



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Gerir Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para
Stakeholders – A terceira vaga

Rui José Capaleve Vieira

Doutoramento em Gestão, na especialidade Estratégia e
Empreendedorismo

Orientadores:

Doutor Nelson José dos Santos António, Professor Catedrático
Aposentado do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Ana Maria Correia de Campos, Professora Auxiliar
Convidada, Aposentada - Universidade Nova de Lisboa

Dezembro, 2021



BUSINESS
SCHOOL

ISCTE Business School

Gerir Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para
Stakeholders – A terceira vaga

Rui José Capaleve Vieira

Doutoramento em Gestão, na especialidade Estratégia e
Empreendedorismo

Orientadores:

Doutor Nelson José dos Santos António, Professor Catedrático
Aposentado do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Doutora Ana Maria Correia de Campos, Professora Auxiliar
Convidada, Aposentada - Universidade Nova de Lisboa

ISCTE Business School

Gerir Hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para
Stakeholders – A terceira vaga

Rui José Capaleve Vieira

Doutoramento em Gestão, na especialidade em Estratégia e
Empreendedorismo

Júri:

Doutor Renato Telo de Freitas Barbosa Pereira, Professor Auxiliar
do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa (Presidente)

Doutora Maria José Aguilhar Madeira, Professora Auxiliar com
Agregação da Universidade da Beira Interior

Doutor Hugo Emanuel dos Reis Sales da Cruz Pinto, Professor
Auxiliar da Universidade do Algarve

Doutora Marjan Sara Fonseca Jalali, Professora Associada do Iscte –
Instituto Universitário de Lisboa

Doutor Nelson José dos Santos António, Professor Catedrático
Aposentado do Iscte – Instituto Universitário de Lisboa

Dezembro, 2021

Agradecimentos

A realização do presente trabalho considerando o tema e o período em que foi realizado só foi possível devido à extrema capacidade de colaboração, profissionalismo e dedicação de todos aqueles que foram afetados e tiveram impacto na realização da mesma, ou seja os “meus stakeholders”.

Por este motivo a ordem que aqui se segue é perfeitamente aleatória e o sentimento de gratidão não se esgota nesta página.

Inicialmente, devido ao tempo, paciência e conhecimentos que me concederam gostaria de agradecer aos meus orientadores, Prof. Doutor Nelson António e Prof.^a Doutora Ana Campos. O seu suporte e apoio foram fundamentais para conseguir realizar o trabalho, tornando mais fáceis de contornar todas as adversidades encontradas.

Agradeço muito especialmente aos coordenadores da especialização em Estratégia e Empreendedorismo, com os quais fui tendo contacto ao longo dos anos, Prof. Doutor Nelson António, Prof. Doutor Álvaro Rosa e Prof.^a Doutora Marjan Jalali, que sempre me apoiaram e acompanharam, e ainda a todos os docentes e restantes funcionários do ISCTE que de uma forma ou de outra marcaram o meu percurso, que considero de grande valorização pessoal, pelo prestígio da instituição e capacidade de ensino.

Ao Prof. Doutor Francisco Nunes e ao Prof. Doutor Luís Martins agradeço terem acreditado em mim desde o princípio e o imediato apoio na fase de candidatura.

A todos os profissionais de saúde que numa época tão difícil prescindiram de um pouco do seu tempo para me ajudarem neste trabalho com um contributo inestimável, e aos utentes que pacientemente acederam a partilhar abertamente comigo as suas opiniões. Muito obrigado.

À memória da amiga, colega e profissional Isabel Tabuada, tanto fica por dizer e o único consolo é mesmo o “bocadinho” que aqui fica para sempre guardado neste trabalho.

A todos os amigos que não estando aqui expressamente mencionados, sabem que muito me ajudaram nesta fase. Obrigado.

Finalmente agradeço à minha maravilhosa família....

Resumo

Desde a constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foram sendo utilizadas diversas metodologias de gestão, tendo como objetivo colocar à disposição da população todos os serviços de saúde necessários, com a melhor qualidade possível, e racionalização dos recursos.

No entanto, decorridos 42 anos desde a constituição do SNS encontramos-nos atualmente perante uma população de profissionais hospitalares, desmotivados e que permanentemente abandonam o exercício de funções hospitalares e por vezes o próprio SNS.

Também os utentes por seu lado, na generalidade apresentam diversas queixas destes serviços, onde frequentemente são sujeitos a longas esperas pelos atos médicos, serviços burocráticos e pouco amigáveis, e cada vez mais conflitos com os profissionais.

Ambos os *stakeholders* se sentem desvalorizados, no entanto nesta relação os utentes são considerados o elo mais fraco uma vez que não dispõem de poder para reivindicar melhores cuidados, já por sua vez os profissionais estão muito bem organizados em estruturas corporativas que os representam enquanto classe profissional.

Perante este cenário foi utilizada a teoria dos *stakeholders* de Edward Freeman, como ponto de partida para avaliar em que medida a mesma pode promover a melhoria do sistema de gestão. Verificou-se na generalidade que as expectativas e desejos tanto dos utentes como dos profissionais, e o modo como idealmente gostariam que os serviços funcionassem, estão completamente de acordo com as metodologias preconizadas pelo modelo de gestão por *stakeholders*.

Por este motivo a adoção deste modelo poderia ter um impacto positivo em todos os *stakeholders* envolvidos e melhorar o desempenho das instituições hospitalares.

Key-words: *Stakeholder*; Management; Hospital

JEL Codes “*Journal of Economic Literature Classifications*”:

I10 General

L21 Business Objectives of the Firm

Abstract

Since the establishment of the National Health Service (SNS) several management methodologies were used, with the goal of making available to the population all the necessary health services, with the best possible quality, and rationalization of resources.

However, 42 years after the establishment of the SNS, we are currently faced with a population of unmotivated hospital professionals, who permanently abandon the exercise of hospital functions and sometimes the SNS itself.

On the patients' side, they often present several complaints of these services, where they are often subject to long waits for medical acts, bureaucratic, unfriendly services, and increasingly conflicts with professionals.

Both *stakeholders* feel devalued, however in this relationship, patients are considered the weakest link, since they do not have the power to claim better care, while in turn, the professionals are very well organized in corporate structures, that represent them as a professional class.

Considering this scenario, was used the theory of the *stakeholders* of Edward Freeman, as a starting point to evaluate the extent to which it can promote the improvement of the management system. It was found that in general the expectations and desires of patients and professionals, and the way they would ideally like the services to work, are completely in accordance with the methodologies advocated by the *stakeholder* management model.

For this reason the adoption of this management model could have a positive impact on all the *stakeholders* involved, and improving the performance of the hospital institutions.

Key-words: *Stakeholder*; Management; Hospital

JEL Codes "*Journal of Economic Literature Classifications*":

I10 General

L21 Business Objectives of the Firm

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	iii
Abstract	v
Índice de Figuras	viii
Índice de Tabelas	ix
Lista de Abreviaturas	xi
Capítulo I – Introdução	1
Capítulo II – Revisão de literatura	5
2.1 – <i>Stakeholders</i> e Valorização. Que conceitos estão associados?	5
2.1.1 - Cuidados Centrados na Pessoa – Cidadão (<i>Person Centered Care</i>)	6
2.1.2 - Cuidados Centrados no Utente – (<i>Patient Centered Care/Patient Centredness</i>)	8
2.1.3 - Cuidados Centrados na Pessoa, no Cidadão & Cuidados Centrados no Utente	12
2.1.4 - Cuidados Centrados na Mulher – (<i>Woman Centered Care</i>)	13
2.1.5 - Cuidados Centrados ...caso a caso	15
2.1.6 - <i>Value Based Health Care</i> (Cuidados de saúde baseados em valor)	16
2.1.7 - Diversos suportes para os conceitos	18
2.1.8 - Literacia	18
2.1.9 - Empoderamento	22
2.1.10 - “ <i>Engagement</i> ”/inclusão ou envolvimento	25
2.1.11 - Satisfação	26
2.1.12 - Participação dos utentes	29
2.1.13 - Modelos de valorização do utente (Conclusão)	32
2.2 – Gestão, valor e <i>stakeholders</i> , como relacionar?	33
2.2.1 - Introdução à Teoria dos <i>Stakeholders</i>	35
2.2.2 - A teoria que agrega o conceito	37
2.2.3 - As dimensões Normativa, Descritiva e Instrumental	43
2.2.4 - Modelo de Saliência de Mitchell	44
2.2.5 - A importância da saliência, e a saliência da importância do <i>stakeholder</i>	48
2.2.6 - Classificação de <i>Stakeholders</i>	52
2.2.7 - As críticas	55
2.2.8 - <i>Stakeholders</i> na Saúde	57
	vii

2.2.9 - O meio ambiente como <i>stakeholder</i> (na saúde)	62
2.2.10 - O <i>Stakeholder</i> utente	62
2.2.11 - Os <i>Stakeholders</i> Profissionais Clínicos	65
2.2.12 - Os <i>Stakeholders</i> Profissionais Não Clínicos	68
2.2.13 - Os <i>stakeholders</i> hospitalares num contexto temporal especial	70
2.2.14 - <i>Stakeholders</i> – A importância do desempenho colaborativo	75
2.2.15 - A defesa da importância dos grupos, e...	78
2.2.16 - ...a importância da defesa do grupo (utentes)	80
Capítulo III – Metodologia	85
3.1 - Bases teóricas e método de investigação	85
3.2 - A População em análise	87
3.3 - Recolha de dados	88
3.4 - Métodos e ferramentas utilizados na análise	90
Capítulo IV - Trabalho de campo	93
4.1 - As “vagas” de gestão nos Hospitais do SNS	93
4.2 - Gestão Estratégica em saúde	102
Capítulo V – Resultados	105
Capítulo VI – Discussão	161
Capítulo VII – Conclusão	179
Limitações da Investigação e Pesquisa Futura	183
Referências Bibliográficas	185
Anexos	203
Anexo 1 - Questionário utentes	203
Anexo 2 - Respostas ao questionário utentes	205
Anexo 3 – Entrevistas aos profissionais – guião de entrevista	218
Anexo 4 – Entrevistas aos profissionais - respostas	219

Índice de Figuras

Figura 2.1 – Modelo de valor de Michel E. Porter	17
Figura 5.1 – Idade dos respondentes ao questionário	105
Figura 5.2 - Género dos respondentes ao questionário	106

Figura 5.3 – Habilitações literárias dos respondentes ao questionário	106
Figura 5.4 – Respostas utentes “questão 2”	111
Figura 5.5 – Codificação utentes “questão 2”	113
Figura 5.6 – Respostas utentes “questão 3 – Pior”	117
Figura 5.7 – Codificação utentes “questão 3 – Pior”	119
Figura 5.8 – Respostas utentes “questão 3 – Melhor”	124
Figura 5.9 – Codificação utentes “questão 3 – Pior”	127
Figura 5.10 – Nuvem de palavras utentes “questão 4”	128
Figura 5.11 – Zona geográfica dos respondentes ao questionário.....	133
Figura 5.12 – Respostas (profissionais) “questão 1”	135
Figura 5.13 – Representação esquemática conclusões “questão 1” (profissionais)	138
Figura 5.14 – Respostas (profissionais) “questão 5”	151
Figura 5.15 – Representação esquemática conclusões “questão 5” (profissionais)	152
Figura 5.16 – Representação do modelo de <i>Stakeholders</i> (fonte: Freeman, et al., 2007)	168

Índice de Tabelas

Tabela 2.1 - Críticas ao modelo de gestão por <i>stakeholders</i> . Fonte: Elaboração Própria .	56
Tabela 2.2 - Reclamações de utentes (fonte: ERS – 1º semestre de 2019)	69
Tabela 3.1 – Identificação dos profissionais entrevistados	89
Tabela 5.1 – Respostas “questão 1A”	107
Tabela 5.2 – Respostas “questão 1B”	107
Tabela 5.3 – Respostas “questão 1C”	108
Tabela 5.4 – Codificação “questão 2”	110
Tabela 5.5 – Output Taguette SW - Codificação “questão 2”	110
Tabela 5.6 – Codificação “questão 3 - Pior”	116
Tabela 5.7 – Output Taguette SW - Codificação “questão 3 - Pior”	117
Tabela 5.8 – Codificação “questão 3 - Melhor”	123
Tabela 5.9 – Output Taguette SW - Codificação “questão 3 - Melhor”	123
Tabela 5.10 – Output Taguette SW - Codificação “questão 4”	129
Tabela 5.11 – Codificação “questão 4 - Perceções negativas”	131
Tabela 5.12 – Codificação “questão 4 - Perceções positivas”	132

Tabela 5.13 – Codificação “questão 1”	136
Tabela 5.14 – Codificação “questão 2”	139
Tabela 5.15 – Codificação “questão 3”	144
Tabela 5.16 – Análise FOFA “questão 3”	147
Tabela 5.17 – Tabela de frequências “questão 4”	148
Tabela 5.18 – Tabela de frequências “questão 4”	149
Tabela 5.19 – Tabela de frequências “questão 5”	152
Tabela 5.20 – Tabela de frequências “questão 6”	155

Lista de Abreviaturas

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada.

DGS – Direção Geral da Saúde.

EPE – Entidade Pública Empresarial.

NHS – National Health Service.

NGP – Nova Gestão Pública.

PPP – Parceria Público-Privada.

SNS – Serviço Nacional de Saúde.

VBHC – Value Based Health Care.

Capítulo I – Introdução

A gestão hospitalar é hoje em dia um dos problemas mais vincados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). As temáticas relativas ao número de hospitais existentes, formas de gestão, recursos humanos, qualidade e serviço são questões muito relevantes uma vez que aqui se movimentam dois interesses supremos: saúde e dinheiro.

Se do lado do prestador de serviços (Ministério da Saúde), estas questões são pertinentes para a análise e gestão dos serviços a prestar, já para o utente além das preocupações monetárias associadas ao custo de obtenção de serviços de saúde, também são permanentes as preocupações associadas aos tempos de espera, acesso e qualidade dos serviços prestados.

Outro elemento fundamental do funcionamento hospitalar, são os seus profissionais. Em estruturas onde o conhecimento técnico é primordial, os recursos humanos atingem a sua máxima relevância. Neste âmbito, são conhecidos os permanentes conflitos entre profissionais e órgãos de gestão, sendo estes normalmente devidos a questões remuneratórias, valorização das carreiras entre outras condições do desempenho laboral.

Em complemento a estas áreas de interesses potencialmente conflitantes, estão as decisões políticas de gestão destas unidades, que nem sempre são realizadas sobre um suporte técnico bem sustentado, como forma de garantir desde logo, benefícios para as diversas partes envolvidas.

Fundamentalmente, a otimização da gestão hospitalar está relacionada com a capacidade em promover a satisfação profissional dos colaboradores, e potencializar os serviços prestados aos utentes, promovendo para tal a utilização racional dos recursos financeiros. No entanto, perante a complexidade da gestão nestas organizações e diferentes perceções das relações com os seus *stakeholders*, a obtenção do bem comum será sempre um objetivo difícil de alcançar (Argandoña, 1998).

A definição das políticas de gestão da saúde onde se integram os hospitais despertam o interesse principalmente de políticos, profissionais, utentes, fornecedores, entre outros. A relação de poder entre estes *stakeholders* vai definir quais as políticas e modelos de gestão a utilizar.

A gestão de serviços de saúde transporta-nos para dimensões de difícil valorização e de elevada complexidade. As unidades de saúde são peculiares na sua gestão porque lidam com valores únicos como a vida, a morte, o sofrimento, a saúde e o bem-estar, desta forma assumem desde logo outra perspetiva, os processos e resultados envolvidos na gestão, perante o impacto que os mesmos podem ter na vida das pessoas (Reis, 2007, citado por Bernardino, 2017).

À semelhança de anos anteriores, na vertente financeira, 2018/2019 pautaram-se por exigências de mais meios para a gestão da saúde. Por sua vez, as relações entre utentes e serviços hospitalares caracterizaram-se pela antítese entre os apregoados cuidados centrados no utente e os conflitos com os profissionais.

Na generalidade, todas as organizações têm as suas próprias peculiaridades na senda dos seus objetivos ou vivência diária. A prestação de cuidados de saúde devido à sua relevância para a sociedade, agrega um grande conjunto de partes interessadas, que poderão nem sempre estar alinhadas perante os principais objetivos das organizações que prestam os serviços.

Os hospitais enquadram-se genericamente neste âmbito, na maioria dos casos gerem um grande número de recursos humanos, financeiros e materiais (Bachouch et al., 2012).

São organizações complexas onde se cruzam muitas vezes poderes conflitantes, relações de interdependência e recursos de elevado valor técnico e científico em prol da obtenção de um valor dificilmente mensurável – a saúde (Martins et al., 2015).

Em A.C. Campos & Simões (2014) podemos ver a referência a Peter Drucker onde se indica que o hospital foi considerado a forma mais complexa de organização humana.

Também Glouberman & Mintzberg (2001) consideram a gestão hospitalar extremamente complexa, propondo uma análise individual das diversas componentes da gestão destas organizações como forma de eliminar essa complexidade.

Tomando em consideração a afirmação anterior, a temática do presente trabalho pode ser entendida também em duas vertentes principais, para que, do conjunto resulte uma visão abrangente e liberta de complexidade, que na essência analisa os modelos/evolução da gestão hospitalar e valorização de *stakeholders*.

Aqui se utiliza a teoria dos *stakeholders* popularizada por Edward Freeman, como estrutura conceptual principal. Na generalidade a teoria de Freeman aponta para a necessidade de reavaliar os modelos de gestão tendo em consideração o envolvimento dos seus *stakeholders*, o seu poder, direitos e responsabilidades.

Existem razões fundamentais para a utilização da referida teoria no presente trabalho. Uma delas está ligada à forma de interação da organização com os seus principais *stakeholders*. A perceção das suas expectativas e conhecimentos, ou no limite, entender como cada um pode ser influenciado ou influenciar a organização.

O tema é extremamente importante perante a difusa relação que estas organizações mantêm com um dos seus principais *stakeholders* - os utentes, isto deve-se muito a conceitos e classificações enraizados na sociedade que tendem a confundir mais do que promover melhores

cuidados, numa ideia disseminada de “centralização dos cuidados no utente”, e numa suposta valorização destes.

Na ótica do utente, na generalidade os serviços hospitalares não prestam os serviços adequados, o que motiva constantes queixas, quer devido a processos burocráticos complicados, extensas listas de espera para atos médicos, ou ainda pela crescente identificação de casos de má prática clínica.

Contudo, e se por um lado se advoga a centralização no utente devido à fragilidade deste, então questiona-se a relação da organização com o *stakeholder* profissional enquanto facilitador e promotor desta “centralização”. Este *stakeholder* é uma das partes que normalmente mantém com as estruturas (organização, governo) relações rígidas, perante a exigência de melhores condições profissionais e laborais, sentindo-se habitualmente pouco valorizados.

Existe uma permanente insatisfação que tem levado muitos destes profissionais a abandonarem o SNS, os que ainda exercem nas unidades hospitalares, fazem-no porque possuem um estatuto nestas organizações e já não consideram valer a pena alterarem o seu percurso profissional, ou porque conseguem conciliar horários em diversos locais onde podem exercer, ou ainda muitas vezes como justificação, atribuem tal desempenho a um espírito de missão.

Genericamente todos os profissionais que pretendem contribuir positivamente para o desempenho do funcionamento hospitalar consideram que as atuais circunstâncias não os valorizam, profissional ou pessoalmente.

Temos nestes dois *stakeholders* diferentes necessidades de centralização, a primeira no utente que ocorre por ser o elo mais fraco e está numa posição de dependência dos serviços, a outra nos profissionais que não sendo devidamente valorizados, desmotivam, afetando assim as condições para prestar os cuidados da melhor forma. Nesta vertente, pode-se concluir que é necessário tratar dos profissionais para que estes tratem dos utentes.

A centralização não é assim consensual e a teoria mostra-nos que a mesma pode ser realizada na organização ao invés de ser nos referidos *stakeholders*, isto é suportado pelo facto de a organização ser “o bem comum” de todos os *stakeholders*, e que todos têm que gerir para obter o melhor benefício e eficiência para os envolvidos.

A organização estabelece o centro do sistema das relações bilaterais onde se podem conciliar os múltiplos interesses dos *stakeholders* da organização. Cabe à organização a gestão dos seus *stakeholders*, não permitindo que algum destes seja descurado (Carvalho & Gomes, 2011).

Outra razão para utilizar a presente teoria neste trabalho, prende-se com os modelos de gestão que se pretendem otimizados para que exista uma correlação positiva entre a eficiência da gestão e a relação com os seus *stakeholders*. As tradicionais teorias económicas da organização já demonstraram não ter capacidade de interpretar a relação com os seus *stakeholders*, por outro lado, o modelo económico centrado nos resultados económico-financeiros e na primazia dos acionistas, também já demonstrou ser incapaz de explicar o comportamento organizacional (Carvalho & Gomes, 2011).

Com a constituição do SNS, podemos identificar duas “vagas” perfeitamente distintas de gestão, a inicial realizada aquando da sua constituição assenta num modelo burocrático e profissional, a segunda muito posterior adota já metodologias de gestão que visam vertentes ligadas à eficiência económica, dos meios e da valorização dos serviços prestados aos utentes.

No entanto, decorridos 42 anos da constituição do SNS, e perante o atual estado de frustração e crispação entre os seus principais *stakeholders*, constata-se que apesar das diversas alterações aos modelos de gestão ocorridas durante este tempo, estas aparentemente não demonstraram ser suficientes para promover a melhoria das condições de prestação dos cuidados aos utentes, e a valorização dos profissionais, prevenindo a atual situação.

Assim, perante a análise dos temas abordados, surgiu como objetivo de pesquisa do presente trabalho inferir em que medida a aplicação de um modelo de gestão hospitalar baseado em *stakeholders* pode otimizar o sistema atual, criando valor para todos os envolvidos.

Para atingir tal objetivo, de imediato surgiram as seguintes questões de investigação:

Os modelos de valorização do utente traduzem-se na obtenção de melhores cuidados de saúde?

Qual a perceção do utente como “elo mais fraco” sobre os cuidados prestados e na sua relação com os restantes *stakeholders*?

Podemos considerar correta a centralização do utente, descurando os restantes *stakeholders*?

Os *stakeholders* envolvidos consideram que modelos atuais de gestão aplicados nos hospitais têm em consideração a sua valorização?

Capítulo II – Revisão de literatura

2.1 – *Stakeholders* e Valorização. Que conceitos estão associados?

O utente é um dos elementos fulcrais a ter em conta na gestão hospitalar, pelo que convém identificar diversos conceitos que normalmente lhe são associados com o objetivo de transmitir que este está no “centro” das atenções, e que os serviços estão organizados em função das suas necessidades e expectativas.

Atualmente a bibliografia existente identifica diversos conceitos associados a formas de trazer o utente para o sistema pretendendo desta forma realçar a sua importância, valorizando a sua decisão, ou ainda, conseguindo deste um nível superior de compromisso. Na generalidade estes conceitos focam diversas vertentes como a satisfação, participação, centralidade no sistema, entre outros.

A aplicação destes conceitos está transversalmente relacionada com a melhoria da qualidade dos serviços prestados, a eficácia, a eficiência e, numa agregação genérica, à redução de custos (Crisp et al., 2014).

No entanto, se por um lado estes conceitos pretendem de forma inequívoca dar importância ao utente, por outro, a aplicação dos mesmos apresenta-se condicionada perante a disparidade de definições e critérios da sua aplicação, por esse motivo torna-se imprescindível a sua explicitação devido a alguma sobreposição das teorias de base, ou adequação à realidade do sistema de saúde português.

Note-se que perante a difícil transposição da designação de alguns conceitos para português, mesmo apesar de alguns terem sido adotados e difundidos no dia-a-dia, em certas situações optou-se por manter a sua designação em inglês.

Pretendeu-se desta forma manter inalterados os princípios que estão subjacentes à sua criação e utilização, caso contrário poderia perder-se informação face à génese dos mesmos, uma vez que a sua aplicação ao sistema português, por vezes sofre algumas alterações.

Por este motivo podemos entender os conceitos equivalentes dentro de cada divisão ou categoria realizadas.

A dinâmica com que aparecem novos conceitos e teorias nesta área aconselha a identificar os que demonstram maior aplicabilidade ao sistema português e que exibem mais evidências de investigação e estudo.

O critério utilizado para apresentação e divisão dos conceitos reflete, o que a literatura apresenta, sendo que em muitos casos, verificamos a junção ou fusão dos mesmos, ou por

oposição, a dissociação entre eles. Este facto deriva da persistente e generalizada falta de definição dos conceitos, dos critérios, e da sua aplicabilidade.

2.1.1 - Cuidados Centrados na Pessoa – Cidadão (*Person Centered Care*)

Com os “Cuidados Centrados na Pessoa”, ou “*Person Centred Care*” pretende-se que os cuidados sejam prestados de uma forma mais personalizada.

Em Portugal não se adoptou diretamente o termo “pessoa” utilizando-se outras designações, as mais utilizadas são: cuidados centrados no doente, utente ou cidadão.

Os cuidados centrados na pessoa estão intrinsecamente ligados à perceção da qualidade dos cuidados prestados. O início desta filosofia de pensamento deveu-se ao relatório do *Institute of Medicine* – “*Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*” que em 2001 lançou novas perspetivas de abordagem do assunto considerando o utente no centro dos cuidados de saúde (Moody et al., 2018).

O relatório da “*The Health Foundation* (2014)” refere relativamente à definição de “Cuidados Centrados na Pessoa”, que a mesma está envolta em indefinição uma vez que ainda está em evolução.

Por esse motivo, este organismo nos estudos realizados decidiu não apresentar uma definição precisa para o conceito, preferindo identificar quatro princípios de orientação, que sendo aplicados promovem o cuidado centrado na pessoa, sendo estes:

- Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito.
- Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado.
- Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado.
- Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena.

Aqui a utilização do termo “*Person Centred Care*” é justificada considerando que se pretende desta forma identificar a “pessoa” com uma abordagem holística considerando-a como um todo nas suas diversas vertentes, saúde, pessoal e social, utilizando a inter-relação deste contexto, para a promoção da saúde. A utilização desta terminologia em detrimento do “*Patient centred care*” (desenvolvido mais à frente) é devida ao facto de considerarem que este conceito está mais ligado aos sintomas e à doença.

O conceito de cuidados centrados no utente é demasiado generalista e neste o utente não tem capacidade interventiva nos seus próprios cuidados, devendo realizar-se a transição para os cuidados centrados na pessoa por ser mais holístico e permitir uma maior interação entre as partes (Hovey, 2018).

Este tipo de justificação é algo comum, quando se pretende realçar diferenças entre os conceitos, no entanto recorda-se que o “*Patient Centred Care*” já tinha como foco o paciente como um todo, permitindo a sua integração, participação e decisão nos cuidados de saúde.

No relatório da “*The Health Foundation (2014)*” podemos ver que uma das razões pela qual os cuidados prestados devem seguir a metodologia de centralização na pessoa é, segundo estes, porque as pessoas querem ter um papel mais ativo nos seus cuidados de saúde. Como teremos oportunidade de ver posteriormente, ter um papel mais ativo do utente nos seus cuidados é uma das premissas comuns entre vários conceitos.

O conceito “centrado na pessoa” terá tido início nos anos 1960 com o psicólogo Carl Rogers, que o utilizou no âmbito da psicoterapia. Na década de 1970 o psiquiatra americano George Engel transpôs este modelo médico para um modelo psicossocial, perante a sua justificação de utilização em cuidados centrados na pessoa como um todo. Já em 2001 o *Institute of Medicine* incluiu o foco no paciente como uma das dimensões da qualidade em saúde.

Todos os *stakeholders* da saúde devem entender melhor o conceito “Cuidados Centrados na Pessoa”, para melhor atingir os objetivos e delinear estratégias de gestão. A atual falta de conhecimento sobre este conceito e a sua disseminação propagandística apenas para atingir objetivos de marketing prejudica os utentes e a melhoria dos cuidados (Leviton & Melichar, 2016).

As medidas adotadas de centralização no utente promovem uma eficiência de recursos financeiros. Ao existir uma maior integração médico/utente, as decisões conjuntas passaram a ser mais aceites e cumpridas, uma vez que no caso dos utentes estes assumem um maior compromisso na prossecução dos resultados.

Refere-se ainda, a existência de evidências na redução de custos quando os utentes obtêm mais informação, quando as pessoas participam nas decisões e quando gerem melhor o seu cuidado, tendo menos probabilidade de utilizar os serviços de emergência. A ligação entre as diversas facetas aqui abordadas de integração do utente e a vertente financeira, é permanentemente assumida entre os investigadores.

Advogando razões contrárias, podemos encontrar no relatório da “*The Health Foundation (2014)*”, a indicação de que a perceção de cuidados, varia de pessoa para pessoa, consoante as suas características. Por outro lado, existem ainda diversas condicionantes individuais que não permitem esta integração, onde se assinalam desde logo como mais importantes, o desinteresse do utente em participar nos seus cuidados de saúde, ou as incapacidades sociais/culturais que possam existir.

É ainda importante assinalar, que um dos principais entraves à prossecução da aplicação dos cuidados centrados no utente é, o facto de os profissionais terem pré-concebido que os cuidados que oferecem já são centrados na pessoa. Isto poderá ocorrer pelo facto da maioria dos trabalhos efetuados serem realizados por profissionais de saúde e não por entidades independentes (Crisp et al., 2014).

2.1.2 - Cuidados Centrados no Utente – (*Patient Centered Care/Patient Centredness*)

Perante a confusão que reveste os conceitos de “*Patient*” e “*Person*”, Eklund, et al. (2019) referem que o conceito “*Patient*” ou paciente/utente em português, está mais ligado à prática da “medicina paternalista” onde apenas conta a decisão médica sobre a patologia que promoveu o contacto entre estes dois *stakeholders*. Já o conceito “*Person*” ou pessoa/cidadão considera que o tratamento deve ir além do diagnóstico e tratamento da patologia, analisando ainda as condições familiares, sociais e historial clínico (Ham, 2003).

A diferença identificada, apenas refere o conceito centrado na pessoa, como mais holístico perante a forma como analisa o utente. Existem, no entanto, dimensões como a “empatia” que apesar de reconhecida de forma idêntica nos dois conceitos, é interpretada de forma diferente, ou seja, enquanto no “*Patient Centred Care*” a empatia funciona como forma de facilitar a relação médico – utente, no “*Person Centred Care*” a empatia pretende-se integradora para perceber relações anteriores e futuras que tenham influência na saúde ou estilo de vida do utente.

Para Eklund, et al. (2019) e Pires (2011), os conceitos deveriam ser utilizados pela literatura de forma distinta, a indefinição dos mesmos permite utilizações sem um critério claramente delimitado. Para estes, apesar das similaridades entre ambos, o conceito “*Person*” é mais abrangente na análise das necessidades dos utentes.

Resulta ainda de Eklund, et al. (2019), a revisão de literatura realizada entre 1987 e 2006 sobre as diferenças de interpretação dos conceitos “*Patient*”, “*Person*”, “*Client*” e “*Family Centred Care*”, os investigadores concluíram que não existem diferenças ao nível da conceção temática destes conceitos, podendo apenas considerar-se que são diferentes abordagens para colocar o utente no centro da decisão consoante cada situação específica.

Considerando as diversas indefinições, Stewart (2001) realiza uma abordagem onde indica que cuidados centrados no utente, implica dizer que os mesmos não são centrados na tecnologia, nem nos médicos, nem nos hospitais, nem na doença.

Reforça a ideia, de que nem todos os utentes podem querer ser incluídos de forma rígida nos seus cuidados, pelo que o conceito deve ser interpretado como aberto, ou seja incluindo

apenas quem quer ser incluído, com a informação que pretende, e com o nível de decisão partilhada que entender, e não forçosamente da mesma maneira para todos, ou imposta pelo *stakeholder* com mais poder de influência (Ham, 2003).

Para Mead & Bower (2000) apesar do conceito estar revestido de indefinição, o facto é que existe uma enorme popularidade em torno do mesmo. O estudo que realizaram identifica cinco dimensões chave para o caracterizar, sendo estas:

1 – Adotar uma perspetiva biopsicossocial de análise holística do estado de saúde do utente.

2 – Tipo de relacionamento com o utente e valorização do mesmo num conceito utente/pessoa.

3 – Partilha de poder e responsabilidade entre os diferentes *stakeholders*, abandono do sistema convencional e paternalista de atendimento e, mais empoderamento e envolvimento do utente.

4 – Aliança terapêutica. Um pouco à semelhança da decisão partilhada refere-se à relação médico/utente na decisão terapêutica.

5 – “*doctor-as-person*”. Aqui remete-se para a empatia e para a forma de encarar o tratamento perante as características pessoais do pessoal médico.

A definição conceptual do termo “*Patient-centredness*” é pobre e confusa o que resulta na sua deficiente aplicação e medição. Os resultados podem ser interpretados de diferentes formas entre os investigadores, muitas vezes apenas movidos por agendas políticas (Scholl et al., 2014).

Estes investigadores identificaram o trabalho em equipa como uma das dimensões mais importantes dos cuidados centrados no utente.

Daqui resulta também uma identificação de quinze dimensões do “*Patient-centredness*”, sendo estas divididas por:

- Princípios – relativo à importância da relação profissional-utente, à perspetiva biopsicológica e ao reconhecimento da importância de análise holística do utente como pessoa.
- Facilitadores – nesta dimensão enquadra-se a comunicação profissional-utente, o trabalho em equipa, o acesso aos cuidados e a coordenação dos cuidados clínicos e não clínicos na abordagem à doença.
- Atividades – aqui se insere a informação e o envolvimento do utente e família, o empoderamento e o suporte emocional.

Concluindo-se por fim que as dimensões identificadas não são independentes existindo relações entre elas.

Já quanto à diferença de entendimento entre os “Cuidados centrados no utente” e os “Cuidados centrados na pessoa”, os autores referem tratar-se de uma diferença de nomenclatura e não de conceitualização, uma vez que ambos os princípios advogam os mesmos objetivos.

Por outro lado, Holmstrom & Roing (2010) analisaram os cuidados centrados no utente em conjunto com o empoderamento indicando que foram introduzidos na área da saúde com o objetivo comum de valorizar o utente. Estes conceitos têm raízes diferentes apesar de por vezes serem utilizados para o mesmo fim.

Note-se ainda, que em qualquer dos conceitos, a motivação do paciente é sempre um fator fundamental para o sucesso. Caso não exista pré-disposição do utente em ser integrado, envolvido ou este não tenha capacidades físicas e/ou psicológicas para o efeito, então não é possível a adoção de nenhum destes conceitos. Existem áreas da saúde como os cuidados paliativos oncológicos, em que o doente se encontra muito fragilizado, e a maior parte dos utentes delega no prestador de cuidados todos os tratamentos e simplesmente não pretendem ter qualquer intervenção ou decisão nos mesmos.

Este tema é analisado em, Thomas, et al. (2018), aqui podemos ver que o aumento da multimorbilidade tem favorecido a adoção de práticas de cuidados centrados no utente, sendo que estas representam o respeito pelas preferências individuais, valores e responsabilidade em decisões clínicas.

Note-se que os cuidados centrados no utente apenas começaram a assumir mais relevância após a classificação pelo “*Institute of Medicine*” como um dos objetivos da Qualidade.

Lamiani, et al. (2008) citam Mead & Bower que identificaram as seguintes dimensões do conceito:

- Perspetiva biopsicológica;
- Utente como pessoa;
- Partilha de poder e responsabilidade;
- Partilha de decisão e efeitos do funcionamento do “médico como pessoa”.

É ainda salientado neste estudo a diferença de entendimento entre médicos e utentes perante o que podem ser “cuidados centrados no utente” quando analisados por diferentes culturas (países), uma vez que as perspetivas variam consoante a cultura onde estamos inseridos.

Berwick (2009) também conjuga a qualidade dos serviços prestados com as estratégias de integração, considera que os cuidados centrados no utente são uma dimensão integrante da qualidade como a segurança ou a efetividade.

Em termos conceptuais os cuidados centrados no utente refletem uma forma de funcionamento baseada na partilha, parceria e respeito entre as partes envolvidas. Berwick (2009) perante a disparidade de definições para os cuidados centrados no utente, propõe uma definição em que relaciona o utente com o respeito, dignidade, transparência e poder de escolha em todas as relações necessárias e suficientes relativas aos cuidados com a sua saúde.

A qualidade dos cuidados de saúde está atualmente associada a conceitos como o empoderamento e “ativação” de utentes no que se considera uma integração dos mesmos, num âmbito holístico de cuidados centrados no utente (Wagner et al., 2005).

Os conceitos “ativação” ou “empoderamento” encontram-se assim diluídos e associados aos cuidados centrados no utente, sempre numa vertente de otimização e melhoria dos mesmos. Os argumentos para a adoção destas políticas, são justificados por dois motivos:

- Sociopolítico – o médico controla a comunicação e o utente é colocado numa situação de inferioridade não contrapondo em situações em que tal era expectável, resultando em poucos objetivos alcançados.
- Decisão clínica – o médico controla a comunicação e a decisão é realizada sem ter em conta a opinião ou vontade do utente, o que promove o desinteresse deste pelo tratamento porque não se encontra fidelizado ao mesmo.

Assim a adoção de práticas que apliquem os cuidados centrados no utente, resultam numa boa receptividade deste, porque o utente está intrinsecamente aberto à comunicação perante o seu estado de saúde, e quer ser ouvido. O modelo desenvolveu-se não devido a estudos clínicos rigorosos, mas porque a prática clínica paternalista demonstrou diversas carências numa correta gestão da saúde dos utentes.

A utilização dos cuidados centrados nos utentes permite chegar a estes demonstrando dessa forma responsabilidade e ética nas ações. Esta forma de funcionar favorece a inclusão, partilha, parceria e o empoderamento. No entanto, também pode ter um efeito contrário perante uma aplicação paternalista dos cuidados de saúde, decididos univocamente pelos profissionais de saúde (Funnell 2016; Gerrits 2014; Rohrer et al., 2008).

De forma disruptiva para Stefani, et al. (2017), a centralidade do utente torna-se cada vez mais uma utopia porque a evolução da medicina devido aos avanços tecnológicos tende a ser cada vez mais distante do cidadão. Isto acontece atualmente quando observamos as crescentes consultas telefónicas, “*on-line*” ou “*fast*” consultas muito associadas a serviços privados de saúde.

2.1.3 - Cuidados Centrados na Pessoa, no Cidadão & Cuidados Centrados no Utente

Após termos verificado como a bibliografia aborda individualmente estes conceitos, uma vez que os autores mencionados realizam uma separação ideológica ou de conceção entre eles, torna-se agora necessário saber o que advogam os autores com opinião diferente.

Verificou-se a necessidade de realizar este ponto porque se anteriormente os autores realizavam a divisão de conceitos, os autores que a seguir se mencionam, não fazem qualquer separação entre cuidados centrados na pessoa, no cidadão ou no utente.

Perante esta questão Pulvirenti, et al. (2011), indicam que quando se trata de doença crónica é normalmente utilizada a designação de “cuidados centrados na pessoa”, nas restantes situações e áreas de saúde, os termos utilizados são “cuidados centrados no utente” ou “cuidados centrados no consumidor”, sendo estes utilizados de forma indistinta. Thomas, et al. (2018) referem que os conceitos são utilizados com iguais finalidades.

Também em Portugal as estruturas ligadas à saúde adotaram estes termos de forma indiscriminada, inicialmente optaram por utilizar o termo “cuidados centrados no doente”, posteriormente alteraram a designação e atualmente é mais comum a utilização de “cuidados centrados no cidadão” e “cuidados centrados no utente”. Esta alteração de designações não é suportada por quaisquer critérios. Os conceitos são importados e traduzidos da forma aparente mais conveniente pelo que, como se pode inferir, o objetivo final de cada um deles não está definido e a moda determina a sua utilização.

Também o “*Person-centered*” e os restantes termos normalmente associados e aplicados de idêntica forma como “*patient; client; family; e relationship-centered care*”, refletem uma tendência de desviar o pensamento do tratamento focado na doença ou paternalista (médico-cêntrico). No entanto, a génese deste desvio pode confundir uma vez que indica objetivos focados no utente, mas as razões que por vezes levaram à adoção da utilização do “*Person-centred*” são organizativas e de gestão do pessoal, ou seja não foi o utente o objetivo principal.

Por outro lado, o “*Person-centred*” e as metodologias que lhe são sinónimas apareceram para definir um conceito de cuidados integrados ao utente, no entanto a forma como são utilizadas e percebidas de igual modo pelos gestores e profissionais de saúde acabam apenas por introduzir confusão no sistema (Entwistle & Watt, 2013).

Vejamus uma interpretação das definições que estes investigadores apresentam quando recorrem à literatura existente:

- Stewart (2001) - Os cuidados centrados no utente representam a visualização do utente como um todo, as suas emoções e forma de vida, é ainda dada relevância à

gestão da doença pelo utente e aos compromissos que devem ser realizados na relação médico-utente.

- IAPO (2006) – Para obter os cuidados centrados no utente devem ser observados os seguintes princípios: Respeito, escolha e empoderamento, envolvimento na decisão, acessibilidade e informação.
- Leplege et al., (2007) – O conceito (Cuidados Centrados no Utente) tem quatro razões de aplicabilidade: 1 – uma visão holística da pessoa; 2 – análise das condições diárias de vida da pessoa; 3 – aproveitar o conhecimento pessoal do utente para ajudar nas decisões; 4 – análise das condições “secundárias” da vida das pessoas que podem interferir no tratamento.
- Mezzich et al., (2009) – Promoção da saúde física e mental, sociocultural e espiritual e respeito individual pelas escolhas realizadas.
- Berwick (2009) – Os cuidados centrados no utente traduzem valores como respeito, reconhecimento, escolha participada, dignidade, transparência em todas as decisões que afetem a saúde do utente.
- McCormack et al., (2011) – A definição dos cuidados centrados no utente reflete fundamentalmente as relações médico-utente, integrando respeito mútuo, compreensão, determinação própria.

Referem Pulvirenti, et al. (2011), que os cuidados centrados no utente ou pessoa estão intimamente ligados com os modelos de empoderamento existentes, recebendo indiscriminadamente designações como, “cuidados centrados no consumidor” ou “cuidados centrados no cliente”. Pela primeira vez podemos verificar a utilização da designação cliente, esta também já foi empregue no sistema de saúde português, no entanto de forma pouco expressiva e durante pouco tempo, tendo sido utilizada essencialmente na realização de processos de certificação ou acreditação em Qualidade. Atualmente esta designação é quase exclusivamente utilizada por serviços privados de saúde.

Outra crítica apontada ao conceito é relativa ao facto de não abranger de igual modo todas as populações como *p.ex.*, bebés ou crianças, pessoas com incapacidades mentais, pessoas anestesiadas ou com demência. Sendo ainda focado neste ponto que as pessoas não são todas iguais e que a metodologia não é aplicável universalmente em todos os casos.

2.1.4 - Cuidados Centrados na Mulher – (*Woman Centered Care*)

Como tem sido possível verificar até esta fase as denominações sobre a forma de valorizar o utente são realizadas arbitrariamente, muitas vezes procurando a sua própria razão de existir.

Aprofundando ainda mais o tema, podemos encontrar casos mais específicos de utilização dos conceitos por sectores. Um dos casos está ligado à saúde da mulher, não está em causa a relevância do tema, apenas se pretende demonstrar que a proliferação de conceitos específicos acaba por relativizar a importância dos cuidados centrados no utente, como conceito integrador de todas as interações do utente com as organizações. Vejamos o que refere a bibliografia sobre estes conceitos mais direccionados:

Brady, et al. (2019) considera que o conceito de “cuidados centrados na mulher” é sinónimo de cuidados em obstetrícia, sendo que estes são centrados na utente ao invés de serem centrados no profissional ou na instituição.

Genericamente, as definições apontam para a relação em parceria entre a utente e o profissional, onde as decisões são tomadas em conjunto com especial relevância para o período do parto.

Uma das dimensões referidas como essenciais neste conceito é, o empoderamento das utentes, conseguido fundamentalmente através da confiança, e comunicação entre utente e profissional.

De facto, a área da obstetrícia será uma das que mais expressividade terá, perante a abordagem de conceitos de empoderamento, literacia em saúde, decisão partilhada ou até de cuidados centrados no utente.

A afirmação realizada, é sustentada pelo facto de nesta área ser frequentemente utilizada e partilhada informação entre as grávidas, com o objetivo de obter conhecimentos perante quais os melhores procedimentos, locais de assistência ou médicos assistentes.

Neste meio existem diversos grupos de partilha de informação, esta acontece de forma presencial em cursos formativos pré parto, ou ainda através das redes sociais. Desta forma a grávida obtém mais conhecimento, poder de escolha e decisão sustentada, aumentando ainda os níveis de confiança e satisfação (Vieira, 2015).

Para Fahy (2012) e Mostofsky, et al. (2019), apesar de todos os esforços os utentes não estão efetivamente no centro dos cuidados, porque cada especialidade tenta reproduzir a sua conceção de cuidados centrados. O exemplo aqui mencionado demonstra que para a especialidade médica de obstetrícia, os conceitos de centralidade são encarados de uma forma diferente, porque também esta especialidade tem especificidades e singularidades muito próprias.

2.1.5 - Cuidados Centrados ...caso a caso

Associado à centralização de cuidados foi possível verificar que além das grandes divisões realizadas, embora com definições pouco claras, poderia ainda obter-se uma divisão mais fina, encontrando-se ao nível da especialidade. No entanto, emergem diariamente novos conceitos que conjugam estas temáticas, vejamos:

Tattersall (2002), identifica um conceito que designa “*Expert Patient*”, sendo que este assenta à semelhança das condições identificadas para outros na condição da doença crónica, nas premissas do empoderamento, na literacia, autoconhecimento e decisão partilhada.

Conway, et al. (2006) apresentam um conceito que representa uma extensão dos cuidados centrados no utente, integrando as suas famílias, a que deram a designação de “*Patient and Family-Centred Care*”. Este, à semelhança de conceitos análogos ao assimilar a família do utente assume idêntica metodologia de perceção holística da doença e do doente. Assenta também nos princípios da dignidade e respeito, informação partilhada, participação e colaboração, comuns aos restantes conceitos de cuidados centrados no utente.

Morris, et al. (2016) identificam outro conceito: “*Whole Person Care*”, este indica uma abordagem ao utente que além da análise da sua condição física perante os tratamentos a realizar, faz ainda uma integração com a relação social, psicológica e espiritual, mais uma vez de forma holística sobre as necessidades do utente.

Por sua vez, Laranjo (2015) e Hibbard & Mahoney (2010) designam o “*Actived Patient*” como sendo um processo onde o utente intervém juntamente com o médico com o objetivo de em comum realizarem decisões partilhadas e, onde o utente tem acesso a mais informação como *p. ex.*, o seu processo clínico. Este tipo de ação é por isso identificada como forma de atingir os cuidados centrados na pessoa. Para Carman, et al. (2013), o “*Patient activation*” refere-se à capacidade individual de obter conhecimento, competências e confiança para gerir os aspetos relacionados com a saúde do indivíduo.

Como já vimos esta forma de interação médico-utente é identificada por outros autores como uma maneira de dar poder ao utente, ou seja, funde-se com o conceito de empoderamento.

A forma paternalista como os cuidados médicos têm sido prestados nas últimas duas décadas tem subvertido quaisquer esforços de pensar os cuidados centrados no utente. A necessidade de alterar este paradigma iniciou uma nova tipologia de pensamento definida como “*Patients as Partners*”, que pretende integrar como parte igual na decisão, a opinião do utente (Pomey et al., 2015).

Por seu lado, Delbanco, et al. (2001), introduzem a designação “*PeoplePower*”, esta pretende ser segundo os autores uma nova abordagem na relação entre os profissionais e

utentes. A gestão da informação é realizada com uma constante monitorização e avaliação integrando todas as partes para que estas possam dar os seus contributos na obtenção de melhores serviços.

À semelhança do que é referido para outros conceitos, o foco é a participação do utente, a integração, e a decisão partilhada, para obtenção de melhores resultados. Na generalidade esta designação reflete o empoderamento com uma vertente reforçada nas relações entre *stakeholders*.

A literatura apresenta os diversos conceitos aqui mencionados como a forma de valorizar o utente, no entanto o desenvolvimento concetual destes continua por desenvolver, e a sua utilização torna-se praticamente inútil face às indefinições apontadas e aos métodos de aplicação, é necessário promover a integração dos utentes, e para isso a vastidão de estudos efetuados pode ajudar a obter a informação necessária e perceber que tipo de inclusão deve ser feita, e como deve ser feita, para que seja útil.

Convém salientar que alguns dos conceitos apresentados ainda não se encontram disseminados em Portugal, motivo que mais uma vez justifica a opção de não tradução dos mesmos, até porque aqui se pretende essencialmente analisar a génese dos conceitos e as suas componentes.

2.1.6 - Value Based Health Care (Cuidados de saúde baseados em valor)

Na vertente da valorização do utente o *Value Based Health Care*, ou traduzindo: (Cuidados de saúde baseados em valor) é o mais recente conceito introduzido na gestão da saúde com o intuito de valorizar o utente, sendo apresentado como “Centrado no utente e na excelência”. Este conceito apresentado por Michel E. Porter durante o ano de 2010, através do seu artigo “*What is value in healthcare?*” no “*The New England Journal of Medicine*” encontra-se neste momento muito em estudo face à sua tipologia de aplicação.

Este modelo tem particularidades diferentes dos conceitos já referidos para valorização dos utentes, sendo visto por alguns grupos de *stakeholders* como a solução mais eficaz para a melhoria da prestação dos cuidados de saúde. Por outro lado possibilita à instituição uma ferramenta de gestão e controlo de custos, ou seja, globalmente pretende responder à questão: Como melhorar os cuidados e resultados para o utente baixando os custos financeiros?

Este modelo revela algumas novidades relativamente à forma de valorizar os cuidados prestados, uma vez que tem subjacente verificar o que realmente foram ganhos em saúde, e apenas valorizar esta parcela. Dito de outra forma, apenas é contabilizado como valor para o

utente aquilo que realmente se repercutiu em mais-valias em saúde. Porter traduz isto com a seguinte formula matemática:

$$\text{Patient Value} = \frac{\text{Health Outcomes}}{\text{Cost}}$$

(Free after Michael E. Porter, *What is value in healthcare?* English Journal of Medicine, 363:26, December 2010)

Figura 2.1 – Modelo de valor de Michel E. Porter

Para a instituição, a aferição realiza-se essencialmente pelo número de exames, tratamentos, intervenções ou atos que a mesma realiza valorizando apenas as que têm um impacto positivo na saúde dos utentes.

Torna-se ainda importante referir que o presente conhecimento remete para a identificação ou quantificação dos resultados, feito através de indicadores clínicos, e relatórios elaborados pelo próprio utente (questionários), usualmente designados pelo modelo como “*patient reported outcomes*”.

Um olhar mais atento, faz no entanto, entender que na génese destas métricas estão os conceitos de tomada de decisão baseada na evidência, como o custo-benefício e o custo-eficácia, já amplamente difundidos na área da saúde e por si só, de controversa aplicação, também os questionários aos utentes que o modelo preconiza são ferramentas já muito utilizadas, não constituindo nada de novo.

Ainda neste âmbito, é de salientar que o modelo de Porter apresenta algumas carências de implementação em sistemas de saúde de alguns países europeus nos casos em que estes estão comprometidos ao acesso livre e universal dos cuidados, não tendo por isso plena aceitação.

Já Jani, et al. (2018), reconhecendo os constrangimentos do modelo de Porter apresentam um modelo que designaram de “Triplo Valor” onde a diferença é essencialmente considerar três elementos de valor, designadamente:

- Valor individual – Idêntico ao de Porter, e que incide no utente.
- Valor técnico – Também idêntico ao de Porter, e que tem em conta a parte clínica.
- Valor alocado – Pretende-se aqui uma análise mais alargada tendo em vista o valor criado para uma determinada população e a forma equitativa da sua distribuição.

Como referido anteriormente, estes modelos encontram-se atualmente em estudo por diversos intervenientes sendo expectável a sua evolução nos próximos anos. De imediato não

parecem despertar muito interesse ao nível da sua implementação na área da gestão pública de saúde, sendo essencialmente entidades privadas (fornecedores de serviços e de produtos médicos hospitalares), bem como instituições de ensino os seus principais impulsionadores.

Convém salientar que ao contrário dos conceitos anteriores, o VBHC é ele próprio baseado num modelo que impõe uma métrica com o objetivo de avaliar os ganhos em saúde para o utente, e que no limite apenas esta vertente de medição do valor poderá ser utilizada, diferindo por este motivo dos conceitos anteriores. Apenas foi aqui apresentado para que no presente trabalho ficassem registados os últimos desenvolvimentos técnicos e científicos de valorização do utente.

2.1.7 - Diversos suportes para os conceitos

Os conceitos que foram apresentados para aproximar o *stakeholder* mais frágil do sistema, às unidades de saúde e aos outros *stakeholders*, de uma forma ou de outra, sustentam-se todos na necessidade de obter mais aproximação entre eles, sendo esta obtida através da valorização (importância) do utente.

Os conceitos apresentados estão diretamente relacionados com as componentes, Literacia, Empoderamento, Participação, Satisfação e *Engagement* - traduzido para inclusão. Genericamente todas as designações integram as diversas formas de cuidados centrados, pelo que convém explicitar o que a literatura refere sobre os mesmos, para melhor se perceber como se integram, e como se relacionam também entre eles próprios.

2.1.8 - Literacia

A literacia tem sido considerada a panaceia da centralização dos cuidados de saúde, aparecendo permanentemente como um dos suportes para atingir a implementação dos cuidados centrados no utente (Brach et al., 2012).

Esta é utilizada com pouco critério, e sem considerar o universo da sua aplicabilidade, no entanto tem tido uma elevada promoção pelas entidades responsáveis de saúde em Portugal.

Os casos mais relevantes de insucesso da aplicação de medidas que promovam a literacia devem-se essencialmente aos extremos do conhecimento. Pessoas com pouca literacia tendem a optar por uma assistência médica mais paternalista, dispensando completamente a sua inclusão no tratamento e transferindo essa responsabilidade para o profissional de saúde, no outro extremo, temos pessoas com elevados índices de literacia que utilizam esse conhecimento para colocar em causa a opinião dos profissionais de saúde, rejeitando em alguns casos os tratamentos aconselhados.

Nesta temática, C. Williamson (2019), refere que a literacia nem sempre é bem vista pelos profissionais de saúde, uma vez que em alguns casos acaba por questionar a opinião destes.

Os profissionais de saúde ficam sempre apreensivos quando os utentes os confrontam com informação recolhida em meios como a internet sobre a sua condição de saúde, o que pode criar barreiras na relação médico-utente (Pomey et al., 2015; Song et al., 2012; Crisp et al., 2014).

A literacia, potenciando o empoderamento, proporciona assim uma conjugação difícil entre a intercolaboração médico-utente e aceitação de decisões com conhecimento de causa, com a possibilidade de questionar constantemente a decisão médica.

Esta temática terá de ser cuidadosamente tratada pelos profissionais, uma vez que a tecnologia disponível tende a aumentar o acesso à informação e o utente vai utilizá-la cada vez mais (Santana & Pereira, 2007).

Convém no entanto alertar, que na maioria dos casos apenas os profissionais têm capacidade para avaliar a qualidade da informação e terão de ser estes a verificar qual a melhor forma de a gerir (Pomey et al., 2015).

Batterham, et al. (2016) e Brach, et al. (2012) definem literacia como a capacidade individual de cada pessoa em adquirir informação, analisá-la e utilizá-la em benefício da sua saúde.

Identificam ainda como um dos problemas mais elementares, mas também mais importantes o facto de os estudos e trabalhos sobre literacia incidirem basicamente sobre grupos que já se encontram integrados e normalmente já têm acesso a serviços de saúde, deixando de fora grupos marginais que nunca são integrados, e que vão constantemente contribuir para uma deficiente análise dos problemas.

De facto, não é expectável conseguir que a literacia chegue a todos os grupos de igual forma, deixando-se sempre algum grupo numa posição desfavorável, esta situação poderá resultar no aumento do fosso entre ambos, perante os níveis de qualidade dos serviços de saúde obtidos.

O conceito de literacia carece de definição perante a sua utilização prática e perante a sua complementaridade com a utilização de outros conceitos. A capacidade de análise crítica da literacia tem diversos defensores devido à possibilidade que a mesma oferece para obter melhores resultados em saúde (Chinn, 2011).

No entanto, se tal facto se consegue comprovar pelos estudos já efetuados, também alguns críticos referem que o conceito apenas veio revestir com nova nomenclatura outras abordagens já anteriormente efetuadas como o empoderamento.

A utilização deste conceito, enquanto promotor de melhores resultados em saúde necessita de mais estudos, uma vez que existem evidências de que pessoas com menos literacia conseguem apesar de tudo transmitir e mobilizar os recursos necessários e suficientes na prestação de informação relativa a dados de saúde. Nesta linha de pensamento Bruni, et al. (2008), refere que para se alcançarem aqui os objetivos pretendidos, não é necessário o utente ter grandes conhecimentos científicos de saúde, mas apenas conseguir transmitir a sua perceção relativamente ao seu estado.

A literacia é normalmente associada à capacidade individual de cada pessoa para analisar, entender e formular decisões sobre alguma questão, e perceber os conceitos básicos em saúde que lhe permitam realizar escolhas acertadas (Berkman et al., 2010).

A definição de literacia em saúde não é fácil, e o entendimento entre os investigadores abrange várias vertentes, para que se note bem esta indefinição, Berkman, et al. (2010) apresentam treze definições diferentes, que vão variando um pouco consoante o contexto, interesses ou motivações.

Convém ainda referir que a literacia é um meio eficaz de se atingir um patamar importante de integração dos utentes, no entanto esta relação não é linear pelo facto de algumas pessoas simplesmente não terem predisposição para ser integradas em atos relativos com a sua saúde (Koh et al., 2013).

A literacia e o empoderamento têm sido utilizados na bibliografia de igual forma confundindo-se entre eles e acabando por ser utilizado apenas um conceito para definir as ações pretendidas, não estando provada a relação entre a literacia e melhores resultados em saúde (Schulz & Nakamoto, 2013).

Sem prejuízo do referido está espelhado em bibliografia de outros investigadores que pessoas com menor literacia têm mais dificuldades em aceder a serviços de saúde, aderir a campanhas de prevenção, realização de correta medicação ou ainda o entendimento dos procedimentos prescritos pelos profissionais de saúde (Espanha & Ávila, 2016).

Schulz & Nakamoto (2013) apresentam especificamente como exemplo de falta de literacia, a adesão de pessoas pouco informadas em saúde, a campanhas de prevenção do tabagismo. Esta condição “*per se*” poderá ter interpretações divergentes, uma vez que a população dos profissionais de saúde também tem muitos fumadores e neste caso não se pode falar em falta de literacia em saúde. A bibliografia sobre o tema é altamente contraditória.

Note-se que o objetivo de melhores conhecimentos dos utentes na área da saúde não implica realizar autodiagnósticos, tratamentos ou questionar os diagnósticos realizados pelos

profissionais de saúde, mas sim ter a percepção de quando necessitar de ajuda e perceber mais facilmente as orientações que lhes forem transmitidas.

Quanto à conjugação entre a literacia e o empoderamento, os autores realizam a seguinte relação:

- Baixa literacia/Baixo empoderamento – utente com grandes necessidades.
- Baixa literacia/Alto empoderamento – utente com autogestão perigosa.
- Alta literacia/Baixo empoderamento – utente pouco dependente.
- Alta literacia/Alto empoderamento – utente com autogestão.

A título de exemplo, um utente psicologicamente empoderado, mas com falta de adequado conhecimento, pode constituir um perigo para si próprio. Ou em alternativa um utente com elevada literacia, mas com pouco empoderamento psicológico pode tornar-se excessivamente dependente para os serviços de saúde sem justificação para tal necessidade.

Devido aos factos apontados, estes investigadores salientam diferenças entre a literacia e o empoderamento, mas também a sua complementaridade. O estudo tende a separar os conceitos, no entanto, os mesmos podem estar interligados, complementando-se e contribuindo para o mesmo objetivo, e no limite traduzirem exatamente o mesmo.

Contudo, dever-se-á ter especial atenção ao tipo de literacia, porque nem tudo é literacia em saúde, e por vezes torna-se necessária uma literacia geral consolidada, para posteriormente se iniciarem os conceitos relativos à área da saúde.

Encontramos em Ferrer (2015) a identificação de três tipos de literacia em saúde:

1. Literacia funcional – relacionada com as capacidades de lidar com as questões do dia-a-dia.
2. Literacia interativa – relacionada com a capacidade de interagir com as questões do dia-a-dia e aplicar a informação para analisar/modificar circunstâncias.
3. Literacia crítica – relacionada com a capacidade de analisar e criticar informações contribuindo ainda esta informação para desenvolver controlo sobre as mesmas.

O *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde da D.G.S.* realiza uma resenha dos diversos modelos de literacia e acrescenta:

- Literacia mediática – relacionada com a capacidade de crítica dos “media”.
- Literacia fundamental – relacionada com competências de análise de fala, escrita e interpretação de números.
- Literacia científica – capacidade de análise de ciência e tecnologia de números.

- Literacia cívica – relacionada com competências dos cidadãos para questões públicas e tomada de decisão.
- Literacia cultural – capacidade de reconhecer e usar crenças, costumes e identidade social na interpretação de informação de saúde.

Por seu lado Heinrich & Karner (2011), verificaram a correlação da literacia com o fator idade, concluindo que a falta de informação principalmente nas pessoas com mais idade está identificada como uma das principais barreiras à eficácia dos resultados em saúde. Não estão neste caso em causa questões relacionadas com literacia, mas tão simplesmente dificuldades de comunicação com o médico assistente, isto é, devido à prestação de informações incompletas, confusas ou no limite, nenhuma informação. Refere Joseph-Williams, et al. (2014) que nesta população existe muitas vezes o sentimento, de que a autoridade do médico não deve ser questionada.

Como verificámos existem diversas premissas que questionam a forma de implementação de práticas associadas a este conceito ou mesmo a sua própria conceção. Portugal tem atualmente apostado nesta área, criando várias iniciativas de divulgação de práticas a implementar pelos profissionais de saúde, com o objetivo de obter a centralidade do utente.

Como exemplo refere-se o “*Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde*” da Direção Geral da Saúde (DGS) (2019), que nos indica as diversas metodologias de implementação de medidas desta direção geral, como sejam, a criação da Divisão de Literacia, Saúde e Bem-Estar, e ainda a implementação do projeto SNS + Proximidade.

Com mais ou menos estudos e formas de implementação a literacia vai estando na ordem do dia, não sendo possível aferir quem tem razão, convém, no entanto, ter presente que a adoção de políticas por imposição normalmente não tem grande sucesso, e está provado que nem todos os utentes pretendem assumir esta responsabilidade nos seus cuidados de saúde. Por outro lado, também não será possível ao utente realizar uma escolha consciente perante o que pode ser melhor para si se não tiver capacidade (literacia) para fazer essa avaliação.

2.1.9 - Empoderamento

O empoderamento entrou no léxico do dia-a-dia das questões relacionadas com a saúde, como vimos anteriormente muitas vezes de mãos dadas com a literacia, e utilizado normalmente associado a questões relacionadas com o reforço da decisão e valorização do utente.

O início da identificação do conceito está relacionado com questões alusivas ao antiautoritarismo, identificado por Paulo Freire no Brasil nas décadas 1950/60 perante os

constrangimentos económicos e sociais que levavam à opressão da população com menores recursos (Chambers & Thompson 2009; Pulvirenti et al., 2011).

Por diversas vezes o empoderamento tem sido considerado um suporte dos conceitos “*patient involvement*”, “*patient engagement*” ou “*patient centred*”, podendo no limite até ser considerado sinónimo dos mesmos, no entanto não existe qualquer evidência perante a forma como os mesmos se relacionam (Funnell 2016; Fumagalli et al., 2015).

Para Holmstrom & Roing (2010) o conceito quando aplicado à saúde está associado à valorização do utente enquanto elemento constituinte de uma sociedade, e na valorização dos seus direitos. Tendo as suas raízes tido origem nas correntes filosóficas e sociais de Karl Marx.

Para estes, o empoderamento é um conceito que surgiu por motivações políticas. A generalidade dos *stakeholders* da saúde utiliza o termo quando lhes é conveniente, para justificar pretensas metodologias de integração de um determinado *stakeholder* ou a opção de medidas políticas.

A utilização do conceito pode ser realizada tendo em atenção os objetivos que se pretendem atingir. Está perfeitamente disseminada a teoria na qual um indivíduo com poder ou com relações privilegiadas com os prestadores consegue obter “níveis superiores de saúde”.

Por este motivo o conceito pode ser interpretado, como uma forma de obter poder de influência de políticas de saúde, ou em alternativa simplesmente ser utilizado para obter uma relação mais igualitária, e de confiança entre o profissional de saúde e o utente.

Nesta ligação, o conceito assume as questões relacionadas com a atribuição de poder às pessoas utilizando esse atributo (poder), dando-lhe capacidade de escolha e a possibilidade de conseguir obter melhores cuidados de saúde (Ferrer, 2015).

O empoderamento assumiu-se como primordial nos últimos anos, como modo de conceção de políticas de gestão estratégica de saúde, estando o mesmo centrado em premissas ligadas à responsabilidade e partilha de decisão. No entanto, carece de definição sendo ainda muito ambíguo, uma vez que ainda não são claros os métodos e práticas, que os utentes têm que desenvolver em conjunto com os profissionais, para atingir o patamar esperado de empoderamento (Fumagalli et al., 2015).

Aqui se indica que devido à indefinição que rodeia o conceito, não é por enquanto possível afirmar que a aplicação do mesmo se traduz numa efetividade ou eficiência dos serviços prestados, e por outro lado, também não resulta evidente que o empoderamento de utentes se traduza na responsabilização do autocuidado ou da partilha de decisão.

Existem fatores que reduzem a eficácia da implementação das medidas em virtude da própria indefinição do conceito. A definição e forma de implementação vai alterando consoante as necessidades e estratégias de cada país (Deccache & Ballekom, 2010); (Souza et al., 2014).

A carta de Ottawa da “*World Health Organization*” (WHO), (*1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986*), recomenda vivamente a adoção de práticas de empoderamento como meio de promover boas práticas em saúde. A sua adoção deve abranger as vertentes psicológica e social, e estar relacionada com a capacidade de realização de tarefas, percepção, intuição, e capacidade de influência no trabalho. A vertente social é relativa a práticas de responsabilização e capacidade de decisão (Schulz & Nakamoto, 2013).

A adoção do conceito na área da saúde requer uma sociedade com mais autonomia e responsabilidade, sendo esta passível de obter com o empoderamento dos utentes. No entanto, o estado de doença promove uma sensação contrária retirando poder e vontade de intervir, até porque o atendimento dos serviços de saúde continua a ser essencialmente paternalista, promovendo a passividade e dependência do utente (Hodgkin & Taylor, 2013).

O trabalho de (Crisp et al., 2014) indica que as profissões da área da saúde sendo muito especializadas, vieram desta forma obter poder sobre os utentes impedindo-os de alcançarem uma maior responsabilização. Identificam na sociedade portuguesa os seguintes fatores que podem retirar poder aos cidadãos:

- Hábitos culturais e expetativas.
- Falta de transparência e acesso à informação.
- Medicalização da vida quotidiana.
- Complexidade da ciência e da medicina.
- Pressões de mercado para “vender” tratamentos e tecnologias médicas.
- Poder dos profissionais.

O tema da responsabilização do utente pelos seus cuidados de saúde não está perfeitamente consolidado, têm sido adotadas algumas medidas, mas essencialmente é o estado que se auto promove a cuidar da saúde dos cidadãos, não criando mecanismos para este se autonomizar (Simões et al., 2017).

Numa vertente oposta, mas complementar Mesko & Gyorffy (2019) colocam a tónica do empoderamento nos profissionais de saúde, como um dos elos que tem sido mais prejudicado perante o aumento das exigências dos utentes, da carga de trabalho, das tarefas burocráticas ou da crescente utilização do computador durante as consultas, tendo tais situações provocado elevados casos de “*burnout*” profissional.

Neste artigo coloca-se o ónus do empoderamento no profissional, para que possa assumir as atuais crescentes exigências de qualidade e produção, sendo o mesmo possível de realizar segundo os autores, fornecendo mais apoio, através de sistemas e tecnologias modernas, que facilitem o trabalho dos profissionais.

Torna-se essencial assinalar a escassez de bibliografia relativa ao empoderamento com foco nos profissionais de saúde, enquanto parte integrante de uma cadeia que só poderá ser eficaz se o empoderamento de uma das partes não comprometer as outras.

Devem sempre ser analisados todos os *stakeholders* que integram o sistema e não apenas fomentar uma das partes (utentes), até porque esta forma tem evidenciado poucos resultados em virtude da sua fraca participação. Por outro lado, o empoderamento de utentes é realizado sob controlo dos profissionais de saúde e não por políticas estratégicas de gestão do utente (Deccache & Ballekom, 2010).

2.1.10 - “Engagement”/inclusão ou envolvimento

Muito à semelhança do empoderamento, o “*engagement*” tem sido muito utilizado quando se pretende dizer que o utente deve estar envolvido nos processos relativos à sua saúde. Mais uma vez a utilização de uma designação, traduzida de forma arbitrária e sem que se tenha inicialmente delineado os objetivos esperados, perante a forma e capacidade efetiva de integrar o utente, demonstra facilmente a sua falta de resultados.

Na generalidade o “*engagement*” refere-se à inclusão dos utentes. Gallivan, et al. (2012) identificou 15 termos diferentes que se correlacionam entre si e 26 definições. Tal facto traduz a dispersão de entendimento sobre o mesmo e logo a sua ineficácia de implementação.

Grande, et al. (2014) também referem que o conceito tem múltiplas definições, sendo que uma das que tem sido mais disseminada, refere-se ao processo de ativamente envolver e acompanhar utentes em cuidados de saúde. Na aplicação do conceito devem estar envolvidos: utentes, profissionais e outros *stakeholders* do sistema.

É ainda mencionado que os níveis de interesse dos utentes, perante a aplicação de práticas de “*engagement*” vai variando, por esse facto, em alguns casos, as medidas podem não ter o efeito esperado.

Por seu lado, Carman, et al. (2013) e Bellows, et al. (2015) identificam o “*engagement*” como sendo o comportamento que os indivíduos adotam, para obterem benefícios para a sua saúde, promovendo a decisão partilhada e colaborativa. Referem ainda que este é usado como sinónimo de outros conceitos como “*patient activation*”; “*patient centred care*” ou “*family centred care*”, consoante o *stakeholder* em presença.

Também para Ferrer (2015), as designações “empoderamento”, “envolvimento”, “coprodução”, “participação”, “inclusão” e “ativação” têm sido usadas indistintamente quando se fala de cuidados em saúde, sendo difusa a sua utilização como suporte de outros conceitos mais abrangentes.

Aqui se refere ainda que “utentes ativados” ou envolvidos estão diretamente relacionados com a redução de exames de diagnóstico, utilização de estilos de vida saudáveis e qualidade da prestação dos serviços (Barello et al., (2012). Como podemos constatar estas premissas são transversais a diversos conceitos.

Existem várias razões pelas quais os consumidores devem participar nas decisões que afetam a sua saúde, sejam estes morais, ideológicos ou até de uma forma mais prática apenas para transmitir a sua opinião (Nathan, 2010).

A integração por participação e envolvimento do utente vai permitir uma maior adesão ao tratamento e logo diretamente uma maior eficiência dos cuidados e tratamentos, com ganhos económicos e em saúde (Malfait et al., 2018).

O utente é um *stakeholder* chave do sistema e como refere, Bruni, et al. (2008) a utilização de práticas de valorização promove princípios de igualdade e democratização no acesso e prestação de cuidados de saúde.

Por fim, aqui identificar que uma das medidas implementadas para fomentar a inclusão ou envolvimento é a representação por elemento no conselho de administração dos hospitais. No entanto para Nathan, et al. (2010), esta não é na generalidade muito aceite pelos profissionais, sendo que se implementado terá de ser muito bem clarificado desde o início quais os objetivos e âmbito de atuação do mesmo.

Os grupos de *stakeholders* de uma organização hospitalar têm objetivos diferentes, e os que detêm mais poder tendem a impor o que lhes é mais conveniente, com a agravante de os interesses dos diversos *stakeholders* não estarem habitualmente alinhados entre eles (Porter, 2010).

2.1.11 - Satisfação

A satisfação em saúde é um conceito lato e muito subjetivo, a bibliografia no âmbito do presente trabalho encara-o como um produto da aplicação dos conceitos anteriormente referidos, e de práticas que contribuem para a centralização de cuidados nos utentes.

A medição da satisfação realizada de uma forma global, sem um referencial específico ou não analisando uma condição particular, não está convenientemente estudada e a valorização de uma organização utilizando esta métrica não está consolidada. Quer isto dizer que, medir

satisfação da mesma forma, em locais de funcionamento ou populações distintas, não é adequado (Holmstrom & Roing, 2010).

Nesta vertente, os hospitais portugueses têm uma tipologia de funcionamento muito focada na realização de questionários individuais (por organização). A comparação de resultados obtidos por questionário pode ser muito importante como fator de motivação organizacional e melhoria dos serviços, realizando a monitorização da satisfação entre diferentes unidades hospitalares e promovendo a comparação entre elas (Andaleeb, 2001).

A análise da satisfação tem sido considerada primordial, quando se trata da prestação de serviços, e a saúde utiliza frequentemente o conceito como métrica constituinte da avaliação da qualidade (Kamra et al., 2016).

A “*World Health Organization*” preconiza a utilização da satisfação do utente como um dos fatores mais relevantes a considerar. A literatura considera estarem incluídas na satisfação dimensões como: os tempos de espera, a limpeza, a simpatia, o atendimento pelos profissionais de saúde, tecnologia e acesso a medicamentos. Genericamente, a boa avaliação destes parâmetros traduz-se em satisfação dos utentes.

A adoção de tais práticas, e a gestão de serviços atendendo mais às necessidades, valorizando a opinião dos utentes traduz-se em melhoria dos serviços prestados e benefícios para a gestão.

Apesar de, em termos concetuais a relação satisfação/qualidade ser mais complexa, o facto é que na maioria da bibliografia em saúde, estas surgem sempre diretamente aliadas.

Luo, et al. (2018), associam a avaliação da experiência do utente com os serviços utilizados com a perceção da qualidade dos mesmos. A métrica utilizada mais uma vez é o grau de satisfação com a experiência obtida. Segundo estes, as práticas para valorização da experiência, estão correlacionadas com os cuidados centrados no utente, e quando aplicadas, revelam resultados positivos como a redução de readmissões ou diminuição da mortalidade perioperatória.

A auscultação dos utentes é importante perante a sua perceção sobre a satisfação da utilização dos serviços, sendo a qualidade a dimensão que se pretende associar como indicador dessa satisfação (Andaleeb, 2001).

Podemos aqui verificar, a necessária adoção das métricas referidas, para conceber medidas adequadas de gestão em saúde, em benefício dos utilizadores, reconhecendo-se como ponto de partida a relação entre qualidade e satisfação.

Sem prejuízo do referido, outros pontos de vista como Rocha (2010), indicam que avaliar a qualidade da prestação dos serviços unicamente recorrendo ao grau de satisfação dos utentes

é insuficiente, uma vez que existem outras premissas em jogo. Os utentes tendem na sua maioria a valorizar a atenção como são tratados em detrimento da avaliação como é realizado o tratamento médico, isto pode ocorrer por diversas razões, desde logo o desconhecimento ou desinteresse destes.

Andaleeb (2001) conjuga por sua vez a relação direta entre a satisfação profissional, e a melhoria dos serviços prestados, repercutindo-se na satisfação percebida pelos utentes. A conjugação destes fatores induz a “qualidade” dos serviços e o sucesso da organização.

Wignall & Barry (2018) também revelam a importância dos contributos dos profissionais e identificam a seguinte tríade de circunstâncias que promove a redução de satisfação e da qualidade, sendo estas:

- A redução do empenho do corpo clínico.
- O aumento das taxas de “*burnout*”.
- O desinteresse dos utentes.

De facto, estamos na presença dos dois principais *stakeholders*, sendo que nenhum deles se encontra confortável com o desempenho no sistema, vejamos:

Os utentes acedem aos serviços desmotivados, muitas vezes recordando anteriores experiências no atendimento hospitalar que não correram bem, quer consigo, quer com os seus familiares ou amigos, olhando à partida com desconfiança sobre tudo o que rodeia o atendimento. São normais os excessivos tempos de espera, atendimento deficiente, ou más condições físicas das instalações e equipamentos, que fundamentam estas reações.

No caso dos profissionais, estes estão consecutivamente desmotivados perante as condições das carreiras onde se inserem, seja por questões relacionadas com vencimentos ou progressões, ou em alguns casos por insatisfação relacionada com o excesso de trabalho provocando diversas situações de “*burnout*” profissional.

Convém recordar que o empenho do corpo clínico e o “*burnout*” estão diretamente ligados à satisfação do utente, pelo que desde logo se deverá salientar e valorizar a satisfação dos profissionais, mantendo constante a sua monitorização.

