candidatura foi então aprovada.	3
Opções investimento	Tomada decisão	Não houve receios significativos. Já tínhamos decidido que, com ou sem financiamento, iríamos avançar, porque as condições até então existentes não eram as adequadas. Sem o financiamento teríamos mais dificuldades, obviamente, mas estávamos decididos a ir por diante.	4
Opções investimento	Tomada decisão	Embora eu tivesse alguma informação, passámos períodos difíceis. Nós não partimos do zero. Tínhamos uma empresa a funcionar e havia objectivos. Como qualquer empresa que não pára, esses objectivos têm de ser mantidos. Por vezes, a grande dificuldade era manter a empresa a funcionar com determinados objectivos e elaborar dossiers capazes de contemplar orçamentos adequados, que tivessem a ver com a estratégia da empresa e que servissem de modelo ao projecto.	6

Opções investimento	Tomada decisão	6	<p>Por sua vez, os montantes foram redimensionados porque o que estava no projecto tinha uma maioria típica, não de uma unidade de cuidados de saúde familiares. Mas como isto ia no meu currículo, alguém se apropriou do facto. De facto isto é uma unidade de meios complementares de diagnóstico de terapêutica. E essa circunstância diminuiu a fasquia do financiamento.</p> <p>Não tinha a noção deste facto. Foi maior [a contrapartida própria] e levou a minha empresa a um esforço maior para o pagar, porque a grande fatia tinha a ver com meios auxiliares de diagnóstico.</p>
Opções investimento	Tomada decisão	6	<p>Eu fizera um levantamento dos encargos que a empresa ia ter nos próximos anos e fi-lo com base em condições de financiamento mais longas e hoje estou a pagá-las em quatro (anos). Isso coloca-me hoje problemas imprevistos e por isso eu disse, atrás, que estou hoje a pagar todos esses processos</p>
Opções investimento	Tomada decisão	6	<p>Antes fora coordenador de vários programas (cardiovasculares, obesidade, diabetes), todos eles separadamente e tendo sempre a saúde física como pedra de toque, embora sem ninguém a conjugá-los. Nessa altura achei que os serviços poderiam estar interessados em desenvolver um projecto que lhes custaria pouco e lhes daria muito. Mas eles não quiseram e eu avancei.</p>
Opções investimento	Tomada decisão	7	<p>A contrapartida que me era exigida não teve grande influência na candidatura. E a necessidade de adquirir mais equipamento também não influiu. Já tinha elaborado uma relação das coisas de que necessitava e já tinha recebido uma vistoria que assinalara a necessidade de ter duas ou três coisas necessárias para corresponder ao exigido por lei. A partir daí fui fazendo o que era possível e isso foi uma ajuda económica para o que era necessário fazer. Digamos que antecipei o que teria de fazer e nada mais.</p>
Opções investimento	Tomada decisão	7	<p>Iniciei [o projecto antes da candidatura aprovada] apenas na parte de alguns equipamentos. Eram coisas cuja aquisição estava programada, o meu <i>timing</i> era aquele, havia algum fundo de manei e fomos investindo. (...) Já que estava aprovado, começámos a fazer o resto para seguir em frente e poder acabar o projecto o mais rapidamente possível. O que me ralou foi arranjar os fundos próprios.</p>
Opções investimento	Tomada decisão	8	<p>Quando soube que o co-financiamento era de apenas 35% achei escasso, porque eu teria de admitir mais pessoal. Mas já estava preparado para o investimento, pois precisava de o fazer e fá-lo-ia de qualquer forma.</p>
Opções investimento	Tomada decisão	9	<p>Já tinha decidido avançar e isso [co-financiamento] seria uma espécie de cereja em cima do bolo. No estado em que as coisas estavam não faria sentido estar à espera de um financiamento que, à partida, sabia que era reduzido. Seriam os móveis e pouco mais. Portanto, eu teria de adiantar capital. Já sabia que tinha tudo aprovado e, portanto, era uma questão de esperar...</p>
Opções investimento	Tomada decisão	9	<p>Eu sabia quais eram as minhas possibilidades reais. Sabia que teria de gastar uma parte que era minha. Sabia que teria de gastar menos em algumas coisas, pois não podia fugir dali. Eu sabia que teria de financiar uma parte. Aliás, a percentagem de financiamento do Saude XXI acaba por ser muito baixa no global...</p>
Opções investimento	Tomada decisão	10	<p>Na altura em que fizemos o projecto tínhamos feito uma sondagem no mercado e estava mais ou menos definido quais eram os equipamentos desejados. Quando se elabora o projecto de financiamento tem de haver algum conhecimento das características e do preço do material a adquirir... (...) Optámos por fazer um projecto também dimensionado para a zona. Sabia que na zona não havia esse equipamento [osteodensitómetro] para dar resposta. E no início não foi contemplado por falta de espaço e por implicar mais investimento, mais capitais próprios, etc. Isto foi numa altura em que mudámos de estratégia. A única diferença é que a candidatura já estava aprovada e o outro equipamento custava 3.000 e tal contos. Este custou 50.000.....</p>
Opções investimento	Tomada decisão	10	<p>Nós fizemos um estudo de mercado para saber que equipamentos existiam aqui na zona e, na altura, havia um equipamento (que era um ortopantomógrafo móvel) que pensámos seria uma mais-valia para o consultório. E fizemos a candidatura com esse equipamento. Passados uns tempos, como estes meios são pequenos, soubemos haver um consultório médico aqui de</p>

<p>Ferreira do Alentejo que ia instalá-lo também. Não faria qualquer sentido numa localidade destas, não muito grande, haver dois equipamentos idênticos. Portanto, optámos por outro equipamento que, provavelmente, tem mais utilidade que o equipamento que íamos comprar, que é um osteodensitómetro, devido ao grau de envelhecimento das populações, para tratar de osteoporoses e essas situações. Foi isso que levou a mudarmos de equipamento.</p>		
<p>Não.] porque eu andei para a frente. Queria era mais coisas e, se viesse apoio, teria enveredado por outras áreas. Mas como não veio, fiquei com aquelas que achei prioritárias. (...) Aquilo que eu comprei, comprei. Aquilo que queria comprar, não comprei até ver se vinha algum apoio. Neste caso tinha elementos: facturas pró-forma, fotografias do que pretendia, etc.</p>	<p>Tomada decisão</p>	<p>11</p>

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Procedimentos	Administrativos	Mas foi rápido avançarmos com a candidatura, porque não havia nada de extraordinário a tratar.	1
Procedimentos	Administrativos	Penso ter sido o preenchimento dos formulários [que foi o mais difícil] ... Nós tínhamos de trabalhar com unidades de produção. Ainda que eu já tivesse alguns conhecimentos de unidades de produção, por via do meu curso complementar, arranjar uma unidade de produção em fisioterapia não é fácil. Há várias hipóteses dentro desta especialidade. Teoricamente, a única unidade de produção mensurável são as minhas mãos. (...) Um calor húmido é um acto terapêutico. Uma massagem também. O pior é calcular o incremento da produção daquilo que eu fazia, diariamente, tal como nos é imposto. Aí tive de pedir ajuda a quem sabe...	3
Procedimentos	Administrativos	Sim, havia prazos a cumprir. Mas como começámos com algum tempo de avanço, isso permitiu-nos ter o processo organizado dentro dos prazos exigidos.	4
Procedimentos	Administrativos	[O mais difícil de cumprir para a candidatura foi] A papelada... Algumas coisas foram difíceis, como a obtenção da licença de utilização ... (...) Creio que as únicas coisas em falta, quando a candidatura foi apresentada, eram a vistoria destas instalações e a emissão da licença de utilização.	4
Procedimentos	Administrativos	Não tive dificuldades especiais, porque logo que me indicavam os assuntos a tratar eu começava imediatamente a resolvê-los. Por isso nunca me vi confrontada com situações de urgência, porque tratei de tudo a tempo.	5
Procedimentos	Administrativos	Além disso, há sempre mais qualquer coisa que falta.	5
Procedimentos	Administrativos	Por vezes, os prazos eram difíceis de cumprir. Mas não houve grandes problemas.	6
Procedimentos	Administrativos	A nossa autonomia no processo é relativa e torna-se difícil corresponder aos prazos exigidos... (...) Isto [dificuldade cumprimento de prazos] começou logo com a apresentação da candidatura, que ocorreu no último dia do prazo. Exactamente, foi por isso [entrega da documentação].	7
Procedimentos	Administrativos	Ou seja, quando foi a entrega lá e a apresentação, foi tudo muito formal. Tivemos de ir lá apresentar o projecto e foi tudo muito formal.	9
Procedimentos	Administrativos	Nem sequer tínhamos ideia se a candidatura seria ou não aceite. Eram muitos os requisitos e, às tantas, poderia haver um asterisco qualquer que nos excluísse. A burocracia é muita.	9

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Procedimentos Administrativos	Quando apresentámos a candidatura ao Saúde XXI é que o processo foi logo todo reconhecido. Porque nós fizemos a candidatura ainda no decorrer das obras e depois, ao virem as tranches, já nós tínhamos alvará e tudo o mais.	9
Procedimentos Administrativos	A candidatura é o mais fácil. "A posteriori" é que se torna mais assustador.	9
Procedimentos Administrativos	Na altura não achei grande grau de dificuldade. Na altura estava também a fazer a licenciatura e um projecto de investigação e acaba por haver alguma convergência de pormenores quanto a situações e objectivos.	10
Procedimentos Administrativos	Eram os impressos, os modelos, mais isto, mais aquilo. Trata coisa que era preciso... Muita coisa. Era uma quantidade enorme de elementos que foi preciso pedir e reunir. Depois, no final, ainda pediram mais isto e mais aquilo... Depois, com o passar do tempo, alguns documentos caducavam e era necessário pedir outros. Esses foram os principais problemas.	11
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (requisitos)	O mais difícil [de cumprir] foram os dois ou três trimestres exigidos entre o início e a conclusão do projecto, porque previamente teríamos de possuir um projecto eléctrico para a unidade de Raios X. (...) Tivemos de pedir ao Saúde XXI que o prazo de candidatura fosse alargado mais algum tempo, pois não conseguimos resolver o problema da luz em tempo útil.	1
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (requisitos)	Sim, foi recusado [o primeiro projecto de candidatura] porque o valor era inferior ao mínimo exigido... Depois de adquirida esta casa, refez-se o projecto, aumentou-se o orçamento e a candidatura foi então aprovada. Portanto, a candidatura esteve suspensa durante pouco mais de um ano, até que o processo fosse revisto e correspondesse às condições exigidas.	3
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (requisitos)	O tempo decorrido entre a apresentação da proposta e a informação de que o investimento previsto ficava abaixo do valor mínimo exigido foi positivo porque tive possibilidades de integrar este apartamento. Se assim não fosse, as coisas poderiam ter morrido.	3
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (requisitos)	Mas os prazos são incompatíveis com as necessidades de trabalho, porque uma das normas do Saúde XXI é que nada pode ser adquirido sem eles aprovarem o financiamento.	8
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Penso que da outra parte [ARS] foi mais fácil, porque eram só equipamentos.	1
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Sim [compreende as exigências], mas acho que a ARS exige demais. Conheço clínicas na região de Évora onde não há as condições que nos impuseram. Mas continuam abertas... Penso haver uma dualidade de políticas. E como somos novos são mais exigentes.	2
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Houve apenas uma pequena dificuldade, relacionada com um défice de 5 centímetros nas medidas de um gabinete, mas acabei por explicar ao engenheiro a insensatez de exigirem medidas que eu sabia não existirem noutras clínicas em funcionamento por aí.	4
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	De facto, lemos no «Diário da República» que a regra eram 12 metros. Mas quando elaborámos o projecto verificámos que as medidas possíveis eram apenas 11,96 metros, pelo que considerámos mínima a diferença e admitimos que não seria por causa disso que a candidatura seria recusada, tanto mais que nenhuma clínica obedece à regra de gabinetes com 12 metros. Conheço várias clínicas em diferentes pontos do país e a maior parte não tem consultórios com 12 metros. Todavia, ao fim de algum tempo o engenheiro do Saúde XXI acabou por aceitar as coisas como estavam.	4
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Mas isso foi ultrapassado algum tempo depois, porque a ARS nos enviou uma declaração autorizando o avanço do processo pois estava tudo em ordem e o atraso na emissão da documentação necessária era da responsabilidade deles.	4
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Sim, vieram. E andaram por aí a fazer medições. Foi nessa altura que me disseram que teria rectificar as obras, destruindo paredes já levantadas. Respondi então que preferia desistir do projecto para não ter de refazer as obras e, ao fim de algum tempo, acabaram por aceitar as coisas como estavam.	4

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	A ARS demora muito tempo a responder, por falta de técnicos para a vistoria. Foi essencialmente isso.	4
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Desde o princípio do processo começou a haver dúvidas por causa do parecer que a ARS deu acerca de informação por mim prestada no âmbito da candidatura. Eu era o principal provedor de serviços de cardiologia à ARS, mas a informação do presidente dessa entidade, na altura, foi a de que os seus serviços não viam interesse no financiamento do projecto. Mas foi-me muito fácil demonstrar que, no Algarve, era eu quem realizava mais exames de cardiologia para a ARS. Demonstrei, pois, tratar-se de uma questão pessoal.	8
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Por outro lado, quando fiz o projecto foram pedidas informações a várias entidades, entre as quais a ARS do Algarve. E aquilo que me foi dito por esta, em relação ao projecto, maliciosamente era mentira. O que fez com que o projecto fosse recusado.	8
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (ARS)	Posteriormente, outras pessoas da ARS deram parecer diferente e favorável. A alteração do parecer da ARS, depois da minha reclamação, levou a que também a outra entidade alterasse o seu parecer inicial.	8
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	Mas também tivemos de obter indicação do IAPMEI acerca da capacidade financeira da empresa em executar o projecto. Eles concordaram e por aí ficámos descansados.	1
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	O mais difícil foram os documentos de contabilidade, porque a empresa era recente e não tínhamos um balancete óptimo que eles aceitassem. Em fins de 2002, princípios de 2003, também tínhamos balancetes negativos, o que tornava inviável a candidatura. Tivemos de contratar um revisor oficial de contas para dar a volta ao assunto.	2
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	Teve e aí as coisas complicaram-se. Foi-se dominando a situação enquanto o processo teve a ver comigo e com as pessoas que me ajudavam. Mas a partir daí houve necessidade de lidar com entidades estranhas, que sabiam que o projecto estava em desenvolvimento mas pediam documentos uns dos outros...	6
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	Dou-lhe um exemplo simples: garantias bancárias para eu escolher meios de financiamento próprios para a aquisição de equipamentos. Muitas vezes foi difícil porque o próprio Saúde XXI não dava parecer sem haver garantias bancárias e eu não obtinha a garantia bancária sem que o Saúde XXI comprovasse que o financiamento estava aprovado. Andámos algum tempo neste imbróglio e, entretanto, a empresa tinha de funcionar diariamente.	6
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	Por sua vez, os montantes foram redimensionados porque o que estava no projecto tinha uma majoração típica, não de uma unidade de cuidados de saúde familiares. Mas como isto ia no meu currículo, alguém se apropriou do facto. De facto isto é uma unidade de meios complementares de diagnóstico de terapêutica. E essa circunstância diminuiu a fatura do financiamento.	6
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	Não tinha a noção deste facto. Foi maior [a contrapartida financeira própria] e levou a minha empresa a um esforço maior para o pagar, porque a grande fatura tinha a ver com meios auxiliares de diagnóstico.	10
Procedimentos Técnicos, econ, financeiros (IAPMEI)	A parte que achei mais difícil na candidatura foi a da contabilidade. O resto correu bem.	10
Procedimentos Decisão aprovação (curto)	Toda documentação estava lá, incluindo memórias descritivas. Penso que isso não atrasou nada e foi mais fácil que outras candidaturas porque era só necessário adquirir dois equipamentos. Caros, é certo, mas não havia outros problemas a resolver e a aprovação foi mais fácil. O espaço foi curto porque nós já tínhamos parecer da parte do IAPMEI.	1
Procedimentos Decisão aprovação (curto)	Por acaso a aprovação foi muito rápida.	2

- Procedimentos Decisão aprovação A aprovação foi rápida. O problema foi o processo de execução. Foi mais na execução do próprio projecto. (curto) 6
- Procedimentos Decisão aprovação Como as expectativas eram poucas, quando surgiu a aprovação foi óptimo e nem sequer reparei se entre a entrega do processo e a aprovação demorou muito tempo... (curto) 7
- Procedimentos Decisão aprovação O intervalo de tempo foi médio [entre a apresentação da candidatura e a aprovação final], embora um pouco mais longo do que se esperava. (médio) 4
- Procedimentos Decisão aprovação As coisas demoraram o seu tempo, porque nem tudo é fácil por causa da burocracia, mas ainda assim foi possível avançar. (médio) 4
- Procedimentos Decisão aprovação Na altura em que propusemos a candidatura tínhamos prazos estipulados. Tivemos depois, no fim, de justificar porque não foram cumpridos. Possivelmente por culpa nossa porque, desde a entrega da candidatura e da aprovação até à promulgação, sempre demorou algum tempo. Ou seja, quando se esperava um mês demorou três. Se calhar o projecto acabou por se arrastar mais seis ou sete meses do que o previsto. (médio) 10
- Procedimentos Decisão aprovação Nós tínhamos previsto o início das obras, salvo erro, para Junho, mas a candidatura só seria aceite em finais de Julho. (médio) 10
- Procedimentos Decisão aprovação Entre a entrega e a aprovação da candidatura decorreu muito tempo e deveria haver um mecanismo que nos autorizasse a adquirir o material nesse intervalo. É preciso trabalhar e não podemos ficar eternamente à espera.... (longo) 8
- Procedimentos Decisão aprovação Acho que foi imenso tempo. Não me prejudicou, na medida em que a minha decisão já estava tomada. Achei que nem tudo seria aceite para financiamento. Mas foi aceite. (longo) 9
- Procedimentos Decisão aprovação Cerca de um ano. Foi muito longo. (longo) 11
- Procedimentos Decisão aprovação Não houve nenhuma preocupação em especial [após informação aprovação projecto]. A empresa consultora comunicou-me quanto é que o Saúde XXI nos concedia e quanto éramos obrigados a financiar através de meios próprios, pelo que tive de fazer mais algumas aquisições para corresponder ao exigido. (longo) 2
- Procedimentos Decisão aprovação O tempo necessário para a aprovação da candidatura foi um pouco mais longo do que esperávamos, mas não podíamos exigir mais. As coisas correram bem, apesar disso. (longo) 4
- Procedimentos Decisão aprovação Os atrasos nem foram da responsabilidade da consultora ou do Saúde XXI, mas das entidades que tinham de vistoriar e emitir pareceres acerca das instalações. Foi sobretudo isto que atrasou a aprovação. Pelo Saúde XXI os prazos foram mais ou menos cumpridos, que me lembre... (longo) 4
- Procedimentos Decisão aprovação Isso causou uma ou outra dificuldade, nomeadamente porque alguns equipamentos ficaram fora do projecto, embora inicialmente estivessem elencados, porque a data efectiva da aprovação vem a cair em período posterior àquilo que eu esperava. Como eu tinha de ter cá o equipamento e como não havia leasing, a factura caiu-me aqui antes do projecto ser aprovado e teve de ficar fora do mesmo. Houve algumas situações dessas. (longo) 6
- Procedimentos Decisão aprovação Eu tive de esperar o tempo necessário para o Saúde XXI aprovar os financiamentos e não pude adquirir o material de que necessitava para trabalhar. Quem precisa de realizar um investimento não pode esperar o tempo que o Saúde XXI demora a responder, a pedir documentos, a aprovar o financiamento, etc. Eu esperei quase dois anos... Em parte também devido ao problema do primeiro indeferimento da candidatura, é certo. (longo) 8

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Procedimentos	Decisão aprovação	Causou-me muitas dificuldades e acho ser esse um dos principais problemas do Saúde XXI. Quando se elabora um projecto não se pode esperar muito tempo para adquirir o material, ficando na dependência de que o Saúde XXI aprove ou reprove o processo.	8
Procedimentos	Decisão aprovação	Depois, mediante uma reclamação fundamentada com dados que contrariavam o que a ARS tinha dito no primeiro despacho, foi apresentada nova candidatura e só essa senta aprovada.	8
Procedimentos	Decisão aprovação	Acho que foi da própria organização do Saúde XXI e da aceitação das candidaturas. Não tenho bem presente, mas sei que foi muito tempo. Acho que, a determinada altura, já nem me lembrava que nos tínhamos candidatado....	9
Procedimentos	Decisão aprovação	Nós fazemos uma apresentação de valores. Depois eles dizem quanto é que aprovam. A percentagem sobre cada coisa era tão baixa, que não conseguimos realmente depois distinguir... Eles não dizem que decidiram que só podemos comprar três cadeiras, ou uma marquesa, ou não sei quê. Eles dão um bolo e eu depois faço a gestão disso. Acho que eles não aceitaram computadores, impressoras, fotocopiadora e ar condicionado. Pelo que eu percebo o resto aceitaram: balança, máquina de aerossóis, colchões, espaldares.	9
Procedimentos	Decisão aprovação	Não prejudicou porque na altura ainda não tínhamos avançado. A empresa tinha sido criada só no papel. Era uma empresa apenas formada e não tinha qualquer actividade, nem espaço, nem nada.	10
Procedimentos	Decisão aprovação	O processo é muito complexo. Acho que subsiste alguma desconfiança do organismo que aprova as candidaturas.	11
Procedimentos	Decisão aprovação	Sei que no passado houve muitos desvios e entendo em parte a burocracia. Mas acho que "in loco" se poderia dar andamento mais rápido aos processos. Bastaria observar se a entidade candidata é segura, se tem estrutura, se são úteis os serviços que presta à sociedade, se tem pernas para andar... Demos grandes facilidades ao Seixal, fomos uma clínica inovadora em muita coisa e ainda continuamos a sê-lo. De certa maneira, essa aproximação poderia abreviar o processo de análise.	11
Procedimentos	Contratualização	Logo que nos confirmaram a aprovação, pedimos o envio do contrato para assinar e fizémos tudo o que nos foi pedido [envio de vários documentos].	1
Procedimentos	Contratualização	Não, nenhuma [dificuldade na celebração do contrato]. Foi apenas necessário ir às Finanças e à Segurança Social pedir declarações em como nada devíamos.	2
Procedimentos	Contratualização	Eles [Saúde XXI] foram muito exigentes. Obrigaram-nos a pedir declarações em como nada devíamos à Segurança Social e às Finanças. Tive muitos gastos para cumprir o calvário burocrático.	2
Procedimentos	Contratualização	O meu principal cuidado foi verificar os prazos exigidos para cumprir os passos seguintes, porque a aprovação foi-me comunicada em Agosto e eu estava prestes a partir para férias. Reuni a papelada toda necessária e entreguei-a.	3
Procedimentos	Contratualização	Não [teve dificuldades nessa fase contrato]. A consultora enviava-me os papéis para assinar e reconhecer e tudo foi fácil.	3
Procedimentos	Contratualização	As declarações da Segurança Social e das Finanças, em como não havia dívidas pendentes, foram tratadas por mim.	3
Procedimentos	Contratualização	E eu, que trabalho das 09h00 à meia-noite, fico louca quando perco tempo com burocracia e filas de espera. Perdi imenso tempos nas Finanças, para pedir uma declaração de dívida. Idem na Segurança Social, pela mesma razão.	5
Procedimentos	Contratualização	Não, não houve problemas [com o contrato]. Fiz um ou dois contactos com o Saúde XXI, alguns deles presencialmente, mas todos decorreram sempre com elevação e as pessoas tiveram em conta as dificuldades processuais, e não houve	6

dificuldades de maior.

