

**A QUALIDADE DO SERVIÇO PÚBLICO HOSPITALAR:
NOVA GESTÃO PÚBLICA**

Um estudo de caso no Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Susana Filipa dos Santos Sequeira

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Gestão

Orientadora:

Professora Doutora Ana Cristina Narciso Fernandes Costa, Professora Auxiliar,
ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa, Departamento de Economia Política

Setembro 2017

Agradecimentos

Com a realização desta dissertação de mestrado chegou ao fim uma das etapas mais importantes da minha vida e, como tal, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que tornaram possível e estiveram envolvidas neste percurso.

Em primeiro lugar quero agradecer à minha professora Ana Cristina Costa por ter aceitado logo de início embarcar nesta aventura comigo e por toda a dedicação, apoio, disponibilidade e ajuda ao longo deste último ano, bem como por todos os conhecimentos partilhados, enquanto orientadora desta investigação e minha professora na licenciatura.

Agradeço inteira e carinhosamente aos meus pais por todo o amor, apoio incondicional e incentivo que me prestaram desde sempre, pois sem eles tudo isto seria impossível concretizar. À minha irmã por toda a motivação que me deu e por tornar os meus dias mais alegres. Com vocês os três ao meu lado tornou-se tudo muito mais simples de enfrentar. Sem vocês não teria chegado até aqui! À minha restante família deixo, também, um forte e grande obrigada.

Quero agradecer, ainda, aos meus amigos mais próximos por toda a ajuda, motivação e apoio que sempre me deram.

Dedico esta investigação aos meus avós maternos que infelizmente partiram durante o meu percurso académico e não conseguiram presenciar o fim desta importante etapa da minha vida, ao meu lado.

Por fim, deixo também um agradecimento ao Centro Hospitalar de Setúbal, EPE por aceitar envolver-se neste estudo e torná-lo possível. A todos os profissionais envolvidos nas entrevistas, pela sua disponibilidade e colaboração, bem como aos restantes profissionais envolvidos no Gabinete de Investigação e Desenvolvimento, por todo o apoio e ligação entre mim e o centro hospitalar.

Por tudo,

E a todos,

Um enorme obrigada!

Resumo

Nos últimos anos o setor público de saúde português tem sido alvo de algumas reformas, associadas às perspetivas da Nova Gestão Pública (NGP), proveniente dos países anglo-saxónicos. Com isso surgiram, em Portugal, os hospitais Sociedade Anónima (SA), em 2002, e mais tarde, em 2005, os hospitais de Entidade Pública Empresarial (EPE). Assim, conseqüentemente surgiram algumas mudanças no próprio serviço hospitalar que terão influência sobre a qualidade do serviço público prestado.

Neste sentido nasce a presente investigação, com o objetivo central de compreender o impacto na qualidade do serviço público hospitalar prestado, após a adoção de práticas de estilo empresarial no setor público, influentes da NGP. Este estudo será realizado tendo por base o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, – CHS, EPE – analisando o impacto, segundo a perspetiva dos seus profissionais, de modo a perceber como estes percecionam as alterações ocorridas.

Com este propósito realizaram-se entrevistas nas instalações do CHS, EPE a cinco profissionais com diferentes funções a prestar no centro. A análise dos resultados obtidos mostra a existência de uma pluralidade de perceções quanto ao impacto na qualidade do serviço prestado após a adoção de novas práticas de gestão, perceções estas que são por vezes contraditórias e que se relacionam com a função desempenhada pelos profissionais. Salienta-se, também, que algumas das medidas adotadas não são do conhecimento de todos os profissionais o que influencia as suas interpretações sobre as alterações ocorridas.

Palavras-chave: Nova Gestão Pública; Empresarialização; Qualidade na saúde; Hospitais EPE.

Classificação JEL: I18; M10.

Abstract

In the last years the Portuguese public health sector has been the target of some reforms, associated with the New Public Management (NPM) perspectives, coming from the Anglo-Saxon countries. Thereby it has emerged, in Portugal, the Sociedade Anónima hospitals (SA) in 2002, and later, in 2005, the Entidade Pública Empresarial hospitals (EPE). Thus, consequently some changes have arisen in the health service that will influence the quality of the public service given.

In this regard the present research was born with the main objective of understanding the impact on the quality of the public hospital service provided, after the adoption of business practices in the public sector influential by the NPM. This study will be made based on the Centro Hospitalar de Setúbal EPE - CHS, EPE - analyzing the impact, according to the perspective of its practitioners, in order to understand how they perceive the changes that have occurred.

With this aim, interviews were made at the CHS, EPE to five practitioners with different functions at the center. The analysis of the results shows the existence of a plurality of perceptions regarding the impact on the quality of the service provided after the adoption of new management practices, perceptions that are sometimes contradictory and that are linked to function of each practitioner. It is also enhanced that some of the actions adopted are not known to all practitioners, which influences their interpretation on the changes occurred.

Key words: New Public Management; Entrepreneurialism; Quality in health care; EPE Hospitals.

JEL Classification: I18; M10.

Índice

Lista de abreviações.....	VIII
1. Introdução.....	1
1.1. Contextualização.....	1
1.2. Tema	2
1.3. Estrutura da dissertação	3
1.4. Objetivos.....	3
2. Enquadramento Teórico.....	6
2.1. Nova Gestão Pública.....	6
2.2. Restruturação do setor público.....	12
2.3. Caracterização dos Quase-Mercados	14
2.4. Os modelos de sistemas de saúde da Europa	15
2.4.1. Modelo de Bismarck.....	15
2.4.2. Modelo de Beveridge.....	16
2.4.3. Sistemas de saúde em transição.....	17
2.5. Evolução do Sistema de saúde em Portugal	20
2.5.1. As reformas no setor da saúde em Portugal	20
2.5.1.1. Evolução histórica: antecedentes do Serviço Nacional de Saúde.....	20
2.5.1.2. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS).....	24
2.5.1.3. Reformas mais recentes no setor da saúde: A Nova Gestão Pública no setor da saúde em Portugal.....	28
2.6. As perspetivas do conceito de qualidade	36
2.6.1. Conceitos de Qualidade.....	36
2.6.2. Qualidade nos serviços públicos.....	41
2.6.3. Qualidade em Saúde	41

2.6.4. Qualidade de saúde em Portugal	43
3. Metodologia.....	45
3.1. Metodologia de análise	46
4. Estudo empírico.....	58
4.1. Apresentação do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	58
4.2. Resultados obtidos	62
4.2.1. A - Apresentação dos entrevistados.....	62
4.2.2. B – Impactos do processo de empresarialização e do novo modelo de gestão...	63
4.2.3. C – Impactos do processo de empresarialização e do novo modelo de gestão no CHS, EPE.....	65
4.2.4. D - Perceção da qualidade e da importância da sua mensuração	68
4.2.5. E - Visões sobre o impacto na qualidade do serviço prestado no CHS, EPE após a introdução de novas práticas	69
5. Conclusão	72
5.1. Principais conclusões	72
5.2. Limitações da investigação e sugestões de pesquisa futura.....	75
6. Bibliografia	77
7. Anexos	81
Anexo nº 1 – Documento comprovativo da autorização do estudo no CHS, EPE	81
Anexo nº 2 – Guião da 1ª entrevista	82
Anexo nº 3 – Transcrição da 1ª entrevista	85
Anexo nº 4 – Guião da 2ª, 3ª e 4ª entrevistas.....	101
Anexo nº 5 – Transcrição da 2ª entrevista	104
Anexo nº 6 – Transcrição da 3ª entrevista	113
Anexo nº 7 – Transcrição da 4ª entrevista	116
Anexo nº 8 – Modelo de análise: Parte 2	133

Índice de Figuras

Figura 1 – Despesas e receitas públicas em percentagem do PIB, de 1900 a 2000, no Reino Unido	7
Figura 2 – Despesa pública total em percentagem do Rendimento Nacional, de 1970 a 2014	8
Figura 3 – Evolução da despesa pública em saúde em percentagem do PIB, de 1970 a 2015, no Reino Unido, excluindo gastos com investimento.....	9
Figura 4 – Evolução da despesa pública e total em saúde em percentagem do PIB, de 1970 a 2015, em Portugal, excluindo gastos com investimento	22
Figura 5 – Evolução da taxa de mortalidade infantil, de 1970 a 2015, em Portugal...	23
Figura 6 – Evolução do número de médicos, de 1970 a 2015, em Portugal	23
Figura 7 – Evolução do PIB a preços constantes, em milhares, de 1960 a 2014, em Portugal	26
Figura 8 – Total da população residente em Portugal, de 1960 a 2015, em milhares.	26
Figura 9 – Visão de Deming	37
Figura 10 – Evolução histórica da qualidade	39
Figura 11 – Hospital São Bernardo.....	58
Figura 12 – Hospital Ortopédico Sant’Iago do Outão	59
Figura 13 – Organograma do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE	61

Índice de Quadros

Quadro 1 – Objetivos da dissertação	5
Quadro 2 – Principais características dos dois grandes modelos de sistemas de saúde da Europa	19
Quadro 3 – Quadro síntese dos hospitais SA	30
Quadro 4 – Caracterização dos hospitais em Portugal Continental, em 2002	32
Quadro 5 – Hospitais EPE	33
Quadro 6 - Descrição das entrevistas realizadas no CHS, EPE	46
Quadro 7 – Modelo de análise: parte 1	48

Lista de abreviações

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

EPE – Entidade Pública Empresarial

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

IQS – Instituto da Qualidade em Saúde

NGP – Nova Gestão Pública

NHS – National Health Service

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PIB – Produto Interno Bruto

PPA – Progressive Public Administration

PPP – Parcerias Público-Privadas

SA – Sociedade Anónima

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPA – Setor Público Administrativo

1. Introdução

1.1. Contextualização

Foi a partir dos anos 80 que a Nova Gestão Pública (NGP) veio transformar o setor público com a aplicação de um conjunto de novas práticas de gestão. Inicialmente aplicada no contexto dos países anglo-saxónicos com impactos profundos nas suas economias, tornou-se desde logo um destaque e motivo de reflexão e análise.

A NGP, em termos gerais, visava a adoção de procedimentos da gestão privada pelo setor público com o objetivo de aumentar a sua performance, isto é, de obter uma maior eficiência e qualidade nos serviços prestados. As transformações que o papel do Estado na economia foi tendo com destaque para a passagem de algumas das suas funções para entidades privadas foi em parte uma das consequências resultantes da adoção das práticas inspiradas na NGP. Estas transformações geraram uma reestruturação da administração pública, não sendo exceção o setor da saúde e Portugal. No contexto da influência da NGP, Portugal conduziu reformas importantes do setor público, tendo alterado, em particular, as suas políticas e modelos de gestão no setor da saúde.

Sendo a saúde um setor muito importante para a sociedade de qualquer país deverá ser objetivo da ação do Estado promover esse serviço com eficiência e qualidade. A qualidade do serviço de cuidados de saúde prestados depende de diversos fatores e entre eles está uma adequada gestão do próprio serviço. A forma como um serviço é gerido é um dos fatores que contribui para o alcance das metas de eficiência e qualidade, tendo-se procurado conduzir estratégias inovadoras de gestão, como são disso exemplo as reformas institucionais de passagem de algumas instituições hospitalares para Sociedade Anónima (SA) e, posteriormente, para Entidade Pública Empresarial (EPE). Estas reformas estiveram associadas a um processo de empresarialização dos hospitais.

Terão estas novas práticas empresariais introduzidas no setor público em Portugal e, em particular, no setor da saúde traduzido-se, na perspetiva dos profissionais de saúde, numa melhoria da qualidade do serviço de saúde prestado? Esta é a questão central desta investigação, tomando como estudo de caso o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE – CHS, EPE.

1.2. Tema

Como já referido, os princípios da NGP têm vindo a modificar o setor público pela condução de diversas reformas e da alteração de políticas e modelos de gestão. Um dos setores onde estas alterações têm tido lugar e causado impactos a diversos níveis (como na eficiência ou na qualidade) é, precisamente, o setor da saúde.

Existem alguns estudos realizados dentro desta temática, designadamente na ótica das novas práticas de gestão, na ótica da contabilidade de gestão, na ótica da qualidade, entre outras perspetivas. Pode-se referir, por exemplo, o estudo de Alexandre Nunes, investigador em políticas de saúde, e de Ana Harfouche, administradora hospitalar e professora universitária, publicado no artigo “A gestão empresarial hospitalar na perspetiva dos gestores hospitalares”. Este estudo teve por objetivos descrever os benefícios da gestão empresarial hospitalar no aumento da satisfação dos utentes; apontar as vantagens da gestão empresarial comparativamente ao modelo anterior; e, averiguar se essa gestão assegura maior eficiência. Tudo isto, sob a visão dos gestores hospitalares (Nunes e Harfouche, 2015). Ainda de Ana Harfouche destaca-se a investigação intitulada “Hospitais transformados em empresas – Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo” que teve por objetivo perceber o impacto na performance dos hospitais transformados em SA no âmbito do novo modelo de gestão (Harfouche, 2008). No que se refere à qualidade dos serviços hospitalares, os estudos realizados centram-se na importância e evolução da qualidade ou na análise da qualidade perspetivada pelos utentes.

Os estudos referidos focam-se ou nas alterações e impactos decorrentes da NGP, ou na qualidade, sem uma preocupação de articular estas duas vertentes. O presente trabalho tem o objetivo de relacionar estas duas dimensões. Neste sentido, são abordadas as novas práticas de gestão introduzidas no setor público mantendo a preocupação de discutir o conceito qualidade, em particular, aplicado aos serviços de saúde.

É esta preocupação que justifica que a presente dissertação de mestrado se intitule “A Qualidade do Serviço Público Hospitalar: Nova Gestão Pública”, pretendendo-se, em termos gerais, perceber o impacto na qualidade do serviço hospitalar prestado no contexto das alterações efetuadas ao nível das práticas de gestão decorrentes da NGP, na perspetiva de vários profissionais de saúde e não apenas dos gestores hospitalares.

Face à morosidade, extensão e dificuldade de um estudo que visasse todos os hospitais públicos portugueses transformados em entidades públicas empresariais, optou-se por focar a investigação no CHS, EPE que integra, por fusão, o Hospital de São Bernardo, S.A. e o Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão, e, fez parte das primeiras alterações do Estado com a criação dos hospitais SA, em 2002, e, mais tarde, das entidades públicas empresariais, em 2005. Por essa razão o CHS, EPE foi a instituição escolhida para realizar este estudo, permitindo, deste modo, ter um maior leque temporal para análise. É certo que o fator proximidade, também teve alguma ponderação nesta escolha.

1.3. Estrutura da dissertação

Quanto à estrutura, esta investigação encontra-se organizada em 5 capítulos principais: 1) Introdução; 2) Enquadramento teórico; 3) Metodologia; 4) Estudo empírico; e, 5) Conclusão. Não obstante esta divisão em capítulos, a presente investigação compõe-se de duas grandes partes, uma que se refere à revisão de literatura e a outra ao estudo de caso. Na parte que se refere à revisão de literatura pretende-se abordar e dar a conhecer o que é efetivamente e como surgiu o movimento da NGP e mostrar como isto afetou o serviço público e o mercado. São também apresentados os vários modelos de Estado Providência existentes na Europa, em particular no que se refere aos sistemas de saúde, destacando-se o caso português. Este é analisado detalhadamente, de modo a dar a conhecer ao leitor todos os processos pelos quais Portugal passou até chegar ao SNS e as instituições hospitalares como são hoje. A revisão de literatura engloba ainda o tema da qualidade com o propósito de identificar diferentes vertentes e visões em que o tema é discutido. A parte referente ao estudo de caso trata o CHS, EPE e analisa os resultados das entrevistas efetuadas.

1.4. Objetivos

A presente investigação procura responder à questão da compreensão do impacto na qualidade do serviço público hospitalar prestado, em particular, no caso do CHS, EPE, pela utilização de práticas empresariais decorrentes da influência da NGP. É de notar que o impacto será analisado segundo a perspetiva dos profissionais do centro hospitalar. Ou seja, pretende-se compreender como os profissionais de saúde percecionam o impacto na

qualidade do serviço que é prestado na instituição de que fazem parte em resultado de alterações das práticas e instrumentos de gestão. Até que ponto a empresariação do CHS é percebida pelos seus profissionais como se tendo traduzido numa melhoria da qualidade dos serviços prestados?

Esta investigação procurou englobar a perspectiva de vários profissionais da instituição e de diversas áreas clínicas e não apenas a perspectiva dos administradores, de modo a procurar-se obter várias visões sobre a temática e perceber se existe consenso, ou pelo contrário, divergência. É a perspectiva dos profissionais de saúde, em detrimento da dos utentes, que é considerada por se considerar que trabalham diariamente no centro hospitalar e observam as mudanças ocorridas. Interessa compreender o impacto das transformações decorrentes da empresariação do CHS na atividade diária dos profissionais de saúde, no modo como percebem a influência sobre a qualidade do serviço público hospitalar que é prestado aos utentes. Ademais, estudar a percepção dos utentes requereria outro tipo de análise. Os utentes constituem um grupo variado e demasiado amplo para poder ser considerado na presente investigação. Outra condicionante de um estudo focado nos utentes é que estes apesar de terem uma opinião acerca da qualidade do serviço concedido e de serem o alvo do serviço que é prestado, podem ter uma visão distante das alterações de gestão implementadas. Por todos estes motivos, considerou-se válida que a presente investigação incida apenas sobre os profissionais de saúde.

O quadro seguinte apresenta os vários objetivos da investigação.

Quadro 1 – Objetivos da dissertação

Objetivos		Capítulo e secção correspondente
Objetivo central	Compreender o impacto na qualidade do serviço prestado no CHS, EPE, após a adoção de práticas empresariais, no âmbito da NGP, pela visão dos seus profissionais.	
Objetivo 1	Perceber como, onde e em que setores o movimento da NGP surgiu e como afetou o serviço público.	Capítulo 2, secções 2.1, 2.2 e 2.3
Objetivo 2	Identificar e caracterizar os vários modelos de sistemas de saúde europeus, incluindo o português.	Capítulo 2, secção 2.4
Objetivo 3	Compreender a evolução do sistema de saúde português.	Capítulo 2, secção 2.5
Objetivo 4	Identificar e caraterizar as reformas do serviço de saúde português e a sua razão, mostrando as consequentes mudanças efetuadas.	Capítulo 2, secção 2.5
Objetivo 5	Entender como foi adaptada a NGP em Portugal, nomeadamente, no setor da saúde e as transformações estruturais daí decorrentes.	Capítulo 2, secção 2.5
Objetivo 6	Perceber as divergências do conceito qualidade.	Capítulo 2, secção 2.6
Objetivo 7	Compreender o que se entende por qualidade na saúde e como é tratada em Portugal.	Capítulo 2, secção 2.6

Fonte: Elaboração própria.

2. Enquadramento Teórico

Neste capítulo será feita uma contextualização teórica acerca do tema da NGP, com enfoque para os principais conceitos importantes à compreensão do objeto de pesquisa.

Desta forma, começar-se-á pela ideologia da NGP, referindo a sua origem, características e como afetou a administração pública em diversos países. De seguida, será feito um enquadramento sobre o serviço público Europeu, com destaque para o serviço público hospitalar e o caso Português. Posteriormente, será discutido o que se entende por qualidade de um serviço público.

2.1. Nova Gestão Pública

O surgimento da NGP, conhecida internacionalmente por *New Public Management* foi, para Hood (1991), uma das tendências internacionais mais relevantes na administração pública. Este novo modelo refere-se às novas abordagens de administração e gestão do setor público, que foram surgindo em vários países no final do século XX. A sua emergência está associada a tentativas de restringir o domínio do Estado, controlar as despesas públicas, reestruturar os setores públicos, com o objetivo de torná-los mais eficazes e com reação/resposta rápida às situações, e a um movimento geral de privatização. Este modelo veio, assim, substituir o antigo modelo de gestão pública - *Progressive Public Administration* (PPA), o qual tinha emergido nos finais do século XIX e princípios do século XX (Hood, 1991, 1995 e Ferlie et al, 1996).

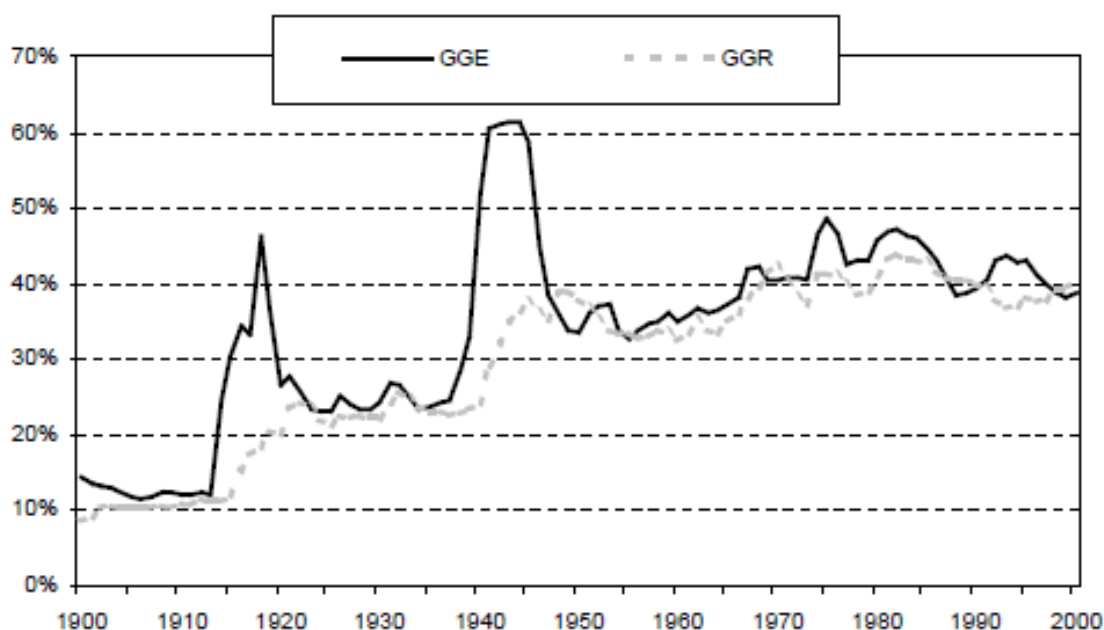
Neste contexto, de modo a ultrapassar as limitações da antiga gestão, dá-se o incremento de uma nova filosofia administrativa, a qual para Simões (2004) se pode designar de Administração Pública de tipo Empresarial (*New Public Management*).

Esta nova abordagem surge no final dos anos 70, com um conjunto de reformas implementadas por Margaret Thatcher, dada a vitória do Partido Conservador, na Grã-Bretanha, em 1979 e, também, com a eleição de Ronald Reagan nos EUA, em 1981. O desaparecimento da tradicional PPA é, portanto, muitas vezes atribuído ao aparecimento das ideias da *New Right*. Mais tarde, os governos da Nova Zelândia e Austrália juntaram-se a este movimento (Hood, 1995; Gruening, 2001 e Simões, 2004).

No Reino Unido, Margaret Thatcher sobe ao poder, num período em que o Estado tentava ainda equilibrar as suas despesas públicas, apresentando no início dos anos 80 despesas

de cerca de 45% em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB). É de notar que o país tinha saído da segunda Guerra Mundial, período onde se regista um aumento significativo nas despesas, tal como se pode verificar na figura 1, e, portanto, encontrava-se ainda numa fase de reestruturação do país. Saliente-se, também, a passagem da grande crise dos anos 70. Com a crise, surgiu um aumento do desemprego e conseqüentemente das despesas públicas.

Figura 1: Despesas e receitas públicas em percentagem do PIB, de 1900 a 2000, no Reino Unido



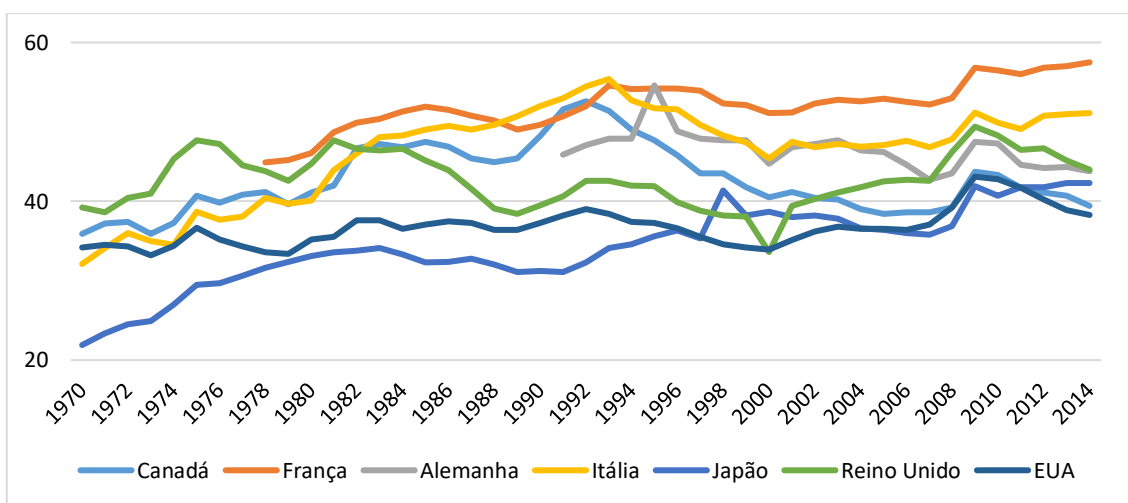
Legenda: GGE = General Government Expenditure/ Despesas Públicas; GGR = General Government Revenue/ Receitas Públicas.

Fonte: Clark e Dilnot (2002).

Thatcher via a privatização como algo a concretizar nas futuras reformas (Shaw, 2004). Deste modo, Thatcher aplicou reformas severas. De acordo com Talbot (1993: 3) “*The international reputation of the UK's reforming conservative government, elected in 1979, headed by Margaret Thatcher, was one of radical tax cuts, tight monetary policy, reductions in state intervention in the economy, public spending reductions, privatization and strong defence and law and order policies.*”

Apesar do Reino Unido não ser dos países com maiores níveis de despesa pública em relação ao rendimento nacional (ver figura 2), apresenta níveis consideráveis em resultado, fundamentalmente, da evolução dos gastos públicos em setores como o da saúde (Ferlie et al, 1996). Como é possível observar através da figura 3, é de salientar que os gastos públicos em saúde, no Reino Unido, apresentam um crescimento constante ao longo dos anos, o que pode estar associado a diversos fatores. A procura crescente de serviços de cuidados de saúde, em parte devido ao envelhecimento da população, e a sua importância e necessidade social serão certamente fatores relevantes (Simões, 2004).

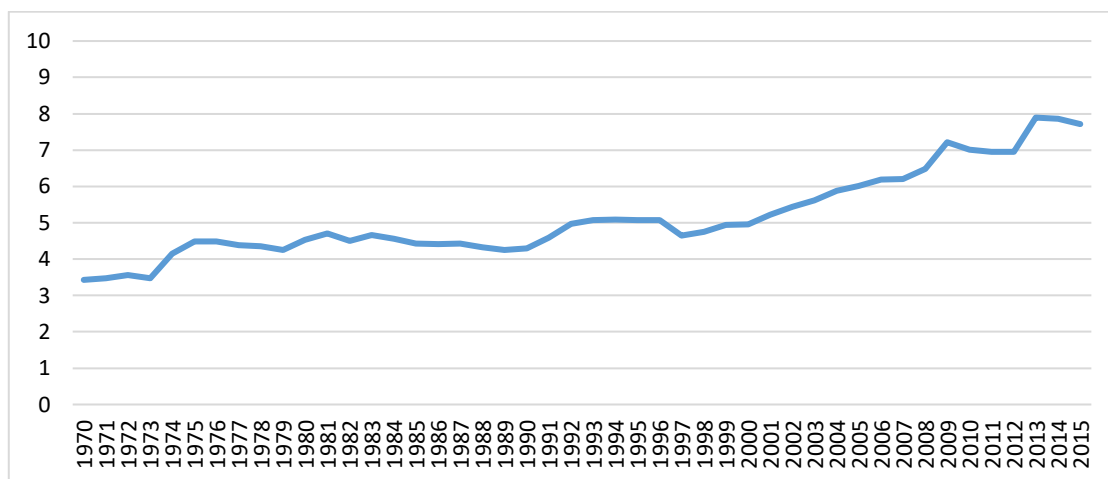
Figura 2: Despesa pública total em percentagem do Rendimento Nacional, de 1970 a 2014



Fonte: Adaptado de Economic Outlook n°97 (2015) in Institute for Fiscal Studies (2017)¹.

¹https://www.ifs.org.uk/tools_and_resources/fiscal_facts/public_spending_survey/uk_spending_in_an_international_context, acessado a 3 de fevereiro de 2017.

Figura 3: Evolução da despesa pública em saúde em percentagem do PIB, de 1970 a 2015, no Reino Unido, excluindo gastos com investimento



Fonte: Adaptado de OCDE (2017)².

Neste contexto, o Reino Unido é palco de transformações administrativas no domínio dos serviços públicos, nos anos 80. Essas alterações provêm de um conjunto de iniciativas diferentes, mas interligadas entre si, as quais incluem mudanças estruturais e alterações de processos e funções. Entre estas reformas estão, por exemplo, privatização; descentralização da gestão, a partir da tentativa em crescendo de criar quase-mercados dentro do espaço público através da desagregação de organizações públicas e da introdução de uma lógica de contratualização ao invés de relações de hierarquia; e, a ênfase na ideia de fazer mais com menos. O objetivo declarado era o de procurar controlar as despesas públicas e reestruturar o setor público, com o intuito de alcançar mais eficiência, responsabilidade e um estilo mais empresarial neste setor, melhorando a sua prestação. É de salientar que o serviço de saúde foi dos primeiros setores onde as novas ideias de gestão foram colocadas em prática (Ferlie et al, 1996).

Para Hood (1991), NPM representa um conjunto de doutrinas administrativas semelhantes e relacionadas que dominaram as reformas burocráticas em muitos dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), não sendo, portanto, um desenvolvimento exclusivamente britânico. Christopher Hood resume-as em sete componentes:

² <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, acessado a 3 de fevereiro de 2017.

- Adoção da gestão empresarial no setor público, promovendo uma prestação mais ativa, visível e sem limitações aos gestores de topo das organizações, ou seja, proporcionando uma maior liberdade para gerir;
- Definição de padrões e medidas de desempenho, definindo objetivos, metas e indicadores de sucesso, mensurando-os;
- Maior ênfase no controlo de resultados, ao invés do enfoque nos procedimentos, afetando recursos e recompensas relacionadas com o desempenho;
- Desagregação de unidades no setor público, transformando grandes estruturas em unidades de menor dimensão, existindo, também, uma descentralização da gestão;
- Introdução de maior concorrência no setor público, dando lugar às contratações e concursos públicos;
- Foco nos princípios e ferramentas das práticas de gestão do setor privado, usando-os no público, procurando uma maior flexibilidade na contratação e recompensas;
- Destaque para uma maior disciplina e moderação na utilização dos recursos, com o intuito de diminuir os custos diretos, procurando “fazer mais com menos”.

Para Dawson e Dargie (2002) o termo NGP apesar de frequentemente utilizado internacionalmente pela comunidade académicos, governos e no âmbito de várias organizações, raramente é definido. As autoras definem-no em três dimensões: 1) como um movimento; 2) como um assunto para estudo e debate académico; e, 3) como um conjunto de práticas que podem ser observadas nas recentes reformas do setor público.

Segundo Simões (2004) no âmbito desta filosofia administrativa pede-se que o setor público promova um bom serviço a um preço ou taxa reduzida, disponibilizando uma maior qualidade com menor custo, ao invés de se assumir como um grande empregador. Este tipo de administração recorre à criação de um quadro institucional assente em: a) Mercados internos, onde relativamente aos setores não privatizáveis procura-se introduzir o uso de mecanismos de tipo-mercado³ e concorrência; b) Mudanças estruturais/alterações organizativas com criação de unidades exteriores ao Estado com responsabilidade de prestação de serviços, por exemplo, na área da saúde, resultando da segmentação dos serviços públicos. O objetivo é que a concorrência promova uma maior satisfação dos utilizadores e maior liberdade de escolha e uma avaliação da atividade

³ Segundo Simões (2004) podem identificar-se, na literatura, dois tipos de mecanismos de tipo-mercado: as práticas empresariais e a visão do mercado como um sistema de incentivos e de contratos.

assente nos resultados; e c) Como consequência torna-se necessário avaliar e criar indicadores de desempenho, onde a avaliação dos organismos públicos se faz através de indicadores que possibilitam medir a qualidade, a eficiência e a eficácia, obrigando a ter objetivos claramente definidos, bem como a criação de sistemas de informação (Simões, 2004).

Na ótica de Lapsley (2008), NGP é um fenómeno multifacetado, não apenas no *design*, mas, também, na sua implementação e nos seus efeitos, apresentando-o em diversas perspetivas: 1) processos de gestão; 2) mecanismos de mudança; e, 3) restrições. O objetivo é avaliar as expectativas da NGP, reconhecendo a importância dos processos de gestão no alcance da mudança, avaliando os principais mecanismos implantados e as restrições na sua implementação.

No entanto, sendo a Nova Gestão Pública caracterizada pela aplicação de práticas empresariais em entidades públicas, convém definir a expressão *business-like practice*, utilizada por muitos autores. Segundo Shaw (2004) *a business-like practice* é uma abordagem para desenvolver, produzir e fornecer um bem ou serviço que: a) procura ter em conta os custos unitários na produção o bem/serviço; b) relaciona os custos com os resultados esperados do bem/serviço; c) realiza um balanço regular das necessidades, procura e satisfação dos clientes; d) responsabiliza o pessoal pela performance através de termos explícitos de referência; e) demonstra responsabilidade para com os *shareholders*, monitorando e avaliando rigorosamente as suas funções; f) utiliza incentivos, como por exemplo monetários, para recompensar a performance.

Neste sentido, assiste-se, então, a uma mudança no paradigma da gestão pública em vários setores, como é caso do da saúde, que teve início e mais impacto nos países anglo-saxónicos. Contudo estas ideologias atingiram outros países, nomeadamente Portugal. Em síntese, este conjunto de ideias e práticas que caracterizam a Nova Gestão Pública, na sua essência, procura o uso de abordagens do setor privado e empresarial no domínio público. Este novo modelo leva, também, a uma mudança profunda na forma de conceptualização das funções dos administradores públicos (Denhardt et Denhardt, 2007). Assim, segundo Denhardt e Denhardt (2007: 13) “*In the New Public Management, public managers are challenged either to find new and innovative ways to achieve results or to privatize functions previously provided by government. They are urged to “steer, not row,”...The key is that the New Public Management relies heavily on market mechanisms to guide public programs.*”

Estas alterações na administração pública fazem do Estado um elemento cada vez menos interventivo, assumindo sobretudo, um papel de regulador, organizador e comprador de serviços públicos (Simões, 2004). Tal acontecimento também ocorreu em Portugal, o qual irá ser analisado mais adiante.

No mesmo sentido, citando Le Grand e Bartlett (1993: 3) *“All the reforms involved a decentralisation of decision-making; most also involved the introduction of competition in provision. In these cases, the state was to become primarily only a purchaser of welfare services, with state provision being systematically replaced by a system of independent providers competing with one another in internal or ‘quasi’-markets.”*

Sumariando, na maioria dos países Europeus, durante as últimas décadas, tem-se assistido a uma desagregação do Estado social (*welfare state*) com consequências ao nível dos serviços públicos. Estas transformações têm sido justificadas a partir da máxima de “menos Estado, melhor Estado”. Procurando-se, portanto, a redução das funções do Estado, com o propósito de melhorar a qualidade e aumentar a transparência no seu funcionamento, com a modernização não burocrática da sua gestão. Neste contexto, e com base nestas alterações organizacionais no setor público, encontra-se a ideologia da Nova Gestão Pública (Stoleroff e Correia, 2008).

2.2. Restruturação do setor público

A influência notória da ideologia política da *New Right* em muitos países, na década de 1980, contradizia a perspectiva da economia Keynesiana prevalecente até aos anos 70. Ferlie et al, (1996: 31) referem que: *“The philosophy of the New Right was that the introduction of markets and the process of privatization would bring both the efficient allocation of resources and choice to consumers and producers”*. Deste modo, e tal como já referido, um dos ideais do governo de Thatcher era a privatização de certas atividades estatais e, portanto, o governo começou por identificar os serviços públicos que eram mais adequados para privatizar (Shaw, 2004).

Reconhecia-se que o mercado da saúde tende a ser diferente dos demais mercados de outros bens e serviços, pelas suas características e peculiaridades. Concretamente, a existência de externalidades positivas, assimetrias de informação entre o fornecedor e o cliente, pressões sociais para subsidiar os mais pobres coexistem com a provisão por

intermédio de seguros de saúde. Apesar da especificidade da provisão de cuidados de saúde, no âmbito das reformas de Thatcher defendia-se que o processo de gestão da saúde, não deveria diferir muito das funções e ferramentas de gestão exigidas nos outros setores. Portanto, uma vez identificadas as diferenças, os defensores da NGP sustentavam que a gestão do serviço de saúde podia ocorrer num ambiente empresarial, com práticas empresariais importadas para as funções públicas que não fossem privatizadas (Preker, A. in Shaw 2004; Shaw, 2004).

Como tal, neste novo governo pretendia-se separar as suas funções políticas e de regulação, da função de prestador de serviços (serviços como a saúde, a educação e outros serviços sociais). Neste sentido procurava-se centralizar as funções políticas do Estado e, simultaneamente, descentralizar e delegar as funções de prestador de serviços a um grupo diferente de gestores. Com a implementação das ideologias do governo de Thatcher no Reino Unido, criaram-se várias agências executivas. Na saúde, através do programa *Next Steps*, adotado por esta, constituiu-se o *National Health Service* (NHS) como uma entidade de gestão separada, retirando ao ministério as funções de gestão (Shaw, 2004).

Foram, então, implementados no Reino Unido os princípios da NGP acima identificados, tal como a reestruturação, através da privatização de certas atividades do Estado e passagem para uma administração pública mais empresarial, onde a ênfase no controlo financeiro aumentou, assegurando a eficiência e a eficácia; os administradores tornaram-se gestores; e, onde os mercados não existem foram introduzidos os quase-mercados (Ferlie et al, 1996).

No caso do setor da saúde, com as reformas introduzidas pelo governo conservador *“Independent hospitals of various kinds will be competing with each other for patients; private and voluntary suppliers will be catering for the residential and domiciliary needs of the clients of local authority social services departments; ... All of these changes were of course the product of a Conservative Government”*, Le Grande e Barlett (1993: 7). Com o objetivo de melhorar a prestação de cuidados de saúde públicos, este setor passa, portanto, por várias reformas no âmbito da gestão. Os esforços para fortalecer os conhecimentos de gestão dos gestores dos serviços de saúde e, também, os esforços para introduzir sistemas de informação aperfeiçoados para facilitar a tomada de decisão eficaz foram dimensões que estiveram incluídas nas reformas realizadas (Harding, A. e Preker, A., 2000). Citando os autores Harding, A. e Preker, A. (2000: 8) *“Many of these efforts constitute part of the growing trend of reform of public hospitals by applying recent “best*

practice” management techniques from private companies.” Outro exemplo igualmente comum nas reformas organizacionais no setor da saúde é a descentralização, em que o controlo da tomada de decisão e responsabilidades são transferidos para níveis inferiores. Todas as alterações ocorridas no campo da saúde foram fortemente influenciadas pelo desenvolvimento da NGP (Harding, A. e Preker, A., 2000).

2.3. Caracterização dos Quase-Mercados

Associado ao desenvolvimento da gestão dos serviços públicos, após 1980, e sendo uma das características subjacentes às reformas implementadas no setor público, encontrava-se a tentativa de criação dos quase-mercados no Estado social e, em particular, na provisão de cuidados de saúde: “...*mimicking market-like mechanisms but in which service (in general) continues to be free at the point of use. The official line was that public services were to become more business-like, but not a business. It was believed that the introduction of quasi-markets would have a range of beneficial effects.*” afirmam Ferlie et al, (1996: 57).

Surge, portanto, o conceito de quase-mercado em contextos onde se criam mecanismos de mercado mas, simultaneamente, regulações e ações do Estado. Deste modo, neste contexto e de acordo com Le Grand e Barlett (1993: 10) “*They are ‘markets’ because they replace monopolistic state providers with competitive independent ones. They are ‘quasi’ because they differ from conventional markets in a number of key ways.*” Estas diferenças estão relacionadas com a oferta e a procura. No lado da oferta, tal como nos mercados tradicionais, existe concorrência, isto é, os prestadores dos serviços concorrem entre si pelos clientes. Contudo, ao contrário do mercado convencional, as organizações não são necessariamente privadas nem procuram o lucro, ou seja, o seu objetivo não é a maximização do proveito. Relativamente à procura, nos quase-mercados o poder de compra dos consumidores não é expresso em termos monetários, pode ser representado por um vale, o qual delimita a compra de um serviço em específico ou poderá estar associado ao local de compra do bem. Outra característica passa pelo consumidor do produto não ter tomado a decisão de compra, mas sim esta ter sido feita por uma entidade terceira (Le Grand e Barlett, 1993).