A gestão deverá encarar de igual modo a satisfação destes dois grupos para o sucesso da organização, sendo fácil de inferir que profissionais descontentes e desmotivados não poderão prestar bons cuidados de saúde. Aliás como é sobejamente reconhecido o “*burnout*” profissional é altamente proporcionador da ocorrência de eventos adversos, por sua vez penalizador da satisfação dos utentes.

2.1.12 - Participação dos utentes

A participação dos utentes é colateral face aos conceitos ou designações aqui mencionados, é sempre mencionada como condição essencial para que as metodologias de relacionamento entre *stakeholders* funcionem. Para L. Williamson (2014), Participação, Inclusão e Envolvimento, traduzem o mesmo princípio de melhorar os cuidados de saúde prestados em função da centralidade no utente.

A bibliografia descreve a participação como um veículo essencial para que se possam adotar políticas de gestão, que melhorem o atendimento e a relação entre os *stakeholders* em análise, ou ainda como forma de democratizar o acesso e utilização dos serviços (Tempfer & Nowak, 2011).

Existe por este motivo a necessidade de integrar todos os envolvidos, dando especial relevância ao utente, uma vez que tais metodologias representam estratégias de melhoramento da qualidade e desempenho dos sistemas de saúde (Serapioni et al., 2014).

Alguns estudos demonstram que a participação dos utentes promove a melhoria da comunicação, a empatia e qualidade geral na utilização dos serviços (Tempfer & Nowak, 2011).

Verifica-se que a participação dos utentes se traduz em melhores resultados em saúde, no entanto o profissional clínico tem sido desde sempre detentor do poder de decisão sobre o utente, sendo as decisões sobre o tratamento a adotar exclusivamente influenciadas pelo conhecimento científico (Addario et al., 2017).

Em sentido contrário, Groene, et al. (2014) advogam que não existem evidências suficientes que permitam afirmar que a participação dos utentes ou associações de representantes promova melhores condições de centralização do utente.

No entanto, as condições assistenciais atuais devem assimilar as novas circunstâncias da saúde, valores e crenças, perante novas condições como o aumento da multimorbilidade, cuidados paliativos e doenças crónicas e de longa duração, uma vez que estas aumentam os custos do sistema assistencial (Crisp et al., 2014).

Podemos ver em Serapioni, et al. (2014) e ainda em Malfait, et al. (2018), definidos três níveis de participação dos cidadãos, designadamente:

- Nível 1, ou micro, que traduz a relação direta do profissional com o utente;
- Nível 2, ou meso, estando aqui incluída a participação dos utentes nos serviços ou programas específicos de participação, *p. ex.* (conselhos consultivos);
- Nível 3, ou macro, relacionado com a participação coletiva de utentes na definição de políticas de gestão estratégica em saúde.

Estes níveis traduzem no geral duas grandes categorias de participação: a Participação Institucionalizada, que está relacionada com a relação estabelecida com grupos constituídos para acompanhar as metodologias de implementação das medidas como por exemplo os Conselhos da Comunidade nos Agrupamentos de Centros de Saúde, e a Participação Ocasional, esta de forma oposta, caracteriza-se pela relação pontual e esporádica da participação dos utentes em algumas ações específicas.

Num âmbito de adoção de práticas centradas no utente a promoção da participação, contribui para a adesão ao cumprimento dos tratamentos prescritos e controlo da doença, melhorando a qualidade e eficácia dos serviços reduzindo custos, com grandes vantagens operacionais e económicas (Venhuizen, 2019).

A participação deverá ser assim fomentada promovendo a decisão partilhada entre ambos os membros da díade (profissionais e utentes) (Légaré et al., 2012; Delbanco et al., 2001; Ham, 2010).

No entanto nos países ocidentais, depois de anos em que se advogou a participação dos utentes nos serviços de saúde, diversos estudos realizados, mostram que os serviços não estão preparados para realizar esta integração dos utilizadores (Angel, 2015).

Aliás, nota-se que existe uma elevada discrepância entre o discurso realizado pelas instituições no sentido da participação do utente, e o que realmente se concretiza, sendo que as práticas apregoadas não são maioritariamente implementadas (Serapioni et al., 2014).

Por outro lado, a falta de predisposição dos serviços para o envolvimento dos utentes, pode em alguns casos, somar-se à própria falta de vontade destes na sua própria integração, e esta pode ser devida a diversos aspetos, desde logo o estado de debilidade de identidade que a doença pode provocar, a idade ou o desinteresse em participar. Pelos motivos referidos esta participação não pode ser automática, cada caso terá de ser analisado, e a participação obtida consoante esta aferição (Serapioni & Matos 2013; Angel, 2015).

Existem áreas onde a participação do utente pode ser essencial, devendo-se preconizar mecanismos que promovam a sua voluntária participação, a adoção de medidas igualitárias para todos, em situações diferentes não produzirá bons resultados.

Joseph-Williams, et al. (2014), colocam a tónica nos profissionais clínicos referindo que a participação dos utentes não realiza, ao contrário do que é afirmado pelo pessoal clínico, porque o utente não quer, mas sim devido a outros fatores como barreiras de comunicação, clima organizacional e acesso. Estes fatores levam ao desinteresse do utente e em alguns casos estes receando uma alteração na forma de atendimento preferem não questionar, para não contrariar os profissionais (Crisp et al., 2014).

As conclusões do estudo revelam que os utentes necessitam de mais conhecimento e poder para conseguirem partilhar as decisões. Um dos principais impedimentos para que tal aconteça revelou ser a inadequada comunicação.

A interação entre estes *stakeholders* deve ser realizada da forma mais direta e igualitária possível, os profissionais ao colocarem-se numa posição de atendimento desinteressado ou de posição dominante, não beneficiam a relação, porém também no outro extremo, o tratamento piedoso, de “humanidade” ou “pena” podem igualmente promover maus resultados.

As condições de participação dos utentes devem ser sempre fomentadas, independentemente da forma como é realizado o acesso aos serviços. As associações de utentes são facilitadoras da participação dos mesmos, funcionam pressionando a melhoria do atendimento ou práticas terapêuticas. No entanto, também é reconhecido que as associações não dispõem de poder de representação, e não conseguem garantir em alguns casos a identificação das necessidades de algumas populações mais vulneráveis, mantendo sob proteção apenas os utentes que se encontram associados (Serapioni et al., 2014). Por outro lado, irá existir sempre alguém que não se sente representado, uma vez que não é possível a consulta de todos os interessados (Boswell et al., 2015).

Um dos principais obstáculos à participação dos utentes é a escolha dos seus representantes, também por esse motivo a participação deveria ser incentivada diretamente não sendo necessária à sua ligação a associações ou organizações, obtendo-se em qualquer dos casos os mesmos resultados em saúde (Brailsford, et al. 2009).

Esta é aliás uma das barreiras que está enraizada na adoção e estudo de medidas de valorização. A escolha de uma amostra de utentes, nunca irá ser representativa da totalidade da população, pelo que a opção deverá ser a aplicação de medidas que cheguem a todos de igual forma (Bruni et al., 2008).

Existe uma enorme apetência das organizações, pela participação do utente, com diversas medidas implementadas, no entanto regista-se o seu fraco sucesso devido à falta de uma definição estratégica e de políticas de implementação de tais práticas (Serapioni & Matos, 2013).

É grande a diferença entre o que as instituições proclamam e o que implementam, ou de uma forma mais ilustrativa como refere Contandriopoulos (2004), sobre a participação de utentes em serviços de saúde: “...*existem boas intenções, mas de boas intenções está o inferno cheio.*”

2.1.13 - Modelos de valorização do utente (Conclusão)

Os modelos de valorização do utente apresentados refletem, as formas de abordar a relação das organizações e profissionais das mesmas com os utilizadores desses serviços.

De uma forma genérica nota-se que as organizações e profissionais utilizam as terminologias aqui mencionadas como forma de publicitar algo, muitas vezes sem efeitos práticos.

No relatório de Crisp, et al. (2014), verificamos que o Plano Nacional de Saúde indica claramente que o cidadão é o “centro do sistema de saúde”, no entanto o mesmo relatório conclui que face à panóplia de definições utilizadas neste âmbito, o grupo de trabalho não conseguiu encontrar uma “expressão verbal satisfatória” que traduzisse estes conceitos de centralidade. Torna-se evidente a necessidade de realizar mais investigação neste âmbito.

Para (Coculescu, 2016) a estratégia de utilização de conceitos de orientação ou centralização para o utente é utilizada como forma de marketing para as organizações atingirem o seu público-alvo, estando esta dependente da avaliação da satisfação do utente como forma de monitorizar a qualidade dos serviços.

A estratégia mencionada no parágrafo anterior é muito utilizada nos Estados Unidos como forma de atrair “clientes” e manter sob vigilância a qualidade dos serviços prestados, devemos, no entanto, ter presente que estamos perante duas realidades de prestação dos serviços completamente diferentes e que a importação de conceitos para a realidade portuguesa não pode ser direta (Lofgren, 2006).

Estas conclusões vêm ao encontro do que refere Shippee, et al. (2013), as ações realizadas até agora com o objetivo de incorporar os utentes nas decisões não representam a verdadeira vontade de integração, e as mesmas são realizadas apenas como forma de publicitar este tipo de ações, que se podem considerar estrategicamente e socialmente corretas.

Esta interpretação insere-se no conceito “*tokenistic*”, que de uma forma genérica refere a necessidade de fazer algo apenas porque se espera que isso seja o socialmente correto e não porque se acredita ser a forma correta de o realizar.

O utente torna-se facilmente o elo mais fraco, e as metodologias que supostamente serviriam para colmatar estas lacunas, estão envoltas em indefinição, face à sua aplicabilidade, inferindo-se facilmente não ser unicamente por esta via que o utente irá obter a sua importância.

As ideias que tendem a transmitir que os utentes estão no centro dos cuidados de saúde e que todos os envolvidos trabalham para a melhoria destes cuidados aos utentes, não correspondem à realidade. Estas podem ser utilizadas para esconder ou confundir, perante os verdadeiros interesses e diferenças de opinião entre utentes e profissionais.

Na verdade, este equilíbrio é extremamente difícil e requer uma permanente negociação entre os *stakeholders* uma vez que a sua relação é dinâmica perante diversas circunstâncias. Depende de cada momento o que é considerado mais importante para o profissional médico, enfermeiro, utente ou outro.

No caso dos profissionais clínicos verifica-se uma carência dos órgãos de gestão com estes profissionais, a insuficiente consciencialização sobre a forma de tratamento do utente, deixando ao critério de cada indivíduo a melhor forma de atuar.

Relativamente aos órgãos de gestão estes deveriam ser o fiel da balança na persecução das melhores práticas de interligação, análise e gestão de *stakeholders*. No entanto, regista-se que cabe à gestão parte da disseminação dos conceitos aqui mencionados numa forma de publicitação da valorização dos utentes, sendo esta realizada sem efeitos práticos.

2.2 – Gestão, valor e *stakeholders*, como relacionar?

Cada vez mais estudos demonstram a necessidade de existir uma relação de confiança entre todos os *stakeholders* da saúde. Esta relação deve ser vista considerando a valorização da parceria entre profissionais e utentes, e baseada na participação deste, nos seus cuidados de saúde e na decisão partilhada. Como exemplo, indica-se a forma como tem sido feita a prescrição de medicamentos até aqui: o médico prescreve, sem uma análise de preferência do utente, ou muitas vezes desconhecendo a capacidade do utente para cumprir o tratamento, por exemplo devido a questões financeiras.

Este exemplo, sobre o atendimento médico, pretende identificar além da disrupção na relação médico/utente, e da sua relação pessoal, também a ineficiência económica deste funcionamento. O utente nestas condições pode não realizar a terapêutica porque discorda de um medicamento que já usou, mas que “não se deu bem com ele”, ou porque simplesmente não tem recursos para o adquirir.

A governação aconselha cada vez mais, a prática de medidas de coprodução, que assentem em atividades e decisões colaborativas, entre os intervenientes perante a sua capacidade de resiliência e partilha.

A “gestão por *stakeholders*”, além de uma utilização global na gestão das organizações sobrepondo-se em áreas com a Nova Gestão Pública (NGP), associa ainda uma vertente de integração dos seus interessados com capacidade de explicar a forma de inter-relação entre elas (Murdock, 2004).

Por seu lado a implementação de técnicas como as preconizadas pela NGP devem incluir a análise das diversas vertentes sobre quem recai a responsabilidade de realizar os serviços e para

quem se está a trabalhar. A adoção de um modelo genérico pode vir a revelar-se descontextualizado perante os interessados em causa, uma vez que não contempla a compreensão das suas necessidades.

Não é coerente adotar um determinado modelo de gestão sem ter a noção de quem são as partes interessadas, como estas vão ser afetadas e como podem afetar a organização, e neste caso a utilização de técnicas de identificação e análise de *stakeholders* tornam-se imprescindíveis para a definição de modelos de gestão e implementação de políticas.

Em qualquer modelo a monitorização dos *stakeholders* de uma organização deve ser constante, estes poderão passar de uma fase adormecida que acontece caso não existam conflitos, para uma fase em que protestam energeticamente e utilizam todos os meios ao seu dispor, para obterem os resultados que pretendem.

O modelo baseado em *stakeholders*, num ambiente de gestão estratégica e dos negócios torna-se extremamente importante, na medida em que é a forma de atuar dos proprietários, clientes, colaboradores e fornecedores, que poderá definir a estratégia de gestão da organização (Jawahar & McLaughlin, 2001).

As políticas e reformas aplicadas em contextos de saúde normalmente não são bem-sucedidas porque negligenciam e não envolvem os atores envolvidos (Walt & Gilson, 1994). O tema continua na ordem do dia, e um artigo muito recente de Jarman, (2017) apresenta exatamente as mesmas conclusões.

Mantem-se crescente a necessidade de ouvir os utentes e ter a perceção da sua opinião sobre os serviços como forma de otimizar a gestão dos mesmos (Boswell et al., 2015).

A teoria dos *stakeholders* conjuga todas as vertentes e absorve o conhecimento das partes, adotando uma visão holística da gestão perante todos os *stakeholders* independentemente da forma como estes se apresentam (individualmente, grupos, classes, tipos, ambiente).

Esta é ainda uma novidade para as organizações dos sistemas públicos de saúde, existindo pouca investigação na conjugação de conhecimentos. Por outro lado, e como agravante, a falta de representatividade e interação dos utentes com os profissionais tornam necessária a clarificação da forma como o utente se relaciona com os serviços (Malfait et al., 2018).

O objetivo da otimização da eficiência e rentabilidade, para ser atingido necessita de um novo relacionamento entre a administração e os cidadãos, este assenta na prestação de melhores serviços, baseados em novas técnicas de gestão.

As soluções tendem a emergir da relação acima referida e da interação entre grupos perante os problemas. A literatura identifica diversas formas de melhoria do relacionamento entre organizações e cidadãos, designadamente:

- Dinamização da informação prestada, onde se inclui o marketing público e publicidade institucional.
- Gestão e tratamento de sugestões e reclamações.
- Simplificação administrativa e da terminologia associada a cada caso.
- Estímulo da participação dos cidadãos.

Estes são os grandes chavões da melhoria do relacionamento entre organizações, estado e cidadãos/utentes. Em Portugal a parte “visível” materializou-se no Código de Procedimento Administrativo, Livro de Reclamações e Carta Deontológica do Serviço Público.

Não existe uma clara estratégia face à forma de otimização do modelo de gestão hospitalar, baseada na perceção e valorização do utente. Os inúmeros conceitos que supostamente pretendem empoderar a ação destes acabam por trazer mais entropia ao sistema, do que apresentar soluções (Boswell et al., 2015).

Perante a complexidade funcional do setor hospitalar, é importante valorizar nas diversas classes profissionais a competência individual, autonomia e capacidade de decisão. É fundamental, a existência de compromisso estratégico entre a gestão e as áreas clínicas, promovendo a valorização da prestação dos serviços aos seus utentes.

Os Modelos de Governação, Inovação e Transparência na gestão são fundamentais para agilizar processos internos, sustentados na contratualização interna, com maior autonomia, responsabilização pelos resultados e valorização dos profissionais, traduzindo-se este formato de gestão, em melhor atendimento e satisfação dos utentes (Fernandes, 2011).

No entanto, a gestão hospitalar mantém na generalidade a cultura do hospital público tradicional, que assenta em princípios de extrema burocracia e sem uma verdadeira orientação para o utente (A.C. Campos & Simões, 2014).

Aqui se refere que da teoria à prática muito está por concretizar, sendo clara a necessidade de uma nova vaga de gestão que incorpore as lacunas assinaladas, fruto de diversos estudos nas matérias em análise.

2.2.1 - Introdução à Teoria dos *Stakeholders*

O termo “*Stakeholder*” entrou no vocabulário do dia-a-dia das empresas, organizações, comunicação social e muito assertivamente também no meio académico, onde anda constantemente interligado ao conceito da performance organizacional ou financeira, da responsabilidade social corporativa, ou ainda da gestão estratégica.

A gestão das organizações é hoje em dia muito competitiva devido às constantes mudanças socioculturais, políticas, económicas, tecnológicas e ambientais. A velocidade e facilidade de

transmissão dos meios de comunicação, veio exigir às organizações uma constante e rápida monitorização da sua envolvente, considerando a necessária atualização perante circunstâncias que podem interferir no desempenho (Cardeal, 2014).

Freeman, et al. (2010) citam Strand (2008), para referir que é perante esta célere condição de mudança e atualização organizacional, que as organizações realizam mapas de acompanhamento de *stakeholders* para gerir a interação com estes.

Considera-se que os anos 1980 marcaram uma viragem na forma de pensar as organizações perante a necessária adequação ao meio onde se inserem, condições de mudança e efetividade de funcionamento (Mendelow, 1981).

A mudança deveu-se ao facto de até então a gestão das empresas ser maioritariamente de “produção/venda”, sem grandes preocupações estratégicas e em grande parte geridas de forma familiar (Freeman, 2007).

As sucessivas e rápidas mudanças na área dos negócios e a globalização a nível mundial, tiveram neste século uma importância primordial perante a forma de entender a gestão (O’Shannassy, 2003).

O registo da primeira referência ao conceito “*stakeholder*” remonta aos anos 1960, o conceito foi criado baseado nas grandes alterações da gestão que consideram que o funcionamento das organizações é afetado não só pelos “*stockholders*” mas por todos os afetados pela organização (Andriof et al., 2002).

Os anos 1980 e 1990 vieram impulsionar de maneira decisiva os conceitos relativos à teoria dos *stakeholders*, e a quantidade de estudos realizada. Entre 1984 e 1995, foram acrescentadas 21 alterações à definição de *stakeholder*.

Goodpaster (1991) e Frooman (1999) adoptam a definição genérica e bastante disseminada de “...*qualquer individuo ou grupo que pode afetar ou ser afetado pelo desempenho da organização*” acrescentando que a mesma implica dois tipos de *stakeholders*, designadamente: morais e estratégicos.

Sendo a sua caracterização individual:

- Morais – aqueles que são afetados pela organização.
- Estratégicos – aqueles que podem afetar a organização.

Percorrendo estas duas décadas de intensa publicação científica, Argandoña, (1998) na “Teoria do bem comum” identifica como *stakeholder* aquele que tem interesse na organização, sendo que, esta por seu lado deverá satisfazer os interesses do *stakeholder*, mantendo elevados os seus níveis de satisfação.

Hyder, et al. (2010) citam Novick & Mays, (2001), para apresentarem uma definição que se torna extremamente intuitiva perante a sua abrangência de enquadramento uma vez que referem que *stakeholders* podem ser indivíduos ou organizações que estejam envolvidos numa determinada atividade porque participam na produção, consumo, gestão, regulamentação ou avaliação dessa atividade.

Em A.L. Friedman & Miles, (2006), podemos verificar a existência de 55 definições diferentes de *stakeholder*, as quais correspondem à publicação de 75 textos distribuídos por 40 anos.

Na versão mais clássica e difundida por diversos autores como: Bryson (2018); Freeman (1984); Frooman, (1999); Parmar et al., (2010), *stakeholder* é qualquer indivíduo ou grupo que pode afetar ou ser afetado pelo desempenho da organização e que tem um interesse válido nesta (Freeman et al., 2018).

No essencial, todas as definições apresentadas convergem para a essência da génese da teoria dos *stakeholders* que relaciona a organização com as suas partes interessadas e a opção de medidas de gestão.

Podemos verificar que se mantém permanente a discussão sobre a forma e o tipo de classificação de cada *stakeholder*, com especial enfoque para cenários de constantes alterações, económicas, sociais ou ambientais.

No presente trabalho a sua utilização justifica-se com a sua elevada adequação perante a necessidade de perceber e interpretar a forma de funcionar dos hospitais e do seu desempenho, em conjugação com a análise dos resultados e impactos da tipologia de gestão sobre os seus *stakeholders*.

Sem prejuízo do referido, a teoria dos *stakeholders* sofre ainda algumas críticas e o facto é que mais do que a sua definição, a sua aplicação desenvolve-se sob alguma controvérsia.

Por outro lado devido à elevada utilização da teoria dos *Stakeholders* em diversas vertentes já se torna pouco relevante discutir a génese do conceito, sendo mais estimulante analisar a sua aplicação nas mais recentes técnicas de gestão. Por este motivo a associação do referido conceito aos temas da área da saúde revelou-se extremamente interessante.

2.2.2 - A teoria que agrega o conceito

A principal preocupação dos órgãos de gestão das empresas deverá ser relativamente aos *stakeholders*, como criar valor para a organização, para que o mesmo seja visto e distribuído de igual modo pelos diversos interessados (Freeman, 2018).

Uma das premissas mais importantes na gestão será definir perante as exigências que se colocam à organização, quais os *stakeholders* em jogo e como conjugar o interesse global de todos em função da organização (Ackermann & Eden, 2011).

As definições mais redutoras da teoria apenas relacionam os grupos mais relevantes para o prosseguimento do sucesso económico da empresa, enquanto nas visões mais abrangentes e baseadas na realidade empírica identificam como as organizações podem ser afetadas ou podem afetar quase tudo e todos (Boaventura et al., 2009).

A teoria liga-se de uma forma fundamental e sistemática com a análise de quais grupos requerem mais atenção da gestão e quais não requerem esta atenção (António, 2007).

Considera-se consensual que a gestão de uma empresa tenha consequências positivas ou negativas para um conjunto variado de pessoas ou organizações. A questão fundamental consiste em saber qual a finalidade de uma empresa e quais são os seus interessados.

Identificam-se dois modelos antagónicos – o modelo *shareholder* e o modelo *stakeholder*. Sendo que, o modelo *shareholder* privilegia a posição dos acionistas onde o único objetivo da gestão deverá ser a maximização do lucro para estes, relegando para segundo plano a posição dos restantes *stakeholders* (Malfait et al., 2018).

No modelo *shareholder* o único critério de performance relevante para avaliar o desempenho da gestão é o valor de mercado da organização, sendo este o fator primordial para os investidores (Maher, 1999).

A gestão organizacional realizada primordialmente em função dos *shareholders* coloca os interesses dos fornecedores, clientes e demais interessados dentro destas categorias numa posição secundária em caso de litígio entre as partes (Freeman, 2007).

Neste modelo, o objetivo primordial é sempre a maximização do lucro, a tipologia de funcionamento revela normalmente um pensamento de curto prazo na implementação de medidas de gestão. Aqui a gestão ignora a maioria dos seus *stakeholders*, apenas priorizando aqueles que de uma forma direta e imediata permitem aumentar os lucros da organização (Ferrero et al., 2014).

Por sua vez, o conceito *stakeholder* tem uma abordagem que agrega os seus interesses e relações indo além da máxima rentabilização do lucro preconizada pelo modelo *shareholder* (Mitchell, Angle & Wood, citados por Proença (2003).

Para Freeman pouco ou nada justifica a gestão pelo modelo *shareholder*, considerando que a gestão pelo modelo *stakeholder* já demonstrou evidências que consegue obter valor por diferentes abordagens, com resultados superiores, e o resultado final resulta em benefícios também para os *shareholders* (Freeman et al., 2018).

O conceito de valor tem estado essencialmente ligado à vertente económica, de facto torna-se muito fácil medir exclusivamente esta faceta do valor. As organizações conseguem saber de uma forma ágil quais os seus benefícios num determinado negócio quando o valor a medir for exclusivamente económico. No entanto, convém não esquecer que o veículo para uma transação ou negócio de bens ou serviços que permitiu esta valorização económica, foi antes de mais uma valorização do consumidor, sobre estes bens ou serviços (Freeman et al., 2018).

A função primordial de uma organização é a criação de valor para os seus *stakeholders*, logo, torna-se imprescindível a monitorização das suas diversas vertentes. A organização deve absorver dos seus *stakeholders* as suas motivações, crenças, problemas, experiências, conhecimentos, emoções e desejos, mantendo com estes uma relação de proximidade.

Muitos dos modelos económicos utilizados para análise de gestão e negócios não valorizam estas condições, ou seja, não ponderam a possibilidade de escolhas irracionais, sem lógica ou realizadas em consequência de um impulso ou preferência imediata.

Com esta desvalorização também se perde a capacidade de perceber as razões que levam a uma determinada ação, sendo duplamente penalizador, ou seja, da parte dos gestores vai existir uma falta de conhecimento das preferências e interesses dos seus *stakeholders*, o que é fundamental para gerir uma organização. Da parte dos *stakeholders*, estes ao verificarem pouca disponibilidade, falta de informação e integração nos assuntos da organização, vão estar desmotivados para poderem conciliar esforços na obtenção de valor comum, colocando-se sempre que lhes seja possível mais numa posição de exigência (Freeman et al., 2018).

A obtenção da informação através dos *stakeholders* é assim um fator importante no ciclo da criação de valor, uma vez que esta é a forma mais fidedigna de perceber o estado de funcionamento da organização e tudo o que a rodeia para melhor definir estratégias de atuação, missão e objetivos, obtendo vantagens competitivas e finalmente poder económico (Freeman et al., 2018).

Um funcionamento de reciprocidade entre *stakeholders* irá traduzir-se em ganhos de diferentes âmbitos, desde logo financeiros, tempo, entre outros recursos. Um dos aspetos mais importantes que este modelo proporciona é um funcionamento dos colaboradores, baseado no respeito e na confiança, com uma elevada troca de informação e comprometimento entre estes e a organização.

Também os clientes exibem um relacionamento mais compreensivo e de satisfação na relação evitando o conflito, conseguindo-se desde logo obter destes, também mais informação para a definição de opções estratégicas, que visem obter mais eficiência e eficácia na gestão (Freeman et al., 2018).

A organização deverá ter em mente a criação e distribuição de valor por todos os *stakeholders* e não apenas para o acionista. Assim, ao criar valor para os acionistas a organização está também a criar valor para as restantes partes.

A abordagem referida justifica a forma de gestão estratégica da empresa, constituindo mesmo a sua razão de ser. Considera-se ainda o grau de satisfação dos *stakeholders* um indicador do nível de sucesso da organização.

A criação de valor na perspetiva da utilização do conceito da integração dos *stakeholders* é também abordada em Martins, et al. (2015), estes referem que não é possível deixar de considerar as diversas partes interessadas num processo, onde é imprescindível a sua colaboração para a gestão da organização.

Noutra vertente Berman, et al. (1999) citam Delery & Doty (1996), Huselid (1995) e ainda Pfeffer, (1994), para referirem que existe uma evidência empírica produzida por diversas investigações sugerindo que a forma de gerir os *stakeholders* (profissionais) tem implicação na performance financeira da organização.

De facto, a teoria dos *stakeholders* rejeita a premissa de que a ética e a economia devam estar separadas, para Freeman, et al. (2004), as mesmas complementam-se na forma de gestão da empresa e só assim será possível a criação de valor em conjunto com a criação de negócio. Sem prejuízo do referido, esta questão transporta-nos para o “paradoxo de Goodpaster” que refere a dificuldade de conciliação da gestão (negócios) com a adoção de princípios éticos (Goodpaster, 1991).

A teoria dos *stakeholders* promove de uma maneira prática, eficiente, eficaz e ética, a gestão de organizações em ambientes complexos. Torna-se prática porque todas as organizações têm que gerir as partes interessadas. Eficiente porque os *stakeholders* são tratados de igual forma e tendem a retribuir com comportamentos e atitudes positivas para a organização. Eficaz pelo facto de aproveitar a energia das partes utilizando-a para o bem comum da empresa, e por fim todas as decisões têm uma componente ética e argumentos éticos em sua defesa (Harrison, et al., 2015).

Clement (2005) refere que existem cinco fatores preponderantes para que a teoria apresentada por Freeman tenha tido recetividade entre os gestores, designadamente:

1. As organizações enfrentam crescentes níveis de solicitações pelos seus *stakeholders*.
2. As organizações dispõem de uma base legal para responder a um alargado leque de *stakeholders*.

3. As organizações são guiadas por ideais de gestão descurando os princípios profissionais.
4. As organizações dispõem de legitimidade para responderem aos *stakeholders*.
5. As organizações podem melhorar os resultados correspondendo às exigências dos *stakeholders*.

A teoria dos *stakeholders* tem sido defendida por diversos investigadores que identificam múltiplos benefícios na sua utilização, a aproximação à mesma realiza-se um pouco consoante a área em estudo, por esse motivo identificam-se diversas correntes de evolução teóricas. Como exemplo, podemos verificar em Harrison, et al. (2015) as diversas vertentes e autores, nomeadamente:

- Teoria dos contatos sociais (Donaldson & Dunfee, 1999).
- Kantianismo (Evan & Freeman, 1993; Bowie & Reynolds, 2004).
- Princípio do bem comum (Argandoña, 1998).
- Ética feminista (Wicks, Gilbert & Freeman, 1994; Burton & Dunn, 1996).
- Doutrina de contratos justos (Freeman, 1994).
- Princípio da justiça (Phillips, 2003).
- Risco (Clarkson, M., (1994).
- Pragmatismo (Rosenthal & Buchholz (2000).

A gestão por *stakeholders* tem por base os seguintes sete conceitos teóricos basilares:

1. Foco na gestão (gerencial).
2. Ética e moral nas relações organizacionais e entre *stakeholders*.
3. Estratégia integradora e abrangente em toda a organização.
4. Criação de valor (económico e não económico).
5. Reciprocidade nas relações entre *stakeholders*.
6. Reputação organizacional.
7. Acompanhamento contínuo dos interesses dos *stakeholders*.

Apesar de ser explícito o que cada um dos conceitos representa realça-se apenas numa análise mais profunda o que nos indica o ponto 7.

Aqui se transmite a necessária visão geral de todos os *stakeholders* garantindo igualdade de tratamento entre estes, ou por outras palavras aqui se considera que os interesses de um *stakeholder* não devem ser prejudicados em função da melhoria e benefício de outro *stakeholder* (Freeman et al., 2018).

Tipicamente, a teoria realiza a separação dos *stakeholders* em dois grupos, o primeiro identifica os grupos que são vitais para o funcionamento e sucesso da organização, e um segundo grupo que inclui todos os que podem afetar ou ser afetados por esta.

Resulta daqui a utilização da terminologia que classifica os *stakeholders* em primários e secundários, que tem sido difundida e encontrada na literatura atual (Freeman, 1984; Clarkson, 1994; Hilman & Kein, 2001; Eskerod et al., 2015; Ali & Abdelfettah 2016).

Nos *stakeholders* primários, podemos encontrar:

- Clientes.
- Comunidades.
- Funcionários.
- Fornecedores.
- Financeiros.

Nos *stakeholders* secundários podemos encontrar:

- Governos.
- Comunicação social.
- Concorrentes.
- Grupos de defesa do consumidor.
- Grupos com especiais interesses.

Esta classificação é importante uma vez que permite de uma forma fácil, perceber como podem ser organizados os diversos grupos de *stakeholders* em análise. O presente trabalho tenderá a abordar mais assertivamente algumas destas classificações, considerando a especificidade da área e a forma como os *stakeholders* se correlacionam perante diferentes cenários com a organização, numa área tão específica como o atendimento hospitalar.

Segundo Freeman (2011), desde o início da utilização do conceito como gestão estratégica, que a sua evolução seguiu linhas de orientação ou correntes distintas, designadamente:

- 1 - Como ferramenta estratégica.
- 2 - Como uma ideia de comunicação corporativa.
- 3 - Como forma de pensar sobre a responsabilidade social corporativa.

As referidas correntes evoluíram separadamente em todos os campos, quer ao nível académico, quer na sua aplicação em contextos de gestão organizacional, isto um pouco devido à abrangência e adaptabilidade da teoria dos *stakeholders* em diversos contextos, com resultados positivos ou até como ferramenta interpretativa para conceitos gerais de gestão ou governação.

2.2.3 - As dimensões Normativa, Descritiva e Instrumental

A evolução da teoria dos *stakeholders* pelas suas diferentes vertentes levaram Donaldson & Preston (1995) a identificar três diferentes categorias ou dimensões da teoria, as quais designaram: Normativa, Descritiva e Instrumental.

Recorrendo a diversas fontes como: Donaldson & Preston, (1995); Freeman (1999); Hahn et al., (2017) e Susniene & Sargūnas (2011) podemos verificar individualmente quais as suas características:

Normativa – Nesta perspetiva a teoria está especialmente identificada com algumas orientações relativas às opções morais e éticas a adotar pelas organizações, referindo-se a todos os *stakeholders* na generalidade, mas muito especificamente às opções de gestão dos quadros dirigentes. Assume ainda que se uma organização é feita de interligações e interdependências entre *stakeholders*, então os benefícios gerados pela gestão deverão ser distribuídos por todos.

Aqui se refere que os grupos interessados têm legitimidade na participação, independentemente do valor que isso possa representar para a organização.

Descritiva – Neste caso temos o regresso às origens da teoria, onde se identificam os *stakeholders* como todos aqueles que potencialmente afetam ou podem ser afetados pela organização. O conceito descritivo é aplicado, quando o funcionamento da organização é analisado tendo em consideração todos os interesses envolvidos, sejam estes internos ou externos, descobrindo desta forma como é que as coisas ocorreram, como devem ser programadas as ações, e como descrever ou interpretar o funcionamento da organização.

Instrumental – A perspetiva instrumental analisa e explica a forma de interação entre os *stakeholders* e a organização. Neste aspeto, correlaciona as necessidades e contributos dos *stakeholders* para atingir os objetivos da organização. Entre as três categorias apresentadas é a que coloca mais ênfase no *stakeholder*, questionando quais os *stakeholders* que devem ser reconhecidos para a organização.

De uma forma resumida podemos apresentar, recorrendo a Gilbert & Rasche (2008) as principais preocupações consideradas pelas vertentes identificadas:

Normativa: Pondera as questões éticas, morais e porque é que a organização se deve preocupar com os interesses dos *stakeholders*.

Descritiva: Pondera como considerar os interesses dos *stakeholders* na forma de gestão da organização.

Instrumental: Questiona os benefícios de considerar os interesses dos *stakeholders* na gestão da organização.

Na evolução ao longo do tempo da teoria dos *stakeholders* nas organizações, e perante a crescente necessidade satisfazer as exigências de alguns *stakeholders*, foi sendo criada uma área muito dedicada à gestão dos interesses das partes.

A evolução da gestão estratégica de *stakeholders* teve um enorme desenvolvimento, quer devido ao contexto prático de aplicação real em empresas, ou ainda devido à constante investigação académica produzida sobre o tema. Neste desenvolvimento, um dos modelos que obteve mais aceitação foi o “Modelo de saliência”, proposto por Mitchell, et al. (1997).

2.2.4 - Modelo de Saliência de Mitchell

O presente modelo é relativo à importância dos *stakeholders* e teve a sua génese por definição do inglês “*Salience Stakeholder Model*”. A literatura portuguesa realiza normalmente a fácil tradução para “modelo de saliência”, no entanto a adoção de uma tradução mais intuitiva e não direta à letra como “Modelo de importância de *stakeholders*”, seria muito mais útil.

Os gestores quando confrontados com as exigências dos diversos *stakeholders*, tendem a verificar qual a importância que cada um dos grupos representa para a organização, e priorizam os grupos que mais podem ser afetados ou afetar a organização.

A génese do modelo recorre a Freeman (1994) e ao princípio de quem realmente conta para a organização, tornando-se uma das mais relevantes contribuições para o desenvolvimento e estudo da teoria dos *stakeholders* (Neville et al., 2011), são diversos os autores que versam este tema, designadamente: Parent & Deephouse, (2007); Magness, (2008); Smith & Fischbacher, (2005) e Proença (2003).

Mitchell et al., (1997), partindo do princípio de que é necessário identificar quem realmente conta, ou seja, onde os gestores devem destinar a sua maior atenção, propõe que os *stakeholders* sejam classificados em três atributos para definir a sua importância, sendo eles:

Poder – Este reflete a probabilidade de uma das partes envolvidas poder exercer ou impor a sua vontade perante o outro. Mitchell et al., (1997), citam ainda o detalhe realizado por Etzioni (1964) na divisão deste atributo em:

- Poder coercivo – baseado em recursos físicos, (*p. ex.* força, violência).
- Poder utilitário – baseado em recursos materiais, (*p. ex.* prémios em dinheiro).
- Poder normativo – baseado em recursos simbólicos, (*p. ex.* prestígio, estima).

Legitimidade – Mitchell et al., (1997), citam Suchman (1995), para referirem que este atributo é baseado nas ações do *stakeholder* considerando o sistema social, constituído por normas e regras na sociedade onde os mesmos se inserem, recorrem ainda a Wood (1991) para identificarem três níveis deste atributo, designadamente:

- Legitimidade individual – responsabilidade dos gestores.
- Legitimidade organizacional – regras de conduta da empresa.
- Legitimidade social – relação entre a empresa e a sociedade.

Urgência – segundo Mitchell, et al. (1997), os dois critérios anteriores (poder e legitimidade) terão de ser conjugados com a dinâmica de interação entre os *stakeholders* e a organização, resultando em duas condições de urgência que identificam o grau de assistência requerida pelo *stakeholder*, designadamente:

Sensibilidade ao tempo – considera-se que existe um tempo de velocidade de resposta das organizações aos *stakeholders* e à forma como os mesmos a percebem.

Criticidade – importância da relação do *stakeholder* com a organização.

Após esta classificação, e para melhor justificarem e categorizarem a influência de cada grupo de *stakeholders* Mitchell, et al. (1997) realizaram subcategorias destes *stakeholders* segundo os seus atributos:

Vejam, se um *stakeholder* possuir apenas um dos três atributos referidos (poder, legitimidade ou urgência) a designação dada é:

“*Stakeholder* latente”; dentro desta categoria, se o atributo for:

- Poder – temos a designação “*stakeholder* adormecido”.
- Legitimidade – temos a designação “*stakeholder* discricionário”.
- Urgência – temos a designação “*stakeholder* exigente”.

Se um *stakeholder* possuir dois dos três atributos referidos (poder, legitimidade ou urgência) a designação dada é:

“*Stakeholder* expectante”; dentro desta categoria se os atributos forem:

- Poder e Legitimidade – temos a designação “*stakeholder* dominante”.
- Poder e Urgência – temos a designação “*stakeholder* perigoso”.
- Legitimidade e Urgência – temos a designação “*stakeholder* dependente”.

Se o *stakeholder* possuir os três atributos mencionados então estamos perante um “*Stakeholder* definitivo”. No caso extremo e oposto se não possuir qualquer atributo estamos perante um “Não *stakeholder*”.

Assim considerando os *stakeholders* encontrados podemos agora realizar uma caracterização individual:

Stakeholder adormecido – Detem poder, mas não o exerce, muito pela falta de urgência mas principalmente pela falta de legitimidade, *p.ex.* ex-funcionários.

Stakeholder discricionário – Este *stakeholder* tem legitimidade em pressionar os gestores, mas como não tem urgência e essencialmente não tem poder, pode ser por este motivo praticamente ignorado pelos gestores.

Stakeholder exigente – Essencialmente grupos de interessados na organização, revelam urgência no que reclamam das organizações, a falta de poder e legitimidade, provoca que sejam pouco considerados.

Stakeholder dominante – Estamos perante um *stakeholder* com poder e legitimidade logo extremamente importante para o gestor, este *stakeholder* tem grande capacidade de influência nas decisões da organização, encontram-se aqui credores importantes, associações comunitárias.

Stakeholder perigoso – Este *stakeholder* detem poder e urgência o que pode tornar complicada a relação com a gestão. A sua falta de legitimidade leva a que tente impor pela força as suas pretensões, *p.ex.* terroristas.

Stakeholder dependente – A legitimidade e a urgência fornecem a este *stakeholder* a motivação para pressionar a organização, no entanto a falta de poder faz com que não sejam particularmente considerados. Não obstante e considerando que estão aqui incluídas comunidades afetadas pela organização, a obtenção de poder estará sempre latente e logo a alteração da sua relevância.

Stakeholder definitivo – É a forma mais relevante de importância sobre a organização, este *stakeholder* detém poder, legitimidade e urgência sendo por esse motivo um elemento com elevado poder sobre a organização, logo o mesmo é alvo de grande atenção pelos gestores, *p.ex.* acionistas.

Não Stakeholder – Este *stakeholder* não dispõe de nenhum atributo, por este motivo não pode afetar a organização nem é afetado pela mesma, motivo da designação de “*não stakeholder*”.

Perante a classificação realizada torna-se importante referir a volatilidade dos atributos de cada *stakeholder*, ou seja, Mitchell, et al. (1997), na bibliografia produzida identificaram o modelo como “dinâmico”, uma vez que ao longo do tempo um *stakeholder* que possua um determinado atributo poderá perdê-lo ou vir a obter outros. Esta alteração irá provocar necessariamente uma nova relação *stakeholder*-gestor.

A perceção deste funcionamento é extremamente relevante no âmbito do presente trabalho, uma vez que face ao seu enquadramento a possível constante alteração de atributos dos *stakeholders* que recorrem a serviços de saúde tornam este modelo realmente muito dinâmico (Mainardes et al., 2010).

As relações entre poder, urgência e legitimidade no que se refere ao funcionamento de qualquer estabelecimento hospitalar do SNS, são altamente complexas perante os diversos aspetos em análise, *ie*, tipo de acesso, relação com o local/profissional, tipo de *stakeholder*, entre outros, o que motiva um dinamismo permanente das partes envolvidas.

As dinâmicas da gestão, da investigação, e da evolução em organizações, mesmo nos modelos teóricos mais consolidados, não estão completamente salvas de críticas, e também o mesmo acontece com este modelo. A literatura mais recente identificou já diversos elementos discordantes ou com necessidade de mais investigação.

Em Neville, et al. (2011), podemos ver que a classificação, entendimento e perceção da importância da teoria da saliência geram um enorme debate entre os investigadores, vejamos as suas opiniões:

Neville, Menguc & Pajunen (2006) – Para medir saliência pode ser necessário avaliar a junção das partes interessadas.

Angle et al., (1999) – Não tem efeito perante as atitudes dos gestores.

Parent and Deephouse (2007) - Os gestores e a relação hierárquica afeta a identificação do atributo dos *stakeholders* e da sua importância.

Harvey and Schaefer (2001) - A intuição dos gestores afeta a medição da saliência.

“Jawahar and McLaughlin (2001)” – O estado da organização vai afetar a medição da saliência.

Existe ainda uma digressiva opinião sobre este conceito em alguns aspetos, para Neville et al., (2011), a teoria desenvolvida por Mitchell, et al. (1997), apesar de muito citada e utilizada necessita de uma maior utilização empírica em contexto real, perante a relação *stakeholder*-gestor, e na perceção da adequação e classificação dos atributos.

Demonstrando, o referido e ainda recorrendo a Neville, et al. (2011), estes citam Angle et al., (1999), para identificarem que no estudo destes era sugerido que a urgência era o melhor indicador para a saliência. Contrariando esta opinião, Neville, et al. (2011), referem que será mais útil a estimação do atributo poder, seguindo-se após este os atributos, urgência e legitimidade.

Em António (2007), verificamos que as empresas tenderão a considerar mais os grupos que apresentem principalmente os atributos poder e urgência.

Perante o debate constante e evolutivo torna-se facilmente perceptível que a teoria necessita ainda de alguns ajustamentos na sua vertente prática. Por outro lado, a mesma revela-se consistente no modelo de classificação aqui apresentado, sendo extremamente útil e eficaz, perante todo o trabalho prático e de investigação produzidos até agora.

Apesar da dispersão de definições sobre *stakeholders* e da sua teoria, torna-se inegável a importância que cada grupo de interessados assume perante a organização, como é afetado e pode afetar a mesma, sendo de extrema importância a sua gestão estratégica (Mitchell et al., 1997).

Por este motivo a sua aplicabilidade no presente trabalho revelou-se adequada na interpretação das relações *stakeholder* – organização, que se pretendem analisar.

2.2.5 - A importância da saliência, e a saliência da importância do *stakeholder*

A eficácia das organizações é nos dias de hoje constantemente monitorizada, pela forma como mantem satisfeitas as necessidades dos seus *stakeholders*, indo ao encontro do que estes pretendem da mesma. O seu sucesso é assim determinado, pela eficiência desta gestão em conjugação com o desempenho financeiro.

Cada vez mais a teoria tende a abandonar a análise restrita aos *stakeholders* tornando-se ainda mais abrangente, tomando também em consideração a compreensão do comportamento organizacional, e como o desempenho deste se traduz em eficácia ou performance organizacional (Carvalho & Gomes, 2011).

De facto, a gestão de *stakeholders*, em conjugação com a análise do desempenho organizacional, pode eficazmente contribuir para uma governação empresarial mais eficaz.

Nesta senda, manifesta primordial importância a correta gestão de *stakeholders* perante a sua “saliência”, podendo por esta via as organizações obterem vantagens competitivas. Também os gestores que tradicionalmente estão mais focados em analisar diferentes perspetivas de valores, práticas na governação, ou prioridades de gestão, acabam por ver refletida a avaliação da saliência nos resultados da organização (Carvalho & Gomes, 2011).

Como neste momento já sabemos, a saliência de um determinado *stakeholder* varia perante os atributos que possui, na sua legitimidade, poder e urgência (Mitchell et al., 1997).

Estes atributos vão influenciar a forma como a organização é gerida, uma vez que os gestores necessitam alcançar a melhor eficiência possível das suas organizações perante os recursos financeiros disponíveis. Assim será dada prioridade aos *stakeholders* que controlam mais recursos e exercem mais influência, o que facilmente se traduz num tratamento diferenciado.

Na prática, é desta forma que os gestores de uma organização decidem a importância e a forma de tratamento de cada *stakeholder*. A perceção que os gestores dispõem, perante a legitimidade, poder e urgência dos *stakeholders* envolvidos, vai determinar a saliência atribuída a cada um deles, e a influência que estes vão ter sobre a organização.

Por seu lado, os *stakeholders* de uma organização têm expectativas sobre a mesma, e sobre a forma como esta responde às suas solicitações, estes possuem interesses legítimos, poder e capacidade de influência, intentando sempre que necessário, exercer pressão sobre a organização para satisfazer os seus interesses. Os gestores que consigam ter uma perfeita gestão destas expectativas alcançam uma vantagem que se traduzirá em bons resultados económicos, sociais e ambientais.

Uma organização deverá ter como objetivo a melhor eficácia possível nos resultados obtidos pela sua gestão, pretendendo-se ainda, que estes sejam mantidos de forma duradoura, ora tal condição só será atingida, se esta conseguir simultaneamente satisfazer as necessidades de todos os seus *stakeholders* (Carvalho & Gomes, 2011).

Vejam os a seguinte ilustração perante o tema aqui abordado: A gestão hospitalar, tradicionalmente tende a dar primazia à satisfação das necessidades dos profissionais clínicos (médicos, enfermeiros). As razões são imediatas, a falta de qualquer uma destas classes profissionais por exemplo, devido à realização de greves laborais pode comprometer definitivamente o atendimento hospitalar, com as conhecidas consequências que daí podem advir.

A pressão exercida desta forma por qualquer um dos grupos de profissionais clínicos dos hospitais traduz-se num imediato sentimento de desproteção e abandono sentido pelos utentes. Indica-se como exemplo a “greve cirúrgica” dos enfermeiros realizada em 2019 que paralisou um elevado número de profissionais por um grande período de tempo e que representou um enorme impacto nos utentes.

Por outro lado, o *stakeholder* profissional não clínico (gestor) tenta evitar o confronto com os profissionais clínicos. Este sabe que em caso de confronto, se interromper a normal prestação dos serviços tal facto assume desde logo elevadas proporções na sociedade e na opinião pública, com as consequências que daí podem advir para a gestão (Greener 2005; Dickinson et al., 2013).

Desta forma os gestores centram a sua atenção nos *stakeholders* com mais importância e mais poder tentando desta maneira obter vantagens sobre estes grupos, descurando os *stakeholders* que aparentemente detêm menos poder. Este comportamento tem vindo a revelar-se inadequado, uma vez que apenas com uma gestão de proximidade perante todos os *stakeholders* é possível perceber num determinado momento qual a importância que cada um representa para a organização (Swayne et al., 2006).

As competências que os *stakeholders* profissionais clínicos possuem e utilizam no desempenho das suas funções revelam de imediato o seu “Poder” para influenciar a organização, sendo capazes de persuadir, incitar ou exercer pressão coerciva sobre outros

grupos. A expressão destas ações é usualmente verificada quando um dos grupos profissionais (médicos, enfermeiros, ou outro grupo profissional) fica numa posição negocial oposta à gestão de topo do hospital (Carapinheiro, 1991).

Sabemos também que estes grupos têm “Legitimidade” porque existe um elevado interesse moral nos benefícios e prejuízos (em saúde) gerados pela forma como o hospital atua e realiza a sua ação, em função do seu *stakeholder* utente.

Por fim, a premência da reivindicação que origina e releva o atributo “Urgência”. Este atributo induz que a ação seja imediata, e como verificamos anteriormente, a maioria das ações destes profissionais em caso de conflito, pode facilmente gerar alarme social devido à perceção de falta de apoio, assistência ou más condições de atendimento, obrigando que a organização fique mais sensível à urgência das suas exigências.

Com os exemplos mencionados, pretendeu-se mostrar como a saliência é vista pelas organizações e como faz a interpretação dos relacionamentos, *i.e* como referem Carvalho & Gomes, (2011), a maneira como a organização vai prestar mais atenção aos *stakeholders* que considera mais importantes.

Vejamos agora o que aqui se designou, “saliência da importância” utilizando para tal o *stakeholder* utente. Comparativamente ao exemplo anterior a importância que lhe é atribuída esgota-se muitas vezes na utilização de conceitos de definições pouco claras e mais ou menos mediáticos como *p. ex*: empoderamento, cuidados centrados no utente ou na pessoa, “*engagement*”, entre outros.

Estes conceitos são “criados” genericamente pelos *stakeholders* profissionais ou ainda pela comunidade académica, sempre com o objetivo primário de pretensamente fornecer ao utente mais poder na sua representação, legitimidade e urgência, perante todos os aspetos que revestem os seus cuidados de saúde.

De facto, estamos em presença de níveis aparentemente diferentes de importância no que concerne a estas duas tipologias de *stakeholders*.

Enquanto para os profissionais clínicos será suficiente a organização realizar uma gestão de proximidade, uma vez que o impacto de uma deficiente gestão destes recursos vai incidir diretamente na organização e nos serviços que presta, já no caso dos utentes além deste tipo de gestão direta pela organização, é ainda necessária uma visão global perante a forma como este recebe os serviços num âmbito alargado de saúde pública. A relevância do *stakeholder* utente devido à sua dimensão vai além da organização e a sua importância pode variar.

Para ilustrar o que aqui se referiu recorre-se ao seguinte exemplo: Um utente que aceda aos serviços de urgência de um qualquer hospital numa situação pontual, não tem “importância”

para a organização (a não ser a exclusiva desse ato único), uma vez que tal episódio não tendo reprodutibilidade na população não representa uma ameaça para a mesma ou para a organização.

No entanto, se estivermos numa situação pandémica como a verificada com a gripe A (H5N1) ou mais recentemente com o coronavírus SARS-CoV-2, onde um individuo pode comprometer uma determinada população e conseqüentemente o funcionamento do sistema de saúde disseminando a doença, então a sua importância é máxima perante qualquer um dos atributos anteriormente referidos, quer para a organização, quer para a comunidade (Williamson, 2014).

Se no exemplo dos profissionais se pretendeu mostrar diretamente da teoria como é encarada a importância da “saliência”. No exemplo dos utentes pretendeu-se salientar a importância de analisar corretamente sobre diversas vertentes a forma de gerir este *stakeholder*, uma vez que as condições podem ser alteradas com o tempo ou circunstâncias.

Tradicionalmente, estão incluídos nos grupos que requerem mais atenção por parte das organizações os acionistas, os gestores e os clientes, deixando os profissionais fora deste âmbito e não lhes atribuindo tanta importância, existindo inclusivamente sectores da sociedade onde os profissionais são altamente penalizados. Estas condições estão normalmente associadas a trabalhos com pouca especialização (Bridges & Harrison, 2003).

Por oposição, no nosso caso os profissionais são considerados *stakeholders* chave, o que é justificado pela tipologia de funcionamento hospitalar no serviço público com elevada diferenciação técnica de algumas das suas classes profissionais. Também as perspectivas Descritiva e Instrumental da teoria acolhem a justificação deste funcionamento quando sugerem que seja realizada pela organização, um melhor acompanhamento dos *stakeholders* que consideram mais importantes.

No presente estudo temos então uma situação complexa para avaliação pois o *stakeholder* a quem tradicionalmente é atribuída mais importância (cliente/utente), neste caso não o é, devido à inversão das condições da oferta/procura, sendo que aqui a procura supera fortemente a oferta, negligenciando-se assim a melhoria da prestação dos serviços.

Por outro lado, a segunda inversão à abordagem tradicional reflete-se na sobrevalorização do grupo normalmente menos considerado (profissionais). Neste caso ao invés do que acontece noutros sectores, existe uma elevada importância dos profissionais que condiciona os modelos de gestão, provocando que sejam estes a estar no centro da atenção das administrações hospitalares e da tutela.

2.2.6 - Classificação de *Stakeholders*

Neste momento já é possível perceber pelas diversas definições apresentadas que *stakeholder* pode ser uma qualquer das partes interessadas na organização. Torna-se agora importante especificar que tipos de *stakeholders* poderemos ter.

Para as organizações é fundamental perceber quem são os *stakeholders* que devem considerar uma vez que muitas das decisões de gestão estratégica dependem desse conhecimento. No entanto as classificações diferem consoante o método utilizado e interpretações (Phillips et al., 2003).

Verificámos que para Freeman (1984) a organização deve considerar todas as partes que afetam ou podem ser afetadas pela organização, para Clarkson (1994), a seleção seria realizada considerando pessoas ou grupos que têm ou reivindicam posse, direitos ou interesses na organização. Na classificação de Mitchell, et al. (1997), seriam os grupos com os atributos poder, legitimidade e/ou urgência.

Mais uma vez verificamos que apesar da consolidação da teoria até agora realizada, existem pontos de discórdia entre os investigadores, Gilbert & Rasche (2008) citam Freeman, (1984); Hilman & Keim (2001); Kaler, (2002); Philips, (2003) e Stoney & Winstanley, (2001), referindo que não existe uma única classificação de *stakeholders*, mas sim um conjunto de contributos para este conceito.

Na proposta de classificação de Fassin (2009), o autor partindo do trabalho realizado por Freeman (1984), executa uma nova caracterização definindo quatro grupos de *stakeholders*, designadamente:

- *Stakeholders* clássicos – grupos que participam na organização.
- *Stakewatchers* – grupos de pressão externos à organização.
- *Stakekeepers* – grupos externos que dispõem de capacidade de influenciar a organização.
- *Stakeseekers* – grupos externos à organização não incluídos nas classificações anteriores. Esta classificação foi adicionada posteriormente por Fassin (2010), devido à existência de grupos anteriormente não identificados.

A.L. Friedman & Miles (2006) referem que a classificação de *stakeholders* realiza-se recorrendo à sua organização em grupos perante a relação que estes têm com as organizações, identificando desta forma os grupos mais comuns a serem considerados:

- *Shareholders*;
- Clientes;
- Fornecedores;
- Funcionários;
- Comunidades locais.

Cardeal (2014) cita Freeman (1984) e realiza a seguinte compilação com a identificação dos *stakeholders* de uma empresa:

- Empresa:
 - Donos/Acionistas;
 - Comunidade financeira;
 - Clientes;
 - Funcionários;
 - Fornecedores;
 - Grupos de ativistas;
 - Defesa do consumidor;
 - Sindicatos;
 - Associações comerciais;
 - Concorrentes;
 - Estado;
 - Grupos políticos.

Freeman, et al., (2010), cita Harrison & St. John (1994) para caracterizar a organização e os seus *stakeholders* dividida em três níveis da seguinte forma:

- 1º Nível – Direção e Funcionários.
- 2º Nível – Governo, Clientes, Grupos ativistas, Comunidades Locais, Intermediários Financeiros, Sindicatos, Concorrentes e Fornecedores.
- 3º Nível – Forças políticas e legais, Forças económicas, Forças socioculturais.

A classificação de *stakeholders* não é então consensual, se por um lado existem conceitos perfeitamente consolidados que não geram qualquer controvérsia, por outro lado a classificação dos grupos mais externos à organização continua a gerar alguma divergência (Preskill & Jones, 2009).

Como exemplo do referido, está uma das classificações mais debatidas pela literatura, esta realiza a identificação do meio ambiente como *stakeholder*, entendendo-se como meio ambiente os ecossistemas terrestres e todas as formas de vida humanas e não humanas (Driscoll

e Starik, 2004). Ou ainda, de uma forma completamente global e mais abrangente, o planeta terra (Stead & Stead, 2000; Starik, 1995; Haigh & Griffiths, 2007).

Aliás, Driscoll e Starik (2004) consideram essencial atribuição do estatuto de *stakeholder* ao meio ambiente, considerando que desta forma poderá ser-lhe atribuída mais importância (saliência).

Por seu lado, Laine (2011) refere que apesar da importância desta classificação, concorda e cita Phillips & Reichart (2000) e Orts & Strudler (2002), indicando que se deverá classificar de forma diferente o meio ambiente e grupos humanos, até porque esta atitude não irá criar necessariamente uma maior preocupação relativa às questões ambientais.

Também Berman, et al. (1999) colocam o seu foco na correlação entre os *stakeholders*-chave e performance financeira das organizações e inserem o ambiente nesta categoria de *stakeholders*. Assim, na literatura a que recorrem, identificam quatro argumentos que justificam a relação do ambiente com a performance financeira das organizações, designadamente:

- 1- Ser proactivo em questões ambientais poderá dar à organização uma vantagem, considerando os custos na atualização das normas legais de adaptação às mesmas, uma vez que a organização já se encontra alinhada com os dispostos normativos legais;
- 2- A responsabilidade ambiental pode potenciar a eficiência e reduzir custos operacionais;
- 3- A mentalidade ambiental poderá traduzir-se numa mais-valia nos casos em que as empresas possam produzir novos produtos ecológicos que atraiam os clientes criando assim uma vantagem competitiva para a organização;
- 4- Ser ambientalmente proactivo não só evita custos com reações negativas por parte dos *stakeholders*-chave, como pode melhorar a imagem da organização perante os restantes *stakeholders*.

A classificação de *stakeholders* depende assim das diversas metodologias adotadas quer pelas organizações em contexto prático de organização da sua gestão e decisão estratégica, quer a nível académico pelos investigadores.

Ao nível da investigação académica a procura de melhores e mais concisas definições irá promover o desenvolvimento teórico e a descoberta de novas soluções de gestão, mas será ao nível da gestão operacional em contexto prático, que as organizações deverão analisar quais são os seus *stakeholders* e que impacto poderão ter no funcionamento das mesmas.

Como temos visto, os *stakeholders* não têm todos a mesma relevância para as organizações e estão em causa diversas variáveis, designadamente, o tipo de organização, a sua envolvente

socioeconómica, política e estratégica, cabendo ao gestor analisar quem é mais importante, com o objetivo de obter melhores resultados para a organização (Olden, 2003; Lasker & Weiss, 2003).

2.2.7 - As críticas

Com todos os conceitos já conhecidos vejamos então face à globalidade do tema quais as críticas mais marcantes à teoria dos *stakeholders* e da sua aplicação.

Das diversas correntes de opinião considera-se que as posições assumidas por M. Friedman (1962) são as que mais chocam com a teoria idealizada por Freeman.

Friedman defende que na visão clássica de organização a maximização do lucro para os seus *shareholders* deverá ser a principal motivação da gestão.

As críticas realizadas à teoria dos *stakeholders* que questionam a sua aplicação, classificação e relevância de objetivos são assim segundo Stoney & Winstanley (2001):

Tabela 2.1 - Críticas ao modelo de gestão por *stakeholders*. Fonte: Elaboração Própria

Crítica:	Autor (es)
A principal prioridade da gestão é a maximização do lucro, logo o desenquadramento da teoria dos <i>stakeholders</i> .	M. Friedman (1962)
A teoria não apresenta qualquer explicação conceptual acerca da forma de como fazer as “trocas” entre os <i>stakeholders</i> .	Jensen (2001)
A teoria dos <i>stakeholders</i> é uma desculpa para a realização de uma gestão oportunista pelos gestores.	Sternberg (2000); citados em Phillips et al., (2003)
Difícil implementação e complexa identificação e classificação dos <i>stakeholders</i> .	Stoney & Winstanley (2001)
É difícil identificar a forma de integração que permita considerar as premissas éticas e sociais do modelo e ao mesmo a necessária eficiência económica proporcionada pelo modelo <i>shareholder</i> .	Maher & Andersson (1999)
Difícil identificação dos <i>stakeholders</i> não possibilitando muitas vezes distinguir indivíduos ou grupos de <i>stakeholders</i> .	Crane & Ruebottom (2011), Phillips & Reichart, (2000)
Do ponto de vista da “Gestão Sustentável Global” o modelo não se traduz numa ferramenta eficaz de gestão.	Clifton, & Amran (2011)
Não existe uma definição clara perante a forma de investigar e desenvolver o modelo da identificação de <i>stakeholders</i> e da saliência.	Neville et al., (2011)
Teoria empírica sem raciocínio normativo.	Richter & Dow (2017)
A teoria dos <i>stakeholders</i> considera o estado apenas como mais um <i>stakeholder</i> não fazendo qualquer diferenciação perante as suas especificidades.	Olsen (2017)
A teoria dos <i>stakeholders</i> é irrealista porque não considera as interações em rede.	Yang & Bentley (2017)
A aplicação da teoria dos <i>stakeholders</i> está dependente da classificação dos <i>stakeholders</i> perante todas as suas expectativas e interesses e isso é impraticável.	Bonnafous-Bouche & Porche (2010)
Uma estreita relação com <i>stakeholders</i> pode em alguns casos aumentar os riscos de corrupção.	Silvestre et al., (2018)
A classificação confusa e ambígua dos <i>stakeholders</i> não permite uma correta definição de um modelo de gestão.	Fassin (2009)
A teoria dos <i>stakeholders</i> está completamente descontextualizada perante a gestão ética das organizações.	Orts & Strudler (2009)
A teoria dos <i>stakeholders</i> não interpreta corretamente os direitos e os deveres dos mesmos provocando ambiguidade na gestão	Lea (2004)
A teoria tem sido limitada à análise de dois <i>stakeholders</i> de cada vez tornando a perceção das organizações irrealista perante a necessária análise de interação entre diferentes grupos de <i>stakeholders</i> em simultâneo.	Rowley (1997)
A utilização da teoria dos <i>stakeholders</i> em alguns casos é utilizada como um fim e não como ferramenta para entender os problemas, o que provoca muitas vezes vieses às análises, por outro lado os estudos são muitas vezes realizados por analistas internos sendo que os mesmos acabam por ser também eles <i>stakeholders</i> influenciando o processo de medição.	Hyder et al., (2010)

De uma forma geral as críticas revelam as dificuldades de aplicação já aqui identificadas nos conceitos anteriormente apresentados, perante a necessária consolidação dos mesmos. Cabe aos investigadores e profissionais de gestão explorar estes conceitos e testá-los. É ainda importante salientar que a investigação e o tempo têm vindo a contrariar muitas das críticas aqui apresentadas.

2.2.8 - Stakeholders na Saúde

Os gestores hospitalares devem considerar a importância de manter sob monitorização os seus *stakeholders*, devido à sua crescente importância perante a concretização das suas expectativas face ao desempenho, obtenção de objetivos e satisfação com a prestação dos serviços recebidos. Desta forma os hospitais poderão obter informações que permitam desenhar estratégias de gestão mais eficazes (Kumar & Subramanian, 1998).

A área da prestação de cuidados de saúde mais especificamente no âmbito deste trabalho, ou seja, serviço público nos hospitais do SNS contem idiosincrasias muito próprias relativamente às interações dos *stakeholders*.

Existe desde logo uma condição inicial que reverte as tradicionais formas de identificação e relacionamento entre *stakeholders*, isto é, qualquer indivíduo além da classificação que possa ter perante a sua relação com o hospital (profissional, fornecedor ou outro) manterá sempre latente a sua possível classificação de utente dos serviços hospitalares do SNS.

Isto apenas pretende demonstrar a abrangência do tema. A correlação de forças entre as diversas partes interessadas no desempenho dos hospitais é elevada perante a multiplicidade, relevância e interdependência dos seus *stakeholders* (Fottler et al., 1989; Brailsford et al., 2009).

Na área da gestão em saúde a importância do estudo dos *stakeholders* e do seu impacto tem sido sempre crescente. As organizações utilizam a identificação, análise e gestão de *stakeholders* como forma de otimizar a sua performance considerando as oportunidades e ameaças do mercado onde se inserem (Brugha & Varvasovszky, 2000).

A literatura tem-se preocupado essencialmente na gestão dos *stakeholders* descurando a procura de informação diretamente destes e da sua interação com as organizações. A maioria da informação é obtida por iniciativa local de cada hospital, logo com métodos, objetivos e resultados com diferentes aplicações (Daake & Anthony, 2000).

Os gestores hospitalares devem ter uma monitorização permanente não apenas para os *stakeholders* externos, mas também os *stakeholders* internos, só assim poderão otimizar o trabalho e obter mais-valias para a organização, no compromisso e satisfação das diversas partes envolvidas (Olden, 2003; Murdock, 2004).

A gestão estratégica em saúde deve emergir da correlação entre as diversas forças na organização em detrimento da valorização individual de grupos (Blair & Boal, 1991; McKiernan et al., 2018).

Algumas organizações não integram na sua gestão os *stakeholders* mais fracos, ou que numa primeira análise tenham pouca saliência, sendo que este método poderá ser prejudicial para uma correta análise global de todos os aspetos que podem interferir na definição da gestão estratégica (Hyder et al., 2010).

Proença (2003) classifica como “*stakeholders* internos” o grupo afeto à gestão, e o grupo de profissionais dos serviços clínicos. Já os utentes são aqui considerados “*stakeholders* externos”. Estes detêm pouca capacidade de influenciar a organização, e desde logo um menor interesse dos gestores face à sua reduzida saliência.

Uma das terminologias muito associadas à caracterização de *stakeholders* da saúde encontrada na literatura, é a designação de *stakeholder* chave ou atores chave. Por definição este *stakeholder* é normalmente alguém muito importante para a organização e muito comumente ligado ao governo ou de altos cargos em instituições, ou seja, alguém com poder de influência (Fottler et al., 1989).

Aqui se realiza uma divisão dos *stakeholders* hospitalares em três grupos, sendo esta categorização mais tarde adaptada perante um contexto hospitalar específico por Daake & Anthony (2000) que partem dos grupos iniciais de Fottler e organizam da seguinte forma os grupos de *stakeholders*:

1. *Stakeholders* internos
 - a. Pessoal Médico.
 - b. Pessoal de Enfermagem.
 - c. Chefias intermédias (*p. ex.* chefia de enfermagem, diretores de departamento).
 - d. Outros funcionários do hospital.
2. *Stakeholders* de ligação
 - a. Administração do hospital.
3. *Stakeholders* externos
 - a. Antigos e atuais utentes.

Existem de facto diversas formas de identificar *stakeholders* na saúde, se relativamente aos profissionais e utentes, ou seja, grupos dentro do sistema a questão está algo estabilizada, já para outros grupos de interesse externos existem formas discordantes perante a sua classificação.

O relatório do “*Centers for Disease Control and Prevention*” de 2011, realiza a seguinte identificação de *stakeholders* num sistema público de saúde dividindo-os em três grupos, e onde se incluem:

- Grupos envolvidos nas atividades de gestão das unidades – podemos aqui encontrar os funcionários em geral e elementos diretamente afetos à gestão da organização.
- Grupos que utilizam os serviços ou são afetados por estes – estão aqui incluídos os pacientes e associações de utentes.
- Grupos de avaliação dos programas – este grupo integra o público em geral, podendo ser ou não utilizador dos serviços e entidades que possam contribuir ou interferir nos programas.

Salienta-se que os grupos não são estanques perante os seus indivíduos, ou seja, os elementos de um grupo podem fazer parte de outro.

Recorrendo a uma metodologia sustentada na experiência de estudos realizados no “*National Health Service – NHS*” em Inglaterra, Murdock (2004), identifica três grupos de *stakeholders* para caracterizar o ambiente hospitalar, sendo estes designadamente:

- Utentes.
- Profissionais de Gestão.
- Profissionais Clínicos.

Segundo este estudo, com os grupos representados é possível obter uma visão holística, criando desta forma um modo abrangente de análise. Esta classificação revelou-se necessária e suficiente para aferir eficácia e eficiência dos serviços prestados.

O referido estudo é relevante para o presente trabalho porque é realizado no NHS. Este sistema teve origem em 1948 e inspirou a criação de diversos serviços de saúde públicos incluindo o SNS português. A forma de gestão é semelhante entre ambos e são constantemente realizadas comparações de funcionamento e resultados. Por outro lado, a classificação dos *stakeholders* nos grupos referidos absorve na íntegra a divisão preconizada no presente trabalho.

A gestão de *stakeholders* na saúde devido às suas especificidades não é de facto fácil ou consensual, e deve ser realizada com extremo cuidado uma vez que, se por um lado poderá ser altamente prejudicial não incluir uma das partes que se possa vir a revelar essencial, por outro lado, incluir um *stakeholder* e criar expectativas no mesmo que possam por qualquer motivo não se concretizar, também poderá ser prejudicial promovendo o insucesso de diversos projetos (Eskerod et al., 2015).

Na generalidade a literatura fornece boas referências e categorizações individuais na gestão de *stakeholders* (Fottler et al., 1989). Torna-se assim fácil para os gestores hospitalares verificar quais são as suas partes interessadas e como estas podem influenciar a organização. Nesta área deve ainda haver especial consideração para o facto de as condições variarem facilmente de importância de hospital para hospital bem como as condições em que o utente se encontra em determinada fase do seu atendimento/tratamento, devendo cada situação ser analisada individualmente (Khurram & Petit 2017; Olden, 2003; Brugha & Varvasovszky 2000; Schiller et al., 2013).

Daake & Anthony (2000) direccionaram a sua atenção para a medição da influência e do poder percebido por três grupos de *stakeholders* hospitalares entre si. Vejamos o que foi concluído para os utentes e para os grupos profissionais de maior impacto:

Pessoal médico – Os restantes grupos classificaram o pessoal médico como um grupo poderoso, já os próprios não valorizaram em si esse poder, nem a capacidade de influência.

Pessoal de Enfermagem – Este grupo realiza a mais intensa ligação aos utentes, por este motivo carece de um permanente contato com os médicos e chefias intermédias. Detêm normalmente um bom apoio da administração, no entanto os próprios não se consideram um grupo com poder.

Utentes – Apesar dos esforços em valorizar o utente, os restantes *stakeholders* não consideram que estes tenham poder de influência, por outro lado também os próprios utentes não consideram ter influência ou poder.

Uma conclusão importante do estudo apresentado é que quanto mais um grupo tiver percepção da sua capacidade de influência, mais vai fazer uso da mesma nas interações com a organização podendo influenciar ou colaborar mais nas decisões desta.

No estudo de Fottler, et al. (1989), torna-se relevante a afirmação que perante o universo de *stakeholders* investigado existem grupos que estão perante os restantes, atualmente a aumentar o seu poder, devendo os mesmos ser devidamente considerados como forma de otimização da sua gestão.

Também Ong, et al. (2018), no estudo que realizaram referente à organização de serviços de saúde identificam na generalidade os mesmos atores chave já aqui mencionados. A terminologia “atores” é por vezes utilizada no sector da saúde para a designação dos seus *stakeholders*, esta utilização é frequente em autores portugueses e estrangeiros. Torna-se apenas relevante realçar que apesar das diferentes terminologias estamos sempre a mencionar os mesmos grupos.

Em Portugal, na designação dos utilizadores dos serviços de saúde, podemos ter associada a terminologia, utentes, doentes, pacientes, consumidores, cidadãos, atores ou clientes, sendo que a última não é consensualmente aceite no meio hospitalar, esta teve a sua disseminação muito devido à introdução e aplicação de referenciais de sistemas de gestão da qualidade, aplicados a hospitais ou serviços hospitalares.

Ao termo cliente é atribuída uma conotação muito comercial, por esse motivo é mais usual a utilização dos termos: doentes (tem vindo a decrescer a sua utilização); utentes ou mais recentemente cidadãos.

Note-se que o termo cidadão é recente, e tem sido algo adotado em Portugal, no entanto não é consensual uma vez que o mesmo é indicado para identificar um estado legal, um estatuto ou uma capacidade de usufruir das condições de cidadania (Ferrer, 2015).

Relativamente às restantes designações, a sua utilização é um pouco indiscriminada podendo-se extrapolar para um efeito de moda, perante uma maior ou menor utilização de determinado termo. Questiona-se apenas o interesse de tamanha dispersão de designações.

O setor da saúde é especialmente pródigo na adoção de pseudo-inovação, com a permanente alteração da designação de conceitos que significam a mesma coisa, justificando-se a sua utilização apenas como marketing ou moda (Walshe, 2009).

Um dos exemplos que pode ser mencionado para ilustrar o efeito de moda é a atual disseminação utilização do termo “humanização” dos serviços. O conceito teve a sua inicial dispersão em contexto de cuidados de saúde no início dos anos 1950 tendo sido extremamente debatida a sua aplicação nos anos 1970, considerando-se um marco histórico na temática a conferência “*Humanizing Health Care*” realizada em São Francisco em 1972. (Deslandes 2006). Existem assim utilizações cíclicas ou modas que vão sendo difundidas consoante a necessidade de introdução de novas terminologias.

Neste documento utiliza-se essencialmente o termo utente por este ser o que está institucionalmente definido, sem prejuízo do referido em alguns casos para manter uma ligação fiel ao artigo/documento de origem é muitas vezes adotada a terminologia original.

Por fim, na área da saúde, e à semelhança do que ocorre para a teoria geral de *stakeholders*, também aqui existe quem discorde da aplicação do conceito que valoriza de igual modo todos os *stakeholders*.

Para Sharfstein (2016) a correta gestão de saúde pública não deve ter como objetivo primordial a satisfação dos utentes, mas sim a promoção da prestação de cuidados de saúde com custos eficazes.

Outra questão identificada por Sharfstein (2016) é a excessiva mercantilização que envolve a gestão considerando a inclusão dos *stakeholders*. Refere o investigador que neste modelo muitas vezes os lóbis criam influências nas cadeias de decisão, consumindo todo o espaço de atuação às organizações.

2.2.9 - O meio ambiente como *stakeholder* (na saúde)

Como referido anteriormente, a classificação do meio ambiente como *stakeholder* não é consensual, existindo diversos investigadores com opiniões divergentes sobre o assunto, no entanto concorde-se ou não com esta classificação, é neste momento indiscutível a importância da sustentabilidade do meio ambiente, desconhecendo-se no curto/médio prazo o seu real impacto, nas organizações, e nos *stakeholders*, pelo que existem especificidades nesta área que convém identificar.

A preocupação com o meio ambiente pode produzir uma vantagem na performance financeira, impulsionada pela proatividade e a importância percebida sobre os seus *stakeholders* (Henriques & Sadorsky, 1999; Berman et al., 1999).

Atualmente a atividade hospitalar requer para o seu funcionamento um elevado volume de recursos energéticos e consumo de água, produzindo uma expressiva quantidade de resíduos sólidos e líquidos. Aliada a esta exploração está o seu modo de funcionamento interrompido movimentando milhões de pessoas, apenas para o seu funcionamento. Davies & Lowe (1999) identificaram 10 milhões de funcionários ligados à prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos.

A atividade intensa que os hospitais praticam, requer um elevado volume de recursos, e revela a importância da classificação do meio ambiente como *stakeholder* perante a necessária e crescente preocupação geral.

Apesar de se concordar ou não com a sua classificação como *stakeholder*, a influência do meio ambiente na gestão hospitalar tenderá a aumentar significativamente pelo que, reveste-se de primordial importância manter sob observação as questões relacionadas com tudo o que envolve a gestão hospitalar e a sua componente de gestão de recursos socioambientais, porque as mesmas têm um impacto significativo e crescente no desempenho da gestão destas organizações (Subramanian et al., 1994).