Procedimentos Contratualização	Não [da aprovação], depois limitaram-se a pedir documentação. O problema esteve apenas na primeira fase, antes da aprovação da candidatura. A partir do momento em que ela foi aprovada, as coisas correram normalmente.	8
Procedimentos Contratualização	Desde o início da formalização do pagamento existiram atrasos. Até o próprio atraso na assinatura... Lembrou-me perfeitamente que recebi o contrato, houve um atraso de ambas as assinaturas porque o [outro sócio] não esteve... Houve atraso nas assinaturas. Exigia duas e ele não estava cá. E eu estive um mês e tal para ele me assinar o contrato. Ele estava fora... Demorámos, então, um bocadinho. Há um desfasamento.	9
Procedimentos Contratualização	Só entre a aprovação do projecto e a assinatura do contrato terão decorrido uns seis meses.	10

FASE – EXECUÇÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Preparação	Início	Não, isso não [iniciar o projecto antes da candidatura aprovada]. (...) Já tinha praticamente todos os orçamentos...	3
Preparação	Início	Exactamente [iniciar o projecto após candidatura aprovada]. (...) Sim, só nessa altura é que avancei [após a carta de aprovação]. Mas já tinha pedido as facturas pró-forma respeitantes ao material necessário para reequipar a clínica.	5
Preparação	Início	Antes de sair a aprovação tinha os contactos mais ou menos feitos e tinha o espaço escolhido. Na altura tinha em vista este espaço e tínhamos contactado as pessoas que faziam as obras. Quando isso [aprovação] veio, avançámos logo.	10
Preparação	Em curso	Sim [iniciar o projecto antes da candidatura aprovada.] Avancei mesmo com o pedido de financiamento apenas porque precisávamos de apoio ao investimento.	2
Preparação	Em curso	Eu mentalmente já tinha dado início ao projecto e do ponto de vista financeiro tinha dado os primeiros passos. Porque não é no dia seguinte que se começa tratar das coisas, tanto mais que a empresa continua funcionar. Com ou sem Saúde XXI eu teria de ir desenvolvendo o projecto, naturalmente, contactando empresas fornecedoras de equipamentos. E continuou esse processo...	6
Preparação	Em curso	Iniciei [o projecto antes da candidatura aprovada] apenas na parte de alguns equipamentos. Eram coisas cuja aquisição estava programada, o meu <i>timing</i> era aquele, havia algum fundo de maneio e fomos investindo. (...) Já que estava aprovado, começámos a fazer o resto para seguir em frente e poder acabar o projecto o mais rapidamente possível. O que me ralou foi arranjar os fundos próprios.	7
Preparação	Em curso	As decisões estavam tomadas, com ou sem Saúde XXI iria fazer o investimento e já tinha dado início ao projecto.	8
Preparação	Em curso	Nada que não estivesse já a decorrer. Eu sabia para o que aquele dinheiro estava destinado. E dei continuidade a isso.	9
Preparação	Concluído	Sim [iniciar projecto antes da candidatura aprovada]. Estávamos convictos que isto era possível. (...) A decisão seguinte [após aprovação] foi pedir o adiamento ou reembolso. Já tínhamos adquirido as máquinas e bastou pedir o primeiro pagamento, mediante o envio da factura e recibo da aquisição e de toda a documentação necessária.	1

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Preparação	Concluído	Portanto, arrancámos logo com as obras e quando a candidatura foi aprovada elas estavam concluídas há alguns meses. (...) Sim, tudo [concluído, incluindo os equipamentos].	4
Preparação	Concluído	Quando aprovou já o tinha a trabalhar... Sim, foi isso (entregou as facturas e recibos). Mesmo que não viesse dinheiro algum, já tinha comprado. Comprei-o [depois de apresentar a candidatura] e paguei.	11

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Fornecedores	Características técnicas (equipamento)	[A selecção dos equipamentos foi feita] Porque os equipamentos eram necessários. Provavelmente há equipamento mais sofisticado. Mas este era o que nos interessava, por estarmos no início dessa actividade na empresa.	1
Fornecedores	Características técnicas (equipamento)	Fizemos consultas a fornecedores com os quais já trabalhávamos e a outros com os quais nunca houvera relações. Sobre tudo quanto aos aparelhos de electroterapia não iríamos mudar muito relativamente ao que conhecemos, por serem dos melhores do mercado, foi por esses que optámos.	4
Fornecedores	Características técnicas (equipamento)	Os principais factores de opção foram as características técnicas, um pouco também a manutenção e o conhecimento desses equipamentos por parte de algumas pessoas com as quais eu lidava e que me podiam ajudar a decidir.	6
Fornecedores	Características técnicas (equipamento)	Comprámos equipamento que, tanto economicamente como a nível de funcionalidade e de qualidade, desse as garantias pretendidas. Por exemplo: nós pedimos uma mesa com tampo amovível, que permitisse aos doentes entrarem e saírem facilmente. Definidos esses parâmetros, o critério foram as melhores condições de fornecimento.	10
Fornecedores	Características técnicas (equipamento)	As endoscópias foi por qualidade, preço e técnica. O técnico que trabalha com esse equipamento precisava daquilo, é uma boa máquina e, por isso, comprei a que ele quis. Mas para esse equipamento não tive apoio. O financiamento foi só para o equipamento respiratório, para a parte pulmonar, que é a minha área.	11
Fornecedores	Características técnicas (fornecedor)	Tínhamos aí um outro equipamento adquirido à mesma empresa, já a conhecíamos e optámos novamente por ela.	1
Fornecedores	Características técnicas (fornecedor)	Os equipamentos de fisioterapia foram fornecidos pela mesma empresa que os vendera à entidade onde eu anteriormente trabalhei, em [local]. (...) Na clínica onde eu estava antes já trabalhava com esta empresa, tal como o meu marido. Gostávamos dos equipamentos desta empresa e foi por isso que a escolhemos de comum acordo.	2
Fornecedores	Características técnicas (fornecedor)	Escolhi os fornecedores habituais, com os quais me dou bem. Por exemplo: adquirei uma cadeira de dentista, de cujo fornecedor tenho mais duas e trabalho com eles há 16 anos. Não tenho motivos para mudar de fornecedores e dispenso-me de correr riscos de ser mal servida. No âmbito da fisioterapia há apenas dois fornecedores no mercado e comprei material a ambos. Compro a um ou a outro [fornecedor] consoante o equipamento de que preciso.	5
Fornecedores	Características técnicas (fornecedor)	Os fornecedores foram aqueles com os quais habitualmente trabalhava. (...) O material adquirido foi o habitual com que costumo trabalhar. Tomo contacto com ele nos congressos e na hora da aquisição sei o que pretendo e quem pode fornecer-me.	8
Fornecedores	Características técnicas (fornecedor)	Normalmente, os fornecedores que escolhemos na fase inicial foram os que acabaram por nos vender o material. (...) Nós já trabalhávamos na área da radiologia e isso era mais fácil, pois conhecemos os fornecedores por trabalharmos nalgum local onde eles têm instalado equipamento. Portanto, conhecemos características, funcionalidades, preços, defeitos, etc..	10

Os fornecedores deste tipo de equipamentos estão quase todos sediados na região de Lisboa.

Fornecedores Características técnicas (fornecedor)	11
Fornecedores Características técnicas (fornecedor)	11
Fornecedores Características técnicas (fornecedor)	6
Fornecedores Características técnicas (fornecedor)	6
Fornecedores Características técnicas (obras)	2
Fornecedores Características técnicas (obras)	4
Fornecedores Características técnicas (obras)	9
Fornecedores Preço	1
Fornecedores Preço	3
Fornecedores Preço	6

No caso do aparelho que eles apoiaram, só havia um fornecedor e nenhuma hipótese de escolha. No que não apoiaram, escolhi também de acordo com a opinião do técnico. Eu sabia que ambas as marcas são boas. Mas como só há um fornecedor, tanto fazia preferir uma ou outra, pois não há concorrência.

Para o equipamento que eles apoiaram só há um vendedor em Portugal. Eu não tinha opção. Infelizmente é o único. Enfim, tentamos sempre negociar o preço, para ver se baixa um pouco, mas não há alternativa. Há duas marcas para o mesmo equipamento, mas ambas representadas pela mesma empresa. Dantes havia concorrência, agora não. A americana comprou a alemã e aquela ficou com as duas.

Fui muito selectivo. Baseado na experiência em direcção de serviços, procurei vários fornecedores. Informe-me sobre as características dos equipamentos. Sim, fiz consultas e fui aos detalhes.

Procurei ainda fazer outro tipo de consultas, que não consegui. Conhecia uma das maiores feiras de equipamentos médicos na área da saúde, em Dusseldorf, mas não consegui visitá-la até hoje. Já em anos anteriores tencionava visitar essa feira, mas com quase um mês de antecedência não consegui arranjar hotel, salvo a muitos quilómetros de distância e com preços ao dobro do normal. Gostaria de ter visitado essa feira para conhecer alguns equipamentos e outros materiais, mas não consegui. Era importante porque aí estava o topo de gama dos equipamentos que pretendia.

Em alternativa fiz alguns contactos com empresas que possuem os equipamentos pretendidos e conhecia as características técnicas e os preços, mas depois percebi que eles tinham representantes exclusivos em Portugal e não me venderiam directamente.

Quanto às obras realizadas, foram feitas por pessoas conhecidas aqui de [local].

Quanto às obras, consultámos algumas empresas aptas a executar projectos e a concretizá-los e decidimos em função daquele que nos oferecia mais garantias em termos de preço, qualidade e prazo de execução. Não optámos apenas por ser o mais barato. Por acaso, havia espanhóis que ofereciam preços mais baixos. Mas acabámos por não os seleccionar pois a qualidade do trabalho parece-me inferior à dos portugueses.

Por exemplo, há disto [divisórias] muito mais barato. Mas gostámos porque era bom, porque dava. As divisórias também havia, mas algumas com ar muito de escritório e um bocado feias. Estas têm um ar agradável e amplo. Na continuidade do chão, que não são propriamente baratas. Mas tinham de ter um som, umas coisas por dentro para isolar o som, anti-fogo. Na área da saúde tudo isto tem de obedecer a regras muito apertadas. Portanto, tem de ser um material um bocadinho mais caro. Escolhemos qualidade, preço e gosto.

Não, não houve nenhum [problema]. Os valores pedidos eram os valores de mercado e seguimos.

Nuns casos pedi vários orçamentos e depois decidi pelos melhores. Mas nesta actividade conhecem-se pessoas de vários fornecedores, com as quais se trabalha mais assiduamente. Eu tenho esta casa desde 1982 e, como não disponho de muito tempo para auscultar o mercado, pedi orçamentos a pessoas em relação às quais dispunha de algumas garantias. Foram os casos do carpinteiro e do pintor, por exemplo, que conheço há muito tempo. (...) Quanto ao ar condicionado, pedi orçamentos a vários fornecedores e depois optei pelo que me pareceu melhor.

Foram [não chegou a utilizar toda a verba concedida], porque os preços que eu inicialmente conseguira eram bastante mais elevados. E eu consegui negociar preços mais baixos.

Fornecedores Preço	<p>Tinha um equipamento com custo estimado à volta de 10.000 contos e consegui comprá-lo por pouco menos de metade. Adaptei as condições técnicas desse equipamento às mesmas de um outro que era topo de gama. E para este tipo de finalidade serve perfeitamente. Existem poucos em Portugal, tenho-o utilizado sem qualquer problema e como tive conhecimento, pela própria empresa, que podia ser idêntico a outro, preferi este.</p> <p>Por conhecimento pessoal. São pessoas que já tinham trabalhado connosco e em relação às quais temos confiança. Quando falei com os fornecedores habituais já tinha feito uma consulta [ao mercado], para aferir dos preços praticados e poder negociar numa base diferente</p>	7
Fornecedores Preço	<p>Fiz várias consultas a empresas, dizendo o que pretendia. E, ao longo desses três ou quatro anos, houve um reajuste em termos das necessidades do espaço. Fiz uma avaliação dos preços que me davam e escolhi aquilo que eu senti que se ajustava ao que gostava do ponto de vista estético e funcional. Mas fiz uma pesquisa de vários orçamentos, como é óbvio. Sobretudo as divisórias foram a grande procura.</p>	9
Fornecedores Preço	<p>Conseguí negociar um bocadinho abaixo, ameaçando que poderiam perder o cliente. Usei esse estratagema e deu algum resultado. Como agora se pode ir adquirir o material a qualquer lado, ameacei-os de que iria comprá-lo a Espanha.</p>	11
Fornecedores Manutenção	<p>Na área da electromedicina dou muita importância à manutenção dos equipamentos. Recuso um fornecedor que me vende um equipamento e desaparece, porque necessitarei de manutenção periódica. Aliás, se optasse por essa via, era preferível importar directamente o equipamento, pois com isso pouparia muito dinheiro...</p> <p>No entanto, nessa área, preciso da assistência efectiva de quem me venda equipamentos. Noutras áreas secundárias, como as de construção civil e de extracção de fumos, já não sou tão exigente porque o seu peso é menos relevante.</p>	7
Fornecedores Manutenção	<p>[A selecção do fornecedor] depende sobretudo do equipamento que pretendo. Eventualmente, as condições do fornecedor poderão influir, caso haja dois equipamentos idênticos.</p> <p>O mais importante, no entanto, é a assistência que darão aos meus equipamentos. Certas firmas começam por trabalhar bem mas, tempos depois, degradam a assistência fornecida e nós ficamos numa situação delicada. Infelizmente, tenho tido muitos casos desses.</p> <p>Os prazos de reparação são muito longos. As empresas que dantes respondiam rapidamente deixaram de o fazer, passaram a ter stock insuficiente de peças e temos de esperar que venham do estrangeiro. Por vezes isto demora meses e eu tenho necessidade de marcar exames constantemente. Por causa disto eu tenho vindo a cessar relações com algumas firmas no mercado.</p>	8
Fornecedores Manutenção	<p>Graças a Deus, o equipamento é robusto e não tem dado problemas. Mas a manutenção é muito cara...</p>	11
Fornecedores Condições fornecimento	<p>Primeiro adquirimos os dois equipamentos e, como tivemos dificuldades com a criação do ramal da EDP, e os equipamentos ficaram imobilizados. Então negociámos o alargamento do prazo de pagamento com os fornecedores. (...) Depois ainda nos deram uma ajuda, com o alargamento do prazo de pagamento.</p>	1
Fornecedores Condições fornecimento	<p>Com a EDP e com a empresa que gere esse processo tivemos muitas dificuldades, pois foi necessário haver um ramal eléctrico, que até então não existia, e para isso tiveram de abrir a estrada toda. Pagámos uma pipa de massa para fazer isso. Tudo isso demorou mais tempo do que prevíamos. (...)</p> <p>Já tínhamos comprado as máquinas mas não as podíamos pôr a funcionar porque, entretanto, o espaço físico não estava concluído, por causa da EDP, pelo que o processo demorou mais 6 a 9 meses que o previsto e durante quase todo o ano de 2003.</p>	1
Fornecedores Condições fornecimento	<p>Alguns fornecedores tinham sido avisados de que a facturação só deveria ocorrer quando o financiamento fosse pedido ao Saúde XXI. (...) Pagámos à maioria dos fornecedores mas alguns só receberam depois do Saúde XXI entregar o valor do financiamento porque eles não se importaram de esperar.</p>	4

Fornecedores	Condições fornecimento	O financiamento não teve maior importância [condições de pagamento], porque pagámos a pronto. Tentei negociar algumas benesses, mas pouco conseguimos, excepto o que é habitual no mercado português. Mas isso não foi decisivo.	6
Fornecedores	Condições fornecimento	Tivemos alguns problemas com equipamentos, curiosamente com fornecedores oriundos dos Estados Unidos. Como eu tenho alguma formação e <i>know how</i> na área da utilização da água como meio terapêutico, procurei material relacionado com lesões e sequelas de lesões traumáticas, com a intenção de ter aqui, embora de forma rudimentar, qualquer coisa relacionada com o meio aquático. E estivemos muitíssimo tempo à espera desse equipamento. Há alguns desses equipamentos instalados em Portugal, mas como se vendem pouco os fornecedores só os vão buscar quando alguém os adquire. Esse foi dos últimos equipamentos a entrar.....	6
Fornecedores	Condições fornecimento	O mais complicado foram as obras, que demoraram mais um ano do que era suposto. Sobre tudo por questões de licenciamento camarário de esgotos, porque isto mudou completamente a disposição destas lojas. Tiveram de meter canos para aqui, para ali... Foi complicadíssimo. Tive de pedir vistorias do SMAS, da EDP. Isto demorou um ano e causou um grande buraco financeiro aqui. Porque o dinheiro que eu tinha para o arranque foi condicionado por um ano de gastos. Isso criou muitas dificuldades.	9

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Visitas Entidades	Sem visitas (com alterações)	Tivemos de elaborar planos, plantas e projectos para aprovação do município e a própria ARS do Alentejo obrigou-nos a instalar outra casa de banho. Os pedidos foram sempre feitos por correspondência.	2
Visitas Entidades	Sem visitas	Por causa do projecto não tive visitas. Tive só inicialmente, quando construí a clínica.	8
Visitas Entidades	Sem visitas	Não, nunca veio ninguém visitar-me. Nós documentávamos tudo com elementos, com fotografias, com facturas.	11
Visitas Entidades	Com visitas	Do Saúde XXI não. Mas tivemos [visitas] de todas as outras entidades: câmara, bombeiros, centro de saúde (condições higio-sanitárias para o licenciamento pela ARS), EDP, etc... (...) Não, nada [as inspecções não atrasaram o processo]. (...) Não, nada [visita da ARS].	1
Visitas Entidades	Com visitas (com alterações)	Veio cá só o engenheiro da ARS ver as instalações. Teve [influencia] porque este gabinete inicialmente foi concebido para ser maior, mas depois tivemos de criar também um vestiário. Foi essa a indicação do engenheiro da ARS.	3
Visitas Entidades	Com visitas	[A ARS] Há-de vir, mas ainda não veio. A conclusão do processo depende disso. (...) Temos documentos das outras entidades (câmara, bombeiros, etc.), mas da ARS ainda não. Vieram os bombeiros, o centro de saúde e a câmara. Todos os que deveriam aprovar as instalações já cá vieram. Só falta mesmo a ARS...	4
Visitas Entidades	Com visitas	Tive a visita de técnicos do Saúde XXI, que vieram observar tudo, desde mapas de pessoal e de contabilidade até armários... Não, nada [Ninguém da ARS ou da Câmara]. Para estes projectos é sempre necessário ter alvará e licença de funcionamento e isso eu já tinha.	5
Visitas Entidades	Com visitas (com alterações)	As instalações existiam e eu fui adaptando-as. Tivemos visita de serviços da ARS e da câmara, fundamentalmente por questões de licenciamento. Houve alterações mínimas. Tive algumas preocupações e reconhecimento, não ser este o local que eu gostaria de ter, mas foi o possível. Eu tinha um pequeno gabinete de fisioterapia e tivemos de o ampliar um pouco. Mas estamos limitados pela própria estrutura do edifício, que é antigo e histórico. Mas, dentro das condicionantes, fez-se aquilo que era possível e penso ser aceitável. Não houve grandes problemas.	6

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Visitas Entidades	Com visitas	Apenas uma pessoa. Não me recordo. Aliás, creio que essa visita ocorreu num dia em que eu nem estava aqui. Nós temos muitas visitas por causa do cumprimento da nova legislação e penso que, a partir de agora, com a existência da Entidade Reguladora da Saúde, continuaremos a recebê-las...	7
Visitas Entidades	Com visitas (com alterações)	Tivemos as visitas normais, da delegação de saúde, da câmara. Temos o alvará de funcionamento. Senão nem poderíamos concorrer ao próprio Saúde XXI. (...) As visitas [do Saúde XXI] nunca aconteceram porque, frequentemente, tínhamos de fotografar o centro e enviar. Durante o projecto de arquitectura resolveram chatear [Câmara] porque, não sei se já reparou, ali na rua há uma alturinha de um passeio e entenderam que isso afectava as cadeiras [de rodas]. Tivemos de provar que aquela descida dava para cadeiras. Acho eu que, aqui em Almada, há duas ou três clínicas com alvará, porque mais nenhuma preenche os requisitos. As medidas das portas, as medidas das casas de banho, a largura do sistema de alarmes de incêndio, da medicina do trabalho, sei lá, nós temos isto sempre em dia. E daí termos as licenças todas necessárias... Já não me lembro muito bem, mas parece-me que foi necessário alterar algumas coisas nos gabinetes, para os quais foram exigidos lavatórios em todos. Foram exigências mínimas, não foi complicado. Depois veio o delegado de saúde e detectou um problema com as ventoinhas, ali dentro. Tera de haver uma ventilação diferente. Não foi complicado fazer isso. Na altura dos licenciamentos tive as visitas normais do centro de saúde, da câmara, dos bombeiros. Foram as únicas que houve... Só por causa do licenciamento. Conseguir a documentação não demorou muito tempo.	9
Visitas Entidades	Com visitas		10

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Pagamentos	Número pedidos	Depois o pagamento foi feito em duas fases (uma de 17 ou 18 mil euros e outra de trinta e tal mil euros...).	1
Pagamentos	Número pedidos	Fizemos um único pedido de pagamento, após ter todo o equipamento adquirido e pago.	2
Pagamentos	Número pedidos	Mandeí tudo junto. Em vez de fazer o envio por fases, seguiu tudo de uma vez só, acompanhado de facturas e recibos porque estava tudo pago aos fornecedores.	3
Pagamentos	Número pedidos	Creio que entregámos a documentação ao Saúde XXI em duas fases... Sim, os pedidos [de pagamento] foram vários porque as facturas respeitantes a algumas aquisições não estavam ainda em nosso poder.	4
Pagamentos	Número pedidos	Pedi o pagamento por tranches. A medida que os equipamentos iam chegando, eles pediam-me os originais das facturas e os recibos, eu enviava-os e imediatamente eles enviavam o dinheiro correspondente à parte do financiamento.	5
Pagamentos	Número pedidos	Foi pago em duas tranches. Primeira, para umas pequenas obras que já estavam feitas. E a segunda somente no final.	6
Pagamentos	Número pedidos	Os pedidos de pagamento parcelares foram aceites e os pagamentos foram concedidos. Demoravam um pouco, mas vinham. Foram faseados e, salvo erro, enviei os pedidos de pagamento por três vezes.	7