Além disto, é de notar que nos quase-mercados, os critérios chave destinam-se a atingir e melhorar a eficiência, a capacidade de resposta, a escolha e a equidade. No entanto, a

possibilidade de concretização destes objetivos está dependente de um conjunto de condicionantes, a saber: a) é necessário que haja estrutura de mercado, ou seja, que haja competitividade tanto ao nível da procura como da oferta, existindo muitos fornecedores e compradores; b) informação simétrica, onde ambos os lados têm de ter acesso a informação acerca do custo ou qualidade do produto; c) minimização dos custos de transação e incerteza; d) ambos os lados devem ser motivados a atuar no mercado; e, ainda, e) *cream-skimming*, no sentido em que os fornecedores e compradores não devem ser incentivados a discriminar aqueles que são menos caros e/ou rentáveis no mercado (Bartlett e Le Grand, 1993).

2.4. Os modelos de sistemas de saúde da Europa

A saúde é um bem essencial e imprescindível a qualquer indivíduo, contudo o acesso aos cuidados de saúde não é feito de igual forma nos diversos países europeus, existindo diferentes modelos de provisão de saúde.

Deste modo, antes de caracterizar o sistema de saúde português e a sua evolução, é essencial perceber os vários sistemas existentes na Europa, como funcionam, quais as suas diferenças e semelhanças.

De acordo com Barros e Gomes (2002), é possível identificar três categorias de países, agrupados de acordo com o tipo de financiamento que caracteriza o Sistema Nacional de Saúde (SNS): os sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Bismarck, os sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge e os sistemas de cuidados de saúde que estão em fase de transição.

2.4.1. Modelo de Bismarck

O modelo de sistema de saúde de Bismarck emergiu no século XIX, em 1883, na Alemanha, sendo o primeiro sistema de saúde alemão. Nesta época, a Alemanha adotou uma lei inovadora, onde obrigou os empregadores a contribuir para um esquema de seguro-doença em virtude dos trabalhadores mais carenciados. Contudo, foi, mais tarde, alargada aos trabalhadores com rendimentos mais altos. Posteriormente há a criação de um sistema de seguros obrigatórios, em que o trabalhador tinha obrigatoriamente que contribuir, independentemente da sua condição enquanto cidadão, o qual cobria os riscos

de doença temporária, invalidez permanente, velhice e, ainda, morte prematura. Pretendia-se, portanto, prevenir os riscos incertos através de um seguro pago por contribuição partilhada entre patrões e trabalhadores. Este foi o primeiro exemplo de um modelo de segurança social imposto pelo Estado (Simões, 2004 e Carrondo, 2014).

Neste modelo a principal fonte de financiamento é o seguro social, onde todos os fundos provenientes das contribuições para o seguro têm como objetivo o financiamento dos cuidados de saúde (Barros e Gomes, 2002). Aqui, há uma aproximação mais efetiva à ideia de valor mercantil, através do uso de mecanismos de tipo-mercado e da participação de atores privados. O Estado intervém “...*nos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e da prestação de cuidados, com medidas de contenção de custos, acreditação, qualidade de serviços prestados, na gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados para aqueles que não usufruem de sistemas de seguros.*”, (Carrondo, 2014: 15). Tal como referido, este modelo de sistema de saúde surgiu na Alemanha, mas está presente em países como França, Áustria, Bélgica e Holanda (Carrondo, 2014).

Segundo Barros e Gomes (2002), apesar dos sistemas de seguro social na Europa terem sido criados com os mesmos princípios e para atingir os mesmos objetivos, diferem significativamente de país para país, resultante da especificidade das estruturas social, económica, institucional e ideológica de cada país. Assim, apesar destes países possuírem o mesmo modelo de sistema de saúde há algumas diferenças entre eles. Como por exemplo “*É obrigatório ser-se membro de um fundo de seguro de saúde para praticamente toda a população na Áustria, na Bélgica, em França e no Luxemburgo. Tanto na Alemanha como nos Países Baixos, ser-se membro de um fundo deste género é obrigatório apenas para pessoas com um rendimento abaixo de um determinado nível*”, (Barros e Gomes, 2002: 8).

2.4.2. Modelo de Beveridge

Mais tarde, já no século XX, os efeitos da segunda Guerra Mundial levaram, entre outros desastres, à destruição de muitas estruturas de saúde, o que conduziu à reconsideração do papel do Estado. O ambiente de guerra que era vivido na altura criou um sentimento de solidariedade no povo britânico, o qual defendeu políticas igualitárias e aceitou a intervenção determinante do Estado. É no relatório de Beveridge em 1942, elaborado por

William Beveridge e intitulado de *Report on Social Insurance and Allied Services*, que se define os serviços de saúde como uma das condições imprescindíveis à criação de um sistema viável de segurança social na Grã-Bretanha. Propunha-se um Estado interventor capaz de encontrar respostas para as várias situações de risco social, cobrindo riscos desde o nascimento até à morte e ainda situações de exclusão social. Ou seja, estava-se, assim, num período de Estado-Providência, ou como já referido *welfare state*, um Estado capaz de fomentar a justiça social, redistribuindo a riqueza e protegendo os mais desfavorecidos (CRES, 1998 e Simões, 2004).

Surge em 1948, o NHS, concretizando o que formalmente tinha começado em 1942. Baseado no modelo de Beveridge, o sistema de cuidados de saúde assenta, assim, no princípio de acesso igual para todos os cidadãos e em que a prestação de serviços gerais de saúde é de responsabilidade do Estado. Trata-se, de um sistema a) universal, abrangendo toda a população; b) unificado, cobrindo cada indivíduo em todos os aspetos de risco social e, c) uniforme, onde as prestações são independentes do rendimento auferido. Pretendia-se alcançar o princípio de gratuidade, onde os serviços fossem gratuitos e qualquer cidadão pudesse ter as mesmas possibilidades de aceder aos mais eficazes e modernos serviços médicos. Nos sistemas de cuidados de saúde baseados no modelo de Beveridge o financiamento depende das receitas fiscais, ou seja, baseia-se em impostos. Os poderes públicos encontram-se diretamente envolvidos na gestão e no planeamento dos serviços de saúde e o Estado é a entidade central do sistema introduzindo diferentes tipos de gestão da administração pública, estabelecendo parcerias com o setor privado e/ou optando por mecanismos de tipo-mercado. O Reino Unido, a Irlanda, a Suécia e a Dinamarca são exemplos de países que seguem este modelo (Barros e Gomes, 2002; Simões 2004; Carrondo, 2014).

2.4.3. Sistemas de saúde em transição

O conjunto de países que começaram a transitar de um sistema de cuidados de saúde com base em seguros para um sistema em que o financiamento é baseado em impostos, encontram-se, para Barros e Gomes (2002), numa fase de transição. Neste grupo encontram-se os países do sul da Europa, como Portugal, Espanha, Itália e Grécia. Comprovando também por Cabiedes e Guillén (2001: 4) “*All Southern European*

countries have recently passed legal reforms in order to turn their (public) social insurance systems into national health care systems.”

Assim, estes países, segundo Barros e Gomes (2002) fazem parte desta terceira categoria, distinguindo-se do segundo grupo pela componente temporal, pois começaram mais tarde o processo de transformação (finais dos anos 70 a meados da década de 80) e, ainda, não estabeleceram completamente os seus sistemas baseados nos impostos. A maioria dos países do primeiro modelo apresentado adotou os seus sistemas há muito tempo e os do segundo possuíam inicialmente sistemas de saúde de seguro social e foram transformados, posteriormente, em sistemas de financiamento que dependem de impostos (Barros e Gomes, 2002).

Os países deste terceiro grupo “...foram incitados a estabelecer sistemas de financiamento assentes na colecta fiscal pela necessidade reconhecida de aumentar a cobertura a secções da população que previamente não estavam cobertas e pela vontade de prestar todos os serviços de saúde a toda a população.”, Barros e Gomes (2002: 14). Deste modo, a transformação para um SNS tem intrínsecas duas condições: a cobertura de toda a população, ao invés de cobrir somente os trabalhadores e os seus dependentes; e, uma gama abrangente de serviços para todos, independentemente da sua profissão (Cabiedes e Guillén, 2001). É, de salientar, que Itália e Portugal foram dos primeiros destes países a estabelecer um SNS, em 1978 e 1979, respetivamente. O processo do caso português irá ser explicado no ponto 2.5 da seção do enquadramento teórico.

Como referido Portugal, é um dos países que tem vindo a apostar na passagem do modelo Bismarck para o de Beveridge, o que, tal como mencionado, significa o financiamento do setor da saúde por impostos. O modelo de saúde português guia-se por um modelo misto baseado num seguro social e num financiamento misto, através de impostos (coleta fiscal, via orçamento do Estado). Usufriui, portanto, de um financiamento público e privado. O sistema de cuidados de saúde é, ainda, caracterizado pela existência de outros sistemas de cobertura: os subsistemas de saúde, como por exemplo a ADSE (Assistência na Doença aos Servidores do Estado), e os sistemas de seguros privados voluntários (Carrondo, 2014).

Por forma a resumir os dois grandes modelos de sistemas de saúde que caracterizam a Europa é apresentado o quadro 2, onde se encontra de forma sucinta as principais características de cada um deles.

Quadro 2: Principais características dos dois grandes modelos de sistemas de saúde da Europa

Características	Modelo de Bismarck	Modelo de Beveridge
Financiamento	Seguros Social	Impostos
Princípios Gerais	Recebe quem contribui	Universalidade e Gratuitidade
Gestão/Organização	Não estatal	Estatal

Fonte: Elaboração própria

É de notar que, embora, os países sejam colocados em três grupos, os sistemas de saúde existentes foram evoluindo ao longo do tempo, diferem de país para país, apresentando, diferenças do norte para sul da Europa.

Aquilo que é feito primeiramente noutros países é certo que irá influenciar outras economias que procurem respostas a problemas semelhantes, inspirando-se, assim, nas experiências já vividas noutros países. Deste modo, *“The reforms carried out from the late 1980s in Northern European health systems came to constitute a reference for the Southern European reforms, especially managed competition reforms in Britain that led an international trend.”*, Cabiedes e Guillén (2001: 4).

De acordo com Simões (2004: 33-34), *“Hoje em dia, os sistemas de saúde ainda se inspiram, de algum modo, no modelo Bismarck ou no modelo Beveridge, ou seja obrigando empregadores e empregados a descontar para seguros de doença, com uma combinação de prestadores públicos e privados, no primeiro caso, ou com um sistema assente essencialmente em receitas fiscais e em serviços públicos, no segundo modelo.”*.

Deste modo, estas duas correntes ideológicas estão presentes atualmente, contudo, sem os seus traços puros, no entanto, contendo em si os princípios base da tendência dos vários sistemas de saúde tomados em cada país (Harfouche, 2008).

2.5. Evolução do Sistema de saúde em Portugal

Um longo caminho foi percorrido em Portugal, no que toca a reformas na administração pública e ao setor da saúde, até aos dias de hoje. Importa, assim, perceber a evolução do sistema de saúde em Portugal, as suas várias fases, as reformas que ocorreram neste campo, bem como as alterações efetuadas nos modelos de gestão, para melhor entender as características do sistema de saúde e serviço hospitalar português.

2.5.1. As reformas no setor da saúde em Portugal

A saúde é definida pela OMS (1946) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. No entanto, o direito à saúde, nem sempre foi reconhecido aos cidadãos. A criação do NHS, no Reino Unido, foi o paradigma da intervenção do Estado nos serviços de saúde, tendo, um grande valor histórico (CRES, 1998). Isto teve influência a nível internacional, espalhando-se pela Europa.

2.5.1.1. Evolução histórica: antecedentes do Serviço Nacional de Saúde

Em Portugal, é a partir de 1492 que se lançaram as bases de um sistema de assistência, mandado por D. João II a construção do Hospital de Todos os Santos, reunindo num único pequenos hospitais de Lisboa. Este inicia atividade em 1502. Em 1498, foi fundada a primeira Misericórdia de Lisboa, marcando o início da organização da assistência baseado na ação das Misericórdias. Os hospitais eram vistos como o local de tratamento dos mais desfavorecidos, ao contrário do que acontecia com aqueles que tinham capacidade para pagar a um médico o serviço domiciliário (Simões, 2004).

Com o passar dos anos, os serviços de prestação de cuidados médicos foram sofrendo alterações, assumindo, entretanto, o Estado responsabilidade pela atividade de assistência. No século XX, em 1946, através da lei nº2011, de 2 de abril – Lei da Organização Hospitalar – estabeleceu-se, pela primeira vez, “...um sistema hospitalar regionalizado, baseado na ordenação técnica das unidades que o compõem.” (Decreto lei nº 48357), um sistema unitário, coordenado e funcionalmente integrado, composto pelos estabelecimentos e serviços pertencentes ao setor público, quer às misericórdias e instituições particulares. Assim, de forma a organizar os hospitais, esta lei dividiu o país

por zonas, regiões e sub-regiões, existindo em cada uma, um hospital central, regional e sub-regional, respetivamente.

No fim dos anos 40 e na década de 50, há uma grande profusão de legislação relativamente à saúde. O problema da saúde dos portugueses não era visto de forma global, mas sim parcialmente, o que consequentemente agravava as injustiças sociais. Em virtude deste panorama e das suas críticas o governo criou o Ministério da Saúde (Ferreira, 1990).

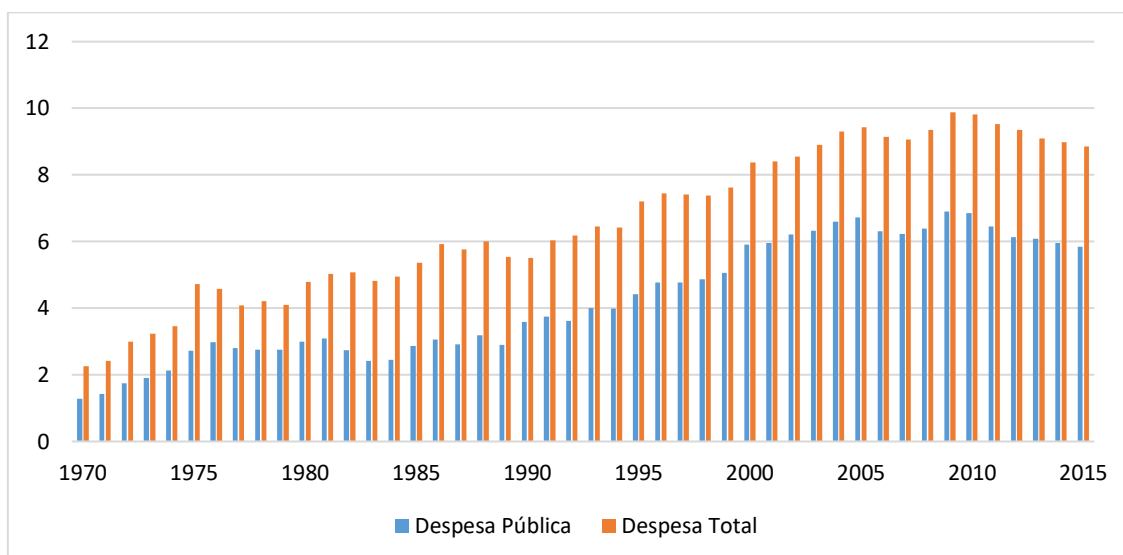
Assim, um marco em Portugal foi, então, o surgimento do Ministério da Saúde, em 1958, um departamento do governo que tem por missão “...*definir e conduzir a política nacional de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis dos recursos e a avaliação dos seus resultados.*”, tal como referido no artigo nº1 do decreto-lei nº 124/2011 de 29 de dezembro de 2011.

É, ainda, de destacar a criação da Direção-Geral dos Hospitais, em 1961, que deu origem ao decreto-lei nº48357, de 27 abril de 1968, diploma que é conhecido por Estatuto Hospitalar (Ferreira, 1990). Emerge, assim, em 1968, o Estatuto Hospitalar pelo decreto-lei nº48357, marcando a origem da estrutura do hospital público português, a qual se prolonga, até 2002, numa lógica de continuidade no que se refere a importantes princípios estruturantes, como a referência ao carácter empresarial (Simões, 2004). No artigo 35 do decreto-lei acima referido, nota-se que “*em ordem a conseguir a maior eficiência técnica e social, os estabelecimentos e serviços hospitalares devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, garantindo à colectividade o mínimo custo económico no seu funcionamento.*” De acordo com Varandas (2004), esta legislação de 1968 foi verdadeiramente a primeira grande reforma estrutural dos hospitais públicos, onde se englobou os hospitais das misericórdias, se procedeu, à coordenação e organização dos serviços de ação médica, à profissionalização da gestão e à atribuição de competências e responsabilização dos serviços pela respetiva eficiência.

É de referir que no artigo nº1 do decreto-lei nº48358 de 27 de abril – Regulamento Geral dos Hospitais – são definidos os hospitais como sendo “...*serviços de interesse público, instituídos, organizados e administrados com o objectivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Compete-lhes também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.*”

Na época de 70, a capacidade para financiar os serviços públicos da saúde era muito limitada (OPSS, 2003), as despesas totais em saúde apresentavam valores baixos (ver figura 4), nomeadamente 2,26% do PIB, em 1970. É de salientar que apenas 1,28% do PIB se destinava a despesas públicas nesse ano.

Figura 4: Evolução da despesa pública e total em saúde em percentagem do PIB, de 1970 a 2015, em Portugal, excluindo gastos com investimento

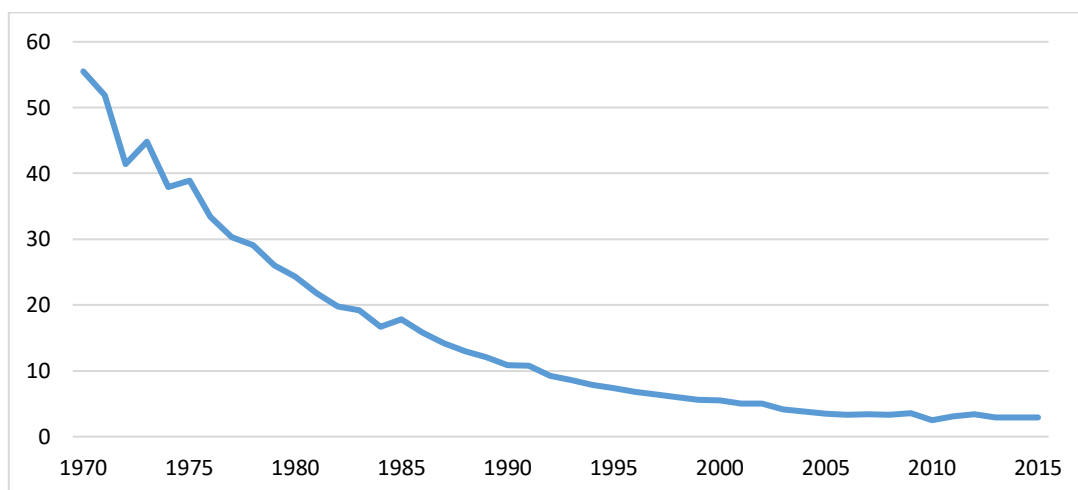


Fonte: Adaptado de OCDE (2017)⁴.

Portugal, nos anos 70, apresentava também indicadores sociodemográficos e de saúde muito deficientes (OPSS, 2003). Realça-se os elevados valores da taxa de mortalidade infantil (ver figura 5) e o número de médicos (ver figura 6), em Portugal.

⁴ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, acedido a 3 de fevereiro de 2017.

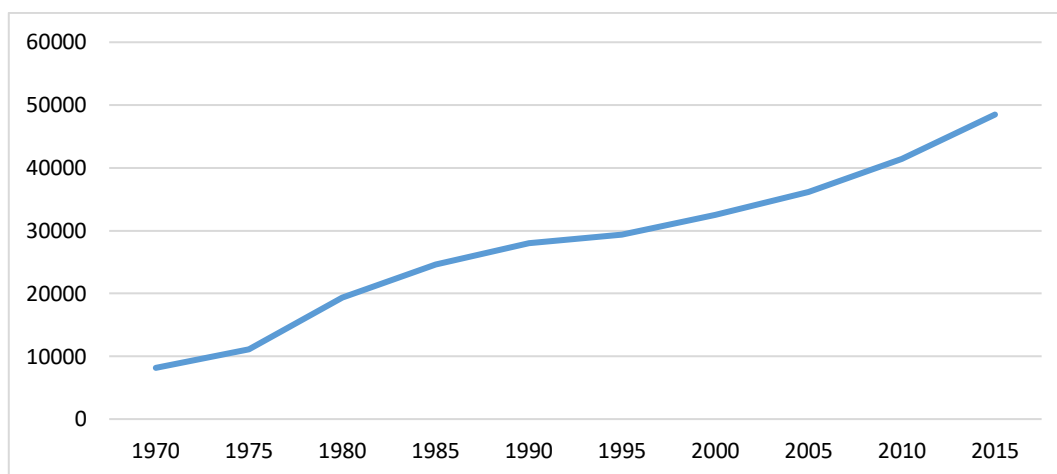
Figura 5: Evolução da taxa de mortalidade infantil, de 1970 a 2015, em Portugal



Nota: Taxa em per milagem.

Fonte: Adaptado de Pordata (2017)⁵.

Figura 6: Evolução do número de médicos, de 1970 a 2015, em Portugal



Fonte: Adaptado de Pordata (2017)⁶.

⁵ <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade+e+taxa+de+mortalidade+infantil-528>,
acedido a 13 de março de 2017.

⁶ <http://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%3%bade+m%3%a9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros+e+farmac%3%aatucos-144>,
acedido a 13 de março de 2017.

A 27 de setembro de 1971, foram promulgados os decretos-leis 413/71 e 414/71, os quais para Ferreira (1990) representam, na evolução da política de saúde nacional, um marco histórico. No decreto lei nº 413/71 reconhece-se o direito à saúde a todos portugueses, e, citando o ponto 2 do artigo nº2 deste decreto “*o direito à saúde compreende o de acesso aos serviços, nos termos estabelecidos pela sua orgânica, e não sofre restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.*”. O decreto-lei nº 414/71 “*...estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais...*”.

A reforma do sistema de saúde e da assistência em 1971, conhecida como a reforma de Gonçalves Ferreira, que incluiu o estabelecimento dos centros de saúde (designados de 1ª geração), constituiu um esboço de um verdadeiro SNS, nunca implementado até 1979, fornecendo a base para, na altura, o futuro SNS (Barros e Gomes, 2002 e OPSS, 2003).

2.5.1.2. A criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS)

A revolução de 25 de abril de 1974 colocou fim ao regime ditatorial do Estado Novo e iniciou um regime democrático. Consequentemente, em 1976 entra em vigor uma nova constituição – Constituição da República Portuguesa – permanecendo até à atualidade, com algumas revisões.

A revolução democrática de 1974 e a Constituição de 1976 mudaram o país (OPSS, 2003). No 64º artigo da Constituição estabelece-se que “*Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover.*” e esse direito “*...é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito...*”. Prevê-se, portanto, a criação de um SNS em Portugal.

É a partir do decreto-lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979 (também conhecida como Lei Arnaut), que é criado o SNS, assegurando o Estado o direito à proteção da saúde. É estabelecido no 4º artigo que “*O acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social...*”. É, ainda, enunciado no artigo 7º que o acesso é gratuito, sem existência de taxas moderadoras. Deste modo, segundo Barros e Gomes (2002), a criação do SNS fez parte da democratização política e social do país, permitindo num curto espaço de tempo uma grande cobertura dos cidadãos

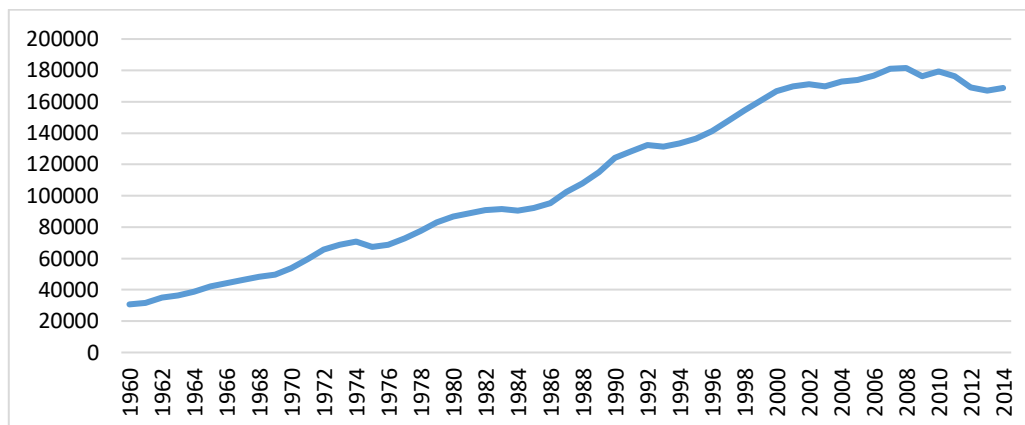
portugueses ao nível dos serviços de saúde, facilitando, também, o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais de saúde.

O facto do SNS ser financiado pelo orçamento geral do Estado levou a um constrangimento no financiamento deste serviço (Barros e Gomes, 2002). De acordo com a OPSS (2003), os anos 70 não apresentaram facilidades para a reforma. A crise do petróleo afetou a Europa e teve um considerável impacto negativo na economia portuguesa, o que levou a limitações no financiamento disponível para iniciar as reformas sociais. *“Para um país que experimentava o início da democracia e o processo da descolonização, as exigências de gestão do SNS foram um desafio imenso.”*, OPSS (2003).

O SNS permitiu a integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único. Nacionalizaram-se os hospitais das Misericórdias, em 1975, mas apenas em 1984 é que ocorreu a integração dos centros de saúde com os postos médicos dos serviços médicos sociais, tornando-se o que se designa por centros de saúde de 2ª geração (Barros e Gomes, 2002 e OPSS, 2003). Segundo este autor, pode deste modo afirmar-se que *“... o desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado.”*, Barros e Gomes (2002: 61).

Na década de 80, Portugal estava já num período de estabilidade política e crescimento económico (veja-se a evolução do PIB na figura 7). Esta década foi marcada por alguns acontecimentos importantes, nomeadamente a adesão à União Europeia (outrora Comunidade Económica Europeia), em 1986, o que tornou possível o financiamento europeu para o crescimento e expansão de infraestruturas sociais e económicas, onde estava incluído o setor da saúde (Barros e Gomes, 2002; OPSS, 2002 e OPSS, 2003).

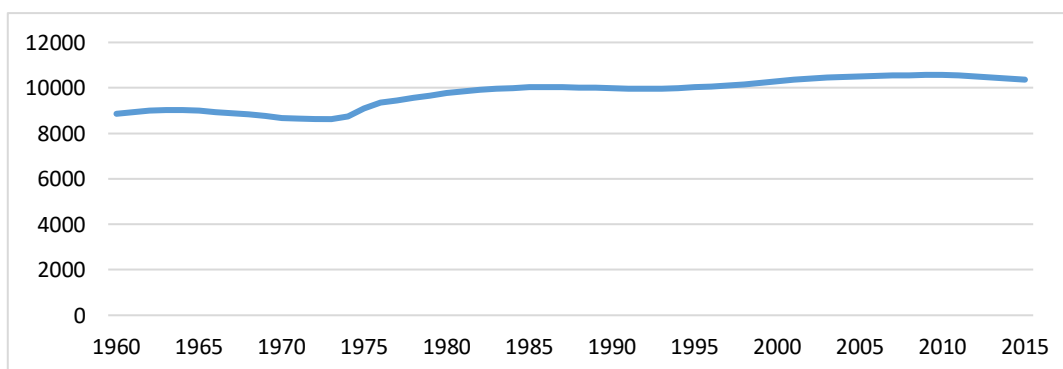
Figura 7: Evolução do PIB a preços constantes, em milhares, de 1960 a 2014, em Portugal



Fonte: Adaptado de Pordata (2017)⁷.

Se se observar nas figuras 5 e 6 o comportamento das variáveis, nos anos 80, constata-se que a taxa de mortalidade infantil diminuiu consideravelmente e o número de médicos aumentou. No entanto, esta tendência poderá estar associada a outros fatores para além da criação do SNS. O aumento do número de médicos poderá estar associado ao incremento populacional em Portugal no mesmo período, tal como mostra a figura 8, ou ao acesso ao ensino superior.

Figura 8: Total da população residente em Portugal, de 1960 a 2015, em milhares



Fonte: Adaptado de Pordata (2017)⁸.

⁷[http://www.pordata.pt/Portugal/PIB+e+PIB+per+capita+a+pre%C3%A7os+constant+\(base+2011\)-2953](http://www.pordata.pt/Portugal/PIB+e+PIB+per+capita+a+pre%C3%A7os+constant+(base+2011)-2953), acessido a 14 de março de 2017.

⁸ <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+sexo-6>, acessido a 14 de março de 2017.

Nesta altura, e tal como referido já anteriormente, na área da saúde os mecanismos de mercado nos sistemas de saúde europeus começam a ter algum relevo. Aponta-se a necessidade de se estabelecer uma separação entre o financiador e o prestador de cuidados de saúde; defende-se a introdução de mecanismos de competição e de mercado no sistema prestador e um aumento do financiamento privado, promovendo um peso maior do ramo privado na prestação de cuidados médicos (Barros e Gomes, 2002 e OPSS, 2002).

É de notar que com a primeira e a segunda revisão da Constituição da República em 1982 e 1989, o SNS sofreu algumas alterações. É referido que o SNS tem gestão descentralizada e participada e é tendencialmente gratuito.

Após vinte anos do Estatuto Hospitalar, portanto em 1988, o decreto-lei nº 19/88 de 21 de janeiro reafirmou no ponto 1 do seu 7º artigo o princípio empresarial, na medida em que *“A fim de ser conseguida maior eficiência técnica e social, os hospitais devem organizar-se e ser administrados em termos de gestão empresarial...”*. Também neste âmbito, foi aprovada em 1990, a Lei de Bases da Saúde (decreto-lei nº 48/90 de 24 de agosto). Pode ler-se na base XXXVII que *“O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde ... o apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.”* Esta lei refere, também, que *“A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial...”* (Base XXXVI) e ainda, que podem ser cobradas taxas moderadoras (Base XXXIV). De acordo com Campos (2003), a Lei de Bases da Saúde de 1990 estimulou, deste modo, a adoção de um modelo empresarial na gestão de unidades de saúde.

É aprovado o Estatuto do SNS, três anos mais tarde, em 1993 (decreto-lei nº 11/93 de 15 de janeiro), onde se define no artigo 28 a possibilidade da gestão das instituições e serviços de saúde integrados no SNS ser entregue a outras entidades, públicas ou privadas, por meio de um contrato de gestão.

Acrescenta-se, ainda, que a criação do SNS teve como exemplo a seguir o serviço britânico (NHS) e, as mudanças que têm acontecido no serviço português têm também sido influenciadas pelas reformas estruturais que têm ocorrido naquele país (Dias e Neves, 2006).

2.5.1.3. Reformas mais recentes no setor da saúde: A Nova Gestão Pública no setor da saúde em Portugal

Como se constatou, pela Europa fazia-se sentir a aproximação da gestão empresarial no domínio público, como mencionado acima aquando da abordagem da *New Public Management*. Em Portugal não foi exceção e por influência desta nova ideologia há lugar a sucessivas reformas no setor administrativo, sendo feitas mudanças no funcionamento do setor da saúde.

Desde o início dos anos 80, como já referido, na maioria dos países ocidentais o setor público tem sido pressionado para introduzir novos modelos de gestão inspirados na gestão e cultura das empresas privadas, bem como para deixar de desempenhar algumas das suas atividades (Reis, 2004).

Assim, em Portugal, no que toca a gestão hospitalar foram feitas tentativas de novos modelos, de modo a garantir uma melhoria na produção hospitalar e um maior controle dos custos. Neste sentido, é no ano 1995 que se dá a experiência piloto, com a concessão da gestão por contrato de um hospital público a uma entidade privada, com o fim de atingir maior racionalidade económica no campo da saúde. Neste caso, o Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, conhecido também por Hospital Amadora-Sintra, sendo o primeiro hospital público português com gestão privada. (Harfouche, 2008 e Nunes e Harfouche, 2015). Contudo, o contrato de gestão celebrado foi extinto a 31 de dezembro de 2008, de acordo com o decreto-lei nº203/2008, retomando a gestão pública e transformada numa EPE (Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE).

Posteriormente, surgiram outras experiências inovadoras, a adoção de um modelo diferente do tradicional, com gestão pública, porém com normas privadas nas aquisições de bens e serviços e na gestão de recursos humanos (Harfouche, 2008). Como exemplo, a criação de estruturas hospitalares com novos meios de gestão - gestão pública do tipo empresarial - como o caso do Hospital de São Sebastião, em 1998, em Santa Maria da Feira (decreto-lei nº 151/98); da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, criada em 1999, onde também se integrou numa única entidade os serviços e instituições do SNS que prestam cuidados de saúde naquele município (decreto-lei nº 207/99); e, do Hospital do Barlavento Algarvio, em Portimão (decreto-lei nº 76/2001). Criaram-se, deste modo, estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira, patrimonial e com natureza empresarial.

Segundo, a Resolução do Conselho de Ministros n.º41/2002, de 7 de março a empresarialização dos hospitais é um fator fundamental na reforma da gestão hospitalar em curso e indispensável para melhorar o nível de desempenho global do SNS. É aqui referido, ainda, que estavam reunidas as condições para se iniciar a criação de empresas públicas hospitalares, ou seja, a empresarialização dos hospitais públicos. Com a Resolução do Conselho de Ministros e com a lei n.º27/2002 que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar (realizando a primeira alteração à Lei de Bases de Saúde), foram dados os primeiros passos na empresarialização no que toca à gestão hospitalar. Entre outras alterações esta lei prevê *a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos* (Base XXXVI). É, ainda, revogado o decreto-lei n.º n.º19/88 de 21 de janeiro, segundo o qual os hospitais são pessoas coletivas de direito público, dotadas de autonomia administrativa e financeira.

De acordo com o regime jurídico da gestão hospitalar, a figura jurídica dos hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde esquematiza-se do seguinte modo:

- Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (hospitais do Setor Público Administrativo – hospitais SPA);
- Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos (hospitais SA);
- Estabelecimentos públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial (hospitais com Entidade Pública Empresarial – hospitais EPE);
- Estabelecimentos privados com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos (clínicas com nome de hospital e clínicas simples);
- Instituições e serviços do SNS geridas por entidades públicas ou privadas, mediante contrato de gestão ou em regime de convenção por grupos de médicos e outros profissionais de saúde; e, ainda, f) Hospitais públicos a construir em financiamento por Parceria Público-Privada (hospitais PPP), (Campos, 2003 e Harfouche, 2008).

Nesta sequência dá-se a transformação de trinta e quatro hospitais SPA em trinta e um hospitais SA (ver quadro 3), no final de 2002, conforme a publicação de trinta e um decretos-lei⁹. Repare-se que em 2002 existiam em Portugal Continental noventa e sete hospitais, pelo que os trinta e quatro representam 35% dos hospitais (ver quadro 4). Esta mudança *“pretendeu, assim, consagrar-se uma crescente autonomia de gestão dos*

⁹ Decretos-lei n.º272/2002 a 302/2002.

hospitais, em moldes mais próximos da realidade empresarial, estabelecendo-se simultaneamente a separação da função de prestador de cuidados de saúde da função de financiador público do SNS...”, de acordo com Harfouche (2008: 74). As principais alterações na gestão decorrentes da criação dos hospitais SA foram a inserção de novas ferramentas de suporte às atividades dos hospitais; a introdução de uma cultura de gestão por objetivos; a melhoria da eficiência e da qualidade, o desenvolvimento e flexibilização dos recursos humanos; a melhoria da comunicação interna e externa; e a melhoria do serviço prestado aos utentes, segundo o relatório da Unidade de Missão dos Hospitais SA (in Nunes e Harfouche, 2015).

Conforme argumenta Dias e Neves (2006) os hospitais SA apresentam fatores positivos e negativos. Nos positivos destacam-se o facto de se tratar de um modelo empresarial de direito privado que permite maior racionalidade na gestão, autonomia na administração, resultando numa maior responsabilização. Outros exemplos de aspetos benéficos mencionados são a facilidade na aquisição de bens e serviços e a diminuição das burocracias. Como negativos, os autores apontam, por exemplo, os consideráveis custos administrativos relacionados com a passagem dos hospitais a SA.

Quadro 3 – Quadro síntese dos hospitais SA

Hospitais SPA	Hospitais SA
Hospital Infante D. Pedro	Hospital Infante D. Pedro SA
Centro Hospitalar De Vila Real/Peso da Régua	Centro Hospitalar De Vila Real/Peso da Régua SA
Hospital de São Gonçalo	Hospital de São Gonçalo SA
Hospital José Joaquim Fernandes	Hospital José Joaquim Fernandes SA
IPOFG, Centro Regional de Coimbra	IPOFG, Centro Regional de Coimbra SA
Hospital Distrital de Bragança	Hospital Distrital de Bragança SA
Hospital Egas Moniz	Hospital Egas Moniz SA
Hospital São Francisco Xavier	Hospital São Francisco Xavier SA
Hospital do Barlavento Algarvio	Hospital do Barlavento Algarvio SA
Hospital Geral de Santo António	Hospital Geral de Santo António SA
IPOFG, Centro Regional de Onc. do Porto	IPOFG, Centro Regional de Onc. do Porto SA

Unidade Local de Saúde de Matosinhos	Unidade Local de Saúde de Matosinhos SA
Hospital de Padre Américo	Hospital de Padre Américo SA
Hospital da Senhora da Oliveira	Hospital da Senhora da Oliveira SA
Hospital Distrital da Figueira da Foz	Hospital Distrital da Figueira da Foz SA
Hospital de São Teotónio	Hospital de São Teotónio SA
Hospital da Covilhã	Centro Hospitalar da Cova da Beira SA
Hospital do Fundão	
IPOFG, Centro Regional de Onc de Lisboa	IPOFG, Centro Regional de Onc. de Lisboa SA
Hospital de Pulido Valente	Hospital de Pulido Valente SA
Hospital de Santa Cruz	Hospital de Santa Cruz SA
Hospital de Santa Marta	Hospital de Santa Marta SA
Hospital de Santa Maria Maior	Hospital de Santa Maria Maior SA
Hospital de São João de Deus	Hospital de São João de Deus SA
Hospital do Alto do Minho	Hospital do Alto do Minho SA
Hospital de São Sebastião	Hospital de São Sebastião SA
Hospital de Santo André	Hospital de Santo André SA
Hospital Garcia de Orta	Hospital Garcia de Orta SA
Hospital Nossa Senhora do Rosário	Hospital Nossa Senhora do Rosário SA
Hospital de São Bernardo	Hospital de São Bernardo SA
Hospital de Torres Novas	Centro Hospitalar do Médio Tejo SA
Hospital de Tomar	
Hospital de Abrantes	
Hospital Distrital de Santarém	Hospital Distrital de Santarém SA

Fonte: Adaptado de Harfouche (2008).

Quadro 4 – Caracterização dos hospitais em Portugal Continental, em 2002

1. Hospitais	97
1.1.Centrais	36
1.1.1. Gerais	13
1.1.2. Especializados*	23

*Inclui 6 hospitais pediátricos, 3 Centros Regionais de Alcoologia e 1 Centro Pediátrico de Recuperação.

Fonte: Adaptado de Direção Geral de Saúde (2002).

Repare-se que o tema da presença de mecanismos empresariais nos hospitais não é uma inovação. Já em 1968, no decreto-lei nº48357 é referida a gestão empresarial no seu 35ºartigo como acima mencionado.

Neste panorama, assiste-se a uma diminuição da intervenção do Estado, tal como aconteceu nos demais países como já referido, onde segundo Simões (2004: 226), “...o Estado deixa de ser produtor e empresário e principal prestador de serviços públicos, os quais passam a ser dirigidos por empresas privadas ou por organizações não lucrativas, por delegação do Estado ou em parcerias público-privadas. O Estado assume, assim, sobretudo um papel de regulador e de organizador e comprador de serviços públicos.” Tal como refere Harfouche (2008) esta corrente ideológica da NGP e a redução da intervenção do Estado foram causando mudanças progressivas nos modelos de hospitais do SNS, com destaque para os mecanismos do tipo mercado e a empresarialização como substitutos da tradicional administração de saúde, como intuito de atingir a eficiência.

Segundo Stoleroff e Correia (2008), com a empresarialização dos hospitais uma grande parte das competências da gestão de recursos humanos é transportada para níveis micro. De uma gestão centralizada no Estado passa-se para uma descentralização progressiva de competências.

Em 2003, foi aprovada a criação da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), pelo decreto-lei nº 309/2003, uma entidade reguladora para o sistema de saúde. Esta é definida como sendo *uma entidade pública independente que tem por missão a regulação da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde*¹⁰, (ERS, 2017).