2.2.10 - O *Stakeholder* utente

Para enquadrar a relação do *stakeholder* utente com os restantes incluídos no atendimento e percurso hospitalar realiza-se a seguinte transcrição, “...*Regra geral, calamo-nos e submetemo-nos sem forças. Estamos sujeitos a uma lei interna onde parece que os direitos foram deixados*

à entrada, onde nenhum advogado é suposto nos acompanhar e a que os relatórios das organizações não se referem. Nesses momentos fala dentro de nós a lei da sobrevivência e preferimos usar as poucas energias que nos restam para suportar a humilhação uma vez que o nosso tratamento e recuperação passam pelas mesmas mãos que abusam da nossa dependência para nos negligenciar ou mesmo agredir...” A presente citação encontra-se em Antunes (2001) e o mesmo recorreu à transcrição deste texto publicado no jornal Público em 10/3/2000 da autora Miriam Lopes, como forma de expor a relação entre “*quem trabalha nos hospitais e quem entra neles*”.

A transcrição aqui realizada pretende ilustrar como pode ser o relacionamento entre estes *stakeholders*, como é evidente não retrata a totalidade das relações, no entanto devido ao forte poder ilustrativo que a mesma revela, considerou-se importante a sua apresentação.

O *stakeholder* utente individualmente, ou seja, não sendo representado por qualquer organismo ou associação ao contrário do que é expectável não tem impacto nas decisões de políticas de gestão ou estratégia. Tal situação deve-se ao facto de este possuir usualmente pouco poder de influência.

Esta relação apenas se inverte nos casos em que existe intervenção da comunicação social devido a queixas de um qualquer evento adverso ou negligente por parte do hospital (Brailsford et al., 2009).

Uma questão relevante perante a tipificação do utente de serviços públicos hospitalares reside no facto de este procurar primeiramente obter bons cuidados médicos, e em segundo plano valorizar questões como a qualidade dos serviços complementares como sejam questões relacionadas com instalações, equipamentos ou alimentação. Não obstante, as questões estruturais e características físicas das unidades hospitalares são facilmente entendidas pelos utentes e têm influência na valorização da satisfação (Kraska, 2016).

A justificação da afirmação supra é também encontrada em Swayne, et al. (2006), ao contrário do que acontece na avaliação da prestação de cuidados de saúde, os utentes possuem facilmente alguma capacidade para avaliar as instalações e equipamentos de saúde. Basicamente o conforto é a principal característica que o utente percebe como uma característica que lhe transmite segurança e interesse da instituição em bem acolher e tratar.

A fraca exigência perante a qualidade dos serviços clínicos prestados nos serviços públicos pode ser em parte explicada pelas reduzidas expectativas iniciais. Considera-se que algum atendimento é melhor que nada, a questão está também diretamente associada à faceta económica, o utente acaba por não ter a noção dos custos associados aos cuidados recebidos e

a cargo do terceiro pagador, logo, julgando-se desabilitado de exigir (Kumar & Subramanian, 1998).

De facto, a questão associada ao pagamento dos serviços é uma idiossincrasia do sistema que inverte a correta forma de perceção da questão. Os serviços que os utentes utilizam aquando da sua deslocação a uma unidade hospitalar, já foram previamente pagos pelos utentes através dos impostos quer utilizem ou não os serviços, uma vez que é essa a principal forma de financiamento do SNS (Sakellarides, 2009).

A expressão “gratuito” ou na redação mais atual “tendencialmente gratuito” inscrita no artigo 64º da Constituição da República Portuguesa, refere-se à altura em que o ato é prestado. Esta vem, no entanto, mascarar a perceção dos utentes relativamente à sua contribuição para o funcionamento do sistema, constituindo esta falsa assunção de gratuitidade uma das maiores barreiras face à perceção de legitimidade na exigência de qualidade dos serviços.

Regressando à importância do utente, Smith & Fischbacher (2005) referem que os gestores mostram uma significativa preocupação com a gestão das necessidades dos *stakeholders*, no entanto esta preocupação não é manifestada de igual forma para com os utentes.

Em A.C. Campos & Simões (2014), temos também a mesma perceção perante o “estatuto” do utente, ou seja, é aqui referido que os profissionais e as suas organizações representativas dispõem de *lóbis* com muito poder e que apenas mobilizando estes grupos profissionais para a mudança se pode alcançar o sucesso numa gestão integrada de interesses dos *stakeholders*. Refere-se ainda que a legitimidade dos interesses dos profissionais não deve ter primazia sobre os interesses e bem-estar dos cidadãos.

Neste universo de conflito de interesses o utente torna-se o elemento mais desprotegido do sistema. Esta falta de suporte é ainda agravada devido à condição do utente que se encontra numa posição de vulnerabilidade. Este deveria ser “*mais credor do que devedor*” nos termos e para os efeitos da Carta dos Direitos e Deveres dos Utesntes” (A.C. Campos & Simões, 2014).

No âmbito dos direitos dos utentes, muito foi conseguido desde a implementação do SNS em 1979, destaca-se no enquadramento do presente trabalho e pela sua importância na valorização dos interesses dos utentes, o direito ao *acesso à informação clínica* (Lei nº 12/2005 de 26 de janeiro e Lei nº 46/2007 de 24 de agosto) e o direito a apresentar *sugestões e reclamações* (Lei nº 15/2014 de 21 de março) (A.C. Campos & Simões, 2014).

Sem prejuízo do referido, o acesso à informação clínica do utente continua excessivamente condicionado apesar de decorridos 15 anos, fruto de alguns interesses que não propriamente dos próprios utentes (deBronkart, 2017; Crisp et al., 2014).

Nesta senda constitui ainda uma referência organizativa o direito de escolha do hospital de atendimento não fidelizado à área de residência do utente. A adoção da presente medida permitiu aos utentes poderem escolher livremente a unidade hospitalar onde pretendem ser assistidos constituindo assim uma forma extremamente relevante de promover a escolha e opção dos utentes (Simões et al., 2017a).

Nos exemplos referidos não estão incluídas outras medidas organizativas também de comprovada relevância que foram adotadas desde o início do SNS, os exemplos indicados apenas pretendem ilustrar formas e métodos de gestão que podem ser usados na gestão do *stakeholder* utente.

2.2.11 - Os Stakeholders Profissionais Clínicos

No presente grupo estão incluídos os *stakeholders* profissionais clínicos, ou seja, de uma forma abrangente, os profissionais que estão diretamente em contacto com os utentes prestando cuidados de saúde aos mesmos. São aqui considerados médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e técnicos auxiliares de saúde (assistentes operacionais), entre outros profissionais que possam estar de certa forma ligados diretamente aos cuidados ao utente.

Estes profissionais praticamente acompanham toda a interação realizada com o utente durante a permanência na unidade hospitalar. Desta forma possuem poder e têm capacidade de influenciar o trajeto e os cuidados prestados.

Cada uma das classes dos profissionais clínicos representa dentro do hospital uma força, esta é permanentemente utilizada por um lado no seu relacionamento com o utente, e por outro na gestão do seu relacionamento com outras classes profissionais dentro do hospital.

Barraquier (2013) realiza o seu trabalho baseado na identidade de grupo e refere a relevância de perceber que a forma como cada grupo de *stakeholders* influencia a organização está diretamente ligada à capacidade de pressão sobre esta.

Os profissionais especialmente quando são portadores de elevada diferenciação e elevado conhecimento científico, detêm um elevado poder sobre a organização uma vez que de certa forma controlam recursos vitais para os hospitais, sendo normalmente críticos perante as definições de gestão e estratégia a seguir (McKiernan, 2018).

É fundamental o envolvimento dos profissionais na definição e implementação das opções estratégicas de gestão. De facto, o poder deste grupo pode comprometer algumas medidas de gestão sendo crítica a sua participação e integração na definição das opções de gestão (Blair & Boal, 1991).

No grupo dos profissionais existem evidências que a classe médica deve estar incluída nos órgãos de gestão, o estudo de Dickinson, et al. (2013), mostra que o “*engagement*” da classe médica está diretamente relacionado com o aumento da eficiência e da performance. A valorização e inclusão deste *stakeholder* é por estes motivos desde logo evidente.

A gestão deve procurar formas que permitam permanentemente avaliar a melhor maneira de proporcionar a estes profissionais pelo menos, duas das mais importantes questões no desenvolvimento profissional: A valorização técnica/formativa e a valorização remuneratória.

O compromisso organizacional da classe médica deverá ser maximizado, uma vez que este grupo dispõe de elevados conhecimentos na definição de opções técnicas, sempre que estiver em causa a conjugação de opções de gestão e clínicas (Denis & Gestel, 2016). Não devemos esquecer que esta faceta está também ligada à gestão do conhecimento que irá tornar-se um dos mais fortes e importantes fatores de produção nas organizações, devendo ser devidamente acompanhada pelos gestores.

A elevada diferenciação técnica e experiência, aliadas à falta de profissionais em determinadas áreas médicas atribui a estes *stakeholders* um alto poder económico, uma vez que estes são críticos na persecução dos objetivos da organização estando no centro da sua cadeia de criação de valor (Freeman et al., 2018).

No caso do grupo de profissionais de enfermagem este é o que está mais diretamente relacionado com os utentes devido ao tipo de interação necessária entre ambos. As ligações podem em certos casos ultrapassar as barreiras clínicas colocando-se também ao nível social e afetivo.

De forma diferente a prestação emocional do grupo dos médicos é mais influenciada perante a interação com seus pares e órgãos de gestão, do que no relacionamento com os utentes (Petita, 2016).

Como se refere no Relatório Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2018, p.89) “*O trabalho clínico na saúde é especialmente complexo e desgastante devido à natureza intrínseca das atividades (a ameaça constante da vida e o facto de se lidar com o sofrimento do outro), mas também devido ao funcionamento e dinâmicas organizacionais (o trabalho por turnos; a necessidade dos fluxos de informação serem partilhados por diversos profissionais, serviços e instituições; a possibilidade dos recursos humanos poderem não ser suficientes para assegurar a melhor qualidade do trabalho realizado).*”

É cada vez mais notória a preocupação perante a necessidade de rever as condições de trabalho destes profissionais para mitigar a ocorrência de problemas físicos e psicológicos, quer

nas relações e condições profissionais ou na relação com o utente. O desempenho profissional motivado é essencial na prestação de serviços de qualidade.

A interação entre este grupo de *stakeholders* (essencialmente médicos e enfermeiros) e os utentes pode revelar-se muito exigente, sendo necessária uma elevada resiliência entre os grupos para superar adversidades. Uma das problemáticas mais complexas neste âmbito que vem atravessando os tempos é a agressão aos profissionais, “...*As utentes chegam às unidades de saúde, num estágio avançado de desmotivação ou frustração criando facilmente situações de conflito com os profissionais....*”, “...*Para a Ordem dos Médicos, os doentes estão “cada vez mais insatisfeitos e propensos a práticas de violência gratuita, injustificada e indesejada” por serem “fustigados pelos sucessivos cortes nos orçamentos familiares e confrontados com o aumento dos tempos de espera nos hospitais, bem como com taxas moderadoras elevadas”*”. (Vieira, 2015, p.31). A correlação direta entre o tempo de espera e a violência é também identificada por Belorgey (2018), utentes com menor tempo de espera normalmente não adotam comportamentos violentos.

Os episódios de violência sobre profissionais de saúde comunicados “*on-line*” para a Direção Geral da Saúde em 2013 atingiram 202 ocorrências, subindo para 531 em 2014. Já em 2018 estes valores superaram largamente as ocorrências anteriores, tendo atingindo um valor superior a 950 episódios de violência. Esta evidência demonstra a difícil relação entre estes dois *stakeholders*.

A violência sobre profissionais de saúde é permanentemente uma das mais complexas questões na interação entre profissionais e utentes, esta tem um grave impacto na saúde ocupacional dos profissionais comprometendo a necessária colaboração entre estes *stakeholders* (Antão et al., 2020; A.C. Campos & Simões, 2014).

Este tema vem sendo debatido há diversos anos essencialmente por especialistas e profissionais da área da saúde, sem resultados práticos e sem implementação de medidas efetivas que consigam mitigar estas ações. O ano 2019 revelou um elevado conflito entre profissionais e utentes. Já as condições extraordinárias vividas com a pandemia Covid-19 em 2020 traduziram-se numa significativa redução destes atos. Sem prejuízo do referido torna-se importante assinalar que as agressões se mantiveram, em alguns países agravadas pela própria pandemia, tornando-se também estes atos dignos de estudo perante as especiais condições em que ocorreram.

Dentro do grupo relativo aos profissionais clínicos, ou como definido inicialmente “profissionais que estão diretamente em contacto com os utentes prestando cuidados de saúde aos mesmos”, encontramos os Assistentes Operacionais. Este grupo, devido às tarefas que

desempenha está constantemente em contato com os utentes, sendo muitas vezes o primeiro elo de ligação com os mesmos. O necessário e constante contato entre este grupo profissional e os utentes revela desde logo a importância desta relação e da forma como a mesma deve ser monitorizada.

O sucesso de uma organização está diretamente ligado à sua capacidade de gerir de uma forma eficaz os seus profissionais, sendo a gestão do capital humano um fator fulcral em áreas altamente diferenciadas, como a medicina (Fernandes, 2011).

Para a totalidade do grupo de *stakeholders* (profissionais clínicos), será ainda importante referir, que as relações entre os grupos que o integram, estão normalmente sujeitas a permanentes conflitos devido a competições entre eles pelo controlo e gestão de determinadas tarefas (Temido & Dussault, 2014).

A gestão do hospital público tem sido caracterizada pelos constantes conflitos com os profissionais clínicos, demonstrando uma ineficiente estratégia de gestão de recursos humanos (Fernandes, 2011).

As afirmações anteriores permitem desde logo inferir que a inexistência de uma eficaz política de gestão deste *stakeholder* traduz-se na ineficiência geral da prestação dos serviços.

2.2.12 - Os Stakeholders Profissionais Não Clínicos

Neste grupo encontram-se incluídos todos os profissionais que não desempenhando tarefas clínicas não estão em princípio em contacto com os utentes ou não têm uma ação relevante direta e imediata para a satisfação do utente durante a utilização dos serviços.

Note-se, no entanto, que existem profissionais com formação clínica que podem estar afetos a funções de gestão, exercendo ou não a prática médica.

Identifica-se aqui também, o caso particular da classe profissional que realiza o atendimento administrativo que embora esteja neste grupo, interfere no sistema contactando diretamente com o utente e que os inquéritos de satisfação apontam constantemente como um dos elos a melhorar na cadeia de atendimento. Os temas associados aos procedimentos administrativos foram aliás a rubrica que no primeiro semestre de 2019 obteve maior número de reclamações, segundo a Entidade Reguladora da Saúde (Tabela 2.2).

Tabela 2.2 - Reclamações de utentes (fonte: ERS – 1º semestre de 2019)

Temas mencionados	N.º total menções	Por ano de submissão à ERS		% do total menções	% do total reclamações
		Até 31/12/ 2018	Em 2019		
Procedimentos administrativos	23.616	13.618	9.998	21,4	26,4
Focalização no utente	21.342	12.878	8.464	19,3	23,9
Acesso a cuidados de saúde	18.687	11.431	7.256	16,9	20,9
Cuidados de saúde e segurança do doente	17.875	13.098	4.777	16,2	20,0
Tempos de espera	13.173	3.914	9.259	11,9	14,7
Questões financeiras	8.032	5.172	2.860	7,3	9,0
Instalações e serviços complementares	4.952	3.091	1.861	4,5	5,5
Outros Temas	2.767	1.140	1.627	2,5	3,1

Na generalidade e neste grupo de *stakeholders* estão assim incluídos os profissionais afetos à administração do hospital e órgãos de apoio técnico e logístico de apoio. No hospital existem diversas competências técnicas não clínicas que permitem o funcionamento destas organizações, designadamente, serviços jurídicos, engenharia, contabilidade e gestão geral de bens e serviços.

Relativamente à gestão de topo dos hospitais aqui incluída neste grupo, convém salientar que estes profissionais são normalmente escolhidos devido a afinidades pessoais ou profissionais para desempenho dos cargos. O acesso está regulado pelo Decreto Regulamentar, Artº, 7º; 9º - nº3/88, de 22 de janeiro e identifica as regras de nomeação dos cargos relativamente às necessárias competências. Entre outras questões estão identificadas:

“O director é nomeado pelo Ministro da Saúde de entre individualidades de reconhecido mérito, experiência e perfil adequados às respectivas funções no hospital em causa.”

“O administrador-delegado é nomeado pelo Ministro da Saúde, sob proposta do director, de entre gestores de reconhecido mérito, vinculados ou não à função pública e com currículo adequado às funções a exercer.”

Podemos verificar em A.C. Campos & Simões, (2014) que até à publicação do referido documento legislativo os órgãos da administração hospitalar eram exclusivamente entregues a profissionais formados na Escola Nacional de Saúde Pública, e que posteriormente passou a ser realizada por profissionais muitos deles sem qualquer formação específica em gestão de serviços de saúde.

A forma crítica da afirmação anterior revela o facto de poderem existir profissionais a exercer uma função sem ter formação específica para esse fim, o que será sempre grave em

qualquer profissão, tendo obviamente especial relevo quando tais práticas ocorrem numa área tão sensível.

A partir de 1990 com a aprovação da Lei de Bases da saúde os Conselhos de Administração dos hospitais passaram a integrar obrigatoriamente grupos profissionais de médicos e enfermeiros. O Presidente do Conselho de Administração poderá ou não ser profissional de saúde, no entanto é sempre nomeado pelo governo (Mesquita et al., 2018).

Uma das questões primordiais na gestão é a avaliação de todo um contexto de trabalho em que a organização se movimenta e para quem deve orientar os seus esforços. Como referido anteriormente no caso hospitalar os gestores nem sempre fazem uma correta identificação dos seus *stakeholders*, em Martins, et al. (2015) afirma-se que num estudo realizado às administrações dos hospitais, estes revelaram não identificar corretamente as suas partes interessadas, questionando-se desde logo todo o conceito geral desta gestão que desconhece para quem está a gerir.

Os gestores dos serviços de saúde devem entender a gestão hospitalar de forma integrante com os restantes grupos de *stakeholders*, cada vez mais as novas metodologias de governação pretendem agregar o conhecimento e envolvimento de todos (Weech-Maldonado, 2003). Este conceito está a alterar o paradigma da gestão de serviços de saúde atribuindo mais poder e autoridade aos gestores em detrimento da autoridade dos profissionais médicos (Blair & Boal, 1991).

O gestor encontra-se numa posição privilegiada no que se refere à capacidade de influenciar e conciliar os restantes *stakeholders* do sistema, desta forma poderão absorver as sensibilidades e interesses de cada grupo com o objetivo de os conjugar e integrar face aos seus interesses, resultando em mais-valias para a organização.

Genericamente o grupo afeto aos profissionais não clínicos é composto por múltiplas especialidades e competências, que mais uma vez requer o necessário acompanhamento para integrar uma visão de conjunto da prestação de serviços a realizar.

2.2.13 - Os *stakeholders* hospitalares num contexto temporal especial

A forma como os profissionais desempenham as suas funções está diretamente relacionada com as condições internas e externas que lhes são proporcionadas, conseqüentemente a prestação dos seus serviços será o reflexo destas condições. Torna-se assim importante perceber o impacto que estas alterações podem produzir diretamente nos *stakeholders* e como estas afetam a sua prestação.

O período em que decorreu o presente trabalho revelou-se crítico no que concerne ao desempenho dos profissionais e na sua implicação nos serviços prestados aos utentes, tendo sido possível absorver informação perante contextos profissionais muito especiais e atípicos.

Os anos 2018/2019 foram marcados pela existência de diversos conflitos essencialmente entre estruturas representativas dos profissionais e o ministério da saúde. Estes conflitos refletiram as opções de gestão realizadas nos anos anteriores, sendo importante identificar o enquadramento temporal e condições em que as mesmas aconteceram.

Em maio de 2011, o Parlamento português rejeitou um pacote de medidas de austeridade que era designado por Pacote de Estabilidade e Crescimento - PEC IV, perante este acontecimento o país requereu uma ajuda financeira de emergência recorrendo para o efeito a um empréstimo do Banco Central Europeu, da Comissão Europeia e do Fundo Monetário Internacional, tendo a equipa representante destes organismos ficado conhecida como “Troika” (Legido-Quigley et al., 2016).

Ainda durante o mês de maio foi realizado um documento designado, “Memorando de Entendimento” este preconizava diversas medidas a adotar pelo estado português. Ao todo foram aplicadas mais de cinquenta medidas de restrição no setor da saúde visando atingir a maior poupança possível (Crisp, 2015). Entre as mais relevantes para os profissionais, salienta-se o corte nos salários e o aumento da carga horária.

A redução da despesa imposta em 2011 nos serviços de saúde foi essencialmente conseguida por cortes nos vencimentos dos profissionais e congelamento de carreiras em conjunto com a redução do número de profissionais e dos investimentos em infraestruturas (Simões et al., 2017b; Nunes & Ferreira, 2018).

Durante os anos em que o país esteve sob ajuda financeira diversos sectores de atividade sofreram profundas alterações no seu funcionamento. O atendimento hospitalar, além de não ter sido uma exceção, foi ao contrário do que era expectável ou desejável, um dos mais afetados com as medidas de gestão executadas (Correia et al., 2015; Nunes & Ferreira 2018).

As unidades hospitalares tiveram uma redução de 10 % no seu financiamento, agravaram-se os problemas com o atendimento nos serviços de Urgência, e assistiu-se a uma tentativa de fechar a maior maternidade do país (Maternidade Alfredo da Costa - MAC). Ficaram ainda congelados quaisquer financiamentos de novas infraestruturas (Nunes & Ferreira 2018).

Poderia referir-se que até ao início do resgate financeiro o SNS, e mais especificamente o atendimento hospitalar, estiveram de certa forma sempre em equilíbrio, tendo este período representado um ponto de inflexão perante os recursos disponíveis.

A desmotivação, principalmente dos profissionais médicos e enfermeiros foi muito acentuada, provocando no caso dos médicos um aumento significativo das aposentações, bem como a opção pelos serviços privados, desequilibrando equipas, comprometendo a qualidade dos serviços prestados, ou até a capacidade formativa (A.C. Campos & Simões, 2014).

No que concerne à classe de enfermagem, foi extraordinariamente expressivo e penalizador o fluxo migratório que retirou muitos enfermeiros dos hospitais, estas saídas foram essencialmente potenciadas pela insatisfação, devidas às remunerações auferidas em conjugação com o aumento da carga horária laboral, (em 2012 a carga horária semanal passou de 35 horas para 40 horas mantendo os mesmos níveis retributivos) (Fronteira et al., 2018).

Também os profissionais de gestão sentiram estes constrangimentos, entre os anos 2014 e 2015 diversas administrações de unidades hospitalares apresentaram a sua demissão por discordarem das medidas de redução de custos e cortes impostos pelo governo (Legido-Quigley et al., 2016).

A redução de salários, o elevado aumento de impostos e cortes nos subsídios, acentuaram a quebra de rendimento dos profissionais. Estas premissas revelam uma ligação direta à redução dos serviços prestados pelos hospitais com consequentes implicações sobre o acesso e qualidade do atendimento aos utentes durante o programa de Assistência Económica e Financeira (Correia et al., 2017; Nunes & Ferreira, 2018; Russo, et al. 2017).

Entre os anos 2011 e 2013 o SNS perdeu 2.3% da sua força de trabalho, onde se inclui uma redução de 3.2% dos profissionais de enfermagem. O rácio enfermeiro/médico entre os anos 2008 e 2012 reduziu de 1.5 para 1.4 (Legido-Quigley et al., 2016).

O Colégio da especialidade de ginecologia e obstetrícia inglesa refere que em 2006/2007 estavam registados para trabalhar neste país 20 enfermeiros portugueses tendo esse número subido para um valor superior a 550 em 2011 (Ribeiro et al., 2014).

Também em Ramos & Alves (2017), que citam (Martins et al., 2015), verificámos um estudo que mostra a intenção de 65% dos médicos pretenderem imigrar (a população estudada inclui os diversos anos de especialidade).

Outra conclusão retirada dos estudos efetuados, mostra a relação entre o trabalho e o tempo de lazer dos médicos, *i.e.*, alguns médicos apesar das restrições que lhes foram impostas decidiram, no entanto, permanecer em Portugal (a exercer no SNS), mas em contrapartida realizando o seu trabalho de forma menos intensa, como forma de resposta à deterioração das condições laborais.

A opção referida é ainda sustentada pelo facto de a classe médica ter dentro do sistema de saúde alguns privilégios, o que levou a uma ponderação mais cuidada desta classe profissional

aquando da decisão por outras soluções de maior risco, como a emigração (Russo et al 2017; Correia et al., 2017; Nunes & Ferreira 2018).

Os fluxos migratórios dos profissionais de saúde devem receber uma permanente atenção porque no caso de países pequenos como Portugal, mesmo reduzidos fluxos de emigração podem ter um impacto significativo nas políticas de saúde. Por outro lado, reflete a ausência de planeamento e gestão estratégica no que concerne a estas matérias como forma de assegurar uma boa qualidade de serviço aos utentes (Ribeiro et al., 2014).

A generalidade dos estudos citados relativamente às condições, expectativas e entendimento da classe médica, sobre a forma de aplicação das medidas e políticas de saúde durante o período mencionado, referem a desmotivação desta classe profissional, manifestando estes uma permanente intenção de abandonar o SNS (Russo et al., 2017; Correia et al., 2015).

Os profissionais de saúde são informadores chave na definição estratégica, ou seja, este é um exemplo concreto em que este *stakeholder* deve estar no centro da decisão porque além do seu desempenho estar em jogo, são quem melhor conhece os comportamentos dos utentes (Correia et al., 2016).

Por outro lado, e como seria expectável todas estas condições anómalas tiveram um elevado impacto no utente. As medidas de austeridade a que os *stakeholders* profissionais foram sujeitos transferiram-se diretamente para os utentes, reduzindo o acesso com consequentes assimetrias sociais e qualidade dos serviços (Correia et al., 2016; Perelman et al., 2015).

Relativamente às medidas diretamente impostas sobre os utentes, a que mais controvérsia suscitou foi o aumento do copagamento dos serviços, pretendendo-se desta forma reduzir o acesso aos mesmos. O resultado expectável seria a redução do acesso do utente aos serviços, perante um valor a pagar mais elevado (Legido-Quigley et al., 2016).

Neste caso, e como a maioria dos utentes apenas tem a noção monetária do custo do serviço podendo não ter noção da gravidade do seu estado clínico, a decisão do utente de aceder ou não aos serviços acabaria por ser exclusivamente monetária, o que deturpa por completo os objetivos da criação do SNS.

Estas medidas visaram essencialmente criar uma barreira no acesso aos cuidados de saúde que em alguns casos poderiam ser fatais para os utentes. Os médicos que participaram no estudo de Legido-Quigley, et al. (2016), estimaram que 60% dos utentes que recorriam aos seus serviços não realizavam um eficaz acompanhamento devido a dificuldades financeiras e 22.8% não adquiria a medicação prescrita também pelo mesmo motivo.

Nos indicadores de 2011, em especialidades como a saúde materna, as evidências mostram um aumento de complicações durante o período de gravidez devido ao deficiente

acompanhamento. Existiu ainda o aumento das complicações relativas ao enfarte do miocárdio podendo este ser explicado também pelas reduzidas ações de prevenção e acompanhamento (Perelman et al., 2015; Fronteira et al., 2018).

O memorando de entendimento e o resgate financeiro terminaram em maio de 2014. O ministro da saúde que iniciou funções em dezembro de 2015 referiu que as medidas adotadas durante o período da “Troika”, não só não resolveram quaisquer problemas, como agravaram os existentes (Nunes & Ferreira 2018).

As medidas implementadas na área da saúde para fazer face às dificuldades que provocaram a realização do resgate financeiro, e que pretendiam potenciar o crescimento económico, foram controversas e essencialmente baseadas em crenças políticas e filosóficas, não existindo assim explicações técnicas ou práticas para a sua implementação (Fronteira et al., 2018).

Nos anos seguintes verificou-se alguma retoma nas condições profissionais destes grupos de *stakeholders*. Aumentou o número de profissionais, a remuneração, e foi reposta a carga horária de 35 horas semanais (Fronteira et al., 2018).

Não obstante, para os diversos *stakeholders* em causa o ano de 2019 ficou marcado pela insatisfação generalizada entre todos os intervenientes. No grupo afeto aos profissionais esta insatisfação teve a sua principal expressão no elevado número de dias de greve.

O Portal da Saúde indica que entre janeiro e maio de 2019 as greves nos diversos sectores da saúde traduziram-se em 72 mil dias de trabalho não realizado. No mesmo período em 2015 o número de dias nas mesmas condições tinha sido 38 mil.

Este momento de crispação manteve-se ao longo de 2019, sendo que no final deste ano e início de 2020 com o início da pandemia Covid-19, as relações foram atenuadas devido ao período atípico vivido no país e mais especificamente na área da saúde. Já em 2021, regressaram com a mesma consistência pré-pandemia os conflitos dentro das estruturas da saúde (ministério da saúde/administrações hospitalares/profissionais) e entre *stakeholders*, demonstrada com agressões aos profissionais.

Este enquadramento de um período temporal específico teve como objetivo por um lado demonstrar as inter-relações entre as expectativas e desempenho dos *stakeholders* profissionais e o impacto no *stakeholder* utente, e como este tipo de funcionamento contribuiu para o desequilíbrio das relações entre *stakeholders* e qualidade de serviço, bem como assinalar condições muito específicas de acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Apesar das melhorias das condições laborais registadas nos últimos anos, as medidas tomadas no período de ajuda financeira foram no conjunto altamente penalizadoras para a globalidade dos *stakeholders*, estando as mesmas ainda a refletir-se nos dias de hoje, e algumas,

devido à sua gravidade irão perdurar diversos anos. Como exemplo, refere-se a elevada saída de mão-de-obra especializada do SNS e do país, que irá demorar muito tempo a repor a sua capacidade produtiva, devido às complexas relações entre recursos humanos que demoram anos a otimizar.

Especialmente neste período foram preconizadas medidas que incidiram diretamente sobre os utentes penalizando os mesmos perante as expectativas que detinham sobre o acesso e qualidade de serviços de saúde, no entanto as medidas indiretas, aplicadas sobre os *stakeholders* profissionais revelaram-se ainda mais prejudiciais para estes.

2.2.14 - Stakeholders – A importância do desempenho colaborativo

Ao longo deste trabalho foi sendo referida a necessária ação colaborativa, e recolha de informação de todos os *stakeholders* envolvidos como forma de integrar todas as partes de uma forma tendencialmente igualitária. Devido à extensa bibliografia e conhecimento produzidos sobre o tema convém identificar mais algumas medidas estratégicas para a persecução deste objetivo.

Em Conway, et al. (2006), podemos ver que um sistema de saúde deve enquadrar todos os *stakeholders* chave, e o contributo destes deve ser igualitário recebendo toda a informação possível destes, apenas desta forma colaborativa os problemas podem ser resolvidos otimizando-se os cuidados prestados.

Os serviços de saúde necessitam de realizar um alinhamento dos seus *stakeholders*, isto deve-se ao facto de existirem muitas forças em conflito e ser necessário recolher entre todos, os seus conhecimentos e capacidades, integrando um objetivo comum e criando uma sinergia que permita criar valor para a organização numa perspetiva colaborativa (Hearld et al. 2012; Lasker & Weiss, 2003; Weech-Maldonado, 2003).

Para se chegar a resultados positivos na implementação de medidas de gestão estratégica de *stakeholders*, dever-se-á passar de uma aplicação dos cuidados de saúde de forma autoritária para uma metodologia colaborativa onde todos contribuem para os resultados (Hoving et al., 2010; Joseph-Williams et al., 2014; Porter 2009; Fottler, 1987).

Estas questões estão no caso dos profissionais relativamente bem assimiladas e definidas, já no caso dos utentes é necessário que estes sejam mais informados e educados permitindo-lhes realizar escolhas responsáveis.

A implementação de medidas estratégicas na saúde, são sempre difíceis de concretizar no sector público, isto deve-se em grande parte à tendência de aprovar medidas que tenham um

retorno mais imediato, e pelo facto de não existir uma perceção dos ganhos em saúde que podem ser obtidos com estas medidas (Bauman et al., 2003).

Existem três pontos-chave para a implementação de estratégias colaborativas entre *stakeholders* na saúde:

- A comunicação entre *stakeholders*.
- A parceria entre *stakeholders*.
- O foco na visão holística da doença e promoção da saúde.

Pese embora as vantagens apontadas aos modelos de centralidade no utente, empoderamento e literacia, como base de funcionamento colaborativo entre utentes e profissionais, não podemos esquecer que estes modelos podem provocar disrupções entre estes dois grupos, uma vez que o utente fica com mais capacidade de questionar o diagnóstico ou tratamento frustrando os profissionais.

Como exemplo do referido menciona-se o caso da vacinação, normalmente os defensores da não vacinação são pessoas que recorrem a muita informação. Não estando em causa a defesa de qualquer das opções, o facto é que a opção de não vacinação promoveu já o reaparecimento de patologias que se tinham considerado extintas ou praticamente extintas, colocando em causa não só os próprios indivíduos, mas também a sociedade onde se inserem.

Atualmente com a pandemia Covid-19 assistimos ao maior exemplo neste sentido. Os identificados “negacionistas” proliferam pela sociedade exprimindo alguns argumentos que segundo estes são justificados por bases científicas. Aliás algumas destas pessoas são formadas em medicina, pelo que não podemos falar em falta de literacia em saúde, no entanto facilmente se reconhece que a vacinação é o único meio atualmente (finais de 2021) ao dispor com capacidade de debelar a pandemia.

Existem então neste momento evidências que mostram que a aplicação de um modelo mais participativo e de responsabilidade mútua, promove a satisfação e a colaboração dos utentes, e ainda a satisfação pessoal e profissional. Na vertente económica a adoção de tais práticas reduz o número de diagnósticos e tratamentos.

Sem prejuízo do referido, indica-se que na maior parte das vezes não existe consenso sobre o que são, como se aplicam ou medem tais práticas, uma vez que as mesmas estão constantemente envoltas em conceitos pouco explicados ou comprovados (Bauman et al., 2003).

O SNS terá de ter este desígnio como um dos seus objetivos, para investir em recursos humanos e utentes, ou seja, nos *stakeholders* chave.

A reorganização dos sistemas de saúde para aplicar medidas de cuidados centrados no utente, terá de envolver várias parcerias de *stakeholders* para aproveitar o máximo da informação e contributos que cada um pode realizar. Estas metodologias vão além da empatia e comunicação entre os profissionais e utentes, e sobre estes não pode ser realizada uma medicina paternalista, onde o utente é colocado num patamar de inferioridade. Um dos exemplos é a já identificada “humanização”, que coloca os profissionais com o poder de decidir como humanizar, ou seja, são os *stakeholders* que prestam os serviços que definem sem contraditório as práticas a utilizar.

No atendimento hospitalar torna-se perfeitamente evidente que a satisfação percebida pelo utente depende da qualidade dos serviços prestados, por todos os elos que constituem o percurso deste após a sua entrada no hospital (Antunes, 2001).

Devido à sua especial relevância neste processo é mais uma vez imprescindível referir que a parte representada pelos profissionais desempenha um papel fulcral neste sistema, sendo expectável que para desempenhar corretamente a prestação dos seus serviços, deverá por sua vez, a mesma estar motivada e valorizada pessoalmente e profissionalmente (A.C. Campos & Simões, 2014).

Existem neste momento diversas metodologias comprovadas que promovem uma maior motivação profissional nas suas carreiras. O desenvolvimento de estratégias de trabalho em equipa, gestão participativa ou acesso a melhores condições profissionais são métodos que promovem a motivação traduzindo-se estas num benefício da relação com os utentes e qualidade dos serviços. No caso dos profissionais clínicos devido à sua elevada especialização e necessidade de constante atualização, a persecução da valorização pessoal pode ser um objetivo partilhado entre profissionais e organização.

Por outro lado, além da valorização profissional e remuneratória que desde sempre foram as únicas opções, estão cada vez mais em utilização estratégias de valorização no, e do local de trabalho, que permitem aos profissionais conciliar o trabalho com diversos aspetos da sua vida pessoal, devendo estas ser amplamente estudadas e implementadas, uma vez que irão progressivamente obter mais importância no contexto laboral futuro.

É assim evidente que a satisfação dos profissionais, reflete-se quer na sua própria condição de desempenho profissional ou atitude pessoal, como também na relação pessoal e técnica com o utente (A.C. Campos & Simões, 2014).

O relacionamento e funcionamento entre profissionais de saúde, bem como a forma como esses profissionais são tratados pelas organizações é fulcral para a otimização da prestação dos serviços, adiar estas medidas só vai atrasar a melhoria do sistema. As organizações que não

absorverem estas evidências vão tornar-se cada vez mais ineficientes e com custos de exploração superiores.

2.2.15 - A defesa da importância dos grupos, e...

A importância de cada grupo é assim conseguida consoante a forma e capacidade desse grupo em fazer valer as suas pretensões perante a gestão. Por este motivo torna-se importante que cada um dos grupos disponha de mecanismos que lhes permitam perante os órgãos de gestão diretos e indiretos (neste caso administrações hospitalares e ministério da saúde), transmitir as suas ideias e expectativas.

A capacidade de influenciar as decisões da organização está diretamente ligada à capacidade que o grupo detém para exercer essa influência, e ainda pela forma como o mesmo se encontra organizado.

Relativamente ao grupo dos profissionais, estes encontram-se na sua maioria bem estruturados perante a defesa dos seus interesses e na relação com os demais *stakeholders*, vejamos individualmente cada grupo:

Médicos, enfermeiros, nutricionistas, farmacêuticos e psicólogos: o enquadramento e desempenho do exercício destas profissões é essencialmente regulado pelas respetivas ordens profissionais. Estas mantêm com os restantes *stakeholders* uma determinante defesa dos seus membros perante questões que possam originar conflitos ou necessidade de melhoria das condições de acesso e prática das profissões.

Como refere Barraquier (2013) nos hospitais os grupos de *stakeholders* que incluem os profissionais médicos e enfermeiros possuem fortes estruturas organizativas (*p.ex.* sindicatos e ordens profissionais), dispondo estas da capacidade de pressionar os órgãos de gestão, e influenciar decisões na organização.

Em algumas situações os bastonários das ordens estão ligados a forças políticas, o que provoca um elevado mediatismo perante as questões relacionadas com o desempenho da profissão.

Técnicos Superiores de Saúde: aqui se incluem “*os ramos de, física hospitalar, psicologia clínica, nutrição, laboratório, genética e farmácia*”, e Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica, onde estão incluídas “*...as profissões de técnico de análises clínicas e de saúde pública, técnico de anatomia patológica, citologia e tanatologia, técnico de audiologia, técnico de cardiopneumologia, técnico de farmácia, fisioterapeuta, higienista oral, técnico de medicina nuclear, técnico de neurofisiologia, ortoptista, ortoprotésico, técnico de prótese dentária,*

técnico de radiologia, técnico de radioterapia, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional e técnico de saúde ambiental.” (Relatório Primavera 2018, p.84)

Estes dois grupos dispõem à semelhança dos anteriores da capacidade de facilmente criar entropia no funcionamento da organização hospitalar caso estejam numa situação de conflito com a gestão. Estão organizados em associações uma vez que a pretensão da criação de uma ordem profissional não foi até agora conseguida.

Assistentes Operacionais: aqui se incluem os profissionais de apoio à prestação de cuidados e de apoio geral.

É um dos grupos com maior interação com o utente, a carreira destes profissionais encontra-se algo descaracterizada pelas sucessivas alterações que tem sofrido o que gera insatisfação no grupo.

Estes profissionais têm sido considerados “o parente pobre” dos cuidados de saúde, se uma interpretação “*ipsis verbis*” da referida designação nos transporta de imediato para as baixas remunerações desta classe profissional, são também as indefinições técnicas/funcionais das suas carreiras a génese da instabilidade neste grupo profissional.

Desde 1968 com a criação da categoria de ajudante de enfermaria com o objetivo de aliviar a classe dos enfermeiros de algumas tarefas menos complexas, que estes profissionais têm desenvolvido a atividade sempre num contexto profissional pouco explícito e valorizado.

O ciclo político iniciado em 2005 implementou diversas reformas na administração pública, já no decorrer de 2008 reposicionou os Auxiliares de Ação Médica como Assistentes Operacionais, numa carreira indiferenciada, que equiparava estes profissionais aos restantes da mesma carreira, estivessem eles integrados ou não no sector da saúde. Assim, um assistente operacional de um hospital teria o mesmo conteúdo funcional de outro similar que desempenhe funções numa escola, câmara municipal ou outra repartição pública (Beja et al., 2020).

Esta situação tem produzido uma enorme insatisfação entre os profissionais, criando elevados níveis de absentismo, numa classe que representa o terceiro grupo com mais elementos ao nível da mão-de-obra hospitalar. A representação deste grupo é essencialmente atribuída aos sindicatos.

Ainda no grupo dos profissionais encontram-se os que não desempenham funções clínicas, estes estão habitualmente ligados a associações profissionais e sindicatos. São exemplos os Assistentes Técnicos (categoria de secretário clínico e de administrativo), e ainda profissionais de Apoio à Gestão (Técnicos superiores de Gestão, Direito, Engenharia)

Salienta-se pela sua importância o grupo afeto à gestão de topo, que pode desempenhar o importante papel de mediador entre os profissionais e utentes. Tradicionalmente a gestão

encontra-se centrada na atuação dos seus profissionais, no desempenho financeiro e na produção, como o *stakeholder* utente não representa para estes uma ameaça à continuidade da prestação dos serviços, é-lhe atribuída pouca importância.

2.2.16 - ...a importância da defesa do grupo (utentes)

Como foi possível verificar na maioria dos grupos profissionais é possível encontrar estruturas altamente vocacionadas e dotadas de meios para a defesa dos interesses dos seus membros, já o *stakeholder* utente não está normalmente associado a qualquer estrutura profissionalizada de defesa dos seus interesses.

Por vezes são constituídas estruturas como as Comissões de Utentes, estas funcionam um pouco conforme as necessidades verificadas, ou seja, são maioritariamente grupos que reivindicam a melhoria de condições perante um qualquer deficiente desempenho das organizações. Estas estruturas não estão normalmente integradas numa primeira instância de decisão e definição de estratégias de gestão.

Habitualmente neste âmbito, esgrimem-se relações de poder e influência entre os diversos *stakeholders* do sistema, pondo em causa as teorias da centralidade e integração do utente, identificando-se desta forma claramente como o grupo mais frágil.

“O sector da saúde é fortemente pautado pelas forças de pressão e interesses instalados. Várias associações e organizações como os Sindicatos Profissionais (Médicos, Enfermeiros, etc), Associação Nacional de Farmácias, a Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica, entre outras assumem a defesa dos interesses associativos e corporativos e oferecem muitas vezes o seu apoio técnico e científico. Do lado do cidadão não existe uma organização oficial de defesa dos seus interesses, embora surjam cada vez mais comissões de utentes e existam várias Associações de Doentes que promovem e defendem os interesses específicos dos seus associados” (Relatório Deloitte, 2011, p.27).

A forma mais comum de organização de grupos de utentes caracteriza-se assim pela constituição de associações que se dedicam à defesa dos interesses dos seus membros. Estas restringem-se normalmente a uma patologia específica representando um universo limitado de utentes (Simões et al., 2017b).

O sítio da Direção Geral da Saúde, através do Grupo de Trabalho do Plano Nacional de Saúde em 2010 identifica a existência de 195 associações de utentes diferentes, já a Lei nº 44/2005, de 29 de Agosto, “Lei das Associações de defesa dos Utentes de Saúde”, estabelece os direitos de participação e de intervenção das associações de defesa dos utentes junto da administração central, regional e local.

Segundo este diploma as associações gozam de personalidade jurídica e não têm fins lucrativos, devendo contribuir para o envolvimento, interesses, direitos e participação dos utentes da saúde, o âmbito da sua atuação é restrito a determinadas áreas.

A Portaria n.º 535/2009, de 18 de maio, regulamenta a Lei n.º 44/2005 e define o processo de reconhecimento, âmbito, representatividade, registo e formas de apoio às associações de defesa dos utentes da saúde.

A recomendação do Conselho da União Europeia de 9 de junho de 2009 (2009/C 151/01), sobre a segurança do doente, menciona a responsabilidade dos estados-membros em fidelizar os cidadãos, devendo para isso os estados envolver as associações e os representantes dos doentes.

Ainda neste âmbito e já em 2014, a Comissão Europeia concluiu que o trabalho realizado até 2012 em ações de responsabilização, envolvimento dos utentes e participação de associações tinha sido claramente insuficiente. Revelou ainda que mais de 50% dos inquiridos consideraram que os utentes podem ser prejudicados nos seus cuidados hospitalares.

A representação dos utentes por associação padece de graves insuficiências (Serapioni et al 2014), no limite da ineficiência pode-se até assistir a diversas situações em que as associações terminam apenas porque o seu fundador cessa funções ou por outra razão de menor importância.

Excetuando algumas patologias específicas tem-se verificado não ser este o rumo aconselhado quando se pretende defender os interesses do utente, ou pelo menos poderá não ser esta a metodologia mais adotada, podendo, no entanto, a mesma funcionar, mas em complemento de outras.

No Relatório Primavera de 2016, podemos verificar os resultados obtidos do Eurobarómetro (Comissão Europeia 2014), onde foram questionadas as associações com a finalidade de perceber qual o nível de implementação da recomendação (2009/C 151/01) de 9 de junho de 2009. Aqui se conclui que a recomendação não teve impacto na responsabilização dos utentes e associações, sendo que relativamente a estas num universo de quase 100 contactadas apenas 7 responderam ao inquérito.

Ainda utilizando o Relatório Primavera de 2016, foi possível perceber que noutra iniciativa foram convidadas 15 representantes de associações de doentes para debater e identificar quais os constrangimentos à participação das mesmas no desenvolvimento de políticas de defesa da segurança dos utentes. Das 15 associações convidadas, apenas 6 aceitaram participar no estudo.

Apesar da reduzida participação, as associações foram questionadas perante quais as medidas corretivas que consideravam de maior importância para que a sua participação pudesse

ser efetivada. Foram identificadas as seguintes medidas (apenas indicadas as de maior valorização):

- “*Criação de mecanismos formais e oficiais pelas entidades competentes para o envolvimento das associações de doentes, com poder de voto equiparado aos das restantes partes interessadas*”.
- “*Envolvimento das associações no desenvolvimento e implementação de um programa de políticas de capacitação e literacia para chegar a decisões concertadas e efetivas*”
- “*Criação de linhas de financiamento para a resolução dos constrangimentos identificados*”.
- “*Tornar obrigatório o envolvimento dos doentes no processo de operacionalização da sua participação*” (Relatório Primavera 2016, p.90).

Das premissas identificadas, é importante para o presente trabalho realizar as seguintes observações:

O envolvimento das associações com o objetivo de tendencialmente serem equiparadas às restantes partes será sempre valorizável num âmbito de equiparação de *stakeholders*, dos seus interesses e necessidades, faltará aqui no entanto uma melhor “definição” de como envolver as associações.

As questões ligadas ao financiamento são evidentemente complexas e perante a falta de recursos na área da saúde, a metodologia para operacionalizar este financiamento poderá ser complicada, podendo optar-se por alternativas.

Já quanto à obrigatoriedade de envolvimento dos utentes, como podemos verificar ao longo deste trabalho é totalmente desaconselhado colocar a questão desta forma.

Na perspectiva dos profissionais não se revelou até agora perfeitamente evidente a importância da representação do cidadão nos serviços de saúde. Estes apenas consideram pertinente a participação do representante dos utentes caso daqui sejam retirados benefícios, e tal só poderá acontecer se o representante tiver conhecimentos específicos da área (Nathan et al., 2013).

De facto, as razões apontadas pelos profissionais são justificadas perante a especificidade de conhecimentos da área da saúde. Uma representação de utentes que não produza elementos de conciliação entre as diversas partes e apenas defenda unilateralmente uma delas não poderá ser útil, correndo ainda o perigo de tendencialmente defender agendas próprias.

Como facilmente se induz, a defesa dos interesses do utente fica normalmente a cargo deste. Os mecanismos mais utilizados pelos utentes na sua defesa são essencialmente usados em fim

de linha e como forma reativa face uma deficiente resposta dos serviços de saúde. Não existem quaisquer mecanismos de participação direta do utente nas definições estratégicas, formas de atuação, ou funcionamento dos serviços.

Salvo algumas exceções as ações dos utentes restringem-se às reclamações realizadas no próprio estabelecimento. Estas são posteriormente analisadas pela ERS (Entidade Reguladora da Saúde), em alguns casos são ainda contactadas as ordens profissionais envolvidas, que vão decidir em causa própria.

Já a criação do “Gabinete do Utente” nos hospitais visou facilitar a apresentação de sugestões/reclamações, e informar os direitos/deveres perante as organizações.

Por seu lado a Direção Geral da Saúde informa no seu sítio da internet, as diversas metodologias que tem ao seu dispor para monitorizar a qualidade dos serviços prestados. Também as unidades hospitalares por vezes realizam inquéritos, com o objetivo de avaliar a forma de prestação dos seus serviços.

Os factos identificados revelam que o poder atribuído aos utentes na defesa dos seus interesses é praticamente nulo, sendo as associações o único veículo para alguma representatividade e mesmo estas padecem de graves insuficiências.

Capítulo III – Metodologia

3.1 - Bases teóricas e método de investigação

O presente estudo analisa os desejos, expectativas ou experiências de cada um dos grupos em análise, sendo que estas condições são necessariamente diferentes consoante o tipo de *stakeholder* em estudo. Por este motivo, a análise individualizada dos grupos foi necessária para conseguir uma visão holística sobre a forma de interação entre estes, bem como do resultado final sobre a tipologia dos serviços prestados.

Também por este motivo se entende que a via qualitativa tenha sido escolhida para análise da informação recolhida, uma vez que só esta permite o cariz interpretativo de uma investigação sobre factos sociais a este nível. Baseando-se numa função exploratória, a diversidade dos interlocutores foi fulcral para obter um estatuto explicativo das questões de investigação.

Sem prejuízo do referido também a exploração da abordagem analítica esteve algo subjacente, na medida em que o resultado exploratório verte a proposta de alguns conceitos.

Este contexto insere-se na abordagem da metodologia compreensiva que defende mais uma análise de processos sociais ao invés de uma análise de regularidades para determinar a lógica social dos fenómenos, que só poderá ser realizada a partir do centramento das análises nas racionalidades dos sujeitos (Guerra, 2014).

Explorando a postura analítica de exploração do sentido, aqui se pretendeu interpretar a partir das entrevistas e questionários a relação entre ações praticadas e o contexto social e laboral.

Se a investigação por métodos qualitativos é muito robusta quando estamos presentes a temas com pouca informação disponível, esta é ainda mais fiável quando existe a necessidade de absorver as expectativas da população estudada (Malagon-Maldonado, 2014).

A sua utilização na área da saúde revela extrema importância, pois com este método é possível entender complexos contextos relacionais, atitudes e modos de funcionamento, compreendendo desta forma os resultados do desempenho, gerando assim conhecimento baseado em evidências.

As áreas da saúde detêm especificidades que é necessário entender para que se possa realizar um bom trabalho de pesquisa. A análise qualitativa nesta área tende a optar sempre por uma estratégia que coloca o utilizador dos serviços no centro da atenção, sem no entanto justificar esta opção ou fundamentar a mesma (Malagon-Maldonado, 2014).

Nas relações de acesso à saúde, a metodologia referida reveste-se de especial importância, uma vez que absorve o conhecimento das relações humanas, ambiente e performance organizacional, para perceber os resultados obtidos.

Na saúde, a metodologia qualitativa torna-se assim no elemento tradutor da sensibilidade e percepção dos *stakeholders* para a definição de estratégias de gestão, demonstrando-se facilitadora da melhoria dos cuidados prestados (Malagon-Maldonado, 2014).

Neste trabalho a questão de investigação pretende inferir a “forma” ou “como” fazer, existindo a necessidade de obter um conhecimento holístico do funcionamento dos grupos para estabelecer relações causais face às atitudes dos *stakeholders* em causa e assim com base nos dados recolhidos poder concluir sobre as melhores práticas a utilizar.

A metodologia deste trabalho assentou muito incisivamente na revisão de literatura como base teórica de toda a problemática em análise. A necessidade de explorar minuciosamente esta faceta da teoria dos *stakeholders* e dos conceitos de valorização dos utentes deveu-se a dois fatores fulcrais, designadamente:

1 - Entender e demonstrar a correlação entre a classificação de *stakeholders* baseada na teoria e a forma de atuação e relação diária com os utentes.

2 – Integrar uma visão holística sobre estes *stakeholders*, uma vez que a bibliografia conhecida, ou analisa os problemas dos profissionais, ou analisa os problemas dos utentes, raramente os correlacionando.

Já numa fase posterior, a investigação tendo por base as premissas referidas, foi recolhida informação através de entrevistas aos profissionais e questionários aos utentes.

Desta forma temos como contributo para percepção da temática do presente trabalho as seguintes fontes que se complementaram e inferiram sobre a consistência individual de cada uma delas, garantindo a fiabilidade da investigação:

- Teoria sobre *stakeholders*.
- Conceitos de valorização dos utentes mais utilizados em saúde.
- Modelos de gestão.
- Entrevistas (profissionais).
- Questionários (utentes).

Já quanto à interpretação dos dados das entrevistas e questionários foi norteada pela seguinte metodologia:

- Análise das questões diretas e das opiniões de concordância;

- Exploração nas entrevistas e questionários dos conceitos apresentados na revisão de literatura

Ou seja, dito de outra forma, além de se analisar as respostas às questões concretas e diretas colocadas no questionário e entrevistas, foram ainda explorados os conceitos teóricos verificados na revisão de literatura, que estão subjacentes na informação recolhida.

O resultado é assim uma análise de base qualitativa, que recorre por vezes a métodos quantitativos para classificar as respostas dos entrevistados/questionados perante o número e tipo de conceitos encontrados.

3.2 - A População em análise

A consistência da investigação que se pretende para o presente trabalho conduziu à necessidade de auscultar os diversos *stakeholders* que estão aqui em análise.

A escolha da população a estudar deve refletir o foco da investigação permitindo inferir sobre o tema da mesma, para se obter respostas para as questões que o trabalho pretende atingir (Saunders, 2012).

Dos profissionais era necessário obter o seu conhecimento, perceber os seus constrangimentos e expectativas, sendo para o efeito apenas adequado recorrer a métodos qualitativos. Desta forma foram realizadas entrevistas aos seguintes grupos profissionais clínicos: Médicos, Enfermeiros, Técnicos Superiores de Saúde, e Assistentes Operacionais. Já quanto aos profissionais não clínicos as entrevistas recaíram sobre profissionais com funções de gestão.

Do lado dos utentes era necessário perceber quais as suas expectativas e desejos, motivo pelo qual foram realizados campos de escrita livre. Por outro lado era necessário entender como estes valorizavam as experiências anteriores no contacto com as unidades hospitalares, por este motivo foi essencial o questionário, direto sobre as questões que mais preocupam os utentes na sua utilização dos serviços.

Relativamente ao número de questionários realizados aos utentes estes foram na generalidade fáceis de obter, porque usualmente as pessoas mostram vontade de participar e identificam-se com este tipo de questões porque de alguma forma já vivenciaram os serviços prestados por uma unidade hospitalar, e aqui podem expressar livremente os seus constrangimentos, satisfação e desagrado.

Por outro lado, o número de respostas conseguido pretende ilustrar a perceção que alguns utentes dos serviços hospitalares detêm sobre as suas experiências, não sendo o objetivo deste trabalho generalizar sobre a totalidade dos utentes destes mesmos serviços.

Relativamente às entrevistas aos profissionais, em investigação qualitativa existem sempre alguns constrangimentos uma vez que o investigador está permanentemente dependente da disponibilidade do entrevistado e das organizações para participarem num processo que requer alguma disponibilidade destes, uma vez que o processo é sempre algo moroso (Saunders, 2012). Este aspeto teve especial relevância e impacto na investigação uma vez que as entrevistas ocorreram na íntegra durante a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2.

Quanto ao número de entrevistas realizado o mesmo revelou ser socialmente significativo. Na análise compreensiva não se pretende ter uma imensidade de sujeitos estatisticamente representativos, mas sim uma dimensão onde se possa avaliar a diversidade das culturas, opiniões, expectativas, ou seja, uma representatividade social. Por outro lado, foram atingidos critérios de diversificação com a tipologia funcional dos inquiridos, perante o objeto em estudo (Guerra, 2014).

A reforçar este ponto indicam-se ainda dois elementos fundamentais, por um lado uma revisão de literatura muito incisiva sobre os conceitos em estudo e por outro o elevado conhecimento dos entrevistados sobre as matérias abordadas.

Recorda-se que os elementos referidos são basilares para uma correta representatividade social e diversidade de fenómenos (Guerra, 2014).

3.3 - Recolha de dados

A recolha dos dados foi realizada no período junho de 2020 a março de 2021, tendo sido concretizadas 24 entrevistas a profissionais de saúde dos hospitais e 100 questionários a utentes.

A metodologia seguida relativamente aos profissionais baseou-se em entrevistas semiestruturadas tendo por base um guião da mesma, o objetivo centrou-se em recolher informação direcionada com as questões previamente selecionadas para os conceitos e metodologias de gestão, permitindo aos entrevistados abordarem livremente as questões e dissertarem sobre as metodologias que consideram mais importantes.

Como forma de fomentar as opiniões mais espontâneas possíveis foi indicado aos participantes que a transcrição das entrevistas iria ser alvo de codificação, desta forma não iria ser possível posteriormente relacionar a identificação do entrevistado com o texto da entrevista, sem prejuízo do referido nenhum dos respondentes solicitou anonimato ou demonstrou oposição à sua identificação.

A tabela 3.1 mostra-nos o número de entrevistados e as suas classes profissionais.

Tabela 3.1 – Identificação dos profissionais entrevistados

Classe Profissional	Número de entrevistados
Gestor/a	7
Médico/a	8 (dos quais 4 com formação pós graduada em gestão)
Enfermeiro/a	6 (dos quais 3 com formação pós graduada em gestão)
Farmacêutica	1 (com formação pós graduada em gestão)
Assistente Operacional (AO)	2

Inicialmente realizaram-se duas entrevistas de teste que vieram a revelar por um lado uma semelhança de resposta entre questões e por outro, alguma dificuldade em dissociar as respostas pelos entrevistados.

Debelada esta questão o questionário foi otimizado e ficou apto para utilização constituindo-se assim por dois tópicos, cada um com três questões, (Questionário apresentado no Capítulo “Anexos”).

Com o Tópico I, pretendeu-se na primeira questão avaliar a perceção dos profissionais sobre os conceitos de valorização dos utentes que são hoje em dia comumente utilizados com o intuito de atribuir importância e relevância ao utente.

Na questão 2, estava em causa analisar a relação entre dois *stakeholders*, considerando a opinião dos profissionais relativamente à forma de melhoria da relação entre ambos. Na última questão deste tópico (questão 3), pretendeu-se avaliar a opinião dos profissionais perante qual o melhor modelo de gestão tendo em consideração os interesses dos utentes.

Com o Tópico II, na primeira questão a incidência foi essencialmente sobre os profissionais e aqui pretendeu-se avaliar a auto perceção da importância do grupo de profissionais, clínicos e não clínicos dentro do seu próprio grupo profissional.

Já a questão 2 pretendeu recolher dos profissionais a perceção destes face à adequação do modelo de gestão atual às suas expectativas de valorização.

Com a questão 3 deste tópico o objetivo centrou-se na perceção dos profissionais perante qual o modelo de gestão a adotar tendo em consideração a expectativa da promoção da sua valorização.

Resumindo, temos assim a seguinte constituição:

1 – Avaliação dos modelos de gestão em função da valorização/saliência do utente

Onde foram utilizados os constructos: Avaliação dos modos de valorização do utente, relação entre *stakeholders* (profissionais e utentes), e modelos de gestão.

2 – Avaliação dos modelos de gestão em função da saliência profissional

Onde foram utilizados os seguintes constructos: Importância percecionada, modelos de gestão e expectativas.

Relativamente aos utentes a opção recaiu sobre a utilização de um questionário de âmbito exploratório com três perguntas fechadas de “Escala de Diferencial Semântico”, e três questões abertas para texto livre. A recolha da informação foi realizada de forma direta em suporte papel e paralelamente também por via informática recorrendo à plataforma Google. Com esta metodologia pretendeu-se possibilitar a resposta de utentes com ambas as possibilidades de acesso/compreensão a ferramentas digitais, ou seja, com capacidade de responder “*on-line*” numa ferramenta informática e também para pessoas sem essa capacidade a opção de responder em formato papel.

Foram recolhidas 100 respostas válidas (74 por via informática e 26 em papel).

3.4 - Métodos e ferramentas utilizados na análise

Quanto às entrevistas dos profissionais apenas foi utilizada a informação relativa ao que está diretamente relacionado com os objetivos da presente investigação para efeitos de análise. Esta abordagem é defendida em investigação qualitativa por: (Azevedo, 2017; C.J.G. Campos, 2004; Duarte, 2004), sendo facilmente justificada pelo facto de em entrevistas abertas o entrevistado muitas vezes acabar por produzir informação muito além do objeto em estudo.

A metodologia automática de análise de dados *i.e.* com recurso a ferramentas de *software*, foi utilizada em complemento com a interpretação “manual”, isto porque em análise qualitativa a contagem de palavras, de conceitos, nuvens de palavras ou a interligação de conceitos que as ferramentas informáticas realizam, são um complemento à análise qualitativa “manual”, uma vez que esta necessita de ser interpretativa na definição e identificação de temas, códigos e categorias. A análise informática qualitativa só pode ser utilizada após o investigador sinalizar no sistema informático os identificadores de cada categoria.

Para análise das entrevistas foram utilizadas as seguintes ferramentas informáticas:

- Taguette®
- MAXQDA®
- WordCounter360®

A aplicação informática Taguette® revelou-se extremamente eficiente para o tipo de análise pretendido, recorda-se ainda que se trata de uma aplicação grátis e com a grande

vantagem de realizar e guardar a informação “*on-line*”, podendo desta forma ser acedida e trabalhada a partir de qualquer ponto e terminal com acesso à internet.

O MAXQDA®, tem mais capacidades que a aplicação Taguette®, principalmente ao nível das ferramentas visuais de edição, tem no entanto a desvantagem de ser um “*software*” pago e de instalação local. É possível aceder gratuitamente durante 30 dias, este período permite pelo menos explorar a forma de funcionamento da aplicação e verificar a sua adequação ao trabalho a realizar.

O WordCounter 360 °® é uma aplicação gratuita utilizada para calcular o número de letras, sinais, caracteres, palavras, parágrafos e frases.

Capítulo IV - Trabalho de campo

4.1 - As “vagas” de gestão nos Hospitais do SNS

Após a leitura dos capítulos anteriores que justificam os conceitos teóricos e a forma de análise dos dados, torna-se agora necessário perceber a estratégia que a “prática da gestão” tem adotado para o SNS e mais concretamente para os hospitais.

A partir de 1974 o estado assumiu a responsabilidade pela prestação dos cuidados de saúde à população, e em 1979 é criado o SNS. É a partir desta data que se considera que a prestação de cuidados de saúde pode chegar a toda a população de forma igualitária, universal e gratuita (Bernardino, 2017).

A institucionalização do Serviço Nacional de Saúde em 15 de setembro de 1979 através do Decreto-lei nº56/79, veio trazer à população portuguesa a segurança e confiança no acesso a serviços médicos, após a pesada herança do Estado Novo que se traduziu em diversas carências de saneamento, pouca ou nenhuma coordenação entre serviços e prestadores, distribuição assimétrica dos serviços, discrepância entre legislação e política, acesso condicionado e diferenciado dos utilizadores e baixa remuneração dos profissionais.

Conceptualmente a opção recaiu sobre o modelo Beverigiano ou tipo “*Beveridge*” que surgiu em Inglaterra em 1942 e tinha como princípios a uniformização dos benefícios e unificação institucional, com financiamento baseado em impostos e uma gestão pública estatal, proporcionando a todos os utentes cuidados de saúde. O modelo veio dar início ao NHS em Inglaterra a 5 de julho de 1948.

A intenção subjacente à implantação do SNS foi a prestação de cuidados de saúde com garantia de qualidade e dentro de prazos adequados. Esta primeira vaga de gestão da saúde em Portugal é caracterizada por assentar exclusivamente no conhecimento médico sendo excessivamente burocratizada. O modelo demonstrou desde logo diversas fragilidades, no entanto devemos conjugar a sua génese perante a altura do seu surgimento e perceber que as metodologias de gestão e a dimensão também não requeriam mais meios.

O modelo preconizado para o SNS refletia o melhor conhecimento até então, sendo adotado também noutros países e perante os mais modernos e eficientes conceitos de governação.

Perante o surgimento das primeiras grandes empresas industriais e grandes estruturas públicas o modelo burocrático revelou-se como o mais indicado para a época. Este vigorou durante diversos anos com forte implementação, apesar dos esforços dos movimentos de mudança, a estrutura burocrática ainda predomina em vários países, mesmo após o crescimento

das críticas mais recentes ao modelo devido à sua incapacidade de resposta para cidadãos e agentes económicos (Mesquita et al., 2018).

Com o decorrer dos anos e evolução das tendências de gestão, diversas correntes de estudo consideraram que o modelo administrativo tradicional era excessivamente burocrático, centralizado, hierárquico e impessoal (Nunes & Harfouche, 2015).

Relativamente à parte económica, os modelos de gestão burocráticos estão normalmente associados a mais custos de exploração (Falavigna, 2012). Por este motivo, a gestão nestes modelos deve seguir uma linha de contração de despesa e otimização da eficiência da gestão pública (Major & Magalhães, 2014).

Conforme referem Glouberman & Mintzberg (2001), o grande problema dos modelos profissionais baseados no conhecimento é que dificilmente adotam métodos de gestão, centralizando e individualizando a decisão.

Nos hospitais, esta tipologia de governação provoca estruturas extremamente ineficientes, com baixa produtividade. O modelo tradicionalmente burocrático apresenta graves lacunas e deficiências quer para os profissionais que trabalham nestas organizações, quer para os utentes.

Perante tais ineficiências justificou-se desde logo a necessidade de reestruturação do modelo de gestão inicial, que caracterizou a “primeira vaga” ou modelo burocrático. A situação crítica que o SNS atravessa no final dos anos 1980, sem um rumo definido, com baixa produtividade e acessibilidade, elevadas listas de espera, e elevada insatisfação de profissionais e utentes requer uma nova abordagem, perante uma população crescente e com maior necessidade de cuidados médicos (Major & Magalhães, 2014).

A resposta passou por adotar medidas que aproximassem as necessidades do cidadão à crescente procura de cuidados médicos, bem como colmatar as ineficiências do sistema. Neste âmbito a introdução do Decreto-lei nº19/88 de 21 de janeiro, veio definir a intenção de introdução de um modelo de gestão hospitalar baseado nos princípios de natureza empresarial, expressando pela primeira vez a preocupação com critérios da qualidade. Aqui se repercutia a necessidade de apresentar planos anuais e plurianuais para as unidades hospitalares e a criação de estruturas intermédias de gestão (A.C. Campos & Simões 2014).

É neste cenário que se inicia uma “nova vaga” na gestão hospitalar. Em Inglaterra tinham surgido novas políticas reformistas de gestão impulsionadas por Margaret Thatcher que iniciou funções em 1979. Na década seguinte (1980) o NHS, veio implementar uma sequência de novas práticas de gestão no seu serviço de saúde, baseadas no conceito da NGP. O referido movimento veio impulsionar o sistema português também na mesma década a adotar práticas de gestão

semelhantes, com a implementação de técnicas de gestão associadas à NGP (Major & Magalhães, 2014; Simões et al., 2017b; Cruz et al., 2019).

A NGP veio enraizar-se nas organizações hospitalares portuguesas sobre o pretexto de que as organizações do sector público geridas pelo sistema burocrático tendem a ser ineficientes (Mesquita et al., 2018).

Percebe-se desde logo que o primeiro objetivo de qualquer reforma iniciada com esta premissa seja a imediata privatização do setor público (A.C. Campos, 2019).

Até agora continua por demonstrar a primazia da gestão privada sobre a gestão pública, sendo possível encontrar casos de insucesso em ambos os lados, com a agravante de em demais situações ser esquecido que a equidade de acesso é a base fundamental e primordial do sistema público.

Assim, após anos em que o conceito NGP foi utilizado com sucesso nos sistemas privados e principalmente na indústria, foi decidido aplicá-lo aos serviços públicos. A NGP caracteriza-se pela profissionalização da gestão, pela utilização de métricas de performance, pela competição e por uma premência em fazer mais com menos dinheiro (Rocha, 2010).

Nascem aqui por via da NGP a aplicação de novos instrumentos de gestão que lhe vão servir de apoio, como sejam: Total Quality Management, Reengenharia e Lean (Rocha 2010; D'Andreamatteo 2015; Ham et al., 2003).

Contudo a “segunda vaga” associada aos instrumentos referidos e métodos de gestão atuais como o desempenho, performance ou qualidade, assentou em alguns pressupostos não demonstrados e que são autênticas falácias como o papel do cidadão ser reduzido a mero consumidor, o que facilmente se percebe ser inviável nesta área uma vez que o consumidor aqui tem um papel ativo como *stakeholder* primário (Rocha, 2010).

Genericamente a NGP pode ser defenida por um conjunto de práticas que visam implementar no sector público métodos de trabalho normalmente utilizados no setor privado. Sendo o principal motivo desta implementação a limitação de recursos. A adoção de tais práticas vem reduzir a qualidade dos serviços prestados, uma vez que se lhe sobrepõem critérios de gestão puramente económicos de controlo de recursos (Belorgey, 2018).

A literatura internacional já demonstrou que o aumento das despesas de saúde foi devido à ineficiente gestão das unidades. Em Portugal a adoção de práticas de gestão empresarial, veio tentar colmatar este problema considerando que os hospitais são as principais fontes de ineficiência com má utilização de meios, elevados gastos e acumulação de dívidas (Nunes, 2017).

A NGP caracteriza-se pela gestão profissionalizada empresarial, colocando ênfase nos resultados e na performance, pela fragmentação de grandes unidades administrativas e constituição de centros de responsabilidade (Rocha, 2010).

De facto não assistimos propriamente ao surgimento de novos conceitos de gestão, mas sim unicamente à substituição da gestão pública tradicional por processos e técnicas de gestão empresarial (Rocha, 2010; Cruz et al., 2019).

Como também aqui se refere, a implementação de todos estes conceitos visando uma gestão de mercado na administração pública tem que ser complementada com a exigência dos utilizadores desses serviços pela sua eficaz prestação, e também pelos profissionais na adoção de atitudes desvinculadas de um poder supremo de decisão sobre os consumidores (Rocha, 2010).

No caso dos hospitais do serviço público, estes não prosseguem o objetivo de gerar lucro, nem faz sentido que assim seja, o seu fim reserva-se à prestação de bons e atempados cuidados de saúde à população, defesa dos interesses (inclusivamente remuneratórios) dos seus profissionais, cumprimento das obrigações com prestadores de serviços, manutenção e atualização de instalações e equipamentos.

Existem diversas críticas à NGP, desde logo que a mesma seja adotada como veículo para interesses particulares criando uma nova elite de gestores com mais privilégios sobre os restantes, que a mesma é desprovida de conteúdo teórico ou ainda que provoca o aumento exponencial dos controlos orçamentais e de performance, sem que o facto se traduza em melhorias dos serviços públicos (Rocha, 2010).

A implementação de medidas de gestão pública está especialmente relacionada com opções políticas, as escolhas refletem normalmente formas de pressão ou poder dos *stakeholders* intervenientes com critérios técnicos por vezes pouco claros (Contandriopoulos, 2004).

A primeira vaga de gestão excessivamente burocratizada revelou-se em muitos casos completamente inadequada, por este motivo alguns países ou por efeito de moda, ou na tentativa de inovar sobre um modelo que estava maioritariamente desadequado adotaram a NGP, fazendo-o sem grandes critérios.

Este efeito foi identificado por Hood (2000), que na literatura identifica três paradoxos relativamente à adoção dos métodos da NGP, designadamente:

- A NGP foi implementada a nível internacional sem terem sido acauteladas as especificidades de cada país.

- Os sistemas que menos necessitavam de alterar a sua forma de gestão em alguns casos foram os primeiros a transitar para o modelo de NGP.
- Mesmo nos países que vincadamente evocavam a adesão a práticas de “managerialismo”, muitas das vertentes do modelo não eram implementadas.

Os referidos paradoxos podem por um lado colocar em causa a adoção do modelo NGP sob contextos específicos, no entanto apontam especialmente para a necessidade alterar políticas e modelos de gestão apenas quando fundamentados em critérios de avaliação e análise.

Reforçando o que é mencionado no último paradoxo também Matos & Nunes (2016), na análise do sistema português mencionam que o setor público normalmente não acolhe bem as práticas de inovação, e as organizações tendem a adotar procedimentos muitas vezes fragmentados.

São vários os motivos pelos quais as reformas de saúde têm tido pouco impacto, desde logo, o limitado grau de implementação, a descontinuidade das políticas de saúde ou a inércia burocrática (Serapioni & Sesma, 2011).

Já Kirkpatrick, et al. (2016), identificam a chegada das novas práticas de gestão com o aparecimento de novas estruturas de gestão intermédia, questionando o impacto das mesmas uma vez que também estas estruturas estão sujeitas ao controlo pelas classes profissionais dentro do hospital, minando a sua eficácia.

Descrevem os hospitais portugueses como estruturas onde a interação entre os profissionais clínicos e os profissionais de gestão se caracterizam por rigidez de posições e negociações que constantemente induzem impasse e indefinição de medidas.

De facto, as atitudes de ambos os profissionais são facilmente perceptíveis, justificando-se a necessária articulação entre *stakeholders* de gestão e clínicos, estas classes não se opõem à prossecução dos objetivos de cada uma delas, apenas pretendem a sua valorização e reconhecimento perante a complexidade que pode ser a gestão e administração de serviços de saúde.

Atualmente têm surgido movimentos que caracterizam a NGP como um modelo excessivamente economicista, um destes assume a designação de “*New Public Service*” (Bernardino, 2017).

Na generalidade não se pode atribuir a esta designação um estatuto de modelo, uma vez que não apresenta nenhum conceito novo, mas essencialmente apenas aponta para a transição da filosofia económica em alguns aspetos para uma filosofia mais democrática ou humanista. Adota a designação de cidadão em detrimento de cliente, apelando às atitudes colaborativas entre ambos.

Em Portugal, a reforma administrativa assumiu o modelo de mercado na percepção de que este está associado a mais eficiência, qualidade e equidade. Baseado nas práticas de gestão da NGP, o modelo advoga muito vincadamente a adoção da “gestão profissionalizada” e técnicas empresariais, com o foco nos resultados, avaliação de desempenho, “*benchmarking*”, responsabilidade e prestação de contas.

A adoção destas práticas iniciou em 2002 com a concretização de 31 unidades hospitalares em sistema de Sociedade Anónima (SA), o sistema evoluiu, entretanto, com a realização de uma fase posterior onde se assistiu à transformação destas organizações em Entidades Públicas Empresariais (EPE), culminando o processo com a fusão de hospitais em centros hospitalares e integração de unidades hospitalares com Unidades Locais de Saúde (ULS) (Nunes, 2017; Nunes & Ferreira, 2018).

Sendo um sistema de ideologia vincadamente empresarial, os hospitais assumiram esta figura jurídica através da Resolução do Conselho de Ministros nº 41/2002 de 7 de março, constituindo-se assim a possibilidade da sua empresarialização (Major & Magalhães, 2014).

Para Nunes & Ferreira (2018), o ano de 2002 traduz-nos assim a transição do sistema de gestão tradicional para a NGP, sendo que os resultados ficaram aquém do que era espetável.

Rego, et al. (2010) alinham pela mesma premissa afirmando que entre 2002 e 2004 não se registaram quaisquer melhorias na eficiência dos hospitais que adotaram as novas técnicas de gestão.

As práticas iniciadas em 2002 até 2016, tiveram como principais preocupações e objetivos, entre outros, melhorar a eficiência da gestão, a satisfação dos profissionais e colocar o utente no centro do sistema (Nunes, 2017; Nunes & Ferreira, 2018; Cruz et al., 2019).

No período de 2006 a 2008 foram produzidas diversas ferramentas com o intuito de modernizar os serviços públicos, tendo esta sido a maior reforma até agora realizada com o objetivo de integrar e facilitar o desempenho tanto a profissionais como utentes. No entanto os resultados da adoção da NGP como ideário da reforma não produziu na generalidade os seus princípios de eficiência, qualidade e equidade. Na generalidade as políticas de base “*beveridgiana*” existentes, e que suportam o SNS, mantiveram-se pouco alteradas (Rocha, 2010).

Os novos princípios de gestão trouxeram para a realidade portuguesa também novas designações, emergiram assim duas estruturas diferentes, por um lado a criação dos estabelecimentos EPE que seriam dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e ainda os hospitais SA, Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos. Decorridos 3 anos os hospitais SA foram reconvertidos em EPE.

A intenção decorrente da adoção do modelo EPE foi criar a possibilidade de um incremento económico e financeiro e simultaneamente aumentar a qualidade de serviço aos utentes. Foi neste contexto que surgiu o “*benchmarking*” utilizado como ferramenta de gestão para comparação de performance entre organizações de saúde.