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Pagamentos	Número pedidos	[Os pedidos pagamento] Tinha a ver com as necessidades do próprio centro, que se iam acumulando. Os móveis foram numa altura, passando uns tempos é que vieram outras coisas. A medida que as coisas iam surgindo é que poderíamos apresentar os documentos.	9
Pagamentos	Número pedidos	Já não estou bem recordado mas, na altura, fizeram três ou quatro pagamentos...	10
Pagamentos	Número pedidos	Uma apenas. [pedido pagamento]	11
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	Eles [Saúde XXI] foram muito exigentes. Obrigaram-nos a pedir declarações em como nada devíamos à Segurança Social e às Finanças. Tive muitos gastos para cumprir o calvário burocrático.	2
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	No entanto, de seis em seis meses, sensivelmente, eu tinha de entregar tais declarações [declaração de dívida das finanças e idem da Segurança Social]. O processo demorou cerca de três anos e isso complicou-me imenso a vida, obrigando a várias deslocações a Setúbal. Isso cabia-me a mim resolver.	5
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	Mas foi sempre como um tiro no escuro. Mandando as facturas, nunca se sabia o que seria ou não pago. Com muita informação e muita ajuda é que se conseguia (...) Tínhamos de estar sempre a enviar documentos da Segurança Social, de quatro em quatro meses, em como não tínhamos dívidas.	9
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	A fase final foi saturante. Estive a tentar explicar-lhes esta parte das obras e fazer exposições por tudo e por nada, para perceber o que precisavam de terminar para poder concluir o projecto. Foi um bocado demorada, por eles e por nós. Telefonava para eles. Não estavam ou não atendiam, outra não sabia. Fui eu que estive com esta papelada toda e que me chateei bastante. Tinha de ir a Setúbal buscar um papel à Segurança Social, aqui, ali e acolá. Foi muito chato.	9
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	Este aspecto burocrático, de controlo constante, é sufocante. Se calhar é necessário, porque já houve situações em que o dinheiro não foi parar aos sítios certos. Mas depois andamos, aqui, sempre com a sensação que para receber um Xis a pessoa tem de andar com um rigor absoluto, com papéis para trás e para a frente. Vai buscar isto, vai buscar aquilo. Assina aqui. Vai à Segurança Social.	9
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	Nós sabíamos quais os documentos que deveríamos entregar, juntamente com cada pedido de pagamento, e o processo seguia todo completo, incluindo as declarações das Finanças e da Segurança Social em como nada devíamos a essas entidades.	10
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (SS)	Eram os impressos, os modelos, mais isto, mais aquilo. Trata coisa que era preciso... Muita coisa. Era uma quantidade enorme de elementos que foi preciso pedir e reunir. Depois, no final, ainda pediram mais isto e mais aquilo... Depois, com o passar do tempo, alguns documentos caducavam e era necessário pedir outros. Esses foram os principais problemas.	11
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento	(...) preferimos fazer tudo no fim [pedido reembolso depois equipamentos adquirido e pago] para evitar mais pedidos de papéis e outras complicações burocráticas. Havia disponibilidades financeiras para pagarmos previamente tudo e optámos por pedir o reembolso apenas quando o processo esteve terminado.	2
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento	Juntámos toda a documentação (facturas e recibos) das despesas feitas em obras e equipamentos e enviámos para lá [Saúde XXI].	4
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Houve apenas o caso de um aparelho extra que adquiri, embora tivesse outro previamente comprado e pago. Segundo a consultora, o financiamento desse aparelho poderia ser incluído no projecto, mas como os prazos de apresentação da respectiva documentação foram ultrapassados, posteriormente adquiri outro de valor e características aproximadas.	3
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	A execução do projecto não poderia avançar antes da apresentação candidatura. Esta foi entregue a 1 de Outubro e, portanto, as obras só começaram depois disso, porque a facturação não poderia ter data anterior à da aprovação da candidatura. Por isso, alguns [fornecedores] só apresentaram a factura quando foi necessário enviar a documentação ao Saúde XXI.	4

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Sim, mas eu tinha o equipamento pago por mim. Portanto, o Saúde XXI pedia sempre documentação mas nada de contrapartidas.	6
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Por vezes mandavam para lá fotocópias e eles queriam originais. Voltávamos ao princípio e era nova espera. Enquanto isso o processo ficava pendente até estar tudo resolvido conforme eles queriam. Tudo isto obrigou a imensos atrasos de execução.	8
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Se a firma que me preparou o projecto me tivesse avisado, desde início, que seria obrigado a apresentar facturas e recibos de todos os pagamentos realizados, as coisas teriam decorrido de outra forma. Por exemplo: o fornecedor dos computadores apresentava um só documento manuscrito, que era, simultaneamente, factura e recibo. Para mim servia, mas para o Saúde XXI não.	8
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Este foi um processo que se arrastou ao longo de anos e me causou dificuldades. Até a empresa que, inicialmente, me instalou os computadores era de carácter familiar, pelo que facturas e recibos foram tratados um pouco "ad hoc". Passados três ou quatro anos, quando precisei de cópias de facturas, de recibos e de cheques, não tinham tudo para me dar. (...) As coisas eram tratadas de forma simples e prática, como quase sempre sucede nas relações individuais, ao estilo de mercearia. De resto, uns anos antes, na época em que essas e outras coisas foram tratadas, eu não tinha noção de que a documentação seria exigida (e bem) pelo Saúde XXI.	8
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Também tive problemas com a demonstração de pagamentos a fornecedores, pois a alguns adiantei dinheiro antes da entrega dos equipamentos (porque eles me pediam) mas, passados três ou quatro anos, o Saúde XXI exigia-me explicações detalhadas sobre cheques desses pagamentos parcelares. Eles [Saúde XXI] acabaram por compreender as dificuldades com que me deparei, mas tive dificuldade e perdi muito tempo para esclarecer o que pretendiam.	8
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Mas foi uma odisseia durante quatro ou cinco anos, porque o Saúde XXI fazia pedidos concretos e a firma que me ajudou não sabia, muitas vezes, como haveria de satisfazer essas pretensões. (...) Isto atrasou imenso o processo e, eventualmente, no Saúde XXI terá suscitado desconfianças, porque alguns dos seus pedidos não eram logo satisfeitos.	8
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Ligámos e eles [Saúde XXI] confirmaram que cortaram algumas coisas, que não eram elegíveis. Porquê? Disseram que foi por causa dos tempos, que já não podiam entrar. Já estava fora... Coisas de que enviámos facturas um bocadinho fora do prazo já não entraram.	9
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	E depois era um bocadinho desacompanhado. De vez em quando recebíamos cartas-bomba: têm de apresentar os documentos A, B, C, D; fotografias de não sei quê, no prazo de oito dias. A pessoa fica um bocado abalada com a questão.	9
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	É, sobretudo, muito burocratizado. Tem de ir factura, tem de ir não sei quê. Deviam funcionar de maneira menos formal. Sei lá, mandar uma factura pró-forma para a pessoa poder adquirir equipamento. Não, tem de apresentar a própria factura. Isso significa que a pessoa tem de pagar aos fornecedores, para depois receber o comprovativo de que pagou e para obter o financiamento. Ora, nem sempre é fácil fazer isso. Nós temos de adiantar o pagamento....	9
Pagamentos	Procedimentos pedido pagamento (despesa)	Tinha de ser assim mesmo. Tinha de entregar facturas, recibos, justificativos bancários da liquidação e a seguir é que recebia a comparticipação.	10
Pagamentos	Tesouraria (reembolso)	Posteriormente, já com o equipamento totalmente pago, pedimos o reembolso do restante. (...) Acabámos por pagar a primeira prestação ainda antes da liquidação por parte do Saúde XXI e mandámos para lá toda a documentação respeitante a esse pagamento.	1

Pagamentos	Tesouraria (reembolso)	Porque o investimento foi feito ao longo de muito tempo (entre Setembro de 2003 e o princípio de 2005) e decidimos apresentar o pedido de reembolso apenas quando concluímos a aquisição e o pagamento do equipamento.	2
Pagamentos	Tesouraria (reembolso)	Sim, estava tudo pago.	6
Pagamentos	Tesouraria (reembolso)	Tínhamos de pagar ao fornecedor e depois é que mandávamos tudo, pedindo o pagamento do que já tínhamos pago. O impacto do próprio financiamento é diminuído por isto. Se nos atribuíssem o financiamento e nos entregassem logo o dinheiro, tudo bem. A seguir a pessoa era obrigada a comprovar que tinha aplicado o dinheiro e, se não fosse, teria de o devolver, por exemplo. Mas não sucede tal e isso acaba por criar dificuldades de tesouraria, porque a pessoa espera pelo financiamento. Houve equipamentos que não comprei logo no início. Quando abrimos o estabelecimento, em Janeiro de 2004, tinha adquirido o último equipamento em Dezembro. Tive de esperar que me libertassem algum dinheiro do Saúde XXI, respeitante a equipamento que já tinha comprado, para poder adquirir outro.	9
Pagamentos	Tesouraria (reembolso)	Apresentava as facturas [ao Saúde XXI] e, quando vinha o dinheiro, entrava na conta bancária. (...) Quando veio o dinheiro, paguei toda a dívida ao banco. Há pouco tempo ainda me pediram uma fotografia do aparelho que adquiri e que eles pagaram em parte. E eu mandei-a pela Net.	10
Pagamentos	Tesouraria (adiantamento)	Quando se lida com determinado tipo de investimentos esperam que as coisas tenham um desenvolvimento paralelo. O próprio projecto dizia que podia haver financiamento antecipado, o que nunca foi. E faseadamente pago, o que nunca foi ... Disseram-nos [Saúde XXI] que, no nosso caso, as questões seriam vistas depois dos pagamentos. Quando vi o contrato, pensei ser possível haver um adiamento. Mas não foi possível obtê-lo...	11
Pagamentos	Tesouraria (adiantamento)	Havia material nosso que não entrava nos adiamentos. Quando eram coisas muito pequenas não iam muito por aí, pareciam-me.	6
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Se o Saúde XXI acabasse por desistir do pagamento, depois eu teria algumas dificuldades em pagar as facturas que apareciam. Cheguei a pensar que cometera um erro ao pedir o financiamento ao Saúde XXI, porque eu teria obtido prestações muito mais baixas se negociasse as aquisições em <i>leasing</i> . Portanto, o esforço mensal da empresa seria muito menor.	9
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	A certa altura tive dificuldades porque o Saúde XXI pagou muito tarde e como os aparelhos vieram cedo tive de os pagar. O Saúde XXI exigiria contrapartidas, nomeadamente facturas, que eu tive dificuldade em pagar antes do final do projecto.	6
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Foi um esforço relativamente grande [autofinanciamento] e, felizmente, como houve uma dilatação do prazo, permiti-me criar estabilidade financeira para pagarmos a nossa parte do investimento.	7
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Isto esteve em obras um ano e tal a mais do que o previsto. Sempre a pagar ao banco o empréstimo. Sem lucro nenhum, é muito complicado. Foi muito difícil essa fase...	9
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Com a outra eu contava [o autofinanciamento de parte do investimento], pois sabia que, à partida, teria de me responsabilizar por ela. Mas aquilo que se destinava ao Saúde XXI acabou por cair no bolo da outra, porque só muito tempo depois é que fazia o encaixe financeiro.	9
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Houve uma parte que não foi contabilizada e só depois percebemos porquê, pois havia coisas que não iam entrar, só na fase final. Como a nossa previsão de consultas e de especialidades diminuiu, eles não pagaram o restante. Não era muito mais... Fizemos uma estimativa inicial e, no ano seguinte, mandámos o que realmente aconteceu, acompanhado dos balancetes e de tudo o mais. Eles conseguem analisar o que aconteceu e, como foi inferior ao que prevíamos, houve um financiamento já no fim que não foi pago, ao contrário do que esperávamos. Tanto trabalho para, no fim, recebermos 400 e tal euros....	9

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Os atrasos foram motivados por alguns imprevistos que iam surgindo. Precisava que fossem libertando alguns capitais que já tinha pago em obras, para poder adquirir equipamentos e não acumular uma dívida enorme. Assim, ia fazendo e pagando as obras. E quando recebia a comparticipação do Saúde XXI comprava e pagava os equipamentos.	10
Pagamentos	Tesouraria (dificuldade)	Eu começo a fazer as obras e os primeiros pagamentos, a enviar as primeiras facturas para receber o valor da comparticipação. O que este projecto implica é que a pessoa tenha dinheiro para realizar as prestações. Porque é subsidiada mas tem de possuir meios para pagar antecipadamente e receber a comparticipação depois. Mas não tive grandes problemas nem grandes atrasos.	10
Pagamentos	Prazo pagamento (razoável)	Pouco mais de um mês depois creditaram-nos na conta o valor desse reembolso.	1
Pagamentos	Prazo pagamento (razoável)	E o dinheiro foi depositado no prazo previsto. Eram muito exigentes, sem dúvida, mas na altura de cumprirmos com o estipulado nunca falharam. Todo o processo foi muito rápido e correu dentro dos prazos fixados.	2
Pagamentos	Prazo pagamento (razoável)	Essa fase [pagamentos] decorreu muito bem e sem problemas. A medida que fomos apresentando a documentação respeitante às aquisições, o dinheiro foi depositado na nossa conta.	4
Pagamentos	Prazo pagamento (razoável)	A resposta era rápida. Geralmente, se eu enviasse a documentação até ao dia 10 no final desse mês o dinheiro estava creditado.	5
Pagamentos	Prazo pagamento (razoável)	Não posso queixar-me disso [O tempo que mediou a entrega dos pedidos de pagamento e o crédito da verba], porque os principais culpados dos atrasos fomos nós. Prejudicar-me-iam se não aceitassem a prorrogação de prazos, o que nunca sucedeu. Sempre foram flexíveis.	7
Pagamentos	Prazo pagamento (razoável)	Não, foi muito razoável. Cerca de um mês e tal a dois meses [o pagamento].	8
Pagamentos	Prazo pagamento (longo)	Tive de pagar e fazer financiamentos muito mais compactos, em curto espaço de tempo, para responder ao Saúde XXI, que, entretanto, não correspondia com dinheiro.	6
Pagamentos	Prazo pagamento (longo)	Mas quando era em sentido inverso, para nós recebermos, espera aí que já vai... E faltava sempre os documentos Y e Z... Faltava sempre qualquer coisa... Mandavam uma listagem sempre exaustiva de itens que tínhamos de cumprir. Mas este aqui estamos a pedir a aprovação especial. Este estamos a pedir não sei a quem. Aquilo empancava. Voltava a uma nova etapa, faltava um documento não sei quantos. Resultado: a entrega das tranches de dinheiro levou imenso tempo... E mesmo quando já estava [toda a documentação], demorava, demorava e demorava... Sinto é que é extremamente burocrático e há uma grande dispersão. Por exemplo: num dia falamos com a pessoa A, noutro dia falamos com a pessoa B porque aquela já passou o projecto a outra. Resultado: primeiro que viessem as tranches do dinheiro foi complicadíssimo. E ficámos sem perceber se alguma vez chegámos a receber tudo... Até hoje ainda não percebi bem...	9
Pagamentos	Prazo pagamento (longo)	Demoravam algum tempo a pagar. Desde que o projecto deu entrada até à sua aprovação, tínhamos previsto 60 dias (prazo por eles indicado) mas acabaram por passar, se calhar, 120 dias. Depois os pedidos de pagamento eram entregues mas demoravam três ou quatro meses a mandar o dinheiro. Os equipamentos são caros e alguns só podíamos adquiri-los quando nos pagavam a comparticipação anterior. Isso originou a acumulação de atrasos... Creio que o problema é que tinham muitos projectos para analisar e na altura haveria alguns problemas de pessoal. Nada mais que isso.	10

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Reprogramações	Temporais	Sim, tal como lhe disse. As datas foram alteradas para nos darem mais tempo de concluir o projecto, por causa dos problemas com a EDP e o ramal de electricidade. O equipamento estava cá e não houve problema algum com a sua entrega, mas não podia funcionar sem electricidade em condições.	1
Reprogramações	Temporais	Houve apenas a necessidade de pedir ao Saúde XXI a prorrogação de determinado prazo para a entrega de documentação, que deixei ultrapassar por falta de tempo.	3
Reprogramações	Temporais	Não me recordo [porque motivo tivemos que alterar os prazos de conclusão do projecto]. Quanto aos fornecedores não houve problemas. Talvez tenha sido o tal problema com as medidas do gabinete....	4
Reprogramações	Temporais	Causou [dificuldades] porque 80% a 90% do equipamento estava cá e fora pago e eu continuava sem poder encerrar o processo por faltar um equipamento. Entretanto, eu mandava documentação a avisar que não podia encerrar o projecto porque estava ainda à espera de um equipamento.	6
Reprogramações	Temporais	Mas depois, como o prazo foi dilatado por causa das obras e da chegada de equipamento importado, conseguimos criar um fundo de maneio que nos permitiu fazer o resto do investimento com capitais próprios. Não nego que o prolongamento do prazo nos ajudou bastante. (...)	7
Reprogramações	Temporais	Mas diga-se, em abono da verdade, que da parte do Saúde XXI nunca houve exigência escrupulosa no cumprimento dos prazos de conclusão do nosso projecto.	7
Reprogramações	Temporais	O que me favoreceu foi alguma dilatação do prazo concedido pelo Saúde XXI para a execução do projecto, porque nos permitiu concluir as coisas como pretendia sem ter de recorrer à banca. Porque não dependemos só de nós. Não sei fazer obras e não sei assentar um chão. E se a pessoa incumbida disso tem de pedir licenças, como foi o caso, terei de me sujeitar aos prazos necessários. Há uma série de coisas encadeadas, o que, neste caso, nos obrigou a atrasar um pouco a execução do projecto.	7
Reprogramações	Temporais	Os prazos eram um poucos apertados e fui obrigado, inclusive, a pedir prorrogação dos mesmos (...) na execução do projecto. Porque não dependemos apenas de nós próprios, mas também de outras pessoas e entidades. Se houver alterações de obras dependemos de outros e se for necessário importar equipamento dependemos de outros.	7
Reprogramações	Temporais	Estávamos à espera da aprovação do projecto, que depois atrasou a aquisição do equipamento. O envio dos equipamentos ficou dependente da conclusão das obras. Logo que estas acabassem eles viriam.	9
Reprogramações	Temporais	Demoravam algum tempo a pagar. Desde que o projecto deu entrada até à sua aprovação, tínhamos previsto 60 dias (prazo por eles indicado) mas acabaram por passar, se calhar, 120 dias. Depois os pedidos de pagamento eram entregues mas demoravam três ou quatro meses a mandar o dinheiro. Os equipamentos são caros e alguns só podíamos adquiri-los quando nos pagavam a participação anterior. Isso originou a acumulação de atrasos... Creio que o problema é que tinham muitos projectos para analisar e na altura haveria alguns problemas de pessoal. Nada mais que isso.	10
Reprogramações	Temporais	Há sempre uns pequenos atrasos, porque isto funciona quase como uma máquina. (...)	10
Reprogramações	Temporais	A alteração ficou a dever-se ao facto dos prazos do Saúde XXI (desde a aprovação, aos primeiros pedidos de pagamento que fizemos e aos segundos pedidos de pagamento) terem sido demorados. Foram eles que obrigaram a atrasar o processo, devido à dilatação dos prazos de pagamento das participações. Nós avançávamos ao sabor deles.	5
Reprogramações	Físicas	Tinha programado uma hidromassagem geral, porque a nossa estava avariada, mas depois anulei-a devido à seca que assola o país. Custa-me gastar 200 litros de água quando há outros meios de tratamento alternativos. Porque isto demorou três anos a concretizar e, nesse período, houve várias coisas que foi necessário repensar. Uma delas foi o agravamento da seca e daí a retirada do projecto da hidromassagem.	5

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Reprogramações Físicas	5	Como eu queria ganhar algum tempo, pensei em informatizar a clínica. Na altura programei um computador para cada sala. Mas depois, dada a dificuldade em conseguir um técnico de informática, recuei na parte dos computadores. Julgo que terá sido isso que atrasou e obrigou a alterar o projecto, pois dos 15 computadores inicialmente previstos passámos para apenas 9.
Reprogramações Físicas	6	Entenderam que com a unidade de meios complementares de diagnóstico e terapêutica apenas iriam financiar equipamentos. Mais tarde fizeram a revisão e acrescentaram que, efectivamente, financiariam parcialmente. Por exemplo: praticamente nada financiaram de mobiliário. E algumas das divisórias e equipamento eléctrico também só foram financiados parcialmente.
Reprogramações Físicas	7	Os equipamentos sofrem evoluções. Nós tínhamos adjudicado determinado equipamento mas, um mês ou dois depois, sairia um novo modelo. Comunicou-se ao Saúde XXI esse facto, pedimos a alteração do equipamento para o modelo novo, enviámos a documentação baseando-nos no preço inicialmente indicado e suportámos nós a diferença.
Reprogramações Físicas	7	Houve um ou dois equipamentos adquiridos antes da apresentação da candidatura mas no mesmo ano e, quando esta foi aprovada, pedimos autorização para os integrar.
Reprogramações Físicas	10	Nós fizemos um estudo de mercado para saber que equipamentos existiam aqui na zona e, na altura, havia um equipamento (que era um ortotomógrafo móvel) que pensámos seria uma mais-valia para o consultório. E fizemos a candidatura com esse equipamento. Passados uns tempos, como estes meios são pequenos, soubemos haver um consultório médico aqui de Ferreira do Alentejo que ia instalá-lo também. Não faria qualquer sentido numa localidade destas, não muito grande, haver dois equipamentos idênticos. Portanto, optámos por outro equipamento que, provavelmente, tem mais utilidade que o equipamento que íamos comprar, que é um osteodensitómetro, devido ao grau de envelhecimento das populações, para tratar de osteoporoses e essas situações. Foi isso que levou a mudarmos de equipamento.
Reprogramações Físicas	10	Não tinha conhecimento por ser uma empresa também privada acerca da qual havia pouca informação. Na altura, a única coisa que havia era no centro de saúde, onde existe um equipamento de raios X. De resto, não havia mais nada. Passados dois ou três meses, através de um dos fornecedores, soubemos terem um orçamento para um outro equipamento daqueles aqui para Ferreira do Alentejo. A questão nem era de concorrência mas de excesso de oferta.
Reprogramações Financeiras	2	Sim [por isso alterei o projecto], deram-nos limites mínimo e máximo para o investimento e foi dentro desses parâmetros que decidimos propor menor valor para o financiamento.
Reprogramações Financeiras	6	Não houve uma alteração significativa em relação à diversidade de equipamentos existentes, houve, sim, a capacidade de conseguir substituir equipamentos mais caros por outros mais baratos. Foi isso que originou a diferença. Não houve encurtamento do projecto, apenas a opção por um equipamento alternativo para a mesma função. Ainda estive para incluir outros equipamentos, mas acabei por decidir o contrário. É curioso que aceitaram isso mas financiaram com dificuldade algumas outras coisas que tinham sido incluídas. Por exemplo, a rede informática só parcialmente foi financiada porque o nosso projecto excedia os limites previstos. Por isso, a maior parte dos computadores aqui existentes não foi financiada.
Reprogramações Financeiras	6	Uma parte foi parcialmente financiada. Inicialmente o projecto [candidatura] contemplava isso, mas quando veio a primeira aprovação nós contestámos (...) porque não contemplava isso. E contestámos porque entendíamos não ser possível ter cá dentro um conjunto de equipamentos, de forma avulsa, sem haver um modelo funcional que fora também apresentado.
Reprogramações Financeiras	10	Só nos deu financiamento até ao valor que estava inicialmente aprovado. Foi uma pequena derrapagem orçamental...
Reprogramações Financeiras	10	Sabia que na zona não havia esse equipamento [osteodensitómetro] para dar resposta. E no início não foi contemplado por falta de espaço e por implicar mais investimento, mais capitais próprios, etc. Isto foi numa altura em que mudámos de estratégia. A única diferença é que a candidatura já estava aprovada e o outro equipamento custava 3.000 e tal contos. Este custou 50.000...