¹⁰ Retirado de <https://www.ers.pt/pages/2>, acessido a 24 de Março de 2017.

De acordo com o seu 25º artigo, a ERS tem como objetivos assegurar o direito de acesso universal e igual ao serviço público de saúde a todas as pessoas, garantir padrões adequados de qualidade dos serviços de saúde e assegurar os direitos e interesses dos utentes. Portanto, zelar pela equidade, qualidade e direitos dos utentes. Esta entidade está, também, encarregue de impedir: o aumento de fenómenos de assimetria de informação entre operadores e utentes; possíveis riscos de escolhas induzidas (desnatação) e de seleção adversa (*cream-skimming*), bem como a possibilidade de desvalorização da qualidade dos cuidados e a segurança do utente, em resultado do foco pela maximização dos resultados (Dias e Neves, 2006).

As alterações na gestão dos hospitais continuaram e, em 2005, prosseguindo o processo de empresarialização deu-se, a transformação dos trinta e um hospitais SA em Hospitais EPE (decreto-lei nº93/2005) e de cinco hospitais SPA em hospitais EPE, criando-se, deste modo, o Hospital de Santa Maria, EPE, o Hospital São João, EPE e três Centros Hospitalares: o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE (que integra, por fusão, o Hospital de Egas Moniz, SA; o Hospital de Santa Cruz, SA e o Hospital de São Francisco Xavier, SA); o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (que integra, por fusão, o Hospital de São Bernardo, SA e o Hospital Ortopédico de Sant’Iago do Outão); e, o Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (que integra por fusão, o Hospital Distrital de Bragança, SA, o Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros e o Hospital Distrital de Mirandela), (decreto-lei nº233/2005). O quadro 5 mostra, precisamente, estas últimas alterações.

Quadro 5 – Hospitais EPE

Hospitais SPA e SA	Hospitais EPE
Centro Hospitalar da Cova da Beira, SA	Centro Hospitalar da Cova da Beira, EPE
Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, SA	Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, EPE
Centro Hospitalar do Alto Minho, SA	Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE
Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, SA	Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE
Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, SA	Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE
Centro Hospitalar do Médio Tejo, SA	Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra, SA	Instituto Português de Oncologia de Coimbra Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, SA	Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, EPE
Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, SA	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
Hospital de Nossa Senhora do Rosário, SA	Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE
Hospital Garcia de Orta, SA	Hospital Garcia de Orta, EPE
Hospital de Santo André, SA	Hospital de Santo André, EPE
Hospital de São Gonçalo, SA	Hospital de São Gonçalo, EPE
Hospital de Santa Maria Maior, SA	Hospital de Santa Maria Maior, EPE
Hospital de Santa Marta, SA	Hospital de Santa Marta, EPE
Hospital de São Sebastião, SA	Hospital de São Sebastião, EPE
Hospital de São Teotónio, SA	Hospital de São Teotónio, EPE
Hospital Distrital da Figueira da Foz, SA	Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE
Hospital Distrital de Santarém, SA	Hospital Distrital de Santarém, EPE
Hospital Geral de Santo António, SA	Hospital Geral de Santo António, EPE
Hospital Infante D. Pedro, SA	Hospital Infante D. Pedro, EPE
Hospital Nossa Senhora da Oliveira, SA	Hospital da Senhora da Oliveira, Guimarães, EPE
Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, SA	Hospital Padre Américo, Vale do Sousa, EPE
Hospital Pulido Valente, SA	Hospital Pulido Valente, EPE
Hospital de Santa Maria	Hospital de Santa Maria, EPE
Hospital de São João	Hospital de São João, EPE
Hospital de Santa Cruz, SA	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE
Hospital de São Francisco Xavier, SA	
Hospital de Egas Moniz, SA	

Hospital de São Bernardo, SA	Centro Hospitalar de Setúbal, EPE
Hospital Ortopédico de Sant'Iago do Outão	
Hospital Distrital de Bragança, SA	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE
Hospital Distrital Macedo de Cavaleiros	
Hospital Distrital de Mirandela	

Fonte: Adaptado do decreto-lei nº233/2005.

Até à atualidade tem-se presenciado a criação de Unidades Locais de Saúde com estatuto EPE e a fusão de mais hospitais em centros hospitalares, com o intuito de racionalizar recursos, evitando duplicações de serviços (Nunes e Harfouche, 2015).

Passados quase 40 anos da criação do SNS, os gastos totais em saúde aumentaram, consideravelmente, como se pode observar através da figura 5, sendo aproximadamente, em 2015, 9% do valor do PIB, quando em 1979 (ano de criação do SNS) eram cerca de 4%. Segundo Carrondo (2014), a procura constante de cuidados médicos, o desenvolvimento tecnológico e o envelhecimento da população leva ao aumento das despesas neste setor. Contudo, é possível observar no gráfico que o valor das despesas totais em saúde têm registado um decréscimo desde 2009, podendo estar associado ao esforço de corte das despesas do Estado neste setor. Destaque também para a melhoria progressiva da taxa de mortalidade infantil ao longo do tempo, refletindo as melhorias sucessivas nos serviços médicos.

Assim, como se constata, a ideologia da NGP afetou também a área da saúde, sendo que a reforma da administração pública alargou-se a este setor, assente nos princípios desta teoria (Nunes e Harfouche, 2015). Este processo de mudanças que ocorreram é para Harfouche (2008: 73) *“a tradução nas políticas sociais, em concreto na saúde, do New Public Management, ao procurar-se uma solução de gestão mais empresarial do sistema, abandonando as formas tradicionais de comando e controlo.”*

Finalizando e sintetizando, poder-se-á considerar os seguintes períodos distintos: o período até aos anos 70; o período de criação e desenvolvimento do SNS; o período que dá lugar a um novo papel para o setor privado e, posteriormente, o período em que se assiste à presença da ideologia da NGP.

2.6. As perspectivas do conceito de qualidade

Dado que a qualidade do serviço público hospitalar é um dos principais focos desta investigação, convém ter presente a definição do conceito de qualidade na sua generalidade e, também, no contexto da saúde.

2.6.1. Conceitos de Qualidade

A qualidade é das componentes mais importantes e complexas numa estratégia de negócio, senão mesmo a com maior importância e complexidade.

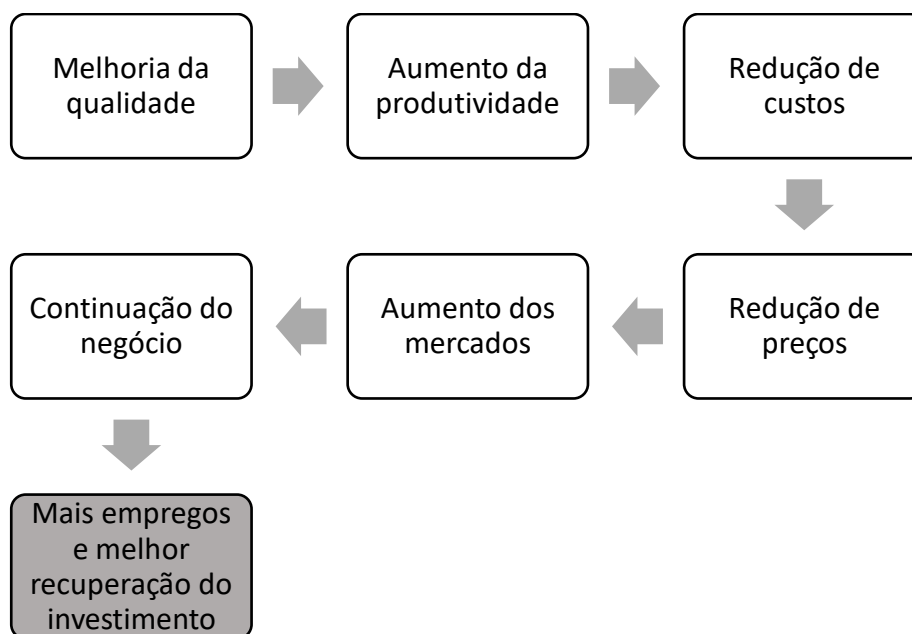
Contudo, o conceito de qualidade é por si só difícil de definir. É um conceito que tem evoluído ao longo do tempo, é ambíguo, dependendo da perspectiva de cada um e do modo como cada indivíduo o entende. Sendo, portanto, também um fator difícil de ser mensurado.

Para Ferreira (1991), não existe uma definição única de qualidade, o que é qualidade para uns pode não o ser considerado por outros. No entanto, o autor afirma que a boa qualidade é de maneira geral reconhecida por todos.

É, então, a partir da década de 80 que a preocupação sobre a qualidade dos produtos e serviços se torna um ponto central (Parasuraman et al,1985). O enfoque para medir e definir a qualidade remonta em grande parte ao campo dos produtos, à indústria. Crosby (1979 in Parasuraman et al 1985) define qualidade como “conformidade com os requisitos”. Já Garvin (1983) mede qualidade através de duas componentes: 1) a ocorrência de falhas internas, o que corresponde a todos os defeitos que são vistos ainda dentro da fábrica, durante o seu processo de produção; e, 2) a ocorrência de falhas externas, as quais incluem todos os problemas detetados após a instalação do produto. Para Juran (1998) ter qualidade significa que as características do produto vão ao encontro das necessidades do cliente, gerando dessa forma satisfação ao cliente. É, também, não existir deficiências ou erros. O autor argumenta que é necessário estabelecer a visão da instituição, incluindo objetivos e políticas, para se alcançar a qualidade. A transformação dessas metas em resultados, atingindo a qualidade, é, na gestão da qualidade, feita por meio de um processo, o qual é designado por “*the Juran Trilogy*”: planeamento da qualidade, controlo da qualidade e melhoria da qualidade (Juran, 1998).

Deming, outro dos grandes autores que estudaram a qualidade, desafia a abordagem em que a qualidade é vista como um aumento de custos. Este lança uma outra visão onde “...as necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade” (Pires, 2012: 45). A figura seguinte apresenta resumidamente o modelo de Deming:

Figura 9 – Visão de Deming



Fonte: Adaptado de Pires (2012).

Porém, segundo Parasuraman et al (1985), apesar da essência e dos determinantes de qualidade poderem não ser claros (os autores definem-na como *elusive e indistinct*) é evidente a sua importância para as empresas, bem como para os consumidores.

Contudo, quando se fala em qualidade no âmbito dos serviços não é de modo algum o mesmo que falar em qualidade de um produto. Medir a qualidade de um serviço é diferente de qualidade de um produto. Parasuraman et al (1985) referem que os serviços têm características específicas que devem ser reconhecidas para uma total compreensão de qualidade dos serviços, sendo elas a intangibilidade, a heterogeneidade e a inseparabilidade.

Dales e Bunney (1999), citados por Carapeto e Fonseca (2006) argumentam que avaliar a qualidade de serviços é mais difícil do que avaliar a qualidade de produtos, dado que os

clientes incluem como parte da qualidade o processo de prestação do serviço e as interações pessoais que ocorrem, para além do resultado.

Há, assim, que fazer a distinção entre qualidade de produtos (bens manufacturados) e qualidade dos serviços. Isto também porque, segundo Berry et al. (1985) as estratégias de melhoria de qualidade para as indústrias podem não ser adequadas para as empresas de serviços, dado que “*Services are performances, not objects.*”, (Berry et al, 1985: 44). Ainda assim a qualidade pode variar de empresa para empresa, bem como dentro da mesma empresa, dependendo de situação para situação. Na ótica dos mesmos autores, existem dois tipos de serviço de qualidade: o nível de qualidade para o qual o serviço é entregue; e, o nível de qualidade com que as exceções e os problemas são tratados. De modo a se proporcionar um serviço com qualidade é necessário foco em ambos os níveis (Berry et al, 1985).

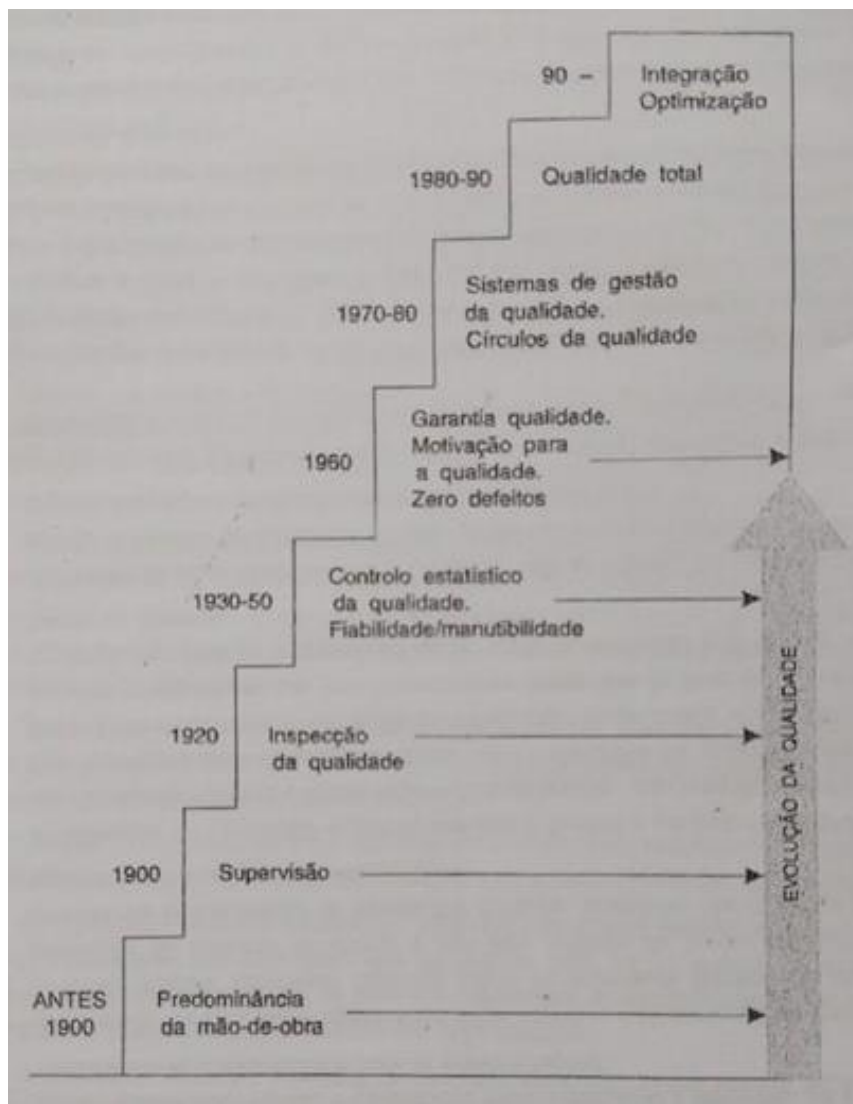
O estudo feito por Parasuraman, Berry e Zeithaml indica que os consumidores quando avaliam a qualidade de um serviço, seja ele que tipo for, as suas opiniões/critérios recaem numa das seguintes dez categorias, designadas por determinantes da qualidade do serviço: confiança; capacidade de resposta; competência; acessibilidade; cortesia; comunicação; credibilidade; segurança; compreensão/conhecimento; e, tangibilidade (Parasuraman et al, 1985 e Berry et al, 1985).

No mesmo sentido, Gronroos (1988: 10) refere que “*because a service is not a thing but a series of activities or processes, which moreover are produced and consumed simultaneously at least to some extent, it is difficult to manage quality control and to do marketing in the traditional sense.*”. Contudo, o autor associa qualidade de um serviço àquilo que os consumidores percebem sobre ele, existindo duas dimensões, cada uma incluindo diferentes critérios: a dimensão técnica, compreendendo “o que é entregue ao cliente” (profissionalismo e *skills*) e a dimensão funcional, o modo como é entregue/recebido o serviço ao cliente (comportamento e atitudes; acessibilidade e flexibilidade; confiança e reparação). Afirma ainda que uma boa qualidade é, também, percebida quando a qualidade que é experienciada vai ao encontro daquela que era inicialmente esperada, ou seja, das expectativas do consumidor. Conclusão também retirada por Berry et al (1985) no seu estudo. Além disso, Gronroos (1988) acrescenta que a qualidade é por vezes a chave do sucesso, estando a vantagem competitiva de uma empresa dependente da qualidade dos seus bens e serviços.

É de realçar que existem modelos para medir a qualidade dos serviços percebida pelos consumidores, como o SERVQUAL, da autoria de Parasuraman, Berry e Zeithaml e o SERVPERF da autoria de Cronin e Taylor, criticando o modelo SERVQUAL (Parasuraman et al, 1988 e Cronin & Taylor, 1992).

São, assim, vários os conceitos de qualidades e, como já referido, têm variado ao longo dos anos, tendo uma constante evolução. A figura seguinte, mostra de forma sucinta a evolução histórica deste conceito.

Figura 10 – Evolução histórica da qualidade



Fonte: Pires (2012).

Assim, segundo Pires (2012), resumidamente pode-se destacar alguns dos conceitos de qualidade ao longo da sua evolução: no início dos anos 90 as atividades mais comuns estavam relacionadas com a inspeção, em que se verificava a conformidade com as especificações; mais tarde surgiu o controlo da qualidade onde implica um nível superior de operação se se pretender manter um controlo suficiente nos processos produtivos/prestação de serviços, a fim de operarem de forma expectável; depois, a garantia da qualidade que defende a intervenção em mais níveis, isto é, define que como objeto de ação estão também as atividades da organização relacionadas com a obtenção da qualidade desejada e não apenas o produto; de seguida, a gestão da qualidade que relaciona a garantia concebida ao cliente com a confiança transmitida à gestão da empresa referindo que os procedimentos da organização permitem alcançar a qualidade desejada com o mínimo custo; e, por fim, aparece a tão importante gestão da qualidade total que estende os conceitos anteriores a todos os produtos, atividades, processos e colaboradores, ou seja, acumula os vários pontos-chave de cada conceito, atuando em mais níveis sendo, assim, um conceito mais generalista.

Assim, é comum falar-se em gestão da qualidade total, sendo, portanto, o mais recente conceito na área, englobando todas as partes de uma organização e onde está implícito a lógica de melhoria contínua. Este, tal como referem Carapeto e Fonseca (2006), é usado como uma estratégia global de gestão em toda a empresa. A gestão da qualidade total está ainda associada às normas internacionais ISO (*International Standardization Organisation*), sendo estas um conjunto de boas práticas de gestão, a fim de se manter um sistema de qualidade em qualquer empresa, garantindo a qualidade dos produtos/serviços. Contudo, o cumprimento destas normas é um mínimo para a certificação, sendo importante assim ter um espírito de melhoria contínua, com processos de autoavaliação, avaliando regularmente as atividades, os resultados da empresa, os investimentos em formação e a motivação do pessoal, desenvolvendo estratégias e visão e criando uma cultura de qualidade. Tudo isto, como forma de caminhar para a excelência (Carapeto e Fonseca, 2006).

2.6.2. Qualidade nos serviços públicos

Como é claro, a qualidade também tem um papel importante no domínio público. Segundo Carapeto e Fonseca (2006) é possível distinguir três etapas da evolução da qualidade no setor público:

- 1º- Qualidade associada ao cumprimento das normas e dos procedimentos, ou seja, à ausência de arbitrariedade;
- 2º- A partir da década de 60, através da gestão por objetivos a qualidade é equiparada à eficácia, isto é, a não existência de erros e também a ligação ao alvo do serviço.
- 3º- A partir dos anos 80, a qualidade é associada à satisfação do cliente, compreendendo a noção de gestão da qualidade total.

Relembre-se que foi na década de 80 que a administração pública começa a sofrer algumas alterações com influência da NGP, adotando princípios e práticas empresariais no campo público. Nesse sentido, os programas de modernização do setor público têm focado na implementação de teorias da qualidade. Contudo, o setor público tem algumas especificidades em comparação com o privado, o que limita a aplicação de forma direta de ideologias do setor privado: no que toca aos valores pelos quais ambos se governam, o setor público e privado possuem fins e lógicas diferentes, ou seja, enquanto as empresas privadas buscam o lucro, as organizações públicas servem o cidadão; quanto à sua estrutura, as organizações públicas estão sob hierarquias, obedecendo, portanto, ao cumprimento de programas, leis e objetivos planeados externamente e como tal, não têm a mesma autonomia que o setor privado ao nível da definição de estratégias de gestão (Carapeto e Fonseca, 2006). Portanto, há que ter, uma vez mais, atenção a essas particularidades do setor público, no que toca à aplicação das metodologias da qualidade, bem como à adoção de práticas de gestão.

2.6.3. Qualidade em Saúde

Como em qualquer outro serviço a qualidade é também importante na saúde. Pisco e Biscaia (2001) referem que a qualidade na saúde é exigida por todos aqueles que estão envolvidos nos cuidados de saúde, sendo visto como um fator fundamental. Contudo, a qualidade na saúde possui características que a distinguem dos restantes setores: é direcionada para satisfazer necessidades e não como forma de responder à procura; tem

de reunir a equidade, a eficiência, a efetividade e a aceitabilidade como características e não a aceitabilidade meramente; e, tem carácter pró-ativo, procurando prevenir e responder, ao invés de procurar novas oportunidades de mercado (Pisco e Biscaia, 2001).

Com destino à melhoria da qualidade num estabelecimento de saúde, a definição e avaliação da qualidade deve pertencer a todo o pessoal, desde médicos, enfermeiros, técnicos, bem como trabalhadores da administração, combinando-se, desta forma, o conhecimento de cada uma das partes (Ferreira, 1991).

Donabedian (1988) argumenta que antes de se proceder à avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados é necessário determinar como esta é definida, afirmando mesmo que é um desastre proceder à medição da qualidade sem saber no que esta consiste.

À semelhança do conceito qualidade, também a qualidade da saúde apresenta diversas definições e perspectivas de análise, dependendo de cada autor.

Para Donabedian (1980 *in* Ferreira, 1991: 98) qualidade de cuidados de saúde é “*o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar dos doentes, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes*”. No que respeita à avaliação esta está sob três categorias: a) estrutura, que compreende os atributos em que a prestação dos cuidados ocorre, tal como os recursos materiais e humanos e a estrutura organizacional; b) processo, que corresponde às atividades que são realizadas na procura e prestação de cuidados de saúde; e, c) resultado, que indica os efeitos sobre o estado de saúde dos pacientes e população, refletindo também o nível de satisfação do paciente com os cuidados de saúde prestados (Donabedian, 1988). Estas três componentes encontram-se relacionadas, isto porque “*...good structure increases the likelihood of good process, and good process increases the likelihood of a good outcome.*” (Donabedian, 1988: 1745). O autor refere ainda que antes de se realizar a avaliação da qualidade é necessário ter conhecimento acerca da ligação entre estas três componentes.

Segundo Palmer, qualidade é “*um conjunto de atividades destinadas a garantir serviços acessíveis e equitativos com prestações profissionais óptimas, tendo em conta os recursos disponíveis e conseguindo a adesão e satisfação dos utentes para os cuidados recebidos.*”, (*in* Pisco e Biscaia, 2001: 44).

Medir também a qualidade na saúde é sem dúvida um ponto crucial, citando Pisco e Biscaia (2001: 44) “*é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível.*”. Ou seja, tem de existir um sistema de qualidade na saúde que permita a melhoria contínua da qualidade (Pisco e Biscaia, 2001).

2.6.4. Qualidade de saúde em Portugal

É também na década de 80 que, em Portugal, se dá a preocupação com a qualidade em saúde, começando este debate na Escola Nacional de Saúde Pública, onde se seguiram diversos seminários (Simões, 2004). Até à década seguinte foi feito um grande investimento em formação nesta área, no setor hospitalar. Contudo, este era desenvolvido por várias entidades, por vezes por atos voluntários, não sendo, assim, muito integrado. No entanto, no final dos anos 90 o Ministério da Saúde coloca a qualidade como uma primazia e um fator essencial nas suas estratégias. É, deste modo, precisamente em 1999 que é criado o Conselho Nacional da Qualidade, órgão de consulta do Ministério da Saúde, responsável pela realização de recomendações a nível nacional para o desenvolvimento do sistema de qualidade na saúde, e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), na dependência da Direção Geral da Saúde, pela portaria nº288/99 (Pisco e Biscaia, 2001 e Simões, 2004). O IQS é dotado de autonomia científica, técnica e administrativa, o qual tem como funções “*promover a investigação e desenvolvimento de métodos, instrumentos e programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde; Promover o desenvolvimento de metodologias de certificação da qualidade das unidades prestadoras de cuidados de saúde que permitam a sua acreditação; Promover o enquadramento da investigação e da formação profissional contínua; Prestar apoio técnico às instituições e profissionais de saúde, no âmbito da melhoria da qualidade da prestação de cuidados.*” (Artigo 3, portaria nº288/99).

Vários são os projetos que o IQS tem lançado, entre eles pretende-se destacar o protocolo feito entre o Ministério da Saúde e o modelo inglês King’s Fund Health Quality Service, em 1999, implementando-se pela primeira vez um sistema de acreditação ¹¹ das unidades

¹¹ Para se tornar mais claro o que significa a expressão acreditação leia-se a sua definição expressa pela ISQUA (International Society for Quality Assurance) e adotada pela Direção- Geral da Saúde: “*é um processo de autoavaliação e auditoria externa por pares, usado pelas organizações de saúde para*

de saúde. Nesse ano aderiram a este programa de acreditação cinco hospitais, nomeadamente o Hospital Amadora-Sintra, o Hospital do Barlavento Algarvio, o Hospital de Santa Marta, o Hospital Doutor José Maria Grande e o Hospital S. Teotónio (Pisco e Biscaia, 2001 e Simões, 2004). Com o decorrer dos anos vários foram os hospitais que se foram juntando a este sistema de acreditação.

Mais tarde, adotou-se um outro modelo, o modelo americano da Joint Commision International, existindo, desta forma dois modelos de acreditação, em Portugal. Contudo, saliente-se que o IQS foi extinto e em 2009 foi criado na Direção Geral de Saúde o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), pela portaria 155/2009, ficando este com as funções do IQS. Nesse mesmo ano foi determinado que este novo departamento deveria criar um programa nacional de acreditação em saúde, com base num modelo de acreditação sustentável e que fosse adequado às características e necessidade do sistema de saúde português, como por exemplo, ser adequado a todos os tipos de unidades de saúde existentes no SNS e a todos os níveis de cuidados e ser adequado ao sistema de saúde público e universal. No entanto, como criar um modelo de raiz iria consumir demasiado tempo optou-se por procurar e adotar um modelo que fosse adequado para o país e cumprisse os requisitos. A Direção Geral da Saúde reconheceu, portanto, que o modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), utilizado em Espanha, respondia aos desafios de qualidade que havia por resolver em Portugal, sendo este o modelo escolhido de acreditação para as instituições do SNS. Importa, também, frisar que este é um modelo reconhecido e ele próprio acreditado e foi concebido para um serviço público de saúde com uma estrutura organizacional e características semelhantes ao português, pesando também na sua decisão (Departamento da Qualidade em Saúde, 2014).

avaliarem com rigor o seu nível de desempenho face a padrões preestabelecidos (standards) e para implementar meios de melhorar continuamente” (Departamento da Qualidade em Saúde, 2014: 6).

3. Metodologia

A presente dissertação, de um modo geral, como já anteriormente referido, encontra-se subdividida em duas grandes partes. No enquadramento teórico (capítulo 2), foi feita uma profunda pesquisa teórica e levantamento das principais ideias acerca da temática em causa, bem como uma análise descritiva de todos os aspetos fundamentais para a compreensão da mesma. Esta pesquisa teórica baseou-se em artigos científicos, relatórios e livros, por forma a obter o maior e melhor conhecimento possível sobre o tema, assim como na análise de alguns indicadores. Este capítulo, como acima se indicou, procura dar resposta aos primeiros sete objetivos, contribuindo também para o objetivo central. Recordando-o, o objetivo central da presente investigação procura compreender como é percecionado o impacto sobre a qualidade do serviço prestado no CHS, pelos seus profissionais após a adoção de práticas empresariais, no âmbito da NGP.

Na segunda e parte seguinte da dissertação, o estudo empírico (capítulo 4) aborda o caso de um hospital público português, o CHS, EPE focado em responder ao objetivo central da tese. O primeiro contacto com esta instituição foi feito em novembro de 2016, tendo o estudo sido aceite no mês seguinte, por parte do Conselho de Administração do CHS (consta no anexo nº 1 o documento comprovativo da autorização do estudo). O estudo tem uma natureza qualitativa tendo sido realizadas quatro entrevistas a profissionais desta instituição, de modo a recolher informação. As entrevistas ocorreram em salas de reuniões da administração do CHS e foram compreendidas entre os meses de abril a julho de 2017 (ver quadro 6). É de notar que os profissionais entrevistados foram deliberados pelo centro hospitalar, não tendo a investigadora nenhum critério perante a sua escolha. Foram, assim, entrevistados cinco profissionais: um Vogal do Conselho de Administração, Dr. Miguel Carpinteiro, o Diretor Clínico, Dr. Nuno Fachada, a médica Dra. Rosário Eusébio, cirurgiã geral, e dois enfermeiros, o enfermeiro-chefe Vítor Varela, neonatologista, e o enfermeiro-chefe José Almeida, pertencente à comissão de gestão de risco. Saliente-se, uma vez mais, que procurou-se entrevistar profissionais com diferentes funções clínicas e não clínicas e a prestar cuidados de saúde em diferentes departamentos, de forma a melhor se poder percecionar os pontos de convergência e de divergência sobre o problema. Como tal, pretendeu-se debater com os profissionais de saúde o assunto da introdução de práticas empresariais e a sua influência na qualidade do serviço prestado. As questões colocadas em cada uma das quatro entrevistas foram semelhantes, adaptando-se apenas as questões aos entrevistados (o guião de cada entrevista bem como

as suas transcrições encontram-se desde o anexo nº 2 ao anexo nº 8). Foi solicitado, no momento, pela investigadora permissão para gravação das entrevistas, tendo sido todas aceites, com exceção da terceira entrevista.

Quadro 6 – Descrição das entrevistas realizadas no CHS, EPE

Entrevista	Data	Duração	Entrevistados	Função
1 ^a	18/04/2017	40min	Dr. Miguel Carpinteiro e Dr. Nuno Fachada	Vogal do Conselho de Administração e Diretor Clínico, respetivamente
2 ^a	26/05/2017	30min	Enfermeiro Vítor Varela	Enfermeiro-chefe
3 ^a	26/05/2017	30min	Enfermeiro José Almeida	Enfermeiro-chefe
4 ^a	03/07/2017	40min	Dra. Rosário Eusébio	Médica

Fonte: Elaboração própria.

3.1. Metodologia de análise

De modo a responder ao objetivo central desta investigação – perceber o impacto na qualidade do serviço hospitalar prestado no CHS, EPE, na perspetiva dos seus profissionais, após a adoção de práticas empresariais – como já mencionado, foram realizadas quatro entrevistas.

Com o objetivo de tratar a informação recolhida com as entrevistas da melhor forma criou-se um modelo de análise. As questões do guião de entrevista foram consideradas a partir da identificação de categorias principais que procurando responder ao objetivo central da investigação propiciassem um fio condutor da análise dos resultados das entrevistas. Cada uma das cinco categorias principais identificadas abrange um conjunto de questões da entrevista. Posteriormente, para uma melhor compreensão e análise dos resultados, dentro de cada categoria criaram-se indicadores de referência, em que cada um deles é associado a um descritor. O quadro 7 apresenta o modelo de análise.

Por último criou-se um novo quadro, sendo assim a segunda parte do modelo de análise (presente no anexo nº8), onde se relaciona cada descritor às respostas dadas pelos entrevistados, procurando assim sintetizar a informação mais relevante.

Quadro 7 – Modelo de análise: parte 1

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
<p>A – Apresentação dos entrevistados.</p>	<p><i>- Primeiramente, gostaria de perceber que funções desempenha o Dr. Nuno Fachada, como diretor clínico, e o Dr. Miguel Carpinteiro, como vogal do Conselho de Administração, no Centro Hospitalar de Setúbal. (1ª entrevista)</i></p> <p><i>- Primeiramente, gostaria de perceber que funções desempenha o enfermeiro Vítor/enfermeiro José/doutora Rosário e em que área opera no Centro Hospitalar de Setúbal. (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</i></p>	<p>- Apresentação/Função desempenhada, na instituição, por cada entrevistado.</p>	<p>A1</p>
<p>B – Impactos do processo de empresarialização e do novo modelo de gestão.</p>	<p><i>- Na vossa/sua perspetiva, como entendem o novo modelo de gestão (gestão empresarial)? (1ª, 2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</i></p> <p><i>- Que perceção fazem/faz do processo de empresarialização dos hospitais públicos, em Portugal, face ao modelo de gestão anterior? Consideram/considera que estas mudanças têm conduzido na concretização dos objetivos definidos, tanto ao</i></p>	<p>- O entrevistado revela ter conhecimento do novo modelo de gestão e das suas alterações e sabe o descrever.</p> <p>- O entrevistado não revela ter conhecimento do novo modelo de</p>	<p>B1</p> <p>B2</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
	<p><i>nível da gestão, como dos cuidados de saúde?</i> (1^a, 2^a, 3^a e 4^a entrevistas)</p> <p>- <i>Que vantagens e desvantagens apontam/aponta?</i> (1^a, 2^a, 3^a e 4^a entrevistas)</p>	<p>gestão e das suas alterações e não sabe o descrever ou parece-lhe indiferente.</p> <p>- O entrevistado consegue dar exemplos, enunciar algumas destas alterações.</p> <p>- O entrevistado não consegue dar exemplos, enunciar algumas destas alterações.</p> <p>- O entrevistado tem uma perceção positiva acerca do processo de empresarialização.</p>	<p>B3</p> <p>B4</p> <p>B5</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
		<ul style="list-style-type: none"> - O entrevistado tem uma perceção desfavorável acerca do processo de empresarialização. - Vantagens apontadas pelo entrevistado acerca do novo modelo de gestão/processo de empresarialização. - Desvantagens apontadas pelo entrevistado acerca do novo modelo de gestão/processo de empresarialização. 	<p>B6</p> <p>B7</p> <p>B8</p>
<p>C – Impactos do processo de empresarialização e do</p>	<p><i>- Como se sabe, com a reforma dos hospitais EPE foi criado o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, em que o Hospital S. Bernardo ficou agregado com o Hospital Ortopédico do</i></p>	<p>- O entrevistado tem uma perceção positiva sobre o impacto</p>	<p>C1</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
<p>novo modelo de gestão no CHS, EPE.</p>	<p><i>Outão (ambos situados em Setúbal). Qual o impacto na gestão decorrente da junção dos 2 hospitais? (1ª entrevista)</i></p> <p><i>- Como se sabe, com a reforma dos hospitais EPE foi criado o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, em que o Hospital S. Bernardo ficou agregado com o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão. Sente que isso afetou o serviço e o trabalho dos profissionais? Ou foi uma mera alteração administrativa? (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</i></p> <p><i>- A introdução de práticas empresariais, com influência da Nova Gestão Pública, no Centro Hospitalar de Setúbal ocorreram só com a passagem do hospital a EPE, em 2005, ou já havia sido feito com a passagem do hospital a SA, em 2002? (1ª entrevista)</i></p>	<p>da fusão dos dois hospitais, aquando da criação do CHS, EPE.</p> <p>- O entrevistado tem uma perceção desfavorável sobre o impacto da fusão dos dois hospitais, aquando da criação do CHS, EPE.</p> <p>- O entrevistado revela ter conhecimento do novo modelo de gestão e das alterações que ocorreram no CHS, EPE.</p> <p>- O entrevistado não revela ter conhecimento do novo modelo de gestão e das alterações que</p>	<p>C2</p> <p>C3</p> <p>C4</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
	<p>- <i>Que alterações foram, realmente, feitas ao nível da gestão e da organização dos serviços do hospital, com a utilização de práticas empresariais? (1ª entrevista)</i></p> <p>- <i>E qual o impacto desta reforma ao nível dos cuidados de saúde prestados e das funções dos seus profissionais? O que mudou no trabalho dos profissionais de saúde? (1ª entrevista)</i></p> <p>- <i>A influência da Nova Gestão Pública que se fez sentir no setor da saúde levou à passagem de alguns hospitais a Sociedades Anónimas e, mais tarde, a Entidades Públicas Empresariais, como é o caso do Centro Hospitalar de Setúbal. Com isto, começou a existir a introdução de práticas empresariais no Centro Hospitalar. No seu entender, qual o impacto desta reforma, no seu caso, ao nível dos cuidados de saúde prestados e das funções dos profissionais? O que</i></p>	<p>ocorreram no CHS, EPE ou parece-lhe indiferente.</p> <p>- O entrevistado consegue dar exemplos, enunciar algumas destas alterações.</p> <p>- O entrevistado não consegue dar exemplos, enunciar algumas destas alterações.</p> <p>- O entrevistado tem uma perceção positiva acerca do processo de empresarialização, no CHS, EPE.</p>	<p>C5</p> <p>C6</p> <p>C7</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
	<p><i>mudou no trabalho dos profissionais de saúde? (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</i></p> <p><i>- Face ao novo enquadramento, qual a apreciação que fazem da gestão atual do Centro Hospitalar, em termos da própria gestão/administração? E em termos dos cuidados de saúde? (1ª entrevista)</i></p> <p><i>- Face ao novo enquadramento, qual a apreciação que faz deste novo modelo de gestão no Centro Hospitalar de Setúbal? Em termos dos cuidados de saúde, por exemplo. (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</i></p> <p><i>- Relativamente à gestão e aos cuidados de saúde, que desafios e obstáculos se colocaram com a mudança para uma gestão mais empresarial? Ainda hoje estão presentes? (1ª entrevista)</i></p>	<p>- O entrevistado tem uma perceção desfavorável acerca do processo de empresarialização, no CHS, EPE.</p> <p>- Desafios, obstáculos e dificuldades apontados pelo entrevistado com a introdução das práticas empresariais no CHS, EPE.</p> <p>- Pontos fortes apontados pelo entrevistado relativamente à reforma da empresarialização no CHS, EPE.</p>	<p>C8</p> <p>C9</p> <p>C10</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
	<p>- Houve dificuldades na implementação de técnicas de estilo empresarial? (1ª entrevista)</p> <p>- Relativamente à sua área/às suas funções, que desafios e obstáculos/dificuldades se colocaram com a mudança para uma gestão mais empresarial? Ainda hoje estão presentes? (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p> <p>- Na vossa/sua opinião quais os pontos fortes e fracos da reforma da empresarialização no Centro Hospitalar de Setúbal? (1ª, 2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p>	<p>- Pontos fracos apontados pelo entrevistado relativamente à reforma da empresarialização no CHS, EPE.</p>	<p>C11</p>
<p>D – Perceção da qualidade e da importância da sua mensuração.</p>	<p>- Como definem/define qualidade na sua generalidade? E se falarmos em qualidade de um serviço público? (1ª, 2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p>	<p>- O entrevistado tem noção acerca do conceito qualidade.</p> <p>- O entrevistado não tem noção acerca do conceito qualidade.</p>	<p>D1</p> <p>D2</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
	<p>- <i>Como definem qualidade no âmbito da organização e prestação de serviços hospitalares, ou seja, qualidade na saúde?</i> (1ª entrevista)</p> <p>- <i>Como define qualidade no âmbito da saúde?</i> (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p> <p>- <i>Qual a importância da qualidade e da sua mensuração?</i> (1ª, 2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p>	<p>- O entrevistado tem noção acerca do conceito qualidade na saúde.</p> <p>- O entrevistado não tem noção acerca do conceito qualidade na saúde.</p> <p>- O entrevistado tem uma percepção positiva sobre a importância da qualidade e da sua mensuração.</p> <p>- O entrevistado tem uma percepção desfavorável sobre a importância da qualidade e da sua mensuração.</p>	<p>D3</p> <p>D4</p> <p>D5</p> <p>D6</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
<p>E - Visões sobre o impacto na qualidade do serviço prestado no CHS, EPE após a introdução de novas práticas.</p>	<p>- <i>Como consideram que evoluiu a qualidade do serviço hospitalar após a realização de práticas empresariais? Tanto ao nível da qualidade da sua gestão, como na qualidade dos serviços prestados aos utentes.</i> (1ª entrevista)</p> <p>- <i>Na sua perspetiva, qual o impacto na qualidade após a realização de práticas empresariais no Centro Hospitalar de Setúbal? Tanto ao nível da qualidade da sua gestão, como do trabalho dos profissionais de saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos utentes.</i> (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p> <p>- <i>O impacto é visível ainda hoje? A sua evolução tem sido crescente ao longo dos anos, após 2002, ou foi um impacto pontual?</i> (2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</p> <p>- <i>Haverá um conflito entre controlar os custos com o setor da saúde e a qualidade nos serviços prestados?</i></p>	<p>- O entrevistado percebe de forma favorável o impacto na qualidade do serviço prestado, após a adoção de práticas empresariais.</p> <p>- O entrevistado percebe de forma desfavorável o impacto na qualidade do serviço prestado, após a adoção de práticas empresariais.</p> <p>- O entrevistado faz um balanço positivo sobre a evolução da qualidade ao longo dos anos.</p>	<p>E1</p> <p>E2</p> <p>E3</p>

Categorias	Questões	Indicadores de referência	Descritores
	<p><i>Percecionam/perceciona esse conflito no caso do Centro Hospitalar de Setúbal? (1ª, 2ª, 3ª e 4ª entrevistas)</i></p>	<p>- O entrevistado faz um balanço desfavorável sobre a evolução da qualidade ao longo dos anos.</p> <p>- O entrevistado percebe a possibilidade de conflito na relação custo-qualidade.</p> <p>- O entrevistado não percebe a possibilidade de conflito na relação custo-qualidade.</p>	<p>E4</p> <p>E5</p> <p>E6</p>

Fonte: Elaboração própria

4. Estudo empírico

Neste capítulo são apresentados detalhadamente os resultados obtidos com a realização das quatro entrevistas. Contudo, primeiramente, e de forma a contextualizar o estudo, é feita uma breve apresentação da instituição escolhida – o CHS, EPE.