O modelo EPE introduziu ainda alterações ao nível da gestão de recursos humanos, permitindo a contratualização individual e criando a possibilidade de existirem dentro do mesmo hospital trabalhadores com vínculos profissionais distintos, aliando ainda uma vertente de avaliação de desempenho que previa a atribuição de incentivos perante o cumprimento de objetivos.

Por outro lado, o modelo agrega um compromisso de cumprimento das expectativas dos utentes, prometendo melhor atendimento e melhores cuidados. Esta intenção efetivou-se pela criação do documento “Compromisso de Qualidade dos Hospitais SA” que pretende ser um elemento de definição de boas práticas e projetos que promovam a satisfação dos utentes (Major & Magalhães, 2014).

Os modelos adotados para hospitais EPE visavam conferir-lhes mais eficiência recorrendo a práticas usualmente utilizadas na gestão empresarial, designadamente:

- Maior autonomia para a ação da administração hospitalar.
- Responsabilidade de gestão pelos seus atos.
- Prestação regular de contas.
- Novo modelo de financiamento baseado na contratualização.
- Gestão eficiente de recursos, evitando o desperdício.
- Incentivos ao desempenho dos profissionais.
- Mais qualidade e melhor acesso.

Em Portugal, o modelo EPE, ficou essencialmente conhecido nos primeiros anos devido às constantes referências na comunicação social, das conhecidas Parcerias Público Privadas (PPP) da saúde, para construção e exploração dos hospitais, e pela criação de Unidades Locais de Saúde. Ambas as iniciativas tinham como propósito a verticalização da prestação dos cuidados de saúde, no entanto nenhuma veio até aos dias de hoje comprovar um efetivo cumprimento destes desígnios (Simões et al., 2017b).

Conceptualmente as ideias que gerem a metodologia de aplicação do modelo PPP, transportam-nos para uma abordagem que privilegia os fins e não os meios, com o foco vincado na eficiência económica.

A adoção do modelo PPP realiza-se fundamentalmente sobre o ideário no qual a gestão privada produz melhores resultados que a gestão pública. Existem dois argumentos essenciais que justificam a afirmação, o primeiro indica as PPP como a melhor forma de contratação e terceirização do governo. O segundo argumento indica que este método possibilita aos governos responder à necessidade de mais gastos de capital em infraestruturas (Cruz et al., 2019).

Note-se que a forma de implementação do modelo, denota uma excessiva preocupação com os recursos financeiros face à diminuta falta de planeamento na relação com os utentes e demais *stakeholders* (Mesquita et al., 2018).

Apesar das medidas introduzidas nos anos 2008 e 2009 para a implementação da “Reforma da Administração Pública”, que veio introduzir inúmeros benefícios na gestão das organizações e no contato com os cidadãos, o facto é que as práticas enraizadas e associadas à NGP deixaram muitas marcas até aos nossos dias.

Um dos exemplos mais acentuados é a politização dos cargos de administração, o que aliás é contrário aos princípios da NGP, que advoga a despolitização dos executivos de organismos públicos, sendo ainda muito relevante mencionar as políticas de ameaça ou redução de pessoal, aplicadas sobre os funcionários, gerando desmotivação, diminuição de eficiência e qualidade dos serviços prestados (Rocha, 2010).

Uma das vertentes do modelo implementado na “segunda vaga” de gestão associada a novas práticas é a criação de Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Foi aqui tomado como objetivo primordial adotar práticas de descentralização com a intenção de tornar as estruturas mais flexíveis.

Com efeito, com a criação de estruturas de gestão intermédias, como sejam os Centros de Referência, CRI ou Clínicas, torna-se expectável que exista uma maior facilidade de controlo da gestão e controlo das necessidades/expetativas/satisfação, de todos os *stakeholders* envolvidos.

Estes modelos agregam níveis intermédios de gestão, agrupando serviços ou áreas funcionais com a mesma afinidade, entre as estruturas de gestão intermédia implementadas, o CRI é o único modelo que dispõe de um orçamento para gestão própria.

Na sua essência têm como princípios a qualidade e eficiência dos serviços prestados, a melhoria do acesso e satisfação dos utentes, com uma ideologia de funcionamento profissional em equipa, partilha da visão, missão e valores, colocando o utente no “centro da decisão”.

Também numa linha de responsabilização da gestão das unidades hospitalares a criação dos CRI, dentro dos hospitais, prometia promover mais eficiência aos serviços e melhorar a qualidade, muito devido à sua reduzida dimensão. Era expectável serem mais flexíveis

contratualizando objetivos e serem direcionados para a prestação de cuidados efetivos de saúde aos utentes.

Pretendia-se ainda atribuir mais responsabilidade quer aos órgãos de gestão, quer aos profissionais clínicos, agregando uma forte componente de governação clínica, aliando a parte financeira/económica à efetividade dos serviços prestados.

O Decreto-lei nº 219/99 de 18 de setembro indicava que até dezembro de 2003 todos os hospitais e Centros Hospitalares deviam estar organizados em CRI. Estes constituíam a base para a concretização da contratualização interna que seria realizada entre os responsáveis dos centros e os conselhos de administração dos hospitais.

De uma forma genérica em termos organizativos e para a vertente contabilística estas estruturas acabam por representar uma organização em centros de custo, sendo a sua parte funcional otimizada perante a atribuição de incentivos de desempenho e negociação realizada muitas vezes entre pares. Um dos princípios aqui subjacentes aponta para a motivação e reconhecimento dos profissionais o que iria promover a melhoria dos cuidados prestados (Matos et al., 2010).

Os CRI criaram vantagens tanto para os profissionais clínicos como para os profissionais da gestão, no entanto não alteram a relação entre a regulação funcional dos serviços públicos e a autorregulação médica, duplicando e coexistindo em paralelo com evidentes focos de tensão (Alves, 2013).

Estes tiveram pouca receptividade e foram até 2017 pouco explorados e implementados, os poucos CRI existentes carecem de estudo perante o seu custo/benefício e custo/efetividade, essencialmente na ótica do utente, ou seja, de valor em saúde (Conceição & Major, 2015).

Neste tipo de implementações os estudos tendem a focar essencialmente a ótica financeira-económica-produção, descurando a avaliação direta no utente de qual a sua perceção. Quando é feita resume-se a poucos inquéritos de satisfação (Simões et al., 2017b).

Como o próprio nome tende a transmitir, o modelo pretende atribuir uma maior responsabilização a todos os atores envolvidos, desde utentes a profissionais. Contudo segundo Conceição & Major (2015), não está comprovado que a adoção deste modelo produza uma efetiva melhoria dos cuidados prestados, a grande lacuna prende-se com o facto de não existir uma visão integrante do funcionamento dos diversos *stakeholders*.

A organização em microestruturas dentro das unidades é uma das vertentes destes modelos permitindo de uma forma facilitada recorrer à contratualização interna. Pretende-se desta forma obter uma gestão por objetivos com uma acentuada tónica na eficiência, controlada pela qualidade do ato médico em detrimento da quantidade de atos (Matos et al., 2010).

A contratualização interna é uma forma à disposição das organizações que as mesmas utilizam para recriar um mercado dentro do seu próprio interior. O objetivo é responsabilizar internamente uma estrutura perante o seu desempenho nas condições relativas ao nível da produção, recursos humanos ou financeiros, estas estruturas não são rígidas pelo que, podem optar por apenas algumas destas facetas (Rocha, 2010).

A estas estruturas está normalmente muito associada a vertente de “*accountability*” ou responsabilidade, uma vez que a responsabilização nas tarefas que cada elemento executa é uma das principais vertentes do modelo. A microgestão pode ainda ser utilizada como incentivo à constituição de equipas diferenciadas, uma vez que também aparece muitas vezes ligado ao conceito de “*performance*” (Rocha, 2010).

Durante 2017 o regime de gestão hospitalar aprovado também prevê a reorganização de hospitais em CRI, reforçando a capacidade das administrações e chefias intermédias, com o objetivo de alcançar um aumento de produtividade e eficiência na gestão e qualidade dos serviços prestados.

Essencialmente pretende-se desta forma promover a responsabilidade e autonomia dos serviços e das pessoas que desempenham as tarefas, com uma gestão intermédia, sem quebrar a unidade de conjunto para obter mais capacidade decisória (Roh et al., 2010).

4.2 - Gestão Estratégica em saúde

A gestão hospitalar é especialmente sensível a alterações que podem afetar o seu funcionamento devido à extrema regulação política, alterações socioeconómicas ou ambientais, por este motivo apesar da crescente necessidade de um planeamento estratégico eficaz nestas organizações, a sua implementação tem ficado aquém do que é expectável estando usualmente apenas associada a critérios económicos (Terzic-Supic et al., 2015).

São diversos os benefícios da adoção da gestão estratégica, a sua aplicação permite perceber como a organização se posiciona perante o ambiente interno e externo na sua atividade, e como desenvolver as mais adequadas metodologias de gestão.

É fundamental ter a noção que a gestão estratégica de organizações torna-se necessária em serviços públicos de saúde porque a exigência dos *stakeholders* envolvidos aumentou e a permanente escassez de recursos obriga a uma gestão mais eficiente, numa área de elevada complexidade (Llewellyn & Tappin, 2003; Tempfer & Nowak, 2011).

O elevado e constante acréscimo de despesa promoveu a importância da gestão hospitalar e obtenção de bons resultados económicos, algumas vezes em detrimento dos cuidados de saúde numa relação difícil de conciliar.

As organizações deste setor necessitam de definir bem os seus objetivos para que os resultados sejam atingidos e reconhecidos perante os restantes atores do sistema. A facilidade de transmissão de informação e conhecimento torna imprescindível que a organização justifique as políticas de gestão que prossegue.

A gestão estratégica é fundamental na definição do modo como as organizações elaboram as suas decisões, no entanto muitas decisões de gestão nesta área revelaram a sua inadequação porque não são sustentadas em critérios técnicos ou não derivam do conhecimento obtido por estudos, mas sim unicamente devido ao cumprimento de agendas políticas (Sakellarides, 2009).

A falta de avaliação do impacto produzido nos profissionais e nos utentes, quando se opta por realizar grandes alterações no funcionamento neste tipo de organizações, sem que estas estejam convenientemente sustentadas pode provocar por um lado uma perda irreparável na qualidade assistencial para os utentes e desmotivação e frustração para os profissionais (Vieira, 2015).

Em serviços públicos a estratégia é aplicada sem antes ter sido estudada a sua forma de aplicação. A falta de gestão estratégica no setor público e mais especificamente no setor da saúde pode ser prejudicial resultando em decisões problemáticas tornando-se em alguns casos muito prejudiciais (Llewellyn & Tappin, 2003).

Só recorrendo a uma eficaz monitorização do ambiente interno e externo será possível aos gestores perceber quais as melhores decisões a realizar. Aqui se conclui a direta ligação entre a gestão estratégica, o desempenho da organização, o cumprimento de objetivos, a monitorização da qualidade dos serviços prestados, e da vertente financeira (Mesquita et al., 2018).

A gestão estratégica é assim fundamental em contextos que requerem envolvimento dos atores a um nível local, ou de especialidade conferindo respeito e valorizando as opiniões pessoais e profissionais, na persecução do bem comum de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Capítulo V – Resultados

No presente capítulo apresentam-se os principais resultados obtidos após o tratamento efetuado em ambas as abordagens (quantitativa e qualitativa).

Na sequência da separação por grupos de *stakeholders* anteriormente realizada, ou seja utentes e profissionais, os resultados obtidos apresentam-se assim também separados para cada um dos grupos em estudo:

- Análise Grupo Utentes:

Elementos sociobiográficos: Idade, Género e Habilitações literárias.

Idades: Como se pode verificar de uma forma mais direta no gráfico da Figura 5.1, a maioria dos respondentes situou-se na faixa etária entre os 29 e os 49 anos (36%), de seguida a faixa entre os 50 e 66 anos com (24%), 18-28 anos com (22%) das respostas e 67 ou mais anos com (18%) das respostas.

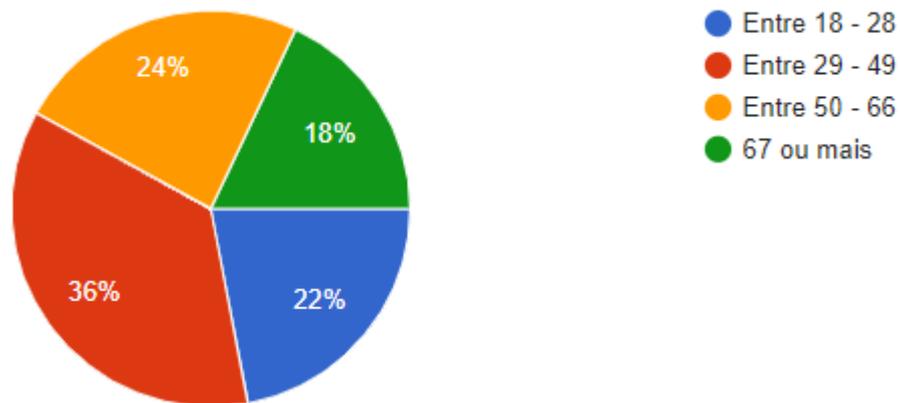


Figura 5.1 – Idade dos respondentes ao questionário

Género: Relativamente a este aspeto, o género feminino foi o que teve um número mais elevado de respondentes 61%, tendo o género masculino realizado 39% das respostas.

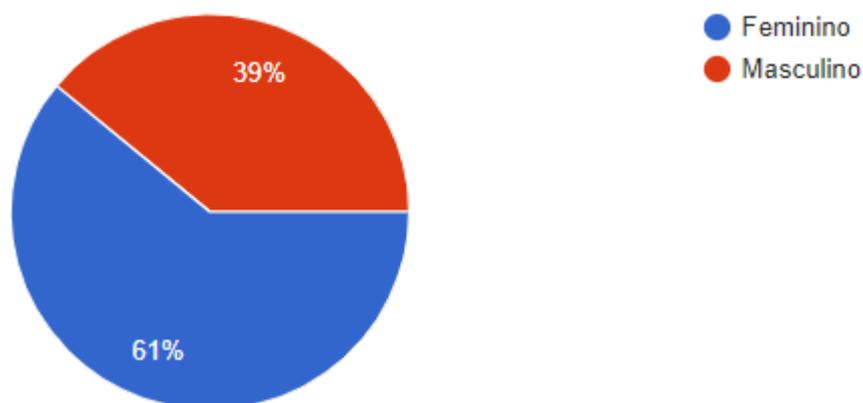


Figura 5.2 - Género dos respondentes ao questionário

Habilitações literárias: Nas habilitações literárias, podemos verificar que a maioria tinha um grau de ensino superior (47%), seguindo-se os respondentes que indicaram ter o 12º ano (32%), 9º ano (11%), e por fim os respondentes com o 4º ano (10%).

Apesar de haver uma predominância de respondentes com o ensino superior, regista-se que o número de respondentes sem este tipo de ensino foi significativo (53%). Dentro deste grupo foi ainda possível obter amostras de todos os escalões escolares, o que se tornou muito relevante face à capacidade de entendimento e análise crítica das questões.

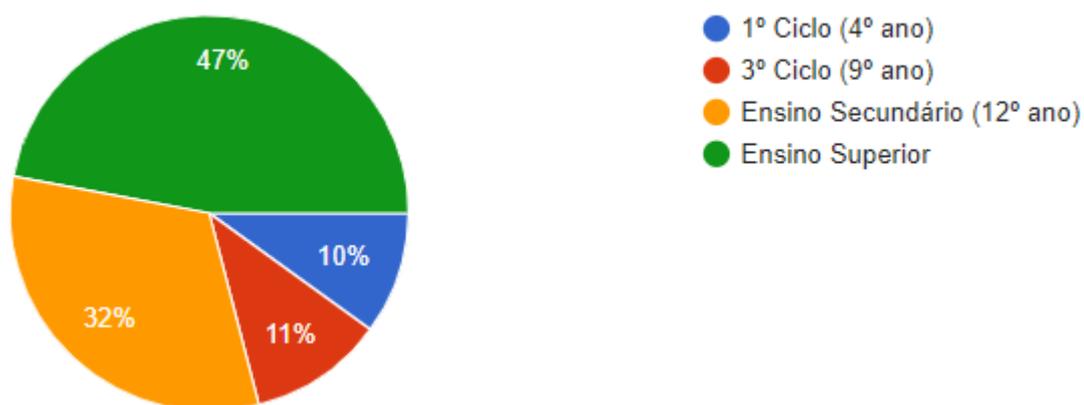


Figura 5.3 – Habilitações literárias dos respondentes ao questionário

Relativamente ao primeiro grupo de questões, verificou-se a seguinte classificação:

Questões fechadas - Questão 1A, 1B, 1C

- 1A) Fui tratado(a) de igual forma por todos os profissionais hospitalares

Tabela 5.1 – Respostas “questão 1A”

Discordo Plenamente	17%
Discordo	23%
Não concordo nem discordo	5%
Concordo	29%
Concordo Plenamente	26%

Pretendeu-se com a presente questão identificar a relação obtida pelos utentes com as diferentes classes profissionais. Os dois valores mais elevados 29% e 26% recaíram pelas opções “Concordo” e “Concordo Plenamente”, ou seja estes utentes consideraram ter sido tratados de igual forma por todos os profissionais independentemente da classe. No extremo oposto “Discordo Plenamente” e “Discordo” obtiveram valorizações de 17% e 23% respetivamente, ou seja consideraram que a relação com os profissionais foi alterando consoante a classe profissional em presença. Apenas 5% dos utentes referiu que “Não concorda nem discorda”.

- 1B) Senti-me capaz de expor as minhas questões

Tabela 5.2 – Respostas “questão 1B”

Discordo Plenamente	12%
Discordo	24%
Não concordo nem discordo	25%
Concordo	31%
Concordo Plenamente	8%

A presente questão identifica a perceção do utente face à forma como se sentiu capaz de expor as suas questões. Na generalidade os extremos “Concordo Plenamente” (8%)/ “Concordo” (31%) e “Discordo Plenamente” (12%)/ “Discordo” (24 %), são valores muito aproximados, não sendo por isso valorizável a diferença entre estes. Por outro lado, acaba por tomar alguma significância o valor atribuído a “Não concordo nem discordo” (25%) dos respondentes. Este valor “neutro” revela a dificuldade sentida pelos utentes em classificar a sua capacidade em expor as questões, ou seja ¼ dos entrevistados não consegue classificar a forma como conseguiram esta interação.

- 1C) Atribuíram importância às minhas solicitações e ao meu caso

Tabela 5.3 – Respostas “questão 1C”

Discordo Plenamente	13%
Discordo	33%
Não concordo nem discordo	19%
Concordo	27%
Concordo Plenamente	8%

Relativamente à forma como os utentes perceberam a importância atribuída às suas solicitações, temos uma classificação algo semelhante à questão anterior. Os valores percentuais extremos mostram alguma semelhança, “Discordo Plenamente” (13%) e “Concordo Plenamente” (8%). Os valores intermédios “Discordo” (33%) e “Concordo” (27%), demonstram igual tendência. Novamente o valor “neutro” “Não concordo nem discordo”, a apresentar um valor significativo (19%).

Na presente questão e realizando a divisão apenas entre opiniões negativas e positivas, 46% dos utentes não considera que atribuíram importância ao seu caso e 35% dos utentes consideram o contrário.

Relativamente às questões 2,3 e 4 do questionário estas foram analisadas tendo por base a metodologia da análise de conteúdo, com uma abordagem indutiva de identificação de códigos, subtemas e temas onde não são conhecidos previamente os elementos para categorizar as respostas. A codificação temática inicia pela definição de conceitos que representam o mesmo tópico.

Na prática a obtenção dos códigos de primeira ordem, subtemas e temas que aqui se apresentam resultam do agrupamento de palavras que representam ou definem a mesma ideia, intenção ou ação.

Questões abertas - Questão 2

“Na generalidade o que poderia ser melhorado no atendimento hospitalar para melhor acolher e fornecer melhores cuidados aos utentes?”

A codificação inicial realizada com auxílio da aplicação informática “Taguette SW” produziu para a questão 2 os seguintes Códigos de primeira ordem:

1. Tempo de espera;
2. Poucos profissionais;
3. Instalações;
4. Empatia, Simpatia, Respeito, Humanidade;

5. Falta de atenção, Disponibilidade;
6. Falta de organização.

Devido ao significado atribuído pelos respondentes as expressões “Empatia, Simpatia, Respeito e Humanidade” que no presente caso traduzem os mesmos valores, fundiram-se desde o início, bem como “Falta de atenção e Disponibilidade”.

Note-se desde já que nas análises realizadas quer aos inqueritos, bem como nas entrevistas, a decisão de agregar estas palavras ou expressões não é devida a qualquer análise ou classificação etimológica, mas sim simplesmente justificada pelo facto de não existir qualquer diferença perante a forma como os respondentes as utilizaram para definir a sua auto percepção de relevância ou importância perante a relação com o prestador dos cuidados de saúde.

As opções realizadas advêm ainda do conhecimento obtido durante a presente investigação quer da componente prática, quer da teoria que por sua vez já tinha identificado as diferentes formas de utilização das designações para expressar os sentimentos experimentados pelos utentes. Apenas desta forma e com base no conhecimento, obtido direta e indiretamente, é possível ao investigador realizar as opções corretas.

Posteriormente e verificando-se que também a condição ou “tag” (designação atribuída pela aplicação informática Taguette SW para identificar códigos) “Falta de atenção e disponibilidade”, concorriam para o que os utentes identificaram como “Condições de relação com os profissionais que promovam a valorização do utente” no âmbito da sua própria valorização e saliência, foi realizada a fusão dos códigos 4 e 5, resultando os seguintes códigos e Subtemas:

Tabela 5.4 – Codificação “questão 2”

Códigos	Subtemas
1. Tempo de espera	Dificuldade de acesso aos serviços
2. Poucos profissionais	Poucos profissionais, falta de condições de recursos humanos na prestação dos cuidados (acesso)
3. Instalações	Condições das instalações como elemento de valorização da qualidade da prestação dos serviços
4. Empatia, Simpatia, Respeito, Humanidade, Falta de atenção e disponibilidade	Condições de relação com os profissionais que promovem a valorização do utente
5. Falta de organização	Condições gerais de organização que na generalidade identificaram situações penalizadoras para o utente
6. Preço dos Serviços	Valor monetário pago pelo acesso aos serviços (não especificada a tipologia dos serviços)

Após a codificação apresentada foram assim quantificados/identificados as seguintes “tags”. (output Taguette SW):

Tabela 5.5 – Output Taguette SW - Codificação “questão 2”

tag	description	number of highlights
1. Tempo de espera	Reduzir os tempos de espera	21
2. Poucos profissionais	O utente identifica a existência de poucos profissionais para o atendimento	13
3. Instalações	Falta de condições das instalações	16
4. Empatia, Simpatia, Respeito, humanidade, falta de atenção e disponibilidade	Empatia, simpatia, dignidade, humanidade e respeito são integradas numa única “tag” porque são frequentemente assinaladas de forma indiscriminada contribuindo para a "importância" percebida do utente. Falta de atenção e disponibilidade foram posteriormente anexadas por concorrerem para o mesmo “Subtema”	49
5. Falta de organização	Métodos de organização penalizadores dos interesses dos utentes, desconexões funcionais dos serviços, pouca funcionalidade	15
6. Preço dos serviços	Os utentes referiram que os preços são elevados	1

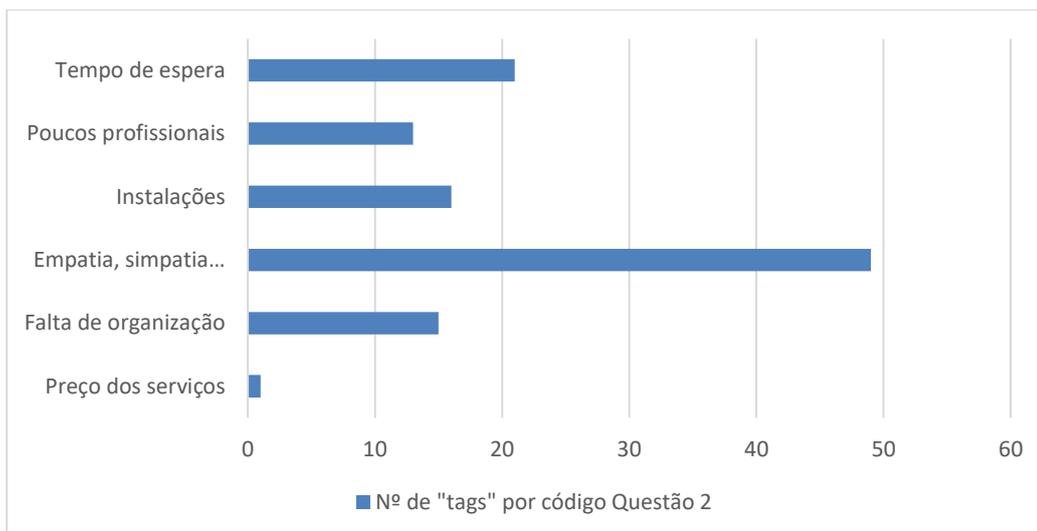


Figura 5.4 – Respostas utentes “questão 2”

A condição mais referida pelos utentes foi assim “Empatia, Simpatia, Respeito, Humanidade, Falta de atenção e Disponibilidade” (49 ocorrências), como temos vindo a demonstrar estas definições ou conceitos estão todas integradas nos processos de valorização dos utentes, estas palavras são as que os utentes encontram para identificar as lacunas que sentem no atendimento hospitalar, no entanto como verificámos pela revisão de literatura as mesmas integram conceitos mais abrangentes e comumente utilizados pela área da saúde, como sejam os cuidados centrados no utente.

Numa análise mais pormenorizada, podemos ainda decompor a presente “tag” para verificarmos as suas componentes e para isso recorreremos à contagem de palavras (WordCounter360®). O elemento “Falta de atenção” foi mencionado onze vezes o que reflete uma separação efetiva entre profissionais e utentes, de seguida, os elementos “Respeito” com sete ocorrências e “Empatia” com cinco, sendo que estes conceitos andam permanentemente interligados e refletem a falta de consideração pela opinião do utente e auscultação das suas necessidades. Por fim temos a “Simpatia” (4 ocorrências), a “Humanidade” e “Falta de disponibilidade” ambas com uma ocorrência. Mais uma vez e à semelhança do referido anteriormente salienta-se que os conceitos apresentados estão na generalidade associados à centralização do utente, conforme indicado na revisão de literatura.

O “Tempo de espera” é logo de seguida uma das condições mais apontadas pelos utentes (21 ocorrências). O tempo excessivo a que os utentes são sujeitos no atendimento hospitalar é uma das condições geradoras de conflito, entre os grupos e o elevado número de ocorrências reflete a importância que esta questão representa para o utente.

A terceira “tag” mais representativa foi a que identificou as instalações como elemento a melhorar (16 ocorrências). O tema das instalações e equipamentos é também recorrente nas avaliações negativas dos utentes. Por norma as unidades hospitalares são exclusivamente centradas sobre si mesmo perante este tipo de questões, ou seja os hospitais desenvolvem uma oferta arquitetónica, de mobiliário ou de manutenção que apenas lhes permita prestar os serviços com os requisitos mínimos fundamentais, sem cuidar os interesses dos utentes ao nível do conforto, facilidade de utilização dos serviços ou até em alguns casos em condições de salubridade. A meta estabelecida nestes casos pelos hospitais é a prestação de cuidados de saúde, já as condições hoteleiras para essa prestação são pouco relevantes, e foi exatamente isto que a presente “tag” assinalou.

As duas condições seguintes com maior significado ao nível das ocorrências “Falta de organização” (15) e “Poucos profissionais” (13) estão algo relacionadas, contribuindo de igual forma para o Tema, no entanto a revisão de literatura aconselha a classificar o “Número de profissionais” como uma permissa do acesso e a “Falta de organização” como uma faceta da gestão organizacional.

Por fim existe uma única ocorrência relativa ao “Preço dos serviços”, este fator foi pouco evidenciado pelos utentes, sendo que estamos presentemente em tempo de pandemia (Covid-19) e com condições excecionais de acesso aos serviços como *p.ex.* a suspensão temporária da cobrança das taxas moderadoras.

Após a classificação realizada e a explicitação de cada uma das suas componentes realizou-se a codificação de 2ª ordem, ou Código, Subtema e Tema:

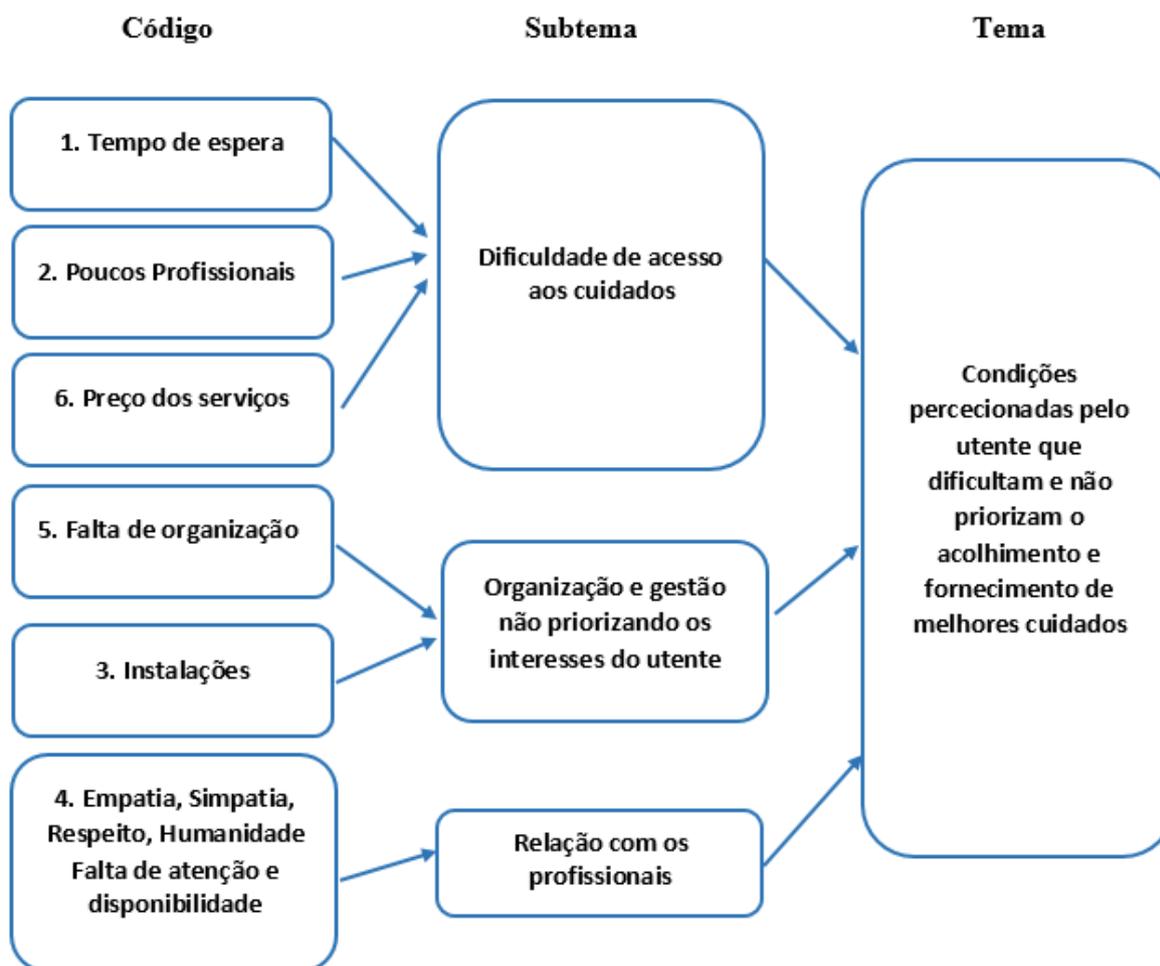


Figura 5.5 – Codificação utentes “questão 2”

Assim, após análise individual de todas as componentes e confrontando as respostas com a revisão de literatura para obter uma triangulação da informação obtida foi possível aferir a fiabilidade dos resultados, consegue-se por fim após o trabalho inicial de codificação identificar o Tema “Condições percecionadas pelo utente que dificultam e não priorizam o acolhimento e fornecimento de melhores cuidados”, estando este diretamente correlacionado e composto pelos subtemas “Dificuldade de acesso aos cuidados”, “Organização e gestão não priorizando os interesses do utente” e “Relação com os profissionais”.

Questões abertas - Questão 3 (Pior)

“No seu caso, e reportando-se a todos os contactos que já teve com estas unidades de saúde, o que considera ter sido “Pior” e “Melhor” nos cuidados que recebeu?”

Para melhor interpretação da presente questão, a análise realizada com recurso à plataforma informática “Taguette SW” separou as rubricas “Pior” e “Melhor” uma vez que estas

encontravam-se agrupadas na mesma questão, tendo sido obtidos os seguintes resultados, inicialmente para a rubrica “Pior”:

A codificação inicial produziu para a questão 3 (Pior) os seguintes Códigos:

- Tempo de espera;
- Instalações;
- Organização dos serviços;
- Mau relacionamento com o profissional;
- Indiferença, Respeito, Empatia;
- Falta de comunicação;
- Alimentação;
- Má prática clínica;
- Preço dos serviços;
- Indiferenciado (Tudo mau).

Vejam individualmente a justificação dos códigos realizados na plataforma informática, e quais as condições que pretendem analisar:

Tempo de espera – À semelhança da questão 2 aqui se evidencia uma das principais problemáticas na relação entre profissionais e utentes e entre estes e a organização. O utente indica a sua perceção sobre uma condição que afeta as condições em que o serviço lhe é prestado e que se revela muito importante para este.

Instalações – Também aqui se confirma a preocupação já apontada na questão 2 sobre as instalações e o impacto que as mesmas provocam na prestação dos serviços aos utentes.

Organização dos Serviços – A codificação foi realizada com a identificação por parte do utente de falta de condições de acesso aos serviços, diversos constrangimentos como marcações ou remarcações, obtenção de documentos em atos de consultas, obtenção de documentação após alta ou tratamentos.

Mau relacionamento com o profissional – A classificação realizada neste código foi obtida sempre que o utente classificava depreciativamente um dos profissionais com os quais manteve contacto, essa depreciação estava relacionada com conceitos de arrogância, violência ou rispidez. Assim concorrem de igual forma estes conceitos que são identificados pelo utente de forma indiscriminada.

Indiferença, Respeito e Empatia - Muito à semelhança da questão 2 sempre que os utentes pretendiam salientar a forma negativa do seu atendimento mantinham a designação de “respeito” e “empatia” para classificar a falta da componente que tornava o seu atendimento

menos importante ou saliente. Verificou-se ainda na presente questão que além das duas referências já indicadas, também a “indiferença” aparecia sempre ligada quer às anteriores, quer ao conceito geral de falta de importância atribuída ao utente. Nota-se também que os conceitos de indiferença, respeito, empatia, ou até humanismo entre outros que concorrem para a valorização e sentimento de saliência dos utentes, são muitas vezes mencionados à medida que o utente se vai lembrando deles, não como forma de os distinguir e identificar entre si, mas como forma de reforçar e dar mais ênfase ao sentido geral da ideia do seu sentimento de desvalorização, e falta de consideração por aquilo que o mesmo pretendia ver valorizado.

Falta de comunicação – Neste ponto a codificação foi realizada sempre que o utente identificou que existiu falta de comunicação quer entre os profissionais, quer entre estes e ele próprio, sendo que em ambos os casos tais situações refletiram-se na forma da prestação dos serviços.

Alimentação – Codificação realizada baseando-se na identificação das condições do fornecimento deste serviço.

Má prática clínica – A identificação das premissas que concorreram para a constituição do presente código foram a identificação de procedimentos que resultaram em diagnósticos ou procedimentos errados e eventos adversos.

Preço dos serviços – Código que identifica a perceção sobre o custo dos serviços, que os utentes consideraram elevados para a tipologia de serviços prestados.

Indiferenciado (Tudo mau) – A necessidade inicial que levou a identificar o presente código foi justificada pelo facto de os utentes não terem referido uma situação ou procedimento que tenha corrido mal, indicando apenas que tudo tinha sido mau, pelo que desde logo é importante a sua menção na medida em que manifesta uma opinião de total desagrado com os serviços prestados. Pese embora a abrangência significativa em termos de classificação do serviço prestado, a ambiguidade da presente definição não acrescenta valor ao estudo uma vez que não permite identificar inequivocamente premissas relevantes na prestação do serviço, tendo sido por este motivo abandonado o presente código. Considerando ainda que este apenas apresentava duas ocorrências “tags”, conforme podemos verificar na tabela, 5.7, não se considera que a sua retirada tenha qualquer impacto na apreciação geral do tema.

Temos assim a seguinte codificação inicial:

Tabela 5.6 – Codificação “questão 3 - Pior”

Códigos	Subtemas
1. Tempo de espera	Dificuldade de acesso aos serviços.
2. Instalações	Condições das instalações como elemento de valorização da qualidade da prestação dos serviços.
3. Falta de Organização	Condições gerais de organização que na generalidade identificaram situações penalizadoras para o utente.
4. Mau relacionamento com o profissional	Condições de relação com os profissionais que promovem a valorização do utente.
5. Indiferença, respeito, empatia	Relação com os profissionais que desvaloriza importância auto percebida pelo utente.
6. Falta de comunicação	Condição ocorrida entre profissionais ou com os utentes que penalizam o utente.
7. Alimentação	Deficiente prestação do serviço.
8. Má prática clínica	Condição grave que afeta os serviços prestados.
9. Preço dos serviços	Condição que afeta o acesso aos serviços.
10. Indiferenciado -Tudo mau	Condição indefinida que não permite aferir sobre condições que afetem a prestação dos serviços.

Após a presente codificação foram assim quantificados/identificados as seguintes “tags”.
(output Taguette SW):

Tabela 5.7 – Output Taguette SW - Codificação “questão 3 - Pior”

tag	description	number of highlights
Tempo de espera	O utente identifica demora no atendimento, em várias situações, urgências, tratamentos, consultas, atos vários	32
Instalações	O utente identifica deficiências nas instalações para prestar os serviços	6
Organização dos serviços	O utente identifica constrangimentos na organização dos serviços que provocam dano ao atendimento prestado	24
Mau relacionamento com o profissional	Deficiente relacionamento entre profissionais e utentes (arrogância, rispidez)	8
Indiferença/Respeito/Empatia	Tratamento por parte dos profissionais com indiferença e falta de respeito e empatia	15
Falta de comunicação	O utente identifica falta de comunicação dos profissionais ou dos serviços em geral	3
Alimentação	Má qualidade da alimentação fornecida	3
Má prática clínica	O utente identifica má prática clínica ou negligente	7
Preço dos serviços	Identificação de preços elevados	1
Indiferenciado - Tudo mau	O utente identifica na generalidade que a prestação dos serviços foi má em todos os aspetos	2



Figura 5.6 – Respostas utentes “questão 3 – Pior”

Como podemos verificar o “Tempo de espera” volta a ser uma das rubricas com mais relevância devido ao número de ocorrências identificadas (32).

De seguida a condição mais identificada foi a “Organização dos serviços”, a qual os utentes tinham anteriormente identificado na questão 2 sob a designação de “Falta de organização” sob os mesmos critérios. Assim e mantendo um número de ocorrências elevado (24), esta questão revela que o utente não considera que a organização dos serviços seja favorável à prestação dos cuidados, ou como podemos neste momento sob aconselhamento da revisão de literatura afirmar, os serviços não estão centrados na satisfação das necessidades do utente.

O gráfico e a tabela revelam assim dois valores muito importantes e significativos face à valorização do utente e da sua perceção sobre a forma como é tratado. O valor mais elevado refere-se à “Indiferença/Respeito/Empatia” com quinze condições identificadas. Assim e à semelhança do que ocorreu na questão 2 este parâmetro foi muito valorizado, estando intimamente ligado aos conceitos de valorização, e cuidados centrados no utente. Logo de seguida o utente identifica o “Mau relacionamento com o profissional” como um dos fatores mais importante e onde podemos encontrar 8 ocorrências.

Com valores ligeiramente abaixo (7 ocorrências) identificámos uma rubrica extremamente preocupante (Má prática clínica), não pelo valor de ocorrências comparativamente às restantes aqui identificadas anteriormente, mas pela sua relevância para o utente e o impacto negativo que a mesma representa. A presente rubrica insere em si mesmo os eventos adversos, responsáveis por um elevado número de mortes em ambiente hospitalar.

Por fim e com valores mais reduzidos a codificação permitiu identificar as “Instalações” com seis ocorrências, “Falta de comunicação” e “Alimentação” ambas com três ocorrências e “Preço dos serviços” com uma ocorrência.

Como referido anteriormente a “tag” “Indiferenciado - Tudo mau” com duas ocorrências, não foi considerada devido à sua ambiguidade.

Após a classificação realizada e a explicitação de cada uma das suas componentes realizou-se a codificação de 2ª ordem, ou Código, Subtema, Tema geral e Tema global:



Figura 5.7 – Codificação utentes “questão 3 – Pior”

Assim, após a codificação realizada foi possível obter quatro subtemas, sendo dois essencialmente focados na organização e na perceção que o utente tem da sua saliência para a organização e dois subtemas essencialmente focados na relação com os profissionais.

Note-se que a condição “6. Falta de comunicação” contribui para os dois subtemas, uma vez que a mesma é identificada como uma lacuna no relacionamento com os profissionais perante a falta de capacidade destes em promover melhor comunicação com os utentes, e

paralelamente é também relacionada com a falta de capacidade da organização em adotar formas de melhorar a comunicação.

Após esta classificação foi possível obter dois temas gerais (“Desvalorização da saliência do utente pelos profissionais” e “Desvalorização da saliência do utente pela gestão ou organização”), resultando na identificação final do tema geral e da “Saliência apercebida pelo utente no atendimento hospitalar”.

Questões abertas - Questão 3 (Melhor)

“No seu caso, e reportando-se a todos os contactos que já teve com estas unidades de saúde, o que considera ter sido “Pior” e “Melhor” nos cuidados que recebeu?”

A codificação inicial realizada com auxílio da aplicação “Taguette SW” produziu para a questão 3 (Melhor) os seguintes Códigos:

- Obtenção (acesso) de cuidados de saúde;
- Relação com profissionais;
- Diferenciação técnica do ato clínico;
- Custo dos serviços;
- Nada de "Melhor" (expresso);
- Reconhecimento geral;
- Organização dos serviços;
- Empoderamento.

Vejam individualmente a justificação dos códigos realizados na plataforma informática, e quais as condições que pretendem analisar:

Obtenção (acesso) de cuidados de saúde – A codificação realizada permitiu obter o presente código que de uma forma pouco atenta poderíamos concluir ser o reconhecimento de um benefício para o utente, uma vez que neste caso estamos a classificar “Melhor”. Ou seja, à primeira vista e considerando a forma como no dia-a-dia utilizamos a expressão “acesso a cuidados de saúde” esta classificação levar-nos-ia a considerar que o utente considerou que o “Melhor” no seu contacto com o hospital foi a facilidade de aceder aos cuidados, mas de facto não é assim e veremos de seguida o motivo da presente classificação.

Poderíamos ainda cair na tentação de pensar que a designação do presente código foi incorreta e que existiria outra classificação melhor, no entanto a escolha da designação foi propositada e feita com o intuito de refletir a forma como usamos esta expressão.

Relação com os profissionais – O presente código traduz o que os utentes identificaram como sendo uma boa relação com os profissionais com os quais tiveram contacto. Neste aspeto a análise reflete sentimentos de recetividade, atenção e empatia obtida com os profissionais.

Diferenciação técnica do ato clínico – O presente código foi criado face à necessidade de valorizar uma forma de interação entre o profissional e o utente do ponto de vista técnico do ato, ou seja, define especificamente uma ação e a excelência dessa ação, por outro lado diferencia a referida excelência do ato clínico de formas de interação entre profissionais e utentes como as apresentadas na condição “Relação com os profissionais”.

Custo dos serviços – O presente código pretende identificar as referências dos utentes perante o custo dos serviços. Como podemos verificar optou-se por manter a mesma designação “custo dos serviços” nas análises “Pior” e “Melhor” de forma propositada para que facilmente possam ser comparáveis. Assim, neste caso a valorização para “Melhor” reflete a opinião positiva face aos custos suportados pelo utente com o atendimento hospitalar.

Nada de melhor (expresso) – À semelhança do que ocorreu na questão “Pior” onde os utentes referiam “Tudo mau” sem realizarem uma especificação que permitisse avaliar a condição que levava a tal classificação, também aqui ocorreu uma situação análoga. Os utentes sentiram a necessidade de expressar que não houve nada de “Melhor” no atendimento, note-se ainda que perante a forma como foi colocada a questão no inquérito, a resposta não era obrigatória ou seja era possível evoluir no inquérito sem realizar esta resposta, e alguns utentes optaram por não responder nesta vertente, no entanto e em oposição, outros utentes quiseram demonstrar expressamente o seu desagrado, referindo que não houve nada “Melhor” nos serviços que receberam.

Reconhecimento geral – Neste ponto a codificação foi realizada sempre que o utente identificou uma valorização genérica dos serviços prestados sem detalhar. Como exemplo, os utentes classificaram os serviços como “normal”, “serviço público” ou “5 *”, valorizando a resposta hospitalar como um todo. Apesar de pouco específica ou algo ambígua, o facto é que não pode ser desvalorizável uma vez que o utente pretendeu valorizar a utilização dos serviços como um todo.

Organização dos serviços – Também no presente código a opção recaiu por manter exatamente a mesma designação da questão “Pior”, as vantagens são evidentes, ou seja, facilmente podemos comparar as referências realizadas em cada uma das questões. Assim, enquanto na questão “Pior” a organização dos serviços foi identificada por 24 utentes que consideraram que a organização foi uma das condições que mais penalizou o atendimento hospitalar, no presente caso conseguimos encontrar 4 respostas dos utentes (“Melhor”) que

consideram que a organização dos serviços beneficiou de alguma maneira a sua relação com o atendimento hospitalar. Como o objetivo imediato nesta fase era a comparação entre as respostas “Pior” e “Melhor” facilmente constatamos que temos comparativamente uma maior valorização da condição “Pior” e que a condição “Melhor” é praticamente residual, ou seja, a forma de organização dos serviços não está a ser realizada com o objetivo de melhorar a experiência dos utentes aquando da utilização dos serviços.

Empoderamento – Considerando que é sempre bom quando a teoria e a prática se unem, a identificação do presente código tornou-se muito interessante. Após a revisão de literatura realizada e a identificação de diversos conceitos visando as abordagens de centralização de cuidados no utente, a identificação da presente condição revelou a existência de uma pré-disposição ou abertura do utente para a utilização destes conceitos e que os mesmos são valorizados pelos utentes. Este código revela a capacidade do utente em expor as suas questões ou ainda em participar nas decisões relativas à sua saúde. Pese embora a sua importância, apenas existiram duas referências codificáveis com este código.

Assim temos os códigos:

- Obtenção (acesso) de cuidados de saúde;
- Relação com profissionais;
- Diferenciação técnica do ato clínico;
- Custo dos serviços;
- Nada de "Melhor" (expresso);
- Reconhecimento geral;
- Organização dos serviços;
- Empoderamento.

Com a seguinte codificação inicial (Códigos – Subtemas):

Tabela 5.8 – Codificação “questão 3 - Melhor”

Códigos	Subtemas
1. Obtenção/acesso de cuidados de saúde	Condições específicas de condicionamento na prestação dos cuidados
2. Relação com profissionais	Identificação de condições de recetividade e atenção
3. Diferenciação técnica do ato clínico	Reconhecimento de mérito profissional
4. Custo dos serviços	Condição de facilidade de acesso aos serviços devido ao preço
5. Nada de “Melhor”	Condição indefinida que não permite aferir sobre condições que afetem a prestação dos serviços.
6. Reconhecimento geral	Valorização global positiva sobre o SNS/serviços
7. Organização dos serviços	Condições da organização que promovem o acesso e valorização na prestação dos serviços
8. Empoderamento	Condição de valorização e integração do utente

Após esta codificação foram assim quantificados/identificados as seguintes “tags”:

Tabela 5.9 – Output Taguette SW - Codificação “questão 3 - Melhor”

tag	description	number of highlights
Custo dos serviços	O utente refere como benefício o custo dos serviços	14
Relação com profissionais	O utente identifica a boa relação com o profissional de saúde	23
Diferenciação técnica do ato clínico	O utente identifica a excelência ou diferenciação do tratamento ou ato clínico	16
Obtenção (acesso) de cuidados de saúde	Não há aqui uma especificação do tipo de cuidados, o utente apenas refere que o melhor foi a consulta ou o tratamento	26
Empoderamento	O utente refere a liberdade que lhe é atribuída para expor as suas questões	2
Organização dos serviços	Organização dos serviços permitindo uma eficiente resposta	4
Reconhecimento geral	O utente refere-se à "generalidade" dos serviços, realizando a sua classificação	5
Nada de "Melhor" (expresso)	O utente indica expressamente que não houve nada "Melhor"	14

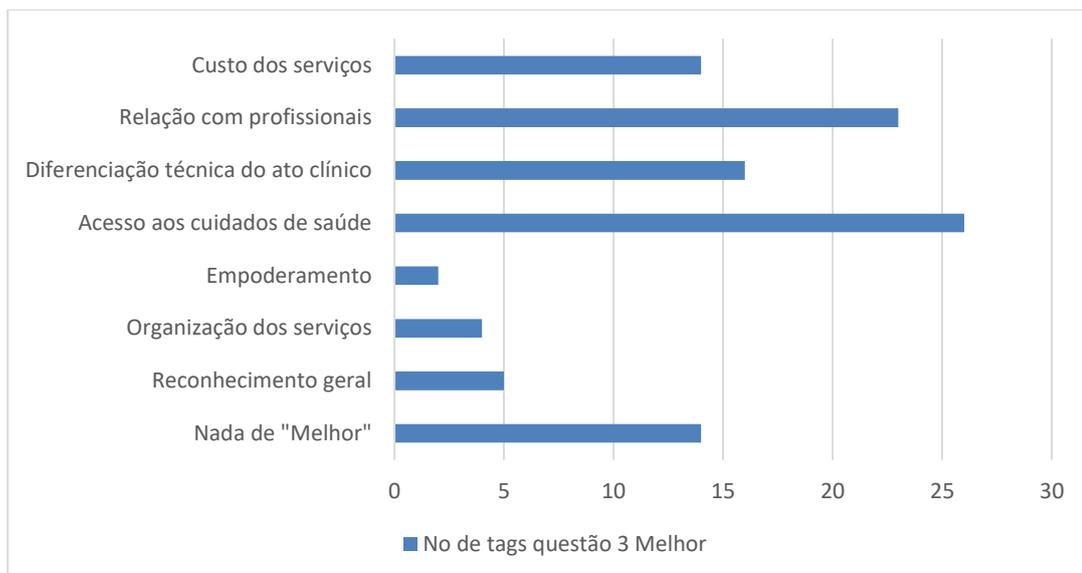


Figura 5.8 – Respostas utentes “questão 3 – Melhor”

Numa apreciação mais atenta, podemos verificar através do relatório do “Taguette SW” que a obtenção ou “Acesso aos cuidados de saúde” foi a condição que os utentes mais indicaram como o “Melhor” (26 ocorrências) durante o seu atendimento numa unidade hospitalar do SNS.

Convém agora nesta fase entender que o “acesso” é aqui identificado pelo utente como uma forma muito básica de obter cuidados de saúde. Os códigos que permitiram obter a presente “tag”, têm na sua génese expressões como, o melhor foi “ter sido tratado”, ou a “consulta”, ou o “tratamento”, ou até mesmo a obtenção de uma “receita”, ou seja, não está em causa qualquer diferenciação qualitativa do tratamento ou do serviço, mas simplesmente ter tido acesso a um ato médico.

A referida condição está assim algo enviesada face ao normal entendimento sobre o que usualmente se indica como acesso aos cuidados de saúde, aqui o utente valoriza questões quase essenciais e básicas. O presente nível de acesso está num patamar inferior perante as condições que o utente deveria exigir.

Resulta assim evidente da apreciação das respostas a esta questão que o utente não reivindica o acesso a cuidados de saúde prestados com condições de qualidade, eficiência e eficácia que promovam valor para a sua condição de saúde, mas apenas requer a possibilidade de ter acesso a uma consulta, um tratamento, ou uma receita, sem valorizar efetivamente a forma como os serviços são prestados, ou seja está exclusivamente em causa a simples obtenção de alguns cuidados de saúde.

De seguida a “tag” mais valorizada pelos utentes foi a “Relação com os profissionais” (23 ocorrências). Neste aspeto e recorrendo à codificação inicial produzida pela aplicação

informática, facilmente se observa que não é a estrutura organizacional que promove esta relação, mas sim a ligação esporádica a determinados profissionais, ou seja são as relações individuais conseguidas entre utentes e profissionais que aqui são valorizadas.

O utente identifica e valoriza o contacto com aquele médico, enfermeiro ou “auxiliar”, individualmente, ou seja, são as relações individuais e a pessoa que são identificadas e não as relações com grupos ou classes profissionais. Sem prejuízo do referido encontram-se referências a “alguns médicos”, sendo, no entanto, uma referência redutora para classificação de um grupo profissional.

A condição que o utente identificou como sendo o “Melhor” na vertente dos cuidados que recebeu foi a “Diferenciação técnica do ato clínico” que mereceu a identificação realizada por 16 utentes. Na presente “tag” o utente valoriza a forma técnica como lhe foram prestados os serviços, como sabemos a diferenciação de algumas técnicas, serviços, formas de tratamento e assistência prestados em diversas unidades hospitalares do SNS, são únicas e de elevada excelência clínica.

O “Custo dos serviços” foi também uma das condições mais valorizadas pelos utentes, a valorização deste parâmetro pelo utente é facilmente perceptível, ao invés do que aconteceu com a análise à questão “Pior” em que apenas foi assinalada uma referência, aqui em “Melhor” foram identificadas 14 ocorrências.

As justificações destas referências são imediatas, grande parte dos utentes chega a identificar os serviços como “grátis”, o que em diversas especialidades ou faixas etárias é de certa forma verdade uma vez que não há qualquer pagamento direto para obtenção dos serviços, como acontece por exemplo em pediatria ou obstetrícia. Sabemos no entanto pela revisão bibliográfica que os serviços prestados nunca são gratuitos.

Outra justificação para que um número significativo de utentes tenha identificado a presente condição deve-se à permanente comparação realizada pelos utentes face aos valores pagos para aquisição de serviços de saúde privados. Após a codificação realizada com recurso à ferramenta informática utilizada, facilmente se notam as diversas comparações realizadas pelos utentes perante os custos associados à aquisição de serviços no sistema público, com valores muito reduzidos quando comparados com o sistema de prestação de cuidados privados.

Com uma valorização idêntica (14 ocorrências) identificámos a condição de “Nada de melhor (expresso)”. Apesar de não identificar quaisquer condições específicas, que demonstrem impacto nos serviços prestados pelas unidades hospitalares, a forma assertiva como os utentes se manifestaram é suficiente para demonstrar o descontentamento com o atendimento. Esta referência foi identificada 14 vezes, demonstrando assim a sua importância.

Sem prejuízo do referido, este código foi abandonado devido à sua ambiguidade para identificar premissas relevantes na prestação do serviço em benefício da importância dada ao utente, objetivo do presente estudo.

Já num patamar menos significativo o “Reconhecimento geral” com 5 ocorrências, inicia um grupo de condições pouco valorizadas pelos utentes e que estes identificam como o “Melhor” na sua interação com o hospital, as designações que dão origem ao presente código refletem um reconhecimento realizado de forma abrangente sobre a forma de organização dos serviços hospitalares ou mesmo do SNS. Alguns utentes referem-se também ao tipo de atendimento que receberam numa determinada unidade de saúde, no entanto a classificação é ambígua, indicando-se *p.ex.* que “fui bem tratado” ou “foi tudo normal”.

Nas condições menos identificadas pelos utentes temos ainda a “Organização dos serviços” com 4 ocorrências, e onde pouco expressivamente os utentes identificam que a organização dos serviços hospitalares está orientada para satisfazer as suas necessidades, no entanto a classificação é algo generalista, uma vez que a identificação destas premissas é feita de forma abrangente como por exemplo a existência de uma “centralização da resposta”.

Ainda com muito baixa identificação, mas ainda assim importante de salientar uma vez que se baseia em conceitos importantes para este trabalho, o “Empoderamento”, regista 2 ocorrências. Ambas as referências são muito explícitas e traduzem a essência do conceito em si. No entanto se as referências não apresentam dúvidas perante a sua classificação nesta categoria, o reduzido número de ocorrências demonstra que o início desta tipologia de funcionamento nos hospitais do SNS é ainda muito tímido.

Assim, após apreciação geral é possível verificar que as premissas identificadas pelos utentes como “Melhor”, na sua interação com as unidades hospitalares, foram o acesso, numa perspetiva de poderem ter uma consulta, um tratamento ou uma receita, a relação que conseguiram obter com alguns profissionais e o custo dos serviços. Num patamar inferior a organização dos serviços, reconhecimento geral e empoderamento. Não esquecendo, porém, que com uma valorização intermédia os utentes indicaram que não existiu nada de “Melhor” digno de saliência.

Após a classificação realizada e a explicitação de cada uma das suas componentes realizou-se a codificação de 2ª ordem, ou Código, Subtema, Tema geral e Tema global:

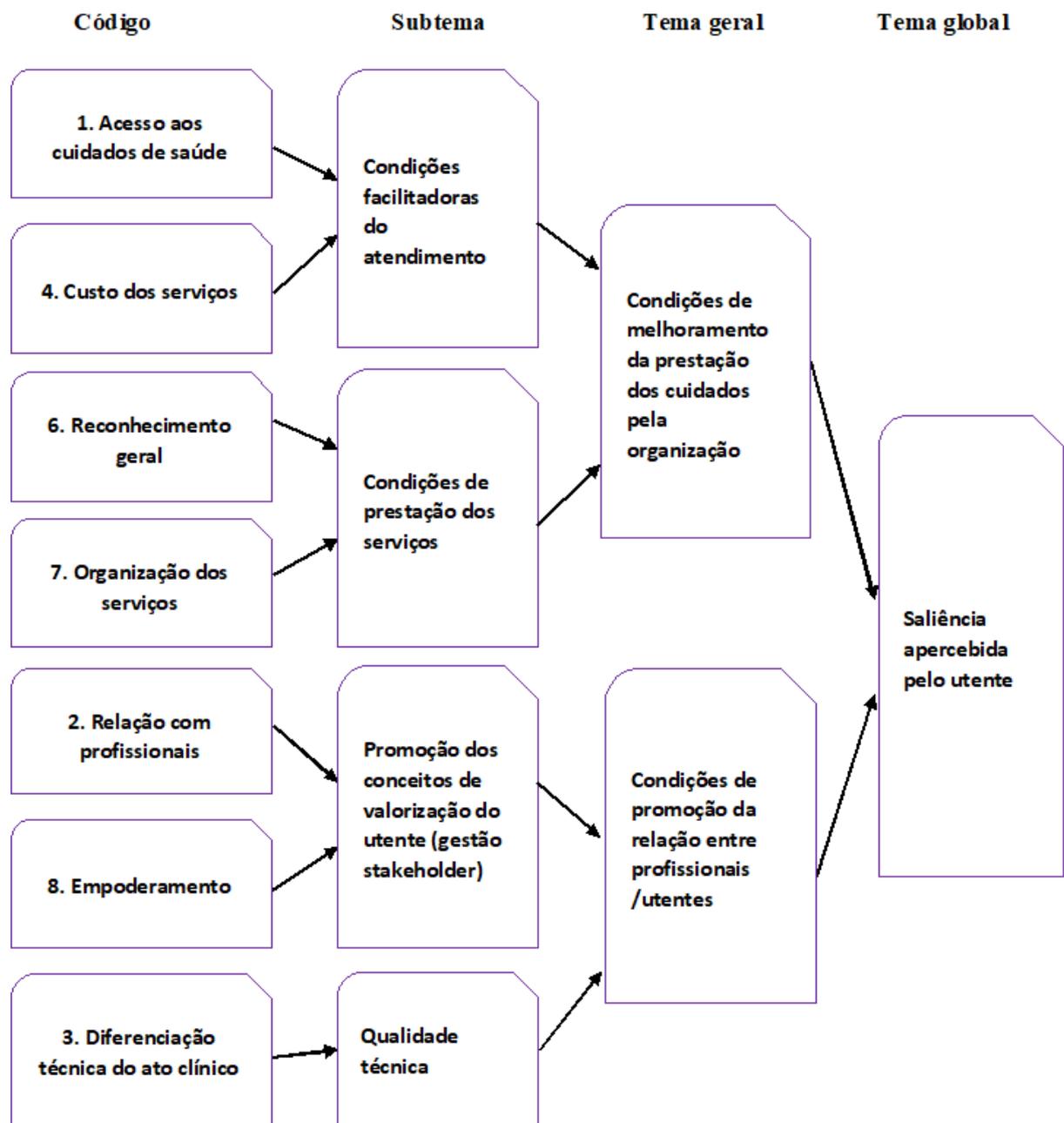


Figura 5.9 – Codificação utentes “questão 3 – Pior”

A saliência apercebida pelo utente, deriva das condições de fornecimento do serviço quer pelos profissionais, quer devido a questões organizacionais.

No caso dos profissionais está em causa a relação direta e o modo como cada profissional encara a maneira de se relacionar com o utente, obtendo daqui uma mais-valia, face à proximidade ou empoderamento. Já as questões organizativas são valorizadas face à facilidade de acesso e interação entre a organização e o utente.

Questões abertas - Questão 4

“Diga a primeira palavra que lhe ocorre quando pensa na sua última utilização dos serviços de um hospital público.”

Na presente questão, solicitava-se a indicação da primeira palavra que ocorria ao utente para classificar a prestação dos serviços recebidos nas unidades hospitalares aquando da sua utilização.

Sem qualquer análise prévia (codificação) surge a seguinte nuvem de palavras (obtida através da aplicação MAXQDA):



Figura 5.10 – Nuvem de palavras utentes “questão 4”

Posto isto a codificação inicial obtida realiza desde logo a separação entre opiniões “positivas”, “negativas” e uma opinião “indiferenciada” sobre a prestação dos serviços, que se apresentam da seguinte forma:

Resultando na tabela (output Taguette SW):

Tabela 5.10 – Output Taguette SW - Codificação “questão 4”

tag	description	number of highlights
Tempo de espera (neg.)	Designações que indicam desagrado relativamente aos tempos de espera	24
Organização dos serviços (neg.)	Indicação de organização dos serviços desfavorável ao utente	6
Má experiência (neg.)	As classificações são gerais e indicam má experiência	11
Relação com profissionais (neg.)	Identificação de má relação com profissionais	10
Necessário (neg.)	Classificação depreciativa da utilização apenas sob condição de necessidade	9
Má prática profissional (neg.)	Má prática sem referir grupos profissionais (negligência)	2
tag	description	number of highlights
Boa experiência (pos.)	Classificação de boa experiência	19
Valorização (pos.)	Expressões de valorização (imprescindível...)	7
Boa prática profissional (pos.)	Boas práticas sem identificar grupo	1
tag	description	number of highlights
Indiferenciado (normal)	Indiferenciado sem conotação pos. ou neg.	11

Da tabela retiramos que das cem respostas obtidas, sessenta e duas tiveram uma conotação negativa face à experiência na utilização dos serviços, e vinte e sete identificaram de forma positiva essa relação.

Note-se ainda que foram obtidas onze respostas classificadas como “Indiferenciado (normal)” uma vez que não demonstram, um sentimento positivo ou negativo. Nestas onze respostas, nove delas referiram-se aos serviços como “normal” e duas como “razoável”. Mais uma vez e como estas classificações são ambíguas na designação de condições específicas que se pretendem identificar com este trabalho, esta “tag” foi abandonada.

Vejam os temas antes da organização por temas, e de forma mais detalhada as designações que contribuíram mais significativamente para os valores obtidos:

Perceções negativas:

Tempo de espera: À semelhança das questões anteriores o utente volta a exprimir o seu desagrado pelo tempo de espera, como também já tivemos oportunidade de ver, este tempo de espera reflete-se em todo o circuito do utente, não sendo desta forma específico de um serviço. Recorrendo à aplicação informática aqui utilizada verificamos que a expressão “demora” foi utilizada doze vezes, e “espera” cinco vezes, ou seja, a presente “tag” praticamente reduz a “demora” e “espera” á primeira coisa que os utentes pensam quando questionados nesta temática. As restantes designações identificam o serviço prestado como “lento”, “seca” ou mesmo “desesperante”.

Organização dos serviços: A presente “tag” não revela valores significativos, uma vez que apenas revelou seis ocorrências, destas há uma tendência para as designações “desorganização” e “descoordenação” com metade das ocorrências do total (3 ocorrências), sendo as restantes, “confusão” e “complicado”.

Má experiência: Neste caso o número de ocorrências tem um valor médio (11) face à “tag” mais identificada, não existe propriamente uma tendência para a utilização de uma palavra que designe esta má experiência, na generalidade são expressões muito depreciativas dos serviços prestados ao utente, são exemplos: “mau”, “deplorável”, “chato” ou “frieza”.

Relação com os profissionais: Novamente a relação com os profissionais a merecer relevo, apesar de o número de ocorrências apresentar um valor médio (10) face à “tag” mais identificada, as designações revelam uma relação de extremo conflito. Com 3 ocorrências a designação “Violência/Violência obstétrica” foi a mais indicada, no entanto as restantes também demonstram a dificuldade da relação, são exemplos: “arrogantes”, “indiferença” ou “respeito”.

Necessário: A designação da presente “tag”, pode antes da leitura da sua interpretação induzir em erro, pensando-se numa conotação positiva, tal é perfeitamente justificado devido à forma como o utente a classificou, ou seja numa primeira análise poder-se-ia pensar que aqui se justificava a importância ou a necessidade dos serviços hospitalares, no entanto após análise detalhada dos códigos podemos ver que esta designação ocorre com as seguintes derivações: “Infelizmente necessário”, “necessidade”, ou “tem que ser”, que nos remetem para uma conotação negativa face à falta de alternativa identificada pelos utentes em poderem utilizar outros serviços que lhes possam prestar melhores cuidados.

Má prática profissional: Ao contrário das questões anteriores em que o utente referia má prática clínica, neste caso a identificação apenas nos permite identificar como má prática profissional, não sendo por isso possível inferir se está em causa a parte do atendimento clínico.

Sem prejuízo do referido e mesmo identificando apenas duas ocorrências nesta “tag”, é importante a sua identificação, uma vez que estas questões estão diretamente relacionadas com a dificuldade de relação entre os dois *stakeholders*. Referir ainda que a análise mais profunda da codificação revelou as expressões, “negligência” e “incompetência”.

Perceções positivas:

Boa experiência: Na presente “tag” os utentes expressaram sentimentos de aprovação e agrado com os serviços recebidos, esta apresenta um número de ocorrências algo relevante (19). A designação “bom” foi utilizada catorze vezes, sendo as restantes designações relativas a simpatia, ou satisfação. Na generalidade, a classificação é feita de forma global sobre os serviços prestados.

Valorização: Apesar de obter um número de ocorrências (7) relativamente baixo face às restantes, as mesmas são, no entanto, muito significativas uma vez que aqui se expressa acentuadamente a importância e relevância dos serviços hospitalares, não existindo uma tendência para uma designação específica, as mesmas são *p.ex.*: “excelente”, “O melhor sistema de saúde”, “imprescindível”, “Top”.

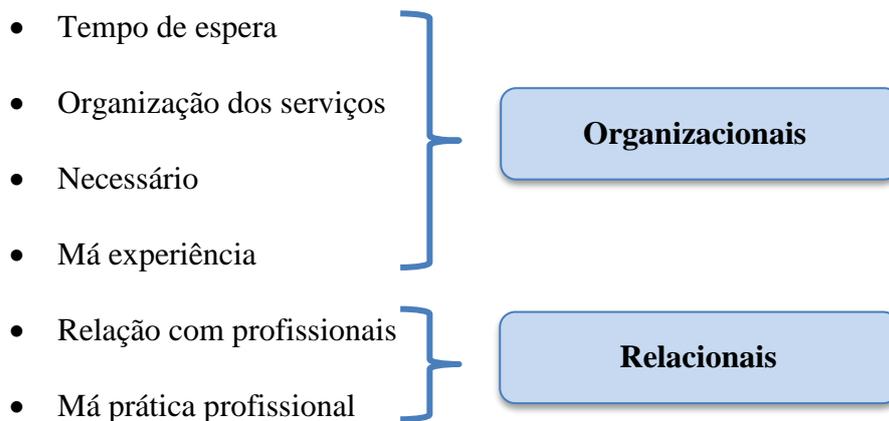
Boa prática profissional: Se nas perceções negativas tivemos duas ocorrências de má prática profissional, neste caso temos uma ocorrência de boa prática profissional, sendo que a mesma identifica a perceção de “profissionalismo”.

Relativamente às conotações positivas e negativas, vejamos a organização por temas:

Tabela 5.11 – Codificação “questão 4 - Perceções negativas”

Códigos	Subtemas
1. Tempo de espera	Referência a uma condição específica que penaliza o utente
2. Organização dos serviços	Condições de organização dos serviços penalizadoras do utente
3. Má experiência	Referência a condições genéricas que se traduziram numa má experiência do utente
4. Relação com profissionais	Dificuldades de relacionamento com os profissionais
5. Necessário	Conotação depreciativa da utilização dos serviços
6. Má prática profissional	Mau relacionamento e não reconhecimento profissional

Assim surge a seguinte classificação para as perceções negativas:

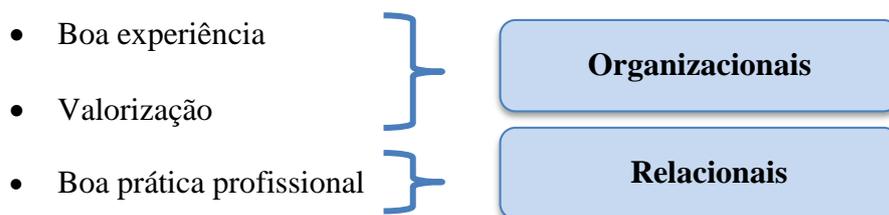


Perceções positivas:

Tabela 5.12 – Codificação “questão 4 - Perceções positivas”

Códigos	Subtemas
1. Boa experiência	Condição genérica que revela agrado com os serviços recebidos
2. Valorização	Condição genérica que demonstra reconhecimento ou valor sobre serviços ou mesmo pelo SNS
3. Boa prática profissional	Condição específica que identifica um reconhecimento da prática profissional

Resultando a seguinte identificação das perceções positivas:



Como foi possível verificar nesta questão devido à forma como a mesma foi colocada aos utentes, o resultado obtido permitiu encontrar dois temas gerais: Organizacionais e Relacionais. Aqui a questão foi elaborada para obter um conhecimento genérico sobre o agrado/desagrado do utente, ao invés das questões anteriores que permitiam identificar partes específicas do mau desempenho organizacional como sejam, a qualidade das instalações ou dos serviços hoteleiros.

Assim na componente negativa das perceções dos utentes, as medidas gerais de gestão organizativa foram a principal preocupação, contribuindo para tal em grande medida o tempo de espera que vem sendo identificado em várias questões. Ainda de salientar o relacionamento com os profissionais que mais uma vez tem uma faceta muito expressiva.

Relativamente aos aspetos positivos, os utentes classificam desta forma a organização como um benefício, ou no limite o SNS face à diferenciação dos serviços, ou seja, ao contrário dos aspetos negativos que identificam mais situações ou circunstâncias, aqui é realizada uma valorização mais abrangente face ao SNS e seus serviços, há um reconhecimento geral de valor. Já a parte relacional foi identificada, no entanto a sua expressão é pouco significativa, nesta abordagem.

Questões fechadas - Questão 5

“Em que zona do País se situava o hospital que utilizou?”

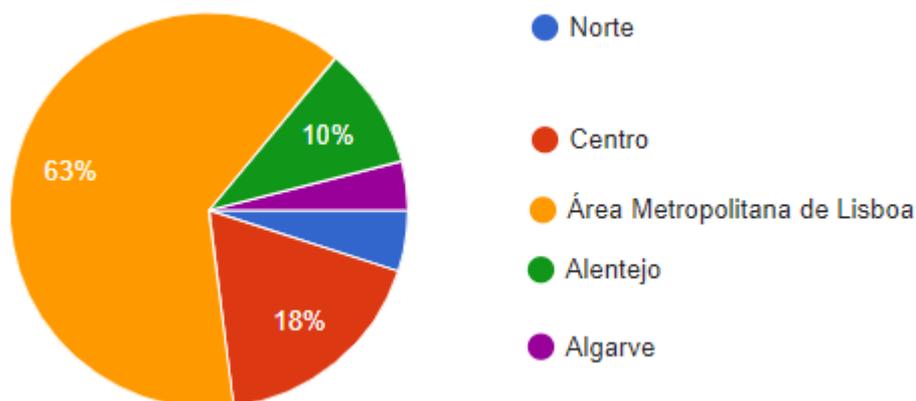


Figura 5.11 – Zona geográfica dos respondentes ao questionário

Relativamente à zona geográfica onde os utentes assinalaram ter utilizado os serviços hospitalares, a mesma ficou assim representada:

- 63% utilizaram os hospitais da Área Metropolitana de Lisboa.
- 18% referiram ter utilizado os hospitais da zona Oeste; Região de Aveiro; Região de Coimbra; Região de Leiria; Viseu Dão Lafões; Beira Baixa; Médio Tejo; Beiras e Serra da Estrela.
- 10% utilizaram os hospitais do Alentejo Litoral; Baixo Alentejo; Lezíria do Tejo; Alto Alentejo; Alentejo Central.

- 5% utilizaram os serviços dos hospitais do Alto Minho; Cávado; Ave; Área Metropolitana do Porto; Alto Tâmega; Tâmega e Sousa; Douro e Terras de Trás-os-Montes.
- 4% utilizaram os serviços dos hospitais do Algarve.

Com a presente questão pretendeu-se identificar as regiões onde os utentes que responderam ao questionário tinham utilizado os serviços hospitalares, não foi realizada qualquer correlação entre as respostas e a localização das unidades hospitalares uma vez que não foi intenção avaliar a tipologia de respostas por região, estando fora do âmbito do presente trabalho.

- Análise do Grupo Profissionais:

À semelhança da metodologia que norteou a avaliação dos utentes também para os profissionais se veio adotar semelhantes práticas. Como já foi referido anteriormente a análise das respostas das entrevistas analisa primeiramente a questão diretamente colocada ao respondente verificando a consistência e representatividade da resposta entre todos os respondentes. Posteriormente analisa os conceitos que lhe estão subjacentes e que emergem da literatura.

Desta forma, foram obtidos os seguintes resultados para a primeira questão:

(Questão 1 – “*Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*”)

A presente questão induzia os entrevistados a uma resposta direta e imediata sobre a aplicação dos conceitos normalmente utilizados com o intuito de valorizar o utente, para depois procurar detalhar como se conseguia a aplicação dos mesmos no dia-a-dia em benefício do utente. Assim, na resposta direta sobre a presente questão foi possível verificar entre os 24 entrevistados as seguintes opiniões:

- (20) Discordam que os conceitos comumente utilizados para atribuir mais importância e valorizar os utentes, sirvam para que no dia-a-dia estes se reflitam no tipo de cuidados e atenção ao utente.
- (3) Concordam, e são da opinião que os conceitos têm contribuído para melhorar a forma como os utentes são tratados.

- (1) Inconclusivo, uma resposta não foi totalmente clara para ser classificada de forma inequívoca.

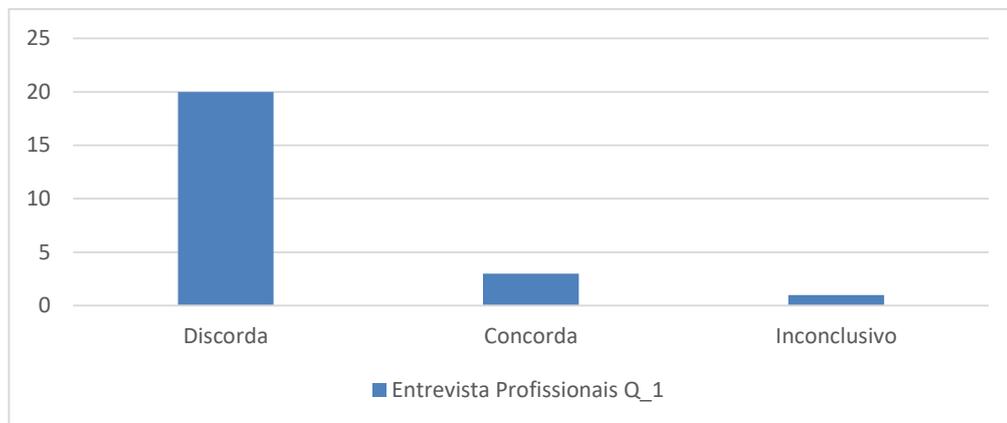


Figura 5.12 – Respostas (profissionais) “questão 1”

Desta forma pela avaliação quantitativa, conseguimos perceber que 83,33% (20 respostas) dos inquiridos consideram que os conceitos utilizados na área da saúde, no dia-a-dia para pretensamente valorizar e dar mais importância aos utentes, não são aplicados ou no limite não são sequer reconhecidos pelos profissionais.