FASE – CONCLUSÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Criação Emprego	Área Actividade	Era necessário ter mais uma pessoa no atendimento da unidade de Raios X e criámos esse posto de trabalho de rececionista/assistente. Nela [unidade de Raios X] trabalham também uma médica e técnicos de radiologia, mas esses desempenham funções em regime livre pois têm emprego fixo noutras entidades.	1
Criação Emprego	Área Actividade	Passámos a ter ainda uma direcção clínica, prevista no licenciamento exigido para a actividade de radiologia. Isto porque um médico não pode ter mais de uma direcção clínica, tendo nós de declarar à ARS que a médica só presta esse serviço nesta unidade. No nosso caso a direcção clínica é exercida pela mesma médica do ginásio de fisioterapia, porque há falta de médicos desta especialidade e, excepcionalmente, foi-nos autorizada a acumulação.	1
Criação Emprego	Área Actividade	Apenas fizemos contrato de trabalho com uma empregada de limpeza, porque era necessário criar um posto de trabalho e, devido à pouca afluência, não era conveniente aumentar excessivamente os encargos fixos.	3
Criação Emprego	Área Actividade	Contratei duas pessoas no âmbito do projecto. Uma empregada administrativa e uma fisioterapeuta. No âmbito do projecto só era necessário contratar uma (que foi a administrativa), mas acabei por contratar duas.	4
Criação Emprego	Área Actividade	Por acaso esta funcionária administrativa adaptou-se bem ao lugar e continua conosco, apesar de ter de se deslocar 50kms por dia, mas se alguma coisa tivesse corrido mal e não tivesse sido possível substituí-la, dois anos depois eu poderia ser obrigada a devolver todo o financiamento recebido do Saúde XXI.	5
Criação Emprego	Área Actividade	Contratei duas pessoas a tempo inteiro. Uma está no atendimento e a outra trabalha comigo. Também aqui tive dificuldades porque, a exemplo de Espanha, tentei com o Instituto do Emprego formar auxiliares de consultório e de clínicas, hoje inexistentes no país. A jovem que trabalha comigo fez um curso de ajudante de saúde e coopera na realização de algumas técnicas rudimentares.	6
Criação Emprego	Área Actividade	Contratámos duas pessoas. Não me recordo das funções, porque as pessoas têm vindo a mudar (dou-lhe papéis para esclarecer isso).	7
Criação Emprego	Área Actividade	Ao abrigo do projecto teria de contratar uma pessoa com contrato de trabalho, mas acabei por admitir mais quatro em relação às que tinha nessa altura. Admiti dois técnicos mamografistas e duas recepcionistas. Não me lembro qual a pessoa que indiquei para o projecto.	8
Criação Emprego	Área Actividade	A (...) que estava aqui antigamente, era rececionista. A (...) faz a gestão da própria clínica e também está na recepção.	9
Criação Emprego	Área Actividade	Criámos dois postos de trabalho, fora as outras pessoas que trabalham aqui. Áreas administrativas. Recepcionistas e auxiliares de apoio aos médicos e aos técnicos durante os exames.	10
Criação Emprego	Área Actividade	Tivemos de admitir mais uma rececionista e uma pessoa para higiene e limpeza. E, em regime de prestação de serviços, uma enfermeira e um médico. Mas no projecto considerei apenas a criação de dois postos de trabalho.	11
Criação Emprego	Método Seleção	[A pessoa contratada] Acho que foi por conhecimento do sócio-gerente. Fizámos um estágio profissional de 9 meses, com o apoio do IEFP, gostámos desta funcionária e fizemos um contrato de trabalho por tempo indeterminado. Faz em Outubro [2006] 3 anos que foi admitida.	1
Criação Emprego	Método Seleção	Estiveram cinco jovens de Reguengos a estagiar aqui na clínica, ao longo de um certo período de tempo e por vontade própria. Por coincidência, tinham concluído o curso de técnicos de fisioterapia e pretendiam oportunidades para estagiar. Como essa	2

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saude XXI

Criação Emprego	Método Selecção	3	era também a nossa necessidade, não houve problemas de selecção. Eles apareceram natural e voluntariamente... Houve uma, em especial, de que gostei particularmente e admiti-a logo que tive possibilidades disso.
Criação Emprego	Método Selecção	4	Eu já a conhecia porque tinha cá trabalhado em tempos. Fizemos uma selecção prévia entre pessoas que nos tinham deixado currículos. E a nossa fisioterapeuta é espanhola, porque é difícil encontrá-las em Portugal. Aliás, a esmagadora maioria dos currículos que temos arquivados refere-se a cidadãos espanhóis. São poucos os portugueses que se oferecem para trabalhar nesta zona do país. Fiz uma avaliação curricular e, de facto, é uma excelente profissional [fisioterapeuta espanhola]. Já cá tinha trabalhado outra, mas era menos perfeita. [A administrativa] Foi também uma avaliação curricular. Tivemos também em conta a experiência anterior e tem cumprido bem a sua função.
Criação Emprego	Método Selecção	5	Era conhecida de um médico que dá consultas em Grândola. Tem 42 anos e, neste momento, é a minha melhor funcionária. (...) Além disso, no futuro, quando for necessário admitir algum empregado, não quero ninguém com menos de 30 anos. Porque só essas pessoas precisam de emprego e de estabilidade, pois têm alguma experiência de vida e sabem dar valor a uma ocupação. São mais tolerantes, mais compreensivas, e aceitam melhor quando lhes chamamos a atenção acerca de qualquer coisa que corre menos bem.
Criação Emprego	Método Selecção	6	A selecção foi sempre por convite e por conhecimento de outras pessoas, mas sempre com apresentação de currículo e entrevista prévia. As pessoas foram-me recomendadas e eu fiz a selecção.
Criação Emprego	Método Selecção	7	Falei com escolas profissionais e faculdades, que me enviaram alguns candidatos. Através da análise de currículos e de entrevistas seleccionámos quem preencheu os postos de trabalho previstos.
Criação Emprego	Método Selecção	8	Duas foi através de conhecimento de colegas meus (caso dos técnicos mamografistas). As outras duas foi através do Centro de Emprego. Telefonei para lá e disse que precisava de pessoal com determinadas habilitações e pedi-lhes que mandassem cá candidatos. Fiquei satisfeito com as pessoas que recebi.
Criação Emprego	Método Selecção	9	Foi com entrevistas. Fomos mais por informação boca-a-boca. Isto é uma terra pequena e começaram a aparecer pessoas. E também preferimos pessoas que estivessem inscritas nos centros de emprego. Mas não aceitámos essas contrapartidas de pessoas que, se estivessem mais de não sei quanto tempo, teríamos uma redução de encargos sociais. Não quisemos isso.
Criação Emprego	Método Selecção	10	Sabíamos que andavam à procura de emprego, falámos com elas e seleccionámos as que nos pareceram ter o perfil para a função. Sim, de pessoas que nos falaram de haver alguém conhecido ou familiar que já trabalhara nesta área.
Criação Emprego	Método Selecção	11	Por conhecimento das pessoas e pelos currículos. Geralmente muitas pessoas pedem trabalho. Recebo currículos quase diariamente. Das que tinha inscritas, selecionei as que me pareceram mais adequadas e entrevistei-as.
Criação Emprego	Impulso (criava)	1	Talvez, pois ela era necessária continuando o projecto. (...) Agora estamos a realizar mais um estágio profissional, nas mesmas condições (suportamos só metade do vencimento e o subsídio de almoço, durante 9 meses), para nova admissão.
Criação Emprego	Impulso (criava)	4	Teria, certamente, porque precisava delas. Eu e os meus sócios possuímos qualificações para fisioterapia, mas não temos tempo disponível para tal, dado que trabalhamos também na [outra] clínica.
Criação Emprego	Impulso (criava)	6	Sim [sem financiamento teria contratado as pessoas], são imprescindíveis no trabalho diário.
Criação Emprego	Impulso (criava)	8	Sim. A obrigatoriedade da admissão em nada influenciou o projecto.

Criação Emprego	Impulso (criava)	Sim, teria de ser na mesma [criação posto trabalho]. Agora [a profissional que se mantém] está a acumular. Não há necessidade de substituição.	9
Criação Emprego	Impulso	Contratei duas pessoas. Uma já não está conosco. Neste momento resta uma. (...) Ela acabou por sair por decisão própria (...). Foi por uma questão meramente pessoal, ultrapassou os limites e ela própria reconheceu que teria de sair.	9
Criação Emprego	Impulso (criava)	Sim [contratava], porque precisava delas.	10
Criação Emprego	Impulso	Uma está das 09h às 18h, em horário completo. A outra é um rapaz, que faz de auxiliar e de administrativo, que normalmente vem dar apoio quando é necessário. Nem todos os dias temos ecografias... Sabemos, antecipadamente, quando teremos mais trabalho e quando necessário ele vem ajudar-nos em certo tipo de exames.	10
Criação Emprego	Impulso (criava)	Já tinha adquirido o material e, portanto, teria necessidade delas. (...) Para aí uns quatro [se fosse tudo apoiado]. Como não houve apoios, limitei a duas admissões.	11
Criação Emprego	Impulso (não criava)	Já, não. Mais tarde, talvez [admitisse a fisioterapeuta]. Tem-me ajudado, é certo. Mas a admissão só ocorreu porque me foi imposta pelas condições de financiamento. Sem isso não teria optado tão cedo por admitir uma empregada. (...) A única alteração é que talvez não admitisse a empregada tão cedo. Mas como a criação de um posto de trabalho era uma das exigências feitas, cumprí essa determinação e celebrei o contrato de trabalho com a empregada.	2
Criação Emprego	Impulso	Tem corrido bem a sua estadia e continua a trabalhar aqui.	2
Criação Emprego	Impulso (não criava)	Talvez não [teria contratado a senhora da limpeza]. Far-se-ia uma avença com uma empresa da especialidade. Essa foi a forma mais simples de reunir as condições do financiamento, sem afectar os rendimentos da clínica. Se admitisse mais uma fisioterapeuta, por exemplo, poderia não ter trabalho para ela.	3
Criação Emprego	Impulso	A doutora fisiatra é avençada e a empregada administrativa já é do quadro. A fisioterapeuta espanhola é avençada (está a recibo verde).	4
Criação Emprego	Impulso (não criava)	Não [teria criado o posto de trabalho], porque não precisava dela. Na altura já tinha duas funcionárias e eram suficientes. Mas valeu a pena, contudo, porque ela é excelente.	5
Criação Emprego	Impulso	Porque não quero ter mais problemas com pessoal, no futuro as admissões serão sempre temporárias. Não tenho idade nem paciência para aturar pessoas que se empregam para passear. A lei não permite recibos verdes em certas actividades. E determina que, ao fim de três contratos, os empregados passam automaticamente a efectivos. Ou seja, tenho de definir a duração máxima permitida para os contratos temporários, de modo a que a passagem à efectividade ocorra o mais tarde possível e eu tenha a certeza que não me enganei na pessoa. E já tive aqui casos de pessoas que, uma vez passadas à efectividade, no dia seguinte meteram um mês de baixa. Que garantias são concedidas às empresas nestas situações? Não porque se não tinha expectativas de aumento de movimento não era prudente contratar ninguém.	5
Criação Emprego	Impulso (não criava)		7

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Publicidade	Incentivo	Não [fiz publicidade]. Apenas tenho, lá em baixo, uma placa a informar que esta casa foi financiada pelo programa Saúde XXI. Foi uma das imposições da candidatura.	5
Publicidade	Incentivo	E o decorrer do próprio projecto foi extremamente burocrático. Até pediram fotografias da fachada, para ver o autocolante. Mandei as fotografias. Isto sucedeu continuamente.	9
Publicidade	Incentivo	Fiz publicidade à clínica e, de acordo com os imperativos do programa, também ao financiamento recebido.	7
Publicidade	Incentivo	Não. Limitei-me a afixar o autocolante a indicar que o projecto foi co-financiado por...	11
Publicidade	Empresa	Sim, fizemos publicidade nos dois jornais de Montemor e uns panfletos para distribuir pela cidade e noutras localidades.	1
Publicidade	Empresa	E também foi necessário dar a conhecer a empresa, durante alguns meses, às seguradoras e outras entidades interessadas (...). Enviámos também ofícios às seguradoras com as quais já tínhamos acordos relativamente ao ginásio de medicina física, propondo-lhos a extensão dos mesmos à unidade de Raios X. Quase todas responderam afirmativamente.	1
Publicidade	Empresa	Não [fiz publicidade à empresa após ter obtido o financiamento], fiz antes e continuo a fazer. Na Rádio e no jornal da terra.	2
Publicidade	Empresa	Limitei-me a mandar instalar um toldo novo. As pessoas divulgam as alterações umas às outras, porque estamos aqui há 24 anos e já somos conhecidos...	3
Publicidade	Empresa	Creio que fizemos publicidade na rádio local, durante uma semana. Para além disso, nas instalações antigas limitámo-nos a colocar um aviso de que mudáramos para aqui. Nunca foi necessário fazer publicidade significativa à clínica. Logo que começámos a trabalhar, os clientes afluíram naturalmente. A melhor publicidade que podemos ter é feita pelos próprios utentes...	4
Publicidade	Empresa	Sim fiz publicidade, mas nada de significativo. Não usámos meios de grande tiragem porque a nossa oferta de serviços é muito específica. Estamos a construir uma página na Internet, enviámos um <i>mailing</i> para todos os médicos do distrito e, como lidamos com a área de ginásios e de clubes desportivos, fizemos também um <i>mailing</i> personalizado para essas entidades.	6
Publicidade	Empresa	Mas fiz poucas alterações à publicidade comercial que existia previamente ao financiamento. Alterei as mensagens, mas sem aumentar o investimento publicitário (...) em jornais locais e nas festas, nomeadamente.	7
Publicidade	Empresa	Não fiz publicidade. Éticamente seria errado, porque esta é uma empresa médica.	8
Publicidade	Empresa	Esperava mais projecção em termos da comunidade, embora tenha dado entrevistas a jornais regionais, sobretudo. E tive de as enviar para o Saúde XXI. Tinha de mandar sempre tudo o que ajudasse à divulgação do centro.	9
Publicidade	Empresa	No início, fizemos publicidade por nossa iniciativa. Depois os meios fizeram-nos publicidade por decisão deles, nomeadamente entrevistas. Aconteceu com as revistas «Sábado», «Pais & Filhos» e outras do género. Isso tem a ver com a notoriedade que o centro foi adquirindo, sobretudo nesta zona. E pelo meu nome, também, porque dou aulas na faculdade. Enfim, por um ou outro tipo de questões. Desse ponto de vista, a publicidade foi importante e divulgou o centro de uma outra forma. Mas não costumamos fazer muita publicidade. Nos jornais locais fizemos, mas na rádio não.	9
Publicidade	Empresa	Fizemos na Rádio local e distribuímos uns panfletos. Nesta área, creio que a melhor publicidade é a feita pelos utentes.	10

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Constrangimentos	Procedimentos (burocracia)	Muito papel, muita burocracia e exigências excessivas para jovens empresários que necessitavam de ajuda. (...)	2
Constrangimentos	Procedimentos (burocracia)	Soube bem a ajuda, é um facto. Mas acho excessivo tanto trabalho, tanta chafice e tanto papel para a conseguir. Não tive tempo para ler o programa da candidatura e não me apercebi dessa questão do posto de trabalho e da possibilidade de, dois anos depois, virem pedir-me prova do contrato respeitante ao posto de trabalho criado. Se ela já cá não estivesse, teria de devolver o dinheiro todo ao Saúde XXI? (...)	5
Constrangimentos	Procedimentos (burocracia)	Muita burocracia, um tiro no escuro e imprevisibilidade de prever como isto vai correr.	8
Constrangimentos	Procedimentos (burocracia)	Na parte respeitante ao Saúde XXI, acabei por compreender que todos os pedidos feitos por eles eram lógicos. A única coisa de que discordo é que só financiem o que seja adquirido depois deles aprovarem a candidatura.	9
Constrangimentos	Procedimentos (burocracia)	O rigor excessivo e a burocracia, que estão a quem das reais necessidades de uma coisa deste tipo. (...)	
		A fase final foi saturante. Estive a tentar explicar-lhes esta parte das obras e fazer exposições por tudo e por nada, para perceber o que precisavam de terminar para poder concluir o projecto. Foi um bocadinho demorada, por eles e por nós. Telefonava para eles. Não estavam ou não atendiam, outra não sabia. Fui eu que estive com esta papelada toda e que me chatei bastante. Tinha de ir a Setúbal buscar um papel à Segurança Social, aqui, ali e acolá. Foi muito chato. (...)	
		O mais difícil de cumprir, no decorrer do próprio projecto, são as questões logísticas de gerir um negócio, que não é fácil nos dias de hoje. Há uma pressão enorme: apresentam guias não sei de quê; apresentam declarações em como não devem nada ao fisco. A pessoa não deve, mas vai ter de pedir mais um papel. E temos de contabilizar todas estas coisas.	
Constrangimentos	Procedimentos (burocracia)	O processo durou mais de um ano, perdido durante o qual foram pedindo impressos, isto, aquilo e aquele outro. Andámos um ano em luta, mas conseguimos chegar a bom porto. Deram 3.000 e tal contos de um equipamento que custou à volta de 8.000 contos. (...)	11
		A documentação. Muitos papéis, muita burocracia. E, às vezes, as coisas vão e voltam, porque não era bem assim mas assado... É sempre a mesma coisa. (...)	
		Demasiada burocracia. Repito: as entidades que têm a responsabilidade de ser justas na atribuição dos fundos, se viessem ao local talvez conseguissem ser mais rápidas e mais justas, ajudando melhor quem faça as coisas avançar em prol do país.	
Constrangimentos	Procedimentos (licenciamento)	(...) São muitos documentos, muitos papéis, muita demora, muitas idas e vindas, muitas idas a Lisboa. Não me recordo de dificuldades significativas. Foi tudo geralmente fácil. Creio que as únicas dificuldades foram a tal questão dos 5 centímetros no gabinete. Se bem me recordo, foi isso e a vitória da ARS que atrasou um pouco o processo. (...)	4
		Não sei, tanto tempo depois, se terei algum aspecto negativo a salientar. Não me recordo de nada em especial. Talvez o problema do atraso das vitórias tenha sido a maior contrariedade, porque nos empatarem o processo e toda a burocracia envolvente.	
Constrangimentos	Procedimentos (licenciamento)	Além disso, neste tipo de projectos era necessário que câmaras e outras entidades facilitassem os procedimentos, porque a burocracia tolhe-nos os movimentos. A burocracia que temos de enfrentar para concorrer a fundos comunitários e a pouca flexibilidade de quem deve fornecer-nos licenças e autorizações para concluir os projectos.	7
Constrangimentos	Procedimentos (Prazos)	Segundo, o projecto teria avançado mais rapidamente se fizessemos as coisas mais depressa. Mas não foi possível fazê-lo, um pouco por falta de experiência na candidatura a este tipo de programas. (...)	1
		Houve poucos ou nenhuns aspectos negativos. Talvez a nossa falta de tempo tenha condicionado o processo, porque nem tudo correu com a rapidez desejada. Mas temos muitas outras coisas para fazer e o tempo nunca chega. (...)	

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		Primeiro, passado este tempo todo, penso que deveríamos ter avançado com o pedido de financiamento não só para os dois equipamentos mas para as obras e material complementar que foi necessário adquirir mais tarde. Daria mais algum trabalho mas eram despesas elegíveis. Mas tivemos algum receio de demorar muito mais tempo e não avançámos	
Constrangimentos	Procedimentos (Prazos)	Nada de especial [no mais negativo]. Provavelmente o tempo que decorreu entre o início do projecto e a sua concretização. Talvez fosse preferível encurtar os prazos porque, se melhorámos a qualidade e a facturação, quanto mais cedo o conseguíssemos melhor teria sido.	3
Constrangimentos	Procedimentos (Prazos)	Apressar um bocadinho as obras. De facto também nos atrasámos, depois, na aquisição do equipamento. Tudo ficou um bocado desfasado.	9
Constrangimentos	Procedimentos (Prazos)	Na altura em que propusemos a candidatura tínhamos prazos estipulados. Tivemos depois, no fim, de justificar porque não foram cumpridos. Possivelmente por culpa nossa porque, desde a entrega da candidatura e da aprovação até à promulgação, sempre demorou algum tempo. Ou seja, quando se esperava um mês demorou três. Se calhar o projecto acabou por se arrastar mais seis ou sete meses do que o previsto.	10
Constrangimentos	Recursos (Consultores)	Gastei muito dinheiro com a consultora e se o Saúde XXI me tivesse facilitado a vida eu teria aumentado o investimento no projecto. Tive muito trabalho para receber apenas 3.000 contos...	2
Constrangimentos	Recursos (Consultores)	Tive uma despesa adicional [com a consultoria] por causa disso e comecei a ficar preocupada, pois continuava sem ter a certeza que financiaríamos o projecto. (...) Estava preocupada, obviamente, mas era uma questão de tempo e de sorte para as coisas correrem bem...	3
Constrangimentos	Recursos (Consultores)	Não [Nem a consultora, nem o contabilista, a informaram] e só dois anos depois fui surpreendida com uma carta a pedir prova do contrato de trabalho.	5
Constrangimentos	Recursos (Consultores)	Em primeiro lugar, teria de arranjar alguém sério, honesto e competente para tratar de tudo. E ter a sorte de acertar em alguém que o fosse na realidade... (...)	8
		Como lhe disse, a falta de conhecimentos das pessoas que me tratavam do processo. Por isso, quando o Saúde XXI me pedia determinados elementos, procurá-los e saber o que responder e o que enviar era uma enorme dificuldade. (...)	
		Não quis alterar o projecto devido às poucas condições de apoio de que dispunha, pois não tinha ninguém capaz de tratar disso. As tantas eu quis livrar-me deste processo o mais depressa possível e nem pensei em alterar pormenores da candidatura....	
Constrangimentos	Recursos (Fornecedores)	Houve foi problemas com as outras entidades ligadas às questões eléctricas.	1
Constrangimentos	Recursos (Fornecedores)	Confiei demais [nos fornecedores], não tenho dúvidas. A uns porque conhecia e a outros porque me faziam exigências e eu não percebia nada da matéria, nem sabia então que, mais tarde, teria de justificar detalhadamente esses pagamentos.	8
Constrangimentos	Recursos (Fornecedores)	Teria corrido melhor se a culpa não tivesse sido também nossa, com as obras. Se tivesse havido um pressing maior.	9
Constrangimentos	Recursos (Recursos Humanos)	Apenas exigiram a criação de um posto de trabalho. Eu joguei um pouco no escuro, aceitando uma pessoa com um contrato de trabalho sem termo. Isto poderia ter posto em causa todo o projecto, porque aqui não se consegue, facilmente, alguém para trabalhar nesta área. Tive alguma sorte, porque encontrei depressa uma pessoa que precisava de trabalhar, embora resida a 25kms de distância, em [local]. (...)	5
		No entanto, dois anos depois de concluído o projecto, o Saúde XXI pediu-me cópia do contrato de trabalho desta pessoa. Ora, esta é uma região onde não é fácil arranjar gente para trabalhar. Basta dizer que, nos últimos anos, passaram por aqui	

9 assistentes dentárias e nenhuma quis ficar.(...)

Porque as pessoas não querem trabalhar e é difícil encontrar empregados nesta zona. Dou as garantias todas que a lei determina (horário normal, ordenado e horas extraordinárias), mas as pessoas não querem. Este é o principal problema desta casa.

Fala-se muito nos direitos dos trabalhadores, mas ninguém fala hoje dos deveres dos trabalhadores. Eu tenho funcionários excelentes, mas tenho de lhes dar tudo o que pedem. "Pontes", dispensas e bom ambiente, por exemplo.(...)

Mas face às despesas que tive de suportar para cumprir toda a burocracia exigida, acabei por gastar mais do que supunha necessário...

Sim ... [aprovação incluiu o valor total do investimento] Mas depois, como o que eu adquirira inicialmente tinha valor inferior à contrapartida que nos era exigida até ao dia da aprovação do financiamento, acabámos por reduzir o valor efectivamente pago pelo Saúde XXI.

Adquirimos o estritamente necessário e o valor do financiamento correspondeu ao limite exigido. Não quer dizer que hoje não precisasse de mais equipamento, ou que não venha a precisar dele no futuro, mas na altura era o que podíamos adquirir face às disponibilidades financeiras da empresa.

Tem, nomeadamente, as constantes exigências burocráticas e a imposição para adquirir mais equipamentos. A certa altura pensei que não teríamos dinheiro para suportar a contrapartida do investimento, dentro dos prazos exigidos.

Nada [faria de forma diferente no projecto]. Acho que o projecto correu muito bem. Porém, talvez não tivesse apresentado uma candidatura de valor tão elevado quanto o inicial.

Eu estive quase a desistir porque, às tantas, saía mais dinheiro do que aquele que esperava poder vir a receber.

Houve alguma dificuldade nessa fase e por isso acho que, neste tipo de coisas, valerá a pena ter capacidade financeira própria bem negociada e não esperar que as coisas corram da melhor forma. Convém desconfiar. Eu confiei muito.

A partida, para mim, a questão financeira era uma mais-valia de ajuda para o arranque, mas este só foi possível com todos os esforços da empresa, de capitais próprios e muita ajuda da entidade bancária. (...)

O projecto foi sempre pesadíssimo, para nós, em relação às contrapartidas financeiras. Mas só pagaram no final. Ter-nos-ia sido muito útil que isso sucedesse, mas não o conseguimos. (...)

É preciso ter capacidade e sustentabilidade próprias. Confiei demasiado em dois ou três parâmetros do contrato (o adiantamento e o pagamento por tranches) e fiquei com a ideia que, se essas facilidades tivessem sido concedidas,

juntamente com as receitas de serviços próprios, teríamos conseguido fazer face aos nossos compromissos mensais. (...)