4.1. Apresentação do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

O CHS, EPE foi constituído a 31 de dezembro de 2005, por resultado das alterações na administração pública com a passagem dos hospitais SA para EPE, o que permitiu implementar e desenvolver estruturalmente um novo modelo de gestão. Criado pelo decreto-lei 233/2005, de 29 de dezembro o CHS, EPE é fruto da fusão de duas unidades hospitalares, ambas situadas em Setúbal: o Hospital de São Bernardo, SA e o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão (ver figuras 11 e 12), tal como já mencionado na secção 2.5. É, portanto assim, uma única entidade jurídica com um Conselho de Administração. Estas duas instituições prestam cuidados de saúde diferenciados na área da península de Setúbal e do Alentejo litoral abrangendo, por exemplo, localidades como Setúbal, Palmela, Alcácer do Sal, Grândola, Santiago do Cacém e Sines (Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2013¹² e Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, 2015¹³).

Figura 11 – Hospital São Bernardo



Fonte: Centro Hospitalar de Setúbal (2017)¹⁴.

¹² Relatório de Actividades e Contas.

¹³ Regulamento Interno do CHS, EPE.

¹⁴ <http://www.chs.min-saude.pt/View.aspx?p=162>, acessado em 22 de junho de 2017.

Figura 12 – Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão



Fonte: Centro Hospitalar de Setúbal (2017)¹⁵.

O CHS, EPE afirma ter por missão a *“Promoção da saúde a todos os cidadãos no âmbito das responsabilidades e capacidades dos hospitais que o compõem, prestando cuidados de saúde especializados, com respeito pela dignidade dos doentes, e estimulando o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, num quadro de qualidade, eficiência e eficácia organizativa.”* (Regulamento Interno do CHS, EPE, 2015: 1) e atua no seguimento dos seguintes objetivos: *a) Prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno; b) Aumento da eficácia e eficiência, num quadro de equilíbrio económico e financeiro sustentável; c) Desenvolvimento de áreas de diferenciação e de referência na prestação de cuidados de saúde, reabilitação, convalescença, e paliativos; d) Implementação de programas de prestação de cuidados de saúde em ambulatório e ao domicílio, para minimizar o impacto da hospitalização; e) Promoção da investigação e da formação profissional* (Regulamento Interno do CHS, EPE, 2015: 2).

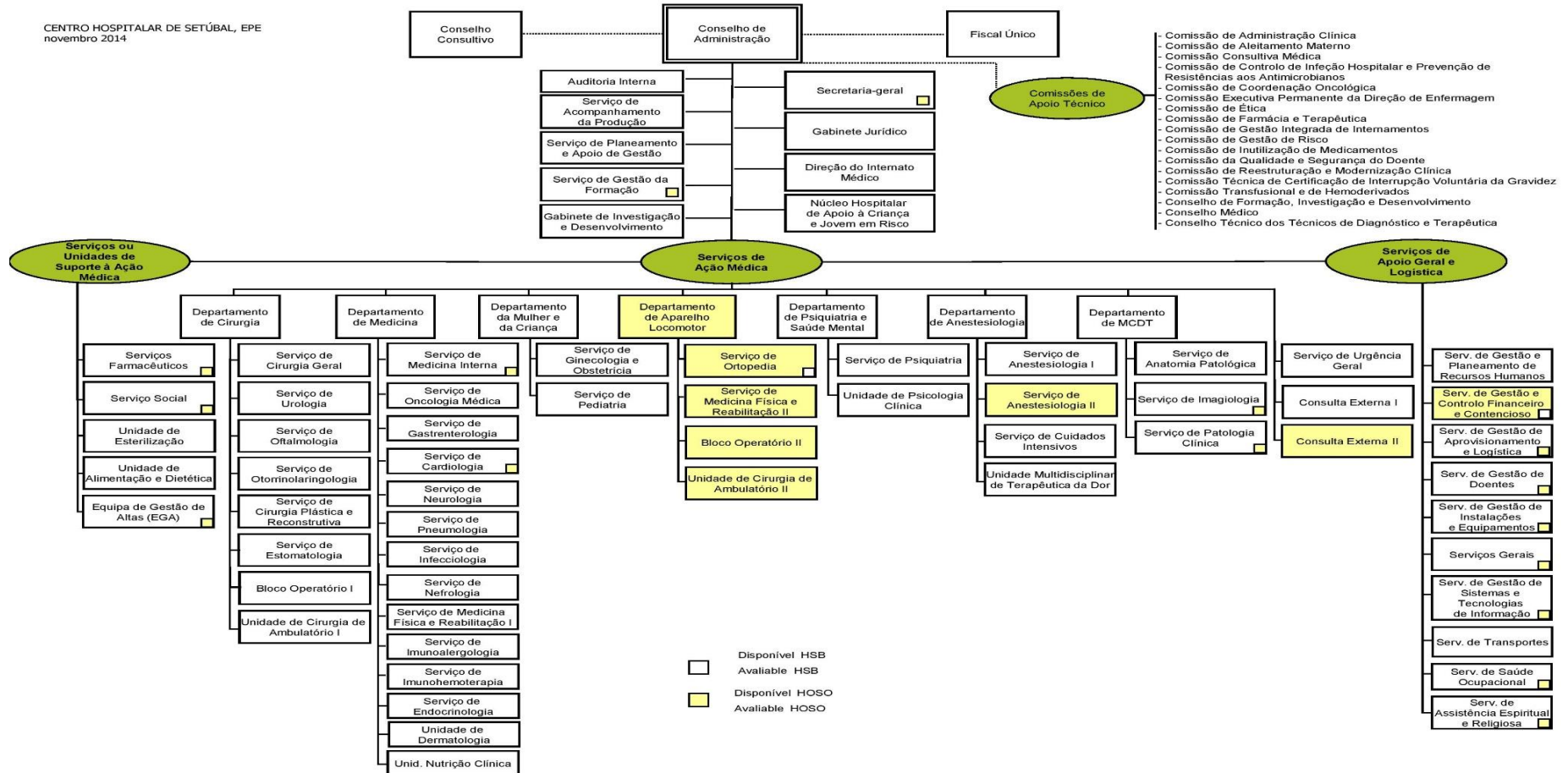
Quanto à sua chefia, o Conselho de Administração do centro hospitalar é atualmente composto por cinco órgãos de gestão, o seu presidente e quatro vogais: Dr. Manuel dos Santos, presidente do Conselho de Administração; Dr. Nuno Fachada, diretor clínico; Enf.^a Carla Mendes, enfermeira-diretora; Dr. Miguel Carpinteiro, vogal executivo; e, Maria Fonseca, vogal executivo (Centro Hospitalar de Setúbal, 2017¹⁶ e Regulamento Interno do CHS, EPE, 2015).

¹⁵ <http://www.chs.min-saude.pt/View.aspx?p=162>, acessido em 22 de junho de 2017.

¹⁶ http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/283?poi_id=2224, acessido a 23 de junho de 2017

Tal como é possível observar pelo organograma do CHS apresentado na figura 13, o conselho de administração, o fisco único e o conselho consultivo são órgãos do centro hospitalar. Em termos da estrutura organizativa, o CHS possui os seguintes serviços: serviços de ação médica; serviço ou unidades de suporte à ação médica; serviços de apoio geral e logística; serviços de acessória técnica ao conselho de administração. Estes são suborganizados em serviços, departamentos, unidades funcionais autónomas e comissões, como mostra o organograma.

Figura 13 – Organograma do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE



Fonte: Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (2017)¹⁷.

¹⁷ <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-setubal-epe/>, acessado em 23 de junho de 2017.

4.2. Resultados obtidos

Nesta secção apresentam-se as conclusões da leitura e da análise das quatro sessões de entrevista realizadas. A metodologia de análise descrita no capítulo anterior foi aplicada à análise das entrevistas. A descrição dos resultados obtidos é feita respondendo às categorias acima identificadas e aos respetivos indicadores de referência, consoante as respostas conseguidas às questões colocadas, tendo por base os dois quadros do modelo de análise.

4.2.1. A - Apresentação dos entrevistados

Na sequência das quatro entrevistas realizadas, como já mencionado, foram entrevistados quatro profissionais de saúde do CHS, EPE. Três deles do sexo masculino e uma do sexo feminino, nomeadamente, como já referido, o Dr. Miguel Carpinteiro, vogal do Conselho de Administração, o Dr. Nuno Fachada, Diretor Clínico, a Dra. Rosário Eusébio, médica e os enfermeiros Vítor Varela e José Almeida.

O Dr. Miguel Carpinteiro é, há cerca de um ano, vogal executivo do Conselho de Administração, no CHS, EPE. Como tal tem a cargo diversos pelouros, como a gestão de utentes, informática, serviço de instalações e, ainda, equipamentos e transportes.

Como Diretor Clínico do CHS, EPE, o Dr. Nuno Fachada desempenha funções relacionadas com o interesse médico, ou seja, a governação clínica. Além disso, pertence também ao Conselho de Administração, também há cerca de um ano. Como médico de profissão mantém, simultaneamente, a sua atividade clínica de prestação de cuidados de saúde. Apesar de estar atualmente no CHS, este profissional de saúde já trabalhou também no hospital Sant'Iago do Outão.

A Dra. Rosário Eusébio, médica de cirurgia geral de profissão, desempenha funções no CHS desde 1988. Pertence ao serviço de cirurgia do departamento de cirurgia, sendo coordenadora de cirurgia geral. No entanto, é ainda diretora de serviço no bloco operatório.

O enfermeiro Vítor Varela, enfermeiro-chefe, desempenhou durante trinta anos funções na obstetrícia, sendo, portanto, enfermeiro especialista de saúde materna-obstetra. Atualmente encontra-se na unidade de cuidados especiais neonatais. Como enfermeiro-chefe, não lida diretamente com os utentes, tendo, assim, um papel de chefia intermédia,

fazendo a ligação entre a administração e os profissionais que trabalham com os utentes. Ou seja, faz a gestão dos cuidados a prestar aos utentes e a gestão dos recursos humanos e dos equipamentos necessários à prestação de cuidados de saúde. Já o enfermeiro José Almeida, também enfermeiro-chefe, não trabalha numa área clínica em específico. Neste momento encontra-se na comissão de gestão de risco e no gabinete de qualidade.

4.2.2. B – Impactos do processo de empresarialização e do novo modelo de gestão

Como mencionado na revisão de literatura, o processo de empresarialização dos hospitais portugueses, isto é, a sua transformação para entidades SA e entidades EPE está associado à adoção de novas práticas de gestão sob influência da NGP. Assim, depois de questionar os entrevistados acerca desta temática verifica-se que nem todos estão bem consciencializados com isto e com as decorrentes alterações. Para quem é especializado na área clínica, esta situação torna-se mais complexa de compreender, como é possível verificar no caso da cirurgia. Existe também divergência quanto à perceção do processo de empresarialização dos hospitais públicos portugueses. Segundo o diretor clínico do CHS, a gestão empresarial é algo imprescindível se se pretende evoluir e ter total eficiência: *“É inevitável, é inevitável. Se a gente quer uma eficiência de todo o serviço assistencial, ele tem de estar organizado e essa organização passa logo por haver uma gestão e organização. Não pode ser de maneira nenhuma de roda livre, ou sem ter uma cadeira ou sem ter um sistema organizativo, isso é inevitável. A rentabilização de resultados também obriga a haver essa mesma gestão, essa necessidade de gestão e da consideração empresarial no hospital”* (1ª entrevista, abril 2017). O vogal do Conselho de Administração, mostrando ter conhecimento sobre as alterações referidas, afirma que todo o trajeto que ocorreu ao longo dos anos levou à passagem de *“... um modelo mais centralizador e administrativo para um modelo mais empresarial”* (1ª entrevista, abril 2017), procurando-se uma maior autonomia, indo, assim, ao encontro do que foi apresentado pelos autores no enquadramento teórico. Tal como o diretor clínico, o vogal do Conselho de Administração considera que a gestão empresarial é essencial, acrescentando o facto de que deve haver uma profunda avaliação acerca daquilo que tem sido feito, com o intuito de se melhorar. Porém, acrescenta que os anos de dificuldade pelos quais Portugal passou e a consequente ação da *troika* fez com que se diminuísse a autonomia de decisão: *“Acho que é fundamental haver também uma gestão do tipo*

empresarial nas unidades de saúde, de qualquer modo, como todas as áreas, todas as alterações devem ser fruto de uma avaliação profunda e depois concluir o que é que esteve bem nesta decisão política, o que é que esteve mal e com certeza que há aspetos que também poderiam ser melhorados ... eu diria que independentemente deste trajeto no sentido de uma maior autonomização e empresarialização, ao longo dos últimos anos com a passagem pela troika e os anos de dificuldade que houve em Portugal, regrediu-se muito em termos de autonomia ... e, portanto, esse restringir da autonomia acaba por ser penalizador, porque, quer dizer, um conselho de administração tem de tomar decisões de acordo com aquilo que a gestão lhe disser que é o mais indicado e não pode ficar refém de que se a lei diz que é assim, pronto, então a lei diz que é e o conselho de administração não está cá para tomar decisões ...” (1ª entrevista, abril 2017). Sobre este ponto da redução da autonomia administrativa e de decisão no contexto da intervenção da Troika¹⁸ em Portugal está também de acordo o enfermeiro de cuidados especiais neonatais, argumentando que *“...os próprios hospitais não decidem nada, porque a decisão parte ainda mais de cima, de um escalão superior...” (2ª entrevista, maio 2017).* Este profissional não tem uma opinião totalmente positiva acerca destas alterações argumentando que neste processo de transformação dos hospitais existiram claramente medidas corretas, o problema foi colocá-las em prática: *“Se quer que lhe diga...existem algumas medidas que obviamente podem ser consideradas medidas até acertadas em termos políticos mas que depois na prática não existem.” (2ª entrevista, maio 2017).*

Como ponto positivo é feita referência pelo enfermeiro de cuidados especiais neonatais e pela médica-cirurgiã à existência de administradores hospitalares, que vieram, segundo estes profissionais, introduzir uma nova perspetiva sobre as diversas atividades hospitalares. Contudo, um dos problemas consequentes apontados pela médica é o facto de não haver comunicação suficiente entre os vários profissionais: *“... ao precisarmos e juntarmos uma equipa multidisciplinar só temos a ganhar com as coisas. Agora é necessário é que a equipa saiba interrelacionar-se. É esse o problema, muitas vezes que acontece. As pessoas ficam fechadas se for preciso nos seus gabinetes e isso não funciona” (4ª entrevista, julho 2017).*

Em síntese, constata-se que de uma forma geral o processo de empresarialização e, com isto a adoção de novas práticas empresariais nos hospitais públicos, é reconhecido como

¹⁸ O palavra Troika designa um comité de três membros, composto pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Central Europeu (BCE) e Comissão Europeia.

algo necessário em Portugal, no entanto, percebe-se que nem todos os objetivos e expectativas foram alcançados, não existindo, deste modo, uma opinião geral positiva. Percebe-se ainda que nem todos os profissionais têm conhecimento sobre as alterações ocorridas. Em síntese, quem executa tarefas clínicas e tem uma maior percepção do dia-a-dia dos profissionais de saúde não tem uma opinião tão positiva acerca das novas medidas colocadas em prática. As reformas implementadas tornaram mais importante o papel dos administradores hospitalares e dos cargos de gestão dentro dos hospitais, sendo, portanto, de esperar que quem ocupa estes cargos possa ter uma visão geral mais positiva sobre as transformações ocorridas.

4.2.3. C – Impactos do processo de empresarialização e do novo modelo de gestão no CHS, EPE

Aquando da criação dos hospitais EPE, em 2005, como já referido, ambos os hospitais setubalenses (Hospital S. Bernardo e Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão) foram objeto de fusão, nascendo o Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. Os profissionais de saúde foram questionados sobre o impacto desta junção. Constata-se que não foi apenas uma mera alteração administrativa, tendo introduzido mudanças a diversos níveis. Em particular a ligação já existente entre estes dois hospitais fortaleceu-se com benefícios ao nível da qualidade como se irá descrever na seção seguinte. A médica entrevistada faz um balanço muito positivo desta fusão, na visão do hospital S. Bernardo, salientando uma vez mais a importância de se trabalhar coletivamente: “... *afetou... afetou e eu vou já dizer, só positivamente é que afetou. Acho que isso foi uma coisa muito boa, porque nesta península havia dois hospitais e isto é a minha perspetiva. Acho que e graças a deus que houve... agora é evidente que este hospital, esta casa hospital S. Bernardo, teve um boom brutal a partir do momento em que houve aquela administração do hospital Sant'Iago do Outão... só somos bons coletivamente e, sobretudo, quando podemos ser comparados com outros*”, (4ª entrevista, julho 2017), no entanto, referiu também que, possivelmente, para o hospital do Outão existiu uma diminuição de importância: “... *se calhar houve uma diminuição da importância, isto é como ter um filho único ou ter dez filhos...*” (4ª entrevista, julho 2017). Esta última parte vai ao encontro da opinião do diretor clínico: “... *as gestões eram independentes, portanto, o Outão era um hospital só de uma especialidade e era central de uma especialidade ... digamos que a gestão era muito mais uniforme, mais simples e mesmo em termos financeiros era mais vantajosa ... e eu sei isso*

como profissional da outra instituição...estávamos habituados a uma situação muito mais vantajosa e que ao sermos diluídos para um hospital maior e com muito mais dificuldades acabámos por sofrer com isso, não é” (1ª entrevista, abril 2017).

Quanto ao conhecimento dos profissionais do CHS relativamente às alterações resultantes da adoção do novo modelo de gestão, à semelhança do que foi tido na secção anterior, nem todos têm conhecimento dessas transformações. A cirurgiã geral admite mesmo que *“eu não sei muito quais são essas políticas percebe, eu sou muito médica e muito pouco política e muito pouco administrativa...e quando eu digo administrativa é ter conhecimento sobre” (4ª entrevista, julho 2017).*

Ainda assim, foram identificadas algumas alterações que ocorreram decorrentes do processo de empresarialização. O diretor clínico afirma que apesar da perda de independência o Outão melhorou noutros aspetos. O estado da arte e a evolução do tempo também contribuíram para isso. Há hoje melhores condições assistenciais, *“situações clínicas de maior capacidade, exames complementares mais diferenciados, mais acessibilidade a esses mesmos exames...maiores capacidades de resposta, melhores terapêuticas...no caso da ortopedia novos implantes, novas condições, melhores resultados nos doentes...ai melhorámos não é” (1ª entrevista, abril 2017).* Segundo os dois enfermeiros-chefes entrevistados, com a passagem para EPE melhoraram-se alguns serviços de apoio no CHS: criou-se o gabinete da qualidade, o gabinete de comunicação, melhorou-se os serviços de aprovisionamento, como os serviços farmacêuticos. Acrescentando e de acordo com o enfermeiro pertencente à comissão de gestão de risco há agora uma maior visibilidade sobre os serviços ambulatoriais, isto é consultas externas, cirurgias ambulatoriais, entre outros, há também uma decisão mais partilhada, mais equipamentos disponíveis, melhores e mais adequadas infraestruturas e realizam-se mais avaliações de desempenho. São estes os fatores que são referidos como pontos fortes da empresarialização do CHS. É de salientar que alguns destes pontos estão associados e vão ao encontro dos objetivos da NGP, tal como se pode ler no capítulo do enquadramento teórico.

Há exceção do enfermeiro de cuidados especiais neonatais há uma apreciação favorável dos profissionais entrevistados sobre a evolução do CHS ao longo dos anos e a introdução de novas práticas de gestão decorrentes da empresarialização. Para aquele num hospital antigo, como o S. Bernardo, o facto de se adotarem e adaptarem medidas torna a situação bastante diferente face a uma situação que o hospital as praticasse desde a sua génese:

“Agora, quando se tem que adaptar, de facto aí, e adequar, é diferente. E, de facto, aquilo que apareceu na altura com novos pontos, novas ideias, enfim...criou algumas expectativas, digamos, de melhoramento, de desenvolvimento, mas depois...” (2ª entrevista, maio 2017). Para este profissional, apesar das melhorias que existiram e dos desenvolvimentos no centro hospitalar, o que se colocou em prática não trouxe os efeitos que eram expectáveis: *“... obviamente, que houve desenvolvimentos, eu não estou a falar agora que não houve, mas de facto não houve aqueles que eram esperados, ok?”* (2ª entrevista, maio 2017). Este profissional expõe ainda outro ponto de desagrado com as políticas/reformas efetuadas no país: não concorda com o facto do subsistema de saúde ADSE, proporcionado aos trabalhadores do setor público, ser permitido usufruir nos estabelecimentos privados, argumentando que com isso as reformas não estão a favorecer o SNS. Outro ponto negativo acerca desta reforma é o facto dos utentes não estarem efetivamente no centro das atenções, como se diz estar, e não estarem totalmente informados, afirmando que se se for verificar quem se encontra realmente no centro do sistema são os profissionais. O enfermeiro-chefe neonatalista salienta também, neste sentido, que existem, ainda, aspetos a melhorar, apesar dos acontecimentos positivos que se sucederam.

O avanço da ciência, notado pela cirurgiã, contribuiu para o desenvolvimento de novas terapêuticas e o progresso tecnológico convergiram na melhoria do funcionamento e numa evolução positiva da instituição. Em particular, o avanço tecnológico associado à melhoria dos equipamentos e o meios informáticos facilitam o trabalho dos profissionais, por exemplo, no registo da informação, tornando-o mais eficiente e eficaz. Estes factores contribuem no seu conjunto para uma perceção positiva quanto à evolução da instituição.

Apesar de tudo isto, a implementação do processo de empresarialização dos hospitais setubalenses evidenciou algumas dificuldades iniciais. O vogal do Conselho de Administração salienta o facto de *“não haver estruturas de gestão e instrumentos de gestão que têm que ser criados e garantidamente aqui foram sendo criados como noutros hospitais...porque os modelos anteriormente eram mais burocrático-administrativo, não é...e a partir de determinada altura foi preciso ter instrumentos de gestão, ter informação para a gente decidir cada vez melhor com base na informação que tem”* (1ª entrevista, abril 2017).

Em síntese, em relação ao processo de transformação a que estes dois hospitais estiveram sujeitos há diferentes perceções que se articulam com a visão de cada profissional. Não

há, portanto, consenso nas respostas obtidas com as entrevistas realizadas à semelhança do que se concluiu na secção anterior. Constatam-se também que as alterações que foram efetuadas não são do conhecimento de todos os profissionais, não conseguindo todos os entrevistados responder com sucesso a questões colocadas acerca de exemplos, pontos fortes, pontos fracos das novas medidas presentes no CHS. Sublinhe-se ainda que a junção dos dois hospitais não foi uma alteração meramente administrativa tendo trazido uma série de contributos positivos, apesar da diminuição de importância relativa que o hospital Sant'Iago do Outão terá experimentado.

4.2.4. D - Perceção da qualidade e da importância da sua mensuração

Após questionar os entrevistados sobre as novas medidas de gestão adotadas com o processo de empresarialização colocaram-se mais uma série de questões desta vez relacionadas com a temática da qualidade.

Quanto ao próprio conceito de qualidade, o vogal do Conselho de Administração e o diretor clínico relacionam-no com algo que nunca se atinge, isto porque é sempre um aperfeiçoamento daquilo que já está feito, ou seja, uma melhoria contínua: *“É sempre um objetivo nunca alcançado, não é...eu acho que quando a gente atinge a qualidade a gente depois pensa em alguma coisa para melhorar. Existe logo outro patamar...para aperfeiçoar....é sempre possível melhorar por muito bem que se esteja.”* (1ª entrevista, abril 2017). Abordados sobre o conceito de qualidade na saúde, os dois profissionais afirmam que a ideia e a lógica permanece constante. O enfermeiro pertencente à comissão de gestão de risco frisa ainda um ponto que também já foi mencionado na revisão de literatura, isto é, o facto do conceito depender de pessoa para pessoa, ser, portanto, subjetivo. A médica-cirurgiã aborda o conceito de qualidade diretamente no âmbito da saúde caracterizando-o como um conceito subjetivo e relacionando-o com o facto de se conseguir executar as tarefas no melhor tempo alcançando bons resultados, ou seja, ser-se eficiente e eficaz nos recursos que se utiliza.

Ainda sobre a qualidade e a sua mensuração é consensual entre os profissionais de saúde entrevistados a sua importância. Tal como afirmam o enfermeiro da comissão de gestão de risco e a cirurgiã geral sem indicadores e sem o seu cálculo e análise é impossível verificar-se o que é importante e o que há a melhorar, não sendo, assim, possível ter uma

prática de melhoria. Ou seja, estes argumentos relacionam-se com a relevância da existência de formas de mensuração para se alcançar uma melhoria contínua.

4.2.5. E - Visões sobre o impacto na qualidade do serviço prestado no CHS, EPE após a introdução de novas práticas

O facto dos hospitais se terem agrupado derivado à criação do CHS decorrente do processo de empresarialização causou algumas mudanças, como se observou. Os profissionais afirmam que esta alteração institucional causou impactos no âmbito da qualidade. No entanto, em relação a isso, uma vez mais não há uma opinião unânime no que concerne à perceção desse impacto: há quem defenda que causou um impacto positivo e quem defenda um impacto negativo.

O lado positivo apontado pela cirurgiã e pelo vogal do Conselho de Administração associa-se ao facto da aglomeração dos hospitais ter contribuído positivamente em termos de qualidade, isto porque, o hospital ortopédico Sant'Iago do Outão já era anteriormente certificado em qualidade, o que proporcionou um avanço neste sentido no hospital S. Bernardo, (acrescentando que este hospital – Outão – já tem certificação pelo King's Fund há 20 anos, segundo o diretor clínico). Assim, após a empresarialização o CHS começou a dar os passos para também ele, como um todo, ser certificado (hospital Sant'Iago do Outão e hospital S. Bernardo), adotando este sistema já utilizado no Outão, contribuindo para uma melhor eficiência no trabalho. Apesar da cirurgiã defender que isto foi um processo importante, sendo um dos instrumentos para medir a qualidade, e que contribuiu para a evolução do CHS afirma que é um procedimento burocrático e é apenas do conhecimento de quem tem de lidar com ele. Deste modo, por ser um processo imensamente burocrático com inúmeros documentos é também dito por esta profissional e pelo enfermeiro de cuidados especiais neonatais que nem sempre os profissionais praticam as normas, levando o enfermeiro a afirmar que: *“Isso são procedimentos administrativos, depois as pessoas fazem aquilo? Executam aquilo daquela forma?...de facto depois na prática clínica, no juízo clínico, aquilo que for, é algo que se concretiza? Raramente, raramente...acontece que por vezes depois vamos ver, olhar aquilo na prática e não é bem assim que estamos a funcionar, ok?”* (2ª entrevista, maio 2017). Por este motivo, o enfermeiro-chefe neonatalista defende que o CHS fortaleceu a qualidade, contudo não a reforçou no bom sentido, isto porque reforçaram-na em termos

administrativos. Argumentando, assim, que foi uma medida importante, porém, não obteve os resultados práticos que eram expectáveis por ser encarada, pelos profissionais, como uma medida administrativa.

Não obstante, os restantes profissionais afirmam que em termos de evolução da qualidade do serviço prestado, no CHS, esta tem tido um percurso evolutivo bastante positivo. Não descurando que essa evolução encontra-se também associada ao avanço tecnológico que, como já mencionado, permitiu proporcionar um melhor serviço e com mais eficiência e eficácia.

Em termos conclusivos é observado que se melhorou ao longo do tempo em termos de qualidade do serviço, sendo que a empresarialização contribuiu para a acreditação do hospital. Contudo, em termos do balanço das novas práticas de gestão não é consensual a todos os profissionais que tenham trazido os benefícios que eram esperados. Uma vez mais, esta ideia poderá estar relacionada com os interesses, funções e visões de cada profissional, existindo, conseqüentemente, diferentes perceções.

Quanto à questão adicional que se fez acerca da relação custo-qualidade as respostas entre os profissionais não são idênticas, existindo, assim, vários pontos de vista. Por um lado, o vogal do Conselho de Administração tem uma visão semelhante à apresentada no enquadramento teórico acerca do autor Deming, em que expõe que quando se está perante a qualidade, então há redução de custos: “(...) *eu diria que se há qualidade até há redução de custos. Ou seja, porque a qualidade implica também ser eficiente. E se eu não estiver a ser eficiente, do meu ponto de vista não estou a ter a qualidade máxima que devia ter e aí se eu não estou a ser eficiente totalmente estou a ter desperdício e se estou a ter desperdício não estou, digamos, no meu ponto máximo da qualidade. E eu acho que a qualidade também pode ajudar a reduzir custos.*” (1ª entrevista, abril 2017). Por outro lado, a cirurgiã associa o gasto monetário ao alcance da qualidade, pelo menos numa fase inicial de investimento: “*Sim, as duas coisas estão relacionadas, claro, ter qualidade custa mais... qualidade...ou seja, não é obrigatoriamente...qualidade não significa obrigatoriamente custar mais, não é, sendo que...isto é um bocadinho dúbio esta conversa...Mas, por norma e de uma forma assim muito geral, não posso especificar e não posso dizer...na medicina nem tudo...nem nunca, nem sempre, não é! Mas, no médio, se eu conseguir equilibrar acho que, por norma as coisas, a qualidade custa dinheiro e, portanto, para se ter acesso a isso...isso é como o carro, quanto melhor qualidade, mais caro é. Agora, não quer dizer que os carros mais baratos não façam o serviço, fazem!*”

Mas pronto têm as suas coisas, suas opções. Acho que sim, acho que...contudo, é assim...a pessoa...acho que o investimento foi importantíssimo e tem que ser... E, nomeadamente...e estou-lhe a dizer em termos de bloco operatório gastava-se se calhar muito mais dinheiro e nós conseguimos poupar muito mais dinheiro com registos. Gastou-se muito dinheiro inicial, mas isso leva a uma poupança posterior... Sim, acho que sim. Acho que de uma forma geral a qualidade custa dinheiro, nem que seja numa fase inicial, ou seja, tem de haver um investimento inicial e depois a partir daí pode-se ter...se comprar um carro bom agora o carro pode-lhe durar muitos anos, não é.” (4ªentrevista, julho 2017).

Há, portanto, um conflito na relação custo-qualidade. Proporcionar um serviço com a máxima qualidade tem um custo, dado que se tem de comprar mais materiais e adotar novas medidas, havendo, assim, um custo inicial. Contudo, após esse investimento inicial e depois de se encontrar o ponto de eficiência é, talvez, possível continuar com esse nível de serviço diminuindo os custos. Ou seja, o facto de se estar a trabalhar com eficiência poderá contribuir para a minimização dos custos. Não se excluindo, neste sentido, nenhuma das perspetivas.

5. Conclusão

5.1. Principais conclusões

O objetivo central desta investigação consistiu em procurar compreender o impacto na qualidade do serviço público hospitalar prestado, decorrente do processo de empresarialização dos hospitais públicos e da adoção de novas práticas de gestão empresarial por influência da ideologia da NGP. Neste estudo, foi tomado como exemplo, o caso do CHS, EPE. É de realçar que a investigação foi feita tendo por base a perspetiva dos profissionais de saúde desta instituição hospitalar.

Assim, de forma a compreender melhor esta temática e conseqüentemente chegar a algumas conclusões foram desenvolvidos cinco capítulos, onde se abordaram os temas considerados mais importantes de analisar. Existem dois capítulos que merecem ser especialmente realçados, nomeadamente o que se prende com o enquadramento teórico, onde se aborda vários assuntos deste tema, segundo a visão de vários autores e o capítulo dedicado ao estudo empírico onde é feita uma apresentação da instituição hospitalar estudada e a descrição dos resultados conseguidos.

De forma a obter informação útil para responder ao objetivo central foram realizadas quatro entrevistas a diferentes profissionais de saúde do CHS, de modo a perceber as suas perspetivas. Posto isto, é de salientar que as alterações efetuadas no âmbito da NGP não são do conhecimento de todos os profissionais, tornando-se um assunto não muito próximo para quem se foca unicamente na prática clínica, como o caso da médica-cirurgiã. Segundo os entrevistados da primeira entrevista, vogal do conselho de administração e diretor clínico, o processo de empresarialização dos hospitais e a conseqüente passagem de um modelo centralizador e com caráter administrativo para um modelo de caráter empresarial faz parte do caminho para atingir uma maior eficiência, autonomia e melhor prestação do serviço, tornando-se fundamental a gestão do tipo empresarial em unidades de saúde. Contudo é referido pelo vogal do Conselho de Administração e pelo enfermeiro neonatalista que se perdeu autonomia, associando-se aos anos de dificuldade que Portugal presenciou. O vogal do Conselho de Administração alerta, neste sentido, para o facto de se avaliar o que foi feito de modo a melhorar-se. Este enfermeiro demonstra, ainda, o seu desgosto relativamente ao processo de empresarialização dos hospitais afirmando que apesar de existirem medidas corretas, na

prática não atuaram com o efeito esperado. No entanto, os restantes profissionais fazem um balanço positivo da empresarialização.

Apesar do processo não ser de conhecimento geral, alguns entrevistados conseguiram apontar algumas transformações mais exatas do que outros. Neste sentido e pelas conclusões retiradas, constata-se que apesar das boas intenções das práticas implementadas e dos objetivos a alcançar, nem todos os profissionais têm conhecimentos acerca das mesmas e como consequência os efeitos dessas ações não se fazem chegar onde é pretendido. Sendo assim, questiona-se: será que está a existir uma comunicação eficaz entre os vários profissionais com diferentes funções ou isso tem a ver com a vocação de cada um, estando profissionais apenas focados na prática clínica e outros na clínica e gestão, simultaneamente?

Com todo o processo de empresarialização do CHS e apesar de não ser de total conhecimento de todos os profissionais, como já mencionado, foram apontados pelos entrevistados alguns aspetos positivos em todo o centro: existe atualmente exames mais diversificados e com maior acessibilidade aos mesmos, há mais equipamentos ao dispor, criou-se o gabinete da qualidade e o da comunicação, os serviços de aprovisionamento melhoraram, bem como as infraestruturas. O enfermeiro pertencente à comissão de gestão de risco acrescenta ainda que a decisão é mais partilhada e efetua-se avaliação de desempenho com maior frequência. Note-se que alguns destes pontos caracterizam os objetivos a atingir pela NGP. Todavia, apesar de alguns desenvolvimentos houve outros aspetos que não foram atingidos. Isto deve-se segundo o enfermeiro neonatalista à difícil tarefa de se adaptarem e adotarem medidas num hospital antigo. Neste sentido, e de acordo com o vogal do Conselho de Administração existem instrumentos e estruturas de gestão que tiveram de ser construídos, revelando-se uma dificuldade inicial do processo de empresarialização.

Acerca do conceito de qualidade e de qualidade na saúde, conclui-se que é um aspeto de extrema importância sendo que na perspetiva do diretor clínico e vogal do Conselho de Administração nunca é atingível, no sentido em que é sempre possível melhorar algo no serviço, estando intrínseco o conceito de melhoria contínua. O enfermeiro pertencente à comissão de gestão de risco e a cirurgiã salientam ainda que é um conceito subjetivo, dependendo de pessoa para pessoa. Associado à constante melhoria encontra-se a mensuração permanente da qualidade que, na opinião de todos os participantes na investigação é igualmente essencial. Ou seja, sem se avaliar e analisar os indicadores não

é possível identificar aspetos a melhorar. Isto é, para uma prática de melhoria contínua é fundamental existirem indicadores de qualidade e avaliá-los.

É, também, possível concluir que a fusão dos dois hospitais setubalenses (Hospital S. Bernardo e Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão) decorrente do processo de empresarialização dos hospitais do SNS e da consequente criação do CHS, não foi uma alteração simplesmente administrativa. Com esta junção aumentou-se a ligação entre os dois hospitais tendo produzido alguns efeitos, sobretudo ao nível da qualidade. Esta transformação contribuiu para o avanço da acreditação, certificação do CHS, dado que o hospital Sant'Iago do Outão já o era, possibilitando assim um avanço no que toca à qualidade desta instituição. Contribuindo também para um funcionamento do serviço mais eficiente e eficaz. Apesar da cirurgiã geral e do vogal do Conselho de Administração considerarem isso um aspeto positivo, a médica afirma, porém, ser um processo burocrático, não sendo do conhecimento de todos, mas sim apenas de quem o utiliza. Neste sentido, a médica e o enfermeiro de cuidados neonatais afirmam que nem sempre se concretiza o processo como deve de ser, dado ser extremamente burocrático. Deste modo, segundo a visão do enfermeiro neonatalista a qualidade não foi bem reforçada, sendo encarada como uma medida administrativa e consequentemente não levou a que os objetivos esperados tivessem sido atingidos. Apesar desta opinião do enfermeiro-chefe os restantes profissionais entrevistados consideram que a evolução da qualidade do serviço prestado, no CHS, é positiva.

No entanto, a perceção relativamente às práticas empresariais postas em ação no CHS não é unânime entre os vários profissionais entrevistados, existindo alguns com uma perspetiva em geral positiva e outros que esperavam muito mais, apesar das alterações e de algumas melhorias alcançadas. Salientando, uma vez mais, o facto de existirem profissionais sem conhecimento sobre o assunto. Ou seja, as expectativas não foram alcançadas na sua generalidade. Quer isto dizer que as práticas adotadas tinham um objetivo a alcançar, porém não é defendido de forma geral que esse resultado tenha sido conseguido. Constata-se, portanto, que na perspetiva de quem implementa as normas, estas têm certamente metas a atingir, todavia, apesar das melhorias conseguidas quando se questiona quem está mais próximo do utente, não há uma perceção generalista tão positiva acerca do assunto, dependendo, portanto, da visão de cada profissional e da sua experiência. Ou seja, constata-se que quem ocupa cargos superiores, como os administradores, tendem a ter uma visão geral mais benéfica. Quer isto dizer que, as

experiências vividas e os interesses de cada profissional influenciam as perspectivas de cada um.

Assim, em última instância não se pode constatar que houve um impacto positivo ou negativo na qualidade do serviço prestado após a adoção de novas práticas de gestão, decorrentes da NGP, dado que apesar das melhorias alcançadas no centro hospitalar, referidas pelos profissionais, há ainda um longo caminho a percorrer, devido a todos os argumentos/causas supramencionadas. Ou seja, há quem faça um balanço positivo e quem faça um balanço não tão positivo sobre o processo de empresariação, no entanto, o facto de haver profissionais sem conhecimento das práticas colocadas influencia a sua opinião. É, também, de notar que algumas das melhorias conseguidas resultaram de outras mudanças da investigação médica e dos avanços tecnológicos e repercussões no setor, o que contribuiu de certa forma para o melhor funcionamento do serviço de saúde.

Por último, assume-se que a realização deste estudo contribuiu para uma melhor perspectiva e compreensão acerca do impacto da implementação de novas práticas de gestão e as suas consequências, nas instituições hospitalares, tomando como exemplo o CHS, EPE.

5.2. Limitações da investigação e sugestões de pesquisa futura

No decorrer de todo o estudo aqui presente, naturalmente, surgiram algumas limitações, nomeadamente relacionadas com a metodologia usada. Apesar do CHS se ter disponibilizado de imediato na colaboração desta investigação, logo desde o primeiro contacto, os profissionais entrevistados dispunham de pouco tempo para a realização das entrevistas. Assim, o facto de alguns dos entrevistados terem pouco tempo disponível dificultou a marcação das reuniões e limitou o tempo de duração das entrevistas realizadas. No entanto, este fator é compreensível, dado que se está a lidar com profissionais com imenso trabalho, que exercem inúmeras funções durante o dia, nomeadamente exercícios clínicos e não clínicos a desempenhar de grande importância.

Outra limitação prende-se com o facto dos resultados/conclusões retirados/as estarem associados às opiniões, experiências, perspectivas e interesses dos profissionais entrevistados no CHS, não sendo de todo correto extrapolar as conclusões para um nível mais geral. Contudo, o que se passa num hospital é, provavelmente, semelhante ao dia a

dia vivido nas restantes instituições públicas hospitalares, o que permite através das conclusões apresentadas reter uma ideia generalista.