Por oposição 12,50% (3 respostas) consideram existir uma correlação entre estes conceitos e a valorização/importância atribuída ao utente, admitem algumas experiências do dia-a-dia da organização que podem encaixar nesta tipologia de funcionamento, no entanto mantêm dúvidas face à sua concreta eficácia.

Numa análise mais pormenorizada foi possível identificar na envolvente teórica onde este trabalho está realizado, que sete inquiridos identificaram algo semelhante ao atributo legitimidade na sua faceta de licitude de reivindicação e nove identificam uma espécie de poder por parte dos utentes, que acaba por se traduzir mais em capacidade/dever de participar.

A faceta poder identificada pelos profissionais é muito interessante e atual, uma vez que emerge com as novas tecnologias, *p.ex.* dois entrevistados referem que por vezes o atendimento só é melhor porque muito facilmente hoje em dia se recorre ao telemóvel para filmar e posteriormente colocar a informação nas redes sociais ou ainda enviar para as estações de televisão. Outra vertente identificada é o poder que o utente passou a ter com o acesso a mais informação através da internet.

No extremo oposto três entrevistados identificam falta de poder dos utentes para defender os seus interesses, ou ainda a própria falta de interesse dos mesmos para exercer esse poder (três entrevistados). Neste aspeto recorda-se a revisão de literatura onde se refere que em alguns

casos o utente prefere delegar os seus cuidados de saúde no profissional, neste caso tal facto não se deve a falta de poder, legitimidade, literacia ou outro, mas apenas por desinteresse.

Corroborando todos os restantes resultados podemos verificar que existem oito opiniões que indicam a aplicação de uma medicina paternalista por parte dos profissionais, sete referem que a prestação dos serviços está centrada nos profissionais, na sua satisfação e na organização.

Vejamos a tabela resumo de frequências:

Tabela 5.13 – Codificação “questão 1”

Ordem	Conceitos	Frequência
1	Legitimidade do utente na reivindicação de melhores cuidados	7
2	Poder - capacidade de exigência do utente (*)	9
3	Falta de poder para exigir melhores cuidados	3
4	Falta de interesse do utente em exigir melhores cuidados	3
5	Prática de medicina paternalista que impede a aplicação dos conceitos	8
6	Serviços centrados nos profissionais e na organização	7

(*) Das quais duas ocorrências correspondem à obtenção de poder através da tecnologia.

Com estas ocorrências foram criados dois subcódigos, designadamente: “Centralização nos profissionais” e “Centralização na gestão”. A codificação veio posteriormente permitir elaborar o código “Centralização na organização” (Figura 5.13).

O resultado da codificação revela uma oposição aos cuidados centrados no utente, ou seja, os entrevistados não identificaram que os cuidados sejam prestados na ótica do utente, sendo sim prestados tendo em consideração os interesses dos próprios profissionais e da organização.

Como exemplo para justificar a centralização nos profissionais encontramos a prática da medicina paternalista e de alguma forma a desvalorização da centralização no utente, empoderamento, literacia, “*engagement*”, ou qualquer outra forma de promover a importância do utente. Existe ainda a crítica face a um eventual aumento de poder do utente uma vez que após isto o utente poderá “...o utente depois de saber que tudo está centrado nele faz uma coisa que é incorreta, que é achar que é o centro do mundo, e ele não é o centro do mundo, ele é apenas e só o elemento sobre o qual incidem uma série de expectativas e cuidados...” (entrevista 12)

Como exemplo para justificar a centralização na organização temos: “...nós na saúde temos este defeito profissional em que achamos que sabemos tudo o que as pessoas querem.

Organizamos os serviços como achamos que as pessoas querem, prestamos os serviços como achamos que as pessoas querem, atendemos às horas que achamos que as pessoas querem, e esquecemos muitas vezes de lhes perguntar e depois temos surpresas...” (entrevista 17).

Quanto ao código “Centralização na Gestão” inclui as menções à adoção de medidas que essencialmente pretendem colmatar os problemas das organizações ao nível da marcação de exames, consultas, procedimentos administrativos complexos e demorados, ou ainda agendamento de atos médicos considerando exclusivamente os interesses dos profissionais, *p.ex* (entrevista 6). “...portanto de facto se estivéssemos a falar de uma verdadeira atenção pelo doente, uma filosofia de colocar o doente no centro, não fazíamos as desmarcações que fazemos, quase de véspera, não se consegue avisar ninguém e outro tipo de funcionamento realizado por alguns profissionais que são verdadeiramente demonstrativos que esses conceitos não se aplicam...”

As medidas de gestão identificadas para a gestão do hospital centram-se no objetivo de obter os melhores resultados ao nível da produção e não da melhoria do atendimento ao utente.

Desta forma foi criado o código “Centralização na organização”, que realiza a compilação dos subcódigos referidos. Neste código foram identificadas quinze referências a um tipo de funcionamento que desconsidera a importância e valorização do utente em detrimento de um funcionamento centrado na organização e nas condições necessárias e suficientes para prestar os serviços.

Em resumo na primeira impressão os profissionais reconheceram que os conceitos usualmente utilizados para pretensamente valorizarem o utente, não têm o efeito anunciado. Após uma análise mais detalhada estes consideraram que os cuidados são antes centrados nos próprios profissionais e na gestão, resultando por isso uma centralização na organização.

Assim temos:



Figura 5.13 – Representação esquemática conclusões “questão 1” (profissionais)

(Questão 2 – “*Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*”

A presente questão veio demonstrar a ambiguidade das medidas preconizadas pelos profissionais para melhorar a relação com os utentes. A presente afirmação deve-se à multiplicidade de ideias/conceitos identificados, no entanto e sem prejuízo do referido existem pontos de convergência.

Analisando inicialmente o quadro de ocorrências onde foi realizada uma primeira codificação para posteriormente na segunda fase de codificação, podermos definir temas que permitam concluir sobre as medidas de melhoria preconizadas.

Tabela 5.14 – Codificação “questão 2”

Ordem	Conceitos	Frequência
1	Mais empatia com o utente	3
2	Mais empoderamento do utente (recorrendo a mais literacia)	2
3	Mais tempo para atendimento do utente	3
4	Mais formação para os AO's	1
5	Mais valor e mais importância para os utentes	3
6	Adoção de novas tecnologias	2
7	Mais recursos humanos (profissionais clínicos e não clínicos)	4
8	Melhorar o acesso dos utentes	3
9	Melhorar a comunicação entre profissionais e utentes	9
10	Melhorar serviços de hotelaria	4
11	Melhorar organização dos serviços (clínicos e administrativos)	3
12	Integração de cuidados (plano do utente)	1
13	Reduzir autoritarismo dos profissionais	4
14	Reduzir medicina paternalista	3
15	Reduzir tempos de espera	9
16	Representante do utente no CA	1
17	Mais respeito pelos utentes	2
18	Valorizar mais os profissionais	3

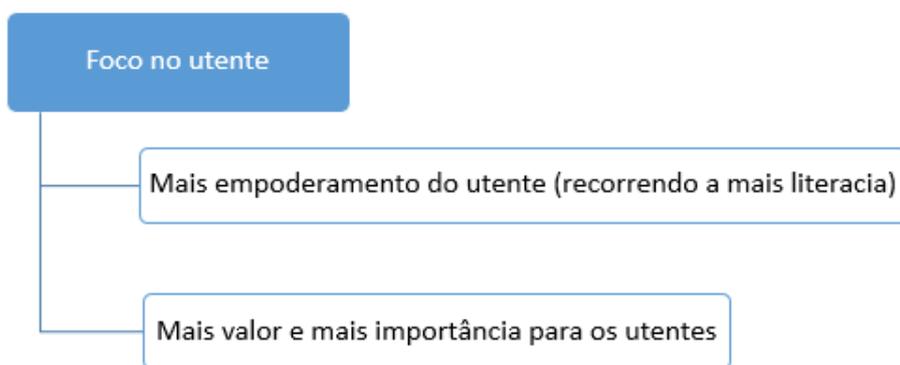
Como se pode verificar através da tabela 5.14, existem algumas medidas ou ações que são identificadas pelos profissionais para melhorar a relação com os utentes, podemos ainda identificar alguns conceitos já anteriormente mencionados na revisão de literatura.

Quanto às questões identificadas com mais frequência, desde logo, destacam-se “Reduzir tempos de espera” (ordem 15), e “Melhorar a comunicação entre profissionais e utentes” (ordem 9).

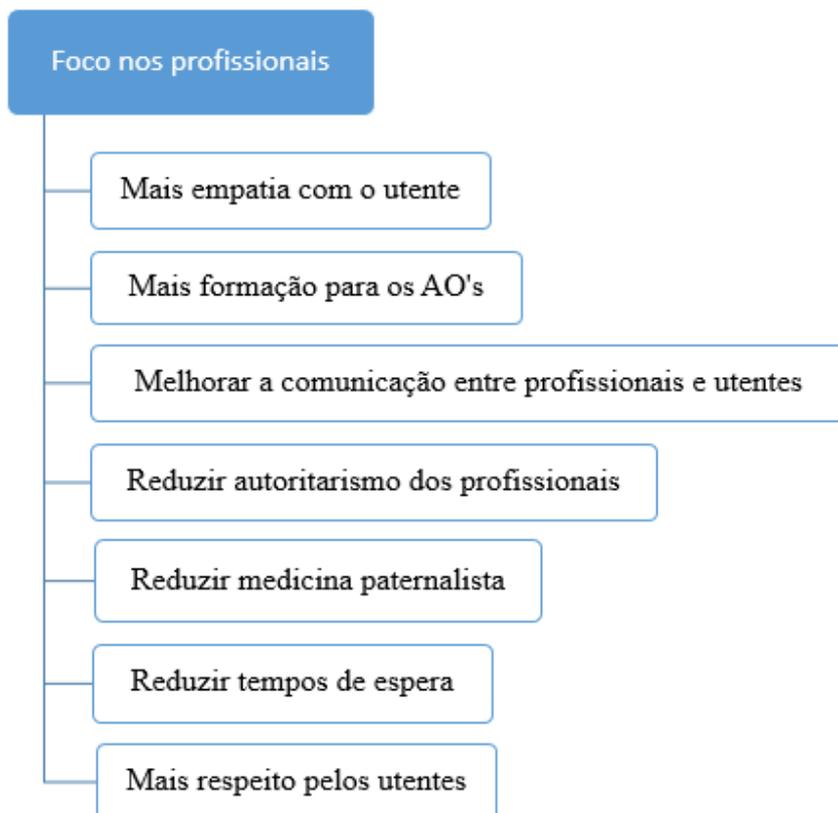
Apesar de ambas terem sido cotadas com a mesma frequência (9) é absolutamente relevante salientar a importância da identificação da necessária redução dos tempos de espera, desta vez realizada pelos profissionais. A questão tinha já sido identificada anteriormente pelos utentes como muito penalizadora para os utilizadores dos serviços e a sua dupla identificação por ambos os *stakeholders* denota uma convergência importante sobre este ponto de melhoria.

Posteriormente a codificação realizada sobre os códigos permitiu realizar a organização dos temas da seguinte forma: Foco no utente; Foco nos profissionais e Foco na organização.

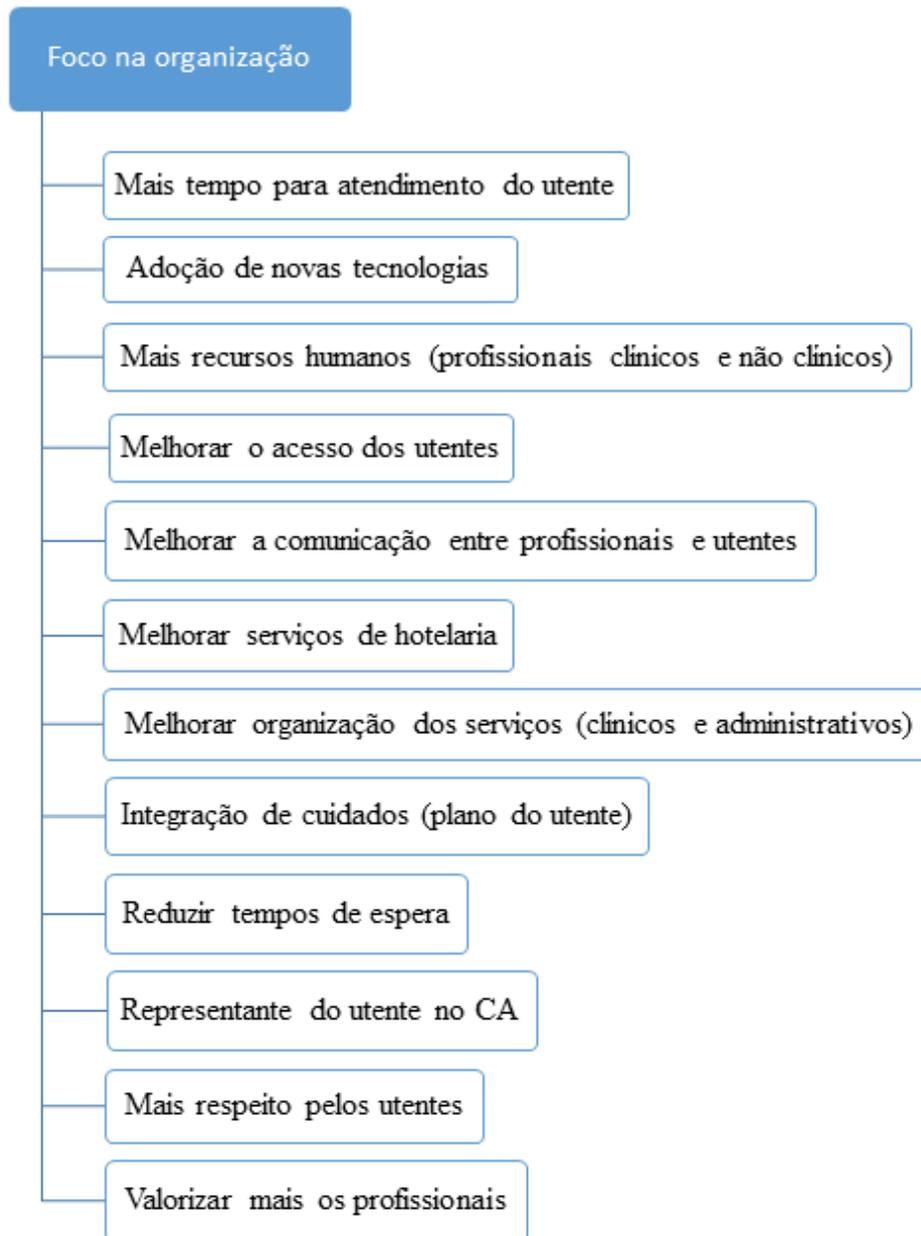
Foco no utente: Condições que devem incidir sobre os utentes e que na óptica dos profissionais podem promover a melhoria da relação entre ambos os grupos.



Foco nos profissionais: Condições que devem incidir sobre os profissionais com o objetivo de melhorar a relação entre este grupo e os utentes.



Foco na organização: Condições que na óptica dos profissionais devem ser promovidas pela gestão da organização com o objetivo de melhorar a relação entre profissionais e utentes.



Perante as codificações realizadas devemos ter em atenção que as condições “Reduzir tempos de espera” (ordem 15); “Melhorar a comunicação entre profissionais e utentes” (ordem 9) e “Mais respeito pelos utentes” (ordem 17) foram consideradas em simultâneo em “Foco nos profissionais” e “Foco na organização”, uma vez que as opiniões dos profissionais remeteram para a responsabilidade de ambos.

Assim temos:

- Incidência direta sobre os utentes
- Incidência direta sobre os profissionais
- Incidência (Promovidas) na organização



**Como melhorar a
relação entre profissionais
e utentes**

(Questão 3 – “*Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*”

Na presente questão o tema estava perfeitamente delineado e a resposta poderia ser direta com a indicação de opção por um modelo ou outro, no entanto convém não esquecer que estamos presentes a uma investigação qualitativa pelo que a informação contida nas respostas permite quase sempre absorver um conhecimento que vai além das respostas diretas à questão colocada.

Pela interpretação direta e após codificação, foi possível conhecer qual a opinião dos profissionais sobre o modelo de gestão que poderia ser facilitador da integração e valorização dos utentes, já numa fase subsequente podemos verificar uma análise FOFA desta informação, para os modelos mais relevantes.

Note-se ainda que em alguns casos as respostas não indicaram expressamente um modelo, mas sim características de funcionamento dos mesmos. Vejamos então quais os modelos que os profissionais consideram ser facilitadores da integração/valorização e atribuição de relevância ao utente, bem como a frequência com que estes conceitos são mencionados:

Tabela 5.15 – Codificação “questão 3”

Ordem	Modelo/Conceito	Frequência
1	Mais responsabilização dos profissionais e melhoria de processos	3
2	Melhor acesso aos utentes	1
3	Mais autonomia de grupo (utentes)	1
4	Centros de Responsabilidade Integrada - CRI	1
5	Centros de Referência - CR	2
6	Foco nos profissionais, com estruturas mais pequenas e com objetivos	3
7	Representação do utente (no C.A.)	3
8	Lean Management	1
9	Value Based Health Care (VBHC)	1
10	Mais envolvimento do utente e proximidade	1
11	Estruturas mais pequenas e de proximidade	5
12	Maior proximidade/articulação entre instituições e os utentes	1
13	Mais respeito pelos utentes	1
14	Valorizar mutuamente profissionais e utentes	1
15	Nova Gestão Pública (atual), adaptado	1

Desta forma é fácil entender, que por regra, não há uma escolha direta feita sobre modelos de gestão, mais ou menos definidos, excetuando-se ligeiramente os CRI, Centros de Referência, Lean Management ou Value Based Health Care (VBHC). A generalidade das respostas assenta essencialmente sobre particularidades das estruturas, dos profissionais, utentes ou formas de realizar determinadas tarefas.

Como poderemos posteriormente verificar na avaliação realizada aos modelos mais referidos, na análise às suas características, vantagens e desvantagens, os profissionais optaram na sua maioria por valorizar algumas particularidades dos modelos e não os modelos como um todo, não pelo facto de não terem na generalidade consolidados conhecimentos sobre o funcionamento dos mesmos, mas sim porque não se reveem na totalidade das metodologias do seu funcionamento.

Para estes, a maior parte das vezes a solução não é a aplicação de um modelo fechado, mas sim a melhor adequação de práticas do dia-a-dia, como a empatia, o respeito, a acessibilidade, a proximidade ou o valor.

As “Estruturas mais pequenas e de proximidade” (ordem 11) obtiveram a frequência mais elevada (5), foi realizada uma codificação considerando as designações “Proximidade” e “Estruturas mais pequenas”, sendo que este novo código traduz “Melhor acesso e facilidade na movimentação interna”.

Assim, por fusão das referidas designações podemos ter uma frequência de 10, considerando os conceitos ordem 6; 10; 11 e 12, onde os profissionais referem o interesse em estruturas mais pequenas e de proximidade, resultando assim numa predominância destas condições.

Os profissionais na generalidade não associam os CRI ou os Centros de Referência às premissas de acesso, respeito ou envolvimento dos utentes, optando por identificar outras particularidades dos modelos de gestão. Estes modelos não são na sua essência reconhecidos pelas mais-valias para os utentes, mas sim face às vantagens para os profissionais, estando estas associadas a questões de valorização profissional e económica.

Pode-se também interpretar nas entrevistas que na opinião de alguns profissionais (*p.ex.* entrevistas 2; 8) o modelo atual baseado em critérios da NGP, pode manter-se para cumprir o objetivo de prestar melhores cuidados e valorizar o utente, criando estruturas mais pequenas para desta forma facilitar o acesso e proximidade aos utentes, o seu envolvimento e responsabilidade dos profissionais. Deve no entanto, ser excluída a vertente de gestão económica destas estruturas mais pequenas, mantendo a gestão centralizada. Podemos no entanto inferir que as condições referidas remetem para os modelos baseados em Clínicas e Centros de Referência.

Na opinião dos profissionais a sustentabilidade económica do modelo consegue-se através da melhoria de processos, procedimentos e gestão geral.

A generalidade das críticas dos profissionais ao modelo atual é essencialmente o funcionamento das instituições baseado na produção e a falta de controlo (*p.ex.* entrevista 12; 21).

Note-se ainda a existência de sete referências que identificam os profissionais como foco dos modelos de gestão na melhoria das condições do utente, ou seja segundo estes só melhorando as condições dos profissionais o modelo poderá ser otimizado para o utente.

Uma das questões mais salientes reside no facto dos modelos mais recentes e em expansão como o Lean Management ou o VBHC, terem poucas ocorrências.

As premissas destes modelos estão algumas vezes incluídas nas questões identificadas pelos profissionais, no entanto os modelos por si só, são diretamente pouco identificados, (apenas uma referência).

Por fim, devido à crescente implementação em Portugal, e pelo facto de serem os modelos com mais representatividade (CRI e Centros de Referência) nas entrevistas, vamos agora verificar quais as críticas, benefícios ou constrangimentos da adoção dos mesmos. Note-se que esta avaliação é realizada tendo em consideração o âmbito da questão inicial, ou seja na ótica da relevância do utente.

Tabela 5.16 – Análise FOFA “questão 3”

	CRI	CENTROS DE REFERÊNCIA
FORÇAS	<p>Mais proximidade ao utente. Melhor acesso. Mais agilidade. Especialização. Autonomia. Mais condições para os profissionais (medida indireta que pretende justificar que desta forma são prestados melhores cuidados aos utentes).</p>	<p>Mais proximidade ao utente. Mais agilidade. Elevada especialização. Autonomia. Excelência dos serviços. Mais condições para os profissionais (medida indireta que pretende justificar que desta forma são prestados melhores cuidados aos utentes).</p>
OPORTUNIDADES	<p>Melhoria dos métodos organizativos. Descentralização. Responsabilização dos profissionais.</p>	<p>Melhoria dos métodos organizativos.</p>
FRAQUEZAS	<p>Mais custos de operação. Circunscritos (a uma especialidade). Desigualdade de acesso (funcionamento a “duas velocidades” dentro da organização o que é prejudicial para o utente). Falta de uma efetiva medição de Valor</p>	<p>Mais custos de operação. Circunscritos (a uma especialidade). Desigualdade de acesso (funcionamento a “duas velocidades” dentro da organização o que é prejudicial para o utente). Falta de controlo (métrica).</p>
AMEAÇAS	<p>Gestão baseada em orçamento que se falhar põe em causa o processo do doente. Cumprimento de metas (objetivos) sem avaliar o valor acrescentado para o utente. Seleção de doentes. Constituição apenas para satisfazer os profissionais.</p>	<p>Cumprimento de metas (objetivos) sem avaliar o valor acrescentado para o utente.</p>

A tabela 5.16 resume a análise dos profissionais, sendo suficientemente informativa sobre as condições que afetam os dois principais modelos que atualmente se implementam em Portugal, pelo que apenas se salienta devido à sua extrema relevância a Seleção de doentes,

identificada em “Ameaças”, devido ao elevado impacto que tal medida pode ter na saúde dos utentes, e pelo facto de tal ocorrência ter sido mencionada em várias entrevistas (p. ex.. 2; 7; 9; 22).

(Questão 4 – “Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente) ”

Mais uma vez, a primeira resposta à presente questão era muito direta permitindo facilmente valorizar o número de respostas correspondente para cada grupo. No entanto se a questão mais direta é crucial para entender a presente temática, é novamente também muito relevante perceber, quais os motivos que levam os respondentes a pensar de determinada forma.

Vejamus então o quadro de ocorrências obtido para as respostas diretas face à questão: Qual dos grupos é mais considerado/relevante dentro do hospital.

Tabela 5.17 – Tabela de frequências “questão 4”

Ordem	Grupo	Frequência
1	Médico(a)s	15
2	Enfermeiro(a)s	1
3	Todos os grupos de igual forma	4

A maioria dos respondentes não teve qualquer dúvida em assinalar que a classe médica tem uma preponderância sobre os restantes grupos, obtendo-se uma frequência de ocorrências igual a quinze.

No extremo oposto obtivemos quatro ocorrências para “Todos os grupos de igual forma”. Desta maneira os respondentes consideraram que todos os grupos dispõem da mesma relevância e são considerados de igual forma quer pelos restantes grupos quer pela organização. Por fim uma ocorrência para o grupo dos enfermeiros.

Em abono da verdade as opiniões registadas na “ordem 3” sofrem de algum romantismo face à realidade. Enquanto a investigação quantitativa pode sofrer algum viés de interpretação nestes factos, já na investigação qualitativa é mais difícil que tal aconteça, ou seja, a análise não se fecha com um facto, e é considerada a totalidade da informação obtida direta e indiretamente.

Para justificar a afirmação anterior, indica-se que um dos respondentes aqui incluídos (ordem 3), durante a entrevista identifica uma necessidade permanente de aquisição de

importância de grupo que vá permitir que esse grupo seja mais importante que outro, sendo que este tipo de funcionamento chega a criar alguma entropia no normal desenvolvimento da prestação dos serviços e relações entre grupos.

Ou ainda outro entrevistado (classe médica), também refere que todos os grupos dispõem da mesma relevância dentro da organização, no entanto durante a entrevista evidencia claros traços de superioridade do seu grupo sobre os restantes.

Vejam agora para melhor entender a percepção geral da população em análise as premissas que os levam a atribuir mais saliência a um grupo, ou como é que os próprios se consideram dentro da organização.

Tabela 5.18 – Tabela de frequências “questão 4”

Ordem	Opinião	Frequência
1	As classes não médicas apenas existem para apoiar os médicos	3
2	O grupo dos enfermeiros não tem relevância *	2
3	O grupo dos Assistentes Operacionais não tem relevância *	2
4	Idealmente todos os profissionais deveriam ter a mesma relevância	7
5	Médicos não têm importância ou relevância superior, mas estatuto superior	2
6	Médicos com mais poder de influência	1
7	Classe dos enfermeiros está hoje mais importante	1
8	Enfermagem mais importante em determinadas tarefas	1

(*) Classificação realizada por elementos da própria classe ou grupo.

Da análise de frequências é fácil perceber que existe uma opinião que é consistentemente mais valorizável com sete ocorrências, e que nos transmite que “Idealmente todos os profissionais deveriam ter a mesma relevância”.

Relativamente ao grupo dos enfermeiros e Assistentes Operacionais (AO’s) por um lado duas ocorrências em ambos os grupos indicam que os seus grupos não têm importância, sentindo-se desta forma desvalorizados enquanto grupo, e uma ocorrência que indica no grupo dos enfermeiros mais importância em determinadas tarefas.

É assim na classe dos médicos que podemos mais facilmente identificar os atributos de saliência (poder, urgência e legitimidade). Esta separação deve-se ao facto de como se refere na entrevista 1 as classes profissionais “estão muito compartimentadas e são muito corporativistas”.

Denota-se dentro do grupo dos profissionais a ascensão de um grupo sobre os outros, tal situação vai proporcionar sentimentos de indiferença e desvalorização sobre os restantes grupos. Aliás como se referia anteriormente, um dos grupos tenta sempre alcançar mais importância tentando absorver os conhecimentos e tarefas do grupo que lhe está imediatamente “acima”, como refere a entrevista 8: “...*O que é que tem acontecido e acho que acontece? De repente querem todos ser mais importantes que o outro. Os médicos querem ser gestores, os enfermeiros querem ser médicos, os gestores às vezes também parece que querem ser médicos, os AO’s querem ser enfermeiros, portanto como nenhum está realmente satisfeito no seu papel, todos querem mais, todos querem fazer um bocadinho o papel do outro que é aquele...se fosse eu a fazer...*”

Aqui se refere que a saliência de cada grupo é obtida através da valorização sobre outro grupo ao invés da valorização intrínseca do próprio grupo face às funções onde se insere.

(Questão 5 – “*Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*”

A forma como as questões foram colocadas veio a revelar-se muito interessante na perspectiva da análise, uma vez que permitiu absorver “aquela” resposta que é o primeiro impulso face a questões que determinam um elevado impacto na vida pessoal e profissional destes *stakeholders*, e que os entrevistados dificilmente controlam face à emoção que o tema confere.

Posteriormente, no decorrer da entrevista, é possível obter a confirmação e justificação “daquela” resposta imediata, permitindo à investigação interpretar a mesma e verificar os motivos que lhes estão subjacentes.

A presente questão foi um bom exemplo do referido, uma vez que ao questionarmos os profissionais face à sua perceção de valorização isto vai trazer ao tema diversos sentimentos, reações e emoções, uma vez que o grau de valorização auto percecionada vai afetar o profissional na sua vida pessoal e profissional.

De acordo com o referido vamos verificar a perceção imediata à questão colocada e que numa primeira análise apenas pretende aferir se o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses dos profissionais.

De uma forma mais visual no gráfico da figura 5.14, podemos verificar que a maioria das ocorrências (19) defende que o atual modelo não tem em consideração os interesses dos profissionais, depois e distribuídas de igual forma as frequências mostram que um entrevistado considera que o atual sistema tem em conta a valorização dos interesses dos profissionais, um

entrevistado indica que tal só acontece relativamente à formação e ainda um entrevistado indica que os profissionais acabam por não querer saber, numa perspetiva de “remar contra a maré”, e acabaram por arranjar alternativas próprias para promover esta valorização, seja por obtenção de formação a expensas próprias ou desenvolvimento profissional paralelo noutra organização.

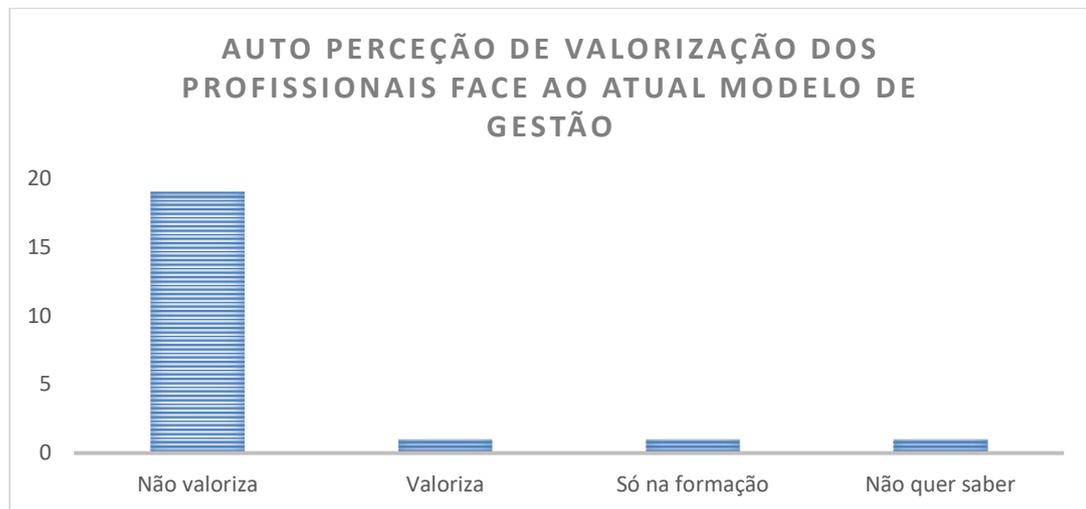


Figura 5.14 – Respostas (profissionais) “questão 5”

Nesta fase vamos interpretar os motivos que levaram os profissionais de uma forma muito acentuada a não considerarem que o atual modelo tem em consideração a sua valorização. Aqui se codificaram as respostas no sentido de perceber os motivos que levaram os profissionais a responder desta forma.

Vejamos a tabela de frequências:

Tabela 5.19 – Tabela de frequências “questão 5”

Ordem	Motivo não valorização	Frequência
1	Sistema de avaliação e progressão de carreiras desajustado (SIADAP)	2
2	Falta de reconhecimento de esforço (mérito) profissional	9
3	Falta de formação	11
4	Falta ou pouca qualidade dos serviços de saúde ocupacional	1
5	Não permite desenvolvimento pessoal e profissional como investigação	2
6	Excluí das decisões e não tem em consideração as suas opiniões	2
7	Remuneração (todos os grupos)	17
8	Remuneração (apenas referidos os enfermeiros e AO's)	2
9	Falta de recursos humanos	2
10	Falta de ligação (entre grupos profissionais) gestão e classe médica	1

Pela visualização do quadro podemos verificar pela frequência das ocorrências que o seu valor máximo é devido a motivos ligados com a remuneração 17+2 (ocorrências), sendo que em dois casos (ordem 8) os entrevistados apenas referiram essa condição para os grupos de enfermagem e assistentes operacionais.

Ainda com um valor expressivo (11 ocorrências) encontramos a referência à falta de formação proporcionada pela organização, ou estruturas do estado.

Após codificação podemos identificar as seguintes condições:

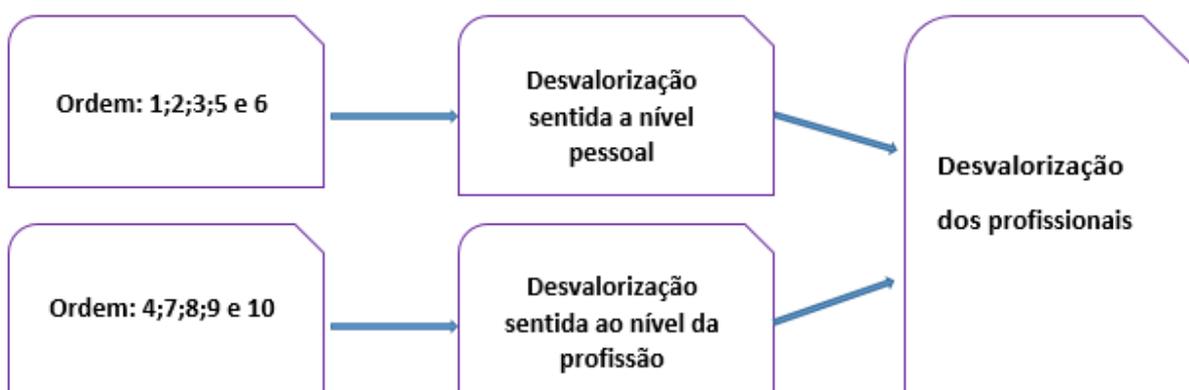


Figura 5.15 – Representação esquemática conclusões “questão 5” (profissionais)

A codificação apresentada na Figura 5.15, permite assim perceber que a desvalorização dos profissionais é entendida por estes quer ao nível pessoal, onde se sentem desvalorizados face ao seu desempenho, esforço, dedicação e ainda porque não são escutados e integrados nas

decisões. Por outro lado não lhes são transmitidos os objetivos dos serviços, e estes não são chamados a contribuir para o bem comum e definição de estratégias de gestão. A falta de formação proporcionada pela organização ou estruturas da saúde é a principal razão apontada para a desvalorização percebida, existindo ainda uma perfeita desconexão entre estruturas profissionais, onde a tentativa de se sobrepor entre elas gera muitas vezes conflitos.

Também ao nível da profissão essa desvalorização é percebida, esta revela-se muito vincadamente perante os valores remuneratórios que cada grupo profissional aufer, e ainda na falta de condições de serviços de apoio (medicina ocupacional), ou recursos humanos no geral.

Não obstante, tudo o que foi referido para a presente questão, devemos identificar em sentido oposto as situações em que os profissionais referiram que se sentem valorizados. Foram identificadas três ocorrências e indicados os seguintes motivos para justificar que o presente modelo de gestão tem em consideração os seus interesses de valorização:

1. Introdução e utilização de novas tecnologias que promovem a valorização dos profissionais
2. Muita formação gratuita
3. A classe clínica (médicos) é remuneratoriamente valorizada

Analisando a questão na sua totalidade e confrontando com as respostas anteriores, verifica-se que a utilização de novas tecnologias, acesso a técnicas e metodologias diferenciadas pode ser um fator que valoriza os profissionais quer no aspeto pessoal, quer ao nível da profissão.

Já a formação e a remuneração são amplamente rebatidas pelas opiniões anteriores, e o número de ocorrências é perfeitamente residual e desvalorizável face à globalidade dos resultados obtidos.

(Questão 6 – “Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?”

À semelhança do ocorrido na questão 3 onde se questiona o melhor modelo de gestão para promover a melhoria do atendimento ao utente, também na presente questão os profissionais optaram mais por indicar formas e métodos de melhoria ao invés de modelos de gestão.

Neste momento com a informação já disponível obtida pelas das questões anteriores, é possível inferir que tal opção, é essencialmente devida ao facto de os profissionais na sua grande maioria não se identificarem na íntegra com todas as componentes dos modelos de gestão, sendo até mais correto dizer que se identificam muito pouco com os atuais modelos de gestão.

Nos modelos aqui apresentados, alguns profissionais identificam aspetos positivos que destacam perante algumas das suas vantagens, mas por outro lado referem sempre aspetos muito negativos, sendo estes suficientes para promoverem o afastamento dos profissionais a estes modelos.

Por este motivo e se à primeira vista os códigos (ordem 3 e 7) da “Tabela 5.20”, podem ser fundidos num só, uma vez que apenas pela designação dada transmitem modelos de gestão de funcionamento semelhante nas condições em análise, o facto é que para a presente questão e analisando as entrevistas na íntegra, entende-se que seria errado fundir estes dois conceitos, uma vez que os entrevistados numa ou outra fase das entrevistas acabam por identificar divergências entre estes.

É importante a presente referência uma vez que este facto pode ocorrer sempre que se realiza codificação de entrevistas, e apenas analisando ao detalhe e na íntegra as mesmas se pode então concluir sobre elas. Na presente metodologia de investigação é contraindicado inferir exclusivamente sobre as codificações, sendo apenas correta qualquer análise se realizada sobre a totalidade da entrevista, de outra forma são sempre introduzidos vieses à análise.

Vamos primeiro analisar o quadro de ocorrências onde foi realizada uma primeira codificação para posteriormente na segunda fase de codificação podermos definir temas que nos permitam concluir sobre os alicerces dos modelos preconizados pelos profissionais.

Tabela 5.20 – Tabela de frequências “questão 6”

Ordem	Modelos sugeridos	Frequência
1	Realização de “ <i>benchmarking</i> ” entre organizações e trabalho em rede	1
2	Melhorar na generalidade o ambiente de trabalho	1
3	Centros de referência / Centros de Responsabilidade integrada	2
4	Instalação de creches	1
5	Maior controlo sobre o desperdício	1
6	Escolha dos gestores de topo sem critério político ou de amizade	1
7	Estruturas com modelos de gestão mais pequenos e mais ágeis	5
8	Mais integração/participação dos profissionais nas decisões/modelo de gestão	6
9	Mais responsabilização dos profissionais	2
10	Maior valorização dos profissionais (formação/remuneração)	9
11	Modelo de gestão igual para todos (dentro e fora da organização)	1
12	Modelo de gestão por Clínicas	1
13	Modelo mais compatível com a vida pessoal	4
14	Modelos menos baseados na produção	1
15	Modelos baseados em prémios e incentivos	4
16	Maior reconhecimento das profissões e dos profissionais	9
17	Modelo que satisfaça simultaneamente utentes e profissionais	1
18	Manter o atual modelo de gestão	2
19	Modelo que promova a diferenciação	6

Como podemos observar pela tabela de frequências (Tabela 5.20), as ocorrências mais elevadas, são exclusivamente focadas nos profissionais:

- Mais integração/participação dos profissionais nas decisões/modelo de gestão (ordem 8).
- Maior valorização dos profissionais (formação/remuneração) (ordem 10).
- Maior reconhecimento das profissões e dos profissionais (ordem 16).
- Modelo que promova a diferenciação (ordem 19).

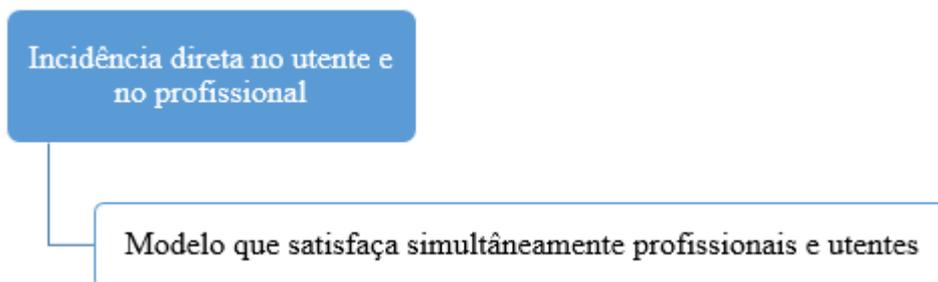
Com a presente tabela de frequências demonstra-se que na opinião dos profissionais, devem preferencialmente ser adotadas medidas que incidam diretamente sobre estes ao invés de idealizar modelos globais de gestão.

Por oposição, podemos verificar na tabela, que o número de ocorrências que identifica medidas assentes na organização ou num modelo de gestão fechado, são sempre inferiores, como *p.ex.* “Centros de Referência / CRI”, com duas ocorrências.

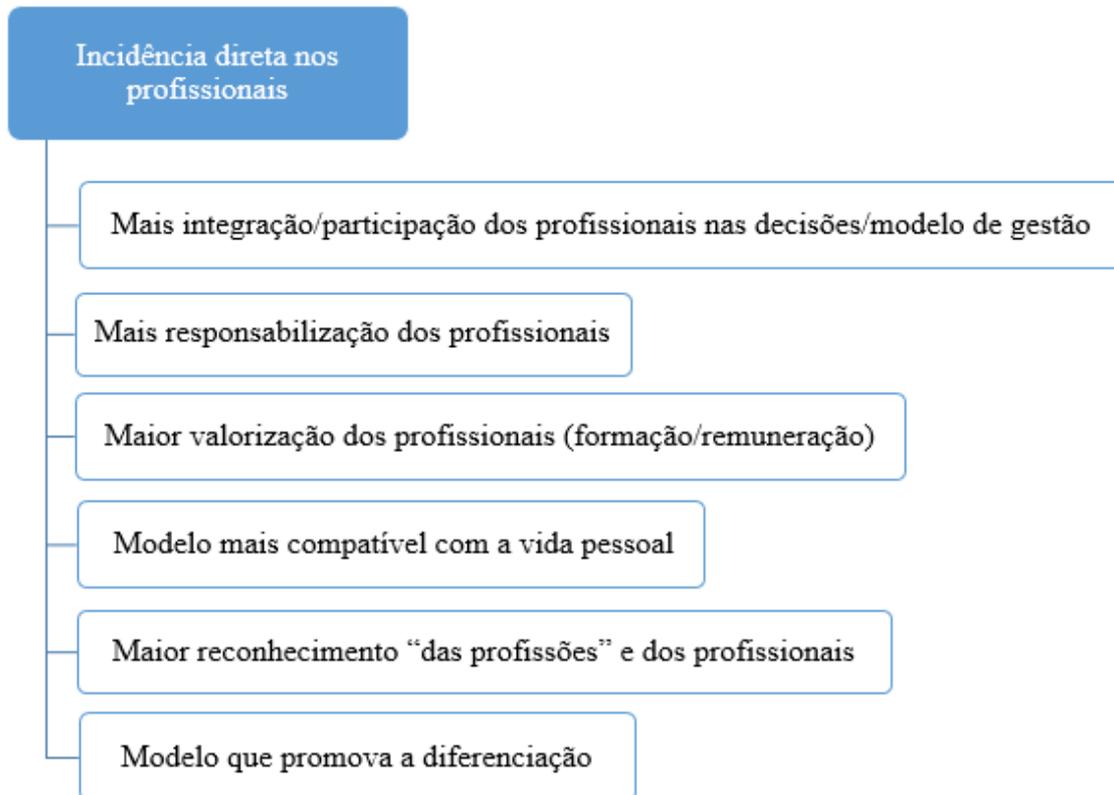
Tendo como base inicial a identificação dos conceitos associados aos modelos indicados procedeu-se de seguida à codificação dos mesmos com o objetivo de perceber a sua origem, considerando ainda que o centro da presente investigação tem como foco, os profissionais, os utentes e os modelos de gestão.

Desta forma a adequação dos modelos deve assim corresponder também a esta divisão, tendo resultado a seguinte codificação:

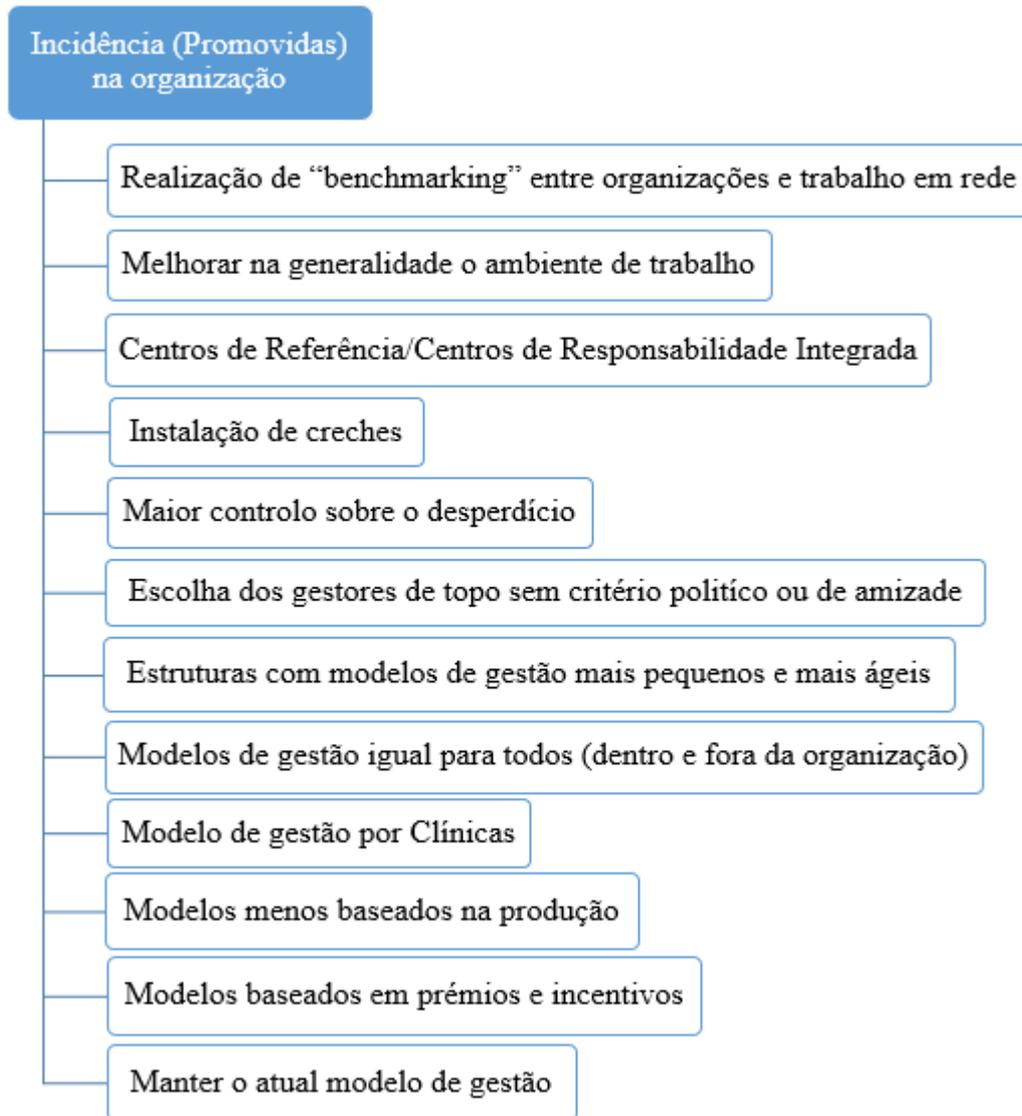
Incidência direta no utente e nos profissionais: Condições que devem incidir simultaneamente sobre estes dois grupos e que na óptica dos profissionais podem promover a melhoria da relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos.



Incidência direta nos profissionais: Condições que devem incidir exclusivamente nos profissionais que podem promover a melhoria da relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos.



Incidência direta na Organização: Condições que devem ser promovidas pela organização com incidência no seu modelo de gestão que na óptica dos profissionais podem promover a melhoria da relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos.



Assim temos medidas de:

- Incidência direta sobre profissionais e utentes
- Incidência direta (exclusiva) nos profissionais
- Incidência (Promovidas) na organização

Como melhorar a relação entre profissionais e realização profissional

Como demonstrado, para se obter a melhoria da relação entre profissionais e realização profissional, a codificação transmitiu-nos a necessidade de intervir em três vertentes, a saber: utentes em conjunto com profissionais; organização e profissionais.

A vertente, utentes em conjunto com os profissionais é praticamente inexpressiva, no entanto face à sua importância no conjunto do tema a mesma é aqui assinalada, uma vez que identifica a premissa da necessidade da satisfação e consignação de saliência a ambos os grupos de *stakeholders*, como forma de obter o bem comum.

No entanto, torna-se evidente que para os profissionais o atual modelo de gestão não acompanha os seus interesses e não foi evolutivo ao longo dos anos na tentativa de acompanhar as suas expectativas.

Podemos verificar pelas tabelas apresentadas que os profissionais praticamente só identificam medidas que incidem diretamente sobre a prestação destes, sobre a sua valorização formativa ou remuneratória.

As medidas que incidem sobre a organização e na adoção de modelos de gestão que estariam em princípio delineadas para prestar um melhor atendimento ao utente e melhoria de processos de organização hospitalar, como os CRI, são na maioria das vezes identificadas pelos profissionais apenas como uma forma de ter um benefício remuneratório.

Também da análise dos dados obtidos se infere que, a melhoria da valorização profissional, se obtém através de medidas que promovam o reconhecimento e o mérito dos profissionais, perante o esforço que estes desenvolvem. Já a relação entre profissionais, além das premissas referidas que tendem a “igualizar” a importância entre grupos, ao invés de valorizar uns em detrimento de outros, também pode ser melhorada através da otimização dos modelos de gestão.

Um modelo abstrato mais pequeno e mais ágil, com maior controlo, e que promova a proximidade entre os próprios profissionais, e destes com os utentes suscita grande interesse. Na expectativa destes profissionais uma tipologia de funcionamento com as referidas condições pode promover uma maior participação ao nível da cadeia de decisão, permitindo mais facilmente transmitir linhas orientadoras dos serviços e da gestão sem perda de informação.

Capítulo VI – Discussão

As análises realizadas a estes grupos de *stakeholders* e os resultados obtidos permitem-nos agora perceber diversas questões que potenciam a dificuldade de relação entre eles, bem como as suas perceções sobre as formas de gestão que as instituições hospitalares assumem.

- Vejamoinicialmente o grupo dos utentes:

As questões 1A, 1B e 1C, (fechadas) são colocadas neste trabalho não como forma exclusiva de quantificar um tema sobre os utentes, mas sim com a intenção de transmitir um grau de concordância sobre as questões colocadas, devendo estes valores ser apreciados em conjunto com as questões abertas.

Desde o início, em que a opção recaiu na investigação qualitativa, a meta foi entender os fenómenos perante as expectativas e desejos das pessoas, até mesmo nas coisas que não são expressas em documentos.

Quando é recolhida a informação direta e um utente se refere aos profissionais de saúde como “anormais” (utente 89), esta designação pode encaixar numa suposta categoria a classificar numa escala quantitativa, no entanto não pode em caso algum este método de investigação captar a forma como esta expressão é utilizada, e onde o questionado demonstra desdém pelos profissionais.

De igual forma, mas no extremo oposto podemos classificar a afirmação “5*” com a valorização máxima na referida escala perante um atendimento hospitalar de excelência, no entanto não é possível demonstrar nesta, o agradecimento que fica devido ao profissional que foi além das suas obrigações e naquele instante em que tudo parece falhar alguém fica e presta ajuda e conforto, marcando para sempre a experiência do utente e a relação com o profissional.

O mesmo acontece com os profissionais, sendo até mais fácil de perceber, uma vez que a entrevista é um método bastante intrusivo permitindo absorver mais informação. Um exemplo crítico é a comparação entre a forma como os grupos entendem a valorização remuneratória, enquanto a classe médica refere a sua desvalorização remuneratória com algum conformismo, embora tristeza, considerando aqui uma falta de reconhecimento, a classe dos assistentes operacionais, refere-se ao mesmo facto com uma carga emocional muito superior, e com um sentimento de revolta e desprezo pelas instituições. Ambos estão descontentes com a sua valorização remuneratória, mas enquanto os médicos conseguem muitas vezes arranjar alternativas a este fraco reconhecimento, já os assistentes operacionais no limite equacionam deixar a profissão. Estamos assim perante sentimentos que provocam reações muito diferentes sobre o mesmo problema.

Mas regressando ao grupo das questões fechadas (utentes), aqui se pretendeu unicamente delinear a panorâmica geral da perceção dos utentes, onde mais de metade da população em análise considera que não existe qualquer distinção na relação obtida com as diferentes classes profissionais.

Por outro lado, podemos verificar ainda que o número de pessoas que consegue expor as suas questões é semelhante ao número de pessoas que não o consegue fazer, sendo ainda digno de registo que $\frac{1}{4}$ das pessoas não conseguiu sequer fazer esta classificação.

Por fim neste grupo de questões, podemos saber que existe um número superior de pessoas que considera que os serviços não atribuíram importância às suas solicitações.

Como referido anteriormente as três questões iniciais foram essenciais não a título individual, mas para elaborar uma triangulação com as respostas abertas e com a revisão bibliográfica.

Relativamente à questão 2 onde se pretendia inferir sobre o que poderia ser melhorado no atendimento hospitalar, podemos claramente separar as questões relacionadas com o acesso, organização e relação com os profissionais. À primeira vista as questões que incluem as premissas relativas ao acesso podiam estar apenas relacionadas com a organização e gestão, no entanto convém não esquecer que nem sempre o acesso está apenas relacionado com a instituição hospitalar, como verificámos na revisão bibliográfica os governos podem tomar medidas que limitem o acesso, motivo pelo qual é útil esta separação.

Podemos ainda verificar na presente questão que as designações utilizadas pelo utente como: falta de empatia, simpatia, respeito, humanidade, atenção e disponibilidade, traduzem a forma como este entende a falta de importância sobre o seu caso e na relação com os profissionais e organização.

Como agravante das designações supra identificadas não podemos esquecer que o tempo de espera foi uma das condicionantes com mais relevância aqui identificada.

Os elevados tempos de espera promovem que os utentes cheguem ao contacto com o profissional de saúde, já saturados e potenciados para o conflito, devido a uma série de circunstâncias que se vão acumulando durante este tempo. Esta premissa é confirmada por ambos os grupos envolvidos (Vieira, 2015).

Na presente questão a identificação do “tempo de espera” pelo grupo dos utentes revela a preocupação constante perante o acesso aos serviços. Apesar das Urgências serem o local mais referenciado e onde se encontram mais problemas neste aspeto, também outros serviços como as consultas e tratamentos são permanentemente identificados devido ao deficiente funcionamento.

O utente considera o excessivo tempo de espera, uma desvalorização da sua importância, que é transposta para segundo plano, em detrimento do superior interesse da organização em função dos horários dos hospitais e dos profissionais de saúde. É muito comum os hospitais marcarem diversos utentes à mesma hora, com intervalos manifestamente impossíveis de cumprir ou ainda iniciarem as consultas (período da manhã) muito tempo após a marcação das mesmas.

Por outro lado, quase sempre quando os atos são marcados para horas diferentes e bem escalonados, tal nem sempre se traduz numa eficiência do sistema porque as marcações são atos meramente administrativos e os horários raramente cumpridos, obrigando os utentes a largos períodos de espera. As unidades hospitalares são neste aspeto organizações centradas em si mesmo e onde o utente não importa.

Sabemos já nesta fase, quer através da revisão de literatura, dos questionários e das entrevistas aos profissionais que o excesso de tempo de espera é um elemento muito relevante que potencia o conflito entre utentes e profissionais, ou no mínimo dificulta a sua relação, impossibilitando que de uma forma fácil sejam possibilitados sentimentos de empatia, satisfação, ou auto percepção dos utentes da sua própria valorização.

Apesar do problema ser reconhecido por profissionais clínicos e não clínicos, o facto é que existe na generalidade da comunidade hospitalar uma perfeita desvalorização deste fator.

Neste aspeto devemos aqui identificar a informação recolhida através de algumas opiniões refletidas na questão 4, onde novamente os tempos de espera voltam a ser significativamente mencionados pelos utentes, como reflexo da má experiência no contacto com a instituição.

Conjugando estas questões facilmente se conclui sobre a falta de importância apercebida pelo utente, também traduzida pela questão 3 (Pior).

A questão 3 (Pior) permitiu identificar de uma forma mais direta, as ações que o utente considera mais penalizadoras. Verificou-se que a desvalorização é apercebida pelo utente, por um lado com foco na organização e por outro lado com foco nos profissionais.

Nesta faceta, identificaram-se as condições que os utentes valorizam com impacto sobre a qualidade do atendimento, e para as quais a organização presta pouca importância. Para a organização o que conta é que a consulta tenha sido realizada, é um número que irá constar numa estatística, no entanto não valoriza que esse utente tenha previamente estado muito tempo à espera e sem condições do edificado para o efeito; (ao frio por exemplo) (utente 16; 36; 52; 57; 90; 99).

Nesta vertente, também se verifica que as condições hoteleiras continuam a ser muito identificadas, quer pelos utentes quer pelos profissionais. Podemos verificar nas entrevistas que

os profissionais chegam a identificar esta condição como a única diferenciadora entre os serviços públicos e privados (entrevista 2), o que revela a percepção da falta de interesse ou conhecimento das organizações públicas nesta matéria, colocando apenas como objetivo final a realização do ato clínico, ou seja a produção.

Por outro lado, a contribuir para a desvalorização percebida pelo utente temos a relação com os profissionais, note-se que foi realizada a divisão entre deficiente relação com os profissionais e desconfiança nos profissionais, uma vez que as opiniões recolhidas para justificar a desconfiança apontavam para má prática clínica, condição mais grave e que vai além da dificuldade de relacionamento entre estes dois *stakeholders*.

Finalizando a análise às questões que transmitiram opiniões negativas, na questão 4 identificou-se ainda a percepção do utente sobre a “desconsideração” que incide sobre este, e que se revela nos tempos de espera, falta de atenção, empatia, simpatia, arrogância e desprezo dos profissionais. Na questão 4 é mais uma vez é sinalizada, a falta de medidas de gestão que acompanhem os interesses dos utentes com processos burocráticos, demorados e instalações pouco amigas do utente.

As classificações “mau” ou “deplorável” demonstram o distanciamento do utente com a instituição e as designações “Violência/Violência obstétrica”, “arrogantes”, “indiferença”, “frieza” ou “respeito”, o mesmo sentimento com os profissionais.

Denota-se ainda uma espécie de conformismo dos utentes ao referirem relativamente à utilização dos serviços que “tem que ser”, “Infelizmente necessário” ou “necessidade”, o que evidencia falta de pré-disposição para exercer o seu poder enquanto parte interessada no sistema. Por outro lado, consegue-se aqui descortinar a capacidade de análise e o “potencial” de empoderamento do utente nas classificações de “negligência” e “incompetência”, face aos serviços recebidos.

A análise realizada com a informação recolhida dos utentes sobre estas questões identificou temas essencialmente de índole negativa, no entanto o universo de opiniões não se encerra aqui e o questionário foi realizado na expectativa de obter percepções positivas ou negativas sobre o atendimento hospitalar e verificar a sua relação. Foi este o motivo que promoveu a análise em duas fases da questão 3 - (Pior e Melhor).

Na questão 3 (Melhor) podemos compreender como alguns utentes identificaram questões que no seu entender contribuíram para um bom atendimento hospitalar. Na generalidade o número de ocorrências foi inferior às identificadas na questão 3 (Pior), ou seja, as percepções negativas superam largamente as positivas, e as codificações criadas, embora pareçam semelhantes às condições que lhes deram origem, são muito diferentes.

Um exemplo do referido prende-se com a identificação - “acesso” a cuidados de saúde que foi necessário complementar com “obtenção” de cuidados de saúde, uma vez que a informação que lhes dá origem, apesar de em ambas as situações transmitir uma forma de aceder a algo, o resultado final é diferente.

Vejam, enquanto na classificação do acesso como forma de crítica negativa ao sistema, os utentes utilizavam designações para identificarem o seu descontentamento face ao preço de acesso ao sistema, ou os tempos de espera. Neste caso, e como indicação positiva os utentes referem questões muito básicas como por exemplo ter tido acesso a um cuidado médico, ou uma prescrição médica.

A condição já não é colocada no sentido de avaliar a qualidade ou condições da prestação do serviço, como no preço ou tempo de espera, mas é sim realizada, para identificar algo que é um direito consagrado do utente, e que é a simples obtenção de cuidados de saúde, o que denota um grau de exigência quase nulo da parte dos utentes. Apesar de tudo são conotações positivas que foram identificadas como “Melhor” pelos utentes.

Outra faceta positiva identificada foi a relação conseguida com os profissionais. Como já referido anteriormente se ocorrem diversos episódios que evidenciam um mau relacionamento entre utentes e profissionais, também pelo contrário existe um reconhecimento do esforço e dedicação dos profissionais.

Não obstante o volume de ocorrências negativas obtidas em 3 (Pior) ser superior, muito devido a atos ou atitudes dos profissionais que não consideraram corretas, neste caso em 3 (Melhor) os utentes preferem realçar a relação profissional/utente na sua globalidade. É o atendimento/tratamento na globalidade que está em causa ao invés da atitude ou ato singular.

A questão 4 como foi formulada também permitiu receber opiniões positivas sobre os serviços recebidos. Os utentes na sua maioria preferem realizar uma apreciação macro para indicar as mais-valias encontradas, existem algumas referências à parte relacional com os profissionais, no entanto a valorização percebida é feita essencialmente sobre a organização e no limite sobre o próprio SNS.

Apreciando as questões mencionadas, podemos inferir que o *stakeholder* utente na utilização dos serviços hospitalares, na generalidade não tem poder para exercer ou impor a sua vontade, nos casos extremos pode-se registar um poder coercivo que como verificámos é potenciado muitas vezes por condições de desvalorização apercebida pelo utente.

O poder algumas vezes é obtido através da junção dos indivíduos, no entanto esta junção é realizada essencialmente através de associações de utentes, sendo que, estas conforme se apresentam hoje em dia, não se revelam na sua totalidade uma mais-valia para o sistema e

apenas se alimentam deste. O poder na relação utente/hospital terá de ser obtido de forma individual por valorização do utente.

Relativamente ao atributo legitimidade, está aqui em causa o interesse de uma das partes, que ao buscar algo a que tem constitucionalmente direito lhe deve ser facultado da melhor forma possível, que é o acesso a cuidados condignos de saúde. A abordagem ao conceito de legitimidade deve ser entendida aqui como a licitude da reivindicação dos utentes na obtenção fácil destes cuidados (Barakat et al., 2016).

Já relativamente à urgência temos aqui o grande paradoxo do sistema, por tudo o que aqui foi referido os utentes reclamam este atributo, ou seja, exigem atenção imediata. No entanto se verificarmos do ponto de vista da organização, para este atributo contribuem duas premissas fundamentais: a necessidade imediata de resposta, e a criticidade do relacionamento com o *stakeholder*, e nestes dois aspetos e do ponto de vista do utente, nenhuma é uma preocupação das instituições.

Torna-se ainda relevante referir que a urgência é o atributo que atribui dinâmica ao sistema, uma vez que apenas o Poder e a Legitimidade só por si não a conferem (Boaventura et al., 2017).

Assim e recorrendo ao que foi descrito no capítulo da revisão bibliográfica os utentes apenas dispendo de legitimidade tornam-se *stakeholders* latentes, sendo por este motivo considerados discricionários, ou discretos. Estes têm legitimidade em pressionar os gestores, mas como não têm urgência e essencialmente não têm poder, podem por este motivo ser praticamente ignorados.

Relativamente aos modelos de gestão, e pelo que as respostas dos utentes permitem aferir, as opiniões obtidas revelam algumas manifestações de agrado com os serviços prestados, no entanto torna-se mais importante assinalar que os utentes identificam o serviço em si (SNS) como a grande mais-valia.

Já no sentido oposto, e em maior proporção verificámos o sentimento nos utentes que identifica um serviço (SNS), que não é amigo do utente. Os chavões do empoderamento, centralização, e outros aqui apresentados não encaixam nas práticas do dia-a-dia identificadas pelos utentes e são utilizados maioritariamente como marketing organizacional. São diversas as manifestações que identificam falta de organização do sistema em prol do utente, com processos demorados, excessivamente burocratizados e falta de condições para a prestação dos serviços de saúde.

- Relativamente aos Profissionais:

Nas entrevistas realizadas aos profissionais, no primeiro grupo de questões (Tópico I) estava em causa avaliar os modelos de gestão, a valorização e a importância dos utentes.

Com a questão 1, pretendeu-se avaliar em que medida estes têm conhecimento dos conceitos ou modos de valorização dos utentes, que o sector da saúde e muito especificamente profissionais desta área utilizam para indicar importância, inclusão ou poder de decisão pelos utentes.

De facto, estes conceitos ou modos são normalmente utilizados sempre que se pretende referir que os profissionais ou mesmo a organização têm em consideração os interesses dos utentes. Como já foi possível verificar muitos destes conceitos estão associados a modos ou marketing. Com o universo de respostas aqui obtidas é possível referir que a maioria dos profissionais discorda que os conceitos ou modos tenham aplicação no dia-a-dia, ou até mesmo que estes sejam reconhecidos pelos profissionais.

Os cuidados centrados no utente são vistos como uma forma muito moralista e protetora de encarar os cuidados de saúde, tendo o seu aparecimento apenas sido justificado devido às exigências dos utentes e não pela efetiva necessidade reconhecida pelos profissionais (*p. ex.* entrevista 1).

As análises dos profissionais tornam-se aqui mais casuísticas, e atribuem aos indivíduos muitas vezes a responsabilidade (com legitimidade) de exercer o seu poder de reivindicação.

Por outro lado, a justificar que os conceitos não sejam aplicados verificámos que quinze dos entrevistados referem o facto de ainda se praticar uma medicina paternalista, e que a prestação dos serviços está centrada nos profissionais e na organização.

Neste aspeto, a conclusão que podemos realizar, remete por um lado para algum desconhecimento dos conceitos por parte dos profissionais, uma vez que nem sempre identificam na íntegra as suas componentes, resumindo-se mais a conhecer as designações dos mesmos. Por outro lado, muitos profissionais afirmam conhecer os conceitos, mas indicam que os mesmos não se aplicam no dia-a-dia. No lado oposto apenas três profissionais indicam que os mesmos se aplicam diariamente nas organizações.

Existe ainda a opinião de alguns profissionais que parte destes conceitos estão corretos e que apenas é necessário colocá-los em prática.

Outra conclusão está diretamente relacionada com medidas de gestão, e revela que a organização centra-se em si mesma na prossecução de atingir os seus objetivos de produção, sem obviamente descurar totalmente os profissionais, uma vez que permite que estes adotem

procedimentos com um efeito penalizador sobre o utente, como seja o incumprimento de horários.

Os resultados obtidos identificaram que a gestão é baseada na centralização nos profissionais e na adoção de medidas de gestão que visam a produtividade do hospital.

Note-se, porém, que esta centralização ao ser sustentada na produção não produz os efeitos esperados para qualquer um dos *stakeholders* envolvidos. A centralização na organização pode ser correta se esta conseguir estar equidistante de todos os seus *stakeholders*, gerindo os mesmos e salvaguardando os seus interesses individuais, o que é diferente do sistema atual. Vejamos o que foi referido através da seguinte figura:

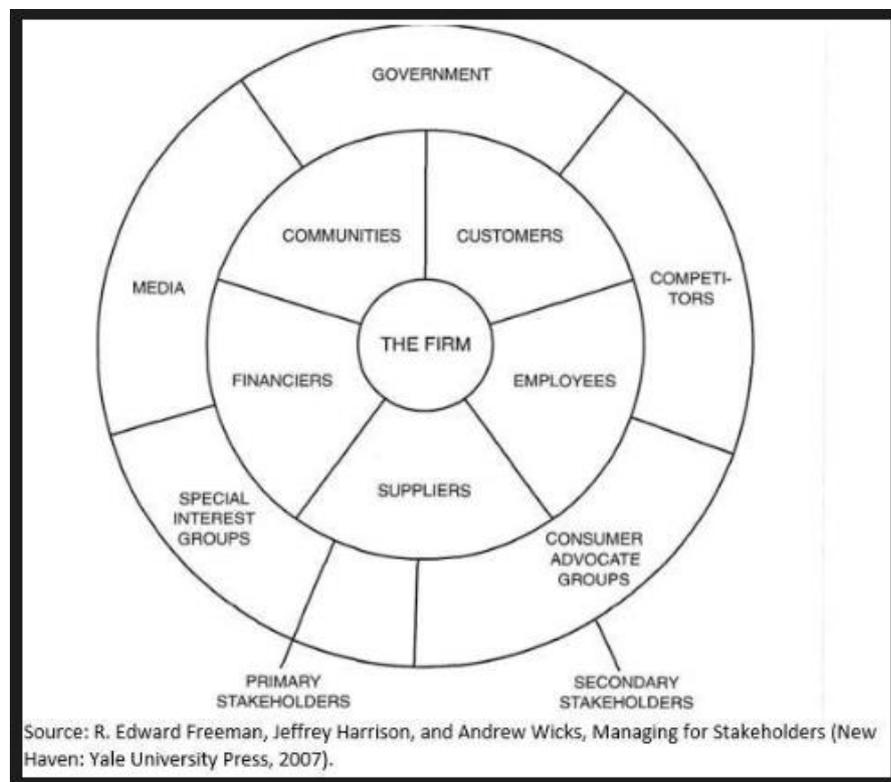


Figura 5.16 – Representação do modelo de *Stakeholders* (fonte: Freeman, et al., 2007)

Desta forma, entendendo corretamente a interpretação realizada, facilmente se percebe que na questão 2 deste tópico, os profissionais tenham indicado que as medidas a adotar para melhoria do atendimento aos utentes devem ter o seu foco essencialmente nos profissionais e na organização, uma vez que é imediata a correlação entre valorização do utente, gestão e relação entre *stakeholders*.

O número de profissionais que aponta o foco para o utente é residual, neste caso identificam questões relacionadas com valorização, importância e empoderamento. Como temos verificado

estas premissas são essenciais na melhoria do atendimento, e no final de tudo pouco interessa o caminho ou o conceito, mas sim o resultado final, provavelmente será a conjugação de todos os conceitos a produzir os efeitos desejados.

Assim, e de forma concordante com a questão 1, os profissionais identificam essencialmente premissas relacionadas com a organização ou com eles próprios, o que faz sentido uma vez que como verificámos anteriormente estas influenciam diretamente no modo de valorização e atribuição de importância ao utente na sua relação com os profissionais.

Na informação recolhida foi possível verificar que os profissionais entrevistados apesar de estarem dentro do sistema conseguem ter um distanciamento que lhes permite uma análise macro das questões, conjugando o conhecimento específico das situações inerentes ao serviço prestado no seu mais ínfimo detalhe.

Todas as premissas identificadas pelos profissionais são coerentes com as formas de melhoria do atendimento do utente, gestão e relacionamento entre *stakeholders* visto na revisão bibliográfica.

Devido à forma como os profissionais encararam as questões anteriores, a questão 3 onde se solicita que identifiquem o modelo de gestão, para servir melhor a forma de integrar o utente, dando mais relevância ao mesmo, mostra-nos uma abordagem pelos profissionais muito semelhante às anteriores.

Provavelmente, e por terem um elevado conhecimento das condições obtidas pela prática, os profissionais são mais propensos a indicar métodos ou atos para conseguir a saliência desejada para o utente, ao invés de um modelo, recorda-se, porém, que já anteriormente estes não reconheceram plenas virtudes aos modelos tradicionais.

Entre as questões mais salientadas, encontra-se a preferência por estruturas mais pequenas e de maior proximidade, estas permitem delinear melhor os objetivos e articular de forma mais fácil com os utentes. Por outro lado, estas estruturas permitem uma melhor gestão das expectativas e melhorar a satisfação dos utentes, uma vez que estão normalmente associadas a processos burocráticos mais simplificados.

Não podemos, no entanto, esquecer que estruturas hospitalares maiores estão normalmente associadas a melhor produtividade, devido a questões de escala, pelo que a opinião dos profissionais vem corroborar que idealmente as estruturas hospitalares podiam ser de grande escala, cumprindo-se as necessidades de produtividade, mas organizadas internamente em serviços ou clínicas de certa forma autónomos para cumprir as expectativas e objetivos de profissionais e utentes.

É ainda relevante identificar que os profissionais mantêm na presente questão, as condições afetas ao desempenho profissional e o relacionamento entre as partes como primordiais na melhoria das condições afetas aos utentes.

Outra vertente interessante foi a alusão dos profissionais para a implementação do representante do utente nos conselhos de administração dos hospitais, esta solução foi apresentada na revisão de literatura e verificou-se que existem diversos constrangimentos à sua aplicação, desde logo a capacidade de representatividade e o perigo de captura por lóbis. Existem países que utilizam este método com algum sucesso, no entanto o mesmo não provou inequivocamente a sua eficácia para integrar um modelo de gestão.

Na presente questão pretendia-se, no entanto, absorver dos profissionais a sua opinião sobre os modelos de gestão, e neste aspeto os Centros de Referência e CRI foram os mais visados. Existiram ainda breves referências a modelos emergentes como as Clínicas ou o VBHC.

Relativamente aos modelos mais consolidados, difundidos e aplicados (Centros de Referência e CRI), podemos verificar através de uma análise FOFA utilizando a informação recolhida, que para o utente estes modelos podem representar condições muito adversas.

Estes modelos são supostamente adotados tendo em consideração o interesse dos utentes, no entanto são permanentemente apontadas situações altamente penalizadoras, como sejam a seleção de utentes, ou a constituição destes serviços apenas para satisfazer os profissionais.

A seleção de doentes, não pode obviamente ser comprovada, (pelo menos no âmbito deste trabalho) pelo que foi introduzida na vertente “Ameaças” da tabela. No entanto apenas a suposta existência deste facto deveria ser suficiente para muito responsabilmente se ponderar seriamente o assunto.

Note-se ainda que não sendo um ato comprovado, alguns entrevistados revelam conhecimento de indícios que transmitem tais práticas. Estas questões estão normalmente correlacionadas com a parte financeira e uma gestão baseada no cumprimento de orçamentos.

Existem ainda outras condições penalizadoras para o utente face ao desempenho organizacional como sejam a falta de métricas (para medir valor para o utente), ou a desigualdade de acesso, podendo um utente ser tratado numa unidade hospitalar de uma forma completamente diferente de outra unidade para a mesma patologia.

Por outro lado, estes modelos dispõem de “Oportunidades” e “Forças” que convém explorar e que são relevantes para os utentes, como sejam melhorar os métodos organizativos, a responsabilização dos profissionais, o acesso ou a proximidade.

Estas condições representam a maioria das condicionantes no atendimento aqui já anteriormente referidas, se as mesmas se aliarem à obtenção de serviços mais personalizados e

de excelência então o benefício para o utente é elevado e sem dúvida que a relevância do utente aumenta na relação com os restantes *stakeholders*.

Encerrado este tema, no Tópico II questionaram-se os profissionais sobre as suas expectativas, desejos pessoais, profissionais, percepção acerca do modo como se inserem na relação profissional da organização, os inter-relacionamentos entre grupos profissionais e os modelos de gestão que podem agregar todos estes assuntos.

Aqui se existiram entrevistados que preferiram dissertar sobre a importância das equipas ou da realização de determinadas tarefas, em detrimento de identificarem uma classe profissional que tenha mais importância ou seja mais reconhecida dentro do hospital, o que é perfeitamente legítimo e que pode indiciar um funcionamento tendencialmente igualitário, já outros, expressaram que todos os grupos dispõem da mesma relevância dentro do hospital.

Neste aspeto, torna-se útil referir que como indicado no capítulo “Metodologia” uma das formas utilizadas para controlo e garantia da fiabilidade neste trabalho é a confrontação com a revisão bibliográfica e como verificámos, a saliência dos grupos não é uniforme.

A gestão das organizações ou mesmo tutela (Ministério da Saúde) tende a considerar todos os seus *stakeholders* profissionais, no entanto como os atributos destes podem variar de forma quantitativa e qualitativa entre os diversos grupos, a atenção a estes é necessariamente diferenciada.

Inequivocamente a grande maioria dos profissionais indicou claramente os médicos como o grupo profissional com mais relevância e considerado dentro do hospital.

As relações de tensão e tentativa de obtenção de poder entre os grupos promovem uma ruptura entre estes, esta premissa encontra-se muito vincada nas entrevistas, com a identificação de grupos muito compartimentados e corporativistas. Neste âmbito convém realçar o papel das estruturas representativas como sejam as ordens profissionais, estas tomam uma relevância que por vezes acaba por ter um cariz mais político e mediático do que de verdadeira representação.

Por outro lado, nem todos os grupos profissionais dispõem de representações com a mesma capacidade, as ordens dos médicos e enfermeiros são bem estruturadas e organizadas, enquanto nos restantes profissionais este tipo de representações é pouco expressivo.