O constrangimento financeiro e a negociação das tranches de pagamento. Não havendo adiantamentos, para não parar o projecto fomos obrigados a recorrer a financiamento próprio.

Este projecto deveria ter sido feito assim: empréstimo, obras diversas, no mesmo *timing* pedido de pagamento. Quando chegasse ao trâmite das coisas, a escolha de equipamentos, a escolha de tudo, a aquisição de tudo, antes, de modo a que se fizesse isto tudo atempadamente. E quando fossem pedidos os pagamentos já estávamos a receber pelo projecto. Para não haver um buraco financeiro. Não foi o que aconteceu e ficámos com um desfasamento.

É claro que isso tem outras implicações, nos capitais próprios, o que também não é muito recomendável. Imagine que tínhamos um projecto de 500.000 euros. Teríamos de ter em capitais próprios 125.000 euros. Isso tem custos elevados.

Embora o valor daquilo que o Saúde XXI nos dá seja uma parte das necessidades reais.

Financiam só equipamento, mas tudo corresponde a uma acreditação da estimativa dessa parte toda (análise comparativa entre a actividade estimada e a registada). Na parte da conclusão do projecto tive que enviar documentação a comprovar. O que realmente foi feito naquele ano, para ver se correspondia ao que nós tínhamos previsto. De facto foi um bocadinho inferior. Não sei se foi por isso ou não, foi o que nos disseram (inexplicavelmente um bocadinho assim no ar). Nós achámos

Constrangimentos Financeiros

Constrangimentos Financeiros

Constrangimentos Financeiros

Constrangimentos Financeiros

Constrangimentos Financeiros (Incentivo)

		que sim mas, até hoje, achámos que devia ter sido [financiado] um bocadinho mais. Mas pronto. Eles disseram que estavam feitas as contas do que faltava e mais não sei quê. E enviaram-nos o mapa final com correções de valores... (...) Teria pedido um financiamento maior. Não teria sido tão certinha e rigorosa. Porque eu não pus nem uma cadeira a mais... Num universo de quatro cadeiras eles patrocinam uma. Não sei onde está o resto... [do valor do incentivo atribuído]. Não percebo as contas... Eu acho que as coisas empancam na troca de pessoas lá. A nossa contabilista, é que está em cima dessa área. Eu, confesso, ocupo-me da área clínica e já me chega. Mas não percebo... Faltam documentos? Não sei. Acho que não.	10
Constrangimentos	Financeiros (Incentivo)	Se calhar teria feito orçamentos bastante superiores. Houve aqui, também, alguma inexperience da nossa parte. Fizemos uma sondagem, pedimos alguns orçamentos e entregámos a candidatura com os orçamentos mais baixos que nos deram. Isso implica que quanto menor for o investimento menor é o incentivo. Mas tivemos de fazer alterações no equipamento e a verba concedida pelo Saúde XXI foi esgotada e não chegou. (...) Quando à candidatura, a tal questão dos 38% sobre o valor real do investimento, incluindo o IVA, porque as unidades de saúde não podem deduzi-lo pois não o cobram.	3
Constrangimentos	Saúde XXI	Tive alguns contactos com pessoas do Saúde XXI e foram sempre muito prestáveis. Algumas pessoas mudaram durante o processo, devido a gravidez e outras situações pessoais, mas o atendimento foi sempre correcto.	6
Constrangimentos	Saúde XXI	Se dependesse apenas do Saúde XXI o andamento do projecto, ele teria falhado.	9
Constrangimentos	Saúde XXI	O que correu bem? O Saúde XXI tem uma equipa que me parece bastante acessível e só nesta fase final é que nunca estavam. Portanto, andei meio ano com uma que estava fora, com outra que não sabia e com o projecto em cima de uma mesa do dr., para ser assinado. Tive de ligar em berros a perguntar quando é que estava. (...) Mas durante o processo foram bastante acessíveis [no Saúde XXI]. Eu lembro-me, perfeitamente, que a contabilista teve muita paciência, porque eles próprios pareciam estar também a aprender o projecto. Isto parecia ser uma coisa complicada, mas não era.	

FASE – AVALIAÇÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Objectivos	Eficácia	Sim, de uma forma correu tudo dentro da normalidade [executado de acordo com o previsto].	4
Objectivos	Eficácia	Sim, penso que sim.	5
Objectivos	Eficácia	Não houve um grande desvio. Penso que os serviços públicos têm alguma dificuldade em compreender como é que as empresas funcionam no dia-a-dia, tendo de facturar serviços e pagar aos seus profissionais.	6
Objectivos	Eficácia	Seguramente demoraria muito mais tempo a concretizar o projecto. E, provavelmente, algumas coisas teria feito de outra maneira porque disporia de mais tempo para pensar e reflectir. Como disse há pouco, as coisas evoluem e com o passar do tempo mudamos de planos. A ideia de base foi concretizada de princípio a fim, conforme era imperativo, mas para mim algumas coisas deveriam ter sido mudadas. Portanto, com prazos mais dilatados muita coisa seria diferente. Dentro dos prazos concedidos, fizemos o que foi possível.	7

Objectivos	Eficácia	Tudo isto causou-me imensos aborrecimentos e não fiquei com expectativas de ser bem sucedido, não por culpa das pessoas do Saúde XXI mas pela envolvente a que tive de estar sujeito. (...) Não [utilizei toda a verba concedida] porque depois cheguei à conclusão que não deveria adquirir certos equipamentos. Por exemplo, desisti de uma fotocopiadora que custava 400 contos. Achei que precisava não de uma mas de três fotocopiadoras e, como tal, deixei de aproveitar a verba concedida para adquirir essa fotocopiadora mais cara. Foram algumas coisas desse género.	8
Objectivos	Eficácia	Há coisas que hoje não teria pedido, sabendo, à partida, que não seriam financiadas.	9
Objectivos	Eficácia	Normalmente, os pedidos de pagamento atrasavam-se um mês ou dois. No seguinte, idem. Quando chegámos ao fim, salvo erro o prazo fora excedido em seis meses.	10
Objectivos	Eficácia (não)	Não decorreu [de acordo com o que foi aprovado] porque não consegui fazer o investimento máximo por eles concedido inicialmente. (...) Quando entregámos a candidatura, o projecto era de um investimento muito superior ao que acabaria por ser concretizado. Mas porque a nossa contrapartida era muito superior ao que podíamos gastar, acabámos por reduzir o valor do financiamento.	2
Objectivos	Eficácia (não)	Em relação ao projecto, sim [atingir objectivos]. Relativamente às instalações não, porque no decorrer da nossa actividade profissional há sempre necessidade de ir modificando algumas coisas. (...) Provavelmente mudaria para um edifício mais moderno, construindo instalações apelativas e futuristas. Mas como tenho parque privado, que é muito útil, por uma questão de comodismo acabei por ficar aqui. O meu sócio trabalha numa área diferente e não tem muita sensibilidade para estas coisas e, sozinha a decidir, acabei por não pensar o suficiente no assunto. Com o meu marido remo um pouco contra a maré... Considero que atingi os objectivos, mas gostava de ter recebido apoio para mais coisas. Eu apresentei várias propostas, mas aprovaram apenas uma. Tudo bem, não sou exigente. Queria mais, mas fica para outra altura... A tal unidade móvel de raios X teria sido uma coisa importante. Cheguei a demonstrar que, numa corrida de automóveis ou de motos, ou em qualquer outra actividade desportiva, qualquer pessoa pode cair e fracturar algo. Havendo uma unidade móvel ao lado, imediatamente pode saber-se qual a extensão da fractura. Não há este aparelho em parte alguma do país! Possivelmente [não mudava] nada, faria tudo da mesma maneira. As obras foram as necessárias e os equipamentos também.	3
Objectivos	Eficácia (não)		11
Objectivos	Eficácia		4
Objectivos	Eficácia	Em terceiro lugar, a serenidade com que o projecto decorreu e o facto de não se ter afastado da realidade prevista.	4
Objectivos	Eficácia	Ultrapassei em muito os objectivos, porque nunca pensei ter o desenvolvimento conseguido. Isto teve a ver, certamente, com a qualidade do projecto.	8
Objectivos	Eficácia	Toda a verba disponibilizada foi utilizada... e não chegou! Da nossa parte nada [alterava], porque fomos avançando ao sabor do andamento do processo. Não tivemos qualquer percalço, nem mesmo com as obras. Os nossos prazos sempre foram cumpridos, as respostas deles é que tardavam. Foram [não chegou a utilizar toda a verba concedida], porque os preços que eu inicialmente conseguira eram bastante mais elevados. E eu consegui negociar preços mais baixos. Tinha um equipamento com custo estimado à volta de 10.000 contos e consegui comprá-lo por pouco menos de metade. Adaptei as condições técnicas desse equipamento às mesmas de um outro que era topo de gama. E para este tipo de finalidade serve perfeitamente. Existem poucos em Portugal, tenho-o utilizado sem qualquer problema e como tive conhecimento, pela própria empresa, que podia ser idêntico a outro, preferi este.	10
Objectivos	Eficiência		6

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Objectivos	Eficiência	Sim, investi mais do que pensava. Mas isso é habitual a quem faz projectos. Não encaro isso como uma situação negativa. Além disso, os projectos vão sofrendo alterações e o que planeamos hoje poderá ter de evoluir daqui a um ou dois anos. Perante as expectativas que tinha, ultrapassei-os largamente! Executei o projecto completamente.	7
Objectivos	Eficiência	Voltava a fazer o projecto igual [no Saúde XXI]. Porque as necessidades seriam as mesmas. Diminuiu, se calhar, uma marquesa. Menos móveis porque o espaço seria menor. Mas, proporcionalmente, as necessidades seriam idênticas.	9
Objectivos	Benefícios	Temos melhores condições de trabalho.	3
Objectivos	Benefícios	Foi melhorar a prestação de cuidados ao utente, o principal motivo da nossa existência. Um dos objectivos das obras era melhorar a prestação de cuidados e conseguimos atingi-lo.	3
Objectivos	Benefícios	Houve também significativo reequipamento, pois o que tínhamos já era velho.	3
Objectivos	Benefícios	Ajudou-nos financeiramente, permitiu haver uma pessoa a trabalhar comigo e ajudou a modernizar a clínica.	2
Objectivos	Benefícios	Comprei mais e melhores aparelhos, admiti uma empregada e fiz mais algumas benfeitorias na clínica temendo que, no futuro, a ARS viesse a fazer novas exigências.	2
Objectivos	Benefícios	O mais positivo, em primeiro lugar, talvez tenha sido a melhoria das condições de trabalho.	4
Objectivos	Benefícios	Os acessos foram também muito melhorados. Lá em cima não havia estacionamento e agora há. E o acesso para deficientes também é muito mais fácil. Temos rampa, temos espaço para macas e cadeiras rodas, etc.	4
Objectivos	Benefícios	Mudou tudo, sobretudo no atendimento. Hoje é muito melhor e mais personalizado. Temos muito melhores condições de trabalho. A privacidade do doente é, também, incomparavelmente melhor e isso para mim é o mais importante. Neste aspecto, houve quase 99,9% de melhoria...	4
Objectivos	Benefícios	Há dois anos, a clínica foi a 25.ª no país a ter aparelhos licenciados de acordo com as normas comunitárias (selo CE).	5
Objectivos	Benefícios	Modernizámos as instalações e o equipamento. Dantes havia cá aparelhos com botões e hoje são digitais, o que impressiona favoravelmente os doentes. Relativamente à cadeira do dentista, foi uma boa aquisição porque cumpre as normas comunitárias, nomeadamente, o facto de ter um dispositivo interno que separa a amálgama do resto do material do dentista. A amálgama é um produto poluente. O gabinete antigo parecia um pouco envelhecido devido ao uso e a sala hoje é melhor e mais acolhedora porque tem uma cadeira moderna.	5
Objectivos	Benefícios	Do ponto de vista da empresa, a negociação este projecto foi importante pelo vínculo, pela organização e pela necessidade de corresponder a exigências, tais como a contratação de pessoas. E sem a empresa parar. Foi preciso comprar fax, que não existia. Temos computadores e Internet. Crescemos e, se necessário, temos meios para pedir a ajuda de um colega, à distância.	6
Objectivos	Benefícios	Como lhe disse, houve coisas que, ao longo do processo, fui alterando. Nomeadamente equipamentos e a organização da empresa. E depois de termos executado o projecto pensamos que poderíamos ter feito algumas coisas bem melhor. Quanto a identificar concretamente algumas coisas, talvez tivesse feito uma divisão diferente do espaço. Se fosse hoje talvez algumas obras tivessem sido feitas de forma diferente.	7
Objectivos	Benefícios	A qualidade dos serviços que prestamos aos utentes aumentou substancialmente e isso é bom, até a nível social.	7

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Objectivos	Benefícios	O financiamento concedido foi mínimo em relação ao total investido. Foi útil ter podido ir buscar dois mil e tal contos, mas pouco alterou de substancial na clínica.	8
Objectivos	Benefícios	A criação desta unidade de saúde (...) acreditar que as coisas possam melhorar.	10
Objectivos	Benefícios	A única alteração foi a substituição de um equipamento mais antigo por outro moderno, na área pulmonar. É normal haver evoluções.	11
Objectivos	Recandidatura (sim)	E talvez no futuro haja novos investimentos porque esta experiência correu de forma geralmente positiva. (...) Em todas as candidaturas que apresentámos (FAIA, IEFP e Saúde XXI, nomeadamente), fomos tentar que nos ajudassem e sempre o conseguimos. Para a próxima vez estudaremos a candidatura com maior profundidade, em face das perspectivas do mercado, e as coisas correrão certamente ainda melhor.	1
Objectivos	Recandidatura (não)	Em todo o caso, se as exigências fossem as mesmas deste processo de candidatura certamente não concorreria. Talvez [concorreria a novo investimento], apesar das imensas complicações, se a ARS do Alentejo celebrasse conosco uma convenção sobre o SNS.	2
Objectivos	Recandidatura (sim)	Se, quando decidirmos ampliar a clínica de Campo Maior, for possível voltarmos a candidatar-nos, obviamente fá-lo-emos de novo.	4
Objectivos	Recandidatura (não)	Mas, alguns anos volvidos e mais cansada devido ao esforço que representa manter esta casa aberta, creio que não concorreria ao programa. Acho que não [teria feito a candidatura ao Saúde XXI]. Há que ponderar várias coisas. Eu não precisava da candidatura e só a iniciei porque o contabilista a sugeriu. E não concorreria hoje porque o Saúde XXI me exigiu a admissão de uma funcionária e, dois anos depois, volta a pedir-me o contrato da mesma pessoa, sem cuidar de averiguar se essa pessoa era ou não o Diabo! Joguei um pouco no escuro e tive sorte. Mas hoje poderia estar numa situação complicada.	5
Objectivos	Recandidatura (não)	Por isso nunca mais pensei em candidatar-me ao Saúde XXI, porque me dei muito mal com a primeira experiência.	8
Objectivos	Recandidatura (sim)	O processo nem foi moroso ou difícil. Foi uma boa experiência. Sempre que necessitei de apoio do Saúde XXI, não tenho nada a apontar. Voltava a candidatar-me! Se o voltar a fazer, deixarei uma margem de manobra mais folgada para depois poder tirar melhor partido das situações.	10

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Resultados	Satisfação financiamento	Sim, estou satisfeita. Sabia quanto ia receber e estava tudo programado para executar o projecto.	3
Resultados	Satisfação financiamento	Aqui tivemos um financiamento da ordem dos 41% e foi melhor que não ter nenhum. (...) Fiquei, fiquei satisfeito. Não estava à espera de outra coisa. Se, como em Campo Maior, estivesse à espera de 75% de financiamento e depois viessem 30%, diria que não estou satisfeito. Mas neste caso não, porque os valores que me foram apresentados foram os definitivos. Portanto, não houve surpresas desagradáveis.	4

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Resultados	Satisfação financiamento	Sim, depois dos problemas estarem resolvidos penso que valeu a pena. A vida é uma luta constante e se tivermos alguma ajuda é positivo.	5
Resultados	Satisfação financiamento	Estou satisfeito porque, por vezes, tem-me ajudado a ultrapassar algumas dificuldades. Esse dinheiro estava e está numa conta à parte e, de acordo com a opção feita, mensalmente vai sendo retirada uma pequena verba para a gestão do nosso dia-a-dia. Isso permite-nos ir abatendo esforço à nossa factura mensal. Agora estou, mensalmente, a utilizar esse dinheiro para tornar menos delicada a nossa gestão.	6
Resultados	Satisfação financiamento	Perante as expectativas que tinha, ultrapassei-os largamente! Executei o projecto completamente.	7
Resultados	Satisfação financiamento	Sim, estamos satisfeitos. Mas foi-nos concedido somente o que estava legislado. Só podíamos ir até ali e foi o que nos deram. Mas talvez pudessem ter ido um pouco mais longe... Depois de verificarem que cumprimos todos os objectivos e procedimentos exigidos, que o projecto estava concluído e em pleno funcionamento, talvez nos pudessem ter dado uma benesse, considerando que a merecíamos.	1
Resultados	Satisfação financiamento	O financiamento ajuda, é certo, mas complica imenso a viabilidade dos projectos. (...) Foi bom termos recebido esse apoio, face ao elevado investimento realizado numa clínica inteiramente nova.	2
Resultados	Satisfação financiamento	O financiamento foi o aspecto mais positivo. (...) Achei o financiamento escasso, face a todos os problemas que tive de enfrentar para conseguir 35%.	8
Resultados	Satisfação financiamento	[O projecto do Saúde XXI] Foi uma coisa mínima. Foram uns sete mil e tal contos. É pouco, face ao conjunto do investimento. Acho que há um desajuste na percentagem financiada, face às reais necessidades, para uma empresa se sentir patrocinada... Parece que fica sempre aquém das reais necessidades da pessoa que tenta fazer um projecto deste tipo.	9
Resultados	Satisfação financiamento	De uma forma geral, estou satisfeito, claro. Mas podia estar ainda mais se o apoio tivesse sido de 38% sobre o valor total do investimento, incluindo o IVA. Mas não foi, porque excluiu o IVA. Mas, de uma forma geral, estou satisfeito e acho que as coisas correram bem.	10
Resultados	Satisfação financiamento	Sabendo que era muito difícil, decorreu de forma a poder festejar com champagne quando chegou... O pobre que recebe qualquer coisa fica sempre agradecido... Mas tenho pena de não ter sido reconhecido noutras valências, na área da endoscopia ou até na unidade móvel. Era interessante e foi pena isso não ter sido considerado. Admito que possa ter havido dificuldades económicas e não estou contra ninguém. Ao fim de 23 anos a investir na área da saúde na zona do Seixal e sempre tendo achado que era complicado haver apoio de alguma entidade, uma vez na vida recebi ajuda para investir essa foi a grande diferença! Registo-o como o mais importante, porque foi na minha área, a da função respiratória. (...) A minha ideia era muito boa, mas não posso obrigá-los a considerá-la como tal. A decisão é deles. Certamente há muita gente a pedir dinheiro e, portanto, terão de dividir as verbas disponíveis pelo maior número possível. Deram-me aquele bocadinho a mim e fiquei satisfeito. Queria mais, mas não há... Já fiz bastante e ainda quero fazer mais, mas foi suficiente o que recebi. Quem nunca teve apoio para nada, receber qualquer coisa já é satisfatório...	11
Resultados	Efeito Positivo (Valorização)	Para a empresa [o mais positivo] foi o facto de ter obtido o financiamento. Foi um importante teste à nossa capacidade.	1
Resultados	Efeito Positivo (Reconhecimento)	A unidade de Raios X veio permitir um melhor conhecimento da clínica também nas outras valências. Tal como o ginásio permite divulgar os Raios X. Isto é uma bola de neve... Um dos grandes objectivos também era esse.	1

Resultados	Efeito Positivo (Receitas)	1	Hoje tudo isto está implementado e nota-se um aumento gradual de receitas, embora não muito. Tivemos mais receitas, a nossa prestação anual de serviços tem vindo a crescer e penso que crescerá ainda mais. Há margem de progressão.
Resultados	Efeito Positivo (Valorização)	3	Valorização profissional, também.
Resultados	Efeito Positivo (Procura)	3	Sim, temos [mais clientes e maior produtividade]. Não é coisa muito significativa, porque trabalhamos mais uma hora ou hora e meia por dia, mas temos maior afluência.
Resultados	Efeito Positivo (Desenvolvimento empresa)	3	Alargámos também o horário de funcionamento, em mais uma hora, porque eu e a minha colega temos mais disponibilidade de tempo para trabalhar em horário pós-laboral. Só que, como também temos mais espaço para trabalhar, incrementámos o atendimento. Temos também uma terapeuta, que colabora mais tempo.
Resultados	Efeito Positivo (Procura)	4	Desde que mudámos para aqui as coisas têm vindo a melhorar acentuadamente, quase duplicando o número de utentes. A empresa tem mais procura, talvez porque temos também condições para acolher mais doentes simultaneamente. (...)
Resultados	Efeito Positivo (Licença)	5	Em segundo lugar, o aumento do volume de clientes. Quanto ao financiamento: consegui uma boa funcionária; o reequipamento veio na hora certa porque, dois anos depois, fui vistoriada e imediatamente obtive licença de funcionamento pois tinha todos os aparelhos exigidos; escolhi o material certo na hora certa, para as necessidades certas.
Resultados	Efeito Positivo (Reconhecimento)	6	Eu sou empresário por inerência da opção tomada e esta experiência alertou-me para pormenores que são novos para mim. Eu fazia clínica privada individualmente e só dominava algumas coisas rudimentares e aqui as coisas são diferentes... A empresa tem um nome, por trás dela está a minha pessoa e o conhecimento que os interlocutores tinham de mim gerou alguma confiança.
Resultados	Efeito Positivo (Desenvolvimento empresa)	6	Foi um trabalho maduro, que nos ajudou a ter uma etapa de crescimento da organização interna e a atingir um patamar que nos obriga a trabalhar muito manter esse crescimento contínuo.
Resultados	Efeito Positivo (Valorização)	6	O projecto foi também importante para procurar respostas mais profissionais àquelas que a empresa vinha tendo. E tenho maior capacidade de assumir responsabilidades, que não existiam enquanto prestador individual de serviços à própria empresa. Tudo isso obrigou-nos a um processo de sistematização e a contactar pessoas que nos ajudaram nesse trabalho. (
Resultados	Efeito Positivo (Procura)	7	O lado positivo foi termos conseguido atender um maior volume de população e termos maior qualidade na prestação de serviços;
Resultados	Efeito Positivo (Receitas)	9	Acho que manteríamos. Se bem que ficássemos um bocadinho pior... Claro que abatemos uns bons valores com a alteração do projecto, abatemos bastante no que gastámos. Abatemos às contas caucionadas, que nos foram solicitadas para fazer alguns pagamentos que os fornecedores nos estavam a exigir.
Resultados	Efeito Positivo (Procura)	9	Trouxe mais clientes. Mas não acredito que seja consequência do Saúde XXI. Acho que as pessoas não referenciam o que é o Saúde XXI, a não ser as do meio.
Resultados	Efeito Positivo (Valorização)	9	O financiamento, um certo orgulho por o ter conseguido e o rigor que impõe no controlo de funcionamento da clínica. Obriga a que a pessoa esteja sempre em cima dos problemas. Não se pode deixar andar.... Se calhar, a mais valia tem a ver com o rigor. Impus um rigor de fora. Acho que dá credibilidade a uma empresa, também. E, se calhar, potencia as possibilidades de investimentos futuros. Não sei....