No entanto, apesar de tudo isto foi possível realizar um estudo que conjugasse as práticas da NGP e a qualidade, permitindo retirar conclusões e criar um espaço de reflexão sobre o tema. Conseguiu-se, assim, concretizar um estudo inovador ao conjugar ambas as vertentes (a NGP e a qualidade). Realizando entrevistas a vários profissionais de saúde com diferentes funções dentro do hospital, ao invés de focar o estudo nos administradores hospitalares permitiu também retirar diferentes e mais enriquecedoras conclusões. Isto, visto que os administradores tendem a enfatizar mais o lado positivo e não têm a mesma perceção do serviço que os restantes profissionais de saúde que lidam com os utentes.

Apesar de todo este trabalho há ainda muito por desenvolver e investigar neste campo. Neste sentido, como sugestão para futuras investigações sobre esta temática sugere-se alargar o estudo a um maior leque de hospitais do SNS e, conseqüentemente, perceber melhor o impacto a nível nacional, ao invés de analisar um único hospital, sempre tendo em atenção a perspetiva de profissionais com diferentes funções. Seria também interessante compreender melhor as razões subjacentes à relação entre os cargos desempenhados por diferentes trabalhadores no hospital e as suas visões e perceções sobre o processo de empresarialização ocorrido. A forma como observam e experimentam a vida hospitalar terá certamente influência, mas será que é porque têm ideias e preocupações diferentes dentro do hospital e conseqüentemente focam-se em resolver problemas muito específicos, impedindo de analisar a instituição como um todo? Uma investigação que permitisse responder a questões como estas seria bastante aliciante. Para isso, realizar-se-ia, por exemplo, entrevistas individuais a colaboradores de diferentes centros hospitalares, de modo a diversificar a amostra representativa do estudo, segundo um conjunto de questões baseadas em pontos-chave a investigar. Ou organizar-se-ia, se possível, um debate entre os vários profissionais, no sentido de se discutir o assunto e chegar-se a conclusões plausíveis. Ou, ainda, utilizar-se-ia um outro método de recolha de informação e análise que o investigador considerasse correta.

O estudo também sugere questões ao nível da melhor comunicação das alterações a todos os profissionais e na necessidade de articulação de profissionais de áreas diferentes, com práticas e conhecimentos diferentes, que pode ser interessante salientar do ponto de vista da gestão.

6. Bibliografia

- Barros, P., & Gomes, J. 2002. Os sistemas nacionais de saúde da união europeia, principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português. *GANEC – Gabinete de Análise Económica: Faculdade de Economia, Universidade Nova de Lisboa*, 2012: 1-161.
- Berry, L.; Zeithaml, V.; Parasuraman, A. 1985. Quality counts in services, too. *Business Horizons*, 28 (3): 44-52.
- Cabiedes, L., & Guillén, A. 2001. Adopting and adapting managed competition: Health care reform in southern Europe. *Social Science & Medicine*, 52: 1205-1217.
- Campos, A. 2003. Hospital-empresa: Crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (1): 23-33.
- Carapeto, C., & Fonseca, F. 2006. *Administração pública: Modernização, qualidade e inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Carrondo, C. 2014. Do modelo de bismarck ao beveridge: O modelo de saúde português.... *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 2014 (13): 14-16.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/283?poi_id=2224, acedido a 23 de junho de 2017.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, <http://www.chs.min-saude.pt/View.aspx?p=162>, acedido em 22 de junho de 2017.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-de-setubal-epe/>, acedido em 23 de junho de 2017.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. 2013. *Relatório de actividades e contas*. Setúbal: Conselho de Administração.
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE. 2015. *Regulamento interno do centro hospitalar de setúbal, EPE*. Setúbal: Conselho de Administração.
- Clark, T., & Dilnot, A. 2002. Long-term trends in British taxation and spending. *The Institute for Fiscal Studies - Briefing Notes*, 25: 2.
- Cronin, J. & Taylor, S. 1992. Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56 (July): 55-68.
- Dawson, S., & Dargie, C. 2002. *New public management: current trends and future prospects*. London, New York: Routledge.
- Denhardt, J., & Denhardt, R. 2007. *The new public service: serving, not steering*. Armonk, New York: M. E. Sharpe.
- Departamento da Qualidade em Saúde. 2014. *Programa nacional de acreditação em saúde*. Departamento da Qualidade em Saúde, Direção Geral da Saúde.
- Dias, A. & Neves, M. 2006. Hospitais SA/EPE: A Procura de um modelo. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, 0: 6-13.
- Direção Geral da Saúde. 2002. *Centros de saúde e hospitais: Recursos e Produção do SNS*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Donabedian, A. 1988. The quality of care – How can it be assessed?. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 260 (12): 1743-1748.

Entidade Reguladora da Saúde, <https://www.ers.pt/pages/2>, acessado a 24 de Março de 2017.

Ferlie, E., Pettigrew, A., Ashburner, L., & Fitzgerald, L. 1996. *The new public management in action*. Oxford: Oxford University Press.

Ferreira, F. 1990. *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ferreira, P. 1991. Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 33: 93-112.

Garvin, D. 1983. Quality on the line. *Harvard Business Review*, 61 (September-October): 65-73.

Gronroos, C. 1988. Service quality: The six criteria of good perceived service. *Review of Business*, 9 (3): 10-13.

Gruening, G. 2001. Origin and theoretical basis of new public management. *International Public Management Journal*, 4: 1-25.

Harding, A. & Preker, A. 2000. *Understanding organizational reforms: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, DC: The World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

Harfouche, A. 2008. *Hospitais transformados em empresas – Análise do impacto na eficiência: Estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Hood, C. 1991. A public management for all seasons?. *Public Administration*, 69: 3-19.

Hood, C. 1995. The “new public management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, Organizations and Society*, 20 (2/3): 93-109.

Institute for Fiscal Studies: UK public spending compared with other countries, https://www.ifs.org.uk/tools_and_resources/fiscal_facts/public_spending_survey/uk_spending_in_an_international_context, acessado a 3 de fevereiro de 2017.

Juran, J. & Godfrey, A. 1998. *Juran's quality control handbook*. New York: McGraw-Hill.

Lapsley, I. 2008. The NPM agenda: Back to the future. *Financial Accountability and Management*, 24(1): 77-96.

Le Grand, J., & Bartlett, W (Eds.). 1993. *Quasi-markets and social policy*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire, London: The Macmillan Press.

Nunes, A. & Harfouche, A. 2015. A reforma da administração pública aplicada ao setor da saúde: A experiência portuguesa. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 4 (2): 1-8.

OECD (2017), Health spending (indicator), <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, acessado a 3 de fevereiro de 2017.

OPSS. 2002. *O estado da saúde e a saúde do estado*. Relatório de Primavera - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

OPSS. 2003. *Evolução do Sistema de saúde*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Disponível em <http://www.opss.pt/node/141>, acessado a 13 de março de 2017.

Parasuraman, A.; Berry, L.; Zeithaml, V. 1988. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64 (1): 12-40.

Parasuraman, A.; Zeithaml, V.; Berry, L. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49 (Fall): 41-50.

Pires, A. 2012. *Sistemas de gestão da qualidade: Ambiente, segurança, responsabilidade social, indústria, serviços, administração pública e educação*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, L., & Biscaia, J. 2001. Qualidade nos cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2: 43-51.

PORDATA, Número de Médicos em Portugal, <http://www.pordata.pt/Portugal/Pessoal+de+sa%C3%bade+m%C3%A9dicos++dentistas++odontologistas++enfermeiros++farmac%C3%Aauticos-144>, acessado a 13 de março de 2017.

PORDATA, Taxa de mortalidade infantil em Portugal, <http://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+mortalidade++taxa+de+mortalidade+e+infantil-528>, acessado a 13 de março de 2017.

PORDATA, PIB a preços constantes, [http://www.pordata.pt/Portugal/PIB++PIB+per+capita+a+pre%C3%A7os+constantess+\(base+2011\)-2953](http://www.pordata.pt/Portugal/PIB++PIB+per+capita+a+pre%C3%A7os+constantess+(base+2011)-2953), acessado a 14 de março de 2017.

PORDATA, População residente em Portugal, <http://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total++por+sexo-6>, acessado a 14 de março de 2017.

Reis, V. 2004. A intervenção privada na prestação pública: Da expansão do Estado às parcerias público-privadas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4: 121-136.

Shaw, P. 2004. *New trends in public sector management in health: Applications in developed and developing countries*. Washington, DC: The World Bank, Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper.

Simões, J. 2004. *Retrato político da saúde: Dependência do percurso e inovação em saúde: Da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.

Stoleroff, A. & Correia, T. 2008. A empresarialização do sector hospitalar público português: A desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais para a sua re-regulação. *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia: ISCTE*, 2008 (47): 1-31.

Talbot, C. 1993. Developing public managers in the UK. *The International Journal of Public Sector Management*, 6 (6): 3-19.

Varandas, J. 2004. Hospitais: A longa marcha da empresarialização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 4: 57-63.

Referências Legislativas - Leis e Constituições

Constituição da República de 1976

Constituição Organização Mundial da Saúde de 1946

Decreto –lei 76/2001 de 27 de fevereiro de 2001

Decreto lei nº 11/93 de 15 de janeiro de 1993

Decreto lei nº 151/98 de 5 de junho de 1998

Decreto lei nº 19/88 de 21 de janeiro de 1988

Decreto lei nº 207/99 de 9 de junho de 1999

Decreto lei nº 48/90 de 24 de agosto de 1990

Decreto lei nº 56/79 de 15 de setembro de 1979

Decreto-lei nº 124/2011 de 29 de dezembro de 2011

Decreto-lei nº 309/2003

Decreto-lei nº 413/71 de 27 de setembro de 1971

Decreto-lei nº 414/71 de 27 de setembro de 1971

Decreto-lei nº 48357 de 27 de abril de 1968

Decreto-lei nº203/2008 de 10 de outubro de 2008

Decreto-lei nº233/2005 de 29 de dezembro de 2005

Decreto-lei nº48358 de 27 de abril de 1968

Decreto-lei nº93/2005 de 7 de junho de 2005

Lei nº2011 de 2 de abril 1946

Lei nº27/2002 de 8 de novembro

Portaria nº288/99

Resolução do Conselho de Ministros nº41/2002 de 7 de março de 2002

Revisão da Constituição da República de 1982

Revisão da Constituição da República de 1989

7. Anexos

Anexo nº 1 – Documento comprovativo da autorização do estudo no CHS, EPE

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
HOSPITAL DE S. BERNARDO
HOSPITAL ORTOPÉDICO SANTIAGO DO OUTÃO

SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

Gabinete INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

DELIBERAÇÃO
O CA aprovada e
autorizada
na
22/12/2016

NOTA DE SERVIÇO
07-12-2016

DESPACHO
Exma. Sr.
Presidente
do Conselho
de Administração
do
CHS,
Dr. Manuel Fom
Sou de parecer
que este estudo
deve correr
com a
participação
do CHS,
pelo que se
indica autorizar
para divulgação
e recolha das
entrevistas
(um por fun
desembo do
estudo em
questão)
fily
17/12/2016

RA: Exma. Sra. Dra. Filipa Serra, Administradora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento
e: Marta Gonçalves, Secretária do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

ASSUNTO: Autorização para realização de estudo académico no âmbito de um mestrado, intitulado "A qualidade do Serviço Público Hospitalar: Nova Gestão Pública"

O estudo em epígrafe tem como Investigadora Principal a aluna Susana Filipa dos Santos Sequeira, do 2º ano do mestrado em Gestão pelo ISCTE, sob a orientação da Dra. Ana Cristina Narciso Fernandes Costa.

O objectivo do estudo é analisar o impacto na qualidade do serviço hospitalar prestado mediante as transformações ocorridas na administração pública em termos de gestão, ou seja, com a adopção de um modelo de gestão mais empresarial.

A metodologia utilizada é qualitativa e quantitativa, com recurso a entrevistas, aplicação de questionários e análise de indicadores de desempenho. Pretende-se ainda, se possível, entrevistar um membro da administração, director clínico, um médico e enfermeiro, por forma a perceber as diferentes perspectivas do tema.

A Sra. da Parte Beneficiária,
Para informar a Sra. da Parte Beneficiária e orientar.
Informar a Sra. da Parte Beneficiária com ind. por rec. de inq. de
as entrevistas a partir do início
proximo.

À Consideração Superior,
Registar os dados de levantamento

Marta de Abreu Gonçalves

ACTA Nº 52/16

Contactos GID: marta.goncalves@chs.min-saude.pt - filipa.serra@chs.min-saude.pt
Rua Camilo Castelo Branco • 2910-446 Setúbal • Telefone: 265 549 000 • Fax: 265 238 066 • www.chs.min-saude.pt

Anexo nº 2 – Guião da 1ª entrevista

Iniciar com uma breve apresentação da investigadora, de seguida informar sobre o objetivo do estudo e da presente entrevista e pedir autorização para a gravação da mesma.

De seguida informar sobre a estrutura da entrevista: esta entrevista divide-se em três grupos, tendo um total de 18 questões. O primeiro grupo é relativo à organização do CHS, o segundo direcionado à introdução de práticas empresariais na gestão do CHS e o último à abordagem do conceito de qualidade. A entrevista terá a duração de aproximadamente 1 hora.

I – Organização do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS)

1. Primeiramente, gostaria de perceber que funções desempenha o Dr. Nuno Fachada, como diretor clínico, e o Dr. Miguel Carpinteiro, como vogal do Concelho de Administração, no Centro Hospitalar de Setúbal.
2. De forma a conseguir ter uma melhor visão, gostaria de entender como está estruturado o Centro Hospitalar de Setúbal, na sua generalidade.
3. A administração é a mesma para todo o Centro (S. Bernardo e Outão)?
4. Quanto aos profissionais, quem tem funções administrativas tem, simultaneamente, funções de cuidados de saúde?

II – Introdução do princípio empresarial no serviço público

Questões de carácter geral

5. Na vossa perspetiva, como entendem o novo modelo de gestão (gestão empresarial)?
6. Que perceção fazem do processo de empresarialização dos hospitais públicos, em Portugal, face ao modelo de gestão anterior? Consideram que estas mudanças têm conduzido na concretização dos objetivos definidos, tanto ao nível da gestão, como dos cuidados de saúde?
7. Que vantagens e desvantagens apontam?

Questões direcionadas para o CHS

8. Como se sabe, com a reforma dos hospitais EPE foi criado o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, em que o Hospital S. Bernardo ficou agregado com o Hospital Ortopédico do Outão (ambos situados em Setúbal).
 - a. Qual o impacto na gestão decorrente da junção dos 2 hospitais?

9. A introdução de práticas empresariais, com influência da Nova Gestão Pública, no Centro Hospitalar de Setúbal ocorreram só com a passagem do hospital a EPE, em 2005, ou já havia sido feito com a passagem do hospital a SA, em 2002?
 - a. Que **alterações** foram, realmente, feitas ao **nível da gestão** e da organização dos serviços do hospital, com a utilização de práticas empresariais?
(Perceber, o que é que mudou efetivamente comparativamente ao modelo anterior)
 - b. E qual o **impacto** desta reforma ao nível dos **cuidados de saúde** prestados e das funções dos seus profissionais? O que mudou no trabalho dos profissionais de saúde?

10. Face ao **novo enquadramento**, qual a **apreciação** que fazem da gestão atual do Centro Hospitalar, em termos da própria gestão/administração? E em termos dos cuidados de saúde?

11. Relativamente à gestão e aos cuidados de saúde, que **desafios e obstáculos** se colocaram com a mudança para uma gestão mais empresarial? Ainda hoje estão presentes?

12. Houve **dificuldades** na implementação de técnicas de estilo empresarial?

13. Na vossa opinião quais os pontos **fortes e fracos** da reforma da empresarialização no Centro Hospitalar de Setúbal?

III – Introdução do conceito de qualidade

14. Como definem **qualidade** na sua generalidade? E se falarmos em **qualidade de um serviço público**?
15. Como definem qualidade no âmbito da organização e prestação de serviços hospitalares, ou seja, **qualidade na saúde**?
16. Qual a importância da qualidade e da sua **mensuração**?
 - a. **Como** a fazem?
 - b. Com que **intervalo de tempo** é feita?
 - c. Que **indicadores** usam para medir a qualidade do serviço prestado?
(Por exemplo: Indicadores financeiros (receitas, gastos...); número de doentes atendidos por hora; tempos de espera; número de operações por dia; internamentos; número de camas; consultas por dia; recursos humanos (administrativos, médicos, enfermeiros, auxiliares...)).
 - d. Existe algum **relatório** ou estudo feito regularmente onde conste a medição da qualidade do serviço prestado aos utentes do Centro Hospitalar? Será que é possível o disponibilizarem?
17. Como consideram que **evoluiu a qualidade** do serviço hospitalar após a realização de práticas empresariais? Tanto ao nível da qualidade da sua gestão, como na qualidade dos serviços prestados aos utentes.
18. O que poderia ser feito para diminuir as despesas de saúde em Portugal? Haverá um conflito entre controlar os custos com o setor da saúde e a qualidade nos serviços prestados? Percecionam esse conflito no caso do Centro Hospitalar de Setúbal?

Por último, agradecer pela colaboração nesta investigação e pelo tempo despendido.

Anexo nº 3 – Transcrição da 1ª entrevista

Entrevista com o diretor clínico, Dr. Nuno Fachada e o vogal do Conselho de Administração, Dr. Miguel Carpinteiro

I – Organização do Centro Hospitalar de Setúbal (CHS)

- 1. Primeiramente, gostaria de perceber que funções desempenha o Dr. Nuno Fachada, como Diretor Clínico, e o Dr. Miguel Carpinteiro, como Vogal do Conselho de Administração, no Centro Hospitalar de Setúbal.**

Diretor Clínico: *Eu sou o diretor clínico e o diretor clínico tem uma multiplicidade de funções, como o nome indica...tem a ver com o lado por tudo o que é interesse médico e funcionalidade médica dentro do hospital.*

Vogal do CA: *No fundo a governação clínica...além de ser também vogal executivo.*

Diretor Clínico: *Claro pertença ao conselho de administração.*

Susana: *Mas não desempenha funções de cuidados de saúde, por assim dizer, ou só trabalha mesmo na parte de administração?*

Diretor Clínico: *Também desempenho de modo excedentário...tive autorização superior para fazer alguma atividade clínica que era de meu interesse mantê-la...não parar absolutamente com este cargo.*

Vogal do CA: *E eu, vogal executivo também com diversos pelouros, nomeadamente a gestão de utentes, informática, serviço de instalações e equipamentos, transportes, essencialmente...*

- 2. De forma a conseguir ter uma melhor visão, gostaria de entender como está estruturado o Centro Hospitalar de Setúbal, na sua generalidade.**
- 3. A administração é a mesma para todo o Centro (S. Bernardo e Outão)?**

Vogal do CA: *É uma única entidade jurídica com um único conselho de administração.*

Susana: *Depois tem os vários departamentos, não é?*

Vogal do CA: *Exatamente.*

4. Quanto aos profissionais, quem tem funções administrativas tem, simultaneamente, funções de cuidados de saúde?

Vogal do CA: *Vamos la ver, a governação de uma casa destas tem gente mais da área administrativa e de gestão e tem gente mais da área clínica e são os dois conhecimentos que vão ajudar a tomar as melhores decisões, do meu ponto de vista, não é, portanto interagem uns com os outros... muitos dos nossos médicos têm ao longo dos anos ganho uma preparação e uma experiência na área da gestão, tal como muita da gente que está na área da gestão ao trabalhar com médicos e enfermeiros, vai ganhando alguma experiência, não é clínica, mas da visão clínica que é necessária para tomar decisões.*

Susana: *Portanto, está no meio da gestão mas vai sempre observando o trabalho de quem está a lidar com os utentes.*

Vogal do CA: *Exatamente, na área da saúde é inevitável.*

Susana: *Sim, faz sentido para depois se poder tomar melhores decisões.*

Vogal do CA: *Exatamente.*

II – Introdução do princípio empresarial no serviço público

Questões de carácter geral

5. Na vossa perspetiva, como entendem o novo modelo de gestão (gestão empresarial)?

Diretor Clínico: *É inevitável, é inevitável. Se a gente quer uma eficiência de todo o serviço assistencial, ele tem de estar organizado e essa organização passa logo por haver uma gestão e organização. Não pode ser de maneira nenhuma de roda livre, ou sem ter uma cadeira ou sem ter um sistema organizativo, isso é inevitável. A rentabilização de resultados também obriga a haver essa mesma gestão, essa necessidade de gestão e da consideração empresarial no hospital.*

Susana: *Todos os fatores fizeram com que essas novas reformas fossem realmente necessárias.*

Diretor Clínico: *Exatamente.*

Vogal do CA: *O trajeto até aqui teve um racional que foi...passou-se de um modelo mais centralizador e administrativo para um modelo mais empresarial. Isso foi fruto, também, de... digamos de tomadas de posição durante muitos anos que tinham também a ver com o modelo de financiamento na saúde que era um financiamento retrospectivo, como se fosse uma repartição normal do Estado, passando para um financiamento prospetivo e baseado em contratos, programas e na produção realizada...o que é que acontece...o modelo encontrado foi inicialmente o de Sociedade Anónima e depois passou-se para Entidade Pública Empresarial. O modelo de Entidade Pública Empresarial, neste momento, está praticamente generalizado ainda não a cem por cento nos hospitais mas, praticamente, e provavelmente os que ainda não são vão passar a ser. De qualquer modo em Portugal foi este o trajeto que se percorreu. Acho que é fundamental haver também uma gestão do tipo empresarial nas unidades de saúde, de qualquer modo, como todas as áreas, todas as alterações devem ser fruto de uma avaliação profunda e depois concluir o que é que teve bem nesta decisão política, o que é que teve mal e com certeza que há aspetos que também poderiam ser melhorados. A par disto e só como nota paralela, eu diria que independentemente deste trajeto no sentido de uma maior autonomização e empresarialização, ao longo dos últimos anos com a passagem pela troika e os anos de dificuldade que houve em Portugal, regrediu-se muito em termos de autonomia. Eu não sei se é bom se é mau, não comento isso, é o que é, mas acho que se devia avaliar, não retiro qualquer ilação, pode ser melhor ou pior...se a autonomia formal utilizada, não é, é pior, mas a verdade é que para, também, se gerir bem seja o que for tem de haver algum grau de autonomia sem descuar que também essa autonomia tem de estar sempre enquadrada nas diretrizes da tutela, porque senão depois também não há um Serviço Nacional de Saúde, há uma coisa qualquer desgarrada e, portanto, o que eu diria é que é o caminho certo da empresarialização, mas que deve ter estudos e avaliações sobre o que é que foi bom e o que é que foi mau, para melhorarmos.*

- 6. Que perceção fazem do processo de empresarialização dos hospitais públicos, em Portugal, face ao modelo de gestão anterior? Consideram que estas mudanças têm conduzido na concretização dos objetivos definidos, tanto ao nível da gestão, como dos cuidados de saúde?**

Vogal do CA: *Eu acho que os hospitais têm necessariamente de ter um grau de autonomia diferente de uma repartição de finanças. Estou a caricaturar, mas é assim...e*

que o modelo da empresarialização vai no bom sentido...agora, por exemplo, os EPE's já não são só EPE's são EPER, que são reclassificados. Há pouco tempo, poucos anos, agora com esta questão da troika foram reclassificados, o que lhes limita muito a autonomia que tinham, que já não era assim tão grande quanto isso e, portanto, esse restringir da autonomia acaba por ser penalizador, porque, quer dizer, um concelho de administração tem de tomar decisões de acordo com aquilo que a gestão lhe disser que é o mais indicado e não pode ficar refém de que se a lei diz que é assim, pronto, então a lei diz que é e o concelho de administração não está cá para tomar decisões está para ler o artigo C da linha C do número quatro do decreto-lei setenta e três e, portanto, não adianta nada. E é isso que eu acho que uma coisa é a opinião que eu possa ter, outra coisa é nós como país vermos avaliar isso em estudos, em avaliações e depois concluir. É um modelo correto, aprofundamos, não é vamos reverter aqui algumas coisas e mudar, porque independentemente das opiniões pessoais, o que está aqui em causa é o que é que nós como sociedade escolhemos para nos organizar, não é...e é essa a minha opinião...acho que o caminho deve ser da empresarialização, mas deve ser avaliado.

Susana: *E em termos dos cuidados de saúde?*

Diretor Clínico: *Os médicos e os enfermeiros também em parte são profissionais que têm uma grande autonomia decisora e de funcionalidade e diferenças e, portanto, a estrutura de um hospital, apesar de ser uma empresa é diferente de uma estrutura rígida, não é. Portanto, a burocracia profissional com uma certa autonomia dos pares, portanto, a adaptação que a gestão tem de ter em relação a isto é nessa função também, portanto, no fim de contas é mais um aspeto de condução daquilo que já é decidido de maneira muito autónoma pelos profissionais que se organizam de uma maneira diferenciada, mas muito dinâmica e o estado da arte também não é uma coisa acabada, está sempre a evoluir, no fim de contas é isto.*

Vogal do CA: *O que o Dr. Nuno quer dizer é que, vamos lá ver, independentemente da questão da gestão, um médico perante uma situação muito concreta à frente tem de tomar as decisões que ele em consciência entenda que sejam as melhores e isso aí...vamos lá ver, quer a gente queira quer não, há um conflito permanente entre a questão da empresarialização e ter resultados positivos, não é, e ter equilíbrios financeiros e depois ter aqui isto, mas eu acho que, a mais-valia que se pode retirar daqui é que deve prevalecer sempre o bom senso e o equilíbrio, quer da componente de gestão quer da*

componente clínica e é dessa tensão permanente que eu julgo que também todos aprendemos todos os dias, não é, e portanto...

Diretor Clínico: *E depois também há outra diferença que é nos lucros...os nossos clientes não repõem, de forma imediata, os consumos que fazem, não é, portanto aqui a visão também tem essa diferença, não é...uma empresa normalmente é feita para ter mais-valias...e aqui...isto no fim é um serviço para um cliente que...*

Vogal do CA: *Para cumprir uma missão...*

Susana: *Sim para satisfazer, neste caso, esta necessidade da sociedade. Portanto, se calhar adotam estratégias iguais, mas depois com finalidades completamente diferentes.*

Vogal do CA: *Eventualmente, mas eu acho que apesar de tudo, não são só...há fins diferentes, há missões diferentes. Por exemplo, vou também caricaturizar e abusar, mas por exemplo, se calhar num contexto privado, um gestor e um médico dizem assim: olhe eu contrato o senhor doutor, você pode prescrever estes exames, pode prescrever medicação, porque você tem uma participação e fazemos aqui uma parceria os dois e, portanto, ganha a instituição e ganha o médico. E se fizer vinte consultas à mesma pessoa tudo bem, quer dizer...há...na saúde os mecanismos privados podem ter graus de perversão... eu estou aqui a exagerar, isto não acontece, mas pode acontecer e por contraposição a isso no mercado público, estou lhe a chamar mercado público ou no setor público, há uma missão que deve ser garantida e que não se está a olhar a isso, ou seja, até porque a pressão é tão grande que...vamos lá ver, aqui não se vão fazer consultas a mais só porque nos apetece fazer consultas a mais, porque vamos estar a prejudicar outros utentes e, portanto, há um equilíbrio e uma diferença muito grande, até porque aqui eventualmente...não quer dizer que a gente também não viva esse problema de haver exames às vezes realizados em excesso, mas até por uma questão de medicina defensiva e não tanto por uma medicina comercial digamos assim. No mercado privado hoje poderá, eventualmente, acontecer um bocadinho esse aspeto.*

Diretor Clínico: *Há sempre uma luta constante entre a utilização dos recursos considerados necessários e aquilo que se pode, portanto...não é...num sistema privado já se sabe aquilo...qual é o pacote que pode ser consumido pelo cliente, aqui pode não haver esse limite, mas como não há esse limite também há o risco de exagero. De maneira que existe um espetro instável maior e, como tal, a gestão aqui tem que ser mais cuidada*

no sentido da qualidade e de não deixar haver um transvaso para a má gestão, no fim de contas.

Vogal do CA: *Sim, porque se os que uns têm a mais, outros são prejudicados e, portanto, terá que haver sempre aqui uma tentativa de maior equilíbrio, maior justiça e o máximo de equidade possível.*

7. Que vantagens e desvantagens apontam?

Questões direcionadas para o Centro Hospitalar de Setúbal

8. Como se sabe, com a reforma dos hospitais EPE foi criado o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, em que o Hospital S. Bernardo ficou agregado com o Hospital Ortopédico do Outão (ambos situados em Setúbal).

a. Qual o impacto na gestão decorrente da junção dos 2 hospitais?

Vogal do CA: *Em vez de dois conselhos de administração passou a haver um.*

9. A introdução de práticas empresariais, com influência da Nova Gestão Pública, no Centro Hospitalar de Setúbal ocorreram só com a passagem do hospital a EPE, em 2005, ou já havia sido feito com a passagem do hospital a SA, em 2002?

Vogal do CA: *Sim, isto passou para SA e iniciou o processo aí. Vamos lá ver, nunca uma organização de um dia para o outro tem...mas é um processo gradual que se vai desenvolvendo e aprofundando a empresarialização dentro de um hospital, não é.*

a. Que alterações foram, realmente, feitas ao nível da gestão e da organização dos serviços do hospital, com a utilização de práticas empresariais?

b. E qual o impacto desta reforma ao nível dos cuidados de saúde prestados e das funções dos seus profissionais? O que mudou no trabalho dos profissionais de saúde?

Vogal do CA: *Nós só estamos cá há um ano, enquanto Conselho de Administração, mas o Dr. Nuno viveu...*

Diretor Clínico: *Digamos que ao nível dos...enquanto médico posso dizer... ao nível dos vários serviços já havia um intrusamente entre os médicos do Outão e dos daqui (Hospital S. Bernardo), até porque se fazia aqui a urgência (Hospital S. Bernardo)...já havia...e havia uma ligação funcional, sempre houve e ela foi incrementada...e o que também se passa desde dois mil e cinco é também fruto não só...e voltamos ao mesmo...à evolução do estado da arte...aquilo que se sabia há doze anos em termos científicos, hoje já estamos noutra dimensão e noutra dinâmica também...agora em termos...as gestões eram independentes, portanto, o Outão era um hospital só de uma especialidade (ortopédico) e era central de uma especialidade e tinha...digamos que a gestão era muito mais uniforme, mais simples e mesmo em termos financeiros era mais vantajosa por via dos seguros, muitos deles eram dramatizados...recebiam pelo seguro...aquilo era recebido e dava um superavit, enquanto que este hospital tinha uma missão já muito mais ampla e pelo contrário é muito mais...dá défices muito maiores...o que é que se passou depois em relação...e eu sei isso como profissional da outra instituição...estávamos habituados a uma situação muito mais vantajosa e que ao sermos diluídos para um hospital maior e com muito mais dificuldades acabámos por sofrer com isso, não é.*

Susana: *Isso em termos do Outão certo?*

Diretor Clínico: *Em termos do Outão, mas...portanto, perdemos nesse aspeto, mas houve o aspeto do estado da arte, do estado...das condições assistenciais, das respostas clínicas e de há doze anos para cá houve uma grande evolução nesse sentido...piorámos no sentido da perda de independência, é mesmo assim, mas melhorámos no aspeto da evolução dos tempos.*

Susana: *E que alterações concretas? Consegue-me dizer?*

Diretor Clínico: *Situações clínicas de maior capacidade, exames complementares mais diferenciados, mais acessibilidade a esses mesmos exames...os custos quando há mais acessibilidade e mais oferta também os custos têm tendência a baixar um bocadinho...maiores capacidades de resposta, melhores terapêuticas...no caso da ortopedia novos implantes, novas condições, melhores resultados nos doentes...aí melhorámos não é.*

Susana: *Por um lado perderam por outro ganharam...*

Diretor Clínico: *Agora na questão de...a comparação é muito simples, mas se a gente diluir um copo de vinho com um bidon de água vai dar ali uma água assim um bocadinho deslavada, diferente nesse aspeto.*

10. Face ao novo enquadramento, qual a apreciação que fazem da gestão atual do Centro Hospitalar, em termos da própria gestão/administração? E em termos dos cuidados de saúde?

Vogal do CA: *Um saldo positivo do meu ponto de vista.*

Diretor Clínico: *Se eu me colocar no lugar do utente, se me tentar pôr na pele do utente, penso que melhorou sem dúvida, melhorou muito.*

Susana: *Mas, por acaso o objetivo da minha dissertação é avaliar o impacto na qualidade do serviço prestado, mas na visão dos profissionais.*

Vogal do CA: *Sim. Para mim é claramente um saldo positivo, mas pronto, eu tenho a minha visão, não sou funcionário nem de uma casa nem de outra e, portanto, acho que o saldo foi positivo, hoje é...até porque todas estas inovações tecnológicas que tem havido e que se melhorou muito clinicamente, não é...existe também um esforço grande da gestão, mas que avançou-se muito relativamente ao outro.*

Susana: *Novos objetivos...novas metas foram traçadas, novos caminhos.*

Vogal do CA: *Hum, hum. E hoje, vamos lá ver...e a ciência avançou muito e os médicos hoje têm outras armas ao dispor para apurar e os doentes beneficiam com isso.*

11. Relativamente à gestão e aos cuidados de saúde, que desafios e obstáculos se colocaram com a mudança para uma gestão mais empresarial? Ainda hoje estão presentes?

12. Houve dificuldades na implementação de técnicas de estilo empresarial?

Diretor Clínico: *Um dos aspetos que as variáveis se defendem é a visão das melhores práticas por outros parceiros, não é, e isso é um dos fatores importantes, é vermos o que melhor se faz noutros sítios...o benchmarking não é, e isso é uma das nossas defesas e vamos aprendendo à custa...também se aprende à custa de coisas que menos bem se fizeram e, portanto, os resultados estão sempre a ser corrigidos e adaptados.*

Susana: *Em termos de obstáculos o que sentiram aqui no Centro Hospitalar?*

Vogal do CA: *Eu diria que...nós só estamos cá há um ano e, portanto, não vivemos...pelo menos enquanto órgão de gestão estes... mas eu diria que, até pela experiência de outros hospitais, o movimento da empresarialização...o primeiro...o primeiro grande problema, não é o obstáculo, que cria é...vamos lá ver, não haver estruturas de gestão e instrumentos de gestão que têm que ser criados e garantidamente aqui foram sendo criados como noutros hospitais. E isso não poria como obstáculo mas como uma dificuldade inicial, porque os modelos anteriormente eram mais burocrático-administrativo, não é...e a partir de determinada altura foi preciso ter instrumentos de gestão, ter informação para a gente decidir cada vez melhor com base na informação que tem. Mas isso não é um obstáculo é, digamos, um desafio.*

13. Na vossa opinião quais os pontos fortes e fracos da reforma da empresarialização no Centro Hospitalar?

Vogal do CA: *É um bocadinho isto tudo que nós temos estado aqui a ver, não é.*

III – Introdução do conceito de qualidade

14. Como definem qualidade na sua generalidade?

Vogal do CA: *É sempre um objetivo nunca alcançado, não é...eu acho que quando a gente atinge a qualidade a gente depois pensa em alguma coisa para melhorar.*

Diretor Clínico: *Existe logo outro patamar... para aperfeiçoar.*

Vogal do CA: *Exatamente. É sempre possível melhorar por muito bem que se esteja.*

Diretor Clínico: *Mas aí na questão SWOT, essa análise SWOT. Se a gente fizer uma análise SWOT ao Serviço Nacional de Saúde aplica-se.*

Vogal do CA: *Aplica-se também...a esta realidade.*

Susana: E se falarmos em qualidade de um serviço público?

Vogal do CA: *Eu acho que é sempre possível melhorar, mas isso também se calhar faz parte da minha maneira de pensar. Haverá pessoas que se calhar conseguem atingir o ângulo...*

Diretor Clínico: *Quanto mais não fosse por sinalização das ineficiências, por sinalização das coisas mal, não é, portanto, quanto mais não fosse só por isso, era sempre possível melhorar...está sempre a ser possível melhorar, porque estão sempre a ser sinalizados em conformidades.*

Vogal do CA: *Exatamente.*

15. Como definem qualidade no âmbito da organização e prestação de serviços hospitalares, ou seja, qualidade na saúde?

Vogal do CA: *A ideia permanece, porque, eu até diria por maioria de razão, porque são áreas em que...eu pelo menos e o Dr. Nuno trabalha cá há mais tempo, quando a gente alcança uma coisa arranja sempre mais vinte para melhorar.*

Diretor Clínico: *Há sempre mais. E isto aqui, no fim há que haver também...não há que ser demasiado ambicioso, a ambição excessiva escorrega, cai mal... e isto no aspeto em que nós temos de saber a nossa dimensão e onde é que estamos. Nós não somos propriamente um grande Centro Hospitalar, não somos um hospital universitário, um centro muito grande, mas também não somos...e não somos comparáveis aquilo que este hospital era há trinta anos. Estamos num patamar muito mais alto, mas nunca podemos...neste momento não podemos aspirar assim de imediato...e isto em relação a certos serviços...que às vezes quer-se o maior e o melhor, mas as coisas têm que ter a sua evolução própria, não é...há cinquenta anos isto era aqui um...havia um hospital misericórdia, havia meia dúzia de doentes, estavam lá umas camaratas e tal...isso hoje é impensável e daqui a cinquenta anos, eventualmente, isto já terá outras dimensões e já terá outra capacidade que agora também a gente não a pensa...é tudo proporcional, mas não pode ser em velocidade mesurada e daí pensar em relação à nossa dimensão e à população que a gente serve e às condições que temos sobretudo...que a ciência também tem...*

16. Qual a importância da qualidade e da sua mensuração?

Vogal do CA: *Sem dúvida, de tal modo que somos um hospital também certificado e, portanto, valorizamos obviamente isso.*

a. Como a fazem?

b. Com que intervalo de tempo é feita?

Vogal do CA: *Todos os anos é renovada e há auditorias.*

Susana: *Externa ou interna?*

Vogal do CA: *Auditoria externa, externa, externa. É de uma empresa inglesa, não é... nós somos certificados pela CHKS.*

Diretor Clínico: *Antigamente chama-se King's fund e depois passou a ser CHKS. É o sistema de qualidade que foi adotado. Começou pelo Outão, quando o Outão ainda era um hospital autónomo e depois quando se integrou no Centro Hospitalar o restante Centro Hospitalar, o Hospital de Setúbal, adotou-o. E já havia procedimentos, portanto, já haviam normas e houve uma adaptação deste hospital também ao sistema e é o que é, é aquele que neste momento é contratualizado.*

c. Que indicadores usam para medir a qualidade do serviço prestado?