Na conjugação de forças entre os grupos, facilmente se percebe pelos valores apurados e pelas diversas opiniões obtidas, que o hospital “gira” à volta da classe médica, aliás alguns entrevistados chegam mesmo a referir que as restantes classes apenas existem para apoiar os médicos (entrevistas 17; 22; 24).

Esta condição acaba por ser perfeitamente justificada pelo facto de historicamente a classe médica ter desde sempre um estatuto de maior importância, uma vez que a estes sempre esteve associado o poder de diagnosticar e curar.

De igual forma, este grupo também tem fortes ligações às estruturas de decisão, ou seja, de uma forma ou de outra, a decisão clínica pode em qualquer instância ser utilizada para justificar uma decisão de gestão.

Não podemos esquecer ainda, que toda a metodologia de financiamento dos hospitais assenta sobre a produção do ato médico, e também ela releva este aspeto da importância destes profissionais. Alterar esta metodologia pode ter um impacto positivo quer no resultado para o utente, quer na forma como a classe médica é vista.

Estes são os motivos apurados nas entrevistas que justificam a maior relevância da classe médica, sendo que, apesar destes profissionais merecerem tal relevância devido à sua diferenciação, o facto é que como vimos esta forma de gerir vai proporcionar sentimentos de inferioridade nas restantes classes, e pode potenciar o tratamento de superioridade médica sobre os restantes.

Neste aspeto, a solução indicada por alguns entrevistados aponta para um trabalho baseado em equipas, ou seja, nestes modelos o que teoricamente deve prevalecer é a importância do conjunto ao invés do individual.

Como sabemos apesar de conceptualmente esta forma de funcionamento indiciar um maior reconhecimento dos profissionais envolvidos nas equipas, também neste sistema o modelo pode ser desvirtuado e existir mais saliência de uns em relação aos outros, pelo que se mantém a necessidade de monitorizar os diferentes grupos dentro das equipas perante as suas diferentes expectativas e objetivos.

Já numa apreciação mais global, existe nos profissionais a perceção que no final todos são importantes para a organização.

Neste contexto e após identificarmos a sensibilidade que os grupos têm sobre a relevância entre eles, tornava-se importante perceber no conjunto dos profissionais qual a sua perceção sobre a valorização que o atual modelo de gestão lhes proporciona.

A questão 5 foi desta forma complementar a visão de grupo de todos os profissionais, ou seja, anteriormente conseguimos perceber as diferenças, percecionadas pelos grupos, face à importância que cada um deles obtém da organização ou da tutela, e na presente questão, a intenção foi extrapolar para os grupos no geral.

Assim, se a literatura consultada já apontava para um descontentamento, ou pelo menos alguma frustração dos profissionais perante o modo como percecionam a sua própria valorização, os resultados obtidos indiciam algo com dimensões muito superiores e relevantes.

Metodologicamente este trabalho não pretende, nem pode extrapolar para a generalidade da população, e isso é perfeitamente justificado quer pelos métodos científicos envolvidos quer pelo teor da investigação, no entanto deve ser tendencialmente relevante entender que a amostra (termo essencialmente quantitativo apenas usado para melhor transpor a ideia), aqui utilizada abrange quase todos os grupos profissionais. Estes dispõem de diversas especialidades e fundamentalmente são pessoas com um elevado conhecimento do funcionamento das instituições onde se inserem.

Convém salientar que diversos entrevistados dispõem de carreiras profissionais já longas, com elevada experiência, onde podemos facilmente encontrar diversas pessoas com formação e prática simultânea em medicina e gestão.

Os pontos referidos servem para perceber facilmente que os resultados obtidos podem ser por um lado quantitativamente relevantes uma vez que praticamente todos os profissionais indicaram que o atual modelo não os valoriza (19 ocorrências), mas de forma mais preocupante, é uma população com elevado conhecimento de causa que faz esta identificação.

Podemos ainda verificar que existem diversos motivos que promovem a insatisfação, na sua maioria os mesmos estão associados à remuneração. Neste aspeto torna-se imprescindível que a organização mantenha sobre os diferentes grupos de *stakeholders* profissionais, uma análise diferenciada uma vez que a remuneração pode assumir diferentes impactos consoante o grupo em análise.

Note-se ainda que em todo o trabalho está sempre subjacente o que a organização pode fazer considerando a sua autonomia, uma vez que apenas a tutela tem capacidade para algumas decisões. No exemplo anterior independentemente da capacidade da organização atuar sobre alguns aspetos da remuneração, esta deve manter na mesma sob vigilância todos os aspetos relacionados com os seus *stakeholders*.

No tema da remuneração e a título de exemplo indica-se que a classe médica sendo penalizada neste aspeto, tende facilmente a optar pela “adicional”, se em termos monetários a solução é imediata e vantajosa para os mesmos, o facto é que tal ação repercute-se normalmente na qualidade de vida destes profissionais, que acabam por realizar extensos períodos de trabalho ou ainda percorrer diversas organizações onde desenvolvem a sua atividade (*p. ex.* entrevista 6).

Esta tipologia de funcionamento é aliás apontada por diversos entrevistados, (*p.ex.* entrevistas 3; 6; 9) e como neste momento já sabemos, aliado a tais práticas facilmente surgem fenômenos de desmotivação ou no limite de “*burnout*” (*p. ex.* entrevista 3).

A presente temática tem hoje em dia uma elevada importância, cada vez mais os profissionais requerem modelos de gestão que sejam mais compatíveis com as suas vidas pessoais, ou seja que possibilitem por exemplo um maior acompanhamento familiar e o desenvolvimento de outras atividades fora da vida profissional.

O presente paradigma vai tornar-se no futuro numa questão muito importante de gerir pelo Ministério da Saúde/organizações, uma vez que a necessidade de tempo para o desenvolvimento de atividades fora do ambiente hospitalar, é cada vez mais uma exigência destes profissionais, principalmente nas gerações mais novas, onde esta premissa é entendida como uma valorização pessoal (*p. ex.* questão 6).

A transição geracional identificada neste trabalho, principalmente na classe médica e a forma de entender a compatibilização entre a vida pessoal e profissional vai assumir extrema importância no futuro, uma vez que terá um impacto significativo no modo de gestão dos recursos humanos destas organizações.

Por outro lado, temos os profissionais que não têm acesso à valorização por remuneração, estão neste caso por exemplo as pessoas ligadas à gestão e serviços de apoio como refere a entrevista 8, e onde se demonstra todo o sentimento associado a esta questão. A organização não tem sobre estes quaisquer tipos de preocupação no seu reconhecimento monetário, pelo simples motivo que a sua teórica importância é diminuta.

A valorização profissional existe essencialmente nos grupos com mais poder, legitimidade e urgência, e neste caso facilmente se percebe que aqui se incluem os grupos relativos aos médicos e enfermeiros. No entanto, não manter sob condições de igual análise de expectativas os restantes grupos de *stakeholders* profissionais cria iniquidades que podem comprometer ou pelo menos deteriorar o desempenho da organização.

Em complemento à remuneração, os profissionais identificam ainda a falta de formação e reconhecimento do mérito profissional como duas das premissas mais penalizadoras da sua valorização.

Na generalidade é referido pelos profissionais que a formação não é normalmente tida em consideração pelas organizações como forma de valorização, na maioria das vezes esta apenas é realizada para cumprir requisitos legais, como sejam as formações em segurança contra incêndio ou higiene segurança e saúde no trabalho. Na maioria das vezes a formação fica a cargo do próprio profissional.

Existe a noção especialmente na classe médica e de enfermagem que a formação em áreas muito específicas é monetariamente dispendiosa, durante muitos anos os laboratórios farmacêuticos foram o meio principal para muitos profissionais acederem à formação, no entanto esta agora já não é possível realizar da mesma forma e como referiu um entrevistado, a indústria farmacêutica dava com uma mão para pedir com a outra.

Neste âmbito a opinião que subsiste, refere que a formação não deve estar a cargo de estruturas privadas ou corporativas como sejam ordens profissionais ou laboratórios, devendo sim ser da responsabilidade do estado. A mesma pode estar sustentada nas organizações e protocolos de colaboração entre o ministério da saúde e instituições de ensino.

Por outro lado, se existem grupos bem representados pelas suas ordens profissionais, associações ou sindicatos, outros existem que não o são, pelo que se torna errado deixar a formação ao critério de tais organizações, acresce ainda nestas, que por vezes as suas agendas são motivadas por índoles políticas ou de interesses pessoais.

Ainda um dos motivos mais indicados nesta temática foi a falta de reconhecimento do mérito profissional, neste aspeto convém perceber que grande parte dos profissionais da saúde são altamente especializados e diferenciados pelo que, a expectativa do reconhecimento por mérito está sempre latente, descuidar este aspeto cria uma elevada desmotivação provocando o “deixa andar” referido pelo entrevistado 13.

Os modelos de avaliação de desempenho, que poderiam auxiliar na avaliação do mérito não conseguem de forma alguma salvaguardar esta métrica de forma consistente. O mérito profissional poderia ser aferido de diversas formas até agora não utilizadas, não o sendo, ao invés, muitas vezes acabam por premiar profissionais sem grande desempenho devido à ambiguidade das classificações e da arbitrariedade de quem classifica, criando ainda mais descontentamento entre os profissionais.

Por último, aqui se faz referência ao impacto desta problemática no utente, devido à importância da mesma e porque foi identificada pelos entrevistados na presente questão. Aqui se refere que a desmotivação e frustração sentida pelos profissionais no dia-a-dia são facilmente transmitidas para o utente, deteriorando a qualidade do seu atendimento e forma de tratamento (*p. ex.* entrevista 7; 10; 12).

Facilmente se entende que as premissas referidas incidindo sobre os profissionais vão relevar para segundo plano todos os conceitos de centralidade no utente. Atenção que não se pretende desta forma defender a centralidade do utente, mas sim, e mais uma vez justificar que a qualidade dos serviços prestados aos utentes está diretamente ligada à motivação e satisfação dos profissionais.

Posto isto, se já conhecemos os constrangimentos identificados pelos profissionais na vertente da sua valorização resta perceber como estes idealizam a forma de melhorar o atual modelo de gestão. Desta forma a questão 6, veio solicitar aos mesmos que se pronunciassem sobre estas medidas.

Inicialmente houve uma enorme dispersão de sugestões sobre as metodologias a aplicar para melhorar o modelo, no limite todas poderão ter a sua relevância, no entanto facilmente se percebe que no âmbito deste trabalho apenas sejam detalhadamente estudadas as mais importantes ou de maior frequência.

Após codificação foi perceptível que os modelos propostos assentavam essencialmente em três vertentes, designadamente: organização, profissionais e utentes, sendo esta última de carácter pouco significativo.

Relativamente aos modelos indicados com incidência direta sobre a organização, os profissionais identificaram a sua necessária e efetiva participação nos mesmos, nas decisões e nas estruturas de responsabilidade.

Esta exigência advém da necessidade que os profissionais têm em sentir que a sua opinião conta, ou ainda que as decisões são tomadas tendo por base algo que eles ajudaram a criar e que mais tarde vão ver o seu resultado. Estes desejam que a organização promova um funcionamento de integração nas estruturas de decisão e que a gestão seja realizada de forma mais próxima e ágil, justificando o modo como as decisões são tomadas, principalmente ao nível da eficiência, eficácia e controlo.

Referir ainda que a perda de informação vertical nas organizações, também está diretamente ligada à dimensão das mesmas, numa grande organização como seja um centro hospitalar que agrega várias estruturas, o sentimento de pertença e valorização percebida dos profissionais tende a desvanecer. Nestas estruturas a informação que se transmite com o objetivo de integrar as pessoas perde-se devido ao efeito de escala. Nas estruturas mais pequenas a fiabilidade da informação, a integração e valorização torna-se mais simples e facilitada.

Além da referida questão, outro ponto assinalado identifica as medidas centradas nos profissionais como impulsionadoras de melhoria dos modelos. Estas estão essencialmente relacionadas com a expectativa de carreira, valorização da formação e remuneração.

Também foi possível apurar que a valorização dos profissionais deve ser conseguida de forma a não existirem iniquidades entre eles, uma vez que esta é uma das facetas mais referidas. Neste caso podemos inferir que a organização pode e deve monitorizar os grupos de profissionais, ou seja, se neste trabalho os profissionais são um *stakeholder* e são vistos como

um todo, já no dia-a-dia, a organização terá necessidade de avaliar as relações e assimetrias dentro do próprio grupo.

Para os profissionais, os modelos de gestão devem ser igualitários entre hospitais e aplicar as mesmas métricas, a existência de estruturas diferenciadas como os CRI dando acesso a determinadas condições apenas a alguns profissionais, não são aconselhadas porque criam desigualdades face ao desenvolvimento pessoal.

As premissas apontadas pelos profissionais que sublinham a revisão dos métodos de avaliação ou formas de valorização do mérito pessoal, refletem o distanciamento destes com os órgãos de gestão da organização, mas essencialmente com a tutela uma vez que algumas das medidas que estes solicitam estão apenas ao nível do estado (Ministério da Saúde/Governo).

Por fim, podemos após toda a informação aqui produzida facilmente classificar o grupo dos profissionais como um *stakeholder* definitivo, uma vez que identificámos diversas formas de como este pode exercer o seu poder e legitimidade com a licitude da urgência.

A urgência é aliás um atributo extremamente sensível nestes *stakeholders*, como sabemos existindo um problema com estes como por exemplo, uma paragem laboral devido a greve coloca-se imeditamente em causa todo o sistema assistencial.

Sabemos agora, que esta é a forma assumida pelos *stakeholders* com mais capacidade de influenciar a organização, por este motivo estes devem ser mantidos sob elevada monitorização.

Já no contexto geral desta parte da investigação convém salientar que os questionários efetuados aos utentes e as entrevistas dos profissionais mostram que nenhum dos *stakeholders* se sente representado pelo atual modelo de gestão, na generalidade os utentes não sentem que as organizações promovam medidas com o objetivo de bem acolher e tratar, percecionando cada vez mais um distanciamento dos profissionais.

Pelos profissionais os resultados mostram um elevado descontentamento e frustração, sendo transversal às diversas classes, cada vez mais e principalmente nas gerações mais novas o SNS (hospitais) não é o futuro, mas sim quando muito, apenas a iniciação. Também as classes profissionais menos qualificadas começam a preferir outro tipo de realização profissional em detrimento da carreira no SNS.

Capítulo VII – Conclusão

No presente trabalho avaliaram-se modelos de gestão e *stakeholders* primários que contribuem para o funcionamento dos hospitais do SNS. Desde o início com a revisão bibliográfica, a percepção que fica após a leitura da documentação produzida sobre alguns temas aqui refletidos, mostra que algo deverá ser melhorado.

Os *stakeholders* aqui estudados, na maior parte das vezes não se reveem nos modelos de gestão e não sentem que a sua função enquanto partes integrantes destes sistemas tenha importância, provocando um sentimento de desvalorização.

De facto, aqui chegados, duas conclusões poderiam ser retiradas, ou a literatura consultada não confirmava os resultados obtidos, ou a mesma era conciliante com estes. Ambas as conclusões tinham exatamente o mesmo valor científico e ambas eram igualmente válidas.

No entanto, se para o trabalho ambas tinham a mesma representatividade, já para os *stakeholders* envolvidos, os resultados obtidos, que confirmaram na sua maioria a informação das fontes bibliográficas consultadas, comprovaram um sistema individualista, baseado em objetivos quantitativos e nada focado nas pessoas, traduzindo-se em muitos casos em frustração perante a falta de valorização percebida.

Para o grupo dos utentes, os académicos e profissionais de saúde, criaram o mito que estes estão no centro das decisões. A extensa bibliografia que aborda este tema, tem-se esforçado por encontrar designações de valorização do utente, que no final representam quase sempre os mesmos conceitos, e na prática traduzem-se muito pouco ou nada na saliência atribuída ao utente.

O utente não tendo qualquer estrutura de defesa e representação será sempre o elo mais fraco, apenas uma alteração do modo como este *stakeholder* é gerido, passando este a ser valorizado individualmente e a integrar as decisões que afetam os seus cuidados de saúde pode inverter esta tendência.

Existem algumas associações de utentes, no entanto estas são essencialmente direcionadas para patologias específicas, e nem sempre atuam da melhor forma, perdendo-se também por aqui alguma capacidade de melhorar o atendimento.

Agravando este aspeto, encontra-se ainda a maneira como muitos utentes encaram o acompanhamento da sua saúde, e as recomendações dos profissionais. Em muitos casos os utentes delegam nos profissionais todas as decisões e não querem saber, isto acontece porque não se sentem empoderados no sentido de exigir os seus direitos, ou devido ao exercício de uma medicina paternalista que lhes retira todo o poder de reivindicar.

Não podemos esquecer ainda que regra geral os utentes estão debilitados na sua saúde, o que reduz a sua pré-disposição para confrontar os profissionais perante aspetos menos corretos no seu atendimento.

Outro grande paradoxo na falta de exigência de cuidados de saúde de qualidade reside na desvalorização dos valores pagos para obtenção dos mesmos, ou seja, o utente apenas tem noção dos valores das taxas moderadoras e pouco mais, podendo ter mais ou menos capacidade para o seu pagamento, mas na maioria das vezes não percebe que os valores envolvidos são substancialmente superiores e que já foram previamente pagos através dos impostos, que são o principal meio de financiamento do SNS.

O descontentamento dos utentes com as estruturas hospitalares é muito grande uma vez que a perceção destes revela que não se sentem valorizados pelas instituições hospitalares. No entanto é fácil perceber os motivos, e onde atuar. Torna-se hoje em dia pouco perceptível que o utente esteja diversas horas à espera num atendimento de urgência, ou de atos de consulta, ou ainda que os circuitos entre serviços dos hospitais não estejam focados nas necessidades dos utentes, obrigando por exemplo a várias deslocações para procedimentos simples, como obtenção de documentos ou remarcações de atos.

Todas as questões focadas ao longo do trabalho demonstram um afastamento do utente com as estruturas e profissionais hospitalares, com a agravante de algumas vezes promoverem situações de conflito e potenciais agressões entre estes grupos.

Apesar das condições referidas, existe de alguma forma dentro desta população um sentimento de reconhecimento, quer de alguns profissionais ou instituições, mas acima de tudo sobre o SNS, que consideram um bem a valorizar. Atendendo ao referido e como já existe uma pré-disposição em valorizar o SNS, ou seja, existe um efeito de memória deste *stakeholder*, seria mais simples conjugar esforços para melhorar o atendimento dos utentes e facilmente chegar a um ponto de encontro que valorize ambas as partes.

O presente trabalho poderia apenas ter analisado a atual temática na perspetiva dos utentes, uma vez que estes são o “elo mais fraco” e tal já seria suficiente num contexto de análise das condições de prestação desta tipologia de serviços de saúde.

No entanto, o mesmo teria ficado incompleto e os resultados encontrados comprovam exatamente isso, ou seja, não é teoricamente possível averiguar os motivos do descontentamento dos utentes com as instituições sem avaliar o impacto que os profissionais têm neste relacionamento, mas acima de tudo, o que os motiva e como afeta o desempenho das suas funções.

Desta forma, a análise realizada com os *stakeholders* profissionais, contou com a colaboração de um conjunto de pessoas de diversas áreas do funcionamento hospitalar e múltiplas especializações. Neste grupo, impera a desmotivação, quer pela falta de valorização remuneratória das carreiras, do desempenho, da formação ou até mesmo devido à frustração com a incapacidade de conjugar a vida profissional com a vida pessoal.

A questão torna-se muito importante uma vez que na maioria dos casos estamos na presença de pessoas com um elevado conhecimento explícito, sendo ainda de salientar, que nestas áreas o conhecimento tácito assume níveis de tal forma importantes que desvalorizar profissionais, ou equipas, pode comprometer o correto desempenho da atividade na instituição e no limite no SNS.

Neste grupo, a perceção da desvalorização assume várias formas, no entanto e um pouco à semelhança do referido relativamente aos utentes, também aqui existe uma pré-disposição em participar e integrar novos modelos proporcionando inovação. Muitos profissionais de saúde revelam um espírito de missão que utilizam para atravessar algumas adversidades a que estão sujeitos, sendo este identificado de uma forma ou de outra, em todas as classes destes profissionais.

Torna-se ainda importante referir que dentro deste grupo existem classes que se sentem inferiores e que a valorização não é feita de igual forma entre todos, o que cria diversos constrangimentos na relação diária e desmotivação de algumas classes profissionais.

Alguns grupos profissionais podem facilmente entrar em conflito com a gestão uma vez que se encontram fortemente organizados e corporizados, e tudo o que se passa com estes profissionais que afete o seu desempenho (desmotivação, insatisfação, frustração), irá ter um impacto direto nos utentes.

Desde a constituição do SNS, foram sendo utilizadas diversas metodologias de gestão, com o objetivo de melhorar o atendimento dos utentes, no entanto o atual estado de frustração generalizada entre utentes e profissionais aconselha a adotar novos métodos para que as organizações se revelem eficazes na sua missão.

Os modelos de gestão que as estruturas hospitalares atualmente utilizam, foram aqui identificados nas suas fragilidades, demonstrando-se que nem os profissionais nem os utentes se reconhecem nestes. Estes grupos não se consideram valorizados, e tal acontece devido ao facto dos modelos não responderem às necessidades dos seus *stakeholders*, devendo evoluir para sistemas mais integrativos.

Por outro lado as organizações devem adaptar-se rapidamente aos novos estilos de vida dos seus *stakeholders*, uma vez que nem os utentes nem os profissionais mantêm atualmente as

mesmas necessidades de quando o SNS foi criado. No caso dos profissionais cada vez mais se requer a compatibilização da vida profissional com a vida pessoal e para os utentes é necessário um atendimento mais eficaz e dinâmico que responda às necessidades de um acesso fácil e rápido, numa sociedade cada vez mais pressionada pela otimização do tempo.

Realizar o contrário e forçar os *stakeholders* a adaptarem-se às organizações vai provocar um afastamento progressivo entre ambos.

Os interesses de todos os envolvidos interconectam-se, e a gestão sendo orientada para estes permitirá a criação de valor, inovação, melhoria do inter-relacionamento entre grupos e melhoria na ética das relações. É importante ainda esclarecer que o incremento de valor a um *stakeholder*, não significa a redução de valor a outro, a gestão deverá ter capacidade de beneficiar ambos.

A utilização de modelos baseados em gestão de *stakeholders* fomenta a criação de valor económico e não económico. Além do fator económico, nestes modelos está em causa a valorização do desenvolvimento pessoal e profissional, empatia e satisfação.

Os atuais modelos de gestão que apenas mantêm o foco na rentabilização da produção sem uma abordagem que conjugue e valorize os interesses dos seus *stakeholders*, promovem ineficiências em várias vertentes que, no presente caso se traduzem na insatisfação generalizada dos profissionais e utentes.

Com o presente trabalho pode-se concluir que a maioria das pretensões, e expectativas tanto dos utentes como dos profissionais sobre o funcionamento das instituições hospitalares, estão alinhadas com o modelo de gestão por *stakeholders*, funcionando este como uma abordagem estratégica e sistemática para alcançar objetivos organizacionais.

Desta forma poderia o atual sistema de gestão ser otimizado, promovendo uma gestão equitativa e integrativa de todos os seus *stakeholders*, para daqui resultar a valorização de todos os envolvidos e mais-valias financeiras, sendo que no final é isto que a Teoria dos *Stakeholders* preconiza e que no presente caso poderia traduzir-se em “Gerir hospitais do SNS para *stakeholders* – A terceira vaga.”

Limitações da Investigação e Pesquisa Futura

A presente investigação foi na sua maioria realizada durante o período de pandemia Covid-19, considerando que um dos elementos fulcrais de obtenção de informação foram as entrevistas aos profissionais, pode-se aqui considerar que em situações “normais” teria sido muito mais fácil e provavelmente tinham sido obtidos mais conhecimentos.

Para pesquisa futura, salienta-se os inúmeros tópicos e sugestões aqui identificados quer por utentes, quer por profissionais nos questionários e entrevistas. Em ambos os casos deixam indícios muito relevantes face às diversas questões que motivam a sua insatisfação com os serviços e como os modelos de gestão, podem facilitar a aplicação de tais medidas.

Será ainda muito relevante perceber como se vão reposicionar os diversos *stakeholders* aqui envolvidos após a atual situação de pandemia Covid-19, uma vez que a sociedade ficou de certa forma marcada por este acontecimento.

Outro aspeto importante seria alargar o âmbito do presente trabalho às estruturas de interligação com os hospitais (centros de saúde), para que a análise tenha mais elementos perante o funcionamento das organizações hospitalares.

Referências Bibliográficas

- Ackermann, F., & Eden, C. (2011), Strategic Management of Stakeholders: *Theory and Practice*, Long Range Planning 44, 179-196.
- Addario, B., Fadich, A., Fox, J., Krebs, L., Maskens, D., Oliver, K., Schwartz, E., Spurrier-Bernard, Gilliosa, & Turnham, T. (2017), Patient value: Perspectives from the advocacy community, *Health Expectations* 21(1), 57-63.
- Ali, A., Abdelfettah, & B., (2016), An overview on stakeholder theory perspective: towards managing stakeholder expectation, *International Academic Journal of Accounting and Financial Management*, Vol.3, No.3, pp.40-53.
- Alves, F., (Coordenação); Carapinheiro, G., & Correia, T., (2013), Saúde, Medicina e Sociedade - Uma visão sociológica (Estado, Medicina e Políticas em Portugal: Fluxos e Reflexos de Poder), *Lidel Ed.*
- Andaleeb, S., (2001), Service quality perceptions and patient satisfaction: a study of hospitals in a developing country, *Social science & medicine*, 52 - 1359-1370.
- Andriof, J., Waddock, S., Husted, B., & Rahman, S. S. (2002), Unfolding Stakeholder Thinking - Theory, Responsibility and Thinking, *Greenleaf Publishing*, 12-13.
- Angel, S., & Frederiksen, K. N., (2015), Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies, *International journal of nursing studies*, 52(9) - 1525-1538.
- Antão, H. S., Sacadura-Leite, E., Manzano, M. J., Pinote, S., Relvas, R., Serranheira, & F., Sousa-Uva, A. (2020), A violência no local de trabalho em instituições de saúde: Um estudo monocêntrico sobre causas, consequências e estratégias de prevenção, *Revista Científica da Ordem dos Médicos - Acta Médica Portuguesa*, 33 (1) - 31-37.
- António, N. S. (2007), Stakeholders' Theory and Corporate Social Responsibility in China, *Euro Asia Journal of Management*, Issue 34, Vol.17, No.2 - pp. 109-121.
- Antunes, M. J. (2001), A Doença da Saúde - Serviço Nacional de Saúde: ineficiência e desperdício, *Quetzal Editores*, 2ª Ed.
- Argandoña, A. (1998), The Stakeholder Theory and the Common Good, *Journal of Business Ethics*, 17, 1093-1102.
- Azevedo, V., Carvalho, M., Fernandes-Costa, F., Mesquita, S., Soares, J., Teixeira, F., & Maia, A. (2017), Transcrever entrevistas: questões conceituais, orientações práticas e desafios, *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - No.14, 159-168.

Bachouch, R. B., Guinet, A., & Hajri-Gabouj, S. (2012), An integer linear model for hospital bed planning, *International Journal of Production Economics*, Vol.140, Issue 2, pp. 833-843.

Barakat, S. R., Freitas, L. P., Boaventura, J. M. G., & MacLennan, M. L. F. (2016), Legitimidade: Uma análise da evolução do conceito na teoria dos stakeholders, *Revista de Ciências da Administração*, V.18 - No.44, 66-80.

Barello, S., Graffigna, G., & Vegni, E. (2012), Patient Engagement as an Emerging Challenge for Healthcare Services: Mapping the Literature, *Nursing Research and Practice*, Vol.22 Article ID 905934.

Barraquier, A. (2013), A Group Identity Analysis of Organizations and Their Stakeholders: Porosity of Identity and Mobility of Attributes, *Journal of Business Ethics*, Vol. 115, No. 1, pp. 45–62.

Batterham, R.W., Hawkins, M., Collins, P.A., Buchbinder, R., & Osborne R.H. (2016), Health literacy: applying current concepts to improve health services and reduce health inequalities, *Public Health*, 132, 3-12.

Bauman, A. E., Fardy, J. H., & Harris, P. G. (2003), Getting it right: why bother with patient-centred care?, *The Medical journal of Australia*, Vol.179, 253-256.

Beja, A., Craveiro, I., Correia, T., Guerreiro, C. S., & Ferrinho, P. (2020), Auxiliares de saúde em Portugal: evolução do perfil, atividade e formação no setor público entre 1971 e 2019, *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, V.19, 97-106.

Bellows, M., Burns, K. K., Jackson, K., Surgeoner, B., & Gallivan, J. (2015), Meaningful and effective patient engagement: What matters most to stakeholders, *Patient Experience Journal*, Vol.2, Issue1, pp.18-28.

Belorgey, N. (2018), Nova Gestão Pública e Profissões hospitalares, *Saúde e Sociedade*, Vol.27, No.3, pp.610-681.

Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010), Health literacy: what is it? *Journal of health communication*, 15, 9-19

Berman, S. L., Wicks, A. C., Kotha, S., & Jones, T. M. (1999), Does Stakeholder Orientation Matter? The Relationship between Stakeholder Management Models and Firm Financial Performance, *The Academy of Management Journal*, Vol.42, No.5, pp. 488-506.

Bernardino, Mário (2017), Gestão em Saúde - organização interna dos serviços, *Almedina Ed.*

Berwick, D. M. (2009), What "Patient-Centered" Should Mean: Confessions of na Extremist, *Health Affairs*, pp.555-565.

Blair, J. D., & Boal, K. B. (1991), Strategy Formation Processes in Health Care Organizations: A Context-Specific Examination of Context-Free Strategy Issues, *Journal of Management*, Vol.17, No. 2, pp. 305-344.

Boaventura, J. M. G., Cardoso, F. R., Silva, & E. S., Silva, R. S. (2009), Teoria dos Stakeholders e Teoria da Firma: um estudo sobre a hierarquização das funções-objetivo em empresas brasileiras, *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, Vol.11, No.32, pp.289 – 307.

Boaventura, J. M. G., Fontes, L. G. P.; Sarturi, G., & Armando, E. (2017), Critérios para Identificação da Saliência de Stakeholders através da Análise de Conteúdo, *Future Studies Research Journal*, V.9 - No.2.

Boswell, J., Settle, C., & Anni, D. A. (2015), Who Speaks, and in What Voice? The Challenge of Engaging ‘The Public’ in Health Policy Decision-Making, *Public Management Review*, Vol.17, No.9, 1358-1374.

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A. J., & Schillinger, D. (2012), Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations, *Institute of Medicine*, 1-26.

Brady, S., Lee, N., Gibbons, K., & Bogossian, F. (2019), Woman-centred care: An integrative review of the empirical literature, *International journal of nursing studies*, 94, 107-119.

Brailsford, S. C., Bolt, T., Connel, C., Klein, J. H.; & Patel, B. (2009), Stakeholder Engagement in Health Care Simulation - Proceedings of the 2009 Winter Simulation Conference (WSC), *IEEE*, pp. 1840-1849.

Bridges, S., & Harrison J. K. (2003), Employee Perceptions of Stakeholder Focus and Commitment to the Organization, *Journal of Managerial Issues*, Vol. 15, No. 4, pp. 498-509.

Brugha, R., & Varvasovszky, Z. (2000), Stakeholder Analysis: a review, *Health Policy and Planning*, 15(3), pp. 239-246.

Bruni, R. A., Laupacis, A., & Martin D. K. (2008), Public engagement in setting priorities in health care, *Canadian Medical Association Journal*, 179(1), 15-18.

Bryson, J. M. (2018), Strategic Planning for Public and Nonprofit Organizations, *WILEY*, 5th Edition, 42-43.

Campos, A. C. (2019), Administração Pública e Saúde - Ensaio de circunstância, *Almedina Ed.*

Campos, A. C., & Simões, J. (Coordenadores) (2014), *40 Anos de Abril na Saúde*, Almedina Ed.

Campos, C. J. G. (2004), Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57 (5), 611-4.

Carapinheiro, G. (1991), Poder médico e poder administrativo no quotidiano hospitalar, *Revista Portuguesa de Ciências Sociais*, 33, 83-91.

Cardeal, N. (2014), Pensamento Estratégico - Antecipar as ondas do futuro, *Universidade Católica Portuguesa*.

Carman, K. L.; Dardess, P.; Maurer, M.; Sofaer, S.; Adams, K.; Bechtel, C.; Sweeney, J. (2013), Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies, *Health Affairs*, 32(2), pp.223-231.

Carvalho, C., & Gomes, D. (2011), Psicologia das Organizações do Trabalho e dos Recursos Humanos, *Imprensa da Universidade de Coimbra*.

Centers for Disease Control and Prevention (2011), *Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide*, Centers for Disease Control and Prevention

Chambers, D., & Thompson, S. (2009), Empowerment and its application in health promotion in acute care settings: nurses' perceptions, *Journal of advanced nursing*, 65(1), 130-138.

Chinn, D. (2011), Critical health literacy: a review and critical analysis, *Social Science & Medicine*, 73, 60-67.

Clarkson, M. (1994), A risk based model of stakeholder theory, *Proceedings of the Second Toronto Conference on Stakeholder Theory*.

Clement, R. W. (2005), The lessons from stakeholder theory for U.S.business leaders, *Business Horizons*, 48, 255—264.

Coculescu, B.I., Coculescu, E.C., & Purcărea, V.L. (2016), Orientation to the patient as a marketing strategy in the Romanian healthcare system, *Journal of Medicine and Life*, Vol. 9, Issue 3, pp.302-305.

Conceição, A. & Major, M. J. (2015), Institutional Entrepreneurship and Power: Responsibility Centres in Portuguese Hospitals, *4th Global Accounting and Organizational Change Conference*.

Contandriopoulos, D. (2004), A sociological perspective on public participation in health care, *Social Science & Medicine*, Vol.51, Issue 2, 321-330.

Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006) Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System, *Institute for Patient and Family Centred Care - Institute for Healthcare Improvement*.

Correia, T., Carapinheiro, G., Carvalho, H., Silva, J. M., & Dussalt, G. (2017), The effects of austerity measures on quality of healthcare services: a national survey of physicians in the public and private sectors in Portugal, *Human Resources for Health*, 15:82.

Correia, T.; Carapinheiro, G.; Carvalho, H.; Silva, J.M.; & Vieira, J. (2016), Listening to doctors on patients' use of healthcare during the crisis: uncovering a different picture and drawing lessons from Portugal, *Journal of Public Health*, Vol.39, No. 2, pp.e56-e62.

Correia, T., Carapinheiro, G.; Silva, J.M., & Vieira, J. (2015), O sistema de saúde português no tempo da troika: a experiência dos médicos, *ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos*.

Crisp, N. (2015), The Future for Health in Portugal—Everyone Has a Role to Play, *Health Systems & Reform*, 1:2, 98-106.

Crisp, N., Berwick, D., Kickbusch, I., Bos, W., Antunes, J. L., Barros, P. P., & Soares, J. (2014), *Um Futuro para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar*, Fundação Calouste Gulbenkian.

Cruz, C. O., & Sarmiento, J. M. (2019), Manual de parcerias público-privadas e concessões, *Edições Sílabo*.

D'Andreamatteo, A., Ianni, L., Lega, F., & Sargiacomo, M. (2015), Lean in healthcare: A comprehensive review, *Health Policy*, Vol.119, Issue 9, 1197-1209.

Daake, D., & Anthony, W. P. (2000), Understanding Stakeholder Power and Influence Gaps in a Health Care Organization: An Empirical Study, *Health care management review*, 25(3), pp. 94-107.

Davies, T., & Lowe, A. I. (1999), Environmental Implications of the Health Care Service Sector, *Resources for the Future*, Discussion Paper 00-01.

DeBronkart, D. (2017), The paradigm of patient must evolve: Why a false sense of limited capacity can subvert all attempts at patient involvement, *Patient Experience Journal*, Vol.4, Issue2, Art.2.

Deccache, A., Ballekom, & K. (2010), From patient compliance to empowerment and consumer's choice: evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries, *Patient education and counseling*, 78, 282-287.

Delbanco, T., Berwick, D. M., Boufford, J. I., Edgman-Levitan, S., Ollenschläger, G., Plamping, D., & Rockefeller, R. G. (2001), Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me, *Health Expectations*, 4(3), 144-150.

Delloite (2011), *Saúde em análise. Uma visão para o futuro*, Delloite (Public Sector, Life Sciences & Healthcare).

Denis, J.L., & Gestel, N. (2016), Medical doctors in healthcare leadership: Theoretical and practical challenges, *BMC Health Services Research*, 16 (158).

Deslandes, S., F. (2006), Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas, *Fiocruz, Editora*.

Dickinson, H., Ham, C., Snelling, I., & Spurgeon, P. (2013), Are we there yet? Models of medical leadership and their effectiveness: An Exploratory Study, *National Institute for Health Research (NHS)*.

Direção Geral da Saúde (2019), *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde – Capacitação dos Profissionais de Saúde*.

Donaldson, T., & Preston, L.E. (1995), The Stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence, and Implications, *The Academy of Management Review*, Vol.20, No.1, pp. 65-91.

Driscoll, C., & Starik, M. (2004), The Primordial Stakeholder: Advancing the Conceptual Consideration of *Stakeholder* Status for the Natural Environment, *Journal of Business Ethics*, 49, pp. 55-73.

Duarte, R. (2004), Entrevistas em pesquisas qualitativas, *Educar – UFPR*, No. 24, 213-225.

Eklund, H. J., Inger, H., Tomas, K., Elenor, K., Karin, S., Jessica, H., Annelie, J. S., Emelie, C., & Martina, S. M. (2019), "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care, *Patient Education and Counseling*, 102, pp. 3-11.

Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013), Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care, *The American Journal of Bioethics*, 13(8), pp.29-39.

Eskerod, P., Huemann, M., & Ringhofer, C. (2015), Stakeholder Inclusiveness: Enriching Project Management with General *Stakeholder* Theory, *Project Management Journal*, Vol.46, No. 6, pp. 42-53.

Espanha, R., Ávila, P., & Mendes R.V. (2016), Literacia em Saúde em Portugal: Relatório síntese, *Fundação Calouste Gulbenkian*.

Fahy, K. (2012), What is woman-centred care and why does it matter?, *Woman and Birth*, 25, 149-151.

Falavigna, G., Ippoliti, R., & Manello, A. (2012), Hospital organization and performance: a directional distance function approach, *Health Care Management Sci*, 16, 139-151.

Fassin, Y. (2009), The Stakeholder Model Refined, *Journal of Business Ethics*, 84, pp. 113–135.

Fassin, Y. (2010), A Dynamic Perspective in Freeman's Stakeholder Model, *Journal of Business Ethics*, 96, pp. 39-49.

Fernandes, A. C. (2011), Hospitais: um novo modelo de gestão hospitalar, *Revista saúde XXI*, 2º semestre, 80-85.

Ferrer, L. (2015), Engaging patients, carers and communities for coordinate/integrated health services delivery: strategies and tools, *World Health Organization (WHO) - Regional Office for Europe*.

Ferrero, I., Hoffman, & W. M., & McNulty, R. E. (2014), Must Milton Friedman Embrace Stakeholder Theory? *Journal of the center for business ethics Bentley university - Business and Society Review*, 119-1, pp. 37-59.

Fottler, M. D. (1987), Health Care Organizational Performance: Present and Future Research, *Journal of Management*, Volume 13, No.2, pp.267-391.

Fottler, M. D., Blair, J. D., Whitehead, C. J., Laus, M. D., & Savage, G. T (1989), Assessing Key Stakeholders: Who Matters to Hospitals and Why ?, *Hospital & Health Services Administration*, 34, 4; ABI/INFORM Collection, 525-546.

Freeman, R. E. (1984), Strategic Management: A Stakeholder Approach, *Pitman Publishing*.

Freeman, R. E. (1994), The politics of stakeholder theory, *Business Ethics Quarterly*, 4, pp. 409-421.

Freeman, R. E. (1999), Divergent Stakeholder Theory, *Academy of Management Review*, Vol. 24, Issue 2.

Freeman, R. E. (2007), Managing for Stakeholders, *Darden Business Publishing - University of Virginia*.

Freeman, R. E. (2011), Values and Rthics for the 21st Century - Stakeholder Management and Reputation, *BBVA*, 363-381.

Freeman, R. E., Harrison, J. S., Wicks, A. C., Parmar, B., & de Colle, S. (2010), Stakeholder Theory - The State of the Art, *Cambridge University Press*.

Freeman, R. E., Harrison, J. S., Harrison; Syglidopoulos, S. (2018), Stakeholder Theory, *Cambrige University Press*.

Freeman, R. E., Wicks, A. C., & Parmer, B. (2004), Stakeholder Theory and "The Corporate Objective revisited", *Organization Science*, Vol.15, No.3, pp. 364-369.

Friedman, M. (1962), Capitalism & Freedom, *The University of Chicago Press*, 1st Ed.

Friedman, A. L., & Miles, S. (2006), Stakeholders Theory and Practice, *Oxford University Press*.

Fronteira, I., Simões, J., & Augusto, G. F. (2018), Looking back at the Portuguese crisis: what legacy for the Portuguese NHS?, *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Vol. 17, No. 1, pp.37-47.

Frooman, J. (1999), Stakeholder Influence Strategies, *Academy of Management Review*, Vol. 24, No. 2, pp.191-205.

Fumagalli, L. P., Radaelli, G., Lettieri, E., Bertele, P., & Masella, C. (2015), Patient Empowerment and its neighbours: clarifying the boundaries and their mutual relationships, *Health Policy*, 119, 384-394.

Funnell, M. (2016), Patient empowerment: What does it really mean?, *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1921-1922.

Gallivan, J., Kovacs, B. K., Bellows, M., & Eigenseher, C. (2012), The Many Faces of Patient Engagement, *Journal for Society Participatory Medicine*, 4: e32.

Gerrits, T. (2014), The ambiguity of patient-centred practices: the case of a Dutch fertility clinic, *Anthropology & Medicine*, Vol.21, No.2, pp.125-135.

Gilbert, D. U., & Rasche, A. (2008), Opportunities and Problems of Standardized Ethics Initiatives – a Stakeholder Theory Perspective, *Journal of Business Ethics*, 82, pp. 755–773.

Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001), Managing the care of health and the cure of disease - Part I: Integration/ Part II: Differentiation, *Health Care Management Review*, 56-84.

Goodpaster, K. E. (1991), Business Ethics and Stakeholder Analysis, *Business Ethics Quarterly*, Vol. 1, No. 1, pp.53-73.

Grande, S. W., Faber, M. J., Durand, MA, Thompson, R., & Elwyn, G. (2014), A classification model of patient engagement methods and assessment of their feasibility in real-world settings, *Patient education and counseling*, 95, 281-287.

Greener, I. (2005), Health management as a strategic behavior, *Public Management Review*, Vol.7, Issue 1.

Groene, O., Sunol, R., Klazinga, S. N., Wang, A., Dersarkissian, M., Thompson, C. A., Thompson, A., & Arah, O. A. (2014), Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies, *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.26, pp.81-91.

Guerra, I. C. (2014), Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso, *Princípios Editora*.

Hahn, T., Figge, F., Pinkse, J., & Preuss, L. (2017), A Paradox Perspective on Corporate Sustainability: Descriptive, Instrumental, and Normative Aspects, *Journal of Business Ethics*, 18, pp. 235–248.

Haigh, N. & Griffiths, A. (2007), The Natural Environment as a Primary Stakeholder: the Case of Climate Change, *Business Strategy and the Environment*, 18, pp. 347–359.

Ham, C., Kipping, R., & McLeod, H. (2003), Redesigning Work Process in Health Care: Lessons from the National Health Service, *The Milbank Quarterly*, Vol.81, No.3, 415-439.

Harrison, J. S., Freeman, R. E., & Abreu, M. C. S. (2015), Stakeholder Theory As an Ethical Approach to Effective Management: applying the theory to multiple contexts, *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, Vol. 17, No. 55, pp. 858-869.

Hearld, L. R., Alexander, J. A., Beich, Jeff, Mittler, J. N., & O’Hora, J. L. (2012), Barriers and Strategies to Align Stakeholders in Healthcare Alliances, *The American Journal of Managed Care*, Vol.8, No. 6, 148-155.

Heinrich, C., & Karner, K. (2011), Ways to optimize understanding health related information: the patients' perspective, *American Journal of Nursing Company*, Vol.32, No.1, 29-38.

Henriques, I., & Sadorsky, P. (1999), The Relationship Between Environmental Commitment and Managerial Perceptions of Stakeholder Importance, *Academy of management*, Vol. 42 Issue 1, pp. 87-99.

Hibbard, J., & Mahoney, E. (2010), Toward a theory of patient and consumer activation, *Patient education and counseling*, 78, 377-381.

Hodgkin, P., & Taylor, J. (2013), Power to the people: what will bring about the patient centred revolution?, *BMJ : British medical journal*, 347:f6701.

Holmstrom, I., & Roing, M. (2010), The Relation Between Patient-Centeredness and Patient Empowerment: A Discussion on Concepts, *Patient Education and Counseling*, 79, pp.167-172.

Hood, C. (2000), Paradoxes of public-sector managerialism, old public management and public service bargains, *International Public Management Journal*, 3, 1-22.

Hovey, R. B. (2018), Occasionally a Patient: Always a Person, *Journal of Patient Experience*, Vol.5(1), pp.63-64.

Hoving, C., Visser, A., Dolan, P. M., & Borne, B. (2010), A history of patient education by health professionals in Europe and North America: From authority to shared decision making education, *Patient education and counseling*, Vol.78, Issue 3, 275-281.

Hyder, A., Syed, S., Puvanachandra, P., Bloom, G., Sundaram, S., Mahmood, S., Iqbal, M., Hongwen, Z., Ravichandran, N., Oladepo, O., Pariyo, G., & Peters, D. (2010), Stakeholder

analysis for health research: Case studies from low- and middle-income countries, *The Royal Society for Public Health*, 124, pp. 159–166.

Jani, A., Jungmann, S., & Gray, M. (2018), Shifting to triple value healthcare: Reflections from England, *The journal of evidence and quality in health care*, Vol.130, pp.2-7.

Jarman, H. (2017), Trade policy governance: What health policymakers and advocates need to know, *Health Policy*, 121, 1105-1112.

Jawahar, I. M., & McLaughlin, G. L. (2001), Toward a descriptive *stakeholder* theory: an organizational life cycle approach, *Academy of Management Review*, Vol. 26, No. 3, pp. 397-414.

Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014), Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making, *Patient education and counseling*, 94, 291-309.

Kaler, J. (2002), Morality and Strategy in Stakeholder identification, *Journal of Business Ethics*, Vol.39, pp. 91-100.

Kamra, V., Singh, H., & De, K. (2016), Factors affecting patient satisfaction: an exploratory study for quality management in the health-care sector, *Total Quality Management & Business Excellence*, Vol.27, No. 9, 1013-1027.

Khurram, S., & Petit, S. C. (2017), Investigating the Dynamics of Stakeholder Salience: What Happens When the Institutional Change Process Unfolds?, *Journal of Business Ethics*, Vol. 143 Issue 3, pp. 485-515.

Kirkpatrick, I., Kuhlmann, E., Hartley, K., Dent, M., & Lega, F. (2016), Medicine and management in European hospitals: a comparative overview, *BMC Health Services Research*, 16 (Suppl 2):171.

Koh, H. K., Brach, C., Harris, L. M., & Parchman, M. L. (2013), A proposed “health literate care model” would constitute a systems approach to improving patients' engagement in care, *Health Affairs*, 32(2), 357-367,

Kraska, R. A., Weigand, M., & Geraedts, M. (2016), Associations between hospital characteristics and patient satisfaction in Germany, *Health Expectations*, 20, 593-600.

Kumar, K., & Subramanian, R. (1998), Meeting the expectations of key stakeholders: *Stakeholder* management in the health care industry, *S.A.M. Advanced Management Journal*, Vol. 63, Ed. 2, pp. 31-39.

Laine, M. (2011), The Nature of Nature as a Stakeholder, *Journal of Business Ethics*, 96, pp. 73-78.

Lamiani, G., Meyer, E. C., Rider E. A., Browning, D. M., Vegni, E., Mauri, E., Moja, E. A., & Truog, R. D. (2008), Assumptions and blind spots in patient-centredness: action research between American and Italian health care professionals, *Medical Education*, 42, pp.712-720.

Laranjo, L. (2015), Cuidados de saúde centrados na pessoa e tecnologias de informação e comunicação: perspetivas atuais e futuras, *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31, 372-374.

Lasker, R. D., & Weiss, E. S. (2003), Creating Partnership Synergy: The Critical Role of Community Stakeholders, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 26, No. 1, pp. 119-139.

Légaré, F., Turcotte, S., Stacey, D., Ratté, S., Kryworuchko, J., & Graham, I. D. (2012), Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice, *Patient*, 5(1), 1-19.

Legido-Quigley, H., Karanikolos, M., Hernandez-Plaza, S., Freitas, C., Bernardo, L., Padilla, B., Machado, R. S., Diaz-Ordaz, K., Stuckler, D., & McKee, M. (2016), Effects of the financial crisis and Troika austerity measures on health and health care access in Portugal, *Health Policy*, 120, 833-839.

Leviton, L. C; & Melichar, L. (2016), Balancing stakeholder needs in the evaluation of healthcare quality improvement, *BMJ Quality & Safety Online First*, 25(10), 803-7.

Llewellyn, S., & Tappin, E. (2003), Strategy in the Public Sector: Management in the Wilderness, *Journal of Management Studies*, 40:4, 0022-2380.

Lofgren, D.G., Rhodes, S., Miller, T., & Solomon, J. (2006), Marketing the health care experience: eight steps to infuse brand essence into your organization, *Health marketing quarterly*, 23(3), 101-123.

Luo, L., Forster, A. J., Gartke, K., Trickett, J., & Rubens, F. D. (2018), Developing a Strategy for the Improvement in Patient Experience in a Canadian Academic Department of Surgery, *Journal of Patient Experience*, 6(1), 11-20.

Magness, V. (2008), Who are the *Stakeholders* Now? An Empirical Examination of the Mitchell, Agle, and Wood Theory of Stakeholder Salience, *Journal of Business Ethics*, 83, pp. 177-192.

Maher, M., & Andersson, T. (1999), Corporate Governance: Effects on the Firm Performance and Economic Growth, *Organization for Economic Co-Operation and Development*, pp. 3 -11.

Mainardes, E. W., Alves, H., Raposo, M., & Domingues, M. J. (2010), Categorização por Importância dos *Stakeholders* das Universidades, *Revista Ibero-Americana de Estratégia*, Vol.9, No.3, pp. 04-43.

Major, M. J., & Magalhães, A. (2014), Reestruturação do Serviço Nacional de Saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses, *Revista de Administração*, Vol.49, No.3, pp.476-490.

Malagon-Maldonado, G. (2014), Qualitative Research in Health Design, *Health Environments Research & Design Journal*, Vol.7 Issue 4.

Malfait, S., Van Hecke, A., De Bodt, G., Palsterman N., & Eeckloo K. (2018), Patient and public involvement in hospital policy-making: Identifying key elements for effective participation, *Health Policy*, 122, 380-388.

Martins, F. A., Ferreira-da-Silva, A. C., & Machado-Santos, C. (2015), Relevância e influência dos Stakeholders dos Hospitais Filantrópicos e Religiosos, E3 - *Revista de Economia Empresas e Empreendedores na CPLP*, Vol.1, No.1.

Matos, A. A., & Nunes, A. M. (2016), Inovação da gestão dos hospitais públicos no sistema de saúde português, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, Vol.5, No.2, 14-23.

Matos, T. T., Ferreira, A. C., Lourenço, A., & Escoval, A. (2010), Contratualização interna vs contratualização externa, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol.9, 161-180.

McKiernan, P., Ackermann, F., & Eden, C. (2018), *Stakeholders in strategy: their 'invisible' and yet an inevitable presence?*, *EURAM 2018: 18th Annual Conference of the European Academy of Management*.

Mead, N., & Bower, P. (2000), Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature, *Social Science & Medicine*, Vol.51, pp.1087-1110.

Mendelow, A.L. (1981), Environmental Scanning - The Impact of the Stakeholder Concept, *International Conference on Information Systems*.

Mesko, B. & Gyorffy, Z. (2019), The Rise of the Empowered Physician in the Digital Health Era: Viewpoint, *Journal of Medical Internet Research*, Vol.21, Issue 3:e12490.

Mesquita, C., Santos, J. F., Silva, A. F., & Silva, A. M. (2018), Novos modelos de Planeamento e Controlo de Gestão nos Hospitais Públicos Portugueses, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, Vol.7, No.3, pp.239-256.

Mitchell, R. K., Agle, B. R., & Wood, D. J. (1997), Toward a Theory of Stakeholder Identification and Salience: Defining the Principle of Who and What Really Counts, *The Academy of Management Review*, Vol.22 No.4, pp. 853-886.

Moody, L., Nicholls, B., Shamji, H., Bridge, E., Dhanju, S., & Singh, S. (2018), The Person-Centred Care Guideline: From Principle to Practice, *Journal of Patient Experience*, Vol.5 (4), pp.282-288.

Morris, A., Biggerstaff, D., & Lycett, D. (2016), Capturing whole person care, *Journal of Renal Care*, 42(2), 71-72.

Mostofsky, E., Dunn, J. A., Hernández-Díaz, S., Johansson, A. C., & Mittleman, M. A. (2019), Eliciting stakeholder preferences for patient-centered research, *Patient Preference and Adherence*, 13, 339-349.

Murdock, A. (2004), Stakeholder Theory, Partnerships and Alliances in The Health Care Sector of The UK and Scotland, *International Public Management Review*, Vol.5, Issue 1.

Nathan, S., Braithwaite, J., & Stephenson, N. (2013), Facilitating the action of community representatives in a health service: the role of a community participation coordinator, *BMC Health Services Research*, 13:154.

Nathan, S., Johnston, L., & Braithwaite, J. (2010), The Role of Community Representatives on Health Service Committees: Staff Expectations vs. Reality, *Health Expectations*, 14, 272-284.

Neville, B.A., Bell, S.J. & Whitwell, G.J. (2011), Stakeholder Saliency Revisited: Refining, Redefining, and Refueling an Underdeveloped Conceptual Tool, *Journal of Business Ethics*, Vol. 102, Issue 3, pp. 357–378.

Nunes, A. M. (2017), Gestão hospitalar: Quatorze anos de empresarização em Portugal, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, Vol.6, No.2, 154-162.

Nunes, A. M., & Ferreira, D. C. (2018), The health care reform in Portugal: Outcomes from both the New Public Management and the economic crisis, *International Journal Health Planning Management*, 34, 196-215.

Nunes, A. M. & Harfouche, A. P.J. (2015), A Reforma da Administração Pública Aplicada ao Setor da Saúde: A Experiência Portuguesa, *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, Vol.4, No.2.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2016-2018), *Relatório Primavera*.

Olden, P. D. (2003), Hospital and Community Health: Going From Stakeholder Management to Stakeholder Collaboration, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 26, No. 1, pp. 35-57.

Ong, S. E., Tyagi, S., Lim, J. M., Chia, K. S., & Legido-Quigley, H. (2018), Health systems reforms in Singapore: A qualitative study of key stakeholders, *Health Policy*, 122 (4), pp. 431-443.

O'Shannassy, T. (2003), Modern Strategic Management: Balancing Strategic Thinking and Strategic Planning for Internal and External Stakeholders, *Singapore Management Review*, Vol.25, No.1.

Parent, M., & Deephouse, D. (2007), A Case Study of Stakeholder Identification and Prioritization by Managers, *Journal of Business Ethics*, Vol. 75, Issue 1, pp. 1-23.

Parmar, B., Freeman, R.E., Harrison, J., Wicks, A., Purnell, L; & de Colle, S. (2010), Stakeholder theory: The state of the art, *The Academy of Management Annals*, 403-445.

Perelman, J., Felix, S., & Santana, R. (2015), The great recession in Portugal: Impact on hospital care use, *Health Policy*, 119, pp.307-315.

Petita, L., Jiang, L., & Hartel, C.E.J. (2016), Emotional contagion and burnout among nurses and doctors: Do joy and anger from different sources of *stakeholders* matter?, *Stress and Health*, Vol. 33, No. 4, pp. 358–369.

Phillips, R., Freeman, R. E.; & Wicks, A. C (2003), What Stakeholder Theory is Not, *Business Ethics Quarterly*, Vol. 13, No. 4, pp. 479-502.

Pires, P. (2011), Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol.27, No.5, 482-486.

Pomey, MP., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015), Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care, *Public Library of Science*, PLoS ONE 10(4).

Porter, M. E. (2009), A Strategy for Health Care Reform - Toward a Value-based System, *The New England Journal of Medicine*, 361;2, pp. 109-112.

Porter, M. E. (2010), What is value in healthcare?, *The New England Journal of Medicine*, 363;26, pp. 2477-2481.

Preskill, H, & Jones, N. (2009), A Practical Guide for Engaging Stakeholders in Developing Evaluation Questions, *Robert Wood Johnson Foundation*.

Proença, E. J. (2003), A *Stakeholder* Approach to Community Health Management, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 26, No. 1, pp. 10-34.

Pulvirenti, M., McMillan, J., & Lawn S. (2011), Empowerment, patient centred care and self-management, *Health Expectations*, 17, pp.303-310.

Ramos, P., & Alves, H. (2017), Migration intentions among Portuguese junior doctors: results from a survey, *Health Policy*, 121, pp.1208-1214.

Rego, G., Nunes, R., & Costa, J. (2010), The challenge of corporatisation: the experience of Portuguese public hospitals, *European Journal Health Economics*, 11, 367-381.

Ribeiro, J. S., Conceição, C., Pereira, J., Leone, C., Mendonça, P., Temido, M., Vieira, C. P., & Dussault, G. (2014), Health professionals moving to...and from Portugal, *Health Policy*, 114, pp.97-108.

Rocha, J.A.O. (2010), Gestão Pública - Teorias modelos e prática, *Escolar Editora*.

Roh, CY., Moon, M.J., & Jung, C. (2010), Measuring Performance of U.S. Nonprofit Hospitals (Do Size and Location Matter?), *Public Performance & Management Review*, Vol.34, No.1.

Rohrer, J. E., Wilshusen, L., Adamson, S. C., & Merry, S. (2008), Patient-centredness, self-rated health, and patient empowerment: should providers spend more time communicating with their patients?, *Journal of Evolution in Clinical Practice*, 14(4), 548-551.

Russo, G., Pires, C. A., Perelman, J., Gonçalves, L., & Barros, P. P. (2017), Exploring public sector physicians' resilience, reactions and coping strategies in times of economic crisis; findings from a survey in Portugal's capital city área, *BMC Health Services Research*, 17:207.

Sakellarides, C. (2009), *Novo Contrato Social da Saúde*, Saúde e Sociedade.

Santana, S., & Pereira, S. A. (2007), Da Utilização da Internet para Questões de saúde e doença em Portugal - Possíveis Repercussões na Relação Médico-Doente?, *Acta Médica Portuguesa*, 20, 47-57.

Saunders, M. N.K. (2012), Choosing Research Participants (in) Qualitative Organizational Research - Core Methods and Current Challenges, SAGE Publications.

Schiller, C., Winters, M., Hanson, H. M., & Ashe, M. C. (2013), A framework for stakeholder identification in concept mapping and health research: a novel process and its application to older adult mobility and the built environment, *BMC Public Health*, 13-428.

Scholl, I., Zill, J. M., Härter, M., & Dirmaier, J. (2014), An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis, *PLoS ONE*, (9)9, e107828.

Schulz, P., & Nakamoto, K. (2013), Health literacy and patient empowerment in health communication: the importance of separating conjoined twins, *Patient education and counseling*, 90, 4-11.

Serapioni, M., Ferreira, P. L., & Antunes, P. (2014), Participação em saúde: conceitos e conteúdos, *Imprensa da Universidade de Coimbra*, No. 40.

Serapioni, M., & Matos, A. R. (2013), Participação em saúde: entre limites e desafios, rumos e estratégias, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31 (1), 11-22.

Serapioni, M., & Sesma, D. (2011), A participação dos cidadãos nos sistemas de saúde dos países da Europa do Sul: Portugal, Itália e Espanha. Resultados preliminares de um estudo comparativo, *Revista da Associação Portuguesa de Sociologia*, 599-629.

Sharfstein, J. M. (2016), Banishing "Stakeholders", *The Milbank Quarterly*, Vol. 94, No.3, 476-479.

Shippee, N. D., Garces, D. J. P., Lopez, P. G. J., Wang, Z., Elraiyah, T., Nabhan, M., Brito, J. P., Boehmer, K., Hasan, R., Firwana, B., Erwin, P. J., Montori, V., & Murad, M. H. (2013), Patient and service user engagement in research: a systematic review and synthesized framework, *Health Expectations*, 18, pp.1151-1166.

Simões, J., Augusto, G.F., & Fronteira, I. (2017a), Introduction of Freedom of Choice for Hospital Outpatient Care in Portugal: Implications and Results of the 2016 Reform, *Health Policy*, Vol.121, Issue 12, pp.1203–1207.

Simões, J. A., Augusto, G. F., Fronteira, I., & Hernandez-Quevedo, C. (2017b), Portugal Health System Review - Health Systems in Transition, *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol.19, No.2.

Smith, A. M., & Fischbacher, M. (2005), New Service Development: A Stakeholder Perspective, *European Journal of Marketing*, Vol.39, No. 9/10, pp. 1025-1048.

Song, F. W., West, J. E., Lundy, L., & Dahmen, N. S. (2012), Women, Pregnancy, and Health Information Online: The Making of Informed Patients and Ideal Mothers, *Gender & Society*, Vol.26, No. 5, 773-798.

Souza, J. M., Tholl, A. D., Córdova, F. P., Heidmann, I. T. S. B., Boehs, Astrid, E., & Nitschke, R. G. (2014), Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde, *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol.19, No.7, pp.2265-2276.

Starik, M. (1995), Should Trees Have Managerial Toward Stakeholder Status for Non-Human Nature, *Journal of Business Ethics*, 14, pp. 207-217.

Stead, J. G., & Stead, E. (2000), Eco-Enterprise Strategy: Standing for Sustainability, *Journal of Business Ethics*, 24, pp. 313-329.

Stefani, I., Teti, O., & Mazzone, A. (2017), Person-centred analysis in physician-patient relationship, *European Journal of Internal Medicine*, 43, e26-e27.

Stewart, M. (2001), Towards a global definition of patient centred care - The patient should be the judge of patient centred care, *BMJ (Clinical Research Ed.)*, Vol.322, pp.444-445.

Stoney, C. & Winstanley, D. (2001), Stakeholding: Confusion or Utopia? Mapping the Conceptual Terrain, *Journal of Management Studies*, 38(5), pp. 603-626.

Subramanian, R., Kumar, K., & Yauger, C. (1994), The Scanning Of Task Environments In Hospitals: An Empirical Study, *Journal of Applied Business Research*, Vol.10 No.4, pp. 104-115.

Susniene, D., & Sargūnas, G. (2011), Stakeholder management Paradoxes From the Perspective of Normative, Descriptive and Instrumental Approach, Changes in Social Environment CISAB'11 - *The 4th International Conference*.

Swayne, L. E., Duncan, W.J., & Ginter, P. M. (2006), Strategic Management of Health Care Organizations, *Blackwell Publishing*.

Tattersall, R. (2002), The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century, *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 2, 227-229.

Temido, M., & Dussault, G. (2014), Papéis profissionais de médicos e enfermeiros em Portugal: limites normativos à mudança, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (1), 45-54.

Tempfer, C., & Nowak, P. (2011), Consumer participation and organizational development in health care: a systematic review, *The Central European Journal of Medicine*, 123, 408-414.

Terzic-Supic, Z., Bjegovic-Mikanovic, V., Vukovic, D., Santric-Milicevic, M., Marinkovic, J., Vasic, V., & Laaser, U. (2015), Training hospital managers for strategic planning and management: a prospective study, *BMC Medical Education*, 15:25.

The Health Foundation (2014), *Person-Centred made simple*.

Thomas, H., Mitchell, G., Rich, J., & Best, M. (2018), Definition of whole person care in general practice in the English language literature: a systematic review, *BMJ : British medical journal*, 8.

Venhuizen, G. (2019), Can patient centred care plus shared decision making equal lower costs?, *BMJ : British medical journal*, 367:15900.

Vieira, R. (2015), *A Integração de Equipas e a Satisfação das Utentes da Maternidade Alfredo da Costa*, [Dissertacao de mestrado não publicada]. Iscte – Instituto Universitário de Lisboa.

Wagner, E. H., Bennett, S. M., Austin, B. T., Greene, S. M.; Schaefer, J. K.; & Vonkorff, M. (2005), Finding common ground: patient-centeredness and evidence-based chronic illness care, *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, Vol.11, Sup.1, pp. S7-S15.

Walt, G., & Gilson, L. (1994), Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis, *Health Policy and Planning*, 9(4), 353-370.

Walshe, K. (2009), Pseudoinnovation: the development and spread of healthcare quality improvement methodologies. *International Journal for Quality in Health Care*. 21 (3), 153-159.

Weech-Maldonado, R., Benson, K. J., & Gamm, L. D. (2003), Evaluating the Effectiveness of Community Health Partnerships: A Stakeholder Accountability Approach, *Journal of Health and Human Services Administration*, Vol. 26, No. 1, pp. 58-92.

Wignall, J., & Barry, D. (2018), *Re Humanizing Hospital Satisfaction Data: Text Analysis, the Lifeworld, and Contesting Stakeholders' Beliefs in Evidence*, Ethnographic Praxis in Industry Conference Proceedings.

Williamson, C. (2019), The emancipation of patients: a theory whose time has come, *British Journal of General Practice*, 150-151.

Williamson, L. (2014), Patient and Citizen Participation in Health: The Need for Improved Ethical Support, *The American Journal of Bioethics*, 14(6), 4-16.

World Health Organization (2019), *Healthy, prosperous lives for all: the European Equity Status Report*, WHO.

Anexos

Anexo 1 - Questionário utentes

Questionário



O presente Questionário insere-se na realização do doutoramento em Gestão com especialização em Estratégia e Empreendedorismo no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa – Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE - IUL).

Com o mesmo pretende-se conhecer a perceção dos utentes dos hospitais inseridos no Serviço Nacional de Saúde (SNS), perante os cuidados recebidos durante o contacto com estas instituições. Assim as únicas condições necessárias para participar no estudo é ter mais de 18 anos e já ter previamente utilizado estes serviços.

A sua opinião é muito importante uma vez que está em causa o estudo perante a forma como os utentes são assistidos nos serviços hospitalares.

A confidencialidade encontra-se garantida uma vez que não são solicitados dados pessoais que possam ser identificativos dos respondentes, por este motivo NÃO indique nomes ou quaisquer dados identificativos.

Os resultados obtidos serão apenas utilizados para fins académicos

Por favor responda a todas as questões.

O preenchimento completo deverá demorar cerca de 5 minutos.

Muito obrigado pela sua participação

Qualquer dúvida ou questão poderá ser endereçada para o e-mail:
questionariohospitais@gmail.com (versão on-line)

Obrigado

Rui Vieira

Indique por favor:

A sua Idade:

Entre 18 e 28 anos

Entre 29 e 49 anos

Entre 50 e 66 anos

67 ou mais

Sexo: M F

Habilitações literárias: 1º ciclo (4º ano)

3º ciclo (9º ano)

Ensino Secundário (12º ano)

Ensino Superior

Questão 1

- Fui tratado(a) de igual forma por todos os profissionais hospitalares
- Senti-me capaz de expor as minhas questões
- Atribuíram importância às minhas solicitações e ao meu caso

Questão 2

- Na generalidade o que poderia ser melhorado no atendimento hospitalar para melhor acolher e fornecer melhores cuidados aos utentes?

Questão 3

- No seu caso, e reportando-se a todos os contactos que já teve com estas unidades de saúde, o que considera ter sido “Pior” e “Melhor” nos cuidados que recebeu?

Questão 4

- Diga a primeira palavra que lhe ocorre quando pensa na sua última utilização dos serviços de um hospital público.

Questão 5

- Em que zona do País se situava o hospital que utilizou?
 - Norte (Inclui: Alto Minho; Cávado; Ave; Área Metropolitana do Porto; Alto Tâmega; Tâmega e Sousa; Douro e Terras de Trás-os-Montes)
 - Centro (Inclui: Oeste; Região de Aveiro; Região de Coimbra; Região de Leiria; Viseu Dão Lafões; Beira Baixa; Médio Tejo; Beiras e Serra da Estrela)
 - Área Metropolitana de Lisboa
 - Alentejo (Inclui: Alentejo Litoral; Baixo Alentejo; Lezíria do Tejo; Alto Alentejo; Alentejo Central)
 - Algarve

Anexo 2 - Respostas ao questionário utentes

Questão 2 - Na generalidade o que poderia ser melhorado no atendimento hospitalar para melhor acolher e fornecer melhores cuidados aos utentes?

1	Aumentar o número de profissionais de saúde
2	Reduzir o tempo de espera tanto nas urgências como nas consultas
3	O tempo de espera. Embora a consulta seja marcada para uma determinada hora, a mesma acontece mais tarde.
4	Mais profissionais de saúde
5	Há muito tempo que não vou a um centro hospitalar.
6	a celeridade nas respostas e marcações de consultas, o tempo despendido para atendimento.
7	Mais profissionais de saúde e instalações a necessitar de melhoramentos
8	Rapidez e empatia dos profissionais (particularmente enfermeiras mais velhas)
9	Menos espera, mais respeito e empatia
10	Melhores instalações e mais recursos humanos para diminuir o tempo de espera no atendimento.
11	Aumentar o número de profissionais de saúde
12	Pela minha experiência e unidades onde sou acompanhada é o atendimento telefónico. Simplesmente impossível falar com alguém, é sempre necessário deslocações presenciais.
13	uma integração das marcações de exames, e de consultas. Atualmente no HSM uns pedidos de exames seguem automaticamente para o sistema, e outros tem de ser feita a marcação pelo utente no hospital ou noutros hospitais do centro hospitalar.
14	Mais rapidez no atendimento, menos tempo de espera nas urgências
15	é necessário melhoria da sala de espera.
16	Maior disponibilidade dos profissionais de saúde
17	Melhor gestão de recursos
18	O problema maior é o tempo de espera e não propriamente o atendimento. Por outro lado, penso que o atendimento é demasiado rápido.
19	Atendimento mais personalizado e empático
20	Redução do tempo de espera, Realização de todos os exames necessários para avaliação do problema/estado, Tratamento como "o doente" e não como "mais um doente",
21	Respeitarem as pessoas
22	Tratarem as pessoas com dignidade e respeito

23	Em primeiro lugar uma muito maior aproximação dos reais problemas das unidades hospitalares por parte das administrações. Em segundo lugar garantir uma muito maior dedicação aos utentes da parte dos Médicos e Enfermeiros e acabar com a filosofia actual de que "aquilo é um emprego como outro qualquer".
24	Mais pessoal
25	Mais respeito
26	Mais conforto nas instalações e atenção dos médicos
27	Mais profissionais
28	mais tempo dos profissionais
29	mais atenção
30	Mais rápido
31	Quase tudo
32	Mais atenção
33	Mais atenção
34	Atendimento mais personalizado
35	Mais profissionais
36	Conforto
37	Um pouco de profissionalismo e humanidade.
38	O médico ter mais tempo disponível para atender cada doente; Salas de espera mais espaçosas ou, idealmente, mais salas de espera em relação com o número de gabinetes de consultas existentes.
39	Passarem a respeitar mais as pessoas e não se sentirem superiores
40	Agora com o covid é uma confusão
41	Mais organização
42	Mais atenção
43	Mais respeito pelas pessoas
44	Explicarem melhor as coisas às pessoas
45	Procedimentos administrativos mais fáceis
46	Começarem a tratar as pessoas de uma forma mais humana
47	Mais atenção às pessoas
48	As instalações são um bocado antigas na enfermaria
49	Mais simpatia dos funcionários e menos tempo de espera
50	Melhorar a comunicação
51	Só fui à urgencia e correu bem. Achei caro o preço da consulta e exames
52	mais atenção dos profissionais

53	mais pessoas
54	Mais simpatia do pessoal
55	Melhoria no espaço de observação
56	O tempo de espera
57	Mais organização na marcação de consultas, disporem mais funcionárias para atender os telefonemas para marcações de consultas
58	Diminuição do tempo de espera, possivelmente pela alocação de mais recursos humanos
59	Melhorar as instalações
60	Deviam dar mais atenção às pessoas e fazer um "encaminhamento" como fazem os privados
61	rapidez no atendimento
62	Rapidez
63	Menor tempo de espera; melhor comunicação com a unidade hospitalar por meios informáticos (para marcação de consultas, por exemplo).
64	menos tempo de espera
65	Mais empatia
66	Tempo de marcações, tempo de espera
67	Estava frio na sala das urgências
68	Mais condições das instalações
69	Melhorar processos, é tudo muito complicado e burocrático
70	Marcar e alterar consultas é muito complicado
71	Empatia
72	O tempo de espera
73	Podiam dar logo alguns medicamentos para começar o tratamento, para não ter de ficar à espera de ir a uma farmácia
74	Mais simpatia e respeito no atendimento
75	Um hospital novo, que este já é velho
76	Tambem digo um hospital novo
77	Com o Covid é tudo mau, está tudo mal, é tudo à bruta
78	A comunicação dos profissionais
79	Correu tudo bem
80	Melhorar condições salas de espera
81	Mais educação dos profissionais
82	Atendimento nas consultas à hora marcada e não 2 ou 3 horas depois
83	Mais tempo e mais profissionais
84	Educação dos profissionais
85	Melhorar o tempo de espera nas consultas

86	Melhorar a educação dos médicos
87	Deviam ter mais atenção para ouvir os utentes
88	Mais acompanhamento no processo
89	Deixarem de tratar as pessoas com brutalidade e superioridade
90	Apenas algum tempo de espera que poderia ser melhorado
91	Mais informação aos familiares
92	Mais organização
93	Mais profissionais
94	Mais respeito e profissionalismo
95	Foi no início da pandemia e já nessa altura deveria haver mais espaçamento nas salas de espera, as pessoas estavam amontoadas, o doente é mais um numero, não é importante.
96	Darem mais atenção às pessoas
97	Contratarem mais médicos espanhóis, dão mais atenção e são mais simpáticos que os portugueses
98	Mais profissionalismo
99	Neste caso apenas as instalações são más
100	Simpatia, empatia, respeito

Questão 3 - No seu caso, e reportando-se a todos os contactos que já teve com estas unidades de saúde, o que considera ter sido “Pior” e “Melhor” nos cuidados que recebeu?