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Resultados	Efeito Positivo (Reconhecimento)	Acho que fez com que o centro de psicologia ficasse reconhecido pelo Ministério da Saúde. O que é sempre bom. Acho que as pessoas quando entram e vêem o financiamento se sentem um bocado mais confiantes. Talvez a empresa tenha ganho credibilidade, por ter sido financiada, sintoma de que preenche os requisitos de uma clínica que se quer como tal.	9
Resultados	Efeito Positivo (Valorização)	(...) o que crescemos como pessoas quando nos envolvemos num projecto destes	10
Resultados	Efeito Positivo (Receitas)	A clínica funciona há 23 anos e sempre a crescer. Somos uma referência na zona. Somos uma clínica que sempre trabalhou acordos com todas as entidades e independentemente do valor que pagam pelos actos. Praticamente nada. O financiamento foi uma gota de água em relação ao que investi. Não mudou nada porque já tinha tudo a funcionar. Quando muito, momentaneamente, fiquei mais aliviado das dificuldades económicas.	11
Resultados	Efeito Negativo (financeiro)	Foi um passo no escuro e, se calhar, durante o primeiro ano em que a unidade esteve aberta, provavelmente, estivemos a trabalhar para pagar aos técnicos e aos médicos, porque estas unidades têm de ter médico radiologista e técnicos de Raios X ao seu serviço.	1
Resultados	Efeito Negativo (procura)	Não notei nenhum aumento [volume clientes] porque aqui em Reguengos de Monsaraz as coisas são sempre muito iguais...	2
Resultados	Efeito Negativo (acordos)	Gostava de ter mais trabalho mas, infelizmente, é praticamente igual ao que havia no início. Se continuar como está, estou satisfeita. Mas gostamos sempre de mais trabalho e aqui no Alentejo somos discriminados em termos de acordos.	2
Resultados	Efeito Negativo (procura)	Sim [perdi clientes], porque eles [no hospital] não dizem a essas pessoas que têm alternativas. Outros locais do país, quando a capacidade do hospital está esgotada eles recomendam aos doentes que optem pelo sistema convencional. Aqui não passam a credencial para tratamento convencional e nem sequer transmitem ao doente que o tempo de espera é de 3 meses. Não, a afluência manteve-se estável [mudança após concluir projecto]	5
Resultados	Efeito Negativo (financeiro)	Tenho 100 doentes diários em fisioterapia e os restantes procuram-nos para consultas médicas, nomeadamente a parte dentária, para a qual temos três gabinetes a funcionar. Digamos que faço uma má gestão desta casa porque, muitas vezes, vou à área das consultas buscar dinheiro para pagar as despesas da fisioterapia que o Estado me paga mal.	5
Resultados	Efeito Negativo (financeiro)	O equipamento teria sido adquirido de outra forma, porque eu queria fazer leasing e acabei por ter de o pagar na íntegra. Logo, a ideia de ter outros colegas aqui a trabalhar e poder atender mais doentes ficou adiada porque não posso mudar ainda de instalações. Mas estamos a trabalhar para o conseguir. A grande dificuldade que a minha empresa tem, neste momento, é a obrigatoriedade dos pagamentos mensais do financiamento bancário. Fiquei com um encargo elevado, porque inicialmente a amortização fora prevista para oito anos e acabou reduzida a quatro.	6
Resultados	Efeito Negativo (instalações)	Nesse aspecto, a maior dificuldade que enfrento é a exiguidade das instalações face à ideia inicial do projecto. Faltam dois ou três princípios básicos para um funcionamento mais eficiente e rentável, como ter unidades de diagnóstico, de terapêutica e de clínica. Se conseguir ter este modelo a trabalhar em paralelo, penso que conseguimos realizar a ideia inicial.	6
Resultados	Efeito Negativo (procura)	Lido com isso todos os dias [falta de clientes], pago o preço da interioridade e é muito difícil ter rentabilidade em equipamentos que são caros e são utilizados num sector específico, implicando a obtenção de receitas complementares em sectores mais reconhecidos da população.	6
Resultados	Efeito Negativo (risco pessoal)	Mudou muito a minha vida. A partir do momento em que assumi que as coisas estavam encaminhadas para uma unidade deste tipo, eu enveredei por aquele que me parece ser o maior desafio da minha vida profissional: há um ano resolvi sair da função pública. Para um médico jovem, que acaba a faculdade, a maior aspiração é entrar na função pública. Mas abandonar esse estatuto, ao fim de 25 anos, para se lançar em alguma coisa em que acredita, é, segundo a opinião dos meus colegas, uma	6

ingenuidade, para não dizer a loucura total. Acredito que o seja porque, desde há um ano, a minha qualidade de vida não melhorou. Ainda não consegui ter uma rede e a estabilidade suficiente para diminuir a carga de trabalho útil. Isto tem a ver com o projecto, porque a empresa já existia e eu podia alimentá-la como um *part-time* compatível com a minha função dentro do Estado. A partir do momento em que desenhei e equipei um modelo de actuação que não passa por outras pessoas, depende apenas da minha dedicação, comecei a perceber que não podia estar, simultaneamente, aqui e no Estado. Então fiz a opção. Esta é a maior aposta da minha vida e vamos ver se a ganho. Estar fora da função pública significa estar no mercado de trabalho.

Resultados
Efeito Negativo
(acordos)

6

O pressuposto deste projecto era muito claro: estar ao serviço de populações específicas. E propus aos organismos oficiais, nomeadamente aos serviços de saúde, às áreas educativa e da saúde escolar, às universidades, a celebração de protocolos. Recentemente estive num congresso de desporto, em que apresentei uma comunicação, onde também apresentei uma proposta de parceria entre este centro e as três entidades que têm responsabilidades nesta área, Instituto do Desporto, Associação de Municípios, o CAE e outros. Até hoje, nada!

Resultados
Efeito Negativo
(financeiro)

7

Infelizmente, uma das coisas não correu tão bem como pensávamos. Trata-se do não aumento da facturação, de que o Saúde XXI não tem culpa. Aumentou ligeiramente o volume de atendimento, mas por força dos acordos celebrados pela clínica – cujo valor está sempre a descer – a receita não aumentou. Não [conseguiu compensar o investimento] e isso tem a ver com a situação económica do país. Para manter esta casa aberta as exigências são cada vez maiores e influem nas despesas, mas não obtemos compensação do lado das receitas para suportar tal acréscimo de encargos. Os resultados económicos não têm sido os esperados.

Resultados
Efeito Negativo
(financeiro)

9

...o negativo foi não ter havido a correspondente contrapartida financeira...
Preços especiais para irmãos. Fazemos de tudo um bocadinho. E as pessoas quando dizem que não podem pagar, não importa, venham à mesma... Há facilidades... Não sei se vou receber ou se vou receber alguma coisa. Mas facilito, na tentativa de que as pessoas não desistam. O que interessa, sobretudo, neste tipo de clínica, são os contactos. As pessoas vêm pelo telefone, falar da vida. E deste lado tem de estar sempre uma pessoa disponível para ouvir e comentar. Para dar força. Para dar um bocadinho de confiança e encaminhar para o sítio certo. Se é uma terapia de fala, se é para uma psicologia. Porque as pessoas precisam da nossa ajuda. Porque o filho tem três anos e não fala bem... Temos de dar às pessoas uma certa segurança, mostrando disponibilidade para tudo. Mas depois as pessoas dizem que não têm dinheiro. Tudo bem, venha na mesma. Mas depois chegam aqui e não têm coragem de não pagar... E vão pagando. Na psicologia ou na psiquiatria, ou na terapia da fala, as pessoas precisam de ajuda. E as pessoas acabam por vir. Temos facilidades para tudo. Temos contactos com centro de saúde que mandam pessoas a custo zero. Não cobramos porque as pessoas são carenciadas. Como os subsídios da Segurança Social agora não pagam... As pessoas só tendo a alínea não sei quantos, com um grau de deficiência qualquer, é que os serviços pagam....

Como temos feito muito trabalho a nível de escolas, com parcerias daqui e dali, como temos ganho muitas seguradoras... Parcerias com escolas, com ginásios onde há muita gente... Porque é muito difícil a psicologia andar pelas seguradoras, porque as pessoas não têm [dinheiro]...

Resultados
Efeito Negativo
(acordos)

9

No fundo, todos os serviços que prestamos são ao sector privado. Aqui não há acordos com caixas de previdência. Normalmente as pessoas financiam consultas com seguradoras, com convenções que eu tenha, etc. Mas nota-se uma diminuição enorme do poder de compra das pessoas.
[A segurança social trabalha] Directamente com a psicóloga. Depois o psicólogo diz o valor de cada consulta ou o valor real aqui do centro, manda o recibo verde dela e quando recebe deixa-nos 30%.

Resultados
Efeito Negativo
(procura)

9

As pessoas viram sempre esta parte da psicologia para os filhos. Quando há alguma coisa de insucesso escolar.... Nós temos alturas em que sabemos que vamos ter mais gente. Agora estão todos de férias. A partir do dia 15, começa tudo a ver que tem

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		problemas na vida. De 15 de Julho a 15 de Setembro ninguém tem problemas. As crianças aparecem cá muito mais depois do primeiro período.	
Resultados	Efeito Negativo (reconhecimento)	Esperava mais projecção em termos da comunidade, embora tenha dado entrevistas a jornais regionais, sobretudo. E tive de as enviar para o Saúde XXI. Tinha de mandar sempre tudo o que ajudasse à divulgação do centro.	9
Resultados	Efeito Negativo (acordos)	[O financiamento só serviu para] montar tudo isto... Nada. Eu julgava que até poderia mudar [por ter financiamento público], nomeadamente em matéria de convenções. Mas não teve qualquer influência positiva nesse aspecto. Sentimos que não podemos dar resposta a uma região que necessita dos nossos serviços, porque temos capacidade instalada mas não há convenções que nos permitam servir toda a gente. Na altura foi positivo. O que acontece é que presentemente (e a experiência diz-nos isso) não há mais unidades privadas destas porque não há apoio do próprio Estado.	10
Resultados	Efeito Negativo (procura)	Nós temos aqui uma unidade com equipamentos novos, com capacidade de resposta para o que as populações precisam, mas estas acabam por não poder usufruir das coisas porque não temos convenção com a ARS. É complicado para os próprios utentes que não podem utilizar os nossos serviços. Esta unidade foi criada, também, na óptica de dar uma mais-valia à zona e às pessoas. Mas trabalhar neste sector é um bocado complicado e não é como abrir um restaurante. As pessoas têm falta de mobilidade e é-lhes difícil vir aqui e beneficiar deste tipo de espaço. Para nós, tanto dá que seja o Estado como o utente a pagar.	10
Resultados	Alavancagem	Acho que sim [mesmo sem o incentivo concretizar o projecto], pois estávamos decididos a ir por diante, com maior ou menor dificuldade. Por acaso apareceu o Saúde XXI, que financiou o projecto. Mas estávamos decididos a procurar qualquer outra coisa que nos ajudasse. Inclusive, a obter leasing, o que seria muito mais dispendioso. Felizmente não foi necessário. Não, não houve dificuldade [por ser necessária contrapartida financeira própria]. Nós tínhamos um projecto e o Saúde XXI veio ajudar-nos.	1
Resultados	Alavancagem	(...) Iniciámos o projecto [a instalação da clínica] antes de nos termos candidatado ao financiamento. Mesmo que não fosse aprovada a candidatura, estávamos decididos a avançar.	2
Resultados	Alavancagem	Provavelmente tê-lo-ia concretizado mais lentamente, porque como não tinha prazos a cumprir faria tudo mais devagar. Assim, como houve imposição de prazos, as coisas foram aceleradas.	3
Resultados	Alavancagem	Sim [sem o incentivo teria realizado o projecto], talvez até estivesse melhor porque teria dinheiro.	6
Resultados	Alavancagem	Depois do projecto concluído adquiri muitos mais [equipamentos] que ultrapassam, de longe, o valor do financiamento concedido. (...) O projecto foi uma peça dentro do conjunto [Investimentos realizados na empresa]. (...)	8
Resultados	Alavancagem	As decisões estavam tomadas, com ou sem Saúde XXI iria fazer o investimento e já tinha dado início ao projecto. Eu compreí o que compreí e depois veio o apoio. O que entreguei foram facturas de aquisições reais. Se viesse o financiamento, vinha. De contrário, a compra estava feita.	11
Resultados	Alavancagem	Para ser sincero, não tinha [realizado o investimento]. Porque a pessoa vai um bocado ao sabor destas situações mas, no final, 38% de um investimento de 100.000€ deveriam equivaler a um financiamento de 38.000€, mas, retirado o IVA, o aliciente não é o que parecia... Se soubesse não tinha [criando a clínica]. E como as coisas estão agora, ainda menos. Agora nem com financiamento.	10

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Resultados	Alavancagem	Se aqui eu tivesse as mesmas condições [que em Espanha], em vez de ter feito um projecto de investimento de 30 e tal mil contos, teria, provavelmente, feito de 100 mil ou mais, o que permitiria ter muito melhores instalações.	4
Resultados	Alavancagem	Talvez tivesse adquirido também um ecógrafo, mas isso implicava despesa adicional da minha parte, pois esse aparelho custa cerca de 40.000 euros e o Saúde XXI só o financia em 41%. O resto teria de ser eu a financiar, o que elevava substancialmente os encargos bancários.	4
Resultados	Alavancagem	Seguramente demoraria muito mais tempo a concretizar o projecto. E, provavelmente, algumas coisas teria feito de outra maneira porque disporia de mais tempo para pensar e reflectir. Como disse há pouco, as coisas evoluem e com o passar do tempo mudamos de planos. A ideia de base foi concretizada de princípio a fim, conforme era imperativo, mas para mim algumas coisas deveriam ter sido mudadas. Portanto, com prazos mais dilatados muita coisa seria diferente. Dentro dos prazos concedidos, fizemos o que foi possível.	7
Resultados	Alavancagem	Por acaso é curioso que a decisão de montar a clínica veio com a candidatura... Quer dizer, já tínhamos uma ideia mas as coisas são extremamente difíceis, hoje em dia, para instalar qualquer coisa na área da saúde.	10
Resultados	Alavancagem	Na área de endoscopia (que eles não apoiaram) foi pena porque, quase todos os dias, na televisão, noticiam que a detecção precoce de cancro no cólon ou no recto pode salvar a vida. E nós, que temos feito tantos e tão grandes serviços na área da endoscopia digestiva, na qual já investi muito e quero investir ainda mais, achei que foi errado não apoiar esse investimento. Se tivesse apoio talvez já tivesse adquirido mais de um aparelho.	11

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Mercado)	Esta é uma terra pouco populosa e de meios muito limitados, pelo que não tinha margem para investir tanto quanto nos era imposto. E seria desnecessário adquirir mais aparelhos, que não teriam utilização imediata por falta de procura dos nossos serviços. Entendi, por isso, não dever ir além de um certo limite de investimento.	2
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Mercado)	E não temos muita população (...) os arredores começam a ficar desertos. As pessoas tendem a concentrar-se na capital do distrito. (...) Além disso, a procura dos nossos serviços é um pouco sazonal. No mês de Agosto, por exemplo, não ganhamos para as despesas. Nos outros meses fazemos como a formiga....	3
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Mercado)	Os sistemas privados de saúde representam uma alternativa, porque os serviços públicos prestam menor serviço. Além disso, os utentes do serviço público hoje pagam parte considerável da assistência que recebem. E isso não é uma mais-valia para empresas como a minha, porque os cidadãos não têm dinheiro disponível. As pessoas já não cumprem com facilidade a terapêutica recomendada. E chegam-nos só os que beneficiam de sistemas privados ou públicos de saúde, mesmo tendo de assumir uma parte das despesas, porque utentes privados só nos procuram muito raramente. E vêm um dia ou dois. Depois desaparecem....	7
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Concorrência)	Nós temos trabalho a tarde inteira. Mas se fosse o dia inteiro, não sei se teríamos procura suficiente. Porque há concorrência... Fora do hospital são quatro. E o hospital está aberto das 07h às 20h, com um horário muito alargado. Portanto, conforme os subsistemas as pessoas procuram o que mais lhes convém.	3
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Concorrência)	Há concorrência, mas não interfere conosco. Já houve duas [clínicas], hoje há só uma. A outra era do fisiatra do hospital e, embora tivesse condições naturais para ter afluência significativa, acabou por falir. Temos uma maneira muito própria de trabalhar, sempre em prol do doente, e por isso somos conceituados na região. Privilegiamos a qualidade do atendimento em	4

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

		vez da quantidade e continuamos a dar-nos bem com essa política. Precisamos também de quantidade, obviamente, mas não menosprezamos a qualidade do atendimento por causa disso. Quando abriu a clínica entretanto falida, durante uma semana detectámos uma quebra de procura. Uma semana depois estava toda a gente de volta, novamente, porque nela não havia as condições técnicas que oferecíamos mesmo nas instalações antigas.
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Concorrência)	Trabalhei 11 anos na ortopedia do hospital e nunca precisei de dizer que tinha uma clínica para conseguir doentes. Tinha todas as hipóteses de o fazer e nunca usei essa faculdade. Não foi necessário. O hospital tem fisioterapia mas a resposta é insuficiente. Só tratam dos casos verdadeiramente urgentes e a espera chega a ser de 6 meses...
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Concorrência)	E, desde há um ano, sentimos maior dificuldade na captação de doentes, porque abriu um novo hospital na zona. (...) Neste momento, tenho menos 70% dos doentes que recebia há dois anos. (...) E, ainda assim, o hospital tem neste momento uma lista de espera de 300 doentes. E, quando esses doentes entrarem [no hospital], o Estado gastará com cada um 3,70€. No entanto, ao lado há uma clínica convencional (a minha) à qual o Estado paga apenas 0,70€. (...) Mas nós aqui temos um prazo de resposta de 8 dias e no hospital demora 3 meses.
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Concorrência)	Há duas clínicas grandes, com muitos médicos. Nesta clínica, 70% dos doentes são de fora de Santiago, sobretudo de Santo André (que tem 4 clínicas grandes) e de Sines (que tem duas clínicas grandes).
Contexto	Factores Externos (Demográfico, Concorrência)	Sim, tem de ter complementos inerentes a um projecto relacionado com a actividade física. Portugal tem regulamentação permissiva. Qualquer pessoa não habilitada, sem formação adequada nem equipamentos correctos, pode trabalhar nesta área sem controlo nem fiscalização. Esse é o nosso principal problema. (...) Como lhe disse, não há fiscalização e toda a gente pode fazer tudo em Portugal e, portanto, não se pode fazer muito mais. A fiscalização do exercício profissional da área médico-desportiva, consignada em lei ao Instituto do Desporto, não existe. Qualquer um pode tratar atletas; qualquer um pode inspecionar atletas; quem faz ou não testes a atletas pode ser qualquer um. Não, com o SNS não [temos convenção]. Temos com seguradoras e outras entidades, mas com o SNS não.
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Desde o início da empresa, há três anos, temos pedido o acordo com a ARS do Alentejo e não obtivemos resposta. Se houvesse convenção com o SNS este projecto seria mais útil à região e permitir-nos-ia investir mais...
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Tenho acordos com seguradoras, com os Correios e com a ADSE. Aqui o grosso do trabalho ainda é com a ADSE, pois não temos convenção com a Segurança Social.
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Temos acordos com bastantes entidades. Quase todas as seguradoras, com a PSP, a GNR, CTT, SAMS, SAMS Quadros.
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Sim, praticamente [tenho acordos] com todas as entidades que os aceitam. Excepto a parte militar. Mas a maior parte dos doentes pertence ao SNS, porque a população do Alentejo está muito envelhecida e a maioria depende da Segurança Social. A estatística ronda os 80% do SNS, 10% da ADSE e os restantes são de seguradoras e outras entidades.
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Tenho acordos com Seguradoras, associações e clubes desportivos, ginásios e pessoas que individualmente nos procuram. Com a ARS não.

Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Os acordos com o SNS estão encerrados há muitos anos. Tudo o que é Estado... está fechado!	7
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Eu trabalho muito com convenções, com a ARS e quase todas as entidades que as celebram (...)	8
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Com o SNS as coisas funcionam assim: as psicologias e as terapias da fala podem ser subsidiadas pela Segurança Social. As pessoas que não têm rendimentos nenhuns, que não têm ajuda em nada, que mal pagam as rendas de casa. Eu reúno uma série de documentação, vou eu própria à Segurança Social entregar a documentação. Ou seja, a psicóloga mostra a parte da documentação dela e quando recebe deixa-nos 30% do valor. Isto é um processo demorado. Seis meses... [A segurança social trabalha] Directamente com a psicóloga. Depois o psicólogo diz o valor de cada consulta ou o valor real aqui do centro, manda o recibo verde dela e quando recebe deixa-nos 30%. Como os serviços sociais não correspondem às necessidades das pessoas, eles próprios pagam às psicólogas que atendem essas pessoas carenciadas. É assim que funciona, tanto a terapia da fala como a psicologia.	9
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Todas as fases iniciais são complicadas. Nós conseguimos muitos acordos. Temos acordos com algumas entidades, com PSP, com CGD, com Médis. Na altura iam dando os acordos a conta-gotas, a um ou a outro. Desde que nós abrimos é que fecharam completamente. Fala-se aí que vão abrir novas convenções mas....	10
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Antigamente, a Caixa era apelidada como a pior a pagar. Graças a Deus, a Caixa está com um esquema que funciona com pagamentos a sete meses, mais ou menos. Por isso sabemos que, ao fim desse tempo, mais ou menos pinga na data certa. Actualmente, a tragédia é com o Ministério da Justiça. Deve 15 meses. Nunca esteve tanto tempo sem pagar! A PSP também já chegou a estar com dois anos de atraso.	11
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Esta clínica funciona há quase 20 anos e tem acordo com o Estado (a chamada ARS de Setúbal). O Estado paga tarde e a más horas e eu tenho 10 pessoas cujo rendimento depende da actividade da clínica. O Estado paga ao fim de um ano e esta situação é insustentável para o funcionamento da empresa.	5
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Claro que os pedidos demoram. Temos cá muitas pessoas que não pagam nada. Este ano a Segurança Social ainda não pagou nada. O sistema mudou e estamos a ver navios. Seja como for, elas continuam com as pessoas. Mas ajuda, porque essas pessoas divulgam a outras que podem pagar. Uma coisa puxa a outra. E ninguém fica pobre por fazer isso, acho eu.	9
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Mais: durante 11 anos, fui o único médico especialista privado do país a fazer consultas para a Caixa, recebendo, em valor, por consulta de pneumologia e alergologia, 300\$!... Isto diz tudo acerca daquilo de que eu gosto: trabalhar, independentemente do valor que o doente possa pagar. Ainda não há seis anos que acabaram essas consultas a 300\$... Quero é trabalhar. Se o doente não tem dinheiro, não paga. Entendo as dificuldades e os problemas das pessoas.	11
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Nós deslocámo-nos à ARS por causa da licença e para dar a conhecer a empresa para futuras convenções e ficámos um bocado decepcionados com as pessoas com poder de decisão (subdirector e director financeiro da ARS Alentejo). Vimos que havia receptividade da parte deles. Apresentámos valores e eles têm indicações sobre convenções com entidades dos concelhos e sabem ser mais vantajoso para o Estado tenha várias. Numa altura em que se fala de défice, não haver convenção connosco causava-nos estranheza porque lemos os jornais. Somos leigos na matéria mas, perante o que vemos diariamente, não compreendemos porque não existem convenções com entidades locais.	1
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Antes das obras fizemos o pedido, mas as convenções estão canceladas. (...) Se reabrir as convenções, estou à vontade porque temos as condições necessárias, tanto higieno-sanitárias como de acessibilidade. Era isso que eu previa quando iniciei o investimento, mas talvez tenha de vir a encerrar no futuro se tal não suceder.	3