Vogal do CA: *Tudo. Eles veem as áreas todas, desde a área clínica às áreas administrativas. Quer dizer, não é uma certificação clínica, porque para isso há outras entidades, não é... mas temos da forma como os serviços funcionam, tudo em todas as áreas, não é só numa. E isso é um mundo digamos, não é.*

Susana: *Indicadores financeiros, número de utentes atendidos por hora... passa por aí ou não?*

Vogal do CA: *Compreende tudo. E, por exemplo, agora em junho temos uma nova auditoria para nos certificarem. Se passarmos recebemos os certificados, senão teremos que ver quais são as desconformidades que nos apontam e melhorarmos. Normalmente temos passado sempre. Pode haver uma outra desconformidade menos... mas isto é uma lista imensa, em cada área há uma lista imensa.*

Susana: *O relatório está disponível?*

Vogal do CA: *Deve estar, mas eu não sei.*

Susana: *Não posso ter acesso?*

Vogal do CA: *Não lhe sei dizer.*

Diretor Clínico: *Isso tinha de ser solicitado mesmo com o serviço da qualidade.*

Vogal do CA: *Há uma comissão da qualidade mesmo.*

Diretor Clínico: *Embora os sistemas da qualidade acabam por ser muito paralelos e caminham sempre é no sentido de todos os aspetos da excelência e este é mais um deles no fim de contas. E é um que é bom, mas existem outros sistemas de qualidade bons.*

Vogal do CA: *Sim, este é um dos principais na área da saúde e foi o primeiro na área da saúde.*

Susana: *A questão aqui era mesmo saber que indicadores é que eram medidos para ter uma noção...*

Vogal do CA: *Isto não é bem indicadores, isto é checklists nas diversas áreas e depois o estar cumprido ou não estar cumprido. E consoante um padrão que eles definem se houver, digamos, dessa série de checklists alguns aspetos que são muito relevantes, que eles dão maior ponderação, se calhar não validam...*

Diretor Clínico: *Pois, desde a segurança, às questões assistenciais, normativos de bons procedimentos, boas práticas...*

Vogal do CA: *Atendimento dos doentes, instalações e equipamentos, aprovisionamento, financeiros...quer dizer, eles vêm cá e vão a todos os serviços.*

Diretor Clínico: *Normas de condutas generalizadas, no fim de contas.*

17. Como consideram que evoluiu a qualidade do serviço hospitalar após a realização de práticas empresariais? Tanto ao nível da qualidade da sua gestão, como na qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Vogal do CA: *Eu acho que primeiro foi empresarializado e depois é que foi a questão da qualidade. Do Outão não sei, Dr. Nuno...*

Diretor Clínico: *Também não me lembro...só sei que o sistema do King's Fund já foi introduzido deve ir para perto de vinte anos, foi quando começou a ser introduzido lá, quando foi apresentado e quando se começaram a definir procedimentos e normas...desde...em todos os campos, mas por exemplo, na parte clínica: regras para o envio para o bloco operatório; preparação de pré-operatório; a sinalização dos circuitos; marcação do sítio onde o doente é operado, se é na esquerda ou na direita.*

Vogal do CA: *Normas para evitar erros.*

Diretor Clínico: *Normas para evitar erros. Qual é a postura no bloco operatório; como é que a pessoa deve estar; onde se deve calçar; onde é que deve...regras de internamento do doente, na consulta externa...*

Vogal do CA: *Depois disso está tudo escrito nos procedimentos.*

Diretor Clínico: *É um mundo de procedimentos e de...que no fim aquilo vai...os profissionais de todos os setores, portanto, isto não são só os assistenciais, mas que vão interiorizando e vão aperfeiçoamento e vão definindo. No fim é quase como uma biblioteca do curso. As pessoas ao fim de uns anos sem se aperceberem, mas já estão de certa maneira cursadas no procedimento. Ele é revisto de x em x tempo, essas normas de orientação clínica ou outras são revistas e atualizadas e está sempre a ser...*

Susana: *Ano a ano?*

Vogal do CA: *Dois em dois.*

Diretor Clínico: *São três anos normalmente, varia.*

Vogal do CA: *Sim, mas se houver alterações, imaginem nos circuitos e não sei quê têm de se antecipar. Mas, todos os processos, procedimentos, todos os circuitos estão definidos em documentos que a gente chama procedimentos e em políticas. Está tudo escrito!*

Diretor Clínico: *Não são só normas de orientação clínica, há outros procedimentos.*

Susana: *Todos esses procedimentos foram sendo alterados ao longo dos anos, não é?*

Vogal do CA: *Exatamente. São atualizados.*

Susana: *E em termos de evolução? Foi positiva ou negativa? Como percecionam após a empresarialização...*

Vogal do CA: *Eu acho que foi muito positiva. A questão da qualidade...também porque ajuda na questão da empresarialização e nas decisões de gestão.*

Susana: *Portanto, a empresarialização ajudou a que esse fator qualidade fosse introduzido?*

Vogal do CA: *Exatamente.*

Susana: *Porque isso depois também faz parte da eficiência...de todos os objetivos que querem alcançar...*

Vogal do CA: *Sem dúvida.*

18. O que poderia ser feito para diminuir as despesas de saúde em Portugal?

Haverá um conflito entre controlar os custos com o setor da saúde e a qualidade nos serviços prestados?

Vogal do CA: *Quer dizer...eu diria que...se a pergunta é no geral, em Portugal para reduzir custos...eu acho que nós...e eu, por acaso, estou a ler agora um livro sobre a história de Portugal...e, portanto, acho que nós temos uma questão quase genética que é de não nos sabermos organizar e planejar e de não ser pragmáticos. E eu acho que tudo isto se resolve, se calhar, apostando fortemente na educação. E o que eu estou a dizer são coisas simples e banais, mas a verdade é que é um bocadinho assim. Nós andamos...e estou a ler a história e lembro-me que se calhar passámos o século dezanove todo em guerrinhas uns com os outros e guerras partidárias e as finanças do país a degradarem-se e a contrairmos empréstimos externos. Quer dizer, se nós planearmos, e isto também se aplica à saúde, o planeamento na saúde é fundamental. Uma coisa é a gente ter serviços desgarrados e cada um trabalha por si, outra coisa é nós como povo se entendermos ter um Serviço Nacional de Saúde, supostamente, ter de estar articulado umas coisas com as outras, não é, as coisas têm que jogar. Eu não posso andar a desenvolver serviços semelhantes em hospitais muito próximos com grande diferenciação e complexidade. Se calhar há coisas que eu devo centralizar mais, há outras que eu devo pôr mais perto do doente. Mas, nós não planeamos nada disto, vamos crescendo. Cada hospital vai crescendo da maneira que cresce e isto é dramático para os custos. E eu estou a falar na saúde, mas eu acho que é assim no país inteiro, nas outras áreas é a mesma coisa.*

Susana: **Percecionam esse conflito no caso do Centro Hospitalar de Setúbal?**

Diretor Clínico: *Humm, humm. Aqui há um aspeto que...e isso tem a ver com a educação e com a cultura. Aqui, que é...a responsabilização que muitos profissionais têm. É aquilo que normalmente a gente fala, quando diz os vícios do funcionalismo público. A gente vê-os a todos os pontos, desde da base até ao topo eles existem. E que no fim de contas tem muito a ver com a educação, com a evolução, com a cultura, não é. Mas, ainda há*

aqui pessoas que não percebem que estão num barco e que não podem fazer abuso desse barco, que também têm de ajudar a que ele chegue a bom porto. Até por interesse próprio e às vezes há um bocado disso. Muitos funcionários que...não...por uma questão de inércia ou de desleixo ou de falta de educação, não cumprem com aquilo que são as melhores...que no fim é o grupo profissional, não é, há muita gente que não tem esse brio. E isso é típico de um serviço público, não é...que se criou assim, às vezes, uma sensação de impunidade ou de não se querer...quando muitas vezes a gente sabe que depois num outro serviço de gestão que não seja público, mas que seja...que pretenda resultados...que eles não fariam isso até em prejuízo próprio. E isso é uma coisa que demorará tempo a melhorar, até porque se calhar há trinta anos ainda era pior, era aquilo que a gente sabia de repartições que estava tudo para lá a dormir e tal. Já estamos melhor, mas ainda há muito...e talvez seja esse o grande passo ainda a melhorar.

Vogal do CA: *Ah, mas não concordo com isso. Era preciso um filtro muito grande para quem entra para serviços públicos e principalmente na saúde de serem pessoas com um elevado brio profissional, quer dizer...não pode haver aqui espaço para...*

Diretor Clínico: *E principalmente...e eu...isto tem a ver também com a ideologia de cada um...mas eu sou defensor de que os profissionais tenham todos aqueles direitos a que os tempos e a sociedade lhes conferiu. Mas, o adquirir direitos confere também deveres e, portanto, quando se tem um direito tem que se pensar que esse direito foi...é, digamos, é legitimado por um dever. O dever é que criou o direito, porque só o direito sozinho e depois sem responsabilização não.*

Vogal do CA: *E, e...eu concordo com isso tudo Dr. Nuno, mas sem sacrifício também das instituições. Ou seja, porque quando uns...individualmente temos todos os direitos e as instituições depois se degradam a todos os níveis, depois as coisas também não funcionam numa sociedade.*

Diretor Clínico: *Estamos dentro de um barco...*

Vogal do CA: *O equilíbrio, o equilíbrio...exatamente!*

Diretor Clínico: *E temos de ajudar todos à função que temos todos lá no barco, para que ele tenha uma navegação como deve de ser. E que a missão que foi criada sirva.*

Vogal do CA: *É verdade...claro! Mas eu até diria que...há bocado estava a perguntar se associamos os custos a qualidade ou o aumento de custos...e eu diria que se há*

qualidade até há redução de custos. Ou seja, porque a qualidade implica também ser eficiente. E se eu não estiver a ser eficiente, do meu ponto de vista não estou a ter a qualidade máxima que devia ter e aí se eu não estou a ser eficiente totalmente estou a ter desperdício e se estou a ter desperdício não estou, digamos, no meu ponto máximo da qualidade. E eu acho que a qualidade também pode ajudar a reduzir custos.

Susana: *Por um lado a qualidade, lá está, ajuda a reduzir os custos, mas também para se ter essa qualidade e satisfazer todos os objetivos há que ter custos. Portanto, é algo a balançar.*

Vogal do CA: *Sim, sem dúvida!*

Setúbal, 18 de abril de 2017

Susana Filipa dos Santos Sequeira

Anexo nº 4 – Guião da 2ª, 3ª e 4ª entrevistas

Iniciar com uma breve apresentação da investigadora, de seguida informar sobre o objetivo do estudo e da presente entrevista e pedir autorização para a gravação da mesma.

De seguida informar sobre a estrutura da entrevista: esta entrevista divide-se em três grupos, tendo um total de 18 questões. O primeiro grupo é relativo à apresentação dos profissionais entrevistados e à organização do seu departamento. O segundo direcionado à introdução de práticas empresariais e o último à abordagem do conceito de qualidade. A entrevista terá a duração de aproximadamente 1 hora.

I – Apresentação dos profissionais e organização do seu departamento

1. Primeiramente, gostaria de perceber que funções desempenha o enfermeiro Vítor/enfermeiro José/doutora Rosário e em que área opera no Centro Hospitalar de Setúbal.
 - a. (No caso de entrevistar algum enfermeiro/médico chefe) No seu caso, como enfermeiro/médico chefe, presta simultaneamente funções de cuidados de saúde e administrativas?
2. De forma a conseguir ter uma melhor visão, gostaria de entender como está estruturada a sua área/departamento no Centro Hospitalar de Setúbal.
3. Como funcionam em termos de comunicação? Por exemplo, quando há um problema como é que ele chega à administração e, por outro lado, como é que a informação da administração chega até vós?
4. Têm algum poder em termos de tomada de decisões ou apenas tem o enfermeiro/médico chefe e os profissionais da administração?

II – Introdução do princípio empresarial no serviço público

Questões de carácter geral

5. Na sua perspetiva, como entendem o novo modelo de gestão (gestão empresarial)?

6. Que perceção faz do processo de empresarialização dos hospitais públicos, em Portugal, face ao modelo de gestão anterior? Considera que estas mudanças têm conduzido na concretização dos objetivos definidos, tanto ao nível da gestão, como dos cuidados de saúde?
7. Que vantagens e desvantagens aponta?

Questões direcionadas para o CHS

8. Como se sabe, com a reforma dos hospitais EPE foi criado o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, em que o Hospital S. Bernardo ficou agregado com o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão.
 - a. Sente que isso afetou o serviço e o trabalho dos profissionais? Ou foi uma mera alteração administrativa?
9. A influência da Nova Gestão Pública que se fez sentir no setor da saúde levou à passagem de alguns hospitais a Sociedades Anónimas e, mais tarde, a Entidades Públicas Empresariais, como é o caso do Centro Hospitalar de Setúbal. Com isto, começou a existir a introdução de práticas empresariais no Centro Hospitalar.
 - a. No seu entender, qual o **impacto** desta reforma, no seu caso, ao nível dos **cuidados de saúde** prestados e das funções dos profissionais? O que mudou no trabalho dos profissionais de saúde?
10. Face ao **novo enquadramento**, qual a **apreciação** que faz deste novo modelo de gestão no Centro Hospitalar de Setúbal? Em termos dos cuidados de saúde, por exemplo.
11. Relativamente à sua área/às suas funções, que **desafios e obstáculos/dificuldades** se colocaram com a mudança para uma gestão mais empresarial? Ainda hoje estão presentes?
12. Na sua opinião quais os pontos **fortes e fracos** da reforma da empresarialização no Centro Hospitalar de Setúbal?

III – Introdução do conceito de qualidade

13. Como define **qualidade** na sua generalidade? E se falarmos em **qualidade de um serviço público**?
14. Como define **qualidade no âmbito da saúde**?
15. Qual a **importância** da qualidade e da sua **mensuração**?
16. Na sua perspetiva, qual o **impacto na qualidade** após a realização de práticas empresariais no Centro Hospitalar de Setúbal? Tanto ao nível da qualidade da sua gestão, como do trabalho dos profissionais de saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos utentes.
17. O impacto é visível ainda hoje? A sua evolução tem sido crescente ao longo dos anos, após 2002, ou foi um impacto pontual?
18. Haverá um conflito entre controlar os custos com o setor da saúde e a qualidade nos serviços prestados? Perceciona esse conflito no caso do Centro Hospitalar de Setúbal?

Por último, agradecer pela colaboração nesta investigação e pelo tempo despendido.

Anexo nº 5 – Transcrição da 2ª entrevista

Entrevista com o enfermeiro-chefe Vítor Varela

Susana: *Quais são as funções que o enfermeiro desempenha? É enfermeiro-chefe?*

Enf. Vítor: *Sou enfermeiro-chefe, sim.*

Susana: *Então, lida com os utentes?*

Enf. Vítor: *Basicamente, não lido com os utentes, apesar de...eu faço a gestão dos cuidados a prestar aos utentes, portanto, a assistência a prestar aos utentes e faço a gestão dos recursos humanos e dos equipamentos necessários, exatamente, à prestação de cuidados.*

Susana: *Portanto faz a ligação entre quem está a lidar com os utentes e a administração.*

Enf. Vítor: *Nós somos basicamente uma chefia intermédia, digamos.*

Susana: *Entre quem está aqui e os que lidam com os utentes.*

Enf. Vítor: *Exatamente. É esse basicamente o meu papel aqui dentro.*

Susana: *E o enfermeiro tem alguma área específica de saúde?*

Enf. Vítor: *Eu sou enfermeiro especialista de saúde materna-obstetra, sou parteiro, portanto a minha área deveria ser na especialidade, na obstetrícia. Desempenhei estas funções na obstetrícia durante 30 anos, mas agora aí por conflitos relacionados com aquilo que me vai perguntar retiraram-me da área e colocaram-me numa área afim que é a unidade de cuidados especiais neonatais por uma questão, segundo me explicaram, de paz social.*

Susana: *Na área da obstetrícia, há, portanto, os enfermeiros, médicos, enfermeiro-chefe, sabe-me descrever como é feita a comunicação?*

Enf. Vítor: *Deveria haver, como por exemplo, existem em muitos serviços, em muitos hospitais, digamos uma estrutura colegial que dirigisse o serviço ok. E isso é muito difícil acontecer nos serviços e agora estamos a falar em empresa não é, empresarial, portanto, estamos a falar de um hospital EPE que é uma entidade empresarial não é. Portanto, como tal, o que é que acontece...neste momento existem aqui dentro dos hospitais em termos de comportamento dos profissionais algo que ainda não foi resolvido, ou seja,*

neste momento o que é que a gente assiste? Assiste aqui a lutas de poder entre uns e outros, porque uns são médicos e outros são enfermeiros...

Susana: *E nem todos têm o mesmo poder de tomada de decisão.*

Enf. Vítor: *Exatamente, portanto como tal não temos uma equipa de saúde, digamos, que tenha por objetivo favorecer em primeiro lugar a assistência pública, ok? ... Temos nalguns sítios pontualmente, nos outros sítios e na generalidade, dentro da minha opinião, do meu ponto de vista, não temos. Ponto final. Essas questões são muito difíceis, essas questões é que abrem feridas graves, dentro dos locais onde nós trabalhamos, nas organizações e não deixam por ventura muitas vezes que se desenvolve um trabalho fixo que favoreça o serviço público e os utentes utilizadores do serviço público.*

Susana: *E não nota diferenças desde que foram introduzidas estas medidas desde 2005?*

Enf. Vítor: *Se quer que lhe diga...existem algumas medidas que obviamente podem ser consideradas medidas até acertadas em termos políticos mas que depois na prática não existem. Hoje é esta reforma, digamos, que se diz que existiu...não existiu bem...estamos cá todos na mesma. Houve algumas alterações como é óbvio, mas por exemplo, uma das coisas que me aflige hoje naquilo que se assiste é que as decisões passaram a ser tomadas de cima para baixo. Os próprios hospitais, e isso já responde a muitas das perguntas que com certeza me vai fazer aí, os próprios hospitais não decidem nada, porque a decisão parte ainda mais de cima, de um escalão superior. Ou seja, qualquer tipo de decisão que venha a ser tomada tem em principio, hoje em dia, uma orientação do ministério ou da direção geral para com...e depois no meio destas questões existem os lóbis de uns e de outros para favorecer mais esta questão ou menos aquela questão. E, portanto, parece-me que ainda estamos numa fase, ainda, de resolução de muitas questões que têm que ser, ainda...digamos...trabalhadas, tanto pedagogicamente, como tecnicamente e profissionalmente, porque há ainda aqui muita coisa a fazer, porque o poder político é uma coisa, o poder profissional, técnico-profissional é outro e a prática depois...ok?*

Susana: *Queria lhe perguntar, de maneira geral, mas já falou um pouco sobre isso, como encara o novo modelo de gestão?*

Enf. Vítor: *O modelo de gestão, quer dizer, repara, o que é que se passou, digamos a partir de 2000/2002 e que no meu entender, ainda há pouco ali fora estávamos a falar...*

foi mais uma vez copiar aquilo que existiu lá fora, neste caso no serviço nacional de saúde do Reino Unido, nos anos 80, quando se importaram, digamos, um número de novas técnicas para o setor público e que veio a acontecer, esta situação, como você chama aí, empresarial. E nos temos então os EPE, os hospitais EPE. Bom, isso foi, inicialmente, algo que me pareceu interessante, mas que depois se foi um pouco perdendo, porque vão se mudando as políticas e os políticos e de facto, estas coisas depois não batem umas coisas com as outras. Portanto, há aqui...houve, eu lembro-me, porque eu nessa altura trabalhava no Garcia de Orta, que é um hospital também EPE, é um hospital, e eu agora vou dizer assim em termos de gestão, é um hospital fresco, como se chama, ou como se diz. Foi construído de raiz para aquilo que se propunha, que é diferente de um hospital antigo, onde as coisas são adaptadas e adequadas. Portanto, quando vamos para um hospital novo, as coisas funcionam de uma forma diferente. Agora, quando se tem que adaptar, de facto aí, e adequar, é diferente. E, de facto, aquilo que apareceu na altura com novos pontos, novas ideias, enfim...criou algumas expectativas, digamos, de melhoramento, de desenvolvimento, mas depois...

Susana: *Mas depois nuns foi bom noutros nem por isso...*

Enf. Vítor: *Não, não, houve alguns que...E depois, eu penso que, e isto tem muito a ver com as políticas que depois foram reformuladas a partir dessa altura que porventura umas vezes, sei lá, vamos falar agora de uma coisa que é atual mas que já foi atual há muito tempo atrás. Isto é de ciclos. Falou-se em centros de responsabilidade integrada, com autonomia financeira, etc. etc....Eu lembro-me disso na altura, só voltámos a falar disso agora este ano...Ora repara bem, estamos a falar de...*

Susana: *Um espaço de 10 anos, mais de 10 anos...*

Enf. Vítor: *Mais de 10 anos...eu lembro-me disso, quando falámos nisso inicialmente e quando se colocou essa questão antes de 2000. Antes de 2000 falou-se nessa questão e agora é que passámos a falar neste ano novamente. Quer dizer, isto passou mais de uma década, quase duas. Epá e, portanto, e quando se pergunta aí coisas que porventura puderam ter melhorado...epá, eu sou...eu tenho uma opinião muito clara sobre isto, as equipas são constituídas por pessoas e se por ventura esse conjunto de pessoas consegue funcionar sem atritos, sem conflitos, temos ali uma grande equipa.*

Susana: *E acontece?*

Enf. Vítor: *E acontece, acontece. São feitas, são realizadas situações muitíssimo favoráveis e que permitem que se diga ou que se afirme que estamos a trabalhar bem, e por outro lado, também permitem que os utentes, utilizadores do nosso serviço, reconheçam isso e recomendem a outros utentes o facto de terem sido bem assistidos, por exemplo. E esses hospitais criam competitividade, que é isso que faz...e vamos lá buscar essa coisa do empresarial que isto não é só economia, tem a ver com...e eu acho que a economia de facto não é nenhum inimigo das questões relacionadas com obviamente a assistência que tem obviamente que existir de qualidade e que garanta, e que garanta a...digamos, a prestação de cuidados de forma segura aos utilizadores do serviço, seja ele qual for. Portanto, aqui é muito importante a questão da qualidade e com certeza que vamos aí falar da qualidade, mas a qualidade...e eu já estou a responder a muita coisa com certeza ao mesmo tempo...mas a qualidade é fator fundamental aqui e, de facto, a qualidade é uma das coisas que estes hospitais empresa mais reforçaram, no sentido de, mas no meu entender mal, porque é assim, reforçaram a qualidade em termos administrativos...*

Susana: *Pois é aí que eu queria chegar. Como é a qualidade na forma de lidar com os utentes, nos cuidados prestados?*

Enf. Vítor: *Nós o que é que andámos a fazer? A acreditar os hospitais em termos de qualidade, a construir procedimentos, normas, etc. etc.*

Susana: *King's Fund é um deles.*

Enf. Vítor: *King's Fund e outros que não me lembro agora. Mas o que é que acontece? Isso são procedimentos administrativos, depois as pessoas fazem aquilo? Executam aquilo daquela forma? O documento Y que é dirigido a médicos, enfermeiros etc. etc. quando está escrito pela, pela... e é um normativo, de facto depois na prática clínica, no juízo clínico, aquilo que for, é algo que se concretiza? Raramente, raramente. É capaz de haver gente que diga que sim, eu vou já dizer que raramente, porque, de facto, para pormos no papel uma coisa muito bonita que dá a entender que estamos todos a trabalhar com um determinado percurso, neste sentido...o que é que acontece? Acontece que por vezes depois vamos ver, olhar aquilo na prática e não é bem assim que estamos a funcionar, ok?*

Susana: *Portanto já que estamos na parte da qualidade. Sente que existiu alguma diferença após a realização de medidas. Elas foram introduzidas mas depois cá em baixo é diferente, não é?*

Enf. Vítor: *Esta questão da qualidade é uma medida que acabou por ser importante, mas, do meu ponto de vista...*

Susana: *Não teve os efeitos que era suposto?*

Enf. Vítor: *Claro que não! Porque estamos a falar, na maior parte, as pessoas, neste caso os técnicos, os técnicos de saúde encararam isso como uma medida administrativa, não como uma medida técnico-profissional, ok? Quando era isso que à partida também, também não é só, também poderiam estar a trabalhar para esse tipo de percurso e esse tipo de objetivo.*

Susana: *E em termos de evolução? Tem tido alguma evolução crescente ou decrescente, após a introdução de medidas?*

Enf. Vítor: *Bom, o que é de facto é que todos os serviços têm hoje normativos, procedimentos sobre essa matéria. Uns, lá está, e eu volto a chamar a atenção, têm equipas que de facto sabem utilizar, digamos, a partilha, o consenso entre eles para prestar um bom serviço, ok? Mas há muitos que não, obviamente. Vamos voltar a dizer isto que disse inicialmente. Então, vamos lá ver uma coisa, se nós não trabalhamos colegialmente num determinado serviço isto funciona? Parece-me que não, mas o que é um facto é que quando eu, como enfermeiro-chefe, abordo as questões e coloco o termo colegial, há muita gente que olha para mim com um ar muito desconfiado, ok? Porque até parece que o colegial é do século passado, ok? Portanto, ter-se uma gestão participativa... bom, isso é coisa que hoje, enfim, não é bem aquilo que a gente assiste, ok? Digamos que, vamos dizer assim em termos de gestão, inverter a pirâmide hierárquica e ouvir os outros, oscultar pelo menos as várias lideranças que podem existir sobre matemática específica ou não, não é fácil. As pessoas hoje e isto tem a ver com, por exemplo, e estamos a falar de gestão, com a falta de carreiras, nomeadamente nos respetivos setores. Não existe uma carreira médica, não existe uma carreira de enfermagem. O que é que aconteceu aqui? Existem hoje nomeações, nomeações para chefe de serviço, nomeações para enfermeiro-chefe e o que é que isso quer dizer? Quem é que vai para essas nomeações? Muitas vezes, vou dizer claramente, gente incompetente, ok? Certo? Porque essas nomeações, muitas vezes, são feitas politicamente, com carácter*

político, outras vezes são feitas porque já se sabe que essa pessoa não vai levantar problemas.

Susana: *E não como forma de resolver os problemas...*

Enf. Vítor: *Não está lá para isso, ok? Portanto, todas essas questões são hoje elementares discutir. Portanto, a nova reforma, quando falamos nela, vou dizer que trouxe algumas coisas boas, não duvido que não...olha por exemplo, uma das coisas que eu considero boas foi a vinda de administradores hospitalares para os respetivos departamentos, serviços, etc. etc. dos hospitais.*

Susana: *Antes não havia? Era só aqui em cima, não havia em cada?*

Enf. Vítor: *Não, portanto essa questão melhorou, significativamente, não só por causa que eles trabalharam os indicadores, não é, porque existe uma perspetiva diferente de olhar para um serviço, ok? Agora, mas atenção, continuamos a ter, digamos...deveria haver aqui alguma imparcialidade, digamos, no contexto, ou seja, continuamos a ter a ordem destes profissionais de saúde a intrometer-se, dos outros a intrometer-se...e isto só se faz assim, porque eu é que regulo isto desta forma e este também e etc. etc. E, portanto, isso torna as coisas parciais, não paritárias etc. etc. e por aí fora. E hoje nós precisamos de gente competente. E vou-lhe dizer uma coisa, na administração pública nós tínhamos gente muitíssimo competente, mas hoje o que eu vejo é que isso não é bem assim, ok?*

Susana: *De forma geral, não só aqui?*

Enf. Vítor: *De forma geral, não é só aqui, porque eu passei por todo o lado, ok? Não me estou só a referir a este hospital, estou a generalizar, ok?*

Susana: *Com a introdução dessas medidas e o hospital passar a EPE e tudo mais, nos cuidados de saúde, portanto, nos cuidados prestados com os utentes, qual é que foi o impacto que sentiu?*

Enf. Vítor: *Já tivemos, digamos, várias etapas, não podemos descurar que houve uma altura em que os serviços públicos, digamos...vamos falar, por exemplo, que os serviços públicos estavam...necessitavam, digamos, de mais recursos humanos e mais qualificados e necessitavam, por exemplo, de melhor equipamento para diagnósticos, exploração etc. etc.*

Susana: *Aqui? Eu estou a perguntar aqui.*

Enf. Vítor: *E aqui também, pronto, aqui. Portanto, isso significa que houve etapas em que isto aconteceu, mas houve etapas em que isto não aconteceu, porque politicamente também houve aspetos que tiveram a ver com os custos ligados ao Serviço Nacional de Saúde, por exemplo, ok? E houve momentos em que obviamente em que com, digamos, com o objetivo de reduzir esses custos, nós, na minha opinião, não temos a capacidade de produzir, digamos, a melhor assistência possível. E eu vou-lhe dizer uma coisa, vou-lhe dizer isto, porque é que a certa altura começou a haver mais privados? Porque é que os utentes passaram a ir ao privado? Inclusive, vamos dizer isto e eu digo isto às claras, havia nos consultórios de alguns profissionais de saúde melhor equipamento do que no Serviço Nacional de Saúde, então...eu não tenho receio de dizer estas coisas, ok? Você é aluna de mestrado, tem ainda muito que trabalhar nisto tudo e tem muitos anos para desenvolver o seu percurso e pensar bem nestas coisas. Como é que é possível existir melhor equipamento ali no consultório privado...hoje os consultórios privados diminuíram, porque existem hospitais privados, como é...e, então, nós inclusive temos a ADSE a ir aos hospitais privados. Ora isto...quando se põe a ADSE a ir aos privados estamos a falar em empresarial, gestão empresarial? Então estamos a ser o quê aqui? Repara bem... então estamos a ser...quer dizer...há alguém politicamente, e eu nem vou dizer quem, que colocou parte do nosso tesouro para o Serviço Nacional de Saúde nos hospitais privados. Então mas havia aqui, ou houve alguma intenção de valorizar o Serviço Nacional de Saúde quando se tomou esta medida? Penso que não, do meu ponto de vista. Quer dizer, pode...podemos aqui, digamos, discutir variadíssimas outras coisas, mas isto não promoveu, de facto, aquilo que é o interesse de termos uma nova gestão, um novo paradigma, que é a situação empresarial. Então deixámos... pusemos parte dos nossos utentes...repara uma coisa, então se nós formos dizer que esses utentes, a partir de agora, não vão aos serviços privados e vêm para o Serviço Nacional de Saúde, haveria aí muitos serviços privados com muita dificuldade em funcionarem. Então, mas a gente fez isto porquê? A reforma era para fazer isto? De certeza que não era. Obviamente que o que aconteceu é que isso favoreceu com certeza outros interesses. A reforma ao ter colocado o Serviço Nacional de Saúde neste percurso, nesta etapa, do meu ponto de vista foi totalmente negativo.*

Susana: *Então só consegue ver nestas medidas empresariais coisas negativas?*

Enf. Vítor: *Não, há coisas positivas.*

Susana: *Então, por exemplo, aqui no hospital algo positivo que tenha acontecido após a introdução de práticas empresariais?*

Enf. Vítor: *Por exemplo, os serviços de aprovisionamento melhoraram significativamente, ok? Quando eu falo nos serviços de aprovisionamento falo nos serviços farmacêuticos, também, melhoraram significativamente. Portanto, estamos a falar dos serviços de apoio aos serviços. Todos esses serviços melhoraram significativamente, ok? Os serviços técnicos de saúde, médicos e de enfermagem, podemos considerar, obviamente, que houve desenvolvimentos, eu não estou a falar agora que não houve, mas de facto não houve aqueles que eram esperados, ok? Tendo em atenção tudo aquilo que falámos para trás.*

Susana: *Desafios e obstáculos, dificuldades que sentiu na parte dos utentes, portanto, no cuidar dos utentes, depois da introdução de práticas empresariais?*

Enf. Vítor: *Ora vamos lá ver essa pergunta.*

Susana: *Portanto, com a introdução das práticas empresariais houve dificuldades, desafios a ultrapassar?*

Enf. Vítor: *Não, há dificuldades a ultrapassar...repara...eu vou responder assim a essa pergunta. Há dificuldades a ultrapassar quando os utentes estão informados, quando os utentes sabem o que querem e esse é o grande problema que nós temos. Os nossos doentes, os nossos utentes, não estão bem informados. Vivem numa situação paternalista, ok? E como tal, o que é que acontece? Não se auto-responsabilizam, não sei coresponsabilizam, não têm, digamos, o seu know-how como utentes do Serviço Nacional de Saúde, ok? Que é isso que se procura, a alteração, do meu ponto de vista, que já devia ter acontecido. Esta alteração de paradigma paternalista para a responsabilidade “de”. Porque, quando temos isso nos nossos utentes, e temos utentes exatamente sabem muito bem o que isto é, o Serviço Nacional de Saúde tem dificuldade em responder. Nós, enfermeiros, médicos e por aí fora temos dificuldades em responder, muitas, certo? Porque não estamos preparados para isso, porque estamos sempre num degrau ou numa etapa acima do utente, ok? E isso é algo que esta reforma não proporcionou. Nós andamos sempre a dizer que o utente está no centro dos cuidados. Vamos lá analisar isso. Não está! Às tantas vamos verificar que quem está no centro do sistema são os profissionais e isto é ridículo ao fim destes tempos todos. Estou-me a fazer entender? Portanto, há aqui muita coisa a fazer. É uma pena as pessoas não...terem esta*

oportunidade e tiveram esta nova oportunidade desta nova reforma e, de facto, a nova reforma teve, como eu estou a dizer, teve coisas boas não digo o contrário, mas há muita coisa a fazer para melhorar e desenvolver a nossa própria forma de prestar cuidados, assistir as pessoas. E, do meu ponto de vista, acho que não aproveitámos, digamos, da melhor forma estes últimos anos, porque repara uma coisa, e é para terminar... nós devíamos ser mais apologistas de uma atividade comunitária-centrica e andamos a falar nisto há décadas, vamos dizer...até vou dizer as últimas três décadas. Mas nós não estamos num serviço comunitário-centrico, nós continuamos num serviço hospital-centrico...então, nós tínhamos que fazer esta reforma e não conseguimos fazer. Andamos ainda aqui a discutir estas coisas. Portanto, falta-nos atividade, falta-nos uma ligação, digamos, do meu ponto de vista, entre a atividade política e a atividade profissional, de forma a concretizar as mais-valias para os utentes do serviço, para os utentes utilizadores dos serviços, conservando, obviamente, todas as questões elementares para os profissionais.

Susana: *Sente que há um controlo por parte dos custos e por outro lado a qualidade? Se mete em causa a qualidade?*

Enf. Vítor: *Existe um controlo da parte dos custos...depende, mais uma vez vou dizer uma coisa, depende sempre das pessoas.*

Susana: *Pessoas utentes ou pessoas profissionais?*

Enf. Vítor: *Profissionais, ok? Depende dos profissionais, porque se tivermos alguém que perceba esta conjugação entre os custos e a necessidade de gastar algum dinheiro sobre a atividade A, B ou C melhorando, claramente...por exemplo, vamos dar um exemplo que é este... para terminar mesmo, se nós conseguirmos perceber ou percebemos que fazendo isto conseguimos que os utentes dos nossos serviços venham menos à urgência e sejam menos internados, ou seja, re-internados isto é um caso espetacular, seja ele em que área for. Então mas nos estamos interessados em fazer isso de facto? Deixo essa pergunta... Epá Susana tenho de me ir embora. Se quiseres depois um dia falar mais sobre alguma coisa diz.*

Setúbal, 26 de maio de 2017

Susana Filipa dos Santos Sequeira

Anexo nº 6 – Transcrição da 3ª entrevista

Entrevista com o enfermeiro-chefe José Almeida (não gravada)

- É enfermeiro-chefe. Não tem serviço. Trabalha na comissão de gestão de risco e no gabinete de qualidade.
- A junção do Hospital S. Bernardo e o Hospital Sant'Iago do Outão foi uma mera alteração administrativa. Melhorou talvez um caso ou outro com isso.
- Face ao novo enquadramento o enfermeiro faz uma apreciação muito positiva.

Impacto do novo modelo no CHS

Melhorou em vários aspetos:

- Comunicação;
- Estruturas físicas/manutenção;
- Maior controlo de ativos, com outros indicadores;
- Decisão mais partilhada;
- Melhoramento das listas de espera;
- Política ambulatória;

Desafios na mudança para uma gestão mais empresarial no CHS:

- Melhoramento de infraestruturas;
- Estruturas adequadas;
- Criou-se a unidade de AVC (reabilitação);
- Criaram-se estruturas;
- Estratégias para combater a diabetes

Obstáculos na mudança para uma gestão mais empresarial no CHS:

- O hospital é pequeno para a atividade de ambulatório;
- Tem de se abrir gabinetes, quando há por exemplo picos de gripes (não responde bem)

Pontos fortes da reforma da empresarialização no CHS:

- Dá-se mais visibilidade ao ambulatório;

- Mais prática na infeciologia e oncologia (?)
- Mais equipamentos;
- Mais consultas;
- Criou-se o gabinete da qualidade e o gabinete da comunicação;
- Faz-se mais avaliação de desempenho.

Pontos fracos da reforma da empresarialização no CHS:

- Acesso ao hospital (não responde bem)
- Insistir/reforçar mais os departamentos e os centros de responsabilidade (?)
- Em produtividade podia melhorar, até para o desempenho da atividade;
- Incentivar as pessoas para trabalhar melhor

QUALIDADE

- O conceito depende de pessoa para pessoa, quer-se o melhor para aquilo que se produz. Atingir os objetivos.

- Há que concentrar os serviços para melhorar a qualidade. No sentido de juntar-se para satisfazer (conceito cooperativo).

- Há rivalidade e competição no bom sentido, principalmente entre o hospital de Almada (Garcia de Orta).

- A qualidade e a sua mensuração é muito importante. Sem indicadores e medição não se pode melhorar.

- Acrescenta que se se deixar fugir um utente para o hospital rival (Almada), está-se a perder qualidade na oferta. Há necessidade de “seletivar”, dar atenção aos aspetos económicos, objetivos atingíveis, mais equipamentos para melhorar a imagem e a projeção.

- O marketing não chega para passar a informação. Tem de se ver a produtividade, número de casos. O número de reclamações também é muito importante, elas requerem resposta e é dada.

Impacto na qualidade com a realização de práticas empresariais:

- Monitorização dos cuidados;
- Aumentou o número de consultas;

A Qualidade do Serviço Público Hospitalar

- Aumentou o número de atendimentos;
 - Distribuição de recursos melhorou;
 - Aproveitamento de recursos, manutenção de equipamentos, transporte;
 - Investimento em formação;
 - Centralização dos serviços.
- A evolução da qualidade tem sido gradual (positiva), com objetivos concretos, planos de ação.
- Há objetivos a atingir, mas as estratégias são de cada departamento.
- Há conflito entre o público e o privado;
- Questão: Será que temos capacidade para suportar o envelhecimento? Há que adaptar o modelo conforme as necessidades da população. Apostar nos cuidados continuados, nos paliativos, etc.

Setúbal, 26 de maio de 2017

Susana Filipa dos Santos Sequeira

Anexo nº 7 – Transcrição da 4ª entrevista
Entrevista com a Dra. Rosário Eusébio, médica

I – Apresentação dos profissionais e organização do seu departamento

1. Primeiramente, gostaria de perceber que funções desempenha a Dra. Rosário e em que área opera no Centro Hospitalar de Setúbal.
 - a. (No caso de entrevistar algum enfermeiro/médico chefe) No seu caso, como médico chefe, presta simultaneamente funções de cuidados de saúde e administrativas?

Dra. Rosário: *Eu sou cirurgiã geral, pertença ao serviço de cirurgia do departamento de cirurgia, não é, e por outro lado também sou diretora do bloco operatório. Sou coordenadora dentro da cirurgia geral. Nós estamos divididos em vários grupos e eu sou coordenadora de um dos grupos e no bloco operatório sou diretora de serviço.*

Susana: *Portanto presta serviços aos utentes e também um pouco administrativos?*

Dra. Rosário: *Administrativos não, os médicos não prestam serviços administrativos. Fazemos sim, mas não devíamos fazer. A minha postura é muito essa. O serviço administrativo deve ser feito exatamente por pessoal para isso, senão andamos a gastar horas e tempo assim. Mas não é essa a questão, eu, claro, o que me está a perguntar é que eu tenho funções não só em termos assistências, como também de direção, é isso que me está a perguntar.*

Susana: *Exatamente, é isso.*

2. De forma a conseguir ter uma melhor visão, gostaria de entender como está estruturada o seu departamento no Centro Hospitalar de Setúbal.
3. Como funcionam em termos de comunicação? Por exemplo, quando há um problema como é que ele chega à administração e, por outro lado, como é que a informação da administração chega até vós?

Dra. Rosário: *Relatos de incidente.*

Susana: *Isso significa? Relatórios?*

Dra. Rosário: *Não, isso é uma norma do hospital. Ou seja, imagine que há algum problema, não é, dentro do hospital, há alguma coisa que não corre como é normal correr, isso é feito, o nosso hospital foi de acordo com a qualidade é um hospital*

certificado. Sendo certificado obriga-o a determinado tipo de regulamentos, procedimentos e normas, não é. E é isso que nós cumprimos. E é o nosso hospital não é só o nosso serviço. Qualquer coisa que aconteça em termos de alguma coisa, como é que é chegado lá cima é, normalmente, ou as pessoas falam por vontade. É evidente se acontecer alguma coisa errada nós tentamos saber, mas se quiser que fique registado é relato incidente. Há uma equipa própria para fazer e eu não pertença a essa equipa.

4. Têm algum poder em termos de tomada de decisões ou apenas tem o enfermeiro/médico chefe e os profissionais da administração?

Dra. Rosário: *Bem em termos imediatos, nós próprios...bem não temos poder porque nós não somos individualistas, não é a questão. Aqui dentro do hospital há uma hierarquia como em todos os sítios, não é, e aqui a hierarquia máxima chama-se Conselho de Administração, certo. Já entrevistou o diretor clínico, portanto sabe, portanto todos os médicos estão sob a dependência dele, certo. Pronto, portanto, automaticamente a gente pode fazer chegar o que é que pretendemos, mas não quer dizer que passe ou que não passe. A decisão é dele.*

II – Introdução do princípio empresarial no serviço público

Questões de carácter geral

5. Na sua perspetiva, como entende o novo modelo de gestão (gestão empresarial)?

Dra. Rosário: *Sim, ou seja, a introdução de administradores na nossa vida de médicos é isso basicamente. Eu acho melhor, acho melhor. Acho que melhorou positivamente, acho que de uma forma geral, o que eu entendo é, eu acho que para que as coisas funcionem completamente e isso não quer dizer que sim, acho que se calhar a ideia e a original isto como em tudo na vida precisamos de...nós sozinhos não somos nada, portanto, juntamente daí a necessidade e...mesmo como eu digo, cada macaco no seu galho e quer isto dizer, as pessoas que têm a mania que sabem tudo, estão completamente erradas porque ninguém sabe tudo na vida nem ninguém consegue fazer tudo. E, portanto, ao precisarmos e juntarmos uma equipa multidisciplinar só temos a ganhar com as coisas. Agora é necessário é que a equipa saiba interrelacionar-se. É esse o problema, muitas vezes que acontece. As pessoas ficam fechadas se for preciso nos seus gabinetes e isso não funciona.*

Susana: Não há partilha de ideias.