Tabela de Respostas, (Pior):

1	Demora no atendimento.
2	O que considero pior foi o tempo de espera.
3	O tempo de espera
4	Os tempos de espera são absurdos.
5	Não recordo.
6	instalações a necessitar de mais material de apoio para os profissionais poderem fazer o seu trabalho e prestarem um melhor serviço.
7	Burocracias e tempos de espera
8	tratamento arrogante e ríspido por parte de enfermeiras mais velhas. Perdem a paciência, não acompanham, fizeram-me sentir inútil enquanto mãe no pós-parto
9	Ser tratada como um ser inferior, sem respeito e empatia pelos profissionais
10	O pior foi a falta de comunicação que senti entre profissionais.
11	Demora
12	Alimentação

13	O pior - não ter recebido carta com marcação de consulta em santa maria e saber que tinha consulta 1 hora antes aquando da realização de uma prova de esforço no Pulido Valente.
14	O tempo de espera ser demasiado elevado, a confusão nas urgências.
15	O tempo dispendido
16	em muitos casos as condições do hospital em si, por exemplo Hospital de S. José em Lisboa.
17	Indiferença
18	O pior é que por ser considerada ainda uma pessoa jovem (29 anos), normalmente não te dão muita importância.
19	O pior: o tempo de espera para marcar consulta,
20	Pior quando não me fizeram/marcaram uma endoscopia para deteção de uma bactéria no estômago e quando não me dão ouvidos quando digo e repito que sou alérgica à penicilina e às cefalosporinas,
21	Falta de atenção
22	pior é serem arrogantes e acharem que estão a fazer um favor às pessoas
23	As coisas piores são sem dúvida as esperas nas Urgências e a total falta de interesse e dedicação da parte da generalidade dos médicos.
24	Não tenho queixas a fazer até a data tenho sido bem acolhida
25	Pior foi o tempo
26	indiferença
27	Pior a comida
28	demasiado tempo
29	diagnóstico errado
30	Indiferença
31	Pessoas mal educadas
32	Os profissionais não falam entre eles um diz uma coisa e outro diz outra.
33	tempo a mais para tudo
34	triagem com muita gente
35	comida
36	instalações degradadas
37	O pior a triagem
38	PIOR: uma vez - médico que não esclareceu devidamente os prós e os contras em relação a uma escolha de tratamento que teria de ser feita pela doente e que teria grande impacto na sua saúde (médico pouco empático, muito lacónico); várias vezes - espera muito grande em relação á hora marcada para a consulta
39	foi desinteresse de outras
40	andar a mudar de sitio

41	Desmarcaram a minha intervenção 3 vezes um caos
42	tempo de espera em tudo
43	a indifença de alguns profissionais
44	a confusão para fazer qualquer coisa
45	marcar qualquer coisa é tudo complicado.
46	foi a falta de respeito
47	pior remarcar consultas
48	(Não indicou)
49	Tempo de espera na urgencia
50	Pior, foram os antipáticos dos seguranças
51	foi ter de pagar um valor "alto"
52	Seca nas urgencias fora das horas "normais" é para esquecer.
53	nada de especial
54	a confusão para marcar os exames
55	A espera
56	o tempo de espera
57	espera a porta do centro muito demorada ao frio
58	excessivo tempo de espera para marcações de consultas
59	Já me fizeram diagnósticos errados
60	Foi tudo normal
61	pior foi tudo
62	Falta de Rapidez
63	falta de comunicação dos serviços, nomeadamente para onde dirigir-me, o que fazer quando lá chegar e em que momento os serviços estão concluídos..
64	o tempo de espera.
65	mau diagnóstico
66	Espera
67	o tempo de espera
68	O pior foi a confusão devido ao Covid,
69	Burocracia
70	Pior são os procedimentos complicados
71	indifrença de alguns médicos/enf.
72	foi o tempo de espera,
73	não há estacionamento sem ser a pagar
74	confusão para marcação de exames

75	foi o tempo de espera
76	foi a quantidade de gente que estava à espera
77	Pior foi quase tudo
78	demora
79	Pior – nada
80	tempo espera
81	Pior foi a negligência médica
82	é esperar por tudo e por nada
83	as urgências
84	foi o mau atendimento com falta de educação no guiché do secretariado do serviço
85	é a espera por tudo
86	O médico foi arrogante e mal educado
87	fui mal tratada pelo segurança (é de uma empresa externa ao hospital mas está a representar o mesmo, por isso deviam ter mais cuidado)
88	Pior após uma cirurgia ao joelho no HGO, estou há 6 meses á espera para marcar fisioterapia
89	foi a brutalidade e arrogancia do médico que disse que mais valia eu ter ficado em casa por cauda do covid, quando eu estava cheia de dores
90	Pior, sujidade (com teias de aranha) na sala de espera.
91	foi ter a minha mãe internada dias e dias e não darem qualquer informação
92	perderam os meus exames
93	foi algum tempo a mais
94	Por causa do Covid adiaram uma consulta de PMA no CH Espinho/Gaia II, e não voltaram a remarcar, agora após muitas insistências minhas responderam que já não era eligivel porque a idade já passou (isto depois de eu e o meu marido já termos feito todos os testes).
95	Pior foi mesmo a junção de pessoas
96	foi tudo feito à pressa e os pontos mal feitos.
97	ter de aturar a má disposição do médico.
98	Já me adiaram a consulta de Estomatologia 4 vezes estou a aguardar cirurgia por causa de ato médico mal sucedido e preços elevados.
99	As instalações velhas e sem conforto
100	foi a indiferença e superioridade de alguns profissionais

Tabela de Respostas, Melhor foi:

1	Resposta mais centralizada
2	O profissionalismo e atenção dos profissionais de saúde por quem fui atendida

3	<i>(O utente não identifica nada como “melhor”)</i>
4	A empatia com os doentes tem vindo a melhorar, o que é positivo.
5	Não recordo.
6	a disponibilidade de todos os profissionais de saúde na prestação dos seus cuidados.
7	Melhor: Pessoal (principalmente enfermeiros e auxiliares)
8	Melhor - resposta aos problemas da parte dos médicos, confiança nos diagnósticos, senti-me segura
9	Não houve melhor, apenas mau e péssimo
10	Consigo expor as minhas questões e sinto que sou ou escutada e respeitada. Não me inibo de questionar quando tenho dúvidas.
11	Centralização da resposta
12	Eficiência do Staff
13	os contactos regulares do HSM (médicos) neste período de confinamento - algumas boas práticas poderiam manter-se no pós-pandemia
14	O Melhor: Com sorte, o atendimento médico foi, de uma forma geral bom e isso acontece quando os médicos estão dedicados
15	diálogo com o médico
16	O melhor talvez as condições que os próprios hospitais têm como diagnóstico
17	segurança
18	<i>(O utente não identifica nada como “melhor”)</i>
19	esforço notório que se verifica de muitos dos profissionais no sentido de solucionar com os poucos meios de que dispõem
20	Melhor quando me ouvem com atenção e me prescrevem os tratamentos/receitas adequados
21	não se paga
22	Melhor é ser grátis
23	O melhor sem dúvida a dedicação e interesse de alguns médicos Espanhóis recém chegados ao SNS
24	Não tenho queixas a fazer até a data tenho sido bem acolhida
25	é grátis
26	melhor nada
27	melhor foi o cuidado médico
28	serviço publico
29	<i>(O utente não identifica nada como “melhor”)</i>
30	gratis
31	nada de bom
32	Custo do serviço

33	Melhor –nada
34	qualidade do atendimento
35	melhor é o preço dos tratamentos bem melhor que no privado
36	Melhor - Excelente equipas obstétricas
37	O melhor a parte médica
38	várias vezes - médicos muito competentes, tecnicamente e humanamente muito capazes; várias vezes - realização em tempo útil e de forma muito competente dos exames necessários ao que a situação clínica exigia.
39	foi a atenção de algumas pessoas
40	O melhor foi ter sido tratado
41	não tive de ir ao particular
42	tratamentos
43	melhor pouca coisa
44	fui bem tratado
45	A atenção de alguns enfermeiros mais atenciosos
46	melhor - não me lembro
47	não paguei nada do parto
48	Na gneralidade foi tudo 5*
49	tratamento
50	foi o atendimento no geral
51	o tratamento de alguns profissionais
52	Melhor nada de especial
53	nada de especial
54	foi ter sido tratado
55	A qualidade do pessoal técnico
56	profissionalismo do pessoal hospitalar
57	Melhor atendimento médico por parte da minha médica
58	os cuidados e serviços prestados são sempre de qualidade
59	o melhor foram os tratamentos
60	Foi tudo normal
61	não houve melhor
62	Atendimento
63	simpatia e empatia de alguns profissionais de saúde, e a explicação compreensível do problema de saúde em causa.
64	o tratamento
65	Tipo de Cuidados

66	valor pago pela consulta
67	foi ter sido tratada
68	melhor foi a consulta
69	a consulta
70	tratamentos
71	Melhor: o custo dos serviços bem menos que o privado
72	foi o custo e o tratamento
73	Melhor foi a consulta
74	custo em relação ao privado
75	melhor foi a consulta
76	foi ter sido tratada
77	melhor não houve
78	profissionalismo
79	consulta
80	tratamento e consulta
81	resta pouco para melhor mas provavelmente foi o conhecimento técnico da neonatologia
82	a diferenciação de alguns tratamentos
83	O melhor foi os cuidados de excelência e conhecimento
84	o diagnóstico e receita
85	alguns tratamentos
86	é a diferença de custo do que quando vou ao privado
87	alguns tratamentos
88	melhor foi a operação
89	melhor a Sr ^a Auxiliar que ajudou quando comecei com vômitos
90	consulta
91	Melhor nada de especial
92	custo do tratamento
93	foi a excelência do atendimento
94	alguns tratamentos
95	o atendimento no geral
96	Melhor: nada
97	a ajuda da enfermeira
98	alguns tratamentos
99	atendimento e tratamento
100	Melhor: não me recordo

Questão 4 - Diga a primeira palavra que lhe ocorre quando pensa na sua última utilização dos serviços de um hospital público.

1	Desesperante
2	Demora
3	Espera
4	cansaço
5	Necessidade.
6	direito.
7	Tempo de espera
8	Imprescindível
9	Imprescindível
10	Parabéns!
11	Demora
12	Simpatia
13	descoordenação
14	Tempo de espera elevado
15	fui bem tratado
16	Fraca
17	Frieza
18	Paciência
19	Boa
20	Espera... espera.... e mais espera
21	demora
22	arrogantes
23	Seca nas Urgências!
24	bom
25	indiferença
26	impassividade
27	cansativo
28	indiferença
29	respeito
30	demora
31	Deplorável
32	Desorganização
33	Demorado
34	Boa
35	Correu bem
36	OK
37	Horas de espera.
38	Satisfeita

39	normal
40	Foi bom
41	Tem que ser
42	Demora
43	Violência
44	Confusão
45	Demorado
46	violência
47	bom
48	Excelente
49	demorado
50	Normal
51	Bom
52	Seca
53	chato
54	Normal
55	O melhor sistema de saude
56	Demora
57	Lento
58	Lento
59	Bom
60	Normal
61	mau
62	Lentidão
63	Confusão.
64	Demorado
65	Normal
66	Espera
67	bom
68	Bom
69	Normal
70	Complicado
71	necessario
72	Bom
73	Bom
74	Necessário
75	Razoavel
76	razoavel
77	Necessário
78	Profissionalismo
79	Bom

80	Demora
81	Violência obstétrica
82	Demorado
83	Bom
84	Infelizmente necessário
85	Paciência
86	Má
87	Normal
88	Hospital publico
89	Anormais
90	Bom
91	Falta de respeito
92	Desorganização
93	Top
94	Incompetência
95	Normal
96	Mau
97	Tem que ser
98	negligência
99	Desmotivante
100	Normal

Anexo 3 – Entrevistas aos profissionais – guião de entrevista

Tópico I (Modelos de gestão, de valorização e importância do utente) – Questões:

1 – “*Considera que os modos de valorização do utente comumente referidos hoje em dia, como: (Cuidados Centrado no Utente, Empoderamento, Engagement, valor, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado e atendido nos serviços hospitalares do SNS? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*”

2 – “*Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento, engagement...)*”

3 – “*Que modelo de gestão poderia ser facilitador da integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Refere-se ao entrevistado o modelo tradicional (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia) e ainda novos modelos como Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)*”

Tópico II (Modelos de gestão, relação entre profissionais e saliência profissional – Questões:

1 – “*Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*”

2 – “*Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*”

3 – “*Como melhorar o modelo de gestão atual com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e a realização profissional dos mesmos. (Refere-se ao entrevistado o modelo tradicional (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia) e ainda novos modelos como Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)*”

Anexo 4 – Entrevistas aos profissionais - respostas

Entrevista 1

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

A resposta é: têm e não têm, o que tem mais contribuído para valorização do utente é o próprio utente ou grupos de utentes que valorizam as pessoas em si, as informam através de meios (nem sempre os melhores, a internet é o principal) mas que se informam sobre os assuntos da sua doença, ou da sua saúde e por outro lado a própria sociedade vai empoderando as pessoas para em ambientes democráticos se poderem manifestar, na relação com os profissionais sempre houve uma ideia de que os profissionais é que sabiam e essa ideia está a perder algum terreno em função do diálogo com o utente e da escolha com o utente e para isso contribuiu aquilo que são as orientações da saúde sobre o empoderamento do doente e da introdução do *engagement* do utente, mais do que os cuidados centrados no utente que é uma forma muito moralista e protetora de encarar os cuidados de saúde, por isso o doente é um parceiro e por isso é uma pessoa que tem que ser sempre ouvida e cujas decisões têm que ser tidas em conta. Não me parece assim que seja por essa dispersão e discussão de conceitos que indicou, até pelo contrário essa discussão foi obrigada a existir por causa das exigências dos utentes e acabou por se fazer uma espécie de “mea culpa” por se perceber que até aí as coisas não iam muito bem em termos de relação com os doentes.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Há medidas que são muito importantes, perante aquilo que são as maneiras dos profissionais encararem os utentes, acho que ainda há profissionais que consideram que sabem tudo e que aqui o médico sou eu, ou o enfermeiro sou eu e aqui quem manda sou eu, ou seja é um bocado não quererem ver invadidas as suas atitudes, não tanto o seu conhecimento, mas sobretudo as suas atitudes, por maneiras de estar dos utentes. Acho que a própria formação dos profissionais tem que ter áreas dentro do campo do respeito, do atendimento, do ter em conta, e considerar que a função do profissional de saúde é esclarecer a situação a uma outra pessoa, que pode saber, ou não, algo sobre o assunto, e essa pessoa tem que pedir e obter os esclarecimentos necessários até poder decidir, portanto ainda há muito autoritarismo e muito

paternalismo. Antigamente o autoritarismo estava muito disfarçado de paternalismo, atualmente é o autoritarismo que se nota mais da parte dos profissionais, principalmente dos médicos, existe este autoritarismo que tem que ser corrigido e mudar a nível das escolas a formação dos profissionais, este campo tem que ser fundamental. A humanização, o respeito e encarar a necessidade que a escolha seja feita depois de a pessoa ser devidamente informada, e a escolha é sempre do utente, o médico não tem que participar na escolha.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Qualquer modelo de gestão que garanta uma autonomia de grupo e responsabilidade do grupo com um programa elaborado que tem que ser obviamente aceite como possível pelas estruturas de saúde, qualquer modelo desses é sempre vantajoso relativamente aos atuais, agora persiste na mesma a questão dos utentes porque, estes continuam a fazer parte destes modelos de gestão e eles precisam de fazer parte dos modelos. Quem os representa ou como é que eles são escolhidos é variável porque as comissões de utentes existiram no papel e praticamente foram muito substituídas por representantes das autarquias, ou da Santa Casa da Misericórdia, quando havia parcerias com essas estruturas, portanto isso até pode existir, mas teria de se arranjar uma forma de representatividade para os utentes, estes deviam estar organizados para terem uma representação nas estruturas de diálogo aberto, claro que não se inclui aqui as decisões clínicas, e é fundamental a representação do utente. Os hospitais podem ter representações e estruturas intermédias que possam ser veículos de representação de coisas que possam ser propostas, pedidos, representações, etc. Portanto é preciso trazer o cidadão para a decisão e os novos modelos de gestão ideais, são todos aqueles que garantam uma responsabilização e autonomia de um programa em que os profissionais os possam gerir escolher quem dele faz parte, acho que isso é fundamental e inovador e penso que pode refrescar os modelos de gestão atuais.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Não sei se podemos pôr a questão do mais importante, a realidade é que as estruturas profissionais estão muito compartimentadas e são muito corporativistas, os médicos tiveram

sempre um estatuto de maior importância em relação aos outros grupos profissionais, de facto são eles que são os decisores em muitas coisas, são eles que são os responsáveis, são eles que vão ter que ir muitas vezes a tribunal quando há litigância, vão muito mais que os outros profissionais, mas aquilo que é fundamental é que temos assistido ultimamente ao ressurgir do grupo dos enfermeiros que entretanto teve uma formação muito mais completa e cada vez mais equivalente à dos médicos e que tem um estatuto de corporação muito mais forte do que os médicos e começam a ter alguma preponderância em hospitais, de tal maneira que se eles param o hospital pára e nesse aspeto também é verdade que se as estruturas dos auxiliares de ação médica pararem os hospitais também param, portanto o facto de parar uma engrenagem não depende estritamente do estatuto de cada um deles mas sim, em que medida é que cada uma destas funções contribui para a globalidade do funcionamento hospitalar, portanto se os médicos fizerem greve não vêm os doentes mas os cuidados dos doentes podem-se manter, ao passo que se houver um enfermeiro ou auxiliar que faça greve, um médico não vai fazer aquilo que os enfermeiros ou auxiliares estavam a fazer e nesse aspeto é verdade que tem havido uma preponderância de um grupo, mas essa preponderância tem que estar ligada a uma maior responsabilização, porque se assim não for a situação vai deteriorar-se porque a responsabilidade dos enfermeiros é muito diluída na responsabilidade médica e não pode haver uma diluição a esse nível e a responsabilidade tem que ser equiparada entre o que se faz em cada profissão, os restantes técnicos não são tão numéricos e não têm uma representação tão grande que possa constituir uma diferença. Aquilo que defendo é que a melhor gestão, será uma gestão integrada entre grupos profissionais e que nesses grupos profissionais devem estar integradas as várias estruturas, claro que não é fácil decidir diariamente reunindo as estruturas todas mas é possível termos uma fórmula de diálogo, de debate e de escolha de decisões onde os vários grupos possam ter um papel fundamental e esse aspeto tem que ser melhorado nas estruturas da gestão hospitalar. A gestão atual comporta o gestor propriamente dito, fazendo às vezes uma espécie de “policiamento” de algumas estruturas profissionais, e o próprio diálogo do gestor também não existe da mesma forma entre todos os grupos profissionais porque a própria rede entre grupos profissionais não está bem estabelecida, por isso é difícil até para o gestor não ter uma gestão por grupos compartimentados, então acaba por “mandar” nos auxiliares de ação médica, atemoriza alguns enfermeiros, e em relação aos médicos têm um bocadinho mais de respeito, mas nada disto está bem, a gestão é uma estrutura fundamental num hospital mas até agora tem sido valorizada de uma forma muito ligada às administrações puras e portanto é vista como uma espécie de emanação da administração, quando na realidade deveria pertencer ao grupo e decidir com o grupo coisas como a priorização das atividades da

decisão sobre tipo de produção a ter, etc, e esse tipo de coisas estão pouco experimentadas em Portugal.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não, não tem nada em consideração os interesses de valorização dos profissionais, em Portugal a valorização dos profissionais tem sido conseguida por várias formas e muitas vezes nem sempre ligadas às estruturas do estado, têm sido quer para os médicos e enfermeiros, os laboratórios farmacêuticos que têm até agora contribuído largamente para a possibilidade de haver formação profissional, isto entenda-se formação pós-graduada. Esta formação tem que ser revista em Portugal e o estado tem que passar a ter um papel nessa mesma formação e para todas as estruturas de carreiras, seja para os auxiliares de ação médica que à partida poucos têm algum curso prévio para ingressarem nos hospitais e a maior parte das vezes têm apenas algumas informações de quem gere sobre o que devem fazer ou não devem fazer, e isto é muito pouco e estes profissionais normalmente são os que mais faltam porque não têm nenhuma vinculação ao serviço e não sentem o serviço e a sua função como primordial. Já os enfermeiros têm tido na sua Ordem o veículo da sua formação, o que não é bom porque os vai corporizar demasiado e nem sempre ajusta as suas funções aos outros grupos profissionais. Nos médicos depois da sua formação inicial são realizados estágios que são feitos à custa do próprio profissional ou dos laboratórios e isso tem que mudar, desde logo porque os laboratórios já perderam esse cariz e depois porque essa função compete ao estado, e às estruturas para os quais os profissionais trabalham, sejam os hospitais, faculdades, centros de saúde devendo estes articular entre si.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Os modelos mais recentes são todos importantes e a integração dos vários profissionais e elaboração de planos de atividade e escolha de áreas de profissionais. Normalmente ficam sempre de fora as tarefas pouco específicas e pouco diferenciadas e que alguém tem que fazer. Refira-se por exemplo a dificuldade que tem existido agora em alargar os cuidados primários (USF) e o seu alargamento, seja porque não há verbas nem interesse do estado em que seja um modelo único, ou seja porque alguns profissionais não se reveem dentro desse modelo de gestão, pessoalmente não percebo o porquê de não se reverem nesse modelo porque é um modelo, que até pode exigir mais dos profissionais, mas é muito mais interessante para estes,

porque há aspetos das tarefas menos diferenciadas nos vários grupos (médicos, enfermeiros, auxiliares) e tudo o que seja funções menos diferenciadas têm que ser feitas, e as pessoas que as fazem não podem ser encaradas como uma espécie de subalterno de ninguém. Para mim o grande problema dos centros de responsabilidade é a sua extensão e coordenação e integração com as atividades menos diferenciadas e que exigem menos diferenciação, mas que se têm que fazer e têm que ficar sempre a cargo de alguém. Ou seja, esse é um problema a resolver porque isso vai transmitir uma ideia de profissionais de primeira e de segunda e não pode ser porque gera descontentamento. O valor dos profissionais que integram o CRI ou outra estrutura semelhante (USF) não pode ser superior aos outros profissionais.

Entrevista 2

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Eu apoio e tenho escrito muito sobre os cuidados centrados no utente, esse é o paradigma com o qual eu mais me identifico e aquele que é mais completo e abrangente, agora o que eu acho que existe é um problema da teoria à prática, porque há muita gente a falar e a escrever sobre isso, e depois especialmente no serviço público, esta é uma das grandes falhas do serviço público, os serviços são feitos não para o doente, mas para os serviços em si, e criam demasiadas burocracias, demasiadas dificuldades no acesso aos cuidados que não ajudam nada e na prática nós estamos de manhã a falar muito bem sobre cuidados centrados no utente e à tarde estamos a exigir um papel qualquer que tem que ser obtido num outro hospital, para eu neste hospital prestar esse cuidado. Ou seja, há aqui muita teoria e pouca prática, por isso, o que acho é que mais do que teorias novas é por em prática o que se sabe, e simplificar e tornar mais célere e essencialmente amigo do doente, no fundo é isso que nós precisamos.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Uma das medidas que é muito relevante e que até já está prevista, mas como é hábito na prática não se aplica, era haver um representante do utente com assento no conselho de administração dos hospitais, mesmo que não tenha poder de voto, mas faz sentido que quando o conselho de administração estivesse a tomar decisões sobre os doentes, que estivesse um representante dos doentes que pudesse opinar sobre estas questões, e alertar sobre questões que às vezes escapam aos profissionais e para os quais os doentes podem ser importantes, às vezes até são coisas simples que quem gere um hospital ou serviço de uma forma “macro” acaba por

desvalorizar, mas para o doente pode ser de extrema relevância. Por exemplo se as cadeiras são confortáveis, se está muito frio em determinado sítio, são coisas aparentemente pequenas e simples que quem está a gerir um hospital grande não liga muito, mas que têm um grande impacto na satisfação do doente, aliás é este o grande ganho dos privados, é nestas condições de hotelaria que no fundo os privados fazem diferença e não facilitam, estando sempre a investir e a valorizar estas questões e é esse o seu grande ganho, conseguindo ir de encontro das expectativas dos doentes. O público não tem esta gestão e tem aqui neste aspeto um total desprezo pelas condições que às vezes oferece aos utentes.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Pessoalmente sou um grande fã (espero não me vir a arrepender daqui a alguns anos) do modelo de gestão por Centros de Responsabilidade Integrada porque são uma oportunidade para descentralizar o funcionamento hospitalar e responsabilizar mais as chefias intermédias e aumentar a sua qualidade, aliando isso a uma maior participação do cidadão, ou ainda promover a existência do representante do cidadão nos hospitais pode ser uma boa conjugação de gestão para a obtenção de ganhos para o cidadão. Não esquecer no entanto que este modelo de gestão é muito semelhante às USF's e que uma das críticas que têm sido atribuídas a este modelo é a seleção dos utentes, porque a sua lista não é por área geográfica mas sim por capitação em que as pessoas não têm que morar ali forçosamente, mas fazem parte porque integraram aquela lista, e neste caso pode haver uma propensão a uma seleção inversa, escolhendo os doentes de menos risco, obtendo assim os melhores resultados financeiros e isso tem que ser verificado ou por legislação ou auditorias, para que se possa garantir o acesso aos cuidados de saúde de uma forma equitativa para todos, independentemente do modelo de gestão a equidade tem que ser garantida.

A Nova Gestão Pública tentou integrar no serviço público a ótica de mercado achando que isso trazia mais eficiência, na realidade até pode trazer aqui alguns ganhos de eficiência, mas também acaba por se focar mais em números do que em resultados e no serviço público o objetivo não é o lucro que dá, mas sim o serviço que presta. Para mim seria a conjugação destas três dimensões, o envolver mais o doente na tomada de decisão, a descentralização e responsabilização das chefias intermédias e retirar a ótica de mercado do serviço público, essa é uma vertente dos privados, não tenho nada contra os privados porque eles têm a sua lógica,

mas o serviço público tem que manter o seu foco em tratar todos da melhor maneira e de igual forma.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Nas profissões da saúde há uma clara hierarquia social, e isso é perfeitamente identificado quer dentro dos hospitais como também tem representação social lá fora, veja-se o exemplo das televisões, é frequente ver um médico a falar sobre questões de saúde e é raro ver um enfermeiro, tal como em outras situações um enfermeiro é mais solicitado do que um técnico de saúde, portanto existe esta hierarquia. Portanto os médicos são o grupo com mais representação e mais importância e influência dentro dos hospitais, tanto que o financiamento hospitalar é feito à medida da produção médica e não à medida da produção de enfermagem ou dos técnicos. Por fim temos os auxiliares e abaixo dos auxiliares ainda temos os trabalhadores da limpeza que esses por serem precários e mal pagos acabam por ser invisíveis e nem contam.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não, claro que não, até porque a lógica sempre foi conter salários e carreiras, tentar nivelar pelo mínimo. Os médicos por terem mais poder de influência foram escapando um bocadinho, mas não muito mais a esta lógica, agora enfermagem, técnicos e auxiliares esses estão mesmo sem carreiras e com salários baixíssimos o que depois faz com que o sector público não consiga reter os seus melhores elementos, facilmente o mercado estrangeiro vem cá recrutar.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Sim, na ótica dos profissionais modelos de gestão como os centros de responsabilidade integrada podem ser interessantes, aliás o modelo é semelhante à gestão das USF's e tem vantagens como a escolha de alguns indicadores como focar-se mais numa área ou noutra e o seu trabalho é recompensado com prémios e incentivos e isso faz com que um profissional que esteja numa USF raramente saia, porque sente que o seu trabalho é valorizado. Por isso se tivermos um modelo de gestão hospitalar em que os profissionais que lá trabalham tenham liberdade para escolher alguns dos indicadores e se o trabalho for valorizado há aqui realmente

uma mais-valia, não só em termos salariais como em termos de desenvolvimento profissional podendo escolher desenvolverem mais uma área ou outra.

Entrevista 3

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Considero que pode capacitar o utente, no entanto a participação deste ainda é reduzida, existe essa ambição de facto mas do ponto de vista prático os resultados são escassos. Não é por causa desses conceitos que automaticamente se passa a dar mais importância ao utente, é importante falar deles e reforçar as suas ideias, mas é necessário que toda a teoria passe à prática e traduzir medidas para o terreno.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Acredito que é muito importante definir bem a integração de cuidados, ou seja pensar o utente no seu percurso total dos serviços, devendo ter por base um plano individual para cada utente, e integrando todos os serviços, cuidados de serviço primários, hospitalares, todos. A estratégia passaria assim por uma integração de cuidados e um processo clínico transversal, e objetivos específicos para cada utente e solicitando a integração do utente, obrigando-o a participar, a pessoa tem que ter um papel ativo e a sua participação tem que ser valorizada dando-lhe a importância necessária para passar a ter influência na decisão sobre os assuntos da sua saúde.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Numa perspetiva de produção o modelo de Centros de Responsabilidade é interessante, e como tem um orçamento próprio isso também ajuda, agora ao ser circunscrito perde muito do seu impacto. Estes modelos promovem a especialização promovem a autonomia e indiretamente aumentam a produção. No caso dos Centros de Referência ao serem acreditados também são modelos que promovem a excelência dos serviços. Agora o que era interessante era poder expandir estes modelos e não os circunscrever a uma área específica dentro do

hospital, sendo que o objetivo inicial foi o de expansão, mas esse processo não tem sido eficaz, e era importante que o modelo fosse implementado como um todo dentro do hospital, porque tal como está até pode ser bom para os profissionais e utentes que usufruem do mesmo mas cria iniquidades face aos outros profissionais e utentes que não usufruem e acaba por ser prejudicial porque faz com que se sintam excluídos. Assim, ou os mesmos se tornam rapidamente universais e de acesso a todos os profissionais e utentes (o que é difícil) ou sendo sistemas parciais criam desigualdades que nada beneficiam o SNS.

Tópico II

Questão 4 - Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)

A minha formação é enfermagem, e não creio que exista algum grupo que seja mais relevante que outro, na minha opinião o foco, o modelo de gestão tem que estar focado no doente. No acompanhamento da doença, há alturas em que é mais relevante o acompanhamento pelo médico, noutras alturas é mais importante o acompanhamento pelo enfermeiro, noutras ocasiões pode até ser o administrativo, ou seja todos têm que contribuir e uns serão mais importantes numa altura e outros noutra altura. Um doente oncológico que necessite de ser operado, obviamente nesse caso o médico é o mais importante, já no pós-operatório o enfermeiro pelo acompanhamento que é necessário, neste caso o enfermeiro é muito importante pelos cuidados, controlo de infeção etc., já posteriormente e em casa o fisioterapeuta será o mais importante, portanto quando nos focamos no utente e nos resultados que vamos obter para o utente eu diria que não existe nenhum grupo mais importante que outro, até porque também noutra vertente se o gestor não garantir os recursos humanos, o material, o equipamento, tudo o resto falha, portanto é uma cadeia que todos os elos são relevantes e vai variando conforme o desenvolvimento do processo.

Questão 5 - Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?

Penso que não, acho que de uma forma geral existe pouco investimento na saúde apesar de ser um direito constitucional. O aspeto mais relevante é a remuneração e o posicionamento na carreira, mas em defesa dos próprios profissionais acho que é extremamente relevante o tema da formação. A questão do tempo é cada vez mais importante, o profissional referir a necessidade de mais tempo para si, até parece mal, porque está-se a assumir que o profissional de saúde quando assume esta profissão tem que ter horários desgastantes, chegar ao máximo de pessoas, trabalhar em dois ou três sítios, num contexto sempre muito adverso, e isto acaba

sempre por ter impacto na sua vida pessoal e familiar e depois começam os casos de “*burnout*”, de doenças psiquiátricas que dentro dos profissionais de saúde têm uma prevalência preponderante e é um tema que está sempre em cima da mesa, então a valorização profissional para promover rendimentos um pouco acima, e assim inibia as pessoas de terem de trabalhar em dois ou três sítios, e indiretamente teriam uma qualidade de vida acrescida, que inclusivamente se iria refletir na qualidade dos serviços prestados. A remuneração, a formação e o tempo são muito importantes, mas acho que há outro aspeto que é muito importante e às vezes nos esquecemos que é a missão dos profissionais de saúde, as pessoas na saúde têm muito esse espírito de missão, de entrega, o espírito de solidariedade e ajudar o próximo, e por isso era bom nas organizações que houvesse das administrações esse enfoque na valorização das profissões, nas tarefas. Tenho conhecimento por experiência própria do funcionamento no público e no privado e no privado há esta comunicação com os profissionais onde lhes é dito que são os melhores e que temos que prestar melhores cuidados aos doentes e no público isso nem sequer alguma vez se falou, e nunca foi transmitido pelos líderes.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Mais uma vez e à semelhança do que referi anteriormente, acho que para quem está dentro desses modelos será mais benéfico, já para os outros que não têm acesso ao modelo nem tanto e pode ser um fator de instabilidade. No caso dos modelos de Centros de Responsabilidade Integrada poderia ir além do que é feito e trabalhar numa perspetiva de “*benchmarking*”, ou seja devia permitir ter um centro de cardiologia por exemplo em Coimbra, Lisboa e Faro e trabalharem em conjunto e de forma transversal no SNS, por questões de variabilidade de custos, ou seja não necessariamente o preço mais baixo mas sim para redução da variabilidade de custos, ou seja fazer um cateterismo em Coimbra, Lisboa e Faro e ter um resultado igual para o doente mas também ter um custo igual para o SNS Mas temos sempre aqui o problema do âmbito restrito da sua aplicação, que no final é o grande entrave.

Entrevista 4

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Não, eu acho que não, considero que é importante que quando pensamos nos cuidados centrados no doente pensamos na boa prática clínica, e reportando ao Donabidean quando falamos em qualidade, no processo no resultado, são esses cuidados, cuidados prestados com qualidade, prestar o melhor cuidado, com o melhor equipamento para o doente também estar o mínimo tempo internado, e hoje em dia é isso que se pretende, é bom para o utente ou doente e para a instituição pelo custo que tem para a instituição um doente internado. Se damos mais importância...? A visão do profissional, e no limite nós estamos cá para cuidar dos doentes senão é desvirtuar esse conceito, não é por se dizer “cuidados centrados no doente” como disse, nós temos de ter boas condições de trabalho para os profissionais e satisfeitos porque se isso não se concretizar, se os profissionais não estiverem satisfeitos dificilmente as pessoas têm uma prestação com o melhor cuidado. Claro que é importante centramos o nosso cuidado para o utente, às vezes pecamos um bocadinho por isso. Agora vimos em termos de pandemia, o doente tem direitos mas também tem deveres e às vezes fica um bocado exacerbado todo esse poder do doente, vimos agora com o conceito dos acompanhantes/visitas, que nós cancelamos, o que é que importa? É o “empower” do doente ou é a segurança do doente? O que importa aqui é a segurança do doente, e isso é fundamental e não podemos confundir segurança com “empower”. É claro que é importante o grau de literacia de cada doente, nós recebemos reclamações que não têm qualquer sentido e que têm impacto na gestão, não há nenhum serviço que goste de ter reclamações, às vezes há elogios que parece que são encomendados, mas ninguém gosta de ter reclamações porque reflete o desempenho do seu serviço mas na realidade a segurança do doente é fundamental, e os cuidados dos doentes são fundamentais, com os pilares que sustentam a qualidade, com bons processos, com bons resultados, porque só assim é que se consegue. A gestão não pode ser hermética por isso não se pode fechar assim nestes conceitos tão herméticos, tem que ser flexível, nós gerimos uma instituição onde as coisas podem funcionar bem dessa maneira e depois vamos para outra onde já não, tem a ver com múltiplos fatores, sem ser necessariamente com a dimensão, tem sim a ver com *stakeholders*, com os profissionais, com os utentes.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Eu penso que, nós temos uma área de saúde muito particular e específica, e é sempre preciso investir, até na formação dos profissionais nunca é demais, agora de uma forma geral considero que os profissionais têm uma boa relação e de proximidade com os utentes, temos teleconsulta, temos mais consultas de enfermagem, relativamente ao atendimento, temos profissionais bem formados e temos cuidados para que haja reciclagem a nível de formação, é um grupo

profissional, os assistentes técnicos que muitas vezes são quase o parente pobre (assistentes técnicos e assistentes operacionais), é fundamental que eles tenham formação, porque normalmente o primeiro contacto com o utente é o assistente operacional ou o assistente técnico antes de chegar ao enfermeiro ou ao médico e são estes profissionais que estão ali no “*front office*” que têm de gerir até algum conflito nas salas de espera. Aqui o que é que nós precisávamos de melhorar? Precisávamos de reorganizar alguns espaços que temos alguma dificuldade em reorganizar pela constituição do espaço físico em si, e pelas suas limitações de uma estrutura antiga. O que precisamos de melhorar tem a ver com a estrutura. Novamente Donabidean, a estrutura, o processo e o resultado. Agora apesar de ser uma estrutura com estes anos, com quase noventa anos não tem tido impacto nos nossos processos, porque estamos na primeira linha das práticas das “*guide lines*”, nacionais e internacionais a nível técnico e a nível científico e os reflexos são bons em termos de resultados, nós temos apostado muito nos projetos de proximidade como a consulta de hipertensão. Agora que medidas podemos implementar para promover a melhoria profissional/utente? Se calhar tem já a ver com a própria reorganização de recursos humanos porque muitas vezes queremos implementar mas depois temos falta, não há, a enfermeira diretora não consegue disponibilizar enfermeiros para projetos de proximidade se tem falta deles na prestação de cuidados, a nível de estrutura já não tínhamos obras desde 198... e pouco, temos agora algumas obras em curso, coisas pequeninas, mas que apesar de tudo não têm influenciado em nada a boa prática a nível científico que tem um corpo clínico altamente diferenciado, e temos diferenciação a nível de obstetrícia e ginecologia.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Esses modelos podem ser facilitadores para chegar ao utente, nós temos os Centros de Referência, ou seja unidades que são referência, já prestam serviços de excelência. A acreditação destes centros é pelo manual da DGS, das unidades de gestão clínica, e que tem 5 grandes pilares, este muito, muito, centrado no doente, na elaboração, este têm que ter já sido reconhecido pela sua prática, uma prática clínica de excelência, tem que ter um corpo clínico diferenciado, com publicações internacionais e comunicações orais, a nível de equipamentos tem que ter diferenciação técnica, tem que ter equipamentos diferenciados que permita uma boa acuidade diagnóstica e depois todos os currículos são analisados, de todos os profissionais. Temos 17 centros de referência no centro hospitalar. Esse modelo que falou, o CRI é um modelo

de gestão muito interessante e pela proximidade para o utente também o é para os profissionais, mas já foi mais, eu propus isso aqui a duas unidades, porque são unidades de excelência e era bom que isto sobressaia. No tempo do Professor Manuel Antunes aquilo era maravilhoso, tinha um senão, eles tinham de estar em exclusividade, nesta altura (salvo erro) só 40% é que precisam de estar em exclusividade, portanto é uma coisa mais aberta, o problema é que ele geria um orçamento e não tinha nada a ver com o Conselho de Administração, eu lembro-me que o Professor Manuel Antunes conseguia comprar seringas e outros dispositivos mais baratos do que comprava os CHUC, então hoje em dia o CRI é aliciante para qualquer Conselho de Administração como uma forma de gestão flexível, agora para o médico, onde é que ali o médico ganha? Por exemplo nós, tenho dois CRI constituídos e para aqueles que têm atividade cirúrgica é muito aliciante na adicional, nestes que funcionam muito com MCDT's aqui dilui-se um bocadinho e porquê? O diretor do CRI tem que fazer um contrato programa, tem que o discutir com o CA, e por fim imaginemos que ele tem 10.000€ ou 50.000€ de lucro, antigamente com esse dinheiro ele dizia: tenho 3 médicos que quero que vão fazer um estágio aos Estados Unidos e depois preciso de um ecógrafo e ele podia fazer com o dinheiro, o que quisesse, agora essa parte de dinheiro ele tem que o dar ao CA e isso desagrade um bocadinho aos médicos, agrada a qualquer CA, é um modelo flexível e é como disse, são pequenos modelos e que são mais ágeis.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Enquanto gestora considero que todos são importantes para a instituição, agora considero os médicos uma peça fundamental para instituição, sem dúvida. Todos são importantes, o médico não opera se não tiver o enfermeiro, obviamente, mas o enfermeiro não vê um doente sem ter um médico, para fazer um diagnóstico sem ter o técnico de radiologia o médico não faz o relatório, agora é assim todos são importantes e a mim nunca me vão ouvir dizer que o enfermeiro é mais importante que o médico ou o médico é mais importante, porque isto é uma equipa. Os profissionais da gestão estão ao mesmo nível que os outros. Eu vim da prestação de cuidados e fui muito bem recebida porque nós temos outra sensibilidade, na gestão estamos no mesmo patamar, igualmente importante, o administrador só faz sentido se andar de braço dado com a classe médica e com os outros profissionais e muito mal está o gestor que pensa que vem gerir uma instituição de costas viradas para os médicos e que quer impor, temos de trabalhar em equipa, ninguém consegue gerir de costas viradas uns para os outros, o gestor tem de estar

a trabalhar de braço dado com o médico com os enfermeiros, com os assistentes técnicos com os maqueiros, com toda a gente, e tem de haver esta ligação. Falo muito dos assistentes operacionais porque às vezes são um bocadinho esquecidos, até mesmo nas formações e é preciso que isso não aconteça.

Questão 5 - Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?

A nível do SNS acho que cada vez mais a todos os níveis o SNS tem em conta a valorização dos profissionais, não sei se os profissionais pensam dessa forma, por estranho que pareça com a questão da pandemia muita gente valorizou mais o SNS do que valorizava, e realmente nós temos um SNS fantástico se compararmos com outros sistemas, e não é preciso ninguém bater palmas aos profissionais nós estamos cá para servir, é a missão dos profissionais é servir os utentes, porque essa é a profissão que se escolheu. Mas acho que o SNS tem políticas inovadoras e facilitadoras, das plataformas eletrónicas, tudo isto veio valorizar o trabalho dos profissionais, acho que a quantidade de plataformas que temos ao nosso dispor é um meio que os profissionais sentem como um meio de valorização. Obviamente que as pessoas atribuem a valorização à remuneração, à formação, sendo que esta está contemplada e há bastante formação mesmo gratuita, todos os hospitais têm, talvez o que esteja menos bem ou que mais se fala são os sistemas de avaliação de desempenho que aí contrasta muito com o privado, porque temos de convir que no público acabamos por privilegiar os profissionais que nada fazem, se ele é mau profissional eu nunca lhe peço nada deixo-o estar lá, e aqueles que são bons são muito solicitados, no privado valoriza-se porque as pessoas trabalham por objetivos e têm no final do ano mais um ou dois ordenados ou têm uma formação fora.

Questão 6 - Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Podem ser modelos de gestão em que os profissionais se sintam valorizados porque tem que haver uma diferenciação, são unidades que por si já sobressaem, portanto quem é que não quer fazer parte de um Centro de Referência, de um Centro de Responsabilidade Integrado? As pessoas gostam, depois têm todo um sistema de incentivos, vai para o diretor, vai para o gestor porque toda a gente está empenhada, ou seja todos ganham. Ganha o utente, ganha o profissional e no limite ganha a instituição porque, veja para o CA é sempre fantástico, a tutela adora, qualquer ministro da saúde vê isto com muito bons olhos, o que é que nós queremos? Queremos políticas inovadoras e queremos inovação e com esse tipo de microestruturas

conseguimos desenvolver outras coisas como, mais aplicações informáticas e conseguimos fazer sobressair uma unidade que já por si é de referência, e mais flexíveis e mais ágeis e onde se escolhe a equipa. Do ponto de vista dos profissionais é bem visto, os profissionais gostam.

Entrevista 5

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Eu vejo muita coisa a ser projetada e que depois não cumpre o objetivo, ou as pessoas que as projetam não as entendem completamente e estão muito distantes da sua aplicação, eu sinto-me um bocado frustrada às vezes, esse modelo da centralidade do utente não é nada de novo, a humanização, tudo isso são coisas que eu acho que são intrínsecas, eu acho que nem era preciso vir nenhum gestor inventar nada porque a medicina é isso e quem é médico eu acho que aprende isso nos anos da faculdade, eu que me licenciiei e já exerço há mais de 25 anos, já preconizava isso nos anos da faculdade, ou seja o doente é o nosso objetivo, o centro da nossa atenção é o doente, isso já vem desde Hipócrates, se nós formos ver quando fazemos o juramento de Hipócrates há lá uma frase que diz isso mesmo, diz o meu doente é a minha primeira preocupação, portanto o fazer as coisas centradas no utente é algo que já vem do tempo de Hipócrates, portanto não inventaram agora nada, isso é a essência da medicina tal como eu a entendo, tudo o que nós fazemos tem que ser com o doente no centro. Eu trabalho num hospital e para nós o foco sempre foi o doente desde sempre, não concebo a medicina de outra forma. Portanto tudo o que for feito de outra maneira está mal.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

O funcionamento dos serviços de apoio administrativo por exemplo têm muita importância. Por exemplo, os médicos têm atualmente que desempenhar um sem número de tarefas que não lhes dizem respeito e isso tira-nos o foco do doente, eu sou médica sou paga para um determinado serviço e só o consigo fazer com um esforço suplementar porque perco muito tempo a fazer coisas que não me dizem respeito porque os serviços de apoio não me apoiam corretamente, por exemplo a informática eu fui uma das entusiastas da informática mas depois no dia-a-dia não ajuda nada, eu sinto que a informática está no apoio à gestão e não está no apoio aos serviços clínicos, ninguém quer saber de implementar a informática para apoiar a parte clínica e mais uma vez se esta vertente funcionasse eu teria muito mais tempo para dar ao doente, para me centrar naquilo que é a minha função, as aplicações informáticas não estão

desenvolvidas para dar mais tempo e favorecer a função dos clínicos, mas sim a gestão, ou seja quanto é que há disto? Quanto é que se gastou naquilo? essa é uma das vertentes, depois há outra lacuna que é o pessoal administrativo, há um *deficit* extraordinário, por exemplo nós não temos secretariados, podiam ter outras funções e apoiar mais os clínicos, mas como não os há temos permanentemente que fazer tarefas que os secretariados podiam fazer, ou seja mais uma vez é tempo que nos é retirado que podíamos afetar ao doente. Ou seja, podemos dar mais atenção ao doente se nos derem mais organização e serviços de apoio.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Não, não me parece, não acredito nesses novos modelos, eu tenho uma perspetiva exatamente ao contrário, eu não sou a favor da descentralização, nesses modelos os que já foram ensaiados podemos ver que depende muito da pessoa que lidera, e às vezes corre muitíssimo bem, mas outras pode ser um desastre, e estou-me a lembrar de um caso em que foi anunciado como um grande sucesso mas nós que estamos do lado de dentro sabemos de coisas, que mostram, que afinal não correu assim tão bem, até porque existiram várias queixas dos profissionais face à forma de imposição, até com tiques ditatoriais, à moda daqueles líderes autocráticos que mandam em tudo, depois apresentava resultados fabulosos, não morria ninguém, mas recusava, ou seja aquela eficácia tinha um preço, eu tive vários relatos de pessoas que diziam que ele rejeitou doentes porque achava que o risco cirúrgico era muito elevado, não havia óbitos e só operava aqueles que ele achava que tinha hipótese de correr bem, portanto ouvi vários relatos de pessoas que chegavam lá e eram rejeitadas, depois iam tentar noutro lado e isto não é bom para o doente, portanto isto de pensar que determinado caso vai estragar as metas, as métricas, um modelo que tenha isto e funcione assim vai ser distorcido e nunca vai no interesse do doente. Mas também não acredito nesses modelos porque acredito que tem que haver uma orientação superior para todos de igual modo, as coisas têm de funcionar de cima para baixo com as mesmas orientações. Olhe mais uma vez a informática, e o problema das indicações não virem de cima e não haver uma uniformidade, por exemplo, cada hospital desenvolveu uma aplicação informática diferente e depois queremos ter acesso ao sistema em geral e temos barreiras, ou seja do ponto de vista central não foi desenvolvido um sistema e depois cada um faz uma coisa diferente, portanto os profissionais têm que ser motivados e acreditarem num projeto com orientações iguais para todos, além de que deveriam ter todos as

mesmas oportunidades. Ou seja o médico que tenha por objetivo fazer mais consultas, os doentes não vão ficar beneficiados com isso, porque ele vai tentar fazer sempre mais consultas e isso não é bom para as pessoas. Portanto no caso dos CRI eu não replicaria esse modelo.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Eu acho que são os médicos, e não eu por ser médica, até porque os doentes também acham isso, nenhum doente vai ao hospital para ser atendido por um gestor, o médico tem que estar lá em cima na cadeia de valor, não estou a desconsiderar os restantes até porque o médico não faz tudo sozinho, nós precisamos de ajuda, precisamos de todos, aliás precisamos muito de uma boa enfermagem, aliás logo a seguir aos médicos acho que são os enfermeiros porque se nós estamos lá para diagnosticar, para decidir os enfermeiros estão lá para executar, portanto eles são o nosso grande suporte, e claro todos os restantes técnicos dedicados às áreas complementares e diagnóstico. Agora não tenho dúvida nenhuma que os doentes fazem a diferença, e os doentes muitas das vezes vão a um determinado sítio porque ouviu dizer que lá existe um médico que lhe pode resolver um determinado problema. Isto é o que eu acho, mas não é o que se passa atualmente com a constante desvalorização da classe médica, muito em benefício dos gestores, os hospitais estão cheios de gestores, há um gestor em cada esquina.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não tem, e eu acho que o modelo de gestão dos hospitais está errado do princípio ao fim, porque não serve o interesse dos profissionais mas sobretudo não serve o interesse dos doentes e também não serve o interesse dos contribuintes, porque teoricamente tudo isto serve para gerir melhor o dinheiro público, mas isto não é verdade porque é um erro, um hospital público ser gerido como se fosse uma empresa privada, é trágico. Por exemplo os objetivos de um hospital privado são fazer mais consultas, fazer mais cirurgias, mais internamentos, gastar mais medicamentos, porquê? Porque o doente paga ou a seguradora paga e o objetivo é ganhar dinheiro, do ponto de vista de um hospital privado faz todo o sentido que o modelo seja esse, agora num hospital do SNS o objetivo não pode ser fazer mais consultas, mais cirurgias, mais atos médicos, o objetivo é tratar bem a população daquela área abrangida por aquele hospital, ou seja aquela população tem que ter os melhores indicadores de saúde e essas é que devem ser as ferramentas de avaliação, são os indicadores de saúde, o que é preciso é que as pessoas não morram de enfarte do miocárdio, tenham a hipertensão controlada, ou seja estas é que devem

ser as ferramentas de avaliação. Os orçamentos dos hospitais estão unicamente indexados à produção e isso é errado. Portanto o modelo não serve a valorização dos profissionais, porque existem locais onde as pessoas por fazerem mais consultas ganham mais um x, isto é absurdo porque depois a pessoas vão querer fazer sempre mais com prejuízo da qualidade do atendimento, e ninguém vai querer ver o doente complicado e difícil, e devia ser ao contrário o indivíduo que viu estes doentes devia ser muito considerado, e depois há outro problema generalizado, e isso é em toda a função pública, que é, não há uma cultura da meritocracia, mas aqui não tem tanto a ver com o modelo de gestão, mas mais com o sistema.

Questão 6 - Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Bom, não digo que não haja virtudes nesses modelos, mas vamos lá ver, estes modelos estão muito virados para a parte monetária e não é só o dinheiro que conta, eu acho que no SNS as pessoas deviam parar para pensar, porque as pessoas que aguentam historicamente o *bullying* que nos fazem, eu não digo que o dinheiro não conta, porque conta, pode é não estar em primeiro lugar, falo por mim e por uma série de colegas que conheço, e nós fizemos uma opção, nós podíamos ir trabalhar em acumulação e ganhávamos muito mais dinheiro, mas o dinheiro não é o primeiro, desde que a remuneração seja minimamente equilibrada e em comparação com outras profissões tem que haver um equilíbrio, se forem ver, acho que há muitas pessoas no SNS que não consideram o dinheiro como primeira prioridade, muitas pessoas têm um sentido de missão e isso dá uma satisfação e uma realização profissional que nenhum dinheiro dá, mas também precisam ser reconhecidas por isso. Agora voltando mais especificamente aos CRI, como é preciso apresentar resultados fantásticos pode haver uma janela mais estreita para a aprendizagem, e voltando ao exemplo já referido de Coimbra, verdade ou mentira o que corria nos corredores, era que tudo o que era coisa “top” era o diretor que ia lá e era ele que fazia, não havia muita margem de manobra de aprendizagem para os outros, aquilo tinha que dar resultados portanto ele ia lá fazer, sempre e numa situação dessas não deixa espaço para a aprendizagem e para o sentido de realização, muitas pessoas desistiram porque a parte nobre era sempre para o professor e não tinham autonomia, não tinham forma de crescer de forma independente e isto desmotiva. Mas isto tem, como disse, muito a ver com o tipo de lideranças e este tipo de modelos favorece muito as lideranças deste tipo. Às vezes basta haver um bom ambiente de trabalho para que as coisas funcionem, aliás é uma das coisas que faz as pessoas saírem do SNS Nestes modelos de gestão muito personalizados, as pessoas que se querem

evidenciar vão sair e depois vão ficar os medianos que não têm hipótese senão ficar porque esses são os únicos que aturam estas lideranças.

Entrevista 6

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

As questões e conceitos que refere não são considerados pela maioria dos profissionais, aquilo que é o foco principal e estou a falar de um serviço com centenas de doentes a irem às nossas consultas e com profissionais de múltiplas especialidades dentro do hospital, trabalhamos das 08:00 da manhã às 08:00 da noite cinco dias por semana e o grande motor é a lista de espera para consulta, a manutenção de primeiras consultas e subsequentes e o pressionarem do ponto de vista da administração e até da tutela de que a lista de espera não pode atrasar e se isso significar marcar doentes até em simultâneo à mesma hora isso acontece, independentemente de o doente ter de esperar ou não, portanto se de facto estivéssemos a falar de uma verdadeira atenção pelo doente, uma filosofia de colocar o doente no centro, não fazíamos as desmarcações que fazemos, quase de véspera, não se consegue avisar ninguém e outro tipo de funcionamento realizado por alguns profissionais que são verdadeiramente demonstrativos que esses conceitos não se aplicam, aliás na maioria dos profissionais arriscaria mesmo a dizer que, se já alguma vez ouviram falar desses conceitos, não os reconhece, não os compreende e muito menos os aplica.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Enquanto não passarmos uma geração ou duas porque ainda temos uma população muito idosa que ainda tem o conceito muito ativo de “o Sr. Doutor é que sabe” ou “o Sr. Enfermeiro é que sabe” e não gostam de reclamar ou têm medo de reclamar das coisas, enquanto não houver este empoderamento das pessoas e enquanto elas não perceberem que têm mesmo este poder. Depois isto também está relacionado com a literacia em saúde, a maior parte das pessoas não consegue interpretar uma coisa simples, como uma convocatória para vir a uma consulta, portanto quando estamos a este nível é muito complicado esperar que sejam os doentes o motor da mudança, mas acho que é esse o caminho, as pessoas têm que ser educadas para perceber que não é aceitável estar 4 horas à espera de uma consulta, quando esta foi marcada para X horas e só 4 horas depois é que acontece, não é aceitável e os utentes têm todo o direito para

exigir um mínimo de respeito para que as coisas corram de outra forma, ainda há muito poder do lado dos profissionais de saúde e isso às vezes colide umas coisas com as outras. O principal é mesmo educar a população, e ser muito transparente com aquilo que é a capacidade dos hospitais em cumprir aquilo a que se propõem, e nós aqui no nosso serviço temos desenvolvido um esforço enorme para fazer ver aos médicos que não se pode ter determinados tempos de espera, que não podem marcar doentes à mesma hora, por isso as regras existem, agora se não houver um conjunto de “guardiões” para garantir que essas regras são cumpridas corremos riscos como já vimos acontecer de se fazer “tábua rasa” disso.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Sobre essa matéria não consigo ajudar muito porque não tenho experiência de trabalho nesses modelos, existem aqui no hospital alguns estudos para implementação, designadamente de um Centro de Responsabilidade Integrada, mas nada saiu até agora do papel, relativamente a outros modelos, tivemos uma experiência relativamente ao desenvolvimento da hospitalização domiciliária, que era um modelo pequeno e muito centrado, mas foi muito numa ótica de experiência e funcionou muito bem, mas para mim não foi a questão da escala, se bem que tem sempre influência, mas sim as pessoas que estão a liderar o processo e com os profissionais que foram envolvidos, eu vejo coisas grandes a funcionar muito bem como vejo coisas grandes a funcionar muito mal, a maioria que é muito grande funciona menos bem. A grande diferença para mim está nos profissionais e nós temos de pensar que estamos ali para os utentes e se pensarmos todos desta forma independentemente do sítio as coisas pior ou melhor acabam por funcionar bem. Agora se a questão se prende com a preferência de estar num sítio mais pequeno e mais dedicado e com objetivos mais bem estabelecidos e com outro tipo de retorno remuneratório ou compensação, ou incentivo, claro que preferia.

Tópico II

Questão 4 - Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)

São os médicos, sem dúvida, isto numa instituição de saúde como é um hospital, agora claro que ninguém faz nada se não estiverem todos. Posso ter um hospital só com médicos que o mesmo não funciona. Podem ser os melhores do mundo e podem fazer muita coisa, mas não

fazem tudo e o mesmo se aplica se forem só enfermeiros ou se forem só TSDT, mas de facto se o hospital existe com o objetivo de tratar as pessoas, de tratar a doença, e de facto parece-me que serão eles esse motor, se eles não estiverem, não temos clientes.

Questão 5 - Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?

Não, de todo e basta ver a questão do SIADAP, eu sou enfermeiro chefe desde 2003 e não progrido na carreira há mais de 10 anos e até tive nos dois últimos biénios “Relevante” começa-se assim a ter uma consciência maior de que o esforço que fazemos dentro da instituição não se justifica, eu pessoalmente gosto muito de fazer o meu horário, nas últimas semanas abdiquei do meu descanso durante sete ou oito semanas, voltei esta semana, e isso para mim é muito importante. Obviamente o tempo é importante, mas não sou hipócrita e claro que gostava de ganhar mais, aqui há uns meses batiam-nos palmas, mas a gente não pode ir pagar a comida com palmas ao supermercado, o ganhar mais também é para permitir fazer outras coisas como ter outro estilo de vida, viajar mais, etc. Há dias falava com um médico que dizia “trabalho aqui, moro em Évora, e vou a 8 consultórios diferentes fazer privada, saio de casa às 08:00 horas, chego a casa perto das 23:00 – 24:00 horas, estou a dar em maluco, não pode ser” e há várias pessoas assim.

Questão 6 - Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Este período da pandemia até nisso veio mexer em muita coisa, e temos falado com grupos diferentes, assistentes técnicos, médicos, todos diferentes e com índices remuneratórios diferentes e aquilo que eu vejo é que é mais fácil, isto obviamente no SNS público com as suas regras, a verdade é que quando se fala em valorização remuneratória acabamos por estar todos muito espartilhados por aquilo que são as carreiras e os índices remuneratórios, poderá haver alguma flexibilidade na contratação médica, especialmente em algumas especialidades, se bem que daquilo que sei também não cometem loucuras, e se algumas acontecem tem muito a ver com a contratação de médicos para a urgência, vêm-se algumas loucuras agora com o pico da pandemia mas que vão desaparecer, temos a produção adicional quer cirúrgica quer de consultas, e anda à volta disto. Não tenho experiência na instituição de mais nenhum modelo de gestão que não seja este, o normal, SIGIC e adicionais, do que conheço de alguns centros de saúde, as USF que tinham alguns indicadores, com objetivos e modelos de contratação específicos que poderiam permitir outras remunerações, mas o facto é que tenho falado com

alguns colegas que integraram estes modelos e o que dizem é que de facto ao princípio isso foi verdade, mas a cada ano que passa, os indicadores são ajustados, e cada vez é mais difícil alcançar os objetivos e agora dizem que afinal não ganham nada a mais e que trabalham o dobro. Acredito neste tipo de gestão nos privados, mas no público não creio que venha a ser uma realidade, já relativamente à parte em que se diz que estes modelos podem fomentar a satisfação e realização profissional porque gosto mais da especialidade x, ou y, ou de realizar determinadas tarefas mais específicas, sim conheço pessoas que funcionam dessa forma e têm esse gosto, se bem que ao fim de uns anos cansa.

Entrevista 7

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Não considero que tenha sido por causa desses conceitos, tem havido muita conversa relativamente a centrar os cuidados no utente, mas acho que devido ao facto de se estar a abandonar o conceito paternalista da prestação dos cuidados é de certa forma uma coisa que decorre naturalmente à medida que o utente vai conseguir obter mais informação, principalmente através da Internet e outros meios parecidos, mas isso de certa forma é imposto pelo utente, se este for interessado vai tentar obter informação acerca do seu caso, senão acontece o outro extremo que é o utente não quer saber e delega a responsabilidade no profissional de saúde. Ou seja, os conceitos existem e são falados, mas não é isso que no dia-a-dia faz a diferença.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

A melhoria do acesso é fundamental, o grande problema continua a ser os tempos de espera e isso faz toda a diferença na relação entre profissionais e utentes, porque o tempo de espera tem impacto no utente que fica mais alterado e stressado e nos profissionais que nestas circunstâncias não vão conseguir prestar o mesmo tipo de cuidados, e é daqui que resultam muitas vezes os erros, devido a este *stress* de crispação do utente que está alterado pelo tempo que esteve à espera e falta tempo do profissional em analisar devidamente a situação.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia),*

modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Se for um tipo de funcionamento com estruturas mais pequenas e centralizadas como por exemplo as USF, penso que poderá ser uma boa ideia como forma de chegar mais rapidamente ao utente e ter um tratamento mais de proximidade, se bem que o conceito ainda precisa ser melhorado, esses modelos (USF, CRI) têm ainda pouco resultados publicados, um dos problemas que se fala muito no caso dos centros de responsabilidade integrados é a seleção de utentes o que não é bom. O SNS não pode fazer isso, os privados podem, mas o SNS não pode fazer seleção, esta questão é muito importante e está a criar desigualdades no tratamento e acesso dos utentes.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

O mais importante será o trabalho em equipa, não me parece que haja mais importantes porque se complementam uns aos outros.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não, tem apenas e unicamente em consideração a produção hospitalar, não há valorização dos profissionais de saúde de uma forma global portanto não tem só a ver com os enfermeiros, mas todos de uma forma global. Ninguém trabalha por amor à camisola como há alguns anos, e em termos remuneratórios, formação, etc, não há uma visão de gestão que tenha em consideração o profissional. Outra coisa que também me parece relevante é o desinvestimento na saúde ocupacional dos profissionais de saúde e isso para mim é desvalorizar os profissionais, o que aliás se pode confirmar pelo número de casos de absentismo, “*burnout*”, e tudo isto se vai refletir no atendimento prestado ao utente.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Os novos modelos como o centro de responsabilidade integrada baseiam-se muito em teoria quando referem maravilhas para os profissionais, isto porque os incentivos entre serviços vai gerar uma desigualdade entre profissionais, e porque é que eu sendo enfermeira com as mesmas qualificações de outra colega e a desempenhar as mesmas funções tenho que receber menos.

Tal e qual com os médicos. Esses modelos só têm por trás os sistemas de financiamento, e não foram pensados com a premissa inicial e fundamental de prestar melhores cuidados ao utente e melhorar as condições dos profissionais, mais uma vez temos a produção acima de tudo. A melhoria dos modelos para mim passa pela formação dos gestores de topo e que a sua escolha seja adequada e fundamentada nos conhecimentos para gerir unidades de saúde e não por escolhas políticas ou por amigos. Não me parece correto existirem pessoas que estudam as questões e adquirem conhecimento e depois são colocadas nos cargos outras pessoas só porque são amigas de alguém ou porque pertencem a um partido político, isto faz com que não existam hoje líderes nos hospitais mas sim chefes autoritários.

Entrevista 8

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Os conceitos fazem todo o sentido, não servem é para nada, ou seja não é por causa disso que se atribui mais importância ao utente, ou seja deveria ser assim, devíamos perceber o que é que o utente precisa quais as suas necessidades e respeitá-las, mas na verdade é que na prática funcionamos baseados muito na atividade e nos profissionais e não no utente, se bem que tem vindo a melhorar, por outro lado os utentes não são uma grande ajuda, quando pensamos em utentes, normalmente para defesa dos seus interesses pensamos em associações de utentes, mas estas associações têm uma visão muito limitada, ou seja têm a visão dos seus associados restrita a uma determinada patologia, e defendem aqueles doentes com aquela patologia e não estão nada interessados nos outros doentes, e como os recursos são escassos, os recursos que forem gastos naquela patologia não estarão disponíveis para outras, no fundo eu é que interessa, é a patologia que eu defendo que interessa. As associações de doentes além de só defenderem aquela patologia, o papel deles é ir buscar dinheiro, não se organizam de maneira que elas próprias sirvam os doentes seus associados, portanto...são conceitos muito bonitos, estamos aqui para servir o doente, estamos sim senhora, os profissionais estão de facto cá para os doentes, mas depois está tudo organizado em função do trabalho e do exclusivo interesse do hospital.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

O utente, para decidir tem que estar bem informado, e eles são capazes de decidir, tem é que ser dada mais relevância ao doente por forma a ter mais poder e estar mais em pé de

igualdade com o profissional para também poder exigir mais deste, e nós em política de saúde não deixamos nada à decisão do utente, a única vez que o utente foi chamado a pronunciar-se sobre uma questão relevante foi sobre a questão do aborto, e é uma questão um bocadinho lateral e nem foi por questões de saúde, portanto ao utente ninguém lhes pergunta nada, ninguém chega a ninguém e pergunta. Gastamos muito dinheiro em utentes com neoplasias, vamos até à terceira, quarta, quinta linha e fica ao critério do médico ou assumimos para todos, vamos até à terceira linha para todos. Não há decisões partilhadas, aliás há uma grande diferença dos cuidados prestados, um doente em Lisboa tratado no CHLN é tratado de maneira diferente no CHLO, já nem falo na diferença entre Lisboa e Algarve.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Os Centros de Responsabilidade por exemplo fazem algum sentido como estruturas mais pequenas que se tornam mais ágeis, agora os Centros de Responsabilidade também querem dizer outra coisa, têm que ter um orçamento que vai gerir, e como é que o vai gerir? Como sabemos os orçamentos dos hospitais são curtos, e mais mês menos mês já não há dinheiro, no caso dos CRI quando tiverem de gerir um orçamento se for sobre os mesmos pressupostos, como vai ser quando o orçamento escassear? O que vai prevalecer é o orçamento ou o utente? O grande incentivo do CRI é dizer aos profissionais que têm um determinado número de doentes, um determinado orçamento e agora façam melhor, em princípio farão porque se propuseram a tal, mas tenho dúvidas, e atenção também não nos interessa um CRI onde os doentes são escolhidos, porque não queremos ter maus números, para todos os efeitos vão centrar-se na gestão do orçamento, é como um privado e no privado o que interessa é o dinheiro. A valorização do doente passa mais pela informação, o doente tem que ser informado e tem que ser tratado com respeito e vimos muitos profissionais a tratar o doente por “doentinho”, em vez de tratar as pessoas pelo nome colocando-os num patamar de mais relevância, não muitos ainda tratam o doente por “querida”, “princesa”, tem que se tratar o doente com dignidade e o resto vem por acréscimo, no privado as pessoas são tratadas por “senhor” “Dr” ou “Eng”, não há cá “princesa” ou “querida” e é tudo com muita consideração. Até podemos ir ao pormenor da apresentação, porque também por aqui se vê o respeito pelos utentes, na privada o médico atende de gravata, no público muitas vezes andam de bata sem camisa, e bata atrás toda aberta, onde está o brio pela apresentação no respeito pelo utente? Acho que é por aqui que os hospitais

têm que mudar, mais respeito e um acompanhamento mais presente e para isto não é necessário uma grande mudança de estruturas de gestão ou de conceitos mas sim de procedimentos.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Cada um tem a sua importância, o conflito médico gestor é um clássico, mas assim de repente, quase que dizia que são os AO's. Estes são pouquíssimos valorizados com aqueles ordenados fantásticos que enfim, agora o facto é que eles fazem greve e é o pânico, não há cirurgias porque não há AO's no bloco, não há isto porque não há AO's, não há aquilo porque não há AO's, portanto...isto só para dar uma ideia de que esta coisa de quem é mais importante é muito relativa, acho que é uma questão com rasteira. Os médicos são obviamente fundamentais, mas o médico prescreve e depois se não houver uma boa equipa de enfermagem para assegurar a concretização e o bem-estar do doente as coisas não funcionam, portanto essa ideia deve ser desmistificada, porque já não há profissionais mais importantes que outros, também se o médico quiser operar é bom que tenha os gases anestésicos, os medicamentos, os fios de sutura e aí entram os chatos dos gestores que por vezes andam aos gritos e a alertar para algumas situações, atenção já não há dinheiro e ninguém os ouve, portanto são todos importantes. O que é que tem acontecido e acho que acontece? De repente querem todos ser mais importantes que o outro. Os médicos querem ser gestores, os enfermeiros querem ser médicos, os gestores às vezes também parece que querem ser médicos, os AO's querem ser enfermeiros, portanto como nenhum está realmente satisfeito no seu papel, todos querem mais, todos querem fazer um bocadinho o papel do outro que é aquele "...se fosse eu a fazer..."

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não, de todo. Os hospitais são os médicos e ponto, e isso viu-se agora no Covid, viu-se propor prémios aos médicos num valor absurdo, e desculpem lá, e se o aprovisionamento não tivesse trabalhado no fim-de-semana e à noite? Como é que as coisas chegavam? Como é que tiveram máscaras quando não havia em lado nenhum? Portanto e para estes não há nada? Quem fala do aprovisionamento fala dos financeiros, dos recursos humanos, dos engenheiros, que andaram todos a fazer coisas mirabolantes para se conseguir tratar os doentes, estão e esses? Bateu-se palmas aos médicos, um bocadinho menos mas também aos enfermeiros, então e os outros? Os técnicos de Diagnóstico e Terapêutica que ninguém se lembrou deles, e que estavam

na linha da frente a fazer RX aos doentes com Covid? Para esses não houve palmas, nem conheço nenhuma sugestão de prémio. Portanto no fim tudo isto gira à volta dos médicos, mais nada, a valorização dos restantes pouco importa.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Não sei se precisamos de novos modelos de gestão, por exemplo os cirurgiões querem operar, ponto, e querem receber por isso, o que faz todo o sentido, logo se nós dermos condições às várias profissões para eles fazerem aquilo que eles querem, porque no fundo é o que eles querem, os enfermeiros querem ter doentes para tratar. Tenho dúvidas, os CRI por um lado atraem, podem ser muito interessantes, mas acho que temos que ir por fases, porque isto tem que partir de um princípio de negociação, o compromisso entre os CA e os serviços tem que ser cumprido, os CA têm que estar preparados para ouvir as razões dos serviços e para impor certas metas e o serviço tem que estar preparado para aumentar a fatura e impor condições para esse aumento. A contratualização tem que ser feita de uma forma séria e não baseada em números mas no compromisso entre ambas as partes, sobre o número de intervenções, atos, cirurgias, e no final não havendo cumprimento tem que haver consequências, não havendo se for só uma bolinha vermelha num qualquer gráfico ou quadro, pouco importa, portanto este compromisso tem que ser de ambas as partes, se o CA diz que dá um determinado número de profissionais e depois não dão, é o descrédito, e isto pode acontecer. Ou seja, não é necessária nenhuma nova estrutura rígida de gestão, mas sim rigor, confiança entre as partes e não pode haver o “eles” (administração) e o nós (serviço), temos que trabalhar em conjunto, ambos cumprirem. As pessoas devem ser premiadas quando cumprem e ter consequências quando não cumprem. Ainda há um outro grande problema que é “o meu serviço” e o “teu serviço”, cada um olha por si, cada um defende-se a si, sem entender que todos fazem parte do serviço prestado, porque o utente que vem para a consulta de ortopedia, cirurgia, etc, também vai precisar de fazer RX ou análises e se for preciso contrata-se com os médicos as consultas de ortopedia até às 16h e o RX fecha às 14h, portanto “centrado no doente”? Claro que não, está tudo centrado no profissional. Portanto não precisamos de reinventar as estruturas, precisamos é de trabalhar em conjunto e respeitar o outro seja ele colega ou utente, e não trabalhar por “quintas”, e o CRI pode evidenciar ainda mais este tipo de funcionamento, e há histórias que se vão sabendo, de outros hospitais com CRI, como a rejeição de casos mais complicados, e mesmo sem CRI, temos o exemplo do Beatriz Ângelo que transfere doentes às “carradas” para todos estes

hospitais de Lisboa... Os hospitais têm que trabalhar de forma séria e sem suborçamentação porque se esta existir andamos todos a brincar ao faz de conta e nunca é possível pedir responsabilidades a ninguém porque como não são dados os meios, depois os objetivos não são atingidos e logo não há lugar a responsáveis. A grande aposta e preocupação tem que ser o método de financiamento dos hospitais, se é por GDH, por histórico, ou outro, tem que se experimentar, porque todos os modelos têm defeitos e virtudes.

Entrevista 9

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

O facto de dizermos que os cuidados são centrados no doente não é assim direto, para que isso fosse uma realidade tinha que haver um efetivo empoderamento do utente, o que quero dizer é que não conseguimos passar da teoria à prática porque vivemos muito ainda do funcionamento centrado no hospital, muito centrado na perspetiva do profissional e daquilo que o profissional acha que deve fazer e não é porque o profissional se queira sobrepor ao doente, mas porque o profissional acha que está a fazer o melhor para o utente, agora estamos cada vez mais perante uma sociedade cada vez mais informada e que reclama cada vez mais os seus direitos, que é participar no seu projeto de saúde. Por exemplo na área da obstetrícia, nota-se perfeitamente esta tipologia de funcionamento, porque as pessoas querem mesmo participar, escolhem o médico, o hospital a forma de realização do parto, tudo, em pediatria também se passa um pouco isso, ao contrário de outras especialidades onde o utente não quer saber e delega tudo nos profissionais e nesses casos não vale a pena insistir porque não há nem vai haver recetividade e pode até induzir ao conflito. Se quisermos então fazer realmente o empoderamento do utente temos que favorecer esta metodologia, e uma das formas é passar do “atendimento rápido” para o acompanhamento permanente do utente a partir do momento em que vem pela primeira vez à urgência, ou seja deveria haver um “*follow-up*” das pessoas depois da alta e perceber por um contacto mais próximo e poderá ser através de um telefonema se a pessoa percebeu e se precisa de alguma ajuda.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Temos que ver a questão pelos dois lados, pelo profissional pode haver em certas situações uma impreparação que pode não conseguir gerir, isto é evidente nas questões de grande conflito que às vezes descambam em agressão, eu dou-lhe um exemplo há pouco tempo tivemos que

dizer às pessoas da consulta externa que por causa da pandemia tivemos que limitar as entradas e não podiam entrar, ora dizer isto a uma população que vem muitas horas antes no autocarro das 08:00 para ter consulta às 12:00, que têm que ficar ao vento e ao frio, nós não podemos dizer isto de qualquer forma, e esta comunicação tem que ser bem feita e é neste aspeto que as coisas falham ou seja o profissional facilmente cumpre e faz cumprir as regras, mas depois é preciso nestes casos o cuidado de explicar o porquê, é necessário uma comunicação mais cuidada com os utentes, porque é preciso fundamentar o constrangimento que lhes vamos causar. Nós estamos aqui para tratar de pessoas, temos de pensar que essa pessoa está debilitada, está fragilizada, não tem autonomia, está dependente e se não houver um grande cuidado na comunicação com essas pessoas, então caso se proporcione essas pessoas vão dirigir a sua agressividade para a pessoa que está mais perto. A estratégia ideal no meio disto tudo seria a devida formação dos profissionais, abandonar a conceção de “eu é que tenho bata branca, eu é que sei”, não é, o utente é que é a razão para eu estar aqui e não o contrário, mais profissionais para ter outras condições e as pessoas não se sentirem frustradas por falta de capacidade na prestação dos serviços, e assim evitar desde logo as coisas mais graves como as agressões. Nós não podemos atuar do lado dos utentes porque não podemos controlar quem nos entra pela porta, agora do lado dos profissionais pode e deve ser feito, porque é o único lado que podemos controlar, e temos que os consciencializar para todas as situações passíveis de gerar conflito entre ambas as partes.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Em princípio sim, os modelos mais pequenos e mais direcionados podem fazer alguma diferença, ou seja tudo quanto seja uma gestão integrada de um serviço mais pequeno, vai criar uma equipa própria, com profissionais escolhidos, em termos de constituição da própria equipa todos estão muito mais vocacionados para o mesmo fim e todos já sabemos que quando se gere por exemplo um departamento cirúrgico o facto de haver um orçamento para gerir, com objetivos concretos para atingir e com uma equipa que já sabe quais são os objetivos. Agora no caso dos Centros de Responsabilidade Integrada, o primeiro centro que eu conheci falava-se já há uns anos de uma certa seleção de doentes, eu por acaso apanhei uns doentes desses centros e percebia-se....Agora quem está à frente desses serviços tem que avaliar todas as variantes para não haver nenhum enviesamento dos objetivos pretendidos, agora isto não é

necessariamente mau porque desde que não haja metas de tal maneira perversas que levem a alguma discriminação, levar os doentes a que atinjam determinados critérios para atingir determinados objetivos com uma cirurgia é positivo, já discriminar outros por não conseguirem, aí já não.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Sinceramente, acho que se olharmos apenas para a questão da produção, não há dúvidas que não há produção sem os médicos, agora se olharmos para o acompanhamento e gestão dos doentes obviamente que tenho os enfermeiros, se eu olhar para questões mais operacionais como agora temos o exemplo da pandemia em que os assistentes operacionais têm especial relevância perante a forma como limpam e atuam nestes espaços, então aqui são os assistentes operacionais. No caso dos enfermeiros, e no caso da gestão de doentes principalmente nesta fase, foram essenciais perante a forma como tiveram que fazer a gestão de camas, de doentes, reencaminhar os doentes. Mas cada um tem a sua importância em determinada área, se o hospital não tiver cardiologistas, anestesistas, etc, o hospital não anda. No entanto se tivesse que ressaltar hoje uma classe, e muito devido a este estado de pandemia, eram os enfermeiros.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Vamos a duas partes importantes, a remuneração e a formação, na remuneração houve grandes conflitos, e as pessoas acham que poderiam sempre estar melhor, como sabemos os enfermeiros têm sido uma classe muito penalizada, mas não nos devemos esquecer dos assistentes operacionais que serão a classe com piores condições, como sabemos ganham muito pouco. A altura da “Troika” foi excessivamente penalizadora, às vezes nem tanto pelo valor que se ganhava, mas do que era preciso para ganhar esse valor, ou seja eram necessários diversos turnos para atingir um valor razoável. Agora estamos melhor, ao nível do grupo dos enfermeiros não se sente tanto esta desvalorização, ao nível do grupo médico a compensação é muito devida à realização da “adicional”, estas duas classes foram sempre de alguma forma conseguindo torcear esta questão do vencimento porque como há falta destes profissionais ou pela adicional ou realizando trabalho em diversas entidades isto foi-se resolvendo. Agora a pior classe e a mais penalizada na progressão das carreiras é a dos assistentes operacionais, e estes até se nota que procuram fazer formação além daquela que lhes é exigida, e temos assistentes que até acabam por fazer formação superior ou outras formações. O hospital poderia ter uma

política de promoção da valorização da formação mas tal não é possível, e quando se consegue fazer alguma coisa é sempre na ótica da necessidade do hospital para uma determinada função e não na valorização pessoal do profissional ou para distinguir o esforço de um profissional. A valorização do tempo também se nota principalmente na parte médica porque é uma forma de aproveitar esse tempo para poder exercer noutro lado, agora o problema é que estamos em instituições em que as pessoas são sempre à medida. Há alguns casos em que as pessoas pedem redução de horário e normalmente é para apoio à família, mas na generalidade são coisas pontuais, mas é como digo são duas classes em que o hospital tem muitas carências de recursos humanos.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

O facto dos profissionais se sentirem entrosados numa equipa que é definida para determinado modelo de gestão vai potenciar a motivação, por outro lado se estiverem ainda em causa critérios de valorização como a formação, um pagamento diferenciado ou ainda ficar ligado a uma especialidade ou uma técnica específica isto vai ser muito mais benéfico. Não esquecer, porém, que enquanto instituição numa estrutura como o Centro de Responsabilidade Integrado, é pior porque deixa de haver mobilidade de alguns recursos humanos, porque em caso de necessidade agora podemos solicitar a um enfermeiro da ginecologia que passe a apoiar a traumatologia e por aí. O ideal era conseguir replicar a forma de funcionar do CRI em toda a instituição, para podermos proporcionar uma formação como deve ser, fazer estágios fora, poder fazer investigação e haver uma maior ligação à academia e era iniciar por aqui o caminho para evoluir, o investimento nos profissionais mais do que qualquer outra coisa é muito positivo. Agora isto é difícil num hospital pequeno como o nosso que tem perto de 400 camas agora imagino num St^a Maria, mas é necessário que se comece por algum lado porque é necessário e esses modelos podem vir a melhorar. Qualquer membro de equipa num modelo de gestão destes mais pequenos acaba por sentir-se envolvido de uma forma mais direta, quer na sua participação e na vontade de atingir mais os objetivos, coisa que num modelo maior acaba por se desvanecer, muitas vezes quando as organizações são muito grandes os profissionais dizem que a informação não chega e que decidem tudo sem consultar ninguém. Por outro lado, o órgão de gestão máximo acaba por ter mais facilidade em exigir o cumprimento de objetivos.