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Falta-me a ARS porque também há 7 ou 8 meses que tento falar com a sua presidente mas ainda não consegui. Já tentei de tudo, mas a reunião ainda não foi marcada.	4
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	As pessoas têm de se deslocar para Setúbal e Évora mas têm uma unidade à porta de casa. Sabemos que é mais barato fazer essas convenções que deslocar as pessoas de táxi de Montemor para Évora ou Setúbal. A ARS tem conhecimento desses números mas não percebe porque não estabelece novas convenções e mantêm as mesmas de há 12 ou 15 anos.	1
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Esperamos, entretanto, que sejam modificados os critérios das convenções do SNS, porque se as empresas ganham com isso também o Estado beneficia e muito se houver um maior número de entidades envolvidas no processo. Além de se contribuir para a criação local de novos postos de trabalho (...)	1
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	(...) também para os utentes é mais cómodo [a existência de convenções], porque muitos dos doentes da região são idosos e conviria evitar-lhes deslocações de dezenas de quilómetros, em táxis e ambulâncias, quando podem fazer os exames a curta distância de suas casas.	1
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Só em Évora existe uma unidade idêntica a esta, com a qual o SNS gasta imenso dinheiro no transporte de doentes desta região, quando pouparia certamente muito se os reencaminhasse para mais perto de casa.	2
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Talvez [concorreria a novo investimento], apesar das imensas complicações, se a ARS do Alentejo celebrasse conosco uma convenção sobre o SNS.	2
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Se a gente alargar o horário para a manhã teremos de ter mais pessoas e para isso, provavelmente, teremos de ter convenção com uma ARS para haver mais trabalho. Aqui as pessoas não têm dinheiro para investir na saúde e não estão habituadas a isso.	3
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Eu gostaria de ter acordo com a ARS (SNS). Mas é muito complicado. Não o temos porque nunca o pedimos, mas sei que é muito complicado cumprí-lo devido ao sistema de pagamentos. Toda a gente nos diz que os pagamentos da ARS estão muito atrasados e, como sempre realizamos investimentos muito elevados, tivemos algum receio de que isso nos pudesse causar problemas financeiros. Não podemos depender de pagamentos a longo prazo. Há tempos, chegámos a ter mais de dois anos de atraso nos pagamentos da GNR e isso causou-nos muitas dificuldades. Em tempos chegámos a pensar na convenção com a ARS, mas tememos que um atraso de pagamentos de dois anos nos estrangulasse financeiramente. Por isso desistimos dessa intenção. Recentemente, voltámos a repensar a questão do acordo com a ARS, agora que temos as contas mais ou menos estabilizadas e continuamos a ter procura grande de utentes da ARS e da ADSE.	4
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	Mas neste processo das convenções há qualquer coisa que não funciona. Escrevemos à ADSE há cerca de 7 ou 8 meses e até hoje estamos à espera de resposta. Infelizmente, deveriam tratar do assunto de uma outra maneira, porque esta zona é muito carente em assistência da nossa especialidade dado que o hospital não dá resposta a todas as solicitações. Nós temos aqui doentes da ADSE, mas como não há convenção eles têm de pagar todas as despesas e enviar para lá a documentação para serem reembolsados. Se houvesse convenção as coisas seriam mais simples, tanto mais que há aqui muita gente com dificuldades financeiras e não tem dinheiro para tratar da saúde. Para o hospital seria um alívio porque a espera é muito grande e quando os doentes chegam a fazer a fisioterapia no hospital já estão limitados e com problemas.	4
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	É, claro [um problema a inexistência de convenção com o SNS]. O meu e, se calhar, o de muitos outros. Em [local], a única unidade deste tipo é a nossa. Em Beja, há uma unidade de radiologia e ecografia com convenção. Depois, à volta, nem unidades de saúde existem. A mais próxima daqui, com convenção, está em Grândola, a 50kms de distância. Depois há em	10

Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	<p>Évora, que dista 80kms. E para Sul há em Faro....</p> <p>[O financiamento só serviu para] montar tudo isto... Nada. Eu julgava que até poderia mudar [por ter financiamento público], nomeadamente em matéria de convenções. Mas não teve qualquer influência positiva nesse aspecto.</p> <p>Sentimos que não podemos dar resposta a uma região que necessita dos nossos serviços, porque temos capacidade instalada mas não há convenções que nos permitam servir toda a gente.</p> <p>Na altura foi positivo. O que acontece é que presentemente (e a experiência diz-nos isso) não há mais unidades privadas destas porque não há apoio do próprio Estado.</p>	10
Contexto	Factores Externos (Político, Convenções)	<p>Ora, 90% da população daqui depende do SNS. E as pessoas se vêm fazer-no particularmente, porque não temos convenção, ou então acabam por fazer as mesmas dezenas de quilómetros e perder dias porque, hoje em dia, saem no autocarro da manhã para Beja e só regressam à tarde. Demoram um dia inteiro para fazer um exame.</p> <p>Presentemente, na área da saúde isto está um bocado monopolizado...</p> <p>É sabido que o Alentejo é uma zona carenciada, a população é idosa e é difícil o acesso à área da saúde. O que acontece é que o Estado, que tem obrigações para com essas pessoas, mas não as cumpre. Não se admite, por exemplo, que num distrito enorme como o de Beja, haja duas unidades de TAC e nenhuma delas esteja convencionalizada com o SNS. Os doentes têm de continuar a ir para Setúbal, para Évora, para Lisboa, quando há capacidade instalada para fazer esses exames. É o que nós sentimos aqui....</p> <p>Mas as pessoas acabam por não poder usufruir dos benefícios, que não foram concedidos só a nós para também para benefício e da melhoria das condições de vida das populações.</p>	10
Contexto	Economia nacional	<p>Penso que estes financiamentos reflectem a percepção de que é necessário apoiar os empresários, porque individualmente pouco fazem devido às dificuldades financeiras. Portanto, é o reconhecimento público de que não já não é bom negócio investir. Não quero com isto dizer que, neste momento, a área da saúde esteja toda a perder dinheiro, mas quero apenas salientar que neste sector há muita gente em dificuldades. E estão a fechar pequenas empresas privadas de saúde. Eu conheço já quatro ou cinco. E no próximo ano fecharão, certamente, muitas mais.</p>	7
Contexto	Economia nacional	<p>Se fosse hoje não teria feito uma coisa desta natureza. Tinha feito metade. Porque, em 1999/2000, a nossa economia estava muito mais próspera que hoje em dia. Hoje verifica-se enorme diminuição do poder de compra das pessoas. (...)Não teria feito uma coisa desta envergadura (sobretudo porque compreí o imóvel, e isto não é alugado, é nosso) mas mais pequeno.</p> <p>Agora estamos a fazer um bocado contenção de custos, porque tem de ser. Houve coisas iniciais exorbitantes porque toda a gente achava que ia correr muito melhor, do que correu na realidade. O primeiro ano abertos, depois de um início errado. Porquê? Porque correu bem demais no primeiro ano. A [directora clínica] trouxe muita gente. As outras psicólogas também já tinham umas quantas. Um centro aberto ao pé de uma escola funcionou bem. Houve o reconhecimento de muita gente. Houve um boom inicial...Mas ninguém se lembrou que as coisas estavam mal.</p> <p>O universo de amostragem financeira inicial, com o decréscimo da economia e do poder de compra das pessoas, não foi, nem de perto bem de longe, aquilo que se esperava.</p>	9
Contexto	Economia nacional	<p>[O futuro] Com optimismo, como sempre. A clínica fez há dias 23 anos e já conheci altos e baixos. Quando se está em baixo sabe-se que se irá subir. Quando estamos no alto sentimo-nos óptimos porque vivemos uma fase boa. Já conheci muitos ciclos económicos e estamos a atravessar um mau. Mas como a clínica não tem dívidas, gosta de pagar a pronto (consegue condições um pouco vantajosas porque paga tudo a pronto) e o meu filho, que tem uma quota de 10% por simples gesto meu, dirijo e coordeno da maneira que me parece melhor. Cometo alguns erros mas a maioria do que faço é positiva. E como faço mais bem do que mal, o saldo parece-me positivo.</p>	11

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Contexto	Sustentabilidade	10	isto é um drama. As coisas estão complicadas... Vejo-o como às outras empresas. Não sou uma pessoa pessimista. Se o fosse, se calhar não estava aqui e já teria fechado a porta. Mas vejo as coisas complicarem-se. Para nós, empresa, porque não podemos fazer muito...
Contexto	Sustentabilidade	2	Se continuar como está, estou satisfeita. Mas gostamos sempre de mais trabalho e aqui no Alentejo somos discriminados em termos de acordos.
Contexto	Sustentabilidade	3	Se reabrirem as convenções, estou à vontade porque temos as condições necessárias, tanto higieno-sanitárias como de acessibilidade. Era isso que eu previa quando iniciei o investimento, mas talvez tenha de vir a encerrar no futuro se tal não suceder.
Contexto	Sustentabilidade	7	Estou mais preocupado com o futuro do país, porque o da minha empresa depende disso. O que vejo é negro e estou muito decepcionado com o país... Claro [que vou manter a empresa a funcionar]. Isto também é um meio de subsistência pessoal. Mas, nos últimos anos, temos vindo de mal a pior... O país não tem crescimento... (...) Espero bem que sim [crescer], se as condições económicas do país assim o permitirem..
Contexto	Sustentabilidade	8	Muito incerto e dependente das alterações que estão a passar-se e se passarão no sector da saúde. Eu trabalho muito com convenções, com a ARS e quase todas as entidades que as celebram, e se as condições se modificarem para pior o futuro será incerto. O cerne da minha actividade prende-se com serviços convencionados. E trabalho pouco com seguradoras.
Contexto	Sustentabilidade	5	Mas ainda me preocupo com o aspecto humano e, porque tenho na fisioterapia empregadas com mais de 40 anos, prefiro manter as coisas assim pois incomodar-me-ia se um dia as tivesse de mandar para o desemprego. O que iniam elas fazer e onde, com essa idade, se toda a vida foram técnicas de fisioterapia e não há muitos locais onde possam ter tal ocupação? Continuamos a tentar trabalhar para equilibrar o barco, com o mínimo de contrariedades possível, para que amanhã, pelo menos, elas tenham direito à sua reforma.
Contexto	Sustentabilidade	9	Acho que consegui os reajustes financeiros necessários entre as minhas possibilidades e as exigências dos bancos, pelo que acredito que, a partir de agora, as coisas estejam menos pesadas.
Contexto	Sustentabilidade	1	No futuro, se houver procura suficiente, talvez venha a haver outros [equipamentos] mais sofisticados.
Contexto	Sustentabilidade	4	Espero um futuro risonho para a clínica. Continuamos a trabalhar com o objectivo de a ampliar e não para a encerrar. Esta sociedade existe há 12 anos, as coisas correm bem entre os sócios e mantêm boas relações. A menos que, de repente, começássemos a perder clientes, não antevejo quaisquer problemas no futuro. Aliás, já estamos a pensar em ampliar a clínica de Campo Maior, daqui a algum tempo. Ou, pelo menos, uma remodelação já começa a ser necessária. Os sócios não são remunerados e quase tudo o que se ganha é reinvestido na sociedade, mas continuamos a acreditar que no futuro as coisas correrão ainda melhor.
Contexto	Sustentabilidade	6	Em segundo plano, temos de crescer em espaço. E eu terei de me afastar da área da prestação de cuidados para me ocupar da gestão e terá de haver outros prestadores a trabalhar comigo. É importante ter espaço próprio para a direcção e a gestão. Para mim são fundamentais os próximos seis meses, para negociar o tipo de instalações e as associações necessárias. (...) Eventualmente poderá ser aqui, mas eu gostaria que fosse num outro espaço onde houvesse condições adequadas para esse tipo de organização.
Contexto	Sustentabilidade	11	Até ao fim do ano espero aumentar as instalações no [local], subindo ao primeiro andar e pondo mais condições de trabalho e mais valências. Era isso que eu queria, para já.

Contexto	Sustentabilidade	Ai, não sei!... Vou começando a estar cansada. A ideia é manter isto a funcionar e reunir as condições para que, se no futuro eu quiser trespassar, passar a colegas ou vender, poder fazê-lo em boas condições e não haver impedimento legislativo que me impeça de funcionar. Estou já um pouco cansada, tanto mais que estou a trabalhar no hospital, de manhã, e poderei vir a reformar-me mais cedo. Só abrimos a clínica na parte da tarde e, em tempos, pensei que, ao reformar-me, poderia ter a clínica a funcionar mais tempo, rentabilizando as instalações de forma diferente. Por agora, as coisas estão assim... Negro ainda porque não consigo ninguém que seja o meu braço direito. Que me ajude a gerir... O futuro disto? Não sei. Talvez alugar ou venda. Creio que poderei aguentar isto mais meia dúzia de anos, devido à violência que representa tantas horas de trabalho. Tenho demasiados compromissos e muita responsabilidade.	3
Contexto	Sustentabilidade	A empresa tem alguns compromissos através da minha pessoa, enquanto prestador de serviços, e tenho outras áreas de actuação no exterior. A empresa ganhou alguma dimensão, mas reconheço estar muito longe daquilo que era a sua sustentabilidade própria, e que a clínica está relativamente ainda longe daquilo que é o seu potencial.	5
Contexto	Sustentabilidade	Temos de fazer uma viragem. A assumpção de responsabilidades em novos equipamentos obriga-nos a rentabilizá-los, o que passa, provavelmente, por uma situação que nunca previra: a associação com outras pessoas, sociedades médicas e médicos. Isso será determinante quanto às instalações e à rentabilização dos equipamentos.	6

FASE – DISSEMINAÇÃO

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Recomendações	Empresários	Que adequem bem a perceção daquilo que necessitarão ao que o Saúde XXI realmente financia. Não sejam imprudentes. Não façam entrar um conjunto de pedidos que não possam ser aceites. Tenham a consciência muito precisa do que pode ou não ser financiado. E percebam que, a seguir, vamos ter 30.000 olhos em cima. Sobre tudo, ajustem as vossas necessidades àquilo que realmente o fundo pode financiar.	9
Recomendações	Empresários	Concorram como nós, mas nunca se atrasem nas obras. Mas atenção aos tempos, porque é muito complicado gerir obras. Não pensem que as obras são fáceis. Concorram porque ajuda bastante no início de uma actividade. Mas façam as coisas atempadamente. Nós subemos disto só numa fase de ideia e de contas. Comecem e concluem as obras e depois concorram. Façam o contrário de nós.	9
Recomendações	Empresários	Antes de terem o imóvel ou as instalações, saber se existem estes projectos ou a sua viabilidade prévia.	9
Recomendações	Empresários	Que na altura do projecto analisassem bem as situações e deixassem uma margem de manobra superior nos orçamentos. Imagine que um projecto era avaliado em 100.000 contos. Se calhar deixem uma margem até 120.000, podendo vir a usufruir dessa diferença se estiverem aprovados. Chegando ao plafond fixado, como aconteceu connosco, se ultrapassar o valor inicial não terá direito a mais nada. (...) Sim, nós fizemos orçamentos com base em facturas pro-forma. O que acontece é que os mesmos equipamentos tinham custos variáveis em diferentes fornecedores e nós optámos pelos que tinham melhor relação preço/qualidade. Mas nem sempre o equipamento orçamentado é aquele que a pessoa pode escolher. Passados seis, sete meses, após a candidatura estar aprovada, surge outro tipo de equipamento ou a pessoa nota que há melhor que o inicialmente escolhido, e deve optar por ele. Mas para isso tem de deixar uma margem de manobra superior. Analisem bem as carências das pessoas na região em que vão fixar-se.	10

Contributo para um Manual de Apoio a Projectos Co-financiados: o caso particular da Medida 3.1 do Saúde XXI

Recomendações Empresários	Se vier alguma ajuda ainda bem, mas preparem-se para um calvário. Se conseguirem ultrapassar todas as dificuldades, terão a situação agradável que vivi. Mas custa muito.	11
Recomendações Empresários	Não percebendo nada da matéria terá de pedir a alguém que faça a candidatura. Depois tem de ir a reuniões e eu não tenho tempo para elas. Perdi muitas noites. Foram pagas, tudo bem. Mas é um calvário. É difícil conseguir-se alguma ajuda a fundo perdido como é o caso do Saúde XXI.	11
Recomendações Empresários	É muito complicado. Já me têm perguntado e eu digo que consegui, mas não escondo ter sido muito difícil. Mas conheço alguns que desistiram, porque o processo é difícil e muito complicado. Então se a pessoa não tiver a contabilidade em ordem, embrulha-se mesmo! É melhor nem mexer no assunto, se não estiver seguro de ter tudo em ordem....	11
Recomendações Empresários	Não pensem que os financiamentos concedidos são para meter ao bolso. Hoje já não há o facilitismo dos subsídios dos anos 90 e a aplicação dos fundos é muito mais exigente. Agora é tudo muito mais controlado e as pessoas quando se envolvem nestes processos têm de possuir capacidade de concretizar os projectos. É preciso ter os pés assentes no chão e prever que os fundos concedidos são mesmo para aplicar em projectos concretos.	1
Recomendações Empresários	O financiamento que vier é bem-vindo e ajuda. Mas temos de ter capacidade para seguir em frente, mesmo que nos falte este apoio... Sirvam-se do apoio dos fundos comunitários como uma ajuda ao desenvolvimento das empresas e não condicionem os projectos por causa desses subsídios.	1
Recomendações Empresários	Acho que deve ser aproveitado o financiamento do Saúde XXI, mas há que ter em conta as dificuldades burocráticas para o conseguir. (...)	2
Recomendações Empresários	Recomendo que concorram, mas sejam prudentes porque as dificuldades são imensas e, face às dificuldades burocráticas e à incerteza do resultado, às vezes pensa-se em desistir....	3
Recomendações Empresários	Recomendaria a mesma empresa de consultoria que me deu apoio. Foram impecáveis e o grande elo de ligação entre mim e o Saúde XXI.	3
Recomendações Empresários	Quando entramos num projecto de financiamento, ou se está disposto a ir por diante e superar todas as dificuldades, ou então não vale a pena entrar nisso.	3
Recomendações Empresários	Desde que as coisas lhes corresse como me correram a mim, diria que devem concorrer. Recomendaria a todos os interessados que aproveitassem os incentivos concedidos, porque no sistema bancário o crédito é cada vez mais difícil. Sobretudo para quem vai iniciar uma actividade o processo é complicado e por isso eu recomendaria que se candidatem aos financiamentos.	4
Recomendações Empresários	Para ser sincera acho que, actualmente, nem deveriam constituir uma empresa! Da forma como o país está organizado, penso que é inútil ser-se empreendedor. A começar pela câmara, as regras impostas à abertura de estabelecimentos são infernais. O acesso às conservatórias é infernal e nas Finanças desespera-se. Nunca se resolvem os problemas na primeira visita. São necessárias inúmeras deslocações antes de ter as coisas tratadas. Formem empresas e trabalhem, mas fora do país..	5
Recomendações Empresários	Sim, em relação ao Saúde XXI, se puderem concorrer acho que devem fazê-lo. Preparem-se é para perder metade do tempo com burocracia, em vez de o ocupar a orientar e gerir a empresa para terem as condições mínimas necessárias.	5
Recomendações Empresários	É importante fundamentar bem e com rigor o que se pretende. Depois consultar a legislação e saber onde encaixar esse projecto. Se as pessoas estiverem à espera do financiamento mas não souberem com rigor o que pretendem, então é porque não têm projecto. O projecto começa nas nossas ideias acerca do desenvolvimento da empresa e a seguir é necessário saber como é que as ajudas úteis de financiamento se encaixam no projecto. É claro que há alguma flexibilidade para negociar, mas se pensarmos que se faz isto ou aquilo somente porque eles têm o eixo não sei quantos e a medida não sei quantos, não se irá a parte alguma.	6

- Recomendações Empresários 6
 Tenham ideias muito objectivas sobre o que pretendem, obtenham aconselhamento profissional de pessoas das áreas de gestão e economia para a apresentação da candidatura, negoceiem bem com as entidades financeiras e... tenham sorte, muita sorte. Se não houver sorte as coisas não vão para a frente...
- Recomendações Empresários 6
 E persistência também. Porque se não houver sorte mas formos insistentes, alguma coisa se há-de conseguir.
- Recomendações Empresários 7
 Façam previamente um estudo de mercado para não terem ilusões. Em minha opinião, investir na saúde não é, neste momento, um bom negócio. Os valores das convenções com privados baixaram e o próprio Ministro da Saúde deu exemplo disso. Só aumentaram os valores das convenções com os hospitais públicos... Perante isto, na área da saúde, o melhor é pensar muito bem antes de investir. Provavelmente, há mercados muito mais interessantes.
- Recomendações Empresários 8
 Arranjem uma pessoa sã e honesta para lhes preparar o projecto. (...) Sem dúvida, tem de haver um cuidado enorme [na selecção de consultores].

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	TEXTO	COD ENTR
Sugestões	Ministério Saúde	Nós aqui temos condições e equipamento para mamografia, para densitometria, para raios X convencional, mas, muitas vezes, as pessoas são obrigadas a sair daqui. Com reformas de 250€ e 300€ não podem suportar exames particulares...É nessa lacuna que acho que o Saúde XXI devia dar uma ajuda, porque nós estamos a utilizar fundos do Estado.	10
Sugestões	Ministério Saúde	Se o Estado precisa de poupar, não há dúvida que o convencional continua a ser o serviço mais barato para o Estado. O Estado paga-nos 0,70€ e o doente contribui com 1€ de taxa moderadora, pelo que temos de devolver 0,30€ ao Estado. No entanto, segundo estudos da associação de fisiatras, se o mesmo doente for tratado no hospital isso custa ao Estado 3,70€. Onde está a poupança?	5
Sugestões	Programas Operacionais	É a minha sugestão, porque os candidatos são todos iguais até apresentarem a candidatura. Depois dos projectos concluídos, tal como é possível cortarem aqui e ali em função de determinadas condicionantes do processo, talvez pudessem ser generosos e dar-nos outros incentivos quando se excede o que nos é exigido.	1
Sugestões	Programas Operacionais	No entanto, em meu entender, para investimentos deste tipo (em que há, também, algum benefício para a população) deveria haver juros de empréstimos bonificados pelo Estado.	4
Sugestões	Programas Operacionais	Aqui ao lado, em Espanha, há maior apoio do Estado para este tipo de investimentos (financiados até 75%). E a contrapartida do investimento beneficia ainda de um juro irrisório ou nulo, ou mesmo de pagamento a muito mais longo prazo, pelo que eles têm muito melhores condições.	5
Sugestões	Programas Operacionais	Compreendo [a necessidade de documentação], acho é que não deveria ser com muita frequência. Acho que bastaria no início e no fim do projecto.	7
Sugestões	Programas Operacionais	Se houvesse uma linha de crédito que me permitisse ter disponibilidade imediata do fundo de maneiio teria sido uma boa ajuda. Porque nem toda a gente tem garantias bancárias suficientes para isso.	7
Sugestões	Programas Operacionais	Creio que uma visita às instituições, a fim de observarem o local e como funciona a entidade que se candidatou, daria uma credibilidade maior. Se vissem como funciona, como está organizada, como é tratada a sua contabilidade, se há seriedade, se tem acordos com várias entidades, acho que reduziria bastante a parte burocrática do processo. (...) Penso que vir cá abaixo, ir à terra, ir ao local, talvez desbravasse muitas dificuldades e muitos receios que as entidades devem ter antes de entregar dinheiro.	11

Anexo 6 – Grelhas de apreciação da estrutura e do conteúdo do manual

GRELHA DE APRECIÇÃO DA PROPOSTA DE UM MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

Critérios/ Questões de análise	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>1. Satisfação das necessidades de informação</p> <p>1.1. O manual satisfaz as principais necessidades de informação sobre o ciclo de vida de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim. A estratificação do ciclo de vida dos projectos nas cinco fases – diagnóstico, candidatura e aprovação, execução, conclusão e avaliação – parece-me adequada, assim como o nível de informação disponibilizado em cada uma delas.</p>	<p>Excelente Bom..... X Suficiente Inaceitável.....</p>
<p>1.2. O manual satisfaz as principais necessidades de informação de empresários de micro e pequenas empresas do sector da saúde?</p>	<p>Sim.</p>	<p>(Assinale com um X)</p>
<p>1.3. O manual é suficientemente abrangente para satisfazer as principais necessidades de informação de empresários de micro e pequenas empresas de outros sectores de actividade?</p>	<p>Sim. Contém informação que é transversal, podendo, com as devidas alterações, ser adaptado para abranger o acesso a financiamento em praticamente todos os sectores de actividade por parte de micro e pequenas empresas.</p>	
<p>1.4. O manual satisfaz as necessidades gerais de informação para uma candidatura a fundos comunitários no âmbito do QREN?</p>	<p>Embora não saibamos ainda, neste momento, que forma concreta assumirão os referenciais de orientação de candidaturas ao QREN, a informação contida no presente Manual parece-me suficientemente abrangente e transversal para suportar as necessidades informativas de qualquer potencial candidatura a um qualquer financiamento comunitário.</p>	

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>2. Conteúdo do Manual</p> <p>2.1. O manual evidencia a aplicação ao objecto de análise (o projecto) e ao público-alvo (empresários)?</p>	<p>Sim.</p>	<p>Excelente Bom..... X Suficiente Inaceitável.....</p> <p>(Assinale com um X)</p>
<p>2.2. O manual identifica as principais características de cada fase do ciclo de vida de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim.</p>	
<p>2.3. O manual clarifica as acções a desenvolver em cada uma das fases do ciclo de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim. Destaco o desenvolvimento e o nível de detalhe atribuído à fase de Diagnóstico – crucial para a qualidade do projecto – que me parece muito adequada.</p>	
<p>2.4. O manual apresenta recomendações ou sugestões que permitem transpor os principais problemas em cada uma das fases do ciclo de vida de projectos?</p>	<p>Sim. Parece-me que as principais questões que poderão condicionar o desenvolvimento dos projectos se encontram focadas.</p>	
<p>2.5. O manual permite identificar a complexidade envolvida na concretização de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim.</p>	

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>3. Princípios e regras de construção do Manual</p> <p>3.1. O manual é conciso sem perder a estrutura lógica de compreensão do conteúdo?</p>	<p>Sim.</p>	<p>Excelente Bom..... X Suficiente..... Inaceitável.....</p>
<p>3.2. O manual está escrito de forma clara permitindo o entendimento da informação para o público-alvo?</p>	<p>Sim. A forma é pedagógica, visando a apreensão por parte dos destinatários. A utilização dos símbolos de “chamada de atenção” funciona e é eficaz, embora algumas referências não me pareçam adequadas (ex: Houve coisas iniciais exorbitantes...)</p>	
<p>3.3. O Manual tem uma estrutura de construção que permite uma utilização baseada na acção (realização de um projecto)?</p>	<p>Sim.</p>	

(Assinale com um X)

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>4. Validade do Manual</p> <p>4.1. O manual é imparcial nas informações, sugestões ou recomendações? (imparcial – neutro em relação a tomar partido pela defesa dos interesses dos Programas Operacionais ou dos empresários, não sobrelevar uma das partes)</p>	<p>Sim. As sugestões/recomendações fornecidas vão no sentido de estabelecer uma “ponte” entre a entidade financiadora e as suas regras e as necessidades e os interesses efectivos dos potenciais promotores de projectos.</p>	<p>ExcelenteX Bom Suficiente Inaceitável.....</p>
<p>4.2. As sugestões ou recomendações que podem ser colocadas em prática?</p>	<p>Sim. As sugestões/recomendações são simples, pragmáticas e muito ancoradas na realidade empresarial a que se destina (o que poderá estar relacionado com a metodologia utilizada no trabalho, baseada em entrevistas).</p>	
<p>4.3. A proposta de manual poderia vir a ser transformada numa brochura para divulgação ao público-alvo?</p>	<p>Sim. Os elementos-base estão presentes, apenas sendo necessário, do meu ponto de vista, uma alteração do estilo e uma maior sistematização dos pontos a abordar em cada uma das fases do ciclo de vida dos projectos.</p>	

(Assinale com um X)

Excelente
Bom..... **X**
 Suficiente
 Inaceitável.....