Dra. Rosário: Ou seja, o facto de...a ideia é ótima de criar e as novas políticas de saúde é tentar no fundo meter administradores e...no fundo isto tem tudo um objetivo que é o aumento de produção e o aumento da produção de uma forma mais coerente, porque as pessoas...porque evidente que há muitos médicos que também se dedicaram a esta parte da gestão e, sobretudo, têm essa faceta, hoje em dia os cargos de direção, logicamente para a pessoa falar e abordar e evidente que isso está muito em voga. Eu acho que isso não dispensa, contudo, que hajam administradores, não é, não dispensa. Mas, os administradores têm de falar com as pessoas percebe, os médicos têm de falar com as pessoas. Ou seja, exatamente para uma realidade e a realidade pode não ser a mesma para outro hospital. Não tem nada a ver, mas a gente tem de tentar perceber como é que existe, como é que funcionamos e depois então perceber o que é que é para aqui e o que é importante nós fazermos, mas em conjunto percebe. Não estou a dizer neste, você está me a falar no geral. Eu estou a falar no geral porque a gente desde 2002 até agora já assistimos a várias facetas, não é. E, portanto, é esta evolução que eu estou a dizer. Isto existe sendo que os resultados foram muito mais tardios exatamente por esta falta de...por as pessoas ficarem fechadas nos gabinetes e a gente nem sequer conhecer. Eu pertença a este hospital há muitos anos e só muito mais tarde é que comecei a conhecer o que é que era as pessoas do conselho, os vogais do conselho porque a gente não os conhecia, eles não se davam sequer a conhecer. É assim que funciona, é assim que funcionava, porque isso é que eu estou a dizer. É necessário que haja uma política um bocadinho diferente, a política não é só isso, é chegar, para as pessoas de fazerem chegar é necessário..

6. Que perceção faz do processo de empresarialização dos hospitais públicos, em Portugal, face ao modelo de gestão anterior? Consideram que estas mudanças têm conduzido na concretização dos objetivos definidos, tanto ao nível da gestão, como dos cuidados de saúde?

Susana: *Portanto, sobre o processo de empresarialização tem uma perceção positiva mas os objetivos que eram suposto alcançar vieram mais tarde?*

Dra. Rosário: *Para mim é positivo. Sendo que...é evidente que isso depois, provavelmente, também foi uma questão de aprendizagem, não é. Portanto, o que eu estou a dizer é a minha experiência, quando me diz no geral. Eu acho que foi muito*

positivo, porque as coisas são fundamentais e o objetivo é diferente, sendo que têm que ser ouvidas as duas partes. Um e um nem sempre são dois, sobretudo na medicina e na cirurgia.

7. Que vantagens e desvantagens aponta?

Dra. Rosário: *O modelo de gestão é o que eu estou a dizer, resguardar os médicos que têm mais que fazer na vida não é.*

Susana: *Têm funções diferentes...*

Dra. Rosário: *Têm funções diferentes, exatamente, e, portanto, o gasto de energia que é feito, apesar de eu achar e como digo acho que é importante ter um conhecimento de base, porque senão a gente também não se entende e não consegue falar. Agora não obriguem os administradores a tirar um curso de medicina, não é, basicamente. Portanto, acho que é importante e houve inicialmente, por isso é que...houve inicialmente até muitos e quase todas as chefias de que eu conheço de médicos tinham obrigatoriamente que ter cursos de gestão, cursos de não sei quê, hoje em dia isso já não se verifica, exatamente porque há os administradores e há os gestores, há pessoas para essas funções. Portanto, isso é o que eu acho que deve ser. Os médicos são importantes, sem dúvida que sim, porque um hospital não funciona sem eles, não é, portanto, acho que é no fundo uma das bases, há outras bases mas eles são uma das bases e, provavelmente, estão no topo da pirâmide, não é, nos quais recaem a responsabilidade. Agora para serem tem que haver todo o...para conseguirem fazer o seu trabalho, não é...*

Susana: *Tem de haver trabalho por trás...*

Dra. Rosário: *Tem de haver trabalho por trás e, também, não se podem desgastar em coisas que não têm interesse nenhum.*

Susana: *Tem de haver o foco.*

Dra. Rosário: *É isso. Mas acho que o saldo é positivo. Eu acho que se eu tivesse que construir alguma coisa, basicamente iria por aí, nunca iria só por...porque uma pessoa tem de saber “como é que eu vou pôr isto a ganhar”, percebe o que eu estou a dizer? Não sou eu que sei, eles é que sabem, eles é que aprendem, não é. O que é que é preciso saber, o que é preciso não sei quê. Então vá, vamos a isso. Mas somos nós que temos de fazer isto, isto e aquilo. Basicamente é assim.*

Questões direcionadas para o CHS

8. Como se sabe, com a reforma dos hospitais EPE foi criado o Centro Hospitalar de Setúbal EPE, em que o Hospital S. Bernardo ficou agregado com o Hospital Ortopédico Sant'Iago do Outão.
- a. Sente que isso afetou o serviço e o trabalho dos profissionais? Ou foi uma mera alteração administrativa?

Dra. Rosário: *Não, afetou. Afetou e eu vou já dizer, eu nessa parte aí sou...isso é assim...afetou e eu vou já dizer, só positivamente é que afetou. Acho que isso foi uma coisa muito boa, porque nesta península havia dois hospitais e isto é a minha perspetiva. Acho que e graças a deus que houve... na altura a certificação e aliás o hospital do Outão até foi primeiramente certificado do que nós e isto, portanto, na altura foi a mudança, porque o conselho anterior, portanto, estava lá o diretor, o presidente era de lá e só depois é que se reuniu e foi ele o presidente cá e realmente toda a mudança e toda a evolução tem muito a ver com isso. É isso que eu lhe queria dizer, porque realmente até esse Conselho de Administração e isso significa, lá está, a importância das pessoas e do que é que as pessoas pensam sobre o assunto, independentemente de nós podermos ou não e de toda a gente gostar ou não gostar, temos de estar sempre de acordo ou não estar de acordo. Agora é evidente que este hospital, esta casa hospital S. Bernardo, teve um boom brutal a partir do momento em que houve aquela administração do hospital Sant'Iago do Outão. Porque a pessoa tinha uma visão muito mais global e uma visão das coisas, como é que isto devia funcionar e todo o nosso desenvolvimento em termos de formação, informação...*

Susana: *Equipamentos?*

Dra. Rosário: *Não só de equipamentos, porque a qualidade onde nós estávamos muito baixa era exatamente em equipamentos e, portanto, isso aí melhorou bastante e depois tudo o resto de como é que funciona. É evidente, aquilo que eu lhe estava a dizer, a existência de normas, a existência de protocolos nos serviços para a certificação foi com isso, não é. E, portanto, isso foi um trabalho árduo desde então até...até...mas pronto, depois fomos certificados e é evidente que há sempre coisas a fazer, a melhorar e não sei quê, mas não teve nada a ver. Esta perspetiva, eu acho que este hospital, sem dúvida, os serviços não foi de todo meramente administrativo, notou-se muito meramente administrativo, porque lá... a falar de equipamentos, não é. Mas melhorou. Em relação*

às pessoas do Outão, propriamente, aos trabalhadores do Outão, para eles não, eles acham que foi piorar, agravou-se e se você fizer uma entrevista lá...não é horrível, isto foi um horror, ficámos aqui destroçados e agora somos tipo um armazém do...disparate, eu acho que não é nada, acho que lá está, eles só achavam que eram muito bons sozinhos, não é, mas uma pessoa não pode nunca estar...eu acho, eu acho. A gente...só somos bons coletivamente e, sobretudo, quando podemos ser comparados com outros. Eu não estou a dizer nada, as coisas são assim...ninguém consegue fazer nada. E, portanto, mesmo eles... é evidente que sim, é evidente que a mudança... se calhar houve uma diminuição da importância, isto é como ter um filho único ou ter dez filhos, não é, basicamente é igual. Não é que se goste menos, mas a pessoa só tem atenção e tem de repartir por todos. Basicamente é isso que aconteceu.

9. A influência da Nova Gestão Pública que se fez sentir no setor da saúde levou à passagem de alguns hospitais a Sociedades Anónimas e, mais tarde, a Entidades Públicas Empresariais, como é o caso do Centro Hospitalar de Setúbal. Com isto, começou a existir a introdução de práticas empresariais no Centro Hospitalar.

- a. No seu entender, qual o **impacto** desta reforma, no vosso caso, ao nível dos **cuidados de saúde** prestados e das funções dos profissionais? O que mudou no trabalho dos profissionais de saúde?

Dra. Rosário: *Eu não sei...bom...é assim, a minha resposta...eu não sei muito quais são essas políticas percebe, eu sou muito médica e muito pouco política e muito pouco administrativa e muito pouco...e quando eu digo administrativa é ter conhecimento sobre. A gente vai um bocadinho ao sumo do que é que...do que é que devemos fazer e de como é que melhoramos as nossas...a repercussão que...aqui o objetivo é sempre tratar os doentes o melhor possível, sempre. Da mesma forma ou mais eficazmente com maior eficiência, ou seja, temos o mesmo objetivo gastando menos dinheiro, percebe. Toda esta política. E portanto, como é que isso se faz, como é que isso melhorou... a pergunta era?*

Susana: *Qual é o impacto destas alterações.*

Dra. Rosário: *Eu acho que esse impacto, esse impacto ao trazer melhor fontes de informação e quando eu digo fontes de informação é toda a melhoria do equipamento, não é, que passa por os registos informáticos, que passa por todo esse acesso de informação que não só...portanto, é evidente que, provavelmente, isto não teve só a ver*

com essa política e teve a ver com tudo em si no geral, não é...portanto, a informática foi um boom brutal, se nós não tivéssemos computadores estes registos continuariam a ser por cartões. Eu sou do tempo...eu que estou cá há muitos anos neste hospital comecei a minha atividade neste hospital.

Susana: *Já agora, por curiosidade está aqui há quantos anos?*

Dr. Rosário: *27...portanto...2017 eu entrei em 88, portanto para o ano fará 30 anos, em janeiro, portanto são 29 anos. Ou seja, eu quando cheguei aqui não é, não havia computadores, não havia nem pouco mais ou menos, nada. Nós nos trabalhos eram...você nem sabe o que isso é, os trabalhos eram aplicados em micas, aplicados não sei quê. Para nós fazermos um slide de apresentação, uiii isso era horas tínhamos de ir para Lisboa para tirar. Quer dizer, são coisas que vocês nem sequer percebem o que estão a falar, nem percebem. E, e é assim eu não sou muito velha e isto realmente foi um boom que aconteceu.*

Susana: *Em poucos anos...*

Dra. Rosário: *Em poucos anos isto foi um boom brutal. E, portanto...e, sobretudo, neste hospital, portanto, é evidente quando pergunta o que trouxe o impacto do EPE... o EPE propriamente eu...é assim antes deste conselho isto já era EPE, porque isto é de 2002.*

Susana: *SA. Em 2002 passou para sociedade anónima e em 2005 para EPE, segundo as minhas pesquisas.*

Dra. Rosário: *Exatamente, então é isso. Pronto então é EPE, mas provavelmente não me pergunte, porque eu não sei, isso é um desconhecimento da minha parte se teve a ver com a política, se teve a ver com as pessoas que estão envolvidas nessa política, percebe o que eu estou a dizer?*

Susana: *Sim, sim.*

Dra. Rosário: *Pronto, ok, passando à frente. Mas eu acho...a minha forma é sempre positiva por melhoria das coisas todas que foram...*

Susana: *Do equipamento...*

Dra. Rosário: *Não só do equipamento e de tudo, porque isso levou a que se reestruturasse tudo e, portanto, o que é que isso implica? Para nós sabermos se tamos a tratar e quais os nossos resultados, nós temos de ter, tal e qual como...o que é que você está a*

fazer, a colher entrevistas, não é? Mas nós temos de ter fontes de informação, se essas fontes de informação não se fazem ou não se preenchem...porque antigamente era...preenchiam-se papeis quem preenchia mas se se não preenchesse pff pouco importava, você queria consultar consultas tinham aqueles processos enormes, não é? Você até vai e isso aí devia de ser mas... é tudo...a forma de... hoje em dia você consegue tratar dados e é só meter aqui o número, quantos doentes foram operados e não sei quê, não sei que mais e antigamente você levava, ahah, no mínimo uma semana e é se quisesse ir para trabalhar para ali, não é! Portanto... não porque era contado à mão.

Susana: *Sim, agora é que está tudo informatizado, é diferente!*

Dra. Rosário: *Portanto...não porque era contado à mão! Era tudo, tudo...e aliás os...ia para o arquivo do hospital e faziam isso à mãozinha, porque era a única forma de contar, não é, e de ver. Portanto, consulta processo a processo. É evidente que as coisas estão registadas, mas hoje a facilidade que levou a isso e a facilidade teve a ver um bocadinho com esta política e essa necessidade de introdução desses meios. Eu acho que sem dúvida é isso.*

10. Face ao **novo enquadramento**, qual a **apreciação** que faz deste novo modelo de gestão do Centro Hospitalar de Setúbal? Em termos dos cuidados de saúde, por exemplo.

(continuação da conversa da resposta anterior)

Susana: *Portanto em termos de apreciação desse novo modelo é positivo?*

Dra. Rosário: *Sim, sim, sim. Então mas tudo é positivo, porque evoluímos, acho eu!*

Susana: *Sim...depende das opiniões. Podemos ter evoluído nuns aspetos, mas negativamente noutros.*

Dra. Rosário: *Mas o que eu estou a dizer é exatamente isso. Eu não sei se foi...eu estou a dizer em relação...percebe o que eu digo? Eu não sei se foi a EPE, lá está eu não sei se é. Eu sei é que este hospital onde começou com o boom positivo e o desenvolvimento em termos de informação, tratamento dos doentes...*

Susana: *Foi na mesma altura.*

Dra. Rosário: *Exatamente. Coincidiu, portanto, agora não sei se isso foi política de ou se foi...não é? Provavelmente também porque também há mais... lá está, também há mais*

apoio monetário, também houve um maior...se houve, eu sei lá se antigamente também havia e não era dado, percebe? É que eu não...quando a pessoa não é metida na...não é do conselho, não está cá em baixo, não sabe o que é que se passa, não é?

Susana: *Sim, sim.*

Dra. Rosário: *E eu sempre fui muito virada para a clínica.*

Susana: *Pois, são visões diferentes.*

Dra. Rosário: *Nunca gostei muito de postos de...sempre trabalhei da mesma forma, sempre que...acho que hoje eu consigo...o meu trabalho...nós conseguimos as consultas e reuniões de serviços, por exemplo, reuniões. Nós temos de ter reuniões e temos de ter estatística e obrigatoriamente mensalmente todos fazemos --- e mortalidade, apresentação dos grupos. Isso antigamente era muito mais complicado fazer. Esse trabalho, hoje em dia, a gente, portanto, vai fazendo o registo em escalas de excel e depois é fácil a gente chegar ao fim do mês e está aquilo tudo feito. Não sei se você tem ideia se não existisse isso como é que era feito, não é?*

Susana: *Pois era muito moroso.*

Dra. Rosário: *Pois, exatamente. É só para lhe dizer que essa facilidade claramente foi positivo.*

11. Relativamente à sua área/às suas funções, que **desafios e obstáculos/dificuldades** se colocaram com a mudança para uma gestão mais empresarial? Ainda hoje estão presentes?

Dra. Rosário: *Não tenho ideia politicamente definida.*

Susana: *No seu caso, no seu departamento, não sente que houve algumas dificuldades, obstáculos com isso?*

Dra. Rosário: *De passar para EPE? Nenhumas, nenhuma. No meu não houve dificuldades nenhuma. Pff, não foi o EPE, isso foi uma questão de saúde, de política de saúde não abrirem as progressões de carreira, não tem nada a ver com a EPE.*

12. Na sua opinião quais os pontos **fortes e fracos** da reforma da empresarialização no Centro Hospitalar de Setúbal?

Dra. Rosário: *Ah, não sei, não sei responder, não lhe sei responder sequer. Essa parte aí não sei.*

Susana: *Está muito virada para a parte clínica...*

Dra. Rosário: *Estou mesmo virada só para a parte clínica, sim.*

Susana: *Sim, mas isto é preciso ter várias visões.*

Dra. Rosário: *Parte clínica, dentro da parte clinica da produção e de como é que deve ser feito e por isso é que eu estou a dizer há algumas coisas que eu acho que são importantes fazer e tentar melhorar, mas é muito sempre em termos clínicos, onde eu acho que...como a gente deve atuar para que haja melhoria de resultados e, portanto, não sei se é, não sei responder a isso, por isso.*

III – Introdução do conceito de qualidade

13. Como define **qualidade** na sua generalidade? E se falarmos em **qualidade de um serviço público**?

Dra. Rosário: *Qualidade...ui, não em saúde...só consigo responder qualidade em saúde.*

14. Como define **qualidade no âmbito da saúde**?

Dra. Rosário: *Ahh, só consigo porque é mais fácil para mim.*

Susana: *Cada um tem uma visão diferente.*

Dra. Rosário: *Para mim qualidade é conseguirmos fazer...ou seja... ser mais eficiente...eu não sei muito bem definir, porque não sei se sei utilizar as palavras do que eu quero dizer. O que eu quero dizer é que não sei se sei utilizar as palavras corretas. Porque lá está eu não tirei nenhum mestrado nem nada em gestão e coisas do estilo, mas a verdade é que é assim, é sermos o mais eficaz ou mais eficiente, não sei...com a obtenção dos melhores resultados...e isto é quê...de forma...de forma correta existem muitas, não é? A qualidade tem a ver com o saber, isto é um bocado subjetivo e um bocado filosófico.*

Susana: *O conceito abrange mesmo isso.*

Dra. Rosário: *O conceito em si, é...para objetivarmos, isto é, termos ótimos resultados no tempo útil mais...melhor, percebe. Basicamente são as duas coisas.*

15. Qual a importância da qualidade e da sua mensuração?

Dra. Rosário: *É importante claro! Senão como é que a gente sabe. Senão ficamos todos na filosofia, não é? Eu acho que não pode ser, a gente tem que transmitir isto. Lá está a metodologia, ou seja, o importante disto é a metodologia e a forma...a metodologia...aqui faltou-me exatamente isso...a metodologia utilizada há anos atrás é completamente diferente da de hoje em dia, graças a deus. E aqui nesta metodologia...ou seja...completamente diferente no sentido do acesso a ela e a forma como ela é trabalhada. Este...portanto, a pessoa tem, mas este passo, este passo e este passo e hoje em dia é muito mais fácil a gente ter acesso aos passos todos. Portanto, é sem dúvida. Se a gente não medir nunca vamos saber o que é importante ou não é importante.*

Susana: *E o que é que há a melhorar.*

Dra. Rosário: *E o que é que há a melhorar. Fundamental em qualquer sítio, no fundo, chama-se análise, não é, e a análise tem de ser por medidas, porque uma análise subjetiva nunca...é sempre subjetivo, não é...e há coisas que são subjetivas. Eu não sei...lá está, por exemplo, em relação à clínica, volto mais uma vez...nós tratamos os doentes da mesma forma, temos as mesmas práticas...mesmas práticas, basicamente, ou deveríamos ter...e estou a falar em cirurgias rotineiras, não estou a falar em cirurgias mais complicadas, mas há um grupo e há um...o que é que acontece, a gente deve-se preocupar sempre com o que é que o doente pensa, o doente saído, não é. E como é que isso é feito...por isso é que é importante os questionários de satisfação, não é.*

Susana: *Aos clientes, aos utentes neste caso.*

Dra. Rosário: *Aos utentes, não é, é importante. Porque antigamente isso era uma coisa que nunca se fazia, não é, e isso fazia-se muito no privado, porque é que as pessoas foram. As pessoas basicamente...se a pessoa tinha experiência de um privado e tinha experiência de um público, o que é que a pessoa ouvia de diferente? Ah isto é um horror, isto aqui não sei quê, somos todos mal atendidos ta, ta, pé pé pé pé pé, pé pé. Porquê? O que é que é importante para a pessoa? Se a gente for analisar para a pessoa é importante é estar num sítio bonito, bem tratado, não é. Normalmente, os hospitais têm sempre aquela carga negativa e tinham carga negativa, não é, um horror de sítios e não*

sei quê. E depois é as pessoas estarem...a forma de estar...as...e, sobretudo, quando eu digo é a forma de estar dos enfermeiros, a forma de estar dos médicos...

Susana: *A forma como é atendida.*

Dra. Rosário: *A forma como é atendida. A forma como é atendida. Muito importante é...passa por os administrativos, começa logo por aí. Apesar de...quando eu digo administrativos, porque é o primeiro impacto, não é. Porque os médicos lhe garanto eu que de uma forma geral são todos...até porque até há bem pouco tempo e ainda hoje, a grande maioria que estão no privado são os do público e, portanto, isso não é a diferença. E eu não acredito que colegas...por norma as pessoas não tratam de uma forma no privado e não vão para o público e tratam...pode haver algumas facilidades, não diferenças, porque as pessoas são as pessoas e, portanto...não acredito nisso. Bom, mas eu também sou...também posso dizer tudo o que me apetece, porque eu sempre trabalhei só no público, portanto, não faz mal (risos). Não faz mal, para mim, isso para mim é uma coisa que eu posso dizer. Mas a verdade é essa, as pessoas ligavam era muito à forma como são, à não sei quê, não sei que mais. Contudo, é assim esquecem-se que, muitas vezes, quando a coisa começa a azedar e a agravar...*

Susana: *É para aqui que vêm.*

Dra. Rosário: *É para aqui é que vêm, claro. Porque...por outro lado, é assim privado é privado e gasta-se dinheiro, não é. As pessoas acham que aqui...depois há um outro problema de...da pessoa ter perceção que é público e, portanto, são obrigados a fazer tudo aquilo que eu quero. Não. As pessoas, enfim, mas pronto, é o que temos!*

16. Na sua perspetiva, qual o **impacto na qualidade** após a realização de práticas empresariais no Centro Hospitalar de Setúbal? Tanto ao nível da qualidade da sua gestão, como do trabalho dos profissionais de saúde, bem como na qualidade dos serviços prestados aos utentes.

Dra. Rosário: *Foi tudo, então é isso que eu lhe estou a dizer. O impacto foi eu conseguir fazer uma coisa e em tempo útil e rápido conseguir perceber que tinha feito essa coisa, percebe? Aí é que eu acho que foi o grande impacto. A introdução da qualidade, portanto, qualidade que se chamou todo o...o número...para que nós tenhamos qualidade e para a conseguirmos medir tivemos de tomar um certo número de...nós, não fomos nós que*

inventámos é o que está escrito na....eu não sei se tem conhecimento há várias entidades de certificação da qualidade dos hospitais, não é...e...e...o seu nome, desculpe?

Susana: *Susana!*

Dra. Rosário: *Susana! A Susana já alguma vez olhou para as normas, os regulamentos, o que é que é necessário para ser...*

Susana: *Não...*

Dra. Rosário: *Daqueles calhamaços?*

Susana: *Não...*

Dra. Rosário: *Pronto, ok. Qualquer um deles quer que seja o King's Fund quer que seja outro. Qualquer um deles, portanto, a pessoa para ser certificado em qualidade, como outra coisa qualquer, mas neste caso*

Susana: *Tem de ter uma serie de...*

Dra. Rosário: *Exatamente, tem que ter política para isto, política para...tem de ter politica administrativa, bararara...*

Susana: *Tenho noção, mas nunca olhei, sinceramente.*

Dra. Rosário: *Pronto, portanto, ou seja, isso responde a esta pergunta. É evidente que há muita coisa ali que a pessoa diz assim: ok, é burocrático! Sem dúvida, é burocrático. E os primeiros anos, quando nós começámos a fazer...eu pertenci...fui adjunta da direção clínica entre 2008 e 2012 e nessa altura...portanto, aí foi na altura que tínhamos de fazer procedimentos, procedimentos e era muito da nossa parte...do conselho e tínhamos reuniões com o diretor clínico da altura para tratarmos de toda a parte clínica e não só, portanto, aquilo era...o Conselho de Administração clínica era feito por um hospital e outro, não é, e portanto aí reuníamos entre médicos e enfermeiros, exatamente, para a elaboração e para o...a correção de todos os documentos que saíam. E é evidente que pergunta assim: acha que aquilo é tudo feito antes de coiso? Não! Aquilo são coisas...eram documentos a sair, a sair, a sair e se disser que todos os...todas as pessoas, os trabalhadores fazem exatamente, praticam aquilo? Não! Eventualmente, que com certeza que não. Muitos deles, hoje em dia...eu tive conhecimento, porque os tinha de fazer, se tivesse fora se calhar também nem sequer os tinha lido todos. Mas a verdade é que é importante. É importante porquê? Porque está ali a base, percebe? E quando a*

peessoa tem alguma dúvida, sabe alguma coisa...isto depois é como tudo na vida. Vai...vamo-nos habituando. Portanto, desde 2008 até agora as coisas foram e já passaram anos. Já vamos tendo alguns anos disto e as pessoas habituaram-se a uma forma de estar um bocadinho diferente, ou seja, para se fazerem as coisas é necessário fazer isto, não é? Isso é como tudo, portanto, ou seja, para ter qualidade nós temos que ter...para conseguirmos medir a qualidade e tudo o que fazemos temos que ter várias armas e vários...e utilizar vários instrumentos que nos possam fazer com que...por exemplo, vou lhe dar um exemplo muito fácil, agora neste momento. Eu neste momento, no bloco operatório, nós desde há alguns anos que temos já um programa que é de acesso...portanto, é obrigatório o registo de todos os doentes, não é, por várias coisas, qualidade, segurança, saúde, tudo e mais alguma coisa, não é, portanto, isso aí é das normas gerais, pronto. Nós na altura, não havia para registo uma das coisas que era cirurgia segura, salva vidas, não é...nós começámos este hospital, eu não era na altura diretora do bloco, mas quando começámos, não é, isto é a história...e começámos logo a registar, portanto, havia uma plataforma chamada ekamba, não interessa, mas o termo dessa plataforma, que era uma coisa que na altura este conselho adquiriu, porque não havia em termos nacionais essa plataforma para registar isso. E, portanto, nós fizemos e, provavelmente, isto, isto são tudo formas, coisas privadas e que o hospital na altura pagou como é evidente, não é, pronto. Mas que também se terão responsabilizado por...portanto, eles iam dando resposta a tudo o que era necessário, em termos do que se estava a ser pedido em relação a isso. A verdade é que, posteriormente, quando aparece a plataforma de saúde diretamente...portanto, há muitos hospitais que não têm esta...no fundo aquilo basicamente é quase as mesmas respostas, as mesmas coisas, só que uma é o ministério que nos sede, não é, e a outra é o ekamba. O ekamba inicialmente...a plataforma do ministério estava sempre a cair, caía sempre e por isso este hospital nunca aceitou. Estou a falar neste hospital, neste hospital. O outro já não, como não tinha este ekamba...foi...e, portanto, isto é uma coisa que lutámos e eu estou a falar nisto agora, a dar o exemplo, porque mesmo, recentemente, e finalmente nós fomos...não sei se isso interessa para aí...nós fizemos umas entrevistas com um senhor e...porque...já que aproveitámos eles ficaram de nos dar determinado tipo de coisas e se nós agora desistíssemos era perder tudo, toda a informação que tínhamos até agora. Porquê? Porque é que isto é importante? Porque não...faltava-nos o interface entre o que nós registamos neste programa e o interface para o programa do sonho, que é o

programa geral, não é, pronto. Havia essa incapacidade de passar e, finalmente...a partir de hoje, acho eu, começou isto (risos).

Susana: *A partir de hoje?*

Dra. Rosário: *A partir de hoje, exatamente. Finalmente! Em termos de bloco, estou a falar em termos de bloco. E isso implica o quê? Implica tão somente isto: cada uma das salas, antigamente não tinha, mas cada uma das salas operatórias, no bloco operatório, tem um computador, tem um ecrã de computador e nesse ecrã tem que se registar todo o procedimento cirúrgico que se faz, ou seja, tem que se registar, porque se não se registar perde-se o procedimento, portanto, perdemos os dados do doente e é como se o doente não tivesse sido operado. Mais uma coisa, percebe, isso vai facilitar tudo, porque a pessoa depois passa diretamente e sabe, exatamente, o que é que fez e até agora era registado pelas secretárias, não é, pronto. Portanto, com tudo o que isso tinha a ver e, sobretudo, se a pessoa trabalha mais rápido, o que é que tem feito. Lá está uma das melhorias e por isso é que eu estou a dizer, o impacto da qualidade, isso tem a ver com a qualidade, ou seja, a capacidade da pessoa em tempo útil utilizar todos os meios que pode e mais alguma coisa para resolver as situações.*

Susana: *Mas quando...quando o centro foi transformado para EPE acha que isso teve algum impacto em termos da qualidade do serviço prestado?*

Dra. Rosário: *Começou...*

Susana: *Começou aí todo este...*

Dra. Rosário: *Começou no início, as coisas...Isto é um processo complicado demais para se dizer hoje é mau, amanhã é bom. Portanto, eu acho que ao fim destes anos todos é que a gente pode, claro...eu acho que teve sem dúvida impacto, se ficássemos como antigamente ficávamos seguramente que estávamos já...já devíamos ter fechado em misericórdia.*

Susana: *Então todos esses procedimentos que a doutora falou começaram com a transformação para EPE?*

Dra. Rosário: *Sim.*

17. O impacto é visível ainda hoje? A sua evolução tem sido crescente ao longo dos anos, após 2002, ou foi um impacto pontual?

Dra. Rosário: *Sim, claro!*

18. Haverá um conflito entre controlar os custos com o setor da saúde e a qualidade nos serviços prestados? Perceciona esse conflito no caso do Centro Hospitalar de Setúbal?

Dra. Rosário: *Sim, as duas coisas estão relacionadas, claro, ter qualidade custa mais.*

Susana: *Ter qualidade custa mais...e sente que esse controlo de custos afetou a qualidade do serviço prestado?*

Dra. Rosário: *Não...afeta, afeta porque é assim a gente não pode pedir tudo o que quer, não é. Como tudo, mas isso afeta sempre, não é. Qualidade...ou seja, não é obrigatoriamente...qualidade não significa obrigatoriamente custar mais, não é, sendo que...isto é um bocadinho dúbio esta conversa, porque é assim se me disser: ah, mas eu posso fazer exatamente as mesmas operações. Lá está há tipos de operações que a gente hoje em dia para fazermos de uma forma mais rápida, mais segura temos de gastar mais dinheiro. Contudo, há outras que não precisamos de o fazer, não é. Mas, por norma e de uma forma assim muito geral, não posso especificar e não posso dizer...na medicina nem tudo...nem nunca, nem sempre, não é! Mas, no médio, se eu conseguir equilibrar acho que, por norma as coisas, a qualidade custa dinheiro e, portanto, para se ter acesso a isso...isso é como o carro, quanto melhor qualidade, mais caro é. Agora, não quer dizer que os carros mais baratos não façam o serviço, fazem! Mas pronto têm as suas coisas, suas opções. Acho que sim, acho que...contudo, é assim...a pessoa...acho que o investimento foi importantíssimo e tem que ser...depois de tendo as armas é mais fácil a pessoa...porque lá está consegue-se controlar depois os custos e dizer: podes gastar aqui, não podes gastar ali, vamos tirar daqui e vamos tirar. E, nomeadamente...e estou-lhe a dizer em termos de bloco operatório gastava-se se calhar muito mais dinheiro e nós conseguimos poupar muito mais dinheiro com registos. Gastou-se muito dinheiro inicial, mas isso leva a uma poupança posterior.*

Susana: *Sim a longo prazo é...*

Dra. Rosário: *Sim, acho que sim. Acho que de uma forma geral a qualidade custa dinheiro, nem que seja numa fase inicial, ou seja, tem de haver um investimento inicial e*

depois a partir daí pode-se ter...se comprar um carro bom agora o carro pode-lhe durar muitos anos, não é.

Susana: *Pode não ter problemas.*

Dra. Rosário: *Nunca mais tem problemas...é como o Roll Royce e tem garantia para o resto da sua vida, portanto, nunca mais muda de carro.*

Setúbal, 03 de julho de 2017

Susana Filipa dos Santos Sequeira

Anexo nº 8 – Modelo de análise: Parte 2

Entrevista	Síntese das respostas às questões colocadas	Descritores
1ª entrevista	<p>Diretor Clínico: <i>Eu sou o diretor clínico e o diretor clínico tem uma multiplicidade de funções, como o nome indica...tem a ver com o lado por tudo o que é interesse médico e funcionalidade médica dentro do hospital.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>No fundo a governação clínica...além de ser também vogal executivo.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Claro pertenço ao concelho de administração.</i></p> <p>Susana: <i>Mas não desempenha funções de cuidados de saúde, por assim dizer, ou só trabalha mesmo na parte de administração?</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Também desempenho de modo excedentário...tive autorização superior para fazer alguma atividade clínica que era de meu interesse mantê-la...não parar absolutamente com este cargo.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>E eu, vogal executivo também com diversos pelouros, nomeadamente a gestão de utentes, informática, serviço de instalações e equipamentos, transportes, essencialmente...</i></p> <p>(...)</p> <p>Vogal do CA: <i>Nós só estamos cá há um ano, enquanto Conselho de Administração...</i></p>	A1
2ª entrevista	<p>Enf. Vítor: <i>Sou enfermeiro-chefe, sim.</i></p> <p>Susana: <i>Então, lida com os utentes?</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Basicamente, não lido com os utentes, apesar de...eu faço a gestão dos cuidados a prestar aos utentes, portanto, a assistência a prestar aos utentes e faço a gestão</i></p>	A1

	<p><i>dos recursos humanos e dos equipamentos necessários, exatamente, à prestação de cuidados.</i></p> <p>Susana: <i>Portanto faz a ligação entre quem está a lidar com os utentes e a administração.</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Nós somos basicamente uma chefia intermédia, digamos.</i></p> <p>Susana: <i>Entre quem está aqui e os que lidam com os utentes.</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Exatamente. É esse basicamente o meu papel aqui dentro.</i></p> <p>Susana: <i>E o enfermeiro tem alguma área específica de saúde?</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Eu sou enfermeiro especialista de saúde materna-obstetra, sou parteiro, portanto a minha área deveria ser na especialidade, na obstetrícia. Desempenhei estas funções na obstetrícia durante 30 anos, mas agora aí por conflitos relacionados com aquilo que me vai perguntar retiraram-me da área e colocaram-me numa área afim que é a unidade de cuidados especiais neonatais por uma questão, segundo me explicaram, de paz social.</i></p>	
3ª entrevista	-É enfermeiro-chefe. Não tem serviço. Trabalha na comissão de gestão de risco e no gabinete de qualidade.	A1
4ª entrevista	<p>Dra. Rosário: <i>Eu sou cirurgiã geral, pertenço ao serviço de cirurgia do departamento de cirurgia, não é, e por outro lado também sou diretora do bloco operatório. Sou coordenadora dentro da cirurgia geral. Nós estamos divididos em vários grupos e eu sou coordenadora de um dos grupos e no bloco operatório sou diretora de serviço.</i></p> <p>Susana: <i>Portanto presta serviços aos utentes e também um pouco administrativos?</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Administrativos não, os médicos não prestam serviços administrativos. Fazemos sim, mas não devíamos fazer. A minha postura é muito essa. O serviço administrativo deve ser feito exatamente por pessoal para isso, senão</i></p>	A1

	<p><i>andamos a gastar horas e tempo assim. Mas não é essa a questão, eu, claro, o que me está a perguntar é que eu tenho funções não só em termos assistências, como também de direção, é isso que me está a perguntar.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Susana: <i>Já agora, por curiosidade está aqui há quantos anos?</i></p> <p>Dr. Rosário: <i>27...portanto...2017 eu entrei em 88, portanto para o ano fará 30 anos, em janeiro, portanto são 29 anos.</i></p>	
<p>1ª entrevista</p>	<p>Diretor Clínico: <i>É inevitável, é inevitável. Se a gente quer uma eficiência de todo o serviço assistencial, ele tem de estar organizado e essa organização passa logo por haver uma gestão e organização. Não pode ser de maneira nenhuma de roda livre, ou sem ter uma cadeira ou sem ter um sistema organizativo, isso é inevitável. A rentabilização de resultados também obriga a haver essa mesma gestão, essa necessidade de gestão e da consideração empresarial no hospital.</i></p> <p>Susana: <i>Todos os fatores fizeram com que essas novas reformas fossem realmente necessárias.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Exatamente.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>O trajeto até aqui teve um racional que foi...passou-se de um modelo mais centralizador e administrativo para um modelo mais empresarial. Isso foi fruto, também, de... digamos de tomadas de posição durante muitos anos que tinham também a ver com o modelo de financiamento na saúde que era um financiamento retrospectivo, como se fosse uma repartição normal do Estado, passando para um financiamento prospetivo e baseado em contratos, programas e na produção realizada...o que é que acontece...o modelo encontrado foi inicialmente o de Sociedade Anónima e depois passou-se para Entidade Pública Empresarial. O modelo de Entidade Pública Empresarial,</i></p>	<p>B1, B3 e B5</p>

	<p><i>neste momento, está praticamente generalizado ainda não a cem por cento nos hospitais mas, praticamente, e provavelmente os que ainda não são vão passar a ser. De qualquer modo em Portugal foi este o trajeto que se percorreu. Acho que é fundamental haver também uma gestão do tipo empresarial nas unidades de saúde, de qualquer modo, como todas as áreas, todas as alterações devem ser fruto de uma avaliação profunda e depois concluir o que é que teve bem nesta decisão política, o que é que teve mal e com certeza que há aspetos que também poderiam ser melhorados. A par disto e só como nota paralela, eu diria que independentemente deste trajeto no sentido de uma maior autonomização e empresarialização, ao longo dos últimos anos com a passagem pela troika e os anos de dificuldade que houve em Portugal, regrediu-se muito em termos de autonomia. ... O que eu diria é que é o caminho certo da empresarialização, mas que deve ter estudos e avaliações sobre o que é que foi bom e o que é que foi mau, para melhorarmos.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Eu acho que os hospitais têm necessariamente de ter um grau de autonomia diferente de uma repartição de finanças. Estou a caricaturar, mas é assim...e que o modelo da empresarialização vai no bom sentido...agora, por exemplo, os EPE's já não são só EPE's são EPER, que são reclassificados. Há pouco tempo, poucos anos, agora com esta questão da troika foram reclassificados, o que lhes limita muito a autonomia que tinham, que já não era assim tão grande quanto isso e, portanto, esse restringir da autonomia acaba por ser penalizador, porque, quer dizer, um concelho de administração tem de tomar decisões de acordo com aquilo que a gestão lhe disser que é o mais indicado e não pode ficar refém de que se a lei diz que é assim, pronto, então a lei diz que é e o concelho de administração não está cá para tomar</i></p>	
--	--	--

	<p><i>decisões está para ler o artigo C da linha C do número quatro do decreto-lei setenta e três e, portanto, não adianta nada. E é isso que eu acho que uma coisa é a opinião que eu possa ter, outra coisa é nós como país vermos avaliar isso em estudos, em avaliações e depois concluir. É um modelo correto, aprofundamos, não é vamos reverter aqui algumas coisas e mudar, porque independentemente das opiniões pessoais, o que está aqui em causa é o que é que nós como sociedade escolhemos para nos organizar, não é...e é essa a minha opinião...acho que o caminho deve ser da empresarialização, mas deve ser avaliado.</i></p>	
<p>2ª entrevista</p>	<p>Enf. Vítor: <i>Se quer que lhe diga...existem algumas medidas que obviamente podem ser consideradas medidas até acertadas em termos políticos mas que depois na prática não existem. Hoje é esta reforma, digamos, que se diz que existiu...não existiu bem...estamos cá todos na mesma. Houve algumas alterações como é óbvio, mas por exemplo, uma das coisas que me aflige hoje naquilo que se assiste é que as decisões passaram a ser tomadas de cima para baixo. Os próprios hospitais, e isso já responde a muitas das perguntas que com certeza me vai fazer aí, os próprios hospitais não decidem nada, porque a decisão parte ainda mais de cima, de um escalão superior. Ou seja, qualquer tipo de decisão que venha a ser tomada tem em principio, hoje em dia, uma orientação do ministério ou da direção geral para com...e depois no meio destas questões existem os lóbis de uns e de outros para favorecer mais esta questão ou menos aquela questão. E, portanto, parece-me que ainda estamos numa fase, ainda, de resolução de muitas questões que têm que ser, ainda...digamos...trabalhadas, tanto pedagogicamente, como tecnicamente e profissionalmente, porque há ainda aqui muita coisa a fazer, porque o poder político é uma coisa, o poder</i></p>	<p>B1, B3 e B6</p>

	<p><i>profissional, técnico-profissional é outro e a prática depois...ok?</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>O modelo de gestão, quer dizer, repara, o que é que se passou, digamos a partir de 2000/2002 e que no meu entender, ainda há pouco ali fora estávamos a falar... foi mais uma vez copiar aquilo que existiu lá fora, neste caso no serviço nacional de saúde do Reino Unido, nos anos 80, quando se importaram, digamos, um número de novas técnicas para o setor público e que veio a acontecer, esta situação, como você chama aí, empresarial. E nos temos então os EPE, os hospitais EPE. Bom, isso foi, inicialmente, algo que me pareceu interessante, mas que depois se foi um pouco perdendo, porque vão se mudando as políticas e os políticos e de facto, estas coisas depois não batem umas coisas com as outras. Portanto, há aqui...houve, eu lembro-me, porque eu nessa altura trabalhava no Garcia de Orta, que é um hospital também EPE, é um hospital, e eu agora vou dizer assim em termos de gestão, é um hospital fresco, como se chama, ou como se diz. Foi construído de raiz para aquilo que se propunha, que é diferente de um hospital antigo, onde as coisas são adaptadas e adequadas. Portanto, quando vamos para um hospital novo, as coisas funcionam de uma forma diferente. Agora, quando se tem que adaptar, de facto aí, e adequar, é diferente. E, de facto, aquilo que apareceu na altura com novos pontos, novas ideias, enfim...criou algumas expectativas, digamos, de melhoramento, de desenvolvimento, mas depois...</i></p>	
3ª entrevista	Tem conhecimento.	B1
4ª entrevista	Dra. Rosário: <i>Sim, ou seja, a introdução de administradores na nossa vida de médicos é isso basicamente. Eu acho melhor,</i>	B1

	<p><i>acho melhor. Acho que melhorou positivamente, acho que de uma forma geral, o que eu entendo é, eu acho que para que as coisas funcionem completamente e isso não quer dizer que sim, acho que se calhar a ideia e a original isto como em tudo na vida precisamos de...nós sozinhos não somos nada, portanto, juntamente daí a necessidade e...mesmo como eu digo, cada macaco no seu galho e quer isto dizer, as pessoas que têm a mania que sabem tudo, estão completamente erradas porque ninguém sabe tudo na vida nem ninguém consegue fazer tudo. E, portanto, ao precisarmos e juntarmos uma equipa multidisciplinar só temos a ganhar com as coisas. Agora é necessário é que a equipa saiba interrelacionar-se. É esse o problema, muitas vezes que acontece. As pessoas ficam fechadas se for preciso nos seus gabinetes e isso não funciona.</i></p> <p>Susana: <i>Não há partilha de ideias.</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Ou seja, o facto de...a ideia é ótima de criar e as novas políticas de saúde é tentar no fundo meter administradores e...no fundo isto tem tudo um objetivo que é o aumento de produção e o aumento da produção de uma forma mais coerente porque as pessoas...porque evidente que há muitos médicos que também se dedicaram a esta parte da gestão e, sobretudo, têm essa faceta, hoje em dia os cargos de direção, logicamente para a pessoa falar e abordar e evidente que isso está muito em voga. Eu acho que isso não dispensa, contudo, que hajam administradores, não é, não dispensa. Mas, os administradores têm de falar com as pessoas percebe, os médicos têm de falar com as pessoas. Ou seja, exatamente para uma realidade e a realidade pode não ser a mesma para outro hospital. Não tem nada a ver, mas a gente tem de tentar perceber como é que existe, como é que funcionamos e depois então perceber o que é que é para aqui e o que é importante nós fazermos, mas em conjunto percebe... Isto existe sendo que os resultados foram muito mais tardios exatamente por</i></p>	
--	--	--

	<i>esta falta de...por as pessoas ficarem fechadas nos gabinetes e a gente nem sequer conhecer. Eu pertenço a este hospital há muitos anos e só muito mais tarde é que comecei a conhecer o que é que era as pessoas do conselho, os vogais do conselho porque a gente não os conhecia, eles não se davam sequer a conhecer...</i>	
3ª entrevista	Face ao novo enquadramento o enfermeiro faz uma apreciação muito positiva.	B5
4ª entrevista	Dra. Rosário: <i>Para mim é positivo. Sendo que...é evidente que isso depois, provavelmente, também foi uma questão de aprendizagem, não é. Portanto, o que eu estou a dizer é a minha experiência, quando me diz no geral. Eu acho que foi muito positivo, porque as coisas são fundamentais e o objetivo é diferente, sendo que têm que ser ouvidas as duas partes. Um e um nem sempre são dois, sobretudo na medicina e na cirurgia.</i>	B5
2ª entrevista	Enf. Vítor: <i>...Portanto, a nova reforma, quando falamos nela, vou dizer que trouxe algumas coisas boas, não duvido que não...olha por exemplo, uma das coisas que eu considero boas foi a vinda de administradores hospitalares para os respetivos departamentos, serviços, etc. etc. dos hospitais.</i> Susana: <i>Antes não havia? Era só aqui em cima, não havia em cada?</i> Enf. Vítor: <i>Não, portanto essa questão melhorou, significativamente, não só por causa que eles trabalharam os indicadores, não é, porque existe uma perspetiva diferente de olhar para um serviço, ok?...</i>	B7
1ª entrevista	Vogal do CA: <i>Em vez de dois conselhos de administração passou a haver um. – Apresenta a alteração que ocorreu, não se manifestando positiva ou negativamente.</i>	C1/C2

<p>3ª entrevista</p>	<p>- A junção do Hospital S. Bernardo e o Hospital Sant'Iago do Outão foi uma mera alteração administrativa. Melhorou talvez um caso ou outro com isso.</p>	<p>C1</p>
<p>4ª entrevista</p>	<p>Dra. Rosário: <i>Não, afetou. Afetou e eu vou já dizer, eu nessa parte aí sou...isso é assim...afetou e eu vou já dizer, só positivamente é que afetou. Acho que isso foi uma coisa muito boa, porque nesta península havia dois hospitais e isto é a minha perspetiva. Acho que e graças a deus que houve... na altura a certificação e aliás o hospital do Outão até foi primeiramente certificado do que nós e isto, portanto, na altura foi a mudança, porque o conselho anterior, portanto, estava lá o diretor, o presidente era de lá e só depois é que se reuniu e foi ele o presidente cá e realmente toda a mudança e toda a evolução tem muito a ver com isso. É isso que eu lhe queria dizer, porque realmente até esse Conselho de Administração e isso significa, lá está, a importância das pessoas e do que é que as pessoas pensam sobre o assunto, independentemente de nós podermos ou não e de toda a gente gostar ou não gostar, temos de estar sempre de acordo ou não estar de acordo. Agora é evidente que este hospital, esta casa hospital S. Bernardo, teve um boom brutal a partir do momento em que houve aquela administração do hospital Sant'Iago do Outão. Porque a pessoa tinha uma visão muito mais global e uma visão das coisas, como é que isto devia funcionar e todo o nosso desenvolvimento em termos de formação, informação...</i></p> <p>Susana: <i>Equipamentos?</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Não só de equipamentos, porque a qualidade onde nós estávamos muito baixa era exatamente em equipamentos e, portanto, isso aí melhorou bastante e depois tudo o resto de como é que funciona. É evidente, aquilo que eu lhe estava a dizer, a existência de normas, a existência de</i></p>	<p>C1</p>

	<p><i>protocolos nos serviços para a certificação foi com isso, não é. E, portanto, isso foi um trabalho árduo desde então até...até...mas pronto, depois fomos certificados e é evidente que há sempre coisas a fazer, a melhorar e não sei quê, mas não teve nada a ver. Esta perspectiva, eu acho que este hospital, sem dúvida, os serviços não foi de todo meramente administrativo, notou-se muito meramente administrativo, porque lá... a falar de equipamentos, não é. Mas melhorou. Em relação às pessoas do Outão, propriamente, aos trabalhadores do Outão, para eles não, eles acham que foi piorar, agravou-se e se você fizer uma entrevista lá...não é horrível, isto foi um horror, ficámos aqui destroçados e agora somos tipo um armazém do...disparate, eu acho que não é nada, acho que lá está, eles só achavam que eram muito bons sozinhos, não é, mas uma pessoa não pode nunca estar...eu acho, eu acho. A gente...só somos bons coletivamente e, sobretudo, quando podemos ser comparados com outros. Eu não estou a dizer nada, as coisas são assim...ninguém consegue fazer nada. E, portanto, mesmo eles... é evidente que sim, é evidente que a mudança... se calhar houve uma diminuição da importância, isto é como ter um filho único ou ter dez filhos, não é, basicamente é igual. Não é que se goste menos, mas a pessoa só tem atenção e tem de repartir por todos. Basicamente é isso que aconteceu.</i></p>	
<p>1ª entrevista</p>	<p>Vogal do CA: <i>Sim, isto passou para SA e iniciou o processo aí. Vamos lá ver, nunca uma organização de um dia para o outro tem...mas é um processo gradual que se vai desenvolvendo e aprofundando a empresarialização dentro de um hospital, não é.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Digamos que ao nível dos...enquanto médico posso dizer... ao nível dos vários serviços já havia um</i></p>	<p>C3, C5</p>

	<p><i>intrusamente entre os médicos do Outão e dos daqui (Hospital S. Bernardo), até porque se fazia aqui a urgência (Hospital S. Bernardo)...já havia...e havia uma ligação funcional, sempre houve e ela foi incrementada...e o que também se passa desde dois mil e cinco é também fruto não só...e voltamos ao mesmo...à evolução do estado da arte...aquilo que se sabia há doze anos em termos científicos, hoje já estamos noutra dimensão e noutra dinâmica também...agora em termos...as gestões eram independentes, portanto, o Outão era um hospital só de uma especialidade (ortopédico) e era central de uma especialidade e tinha...digamos que a gestão era muito mais uniforme, mais simples e mesmo em termos financeiros era mais vantajosa por via dos seguros, muitos deles eram dramatizados...recebiam pelo seguro...aquilo era recebido e dava um superavit, enquanto que este hospital tinha uma missão já muito mais ampla e pelo contrário é muito mais...dá défices muito maiores...o que é que se passou depois em relação...e eu sei isso como profissional da outra instituição...estávamos habituados a uma situação muito mais vantajosa e que ao sermos diluídos para um hospital maior e com muito mais dificuldades acabámos por sofrer com isso, não é.</i></p> <p>Susana: <i>Isso em termos do Outão certo?</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Em termos do Outão, mas...portanto, perdemos nesse aspeto, mas houve o aspeto do estado da arte, do estado...das condições assistenciais, das respostas clínicas e de há doze anos para cá houve uma grande evolução nesse sentido...piorámos no sentido da perda de independência, é mesmo assim, mas melhorámos no aspeto da evolução dos tempos.</i></p> <p>Susana: <i>E que alterações concretas? Consegue-me dizer?</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Situações clínicas de maior capacidade, exames complementares mais diferenciados, mais</i></p>	
--	--	--

	<p><i>acessibilidade a esses mesmos exames...os custos quando há mais acessibilidade e mais oferta também os custos têm tendência a baixar um bocadinho...maiores capacidades de resposta, melhores terapêuticas...no caso da ortopedia novos implantes, novas condições, melhores resultados nos doentes...ai melhorámos não é.</i></p>	
2ª entrevista	<p>Tem conhecimento.</p>	C3
3ª entrevista	<p>Melhorou em vários aspetos: Comunicação; Estruturas físicas/manutenção; Maior controlo de ativos, com outros indicadores; Decisão mais partilhada; Melhoramento das listas de espera; Política ambulatoria;</p>	C3 e C5
4ª entrevista	<p>Dra. Rosário: <i>Eu não sei...bom...é assim, a minha resposta...eu não sei muito quais são essas políticas percebe, eu sou muito médica e muito pouco política e muito pouco administrativa e muito pouco...e quando eu digo administrativa é ter conhecimento sobre. A gente vai um bocadinho ao sumo do que é que...do que é que devemos fazer e de como é que melhoramos as nossas...a repercussão que...aquí o objetivo é sempre tratar os doentes o melhor possível, sempre. Da mesma forma ou mais eficazmente com maior eficiência, ou seja, temos o mesmo objetivo gastando menos dinheiro, percebe. Toda esta política. E portanto, como é que isso se faz, como é que isso melhorou... a pergunta era?</i></p> <p>Susana: <i>Qual é o impacto destas alterações.</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Eu acho que esse impacto, esse impacto ao trazer melhor fontes de informação e quando eu digo fontes de informação é toda a melhoria do equipamento, não é, que passa por os registos informáticos, que passa por todo esse acesso de informação que não só...portanto, é evidente que, provavelmente, isto não teve só a ver com essa política e teve a ver com tudo em si no geral, não é...portanto, a informática</i></p>	C4 e C5

<p><i>foi um boom brutal, se nós não tivéssemos computadores estes registos continuariam a ser por cartões. Eu sou do tempo...eu que estou cá há muitos anos neste hospital comecei a minha atividade neste hospital.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>...Ou seja, eu quando cheguei aqui não é, não havia computadores, não havia nem pouco mais ou menos, nada... Quer dizer, são coisas que vocês nem sequer percebem o que estão a falar, nem percebem. E, e é assim eu não sou muito velha e isto realmente foi um boom que aconteceu.</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Em poucos anos isto foi um boom brutal. E, portanto...e, sobretudo, neste hospital...</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Exatamente, então é isso. Pronto então é EPE, mas provavelmente não me pergunte, porque eu não sei, isso é um desconhecimento da minha parte se teve a ver com a política, se teve a ver com as pessoas que estão envolvidas nessa política, percebe o que eu estou a dizer?</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Mas eu acho...a minha forma é sempre positiva por melhoria das coisas todas que foram...</i></p> <p>Susana: <i>Do equipamento...</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Não só do equipamento e de tudo, porque isso levou a que se reestrutura-se tudo...</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Susana: <i>Sim, agora é que está tudo informatizado, é diferente!</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>É evidente que as coisas estão registadas, mas hoje a facilidade que levou a isso e a facilidade teve a ver um bocadinho com esta política e essa necessidade de introdução desses meios. Eu acho que sem dúvida é isso.</i></p>	
---	--

2ª entrevista	<p>Enf. Vítor: <i>Já tivemos, digamos, várias etapas, não podemos descurar que houve uma altura em que os serviços públicos, digamos...vamos falar, por exemplo, que os serviços públicos estavam...necessitavam, digamos, de mais recursos humanos e mais qualificados e necessitavam, por exemplo, de melhor equipamento para diagnósticos, exploração etc. etc.</i></p> <p>Susana: <i>Aqui? Eu estou a perguntar aqui.</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>E aqui também, pronto, aqui. Portanto, isso significa que houve etapas em que isto aconteceu, mas houve etapas em que isto não aconteceu, porque politicamente também houve aspetos que tiveram a ver com os custos ligados ao Serviço Nacional de Saúde, por exemplo, ok? E houve momentos em que obviamente em que com, digamos, com o objetivo de reduzir esses custos, nós, na minha opinião, não temos a capacidade de produzir, digamos, a melhor assistência possível. E eu vou-lhe dizer uma coisa, vou lhe dizer isto, porque é que a certa altura começou a haver mais privados? Porque é que os utentes passaram a ir ao privado? Inclusivamente, vamos dizer isto e eu digo isto às claras, havia nos consultórios de alguns profissionais de saúde melhor equipamento do que no Serviço Nacional de Saúde, então...eu não tenho receio de dizer estas coisas, ok? Você é aluna de mestrado, tem ainda muito que trabalhar nisto tudo e tem muitos anos para desenvolver o seu percurso e pensar bem nestas coisas. Como é que é possível existir melhor equipamento ali no consultório privado...hoje os consultórios privados diminuíram, porque existem hospitais privados, como é...e, então, nós inclusivamente temos a ADSE a ir aos hospitais privados. Ora isto...quando se põe a ADSE a ir aos privados estamos a falar em empresarial, gestão empresarial? Então estamos a ser o quê aqui? Repara bem... então estamos a ser...quer dizer...há alguém politicamente, e eu nem vou dizer quem, que colocou parte do nosso tesouro para o Serviço</i></p>	C5, C8, C10 e C11
---------------	--	-------------------

	<p><i>Nacional de Saúde nos hospitais privados. Então mas havia aqui, ou houve alguma intenção de valorizar o Serviço Nacional de Saúde quando se tomou esta medida? Penso que não, do meu ponto de vista. Quer dizer, pode...podemos aqui, digamos, discutir variadíssimas outras coisas, mas isto não promoveu, de facto, aquilo que é o interesse de termos uma nova gestão, um novo paradigma, que é a situação empresarial. Então deixámos... pusemos parte dos nossos utentes...repara uma coisa, então se nós formos dizer que esses utentes, a partir de agora, não vão aos serviços privados e vêm para o Serviço Nacional de Saúde, haveria aí muitos serviços privados com muita dificuldade em funcionarem. Então, mas a gente fez isto porquê? A reforma era para fazer isto? De certeza que não era. Obviamente que o que aconteceu é que isso favoreceu com certeza outros interesses. A reforma ao ter colocado o Serviço Nacional de Saúde neste percurso, nesta etapa, do meu ponto de vista foi totalmente negativo.</i></p> <p>Susana: <i>Então só consegue ver nestas medidas empresariais coisas negativas?</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Não, há coisas positivas.</i></p> <p>Susana: <i>Então, por exemplo, aqui no hospital algo positivo que tenha acontecido após a introdução de práticas empresariais?</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Por exemplo, os serviços de aprovisionamento melhoraram significativamente, ok? Quando eu falo nos serviços de aprovisionamento falo nos serviços farmacêuticos, também, melhoraram significativamente. Portanto, estamos a falar dos serviços de apoio aos serviços. Todos esses serviços melhoraram significativamente, ok? Os serviços técnicos de saúde, médicos e de enfermagem, podemos considerar, obviamente, que houve desenvolvimentos, eu não estou a falar agora que não houve,</i></p>	
--	---	--

	<p><i>mas de facto não houve aqueles que eram esperados, ok? Tendo em atenção tudo aquilo que falámos para trás.</i></p>	
1ª entrevista	<p>Vogal do CA: <i>Um saldo positivo do meu ponto de vista.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Se eu me colocar no lugar do utente, se me tentar pôr na pele do utente, penso que melhorou sem dúvida, melhorou muito.</i></p> <p>Susana: <i>Mas, por acaso o objetivo da minha dissertação é avaliar o impacto na qualidade do serviço prestado, mas na visão dos profissionais.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Sim. Para mim é claramente um saldo positivo, mas pronto, eu tenho a minha visão, não sou funcionário nem de uma casa nem de outra e, portanto, acho que o saldo foi positivo, hoje é...até porque todas estas inovações tecnológicas que tem havido e que se melhorou muito clinicamente, não é...existe também um esforço grande da gestão, mas que avançou-se muito relativamente ao outro.</i></p> <p>Susana: <i>Novos objetivos...novas metas foram traçadas, novos caminhos.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Hum, hum. E hoje, vamos lá ver...e a ciência avançou muito e os médicos hoje têm outras armas ao dispor para apurar e os doentes beneficiam com isso.</i></p>	C7
3ª entrevista	<p>Face ao novo enquadramento o enfermeiro faz uma apreciação muito positiva.</p>	C7
4ª entrevista	<p>Susana: <i>Portanto em termos de apreciação desse novo modelo é positivo?</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Sim, sim, sim. Então mas tudo é positivo, porque evoluímos, acho eu!</i></p> <p>Susana: <i>Sim...depende das opiniões. Podemos ter evoluído nuns aspetos, mas negativamente noutros.</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Mas o que eu estou a dizer é exatamente isso. Eu não sei se foi...eu estou a dizer em relação...percebe o que eu digo? Eu não sei se foi a EPE, lá está eu não sei se é. Eu</i></p>	C7

	<p><i>sei é que este hospital onde começou com o boom positivo e o desenvolvimento em termos de informação, tratamento dos doentes...</i></p> <p>Susana: <i>Foi na mesma altura.</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Exatamente. Coincidiu, portanto, agora não sei se isso foi política de ou se foi...não é?</i></p> <p><i>(...)</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Não sei se você tem ideia se não existisse isso como é que era feito, não é? (A Dra. Rosário está a referir-se à evolução informática)</i></p> <p>Susana: <i>Pois era muito moroso.</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Pois, exatamente. É só para lhe dizer que essa facilidade claramente foi positivo.</i></p>	
<p>1ª entrevista</p>	<p>Vogal do CA: <i>Eu diria que...nós só estamos cá há um ano e, portanto, não vivemos...pelo menos enquanto órgão de gestão estes... mas eu diria que, até pela experiência de outros hospitais, o movimento da empresarialização...o primeiro...o primeiro grande problema, não é o obstáculo, que cria é...vamos lá ver, não haver estruturas de gestão e instrumentos de gestão que têm que ser criados e garantidamente aqui foram sendo criados como noutros hospitais. E isso não poria como obstáculo mas como uma dificuldade inicial, porque os modelos anteriormente eram mais burocrático-administrativo, não é...e a partir de determinada altura foi preciso ter instrumentos de gestão, ter informação para a gente decidir cada vez melhor com base na informação que tem. Mas isso não é um obstáculo é, digamos, um desafio.</i></p>	<p>C9</p>
<p>2ª entrevista</p>	<p>Enf. Vítor: <i>Não, há dificuldades a ultrapassar...repara...eu vou responder assim a essa pergunta. Há dificuldades a ultrapassar quando os utentes estão informados, quando os utentes sabem o que querem e esse é o grande problema que</i></p>	<p>C9</p>

	<p><i>nós temos. Os nossos doentes, os nossos utentes, não estão bem informados. Vivem numa situação paternalista, ok? E como tal, o que é que acontece? Não se auto-responsabilizam, não sei coresponsabilizam, não têm, digamos, o seu know-how como utentes do Serviço Nacional de Saúde, ok? Que é isso que se procura, a alteração, do meu ponto de vista, que já devia ter acontecido. Esta alteração de paradigma paternalista para a responsabilidade “de”. Porque, quando temos isso nos nossos utentes, e temos utentes exatamente sabem muito bem o que isto é, o Serviço Nacional de Saúde tem dificuldade em responder. Nós, enfermeiros, médicos e por aí fora temos dificuldades em responder, muitas, certo? Porque não estamos preparados para isso, porque estamos sempre num degrau ou numa etapa acima do utente, ok? E isso é algo que esta reforma não proporcionou. Nós andamos sempre a dizer que o utente está no centro dos cuidados. Vamos lá analisar isso. Não está! Às tantas vamos verificar que quem está no centro do sistema são os profissionais e isto é ridículo ao fim destes tempos todos. Estou-me a fazer entender? Portanto, há aqui muita coisa a fazer. É uma pena as pessoas não...terem esta oportunidade e tiveram esta nova oportunidade desta nova reforma e, de facto, a nova reforma teve, como eu estou a dizer, teve coisas boas não digo o contrário, mas há muita coisa a fazer para melhorar e desenvolver a nossa própria forma de prestar cuidados, assistir as pessoas. E, do meu ponto de vista, acho que não aproveitámos, digamos, da melhor forma estes últimos anos, porque repara uma coisa, e é para terminar...nós devíamos ser mais apologistas de uma atividade comunitária-centrica e andamos a falar nisto há décadas, vamos dizer...até vou dizer as últimas três décadas. Mas nós não estamos num serviço comunitário-centrico, nós continuamos num serviço hospital-centrico...então, nós tínhamos que fazer esta reforma e não</i></p>	
--	---	--

	<p><i>conseguimos fazer. Andamos ainda aqui a discutir estas coisas. Portanto, falta-nos atividade, falta-nos uma ligação, digamos, do meu ponto de vista, entre a atividade política e a atividade profissional, de forma a concretizar as mais-valias para os utentes do serviço, para os utentes utilizadores dos serviços, conservando, obviamente, todas as questões elementares para os profissionais.</i></p>	
3ª entrevista	<p>Desafios na mudança para uma gestão mais empresarial no CHS: Melhoramento de infraestruturas; Estruturas adequadas; Criou-se a unidade de AVC (reabilitação); Criaram-se estruturas; Estratégias para combater a diabetes.</p> <p>Obstáculos na mudança para uma gestão mais empresarial no CHS: O hospital é pequeno para a atividade de ambulatório;</p>	C9
4ª entrevista	<p>Dra. Rosário: <i>Não tenho ideia politicamente definida.</i></p> <p>Susana: <i>No seu caso, no seu departamento, não sente que houve algumas dificuldades, obstáculos com isso?</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>De passar para EPE? Nenhumas, nenhuma. No meu não houve dificuldades nenhuma. Pff, não foi o EPE, isso foi uma questão de saúde, de política de saúde não abrirem as progressões de carreira, não tem nada a ver com a EPE.</i></p>	C9
1ª entrevista	<p>Vogal do CA: <i>É um bocadinho isto tudo que nós temos estado aqui a ver, não é.</i></p>	C10 e C11
3ª entrevista	<p>Pontos fortes da reforma da empresarialização no CHS: Dá-se mais visibilidade ao ambulatório; Mais equipamentos; Mais consultas; Criou-se o gabinete da qualidade e o gabinete da comunicação; Faz-se mais avaliação de desempenho.</p>	C10

3ª entrevista	Pontos fracos da reforma da empresarialização no CHS: Em produtividade podia melhorar, até para o desempenho da atividade; Incentivar as pessoas para trabalhar melhor.	C11
4ª entrevista	Dra. Rosário: <i>Ah, não sei, não sei responder, não lhe sei responder sequer. Essa parte aí não sei.</i>	C10 e C11
1ª entrevista	<p>Vogal do CA: <i>É sempre um objetivo nunca alcançado, não é...eu acho que quando a gente atinge a qualidade a gente depois pensa em alguma coisa para melhorar.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Existe logo outro patamar... para aperfeiçoar.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Exatamente. É sempre possível melhorar por muito bem que se esteja.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Mas aí na questão SWOT, essa análise SWOT. Se a gente fizer uma análise SWOT ao Serviço Nacional de Saúde aplica-se.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Aplica-se também...a esta realidade.</i></p> <p>Susana: E se falarmos em qualidade de um serviço público?</p> <p>Vogal do CA: <i>Eu acho que é sempre possível melhorar, mas isso também se calhar faz parte da minha maneira de pensar. Haverá pessoas que se calhar conseguem atingir o ângulo...</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Quanto mais não fosse por sinalização das ineficiências, por sinalização das coisas mal, não é, portanto, quanto mais não fosse só por isso, era sempre possível melhorar...está sempre a ser possível melhorar, porque estão sempre a ser sinalizados em conformidades.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Exatamente.</i></p>	D1
3ª entrevista	O conceito depende de pessoa para pessoa, quer-se o melhor para aquilo que se produz. Atingir os objetivos.	D1
1ª entrevista	Vogal do CA: <i>A ideia permanece, porque, eu até diria por maioria de razão, porque são áreas em que...eu pelo menos e</i>	D3

	<p><i>o Dr. Nuno trabalha cá há mais tempo, quando a gente alcança uma coisa arranja sempre mais vinte para melhorar.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Há sempre mais...</i></p>	
3ª entrevista	<p>Há que concentrar os serviços para melhorar a qualidade. No sentido de juntar-se para satisfazer (conceito cooperativo).</p>	D3
4ª entrevista	<p>Dra. Rosário: <i>Para mim qualidade é conseguirmos fazer...ou seja... ser mais eficiente...eu não sei muito bem definir, porque não sei se sei utilizar as palavras do que eu quero dizer. O que eu quero dizer é que não sei se sei utilizar as palavras corretas. Porque lá está eu não tirei nenhum mestrado nem nada em gestão e coisas do estilo, mas a verdade é que é assim, é sermos o mais eficaz ou mais eficiente, não sei...com a obtenção dos melhores resultados...e isto é quê...de forma...de forma correta existem muitas, não é? A qualidade tem a ver com o saber, isto é um bocado subjetivo e um bocado filosófico.</i></p> <p>(...)</p> <p>Dra. Rosário: <i>O conceito em si, é...para objetivarmos, isto é, termos ótimos resultados no tempo útil mais...melhor, percebe. Basicamente são as duas coisas.</i></p>	D3
1ª entrevista	<p>Vogal do CA: <i>Sem dúvida (é importante), de tal modo que somos um hospital também certificado e, portanto, valorizamos obviamente isso.</i></p> <p>Como é feita?</p> <p>Vogal do CA: <i>Todos os anos é renovada e há auditorias.</i></p> <p>Susana: <i>Externa ou interna?</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Auditoria externa, externa, externa. É de uma empresa inglesa, não é...nós somos certificados pela CHKS.</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Antigamente chama-se King's fund e depois passou a ser CHKS. É o sistema de qualidade que foi adotado. Começou pelo Outão, quando o Outão ainda era um hospital autónomo e depois quando se integrou no Centro Hospitalar</i></p>	D5

	<p><i>o restante Centro Hospitalar, o Hospital de Setúbal, adotou-o. E já havia procedimentos, portanto, já haviam normas e houve uma adaptação deste hospital também ao sistema e é o que é, é aquele que neste momento é contratualizado.</i></p>	
2ª entrevista	<p>Enf. Vítor: <i>Portanto, aqui é muito importante a questão da qualidade e com certeza que vamos aí falar da qualidade, mas a qualidade...mas a qualidade é fator fundamental aqui...nós o que é que andámos a fazer? A acreditar os hospitais em termos de qualidade, a construir procedimentos, normas, etc. etc.</i></p> <p>Susana: <i>King's Fund é um deles.</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>King's Fund e outros que não me lembro agora. Mas o que é que acontece? Isso são procedimentos administrativos, depois as pessoas fazem aquilo? Executam aquilo daquela forma? O documento Y que é dirigido a médicos, enfermeiros etc. etc. quando está escrito pela, pela... e é um normativo, de facto depois na prática clínica, no juízo clínico, aquilo que for, é algo que se concretiza? Raramente, raramente. É capaz de haver gente que diga que sim, eu vou já dizer que raramente, porque, de facto, para pormos no papel uma coisa muito bonita que dá a entender que estamos todos a trabalhar com um determinado percurso, neste sentido...o que é que acontece? Acontece que por vezes depois vamos ver, olhar aquilo na prática e não é bem assim que estamos a funcionar, ok?</i></p>	D5/D6
3ª entrevista	<p>- A qualidade e a sua mensuração é muito importante. Sem indicadores e medição não se pode melhorar.</p> <p>- Acrescenta que se se deixar fugir um utente para o hospital rival (Almada), está-se a perder qualidade na oferta. Há necessidade de “seletivar”, dar atenção aos aspetos económicos, objetivos atingíveis, mais equipamentos para melhorar a imagem e a projeção.</p>	D5

	<p>- O marketing não chega para passar a informação. Tem de se ver a produtividade, número de casos. O número de reclamações também é muito importante, elas requerem resposta e é dada.</p>	
<p>4ª entrevista</p>	<p>Dra. Rosário: <i>É importante claro! Senão como é que a gente sabe. Senão ficamos todos na filosofia, não é? Eu acho que não pode ser, a gente tem que transmitir isto. Lá está a metodologia, ou seja, o importante disto é a metodologia e a forma...a metodologia...aqui faltou-me exatamente isso...a metodologia utilizada há anos atrás é completamente diferente da de hoje em dia, graças a deus. E aqui nesta metodologia...ou seja...completamente diferente no sentido do acesso a ela e a forma como ela é trabalhada. Este...portanto, a pessoa tem, mas este passo, este passo e este passo e hoje em dia é muito mais fácil a gente ter acesso aos passos todos. Portanto, é sem dúvida. Se a gente não medir nunca vamos saber o que é importante ou não é importante.</i></p> <p>Susana: <i>E o que é que há a melhorar.</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>E o que é que há a melhorar. Fundamental em qualquer sítio, no fundo, chama-se análise, não é, e a análise tem de ser por medidas, porque uma análise subjetiva nunca...é sempre subjetivo, não é...e há coisas que são subjetivas. Eu não sei...lá está, por exemplo, em relação à clínica, volto mais uma vez...nós tratamos os doentes da mesma forma, temos as mesmas práticas...mesmas práticas, basicamente, ou deveríamos ter...e estou a falar em cirurgias rotineiras, não estou a falar em cirurgias mais complicadas, mas há um grupo e há um...o que é que acontece, a gente deve-se preocupar sempre com o que é que o doente pensa, o doente saído, não é. E como é que isso é feito...por isso é que é importante os questionários de satisfação, não é.</i></p> <p>Susana: <i>Aos clientes, aos utentes neste caso.</i></p>	<p>D5</p>

	Dra. Rosário: <i>Aos utentes, não é, é importante.</i>	
1ª entrevista	<p>Vogal do CA: <i>Eu acho que primeiro foi empresarializado e depois é que foi a questão da qualidade. Do Outão não sei, Dr. Nuno...</i></p> <p>Diretor Clínico: <i>Também não me lembro...só sei que o sistema do King's Fund já foi introduzido deve ir para perto de vinte anos, foi quando começou a ser introduzido lá, quando foi apresentado e quando se começaram a definir procedimentos e normas...desde...em todos os campos, mas por exemplo, na parte clínica: regras para o envio para o bloco operatório; preparação de pré-operatório; a sinalização dos circuitos; marcação do sítio onde o doente é operado, se é na esquerda ou na direita.</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Normas para evitar erros.</i></p>	E1
2ª entrevista	<p>Enf. Vítor: <i>...mas a qualidade é fator fundamental aqui e, de facto, a qualidade é uma das coisas que estes hospitais empresa mais reforçaram, no sentido de, mas no meu entender mal, porque é assim, reforçaram a qualidade em termos administrativos...</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Esta questão da qualidade é uma medida que acabou por ser importante, mas, do meu ponto de vista...</i></p> <p>Susana: <i>Não teve os efeitos que era suposto?</i></p> <p>Enf. Vítor: <i>Claro que não! Porque estamos a falar, na maior parte, as pessoas, neste caso os técnicos, os técnicos de saúde encararam isso como uma medida administrativa, não como uma medida técnico-profissional, ok? Quando era isso que à partida também, também não é só, também poderiam estar a trabalhar para esse tipo de percurso e esse tipo de objetivo.</i></p>	E2
3ª entrevista	Monitorização dos cuidados; Aumentou o número de consultas; Aumentou o número de atendimentos; Distribuição de recursos melhorou; Aproveitamento de recursos,	E1

	manutenção de equipamentos, transporte; Investimento em formação; Centralização dos serviços.	
4ª entrevista	<p>Dra. Rosário: <i>Foi tudo, então é isso que eu lhe estou a dizer. O impacto foi eu conseguir fazer uma coisa e em tempo útil e rápido conseguir perceber que tinha feito essa coisa, percebe? Aí é que eu acho que foi o grande impacto. A introdução da qualidade, portanto, qualidade que se chamou todo o...o número...para que nós tenhamos qualidade e para a conseguirmos medir tivemos de tomar um certo número de...nós, não fomos nós que inventámos é o que está escrito na...eu não sei se tem conhecimento há várias entidades de certificação da qualidade dos hospitais, não é... Qualquer um deles quer que seja o King's Fund quer que seja outro. Qualquer um deles, portanto, a pessoa para ser certificado em qualidade, como outra coisa qualquer... Pronto, portanto, ou seja, isso responde a esta pergunta. É evidente que há muita coisa ali que a pessoa diz assim: ok, é burocrático! Sem dúvida, é burocrático... E é evidente que pergunta assim: acha que aquilo é tudo feito antes de coiso? Não! Aquilo são coisas...eram documentos a sair, a sair, a sair e se disser que todos os...todas as pessoas, os trabalhadores fazem exatamente, praticam aquilo? Não! Eventualmente, que com certeza que não. Muitos deles, hoje em dia...eu tive conhecimento, porque os tinha de fazer, se tivesse fora se calhar também nem sequer os tinha lido todos. Mas a verdade é que é importante. É importante porquê? Porque está ali a base, percebe?...Isso é como tudo, portanto, ou seja, para ter qualidade nós temos que ter...para conseguirmos medir a qualidade e tudo o que fazemos temos que ter várias armas e vários...e utilizar vários instrumentos que nos possam fazer com que... (deu o exemplo do programa informático para registrar os procedimentos durante as operações)... Mais uma</i></p>	E1

	<p><i>coisa, percebe, isso vai facilitar tudo, porque a pessoa depois passa diretamente e sabe, exatamente, o que é que fez e até agora era registado pelas secretárias, não é, pronto. Portanto, com tudo o que isso tinha a ver e, sobretudo, se a pessoa trabalha mais rápido, o que é que tem feito. Lá está uma das melhorias e por isso é que eu estou a dizer, o impacto da qualidade, isso tem a ver com a qualidade, ou seja, a capacidade da pessoa em tempo útil utilizar todos os meios que pode e mais alguma coisa para resolver as situações.</i></p> <p>Susana: <i>Mas quando...quando o centro foi transformado para EPE acha que isso teve algum impacto em termos da qualidade do serviço prestado?</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Começou...</i></p> <p>Susana: <i>Começou aí todo este...</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Começou no início, as coisas...Isto é um processo complicado demais para se dizer hoje é mau, amanhã é bom. Portanto, eu acho que ao fim destes anos todos é que a gente pode, claro...eu acho que teve sem dúvida impacto, se ficassemos como antigamente ficávamos seguramente que estávamos já...já devíamos ter fechado em misericórdia.</i></p> <p>Susana: <i>Então todos esses procedimentos que a doutora falou começaram com a transformação para EPE?</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Sim.</i></p>	
<p>1ª entrevista</p>	<p>Vogal do CA: <i>Eu acho que foi muito positiva (a evolução). A questão da qualidade...também porque ajuda na questão da empresarialização e nas decisões de gestão.</i></p> <p>Susana: <i>Portanto, a empresarialização ajudou a que esse fator qualidade fosse introduzido?</i></p> <p>Vogal do CA: <i>Exatamente.</i></p> <p>Susana: <i>Porque isso depois também faz parte da eficiência...de todos os objetivos que querem alcançar...</i></p>	<p>E3</p>

	Vogal do CA: <i>Sem dúvida.</i>	
3ª entrevista	A evolução da qualidade tem sido gradual (positiva), com objetivos concretos, planos de ação.	E3
4ª entrevista	Dra. Rosário: <i>Sim, claro! (Tem sido crescente)</i>	E3
1ª entrevista	Vogal do CA: <i>...há bocado estava a perguntar se associamos os custos a qualidade ou o aumento de custos...e eu diria que se há qualidade até há redução de custos. Ou seja, porque a qualidade implica também ser eficiente. E se eu não estiver a ser eficiente, do meu ponto de vista não estou a ter a qualidade máxima que devia ter e aí se eu não estou a ser eficiente totalmente estou a ter desperdício e se estou a ter desperdício não estou, digamos, no meu ponto máximo da qualidade. E eu acho que a qualidade também pode ajudar a reduzir custos.</i>	E5/E6
2ª entrevista	Enf. Vítor: <i>Existe um controlo da parte dos custos...depende, mais uma vez vou dizer uma coisa, depende sempre das pessoas.</i> Susana: <i>Pessoas utentes ou pessoas profissionais?</i> Enf. Vítor: <i>Profissionais, ok? Depende dos profissionais, porque se tivermos alguém que perceba esta conjugação entre os custos e a necessidade de gastar algum dinheiro sobre a atividade A, B ou C melhorando, claramente...</i>	E5/E6
4ª entrevista	Dra. Rosário: <i>Sim, as duas coisas estão relacionadas, claro, ter qualidade custa mais.</i> Susana: <i>Ter qualidade custa mais...e sente que esse controlo de custos afetou a qualidade do serviço prestado?</i> Dra. Rosário: <i>Não...afeta, afeta porque é assim a gente não pode pedir tudo o que quer, não é. Como tudo, mas isso afeta sempre, não é. Qualidade...ou seja, não é obrigatoriamente...qualidade não significa obrigatoriamente</i>	E5/E6

	<p><i>custar mais, não é, sendo que...isto é um bocadinho dúbio esta conversa, porque é assim se me disser: ah, mas eu posso fazer exatamente as mesmas operações. Lá está há tipos de operações que a gente hoje em dia para fazermos de uma forma mais rápida, mais segura temos de gastar mais dinheiro. Contudo, há outras que não precisamos de o fazer, não é. Mas, por norma e de uma forma assim muito geral, não posso especificar e não posso dizer...na medicina nem tudo...nem nunca, nem sempre, não é! Mas, no médio, se eu conseguir equilibrar acho que, por norma as coisas, a qualidade custa dinheiro e, portanto, para se ter acesso a isso...isso é como o carro, quanto melhor qualidade, mais caro é. Agora, não quer dizer que os carros mais baratos não façam o serviço, fazem! Mas pronto têm as suas coisas, suas opções. Acho que sim, acho que...contudo, é assim...a pessoa...acho que o investimento foi importantíssimo e tem que ser...depois de tendo as armas é mais fácil a pessoa...porque lá está consegue-se controlar depois os custos e dizer: podes gastar aqui, não podes gastar ali, vamos tirar daqui e vamos tirar. E, nomeadamente...e estou-lhe a dizer em termos de bloco operatório gastava-se se calhar muito mais dinheiro e nós conseguimos poupar muito mais dinheiro com registos. Gastou-se muito dinheiro inicial, mas isso leva a uma poupança posterior.</i></p> <p>Susana: <i>Sim a longo prazo é...</i></p> <p>Dra. Rosário: <i>Sim, acho que sim. Acho que de uma forma geral a qualidade custa dinheiro, nem que seja numa fase inicial, ou seja, tem de haver um investimento inicial e depois a partir daí pode-se ter...se comprar um carro bom agora o carro pode-lhe durar muitos anos, não é.</i></p>	
--	---	--

Fonte: Elaboração própria