EM TERMOS GLOBAIS A PROPOSTA DO MANUAL É CONSIDERADA

PRINCIPAIS ASPECTOS POSITIVOS DO MANUAL	PRINCIPAIS FRAQUEZAS DO MANUAL
<p>O Manual de Boas Práticas parece-me um documento adequado aos fins a que se propõe e aos destinatários a que se dirige.</p> <p>O conteúdo foca os principais aspectos a considerar na elaboração de um projecto, apontando as principais dificuldades e sugerindo formas de as ultrapassar.</p> <p>A “linguagem” é adequada e facilmente perceptível, e a forma de apresentação inteligível e pedagógica.</p> <p>A perspectiva é equilibrada, ou seja, posiciona-se de forma equidistante do ponto de vista tanto das entidades financiadoras como dos promotores dos projectos, assumindo-se como elemento facilitador da relação entre ambos e instrumento de “descodificação” da linguagem das entidades financiadoras.</p> <p>A sua principal mais-valia é, do meu ponto de vista, o fornecer aos potenciais promotores de projectos um instrumento imparcial e fiável que lhes permite fundamentar a decisão de recorrer ou não a um financiamento comunitário para apoiar a execução de um determinado projecto e, caso decidam em sentido afirmativo, lhes permite antecipar as dificuldades e os pontos críticos que irão encontrar no decurso do processo e que podem inviabilizar o respectivo sucesso.</p>	<p>Observação: A referência final ao factor “sorte” parece-me desadequada, sobretudo em jeito de conclusão final. Não me parece, de todo, a ideia-chave a reter de um Manual de Boas Práticas. A mensagem a retirar é, do meu ponto de vista, exactamente a oposta – a qualidade dos projectos e a sua adequação à realidade são o factor decisivo de sucesso, não a sorte.</p>

Data **9 de Maio de 2007**
 Nome **Helena Peixoto**

GRELHA DE APRECIÇÃO DA PROPOSTA DE UM MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

Apreciação Qualitativa
Excelente
Bom ... X
Suficiente
Inaceitável.....

(Assinale com um X)

Critérios/ Questões de análise	Comentários
<p>1. Satisfação das necessidades de informação</p> <p>1.1. O manual satisfaz as principais necessidades de informação sobre o ciclo de vida de projectos co-financiados?</p>	<p><i>Sim, embora de modo muito geral</i></p>
<p>1.2. O manual satisfaz as principais necessidades de informação de empresários de micro e pequenas empresas do sector da saúde?</p>	<p>Sim, razoavelmente</p>
<p>1.3. O manual é suficientemente abrangente para satisfazer as principais necessidades de informação de empresários de micro e pequenas empresas de outros sectores de actividade?</p>	<p>Sim, pelo seu carácter geral tem essa virtude!</p>
<p>1.4. O manual satisfaz as necessidades gerais de informação para uma candidatura a fundos comunitários no âmbito do QREN?</p>	<p>Não sei, por meu desconhecimento das principais características e exigências do QREN</p>

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>2. Conteúdo do Manual</p> <p>2.1. O manual evidencia a aplicação ao objecto de análise (o projecto) e ao público-alvo (empresários)?</p>	<p>Sim, parece-me claro e bem dirigido em relação a estes dois aspectos</p>	<p>Excelente Bom ... X Suficiente Inaceitável.....</p> <p>(Assinale com um X)</p>
<p>2.2. O manual identifica as principais características de cada fase do ciclo de vida de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim, embora pudesse destacar melhor algumas dessas características</p>	
<p>2.3. O manual clarifica as acções a desenvolver em cada uma das fases do ciclo de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim, de modo suficientemente claro</p>	
<p>2.4. O manual apresenta recomendações ou sugestões que permitem transpor os principais problemas em cada uma das fases do ciclo de vida de projectos?</p>	<p>Sim, mas talvez seja possível desenvolver ou precisar melhor algumas delas</p>	
<p>2.5. O manual permite identificar a complexidade envolvida na concretização de projectos co-financiados?</p>	<p>Dá uma ideia dessa complexidade. Por que não ilustrar com um diagrama ou fluxograma?</p>	

Apreciação Qualitativa
Excelente X
Bom
Suficiente
Inaceitável.....

(Assinale com um X)

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários
<p>3. Princípios e regras de construção do Manual</p> <p>3.1. O manual é conciso sem perder a estrutura lógica de compreensão do conteúdo?</p>	<p>Sim , muito bom!</p>
<p>3.2. O manual está escrito de forma clara permitindo o entendimento da informação para o público-alvo?</p>	<p>Ótimo</p>
<p>3.3. O Manual tem uma estrutura de construção que permite uma utilização baseada na acção (realização de um projecto)?</p>	<p>Sim, bastante</p>

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>4. Validade do Manual</p> <p>4.1. O manual é imparcial nas informações, sugestões ou recomendações? (imparcial – neutro em relação a tomar partido pela defesa dos interesses dos Programas Operacionais ou dos empresários, não sobrelevar uma das partes)</p>	<p>Sim, consegue isso.</p>	<p>Excelente X Bom Suficiente Inaceitável.....</p>
<p>4.2. As sugestões ou recomendações que podem ser colocadas em prática?</p>	<p>Sim, embora sejam ainda bastante genéricas</p>	<p>(Assinale com um X)</p>
<p>4.3. A proposta de manual poderia vir a ser transformada numa brochura para divulgação ao público-alvo?</p>	<p>Sim, creio que com grande utilidade</p>	

EM TERMOS GLOBAIS A PROPOSTA DO MANUAL É CONSIDERADA

Excelente X
Bom
Suficiente
Inaceitável.....

PRINCIPAIS ASPECTOS POSITIVOS DO MANUAL	PRINCIPAIS FRAQUEZAS DO MANUAL
<ul style="list-style-type: none">• Apresentação e estrutura• Clareza da linguagem• “Lay-out” das “caixas” laterais e sua pertinência e adequação• Orientado para o sucesso de todos (numa lógica “win-win”)	<ul style="list-style-type: none">• Vago em alguns aspectos• Apresenta poucos exemplos (poderia incluir mais alguns)

Data

14 de Maio de 2007

Nome

Vítor Ramos

GRELHA DE APRECIÇÃO DA PROPOSTA DE UM MANUAL DE BOAS PRÁTICAS

Critérios/ Questões de análise	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>1. Satisfação das necessidades de informação</p> <p>1.1. O manual satisfaz as principais necessidades de informação sobre o ciclo de vida de projectos co-financiados?</p>	<p><i>As etapas são claras e suficientes.</i></p>	<p>Excelente BomX Suficiente Inaceitável.....</p>
<p>1.2. O manual satisfaz as principais necessidades de informação de empresários de micro e pequenas empresas do sector da saúde?</p>	<p>Sim, mas carece de melhor significado sobre o que são empresas do sector da saúde</p>	<p>(Assinale com um X)</p>
<p>1.3. O manual é suficientemente abrangente para satisfazer as principais necessidades de informação de empresários de micro e pequenas empresas de outros sectores de actividade?</p>	<p>Sim</p>	
<p>1.4. O manual satisfaz as necessidades gerais de informação para uma candidatura a fundos comunitários no âmbito do QREN?</p>	<p>Sim</p>	

Apreciação Qualitativa
Excelente
BomX
Suficiente
Inaceitável.....

(Assinale com um X)

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários
<p>2. Conteúdo do Manual</p> <p>2.1. O manual evidencia a aplicação ao objecto de análise (o projecto) e ao público-alvo (empresários)?</p> <p>2.2. O manual identifica as principais características de cada fase do ciclo de vida de projectos co-financiados?</p> <p>2.3. O manual clarifica as acções a desenvolver em cada uma das fases do ciclo de projectos co-financiados?</p> <p>2.4. O manual apresenta recomendações ou sugestões que permitam transpor os principais problemas em cada uma das fases do ciclo de vida de projectos?</p> <p>2.5. O manual permite identificar a complexidade envolvida na concretização de projectos co-financiados?</p>	<p>Sim, mas sugiro um maior direccionamento por áreas de intervenção, exemplificando casos mais concretos. "Procurement", investimento de capital, transferência tecnológica, formação e desenvolvimento de RH</p> <p>Sim.</p> <p>Sim.</p> <p>Sim. Mas carece de melhor exemplificação e síntese.</p> <p>Em parte. Faltam exemplos mais objectivos e ou concretos</p>

Apreciação Qualitativa
Excelente
Bom
Suficiente
Inaceitável.....

(Assinale com um X)

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários
<p>3. Princípios e regras de construção do Manual</p> <p>3.1. O manual é conciso sem perder a estrutura lógica de compreensão do conteúdo?</p>	<p><i>Sim. É possível através dos “lembretes” recordar os aspectos nucleares.</i></p>
<p>3.2. O manual está escrito de forma clara permitindo o entendimento da informação para o público-alvo?</p>	<p><i>Sim. Apresenta uma linguagem clara e objectiva</i></p>
<p>3.3. O Manual tem uma estrutura de construção que permite uma utilização baseada na acção (realização de um projecto)?</p>	<p><i>Sim. Contém uma sequência lógica das etapas.</i></p>

Critérios/ Questões de Avaliação	Comentários	Apreciação Qualitativa
<p>4. Validade do Manual</p> <p>4.1. O manual é imparcial nas informações, sugestões ou recomendações? (imparcial – neutro em relação a tomar partido pela defesa dos interesses dos Programas Operacionais ou dos empresários, não sobrelevar uma das partes)</p>	<p>Sim</p>	<p>ExcelenteX Bom Suficiente Inaceitável.....</p>
<p>4.2. As sugestões ou recomendações que podem ser colocadas em prática?</p>	<p>Sim, mas não invalida que o utilizador não tenha que consultar outros documentos como os textos dos complementos de programação.</p>	<p>(Assinale com um X)</p>
<p>4.3. A proposta de manual poderia vir a ser transformada numa brochura para divulgação ao público-alvo?</p>	<p>Sim. É desejável que se proceda à sua ampla divulgação, devendo ser acompanhado de acções de sensibilização, designadamente aquando do início de cada programa de financiamento.</p>	

Excelente
BomX
Suficiente
Inaceitável.....

EM TERMOS GLOBAIS A PROPOSTA DO MANUAL É CONSIDERADA

PRINCIPAIS ASPECTOS POSITIVOS DO MANUAL	PRINCIPAIS FRAQUEZAS DO MANUAL
Qualidade na apresentação formal Clareza no conteúdo	Insuficiência de casos concretos por áreas de projectos

Data	15 Maio 2007
Nome	Carlos Silva

De: Natércia Miranda [nmiranda@saudexxi.min-saude.pt]
Enviado: segunda-feira, 30 de Abril de 2007 12:08
Para: Sónia Bastos
Assunto: o manual

Olá Sónia:

(...)

Vou tentar ser sintética e objectiva.

Aspectos gerais:

Penso que o "Contributo para um manual..." tem potencial para o desenvolvimento de uma publicação que virá a ser um importante instrumento de apoio a entidades candidatas a fundos, do sector da saúde e não só. Se quiser, qd. pensar nisso, estou ao dispor para mais "bocas".

Qt. ao presente documento parece-me que o título mais adequado deveria ser algo como "Contributo para um manual de apoio à elaboração de candidaturas e execução de projectos no âmbito dos fundos comunitários". De facto, não são apresentados exemplos de boas práticas mas dadas sugestões a partir da opinião dos beneficiários (NB: boa prática = desempenho modelar, observável e replicável do modo de funcionar de um promotor/projecto).

É boa ideia apresentar frases com símbolos para resumir ou exemplificar, de forma imediatamente visível, as boas, más ou indiferentes "acções" que ocorreram dentro do processo. Todavia, tornar-se-iam mais evidentes e teriam mais fácil leitura se fossem todas alinhadas do mesmo lado da página e fossem contidas dentro duma caixa ou mancha de cor diferente.

O texto, no seu todo, poderá ser tornado mais cativante para a leitura: está muito denso, os subtítulos passam despercebidos e, às vezes, há parágrafos muito extensos que poderiam ser desdobrados. Os "Lembre-se ..." poderiam ser mais destacados, até com maior identificação.

Seria benéfico incluir um glossário com os termos dos fundos, dado que são difíceis de entender, mesmo para as empresas de consultoria.

Penso que seria de dar indicação de que haverá sempre meios fáceis de comunicação com o PO: um site, correio electrónico, telefone.... Estes contactos são essenciais à obtenção dos regulamentos do PO e dos formulários e orientações para a candidatura e a realização do processo. Pode indicar-se já o site do QREN.

Penso que faria sentido referir e explicar melhor que os apoios a empresas têm características "de minimis", i.e. não podem exceder um determinado montante/projecto e não são acumuláveis ao longo de 3 anos. Os promotores têm que realizar o investimento elegível para obter o total do incentivo (este, no IIIQCA, é 75% fundo + 25%OE).

Também vale a pena referir a necessidade de que o investimento tem de estar afecto ao projecto durante 5 anos e que a alteração do promotor é possível mas exige aprovação no âmbito do Programa Operacional.

A publicitação dos apoios é sempre obrigatória, segundo as regras comunitárias.

Aspectos específicos:

Não se entende bem a última "dica" da página 8 nem a última da página 13 (o que são as "coisas" iniciais?).

Há que corrigir alguns lapsos de gramática. Por exemplo, muitas das recomendações começam por "Lembre-se que..." qd. deveria ser "Lembre-se de que..."

"a priori" não leva acento e, sendo latim, deve vir em itálico ou entre aspas, consoante o gosto.

Na 5ª linha da pág. 2, penso que seria melhor substituir a palavra "lições" por "sugestões" ou "recomendações" ou "reflexões". Acho que "lições" é demasiado forte.

Por agora, é tudo.

Continuo ao dispor.

NM

Gabinete de Gestão - Saúde XXI
Av. da Republica,50-5º 1050-196 Lisboa
Telef: 217818010 Fax: 217818040
E-mail: nmiranda@saudexxi.min-saude.pt
Site:www.saudexxi.min-saude.pt

De: Marcos Olimpio "Marcos Olimpio" <mosantos@uevora.pt>
Para: soniastostos@tci-portugal
Subject: Dissertação Mestrado (manual boas práticas)
Data: quinta-feira, 17 de maio de 2007 10:42

Olá Sónia

Como já falei com a Prof^a Saudade parece-me que deverá reorientar a designação do seu contributo para um Guia Metodológico.

Caso queira manter a designação de Boas Práticas sugiro que nas palavras chave insira mais essa designação (que aí não consta).

Inclua no trabalho um ponto ou subponto onde desenvolva o conceito e insira um breve estado da arte sobre experiências ou onde refira que não teve acesso a publicações sobre o tema.

No que se refere ao seu texto sobre boas práticas (ponto 6.2.) a minha opinião é a seguinte:

-A estruturação dos pontos não é satisfatória. Encontra-se diluída e o leitor tem de fazer um esforço para perceber melhor as diferentes sequências em que se encontra subdividido cada ponto (1. Diagnóstico, 2. Candidatura e Aprovação ...)

-Os enunciados/ destaques não me parecem ser na sua maior parte os que melhor reflectem mensagens sobre boas práticas.

-Como não tive acesso ao ponto 5, não lhe posso sugerir alternativas sobre a exploração do texto (em termos de lições aprendidas com os aspectos mais e menos positivos), de forma a reformular o ponto 6.2. reforçando o direccionamento para o tema das boas práticas.

No caso de manter a designação de Boas Práticas na minha apreciação qualitativa dos critérios / questões da avaliação, etc, atribuo a classificação de suficiente.

Como já tinha falado com a Prof^a Saudade, esta estará em condições de interpretar melhor algumas dúvidas sobre estas considerações.

Votos de um bom dia e de um bom trabalho.

MO

**Anexo 7 – Matriz de análise da concretização dos objectivos
específicos identificados para os 12 projectos em estudo**

1. Aumentar a realização do número de exames ou tratamentos complementares de diagnóstico e terapêutica (proj. 1, 5)

Proj. 1	Proj. 2	Proj. 3	Proj. 4	Proj. 5	Proj. 6	Proj. 7	Proj. 8	Proj. 9	Proj. 10	Proj. 11	Proj. 12
Equipamento adquirido e realização de exames a 359 utentes após a conclusão do projecto	Duplicar o número de consultas de especialidade de	Nº médio mensal de 30 para 53 utentes Nº médio atendimento os dias de 10 para 18 utentes "temos maior afluência."	O número de tratamentos fisioterapia aumenta 7,7% e as consultas 7,9%	O nº de doentes fisioterapia por dia manteve-se nos 180 (objectivo era 200/210)	Consultas programadas o 25 realiza 40, Actos médicos programados o 159, realiza 100		Programados o 9743 exames, realizado 10173 (4,4%)		Número de exames inferior ao previsto (-48%) A população alvo era de 10%, foi concretizada do 3,2%	Lab. Provas funcionais respiratória de 240 exames p/400	

2. Aquisição de novos equipamentos para prestar cuidados saúde de qualidade com garantia de cumprimento dos requisitos legalmente estabelecidos (proj. 2, 4, 5, 7, 8 e 10)

"Comprei mais e melhores aparelhos"	"Significativo reequipamento, pois o que tínhamos já era velho"	"Há dois anos, a clínica foi a 25.ª no país a ter aparelhos licenciados de acordo com as normas comunitárias"	"temos maior qualidade na prestação de serviços"				"A única alteração foi a substituição de um equipamento mais antigo por outro moderno, na área pulmonar"
-------------------------------------	---	---	--	--	--	--	--

3. Criar novas unidades ou valências inexistentes de imagiologia (proj 1 e 10), de radiologia móvel e endoscopia (proj. 11), de clínica especializada em MCD de medicina do exercício (proj.6)

Proj. 1	Proj. 2	Proj. 3	Proj. 4	Proj. 5	Proj. 6	Proj. 7	Proj. 8	Proj. 9	Proj. 10	Proj. 11	Proj. 12
Concretiza da a instalação dos equipamentos previstos					"Faltam dois ou três princípios básicos para um funcionamento mais eficiente e rentável, como ter unidades de diagnóstico, de terapêutica e de clínica."				"A criação desta unidade de saúde"	Unidade de endoscopia não foi aprovada mas foi concretizada	

4. Reforçar a qualidade dos serviços prestados através de maior fiabilidade e eficiência de atendimento, adquirindo hardware e software informático que visam diminuir a probabilidade de erros e aumentar o rigor técnico dos exames (proj.8, 11 e12)

					"Foi preciso comprar fax, que não existia. Temos computadores e Internet. (...) temos meios para pedir a ajuda de um colega, à distância"		(Previsto de 15 dias para 3/4 dias a espera de exames) Prazo médio de marcações de 1,5 meses para 0,5 meses			Aumento da eficácia e eficiência em atendimento, marcações e manutenção o bases dados	Maior fiabilidade com quase eliminação do factor erro/troca na fase pré-analítica
--	--	--	--	--	---	--	---	--	--	---	---

5. Renovar/ adquirir instalações que permitam criar novas salas de tratamento / gabinetes de consulta com maior qualidade de atendimento (proj. 2, 4 e 7)

Proj. 1	Proj. 2	Proj. 3	Proj. 4	Proj. 5	Proj. 6	Proj. 7	Proj. 8	Proj. 9	Proj. 10	Proj. 11	Proj. 12
	"Ajudou a modernizar a clínica (...) fiz algumas melhorias"	Um dos objectivos das obras era melhorar a prestação de cuidados e conseguim os atingi- lo.	"Temos muito melhores condições de trabalho (...) os acessos também foram muito melhorado s"	"Modernizá mos as instalações "		"Se fosse hoje talvez algumas obras tivessem sido feitas de forma diferente"					

6. Aumentar a produtividade para incrementar o volume de negócios (proj. 1, 3, 8 e 12)

"nota-se um aumento gradual de receitas, embora não muito."		"Não é coisa muito significativa, porque trabalhamos mais uma hora ou hora e meia por dia, mas temos maior afluência"	Incremento u a capacidade de resposta do centro reflectindo- se no número de serviços prestados e resultados económicos	Previsão o de 40% em 2003 no volume de negócios face a 2001 "Não, a afluência manteve-se estável"	"Lido com isso todos os dias [falta de clientes], pago o preço da interitoridade e é muito difícil ter rentabilidade e em equipamento os que são caros e são utilizados num sector específico"	"Aumentou ligeiramente o volume de atendimento (...) Os resultados económicos não têm sido os esperados"		Trouxe mais clientes.	Este ganho será mais considerável quando estiverem estabelecidos os acordos com o SNS	Nítido aumento da facturação	Por via da automação registou-se um acréscimo significativo da produtividade e
---	--	---	---	--	--	---	--	-----------------------	---	------------------------------	--

f