Entrevista 10

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Hoje em dia há muito isso dos cuidados centrados no doente, não tenho dúvidas que há muito mais atenção com o doente do que aqui há alguns anos, pelo menos nós temos muito mais recomendações das chefias, é possível que isso venha desses conceitos, mas seja como for não é algo que se pense no dia-a-dia, o importante é despachar o nosso trabalho, e isso acaba por acontecer com todas as classes profissionais, portanto acho que o utente ser melhor ou pior tratado tem a ver com o desenrolar do trabalho no dia-a-dia, se há muita gente, ou se corre bem, e não baseados nesses conceitos, ou seja o que quero dizer é que se o dia corre bem há mais atenção para certas situações, se corre mal, todos sofrem com isso. Pessoalmente acho que a melhoria do tratamento aos utentes tem mais a ver com outra coisa, sabe o que é? Comunicação social, hoje em dia se há um problema no hospital, devido a mau atendimento ou algo parecido qualquer pessoa liga para uma televisão ou faz um vídeo com um telemóvel que manda para uma televisão e num instante isto está cheio de jornalistas, esta é que é a verdadeira razão, ou seja é o medo de certas coisas serem facilmente denunciadas e irem parar à comunicação social.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Olhe eu também já tive de ir acompanhar familiares a outros hospitais e também já tenho estado diversas vezes no “papel” de utente, e não tenha dúvidas que os profissionais têm a “faca e o queijo na mão”, o utente apenas pode exigir “q.b.”, por isso a “força” está sempre do lado dos profissionais, agora há coisas muito simples que podem melhorar a relação entre ambos e grande parte dos conflitos que existem, que é os tempos de espera, quanto mais tempo os doentes estiverem à espera nas urgências ou nas consultas ou onde quer que seja, isso vai sempre proporcionar situações de conflito porque os doentes já entram zangados e revoltados com a situação, depois depende do profissional que apanham pela frente, também há uns mais compreensivos que outros como sabemos, e nós também temos vida pessoal que nem sempre corre bem e que nem sempre se consegue separar da vida profissional, e como os profissionais também não se sentem valorizados, já se sabe que tudo se vai refletir no atendimento ao utente, isto é uma “bola de neve”.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com*

um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

O doente vai ser sempre o “elo mais fraco” do sistema, a única forma era arranjam um modelo que responsabilizasse os hospitais (para o bem e para o mal) conforme o tipo de atendimento que prestam aos doentes. No privado quase que andam com os doentes ao colo porque sabem que são eles que lhes pagam o ordenado, e as pessoas são tratadas com respeito e carinho, e isto devia também já estar a acontecer no público, as pessoas deviam ser tratadas com respeito e serem bem acolhidas e valorizadas, porque aqui também alguém paga para que isto funcione, o problema é que ninguém se lembra disso e ninguém é responsabilizado por nada, portanto a única coisa que tem que mudar é o respeito mútuo pelos direitos e obrigações de todos os envolvidos, profissionais e utentes, só quando estiverem todos em plena igualdade e não houver um grupo que se sinta superior ao outro é que as coisas vão melhorar, quer entre profissionais, quer entre profissionais e utentes, e claro como já referi responsabilização pelos atos, se o atendimento é bem feito o hospital deve ser valorizado, se o atendimento é mal feito ou negligente o hospital deve ser penalizado.

Tópico II

Questão 4 - Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)

São os médicos, e todos os outros andam lá para criarem condições para os médicos trabalharem. Ninguém se importa com o auxiliar, agora quando nós faltamos nada anda por isso se calhar fazemos alguma falta, veja o caso dos enfermeiros, muitos médicos tratam mal os enfermeiros e não deviam, até porque alguns têm tantos estudos como os médicos no entanto são tratados como subalternos, agora quando fazem greve por exemplo fica tudo comprometido, por isso acho que todos deviam merecer importância, porque estamos num hospital e todas as classes são necessárias, por isso todos devem ter a mesma importância. Mas já agora dou-lhe um exemplo contrário, o médico a trabalhar no seu consultório ou clínica privada se for preciso faz de enfermeiro, auxiliar ou outra coisa qualquer, e um auxiliar não pode fazer de médico, ou seja, neste caso o médico é o único que tem capacidade para fazer tudo por esse motivo é o mais importante. Agora nos hospitais as coisas funcionam de forma diferente e é necessário valorizar todos, senão as coisas param, se formos nós a fazer greve as coisas também param, mesmo que estejam lá os médicos ou enfermeiros.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Claro que não, o único interesse é que as coisas continuem a andar sem grandes alaridos. As administrações e o governo o que querem é que nos anos em que lá estão, as coisas vão correndo sem sobressaltos de maior. Por exemplo a formação, no nosso caso obviamente que valorizamos a formação profissional porque também ajuda no nosso dia-a-dia, e isso está agora demonstrado com esta questão da pandemia por causa das medidas de higiene e desinfeção, agora a primeira valorização que pretendemos e o que é mais importante para nós são as carreiras, alguém consegue viver decentemente com 650€ se tiver família e filhos a seu cargo? Não, não consegue, gostava que as pessoas que decidem isto passassem uns meses a ganhar 650€ e depois logo viam como era, por isso querem que os profissionais andem contentes? Não podem, e isso depois obviamente reflete-se na prestação dos cuidados. Mas isto é fácil de ver, se os médicos não estão contentes, se os enfermeiros não estão contentes, se os auxiliares não estão contentes, estamos à espera de algum milagre quando se espera que tal não seja refletido no utente? Olhe é como diz um colega meu "...eles fingem que me pagam e eu finjo que trabalho..." e assim vão as coisas e assim se vai passando o tempo, ao fim e ao cabo isso do doente e doentinho coitadinho é só conversa, o doente desde que entra no hospital está constantemente a lidar com pessoas (na inscrição, no atendimento, na consulta, em todo o lado) e se essas pessoas sentem que não são valorizadas e não estão satisfeitas, isso reflete-se no doente, claro. Mas isto é muito simples de ver, em qualquer profissão se as pessoas não estão motivadas no trabalho ou até às vezes devido a questões da sua vida pessoal, a sua prestação profissional é afetada, seja ele médico, enfermeiro, auxiliar, sapateiro, pasteleiro ou caixa de supermercado, acontece com todos.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Para mim passa pela valorização dos profissionais quer ao nível técnico com formação, quer ao nível remuneratório, porque ao existir um reconhecimento as pessoas sentem-se mais valorizadas e defendem mais a sua classe fazendo com que todas as classes trabalhem mais em igualdade. Por outro lado, cada vez mais as administrações deviam colaborar com os seus profissionais no sentido de otimizar as necessidades pessoais das pessoas e a sua interligação com a vida profissional. Devia ser uma gestão mais participada por todos, que integrasse a opinião de todos.

Entrevista 11

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Os serviços de saúde têm estado mais centrados no utente, e vou falar mais da minha experiência, no meu hospital quase todos os serviços são acreditados pela D.G.S., e tivemos que alterar diversas coisas nos nossos procedimentos por exemplo da maneira como abordamos o doente, se bem que muitos procedimentos vieram melhorar a forma de interação com o doente, outros porém nem tanto e às vezes tanto queremos fazer, que o doente acha que estamos a ser intrusivas de mais e não querem, e não traz mais-valias para o serviço, tem que haver meio-termo. Ou seja, muito do que se fala é burocracia pura e dura e nem sempre ajuda, no entanto traz mais responsabilidade para o lado do doente e isso é bom, porque até agora a maioria dos doentes diz sempre “o médico é que sabe, ou a enfermeira é que sabe”, e isso é mau para o profissional, tem que haver cada vez mais uma responsabilidade do doente em dizer que “*eu tenho os meus direitos e os meus deveres, e sou responsável pelo que faço, pelas minhas terapêuticas, mesmo diferente do que o médico diz, eu posso ter uma opinião diferente*”, e esses conceitos têm vindo a trazer mais-valias nesse sentido, quer quando vejo isso pelo lado do profissional, quer pelo lado do utente, que neste momento tem mais poder sobre a sua saúde.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Como profissional sempre fui muito centrada no utente, no entanto por vezes reconheço que há um bocadinho de incompreensão de parte a parte, isto porque os profissionais de saúde estão cansados, sentem-se desvalorizados e isto é uma bomba-relógio, porque os doentes devido ao seu estado muitas vezes não compreendem que os profissionais de saúde também tem problemas, e aos profissionais de saúde muitas vezes falta empatia com a pessoa que têm à frente. No fundo o que falta na maioria das vezes e que podia ser um fator facilitador na maioria das questões, é comunicação, porque os profissionais na maioria das vezes não se sentem obrigados a explicar porque é que vão fazer uma coisa ou outra, ou porque é que um procedimento demora mais ou menos tempo. Portanto a melhoria da comunicação é o essencial, eu dou um exemplo, basta o profissional explicar porque se vai ausentar, ou porque vai demorar, para a pessoa normalmente perceber, se uma pessoa que está com muitas dores vir o profissional ausentar-se dois ou três minutos e não disser nada, isso parece um eternidade, agora se o profissional explicar o que vai fazer nesse tempo é logo mais fácil para a pessoa aceitar, e criar

ali logo uma empatia diferente, e os profissionais começarem a posicionar-se como os doentes e a pensar que um dia também eles podem vir a ser doentes. Os doentes chegam ao hospital já com uma “história” e com muitas situações de vulnerabilidade, eu já passei por várias fases, tivemos por exemplo aquela fase da crise em 2011, em que as pessoas não tinham dinheiro para comer e choravam porque não podiam ir levantar os remédios, tinham perdido apoios, e choravam, houve situações em que eu própria não consegui deixar de chorar porque não sabia o que fazer para os ajudar, portanto havia um enorme nível de ansiedade, e também estava relacionado com todas as outras situações, emprego, família, e tudo afeta esta relação, é preciso uma empatia enorme e saber colocar na posição dos outros, a maior parte das vezes não é preciso mais nada do que saber gerir a ansiedade e criar empatia. Agora nós entramos para um hospital e ninguém nos ensinou a falar com os doentes e isto é necessário, como abordar o doente, como gerir situações de conflito, muitas vezes o doente entra quase só com o objetivo de bater em alguém, não ouve, nem quer falar com ninguém. Portanto a formação dos profissionais na vertente da comunicação e da parte psicológica é muito importante, e melhorar a nossa forma de interagir com o utente e também na relação entre profissionais, muitas das vezes também não é fácil e o conflito entre profissionais é depois transportado para o utente.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

O meu hospital é pequeno e nós sempre funcionámos um bocadinho como Centros de Responsabilidade ou Referência, ou seja como temos uma dimensão reduzida temos uma relação muito próxima com o doente. Também trabalho em hospitais maiores e noto diferenças no sentido em que nos hospitais mais pequenos funcionamos assim como se fossemos uma família, e esta relação entre os profissionais é depois refletida nos utentes, os nossos doentes são super mimados, comparados com outros hospitais são tratados nas “palminhas das mãos”, há sempre telefonemas constantes para saber antecipadamente a situação do doente, como após intervenção. Ou até na própria altura do atendimento se não se consegue resolver uma questão com um telefonema, e porque o espaço é pequeno “pego nas perninhas” e vou lá. Portanto nós temos esta maneira de trabalhar, se quisermos ir a conceitos, nós já somos centrados no utente há muitos anos, mas é a nossa forma de trabalhar, é uma filosofia de trabalho intrínseca do meu hospital, não nasceu por imposição de conceitos. Agora quando vou para outros hospitais, a noção que tenho é que não há esta relação, esta necessidade de fazer um bocadinho mais pelo

doente, não quero dizer que se trabalhe pior é apenas outra forma de estar, como são estruturas muito grandes, o movimento tem que ser feito de outra forma, tem que se “despachar” mais, os profissionais não chegam para tudo e logo é normal que a atenção ao utente seja menor. Eu sou a favor de estruturas de gestão mais pequenas e mais próximas do utente que acabam por valorizar mais o utente, agora o que é que falha nestes modelos é que apenas acabam por ter a produtividade como principal e às vezes único indicador. O que eu passo aos meus estagiários é que no lugar de cada doente pode estar um familiar seu, o seu pai, a sua mãe, e as pessoas não são números.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Muito sinceramente depende das necessidades do doente, na altura da consulta o médico é o mais importante porque está em causa a sua cura, agora se ele já estiver a sair e apenas precisar de um transporte então a administrativa é a pessoa mais importante naquela altura, quando precisa de medicamentos a pessoa mais importante é a farmacêutica, portanto depende das necessidades, mas a meu ver somos todos importantes, normalmente é atribuída a maior importância ao médico porque é quem tem o poder de diagnóstico, mas não é assim, ao médico é-lhe atribuído sim um estatuto superior por este motivo, o que é diferente da importância que cada um tem em determinada função.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

A falta de recursos humanos é de logo o primeiro indicador da falta de consideração, porque ao não haver pessoas suficientes nunca vai haver tempo para aquela investigação, ou para escrever aquele artigo e isto revela falta de interesse nas pessoas, depois a parte remuneratória, não sou a favor de ganhar mais só porque sim, agora sempre que as pessoas fazem mais do que aquilo a que são obrigadas e se esforçam então devem ser recompensadas e reconhecidas e não são, e o acesso e evolução nas carreiras é completamente desmotivante, mas isto não tem a ver com o hospital mas é assim em todo o SNS, as pessoas acabam por ficar por “amor à camisola”, ou porque conseguem conciliar com outros trabalhos fora do hospital.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Acho que modelos mais pequenos têm vantagens, e as USF são um bom exemplo disso, são estruturas que funcionam bem, são ágeis e funcionais. Os modelos de gestão para serem eficientes devem responsabilizar as pessoas e isso normalmente não acontece. Os Centros de Responsabilidade Integrada servem exatamente este propósito, ou seja as pessoas são responsáveis por um orçamento e pela produção e têm que apresentar resultados e têm essencialmente que cumprir o melhor possível as suas funções. Qualquer que seja o modelo escolhido tem sempre que ter em atenção que tem que dar melhores condições simultaneamente a profissionais e utentes, se for só a uma das partes não vai funcionar.

Entrevista 12

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Faz sentido que os cuidados de saúde estejam centrados no utente porque é a eles que são dirigidos, uma ótima relação médico doente só vai melhorar tanto a capacidade do médico em intervir nos cuidados a prestar ao doente, como o próprio doente beneficia dessa mais-valia para mais rapidamente ver os seus problemas resolvidos, o único viés destas estratégias, não tem a ver com isto mas sim com o povo que somos, em uma espécie de iliteracia que existe entre nós e por vezes as coisas não são percebidas como deveriam ser. O problema de uma resposta cabal a esses temas tem a ver com o tipo de resposta do utente, ou seja o utente depois de saber que tudo está centrado nele faz uma coisa que é incorreta, que é achar que é o centro do mundo, e ele não é o centro do mundo, ele é apenas e só o elemento sobre o qual incidem uma série de expectativas e cuidados, é como a democracia as relações são biunívocas, nós só damos aquilo que recebemos e vice-versa, por isso se o utente não tem capacidade para perceber isto a relação entre ambos não vai ser boa. Acima de qualquer conceito teórico deveria de haver uma maior informação ao utente, eu sei que existem escritos por aí em todo o lado “Os direitos do utente” mas ou são coisas que as pessoas não leem muitas vezes porque não estão interessadas e delegam a responsabilidade nos cuidadores, ou então não percebem e também ninguém lhes explica, nisto tudo é fundamental ensinar as pessoas a ir ao médico porque todos precisamos de ser educados para determinadas circunstâncias. Portanto acima de tudo não são os conceitos, mas o respeito mútuo e cada um colocar-se na pele do outro e entreajudando-se entre si para obter os melhores resultados.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Há muitos anos que se discute se os cuidados primários de saúde tivessem sido formatados com uma determinada intenção a redistribuição dos doentes para os serviços hospitalares e serviços de urgência ia permitir uma maior proximidade do médico com o doente, aqui a criação do médico de família veio resolver a questão, o que não ficou resolvido foi a ponte com o serviço de urgência ou com o hospital. Foi criada a linha saúde 24 para supostamente diluir a chegada à urgência, uma das coisas que mata o SNS é a urgência desnecessária, porque consome recursos à unidade porque os doentes acabam por ser vistos e realizam exames e acabam por utilizar recursos que podem ser necessários noutras situações. Mas a saúde 24, do outro lado é um enfermeiro, portanto o que é que ele vai decidir? Vai encaminhar para o hospital, claro. Porque há aqui uma responsabilidade e o encaminhamento é sempre realizado da mesma forma. A nossa evolução teria de ser segundo o modelo inglês em que o utente tem sempre ao seu dispor via telefone, um médico, e é o médico que faz o diagnóstico e depois ou aconselha a ficar em casa ou se encaminha para o hospital, ele mesmo liga para lá para explicar o que se passa com aquele doente, e quando o hospital o recebe, o médico que o recebe já não precisa de estar a fazer o diagnóstico e a perceber o que ele tem porque já recebeu esta informação do colega. Ou seja o colega suspeita que o doente tem abdómen agudo, pode ser uma apendicite, pode ser outra coisa, basicamente o doente chega ao hospital e é logo encaminhado para uma unidade de diagnóstico para fazer uma ecografia ou uma TAC, e em função dos resultados instituir uma terapêutica, parecendo que não, ganha-se imenso tempo nesse trajeto.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

A ideia inicial da sua criação do presente modelo de gestão foi essa, podendo haver casos onde as coisas não correm tão bem, mas na maioria adapta-se e responde satisfatoriamente. Agora quem cria os modelos tem uma série de orientações programáticas, mas aquilo é muito bonito mas a aplicação é mínima porque falta-lhe a noção de como as coisas são na realidade no dia-a-dia porque não vão ao terreno.

O que o SNS tem de bom realmente são as pessoas, médicos, enfermeiros, auxiliares, uns mais inconformados, mais resilientes, mais biliosos, mas tentam sempre responder a toda a gente da melhor forma e tentam o seu melhor, os utentes, bem os utentes são o que são. O que é que veio incomodar mais ainda tudo isto? É a comunicação social, ou seja quando

esperávamos que uma boa comunicação ia ser uma melhoria na formação das pessoas e ia servir para transmitir às pessoas os seus direitos e deveres, estávamos à espera disso, mas na realidade isso é o que não dá dinheiro às televisões, o que dá dinheiro à comunicação social é alimentar a parte má do utente e vai sempre explorar a parte má, vai procurar o utente que está incomodado, o cigano que está há 3 minutos na urgência e diz que está há três horas, que bate nos profissionais e parte tudo e quando chega a polícia ainda bate nos polícias e no fim disto tudo não vai preso, ou seja o que estamos a assistir graças à comunicação social é que estes estão a fomentar a revolta das pessoas. Agora na generalidade tudo se resume a uma maior proximidade entre instituições e utentes, por exemplo aqui o centro de saúde mais próximo se trabalhasse com uma articulação direta connosco e quando falo nisto não me refiro a “passar o papel”, porque isso é o que é feito, mas sim a existir uma ligação direta com partilha de profissionais entre hospital e centro de saúde, isto até já se tentou mas de facto nunca chegou a funcionar, até lhe digo porque é que este tipo de coisas nunca funciona, é pela simples razão que nunca se pôs ninguém que estivesse fora do sistema a ir ao terreno e a analisar as coisas, falar com as pessoas e fazer o itinerário completo do doente e no final sentar-se com todos e criar um modelo que possa ser benéfico para todos, porque até agora tem sido cada um a puxar a “brasa à sua sardinha” e quem faz são sempre os mesmos que já pertencem ao sistema e quando o fazem é da sua cadeira do gabinete, isto porque não estão verdadeiramente interessados em resolver os problemas, mas sim em resolver os problemas políticos, ou seja é a teoria do modelo ser sempre teorizante.

Tópico II

Questão 4 - Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)

Há de facto uma diferenciação entre médicos e enfermeiros e agora já nem é por causa da licenciatura porque eles também já são licenciados, mas haverá sempre diferenciação, agora quem é o grupo mais importante? Acho na realidade que todos os grupos são igualmente importantes e em bloco, agora quem dá mais dinheiro ao hospital são os recursos médicos, porque são quem opera, quem faz consultas, quem salva-vidas, agora os médicos não seriam capazes de fazer esse trabalho se não fossem os enfermeiros. O doente chega ao hospital, é preciso alguém que o leve ao RX, é preciso alguém rapar o doente para ser operado, é preciso alguém para levar o doente ao bloco, portanto todos são importantes. O problema é que isto tem uma razão que vem de trás e já é histórica e começa logo nos bancos da faculdade, como sabe o título de doutor exceto as pessoas que são doutoradas, só há dois cursos que saem da faculdade

com o título de doutor é o juiz e o médico, todos os outros têm licenciaturas, e tem lá o Dr. mas não são doutores, e a sensação de superioridade começa logo aí, e é aqui que se vê o exemplo dos enfermeiros e dos médicos e de uma superioridade que não existe e uma inferioridade que não existe. Há uma coisa pela qual eu tenho pautado sempre a minha vida e tenho passado aos meus filhos, amigos, e alunos que é tratar todas as pessoas de igual modo, eu sei que sou um senhor doutor, sei que para muita gente sou uma pessoa importante, para o maqueiro, para o porteiro, eles consideram que sou uma pessoa importante, posso não ser para a enfermagem, ou não, mas sempre tratei toda a gente de igual modo, habituei-me a cumprimentar toda a gente desde que entro no hospital até que saio, porque tenho a convicção de que todos precisamos de toda a gente e por isso tenho sempre a ideia de que há uma altura em que estamos por cima e é muito fácil cuspir para os que estão em baixo, mas como o mundo é circular vai com certeza haver uma altura em que aqueles em quem a gente cuspiu vão estar em cima de nós a cuspir-nos, portanto muito naturalmente se eu não fizer uma coisa vou esperar que também não façam. Obviamente que todos temos situações menos boas e em que nos exaltamos mais, já aconteceu comigo no bloco, no entanto isso não invalida que passada a situação, e mais a frio não chegue ao pé da outra pessoa e que peça desculpa, dizendo que não faz parte e que vou fazer os possíveis para que não volte a acontecer, tudo isto nos vai amadurecer, e à medida que estamos com mais idade também vamos adquirir outras “skills” de forma a anteciparmos as situações menos agradáveis.

Uma das gangrenas que o SNS trouxe foram os administradores hospitalares, ou melhor não foram os administradores, mas a proliferação dos administradores. Subitamente alguém descobriu que o que era bom era ser administrador hospitalar, porque é um senhor doutor, saem antes de entrar, não precisam de assinar o ponto, têm carro, motorista e parque de estacionamento privativo, têm que apresentar uns relatórios de vez em quando, então o que é que aconteceu? Subitamente, aumentaram de tal maneira os administradores neste hospital que tiveram que colocar mais do que um administrador por serviço. Parecendo que não isto não cria um bom ambiente porque é preferível trabalhar pouco tempo com um grupo pequeno do que andar anos e anos com um grupo grande que não apresenta resultados e uns vivem à custa dos outros.

Questão 5 - Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?

Devia ter, não sei responder se realmente tem, tenho dúvidas. No espírito da sua conceção sim, vejamos o exemplo, você é um gestor de uma casa, tem uma empresa, e tem que pensar que só vai ganhar dinheiro se as pessoas que trabalham consigo forem valorizadas, se tiverem

forma de se valorizar, porque isso é a forma de poderem assegurar trabalhos cada vez mais difíceis e mais rentáveis. Imaginemos um gestor de um hospital onde só sabem fazer hérnias e quistos dermóides, que é uma coisa fácil, claro que vão fazer muitos, mas qual é o retorno disso, quer monetário, quer para o profissional? Nem um nem outro, para o hospital o valor pago por esses atos é insignificante, para o profissional é desmotivante do ponto de vista profissional e de formação. Por exemplo neste hospital nunca foi criada uma bolsa de apoio à formação médica e há um centro de formação médica no hospital, mas eles veem a formação médica no sentido da ética, da dialética e não no sentido da técnica, ou seja a formação que existe é baseada na melhoria da utilização dos recursos, da auto disciplina médica, a otimizar as condições, com o objetivo de atingir o maior ganho ao hospital, não recebendo o profissional qualquer prémio por isso, o prémio vai sempre para o administrador porque ele é que é o rosto, ele é que leva a medalha, ele é que é agraciado, e depois faz sempre aquele papel que há 50 anos é sempre o mesmo “muito obrigado, gostei muito de ter estado aqui foi um prazer ter-vos servido” é uma “chapa” não serve para nada a não ser valorização pessoal. A formação até há bem pouco tempo, agora já não, era suportada pelas farmacêuticas, outro polvo que precisava de se alimentar do SNS, mas diga-se em abono da verdade que tirava com uma mão mas dava com a outra, era verdadeiramente quem pagava a formação dos médicos, claro que depois houve aqueles dislates que há em todas as coisas, e que não controlamos e que envolveu certas estratégias... Portanto o hospital não dá formação a ninguém, não dá uma bolsa a ninguém, não paga um congresso a ninguém, percebe-se que o hospital tenha dificuldades a garantir a todas as pessoas esse acesso, por isso prefere esconder-se na sombra, não se responsabilizar por isso e esperar que cada um faça por si, à custa da sua família, à custa do seu erário próprio, e depois se tiver uns amigos de um laboratório que lhe paguem um congresso ou uma formação, melhor. O problema está então aqui, deste lado da barreira está quem serve o utente, e se quem serve o utente não se sente valorizado, não se sente feliz..., é aqui é que está o maior problema.

Questão 6 - Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Tenho dúvidas que essas “receitas” tenham sucesso, porque o que está em causa é o tipo de tratamento que os profissionais têm, é algo mais relacionado com respeito, valorização, valores, e os modelos de gestão tradicionais não percebem isto. Os modelos de centros de referência, surgem porque não pode haver toda a gente em todos os hospitais a fazer tudo, há coisas que são diferenciadas, há doenças que exigem uma preparação diferente e por isso as pessoas de

cada equipa criaram mais empatia com determinada patologia e tentam melhorar dentro daquela patologia, claro que são cirurgiões que operam tudo, mas cada vez mais vai haver cirurgiões a operar, só fígado, só estomago, só esófago, só colon, ou seja a especificidade dentro da especialização isso é que é fundamental, e só assim é que se é bom, não é dominar tudo mas sim numa coisa só tentar ser o melhor possível. Houve uma altura em que a classificação dos hospitais era a quantidade de doentes por número de tempo. O hospital de Águeda estava sempre um primeiro lugar, pois só operava fimoses aos miúdos, agora nós aqui uma cirurgia a um pâncreas dura 4 a 5 horas, uma cirurgia ao fígado leva 3, 4, 5 horas, com uma responsabilidade brutal. Por exemplo o que é que se pede hoje ao hospital? É a codificação, é pôr aqui uns códigos, que uns fulanos metem lá e dizem “sim senhor o seu serviço operou 500 doentes, ganhou 5 milhões, nós vamos dar-vos 5 milhões para investirem no serviço” quem dá o dinheiro, não percebe se estamos a fazer bem ou mal, se estamos a trabalhar bem ou mal, quantos é que morreram, se podíamos reduzir o número de mortos, se podíamos operar melhor, mais qualidade em vez de quantidade, se podíamos ter um descanso maior para não cometermos tantos erros, se era possível não operar tantos doentes durante a noite, claro está excetuando as situações emergentes, não se controla quando se vai ter um acidente, ou quando cai, ou quando rebenta a aorta, agora há outras situações em que não é necessário. É angustiante estar 40 anos numa instituição, que no primeiro dia de reforma em que sair daqui, de repente deixa de nos conhecer, é angustiante ter dado muito ou pouco nesses 40 anos a uma instituição que daqui amanhã nos vai tratar como um indivíduo normal, que nos vai fazer pagar a consulta, pagar o exame, digamos que há uma série de coisas que podia ser feita para aligeirar um certo desprezo que vamos tendo por parte da instituição porque ela não nos dá nada. Por exemplo a instituição não ficava mais pobre se garantisse alguns apoios aos seus funcionários após a saída das pessoas para a reforma, até mesmo em função até da sua capacitação, isto é, se fosse um indivíduo auxiliar de ação médica que recebia o salário mínimo poderia ter até tudo franqueável, era bom para a pessoa saber que no hospital onde esteve, onde trabalhou tem alguém que é mais fácil de o acarinhar porque já o conhece, que pode tratá-lo, pode orientá-lo, pode ajudá-lo no tempo de vida que lhe resta, que nem é assim tanto porque normalmente as pessoas morrem perto dos 80 anos, se se reformam aos 70 não é assim tanto tempo para consumir recursos à instituição. Em suma não há nenhum modelo de gestão completamente eficaz, não sei se alguma vez vai haver e existe hoje em dia pouca aproximação à realidade. Portanto nós aqui não vivemos, se queremos ter alguma coisa temos de trabalhar de uma forma incessante, aqui ao lado em Espanha as pessoas vivem, têm tempo para eles, mantendo um equilíbrio entre a vida familiar e profissional nós não, é um desencanto que subsiste. Por isso não tenho confiança em algum

desses modelos, julgo que deviam ser dadas condições condignas às pessoas para poderem exercer a sua profissão de forma adequada recebendo contrapartidas adequadas, principalmente reconhecendo quem se esforça.

Entrevista 13

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Os profissionais hoje em dia são diferentes de há 40 anos e comparando a evolução hoje em dia há outro trato, com mais sensibilidade, mais proximidade, agora neste momento devido à situação de pandemia os profissionais estão saturados e exaustos por isso o utente fica a perder, por isso a relação entre ambos fica também a perder. Agora há que ver também que mesmo sem Covid existe uma insatisfação do pessoal que se tem vindo a sentir, e situando isto em tempo, desde que houve a “Troika” nada mais voltou ao que era, isto porque houve uma machadada nas carreiras, nunca repuseram uma série de coisas, o pessoal perdeu a sua ligação e entusiasmo na carreira. Por outro lado, as administrações das organizações e no meu hospital fazem-me sentir que sou mais uma, sou um número. Portanto houve uma evolução no tratamento dos doentes, mas devido às más condições do pessoal o utente é afetado devido à insatisfação das condições do pessoal, ou seja, o que realmente conta para que o utente seja mais valorizado e para que lhe seja atribuída mais importância é a melhoria das condições dos profissionais.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Isto agora com o Covid está diferente, mas as queixas de parte a parte antes do Covid eram muitas. Por exemplo quando comecei a trabalhar as equipas tinham sete médicos agora têm quatro, logo isso revela que a atenção aos utentes não pode ser feita da mesma maneira, até porque há mais utentes. Outra coisa é a forma de falar com os utentes, ninguém nos disse como falar com eles, no nosso hospital, aparecem, africanos, indianos, chineses, tudo e mais alguma e ninguém se preocupou em saber como é que a comunicação se pode fazer da melhor forma, muitos deles não falam português, nem uma língua que se entenda e depois isto cria uma falta de comunicação entre profissionais e utentes que não resulta bem, e são muitos casos nestas circunstâncias.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Desde logo é preciso que exista responsabilização dos profissionais, se lhe disser que ninguém controla ninguém, você admira-se. É preciso promover os profissionais, as instalações e controlar os gastos e os custos. Se fosse criado um serviço mais pequeno dentro do hospital, mas que fosse independente penso que seria interessante porque era mais fácil para os utentes quer para chegar aos serviços quer para tratar de qualquer coisa. Eu até já tenho dito em relação ao hospital, existe aqui tanto terreno porque é que não fazem aqui uma maternidade ligada ao hospital, assim as pessoas escusavam de entrar pela urgência geral, e era mais fácil e mais dedicado, mas ficava com uma gestão independente. Isto para o utente era muito bom.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Não há dúvidas, são os médicos. Uma vez uma médica anestesista disse-me “olhe, você é uma auxiliar e até faz mais do que lhe compete, mas não tenhamos ilusões e não ande aí a defender as suas colegas, porque se algum dia precisar de alguma coisa, não são as suas colegas que lhe valem, são os médicos, porque os médicos conseguem fazer o seu trabalho, mas você não consegue fazer o nosso.” Agora, todos os outros são necessários, enfermeiros, auxiliares, por exemplo quando o utente toca a campainha quem vai em primeiro lugar é o auxiliar, nós somos o grupo profissional que tem maior proximidade com o utente, porque é o auxiliar que põe a arrastadeira, limpa, a senhora quer vomitar é a auxiliar que está lá, a senhora está nervosa é a auxiliar que lhe dá a mão, portanto nestas pequenas coisas está lá sempre a auxiliar, é uma função menos técnica, mas é em muitos casos a mais importante, mas também ninguém quer realmente saber, desde as estruturas de topo da gestão e do governo até ao próprio auxiliar nem ele próprio defende a sua carreira. Nesta pandemia, o auxiliar desinfeta, limpa e sei lá mais o quê, e isto é tudo uma enorme responsabilidade para o auxiliar. O auxiliar a nível hospitalar não tem voz, nós somos uma profissão sem incentivos, sem valorização de carreira, sem controlo. Eu já trabalhei numa PPP e não tem nada a ver com a gestão pública, eramos muito mais controlados, agora cada um quase que faz o que quer, ai de nós noutros tempos se fossemos

fumar para a rua sem trocar as socas, e outras coisas, era outra exigência. O estado devia ser melhor gestor, agora o que se passa é que como não dá condições também não exige.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Acho que não, nenhum grupo profissional se sente valorizado, vão para o seu emprego, porque têm ordenado certo, têm uma especialização, isto no caso dos enfermeiros. Nós também não, e eu sou positiva e lutadora por natureza, mas não há qualquer valorização ou reconhecimento. Houve uma altura em que havia muita formação, de posicionamento, higiene, desinfeção, como prestar cuidados na generalidade, levante do doente, mas agora praticamente não há nada, na altura da “Troika” houve um corte de tudo, e nunca nada foi resposto. Quando erámos PPP, posso dizer-lhe que sempre havia outro reconhecimento, por exemplo naquela altura quem tivesse avaliação de 100% e assiduidade tinha um ordenado de incentivo ao fim do ano, e de três em três anos íamos tendo um tipo de diuturnidades. Agora neste momento nem sei em que fase estamos, o que sei é que um auxiliar com horário fixo de manhãs traz para casa à volta de 700€, já com o subsídio de alimentação incluído. Depois é uma total desvalorização sobre os auxiliares, quantas vezes ouvimos dizer das chefias quando tentamos dar sugestões: “não se preocupe com isso, você não está cá para isso, alguém se debruça sobre isso”, por isso o nosso pensamento é logo de que não vale a pena. Aliás, eles dizem que a minha profissão não é especializada, mas eu considero-a. Muitos médicos da especialidade onde estou foram para o privado porque ali não lhes quiseram reconhecer o valor e foi uma debandada enorme para a CUF de Sintra, e o pessoal da saúde está muito numa de “deixa andar” porque ninguém “lhes passa grande cartão”. Por isso muita gente está numa de dizer “eu venho aqui ganhar mais uns tostões”, quem trabalha no SNS trabalha em não sei quantos sítios, fazem um banco de 24 horas, tomam um banho e vão dar consultas, e isto é o sistema normal, porque as pessoas não são bem tratadas nem bem pagas. Isto é transversal a todos os profissionais, um enfermeiro ou um auxiliar trabalha em não sei quantos sítios, porque um auxiliar com 17 ou 18 anos de trabalho tem como base 645€, e os que entram têm exatamente o mesmo.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Carreiras atrativas, reconhecimento profissional, o hospital precisa de ser atrativo, é preciso combater o desperdício, o estado não tem controlo sobre o desperdício. Claro que a remuneração é o primordial, no entanto era importante que houvesse uma avaliação à séria dos

profissionais, porque se alguns se esforçam no dia-a-dia, muitos também andam a arrastar-se e encostados ao trabalho dos outros, ninguém fiscaliza o que se faz. No geral seria melhorar as tabelas remuneratórias, formação aos profissionais, e fomentar o gosto pela atividade que se desempenha, demonstrando que a sua função é necessária para levar a “bom porto” o atendimento hospitalar e o SNS, e isto para todas as classes profissionais, clínicos ou não, e só depois controlar e exigir, porque não podem fazer exigências na altura em que os profissionais se sentem desprezados e pouco dignificados. Devem ser criadas condições para que os profissionais se sintam dignificados, situações até mesmo ao nível logístico, pelo seu espaço também, veja, se for preciso saem de turno fardam-se e desfardam-se todos encostados uns aos outros, agora na pandemia é que se está a olhar para isto, mas era preciso chegar a este ponto? Mas pronto isso se calhar já é exigir muito. Mas essencialmente valorizarem-nos perante uma profissão que é tão boa e bonita que é o cuidar, e fazer sentir isso às pessoas, mas há que tratá-las com respeito e educação e exigirem delas também esse respeito e educação. Outra coisa importante era auscultar os profissionais porque isso também valoriza os profissionais e faz com que se sintam importantes. Mas isso tem que ser depois do Covid porque agora anda tudo desaparecido. A formação era muito importante quer para quem chega de novo ao serviço quer para quem lá está e tem que fazer a sua integração. Posso dizer que nesta fase de pandemia entram pessoas, algumas nem o nono ano têm e sem formação hospitalar e depois é muito complicado fazer a sua integração e exige de quem está um esforço muito grande, sem qualquer recompensa. Somos o grupo mais mal tratado de todos. Por exemplo coisas mais simples, nos hospitais existem muitas profissionais em idade fértil, muitas dessas pessoas às vezes andam com o coração na mão porque não sabem onde deixar os seus filhos ou pagam rios de dinheiro para deixar os filhos, porque não, nesses casos fazerem uma creche para os filhos dos profissionais? Outro exemplo não há um reconhecimento mínimo, ou até um obrigado aos enfermeiros que fazem o acompanhamento dos alunos de enfermagem, e é muito mais desgastante no final do turno para um enfermeiro que além do seu trabalho ainda tem que acompanhar e ensinar um aluno, também os auxiliares têm que fazer a integração dos novos e é exatamente a mesma coisa, não há qualquer benesse ou reconhecimento, só a imposição do acompanhamento e mais nada.

Entrevista 14

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Acho que hoje em dia todas as pessoas entendem que o utente tem mais importância, ou melhor que o utente importa mais, o que é um bocadinho diferente, agora isto não vem do nada, tem sempre um conceito por trás, mas isto pode não querer dizer a mesma coisa para todas as pessoas, para alguns pode ser uma coisa boa, com um objetivo para outros pode ser um empecilho. Hoje em dia toda a gente percebe que o utente importa, quando eu comecei a fazer medicina não era bem assim, o que não quer dizer que não houvesse já preocupação com o doente por parte dos profissionais, achavam era que podiam agir por ele e que a relação não era tão paritária, hoje em dia todas as pessoas, mesmo as que podem não estar contentes com essa mudança, mas sabem que o doente importa. De alguma maneira os conceitos têm a ver com isso, agora se por causa disto os doentes são sempre bem tratados? Não, nem nunca será, porque lidamos com pessoas e depende de quem está do outro lado e como recebe a mensagem que nós estamos a passar. As pessoas entendem isso como uma obrigação e que é escrutinado pelo que houve algumas alterações que tiveram que começar a ser realizadas dentro dos serviços perante a forma como se fala com o utente, da forma como se explica as coisas, como se pede que ele participe em determinadas decisões. Isto é um caminho e tem que haver mais uma parceria, mas é um caminho que nem deve ter fim porque se calhar podemos estar a falar daqui a 10 ou 20 anos em como melhorar isto. Mas mesmo que existam entraves por algumas pessoas porque são mais velhas ou mais novas e não concordam, mas há uma repetição das palavras, de chavões, de conceitos, que vão sendo aos poucos assimiladas.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Há coisas que são logísticas, ter em atenção ao cumprimento e adequação dos horários dos atendimentos, não só pela sua adequação, mas adaptadas às necessidades do utente, sendo que isto tem que ser equilibrado com a produtividade, às vezes os médicos sentem-se muito pressionados pelo número de consultas que têm que realizar e isso às vezes é uma coisa má em relação aquilo que a pessoa quer do outro lado, por exemplo até com gestores às vezes já tenho dito: “olhe imagine que é o senhor que é o doente e que vai falar, acha que eu em 10 minutos eu lhe respondo tendo que escrever no computador às questões todas que quer?”. Mas pronto isto não tem a ver só com os gestores também tem a ver com os médicos muitas vezes há o não cumprimento de horário pelos médicos e isso é uma coisa logística e isso é uma questão que pode diminuir a conflitualidade entre os médicos e os utentes no sentido de dar uma atenção diferente ao paciente, além disto outra questão é a informação, nós temos que prestar a informação da forma mais clara possível e com isenção e temos que ter a ideia que a outra pessoa percebeu, ou seja nós é que independentemente da pessoa que temos à nossa frente temos

que falar da forma que a outra pessoa entenda, ou seja, não há nenhum conceito, não é preciso a outra pessoa ter nenhuma pré-formação específica para que entenda, acho que fazer medicina também é isso mesmo, e isso pode ser desafiante, nós temos doentes a quem chegamos melhor e a outros pior, e não tem a ver com os estudos ou a capacidade intelectual da pessoa, tem a ver com muito mais coisas, e temos que pensar nisso. Aliás muitos colegas sabem que se tiverem mais tempo a explicar ao utente um determinado procedimento que possa ser doloroso essa pessoa vai colaborar muito melhor e vai perceber aquilo e até vai por vezes diminuir a intensidade da dor que sente. Outra coisa que era importante, e que acho que cá em Portugal não há nenhum hospital que faça isso ou pelo menos com regularidade, era mais treino de simulação de situações para os profissionais, dos doentes difíceis, dos doentes ansiosos, dos doentes que são muito agressivos, isto era uma coisa que eu gostava muito de fazer no serviço e que é muito difícil porque tenho muito pouco tempo para estas coisas todas, este treino de situações acho que era muito importante. Este treino de comunicação, era importante até para dar importância ao doente, e para os profissionais perceberem que ao dar importância ao utente não se estão a desvalorizar, porque às vezes ouvimos conversas até no refeitório, onde as pessoas sentem que os estão a desvalorizar a eles e a dar importância ao outro e não é isso, não é isso que está a acontecer, mas é preciso refletir e treino.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

O que sei é da lei, já temos refletido sobre a introdução de um CRI aqui em determinados serviços, mas nunca nenhum se concretizou, os CRI continuam a estar extremamente dependentes dos Conselhos de Administração, portanto algumas coisas de que enfermam os hospitais, no geral também podem fazer-se sentir nestes modelos, como a falta de recursos, falta de equipamentos, etc, acho pelo que sei que essas coisas não vão estar melhoradas, em relação a isso e a grande satisfação dos profissionais de saúde (que é um fator de promoção da melhoria do atendimento ao utente), irá ser pelo facto de poderem fazer uma técnica ou acederem a uma tecnologia muito diferenciada e que eles gostem muito de fazer, é mais dessa forma, e eu não tenho a certeza que tenha que existir esses modelos como o CRI para que isso aconteça, mas esta minha perceção também pode ter a ver com a minha experiência de trabalho, eu sempre trabalhei em hospitais pequenos e isso dá outra forma de interligação, os serviços estão muito perto da porta, por exemplo a gente chega a Santa Maria e tem que ir ao piso tal e é uma

dificuldade para encontrar qualquer coisa, aqui não, está tudo muito perto da porta, portanto acho que não há necessidade dessas estruturas, pode ser por trabalhar num hospital pequeno em que a relação já de si é de proximidade, mas isto não é de agora eu sempre trabalhei assim e esta forma de trabalho já era praticada pelo diretor do serviço quando cá cheguei, portanto não temos uma estrutura muito hermética em relação ao utente, nós já temos uma relação de proximidade.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Não sei responder a essa pergunta, mas olhe nunca poria os gestores, e não é por que não ache que são necessários porque são, uma vez cheguei a fazer um *mail* a uma administradora que dizia: “*ainda está para nascer a pessoa que vai ser um ótimo gestor de saúde*”. Neste momento nenhum gestor de saúde percebe, a primeira coisa que uma pessoa tem que fazer quando vai gerir um sítio é reunir-se com os vários grupos profissionais e perceber o que é que eles sentem em relação às coisas. Eu tenho pena porque eu acho que faz falta termos gestores ao nosso lado, os gestores têm lá as coisas da produtividade, as tabelas os *benchmarkings* e nós temos que nos encaixar ali. Portanto eu, os gestores nunca diria que eram, para mim sabe o que eu realmente acho que é importante? São as equipas, aquilo que eu sempre achei mais importante e aquilo que eu sempre mais gostei de trabalhar num hospital é trabalhar em equipa, e acho que são mesmo as equipas, não consigo distinguir daqui nenhum grupo profissional, dentro de um serviço nem sempre se consegue criar as equipas ideais, mas de facto o mais importante dentro de um serviço são as equipas interdisciplinares, pelo que não sou mesmo capaz de identificar ninguém, lembro-me algumas vezes que nós achávamos que era tão importante quer a assistente administrativa, a assistente social ou outro profissional, depende da situação em que a utente se encontra, se ela estiver no secretariado é a administrativa, se for numa situação complicada de cariz social a pessoa mais importante é a assistente social, por isso eu não sou capaz de identificar uma pessoa, o elemento principal é a equipa. Esse sentimento de pertença da equipa e de interligação dos cuidados acho que é uma coisa que melhora imenso os cuidados e satisfaz muito mais as pessoas refletindo-se nos utentes obviamente.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Acho que não, acho que os profissionais não se sentem nada valorizados neste modelo de gestão atual, porque são muito pouco chamados para participar e decidir, e são muito chamados para avaliar e para lhes dizerem o que quem que eles façam em vez de lhes perguntarem o que vocês querem fazer, devem pôr os profissionais a participar, fazerem-lhes perguntas, ou seja uma valorização pela participação, obviamente que conta a remuneração, se bem que quem vem para o serviço público já sabe com o que conta, mas uma coisa que pode ser importante para a pessoa, é ela perceber que conta naquele sítio onde está e para isso tem que ser chamada a participar, nas decisões, na gestão e os gestores e conselhos de administração chamam muito pouco as pessoas para isso. Por exemplo é muito importante uma pessoa ter uma ideia e ver a sua ideia implementada, acho que nos hospitais isto está a perder-se, e perde-se mais nos hospitais maiores.

Questão 6 - Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Se o modelo for bem negociado com os profissionais, pode haver interesse nesses novos modelos, no entanto não sei se as coisas funcionam sempre assim, ou seja no caso dos Centros de Responsabilidade tem que fazer um plano daquilo que vai ser a sua atividade e recebem o orçamento de acordo com esse plano, e aquilo que os profissionais vão ganhar a mais e que vai valorizar a remuneração acaba a ser a partir da produção base e não é paga assim estrondosamente, portanto depende sempre da negociação. As pessoas valorizam nestes novos modelos estarem muito focadas na atividade que mais gostam numa técnica específica e não se dispersarem, temos colegas que saíram da função pública para a privada porque podiam praticar aquela atividade favorita ou na qual se diferenciaram e não tinham que fazer bancos. Acho que os centros de responsabilidade não são o paraíso, por exemplo em comparação com o modelo USF B acho que este é mais vantajoso, portanto um modelo destes adaptados ao hospital e à atividade hospitalar podia ser uma ideia, não sei, não acredito muito, depende de muita coisa, acho que bastava ser uma estrutura mais pequena mais participada sem necessidade dessas estruturas rígidas, ao fim e a cabo o que era necessário para melhorar o funcionamento dos hospitais era promover a motivação dos profissionais, porque não vai ser possível aumentar de repente todos os profissionais para valores muito mais elevados nos próximos anos, pelo que era importante encontrar alguma coisa, sem ser a remuneração que possa funcionar como fator de motivação e congregação das pessoas e acredito que o trabalho em equipa pode promover

isso, porque isso prende as pessoas aos sítios, e as pessoas valorizam-se pela participação e sentirem que puderam agir no funcionamento do serviço.

Entrevista 15

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Julgo que nos últimos tempos se tem valorizado muito esta relação profissionais e utentes agora não sei se é devido a esses conceitos, acho que é mais uma evolução que se tem sentido no âmbito de querer dar ao doente melhores cuidados e das instituições quererem prestar um melhor serviço, vejo que seja mais por este motivo, obviamente que temos que fazer aqui um parenteses face ao atual tempo de pandemia.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Independentemente da questão do Covid a relação profissional-utente continua com queixas parte a parte e começa outra vez a piorar, acho que a melhoria passa pela perceção quer dos profissionais quer dos utentes que há determinadas regras que têm que ser cumpridas e que tem que haver uma aceitação de ambas as partes. No caso dos utentes estes têm que perceber que os recursos são finitos e que se as instituições tivessem mais recursos os tempos de espera seriam menores, isto porque a maior parte dos problemas deve-se aos tempos de espera, para uma primeira consulta, para uma cirurgia programada, já nem falando nos tempos de espera para uma emergência ou urgência, e a grande maioria das reclamações vem daqui. Não há dúvidas que se os recursos fossem maiores a intervenção nesta questão dos tempos de espera ia reduzir significativamente as reclamações e melhorar a relação. De facto, todos os anos quando negociamos o contrato programa há uma preocupação com o acesso mas de facto não se consegue chegar a todo o lado. Pelo lado dos profissionais, ou com mais formação e sensibilização talvez seja possível uma melhoria porque na maioria dos casos cada um de nós tem que ter um bocadinho de psicólogo, no sentido de melhorar a interação com o utente, criando uma melhor empatia com este. De facto, tudo isto é essencial porque o SNS continua a ser um dos maiores bens que a nossa sociedade tem.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia),*

modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Sim, acho que modelos de gestão mais “localizados” isto é, focados em áreas mais pequenas dentro do hospital pode trazer melhor qualidade de serviço, isto porque também pode trazer melhores condições aos profissionais de saúde e isso vai refletir-se na qualidade da prestação dos serviços, no meu entender qualquer modelo de gestão que promova mais autonomia, como por exemplo os CRI podem ser benéficos, ou seja tudo o que implique mais responsabilidade e compromisso com a prestação do serviço. Uma coisa é gerir com recursos finitos e saber que as pessoas são responsáveis por determinado “*plaffond*”, agora é preciso muito cuidado com a determinação do valor deste “*plaffond*”, porque o mesmo não pode ser razão para excluir técnicas, tratamentos ou utentes. Portanto a filosofia de gestão é correta e nós portugueses não estamos muito habituados porque raramente se cumprem orçamentos, ou seja, é um paradigma diferente mas que deveria ser bem testado, principalmente em pequenos grupos e pequenas especialidades. Imaginemos um hospital mais pequeno a funcionar dentro do hospital maior, e teríamos um gestor dedicado, em que podemos contratar diretamente os nossos profissionais, outro fator que ficará a faltar e que ainda não é muito visível na gestão hospitalar, é avaliar a faceta produtiva, mas com análise da valorização da produtividade.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Essa é muito difícil, vou-lhe dizer o seguinte enquanto não trabalhei num hospital a sensação que tinha, isto é visto do exterior, era que a classe mais importante eram os médicos até porque são eles que aparecem sempre na linha da frente, no entanto como profissional hoje em dia o que eu acho é que há no hospital em conjunto de categorias profissionais que são substanciais para o funcionamento do hospital, e que se calhar a maior parte das pessoas nem sequer faz a menor ideia disto, posso dizer-lhe que o serviço que eu considero ser dos mais importantes dentro dos hospitais é o aprovisionamento, porque é este que é o suporte de aquisição de toda a logística hospitalar que mantem o hospital em funcionamento sendo o suporte da aquisição de tudo o que é necessário para atender os nossos utentes, e nada melhor que o exemplo que se vive hoje em dia com a pandemia em que uma das problemáticas mais relevantes é a aquisição e escassez dos equipamentos de proteção individual e isso tudo passa pelo aprovisionamento, e portanto como sabemos é um gestor que está à frente destes serviços, na generalidade os mais valorizados são sempre quem presta cuidados de saúde, a classe médica

e de enfermagem, mas analisando ao fundo a importância tem que ser dividida entre todos os profissionais.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Difícilmente, uma vez que há uma limitação orçamental e tutelar muito grande, há um grande constrangimento na evolução das carreiras, de aumentos salariais, por isso o modelo atual é muito restrito na questão da valorização e reconhecimento dos profissionais. Relativamente a outras formas como o tempo ou a formação, também existem constrangimentos, a formação começa a ser mais sentida como uma necessidade, agora como já referi os recursos são muito limitados e as pessoas estão muito “à medida” no entanto temos feito algum esforço.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Do meu ponto de vista e à semelhança do que já referi para os utentes estes modelos mais pequenos e de gestão mais direcionada podem ser muito interessantes para os profissionais em termos de valorização de carreira quer financeira quer tecnicamente, tudo passa também essencialmente pela responsabilização de cada um, e cada um poder progredir devido ao seu esforço e mérito.

Entrevista 16

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Da minha experiência e da análise que faço julgo que os conceitos em si têm servido mais para despertar os profissionais dessa necessidade, agora passar do conceito para a prática é muito mais difícil e complicado, porque nós estamos muito mais focados em dar respostas às necessidades do utente em termos daquilo que são os tratamentos que nós preconizamos e não baseados na relação. Só se pode centrar os cuidados no utente quando é possível estabelecer uma relação com essa pessoa que nos permita conhecer as necessidades das pessoas, e todos os dias e sempre que há uma consulta, uma vinda à urgência estabelece-se uma relação somente de proximidade que nos permite identificar o problema ali e agora e a resposta é nesse sentido, as pessoas são muito mais do que isso, e por esse facto nós nunca conseguimos ir ao encontro

daquilo que são as necessidades intrínsecas da pessoa vamos sim ao encontro daquilo que nos identificámos para tratar, para resolver, e nesse sentido nós não centramos de forma nenhuma, raras são as exceções em que se centram os cuidados no utente. Em termos de conceitos eles são fantásticos, mas há as dificuldades para dar respostas ao utente considerando também as limitações de recursos que temos, às vezes a procura também nos excede, e nós não conseguimos responder. Operacionalizar isso na nossa cultura e com o tipo de organização que temos é muito complexo. Claro que há profissionais que o tentam, mas não é fácil tendo em consideração os diversos constrangimentos que existem. Eu não acredito pela experiência que tenho que consigamos centrar os cuidados no utente, bem tentamos, aliás bem dizemos, mas de facto não acredito que com este modelo de gestão alguma vez se venha a conseguir.

Questão 2 - Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)

A relação profissional em si, não me parece que seja o problema, porque as pessoas já têm hoje estratégias que lhe permitem resolver diariamente as questões. O que eu acho relativamente a esta questão da relação entre profissionais e utentes, é que é uma questão de atitude do profissional, não tenho qualquer dúvida, um utente quando não está equilibrado, quer por doença psiquiátrica ou está sobre efeito de substâncias aditivas, sejam álcool, drogas ou seja o que for, já tem um comportamento à partida que pode ser agressivo e nós já temos medidas que nos permitem que estes utentes não nos agridam. Agora se por parte do profissional este não tem uma atitude recetiva para os utentes e o agride, da parte do utente este não tem mecanismos de defesa. Muitas vezes os profissionais face à sua atitude, leva a que da parte dos utentes também não haja um comportamento sereno, portanto o que desencadeia a má relação é essencialmente a atitude do profissional e todos os profissionais que estão no atendimento forçosamente têm que ter uma atitude recetiva e sem comportamentos agressivos, e a formação aqui pode ajudar mas não resolve, leva as pessoas a refletir e a pensar mas depois no dia-a-dia, se a pessoa não promover outra atitude as coisas não vão mudar. O grande problema é que nós nas organizações não temos estratégias para poder supervisionar aquilo que são os comportamentos dos nossos profissionais, ajudando-os a adaptar as atitudes a cada momento, porque não é depois do facto consumado que se vai intervir, tem que ser no momento para evitar a escalada do conflito, e após isto, determinar estratégias internas na organização para adaptar a pessoa ao local de trabalho, porque um profissional que seja conflituoso vai continuamente arranjar problemas e não vai mudar a sua atitude e tem que ser afastado daquele local e daquelas funções, e no limite a organização deve poder determinar a adequação daquela pessoa à organização, sendo que como sabemos na função pública isso não acontece, e que temos

pessoas totalmente inadequadas para as funções. Estamos a atender utentes que por vezes estão fragilizados, ou não falam a língua, ou têm outras dificuldades e o profissional tem que saber comunicar com elas. Ou seja, o grande problema é a comunicação, e é aqui que as coisas têm que ser trabalhadas, grande parte dos profissionais ainda não consegue desligar do que é a sua vida pessoal e como ele é pessoalmente e como deve ser dentro da organização onde deve assumir como primordial os interesses e os objetivos da organização. Isto leva ao conflito com o utente e no final toda uma organização fica mal vista e o problema vai-se arrastando porque a organização não tem meios para afastar esses maus profissionais.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

O que se passa é que em grandes organizações a comunicação não flui, e logo perde-se toda a eficiência, isto passa-se em grandes centros hospitalares como o nosso, quanto maior a organização mais difícil é levar a comunicação a todos de uma forma eficiente. Os modelos de gestão mais pequenos como os Centros de Responsabilidade Integrada, que ao fim de contas é fazer cópias de cópias, além de ser pouco criativo não dá resposta às necessidades das pessoas que vão a esses locais, e cada resposta é típica de um serviço, e este decalque de pequenos serviços, fazendo adaptar o mesmo modelo para todos não é o indicado. Por outro lado não me parece que os profissionais que transitam para esses modelos possam mudar a sua atitude só porque passaram a trabalhar num centro de responsabilidade, porque se são as mesmas pessoas, têm as mesmas atitudes, os mesmos conceitos e funcionam da mesma maneira, a única coisa que mudou foi o aspeto organizativo da questão, por isso julgo que esses modelos só poderiam ser boas soluções se fossem criados de raiz em locais onde ainda não existisse nada, agora se forem criados num determinado centro onde tudo já existe, mas apenas se vai mudar o aspeto organizativo, então isso não vai resultar porque o modo de funcionar continua lá enraizado nos profissionais e métodos de trabalho.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Há muitas clivagens entre classes, mas há um aspeto que é necessário referir, toda a produção está alicerçada no trabalho médico, por isso quer queiramos ou não a pessoa mais

importante no hospital é o médico, depois tem toda a restante estrutura e quem a suporta são os enfermeiros, portanto vendo a questão no seu conjunto não diria quem é o mais importante, mas sim os grupos que mais têm influência nos hospitais serão os médicos na área da produção e os enfermeiros na área da organização, isto porque às vezes os médicos querem organizar, mas não conseguem porque tudo aquilo que eles pretendam organizar precisam sempre da cooperação da área da enfermagem. A classe dos enfermeiros consegue suportar a estrutura organizativa de um hospital, quem consegue de certa forma dominar todos os aspetos da estrutura organizativa de uma unidade são os enfermeiros, desde a admissão, os cuidados a prestar, a terapêutica, os serviços de apoio, são os enfermeiros. Mas no final eu nem diria que se devia dar essa importância, não devia ser um ou o outro, eles complementam-se, o médico e o enfermeiro contribuem para um todo, nem é um nem o outro, existe muita paridade e todos ensinam e todos aprendem uns com os outros. Agora em termos de produção para o SNS, só o que os médicos produzem é que se conta.

Questão 5 - Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?

Neste centro hospitalar um pouco porque temos a certificação em Qualidade temos atenção à questão da formação então isso é exigido, e o hospital é forçado a ter verbas suficientes para formar os profissionais. Quanto à remuneração nem vale a pena falar, a maior fatia do dinheiro é para pagar vencimentos e ainda assim todos os profissionais são mal pagos. O valor base é baixo e depois as pessoas fazem horas extraordinárias que nunca mais terminam, portanto alguma coisa não está bem no sistema, porque continuamos a recorrer às horas extraordinárias para fazer funcionar o sistema e isto é subverter o normal funcionamento do modelo de gestão. Os médicos para assegurar as urgências e os enfermeiros para assegurar os serviços fazem um “sem fim” de horas que é completamente anormal. Depois temos outro problema que são as licenças de parentalidade, hoje em dia a legislação permite que os pais de crianças até aos 12 anos possam pedir isenção de horário rotativo para poder acompanhar os filhos, ora isto traz grandes constrangimentos para o funcionamento de um hospital com internamento onde a maior parte das pessoas tem que fazer horários rotativos, ou seja a lei determina que se aquelas mães ou pais se pedirem, têm o direito até aos 12 anos a não realizarem tardes ou noites, agora como é que isto é compatível? Além, ainda do conflito que isto acarreta no dia-a-dia das equipas, todos os dias recebo um ou dois pedidos de pessoas que querem horário fixo. Claro que a definição destas regras (leis) está a um nível de decisão superior ao hospital, mas de facto cria ao sistema muitos problemas, sem que se consiga ter soluções para estes problemas. Quanto à valorização académica as pessoas atualmente estão muito focadas neste tipo de valorização,

mas isto é estritamente pessoal não há qualquer apoio da instituição, o que existe é o estatuto trabalhador-estudante, como existe para toda a gente.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Os modelos de gestão mais pequenos baseados em sectores do hospital como os Centros de Responsabilidade Integrada podem ter aspetos positivos, agora se nesses centros continuarem a existir as mesmas pessoas, como todos os direitos, virtudes, defeitos, portanto não acredito que os perfis se venham a modificar para cumprir as combinações acordadas. O modelo pode funcionar muito bem apenas com o trabalho ideal, com os recursos humanos ideais, e o dia-a-dia de um hospital está sempre a mudar. Acredito que quando se constitui um Centro de Responsabilidade Integrada as pessoas pretendam dar a resposta que se adequa com a produção que se pretende, aos objetivos e eficiente, agora não sei como é que isso se pode fazer com a atual conjuntura das várias unidades onde há pessoas que constantemente pedem transferência por tudo e por nada, portanto todos os aspetos da gestão são complicados e a estrutura desses modelos está de tal forma fixa que se alguma coisa falha, (se a saúde de algum colaborador falha), a estrutura vem por aí a baixo. Nós aqui temos pequenos Núcleos e eu vejo a dificuldade que nós temos na rotatividade dessas pessoas. Apenas dizer para finalizar que hospitais com esta dimensão (Centro Hospitalar) como nós temos, o Ministério da Saúde tem que pensar seriamente o que quer fazer, porque com esta dimensão e estrutura cria uma dificuldade de avaliação que não favorece ninguém, nós não somos avaliados, a avaliação de desempenho não avalia o desempenho do hospital. A avaliação dos hospitais é feita pela ACSS que está a 150 quilómetros ou 500 quilómetros da realidade hospitalar, o que acontece é que quem vai discutir o que é a produção do hospital é uma pessoa que está a 500 quilómetros do hospital e a mensagem é-lhe levada por uma série de pessoas e a informação passa por uns e por outros e quando chega ao final muito se desvanece. Assusta-me um bocado o futuro porque aquele sentimento de pertença, e de missão que havia está a perder-se, principalmente nestes grandes hospitais, portanto tudo tem que ser repensado porque tal como está promove o desinteresse e desmotivação dos profissionais.

Entrevista 17

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Depende, porque é muito vago. A nossa experiência como elementos do conselho de administração é de que na nossa perspetiva, uma das nossas linhas estratégicas, nós só temos três linhas estratégicas aqui no centro hospitalar. A primeira é a valorização das pessoas, com duas vertentes: a valorização das pessoas como profissionais e a valorização das pessoas como utentes. A segunda linha estratégia é a melhoria do desempenho e que tem a ver com a melhoria da eficácia e da eficiência, e terceira é prepararmos para a transição para o novo hospital. Focando essencialmente na pergunta colocada, é para nós estratégico o foco nas pessoas (utentes) em duas vertentes. A forma como prestamos os cuidados aos nossos doentes, como é que nos organizamos em termos de percurso do doente, como é que nos organizamos com as amenidades...Numa segunda vertente que temos estado a tentar explorar, é de facto como trazer para dentro da organização também os utentes, mais uma vez em várias perspetivas. Nós criámos aqui o gabinete do Provedor do utente, agora com a pandemia as coisas pararam um bocadinho, e temos também outras iniciativas, somos um hospital com selo da diversidade, ou seja preocupamo-nos, e organizamos de maneira a termos uma resposta (nós atendemos utentes de mais de 100 nacionalidades), e temos de nos preocupar não só como conseguir prestar cuidados a essas pessoas, mas conhecer a cultura das pessoas e alguns aspetos mais próprios para conseguirmos prestar cuidados enquadrados com essas pessoas, e que não as choquem. Queremos integrar as pessoas e não as assimilar. Temos grupos de utentes muito específicos e temos que atender a isso. Temos várias matrizes de levar as pessoas a participar. Além disso tentámos criar outras formas de fomentar a participação do cidadão, é nossa intenção criar um conselho consultivo, que aliás, já existe na lei mas nunca foi implementado. Temos também a intenção de reunir com as juntas de freguesia e com a comunidade em sessões participativas e mais abertas com as pessoas para conseguirmos ter algum contacto...nós já fazemos sessões de literacia para as juntas de freguesia na nossa área de influência direta, e é aprofundar muito esse tema, e por último neste aspeto queríamos criar uma coisa chamada Academias de saúde. No fundo é aliar a capacidade do centro hospitalar, colaborar com os cuidados primários e com a comunidade e abrimos à população em termos de literacia e prevenção. Essa academia deveria promover a prestação dos cuidados, mas sendo a própria população, que fossem eles a identificar em parceria as suas necessidades e interessadas em saber mais, porque nós na saúde

temos este defeito profissional em que achamos que sabemos tudo o que as pessoas querem. Organizamos os serviços como achamos que as pessoas querem, prestamos os serviços como achamos que as pessoas querem, atendemos às horas que achamos que as pessoas querem, e esquecemos muitas vezes de lhes perguntar e depois temos surpresas. Fazemos um serviço, um projeto inovador mas as pessoas não aderem nada àquilo porque nós não lhe perguntámos nada, é este o caminho, é um caminho diferente, claro que sabemos que estamos numa sociedade com muito pouca lógica de participação comunitária, e que acaba depois muitas vezes por ser capturada por grupos mais organizados e mais específicos (as pessoas da doença tal, ou o grupo de ativistas tal), que se organizam muito e eles próprios criam a agenda, temos a noção desse risco, mas o hospital em si tem que se abrir, nestas duas lógicas, que é ver o que as pessoas necessitam, com uma mediação técnica nossa, e trazer as pessoas e adequar os serviços ao que as pessoas esperam, quer nesta vertente, quer na outra das amenidades. Porque podemos achar que as pessoas querem uma coisa e afinal elas querem outra. Outra linha é com as ligas, nós temos liga de amigos, e é um aspeto importante porque mais uma vez, participam pelo voluntariado e complementam a integração.

Questão 2 - Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)

Nós temos um sistema de qualidade, uma plataforma de notificação de eventos adversos, temos há alguns anos conhecimento como se trabalha a gestão do risco, e a gestão do risco debruça-se sobre isso. A questão é interessante, nós temos procurado muito mais mitigar o risco, com a instalação de botões de pânico nos sítios mais complexos, temos um botão de pânico digital. Agora a questão vem um bocado “*a priori*”, ou seja porque é que as coisas acontecem, no caso das agressões a profissionais quando nós analisámos porque existem esses casos, verificámos que acontece muito devido aos picos de afluência e do tempo de espera, são os grandes pontos. A questão dos espaços é importante, e como as pessoas se distribuem, o fator ambiental é muito significativo. Por exemplo nós acabámos com os balcões e colocámos secretárias e em todos os locais que fizemos isso a agressividade diminuiu porque a proximidade do utente com o profissional é muito maior, as pessoas estão ao mesmo nível, e há mais separação das pessoas, uma pessoa está a ser atendida na secretária e a outra já não se chega. No balcão é diferente, está o utente e estão logo outras pessoas imediatamente atrás, o que provoca mais interação e confusão, as pessoas estão a ver os administrativos de cima para baixo e não ao mesmo nível. Portanto o nível ambiental é muito importante principalmente ao nível das salas de espera. Existe ainda uma preocupação nossa ao nível da gestão de conflitos, aliás temos diversos cursos anualmente sobre essa variante. Como eu referi há pouco acerca da

questão da diversidade, não há aqui agressividade, mas existem dificuldades de comunicação, o que o Conselho de Administração pretende é reduzir os tempos de espera sobretudo nos serviços de urgência, certamente que os incidentes irão diminuir, é uma correlação interessante de se fazer, empiricamente os incidentes vão diminuir. Mas em relação à questão nós não pensamos muito nisso, pensamos mais como mitigar e não como evitar à partida. A arquitetura e a forma como comunicamos são importantes, e seja por cansaço, seja porque cada um de nós tem um feitio, os profissionais às vezes também têm atitudes para com os doentes que também são promotoras de alguma agressividade do outro lado. Eu posso estar cansado, mas se o doente está à espera há 4 horas e ainda recebe uma resposta torta, se fosse ao contrário...a formação pode ajudar a colmatar isso, mas também é facultativa.

Também temos alguma relevância de violência entre profissionais, se for importante podemos depois facilitar alguns dados, mas desde já indico quem tem alguma relevância, e já agora também temos dados de violência de profissionais sobre utentes, mas são um ou outro, são poucos.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

O foco do país, o foco dos políticos, o foco das notícias, o foco dos cidadãos, nós focamos na questão do acesso, muito mais do que o resto. Se um utente chegar aqui for mal atendido e em 10 minutos, fizer RX, análises e consultas ele vai-se embora todo contente, se ele ficar aqui 3 horas à espera, mas tiver um atendimento “top”, faz um diagnóstico de “top”, que lhe apanha “aquilo e não sei o quê”, o que ele vai dizer à vizinha é que esteve 3 horas à espera, independentemente de ter tido um atendimento de excelência. Portanto o nosso foco todo e o que nos é pedido é sempre o acesso, acesso, acesso, depois vem a qualidade e tudo o resto, mas o principal é sempre o acesso. Essas estruturas de governação intermédias como os CRI, basicamente, aliás os CRI na lei orgânica que os cria fala exatamente na questão do acesso, foca-se no acesso, são estruturas para capacitar o SNS com melhor capacidade de resposta, e ao focarem-se no acesso estão a dar melhor resposta aos cidadãos, agora o que é que se pode perguntar? Essas estruturas poderiam ter à cabeça alguma estrutura de governação, tipo um conselho consultivo, algo que trouxesse o cidadão (doente) daquela especialidade a pronunciar-se sobre as coisas? Se calhar era útil, embora as experiências que existem...era útil até pela dimensão que é pequena, vou dar um pequeno exemplo com a pandemia houve muitas

reportagens e essas coisas, e os jornais querem ouvir doentes, e nunca tivemos dificuldades em ter um doente disponível para falar, portanto há uma relação forte dos profissionais com os doentes, felizmente. Mas não seria displicente pelo menos nestas estruturas mais pequenas pensarmos em alguma forma de colocar o cidadão aqui dentro. Nos agrupamentos de centros de saúde isso existe, da minha experiência a participação é moderada e há algum envolvimento. Penso que nas estruturas de gestão tudo o que melhorar o acesso e forma de trabalhar é de adotar, agora podiam ter sido dados passos noutra lei orgânica que fomentassem mais o envolvimento dos cidadãos na governação digamos assim, e sim há algumas experiências interessantes com grupos de doentes, quer na área pediátrica com experiências muito interessantes com a utilização de “*focus groups*” que tinham reuniões de x em x meses com doentes (famílias) que estavam internados em pediatria, para saber o que eles achavam e ir melhorando, tudo isto integrado no sistema de qualidade, (o da Andaluzia) da DGS e que tem uma vertente grande sobre o cidadão, e eu sei que isto era feito, não sei se se mantem, mas em cada 3 meses chamavam 8 ou 10 miúdos internados para os ouvir, eu penso que será útil. Por si só, se não houver vontade também nossa do Conselho de Administração, ou iniciativa por parte dos próprios, como está a legislação, não, quer dizer, a única coisa que facilita o cidadão é o acesso.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Os médicos, claro, isto é um hospital. Sou administrador hospitalar e gosto muito do que faço, mas em todos os negócios, todos são importantes. A senhora que faz a higienização dos bloco operatórios se não o fizer bem, nós vamos ter infeções, temos que adiar uma cirurgia, todos são importantes, não é isso que está em causa, agora nesta casa, neste negócio produz-se cuidados de saúde, esta casa pode funcionar pior do que funciona sem administradores, pode funcionar pior se não tiver estruturas de apoio, pode funcionar pior se não tiver o auxiliar, pode funcionar até sem enfermeiros, mas sem médicos não há cuidados de saúde, numa última análise até podemos ter o médico a fazer o tal penso, mas ninguém faz diagnóstico se não for o médico.

O médico é o centro deste negócio, e o nosso negócio é cuidados de saúde, isto não é valorizar nem desvalorizar ninguém, mas é assim que as coisas estão constituídas, é o que é. Sem quaisquer complexos para a classe da gestão.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Eu acho que desresponsabiliza os profissionais, mas temos que ver os modelos aplicados em cada contexto, e o contexto na saúde, na saúde em Portugal, os portugueses gostam muito pouco de se responsabilizar. Há sempre a responsabilização do “eles” nunca se identifica ninguém, é sempre o “eles”. Por outro lado, estamos a falar de um corpo de profissionais muito qualificado, aliás profissionais altissimamente qualificados, médicos, enfermeiros, técnicos, muitos doutorados, há pessoas muito diferenciadas e muito qualificadas, no passado com uma tradição de trabalho individualizado muito forte sobretudo os médicos, e isso parece que não está sempre dentro das suas cabeças. Isto para dizer o quê? Acho que as pessoas se sentem representadas no seu próprio grupo, os enfermeiros respeitam muito a sua hierarquia, os médicos respeitam-se entre si, até podem ter desavenças, mas acabam por se respeitar, ou seja reagem enquanto grupos profissionais, em termos de um modelo de gestão as pessoas vêem o Conselho de Administração como algo externo, ao seu grupo. No caso dos CRI estes nascem um pouco da vontade das pessoas em poderem ter um papel mais efetivo na gestão, ou seja vou assumir isto, vou tomar responsabilidade. Sim a remuneração é a principal forma de valorização. Na minha perspetiva os profissionais de saúde neste momento neste modelo de gestão sentem que é algo que condiciona o seu dia-a-dia, mas que não lhes diz muito respeito. Há muita gente interessada na gestão e estes novos modelos de gestão com as competências de gestão com as equipas a auto organizam-se em pequenos núcleos.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Nós aqui acreditamos que sim, que os novos modelos de gestão (CRI) podem ser importantes para os profissionais, demos um pequeno passo, os CRI estavam mais ou menos parados desde 2015 demos um pequeno avanço, temos aqui no centro hospitalar um CRI a funcionar e temos propostas de constituição para avançar com outros, nós acreditamos que os CRI devem funcionar como unidades de produção autónoma digamos assim, vistos como uma empresa com uma unidade de produção autónoma, não é para todos os profissionais, atenção, o CRI não é só pela adicional, quando existe, é paga com uma majoração de 10%, não o CRI implica compromisso e olhar para dentro e dizer, “*bom, eu posso produzir mais se me organizar de outra forma*”, e não vão ser os diretores clínicos nem os Conselhos de Administração a definir, as horas, as consultas, não, elas vão dizer “*nós vamos organizar e comprometemos a chegar a este patamar da forma como nós nos organizamos*”. Têm que ser pessoas motivadas, com uma visão clara do que querem, com gosto por assumir responsabilidades, com liderança.

Portanto para os profissionais é mais do que necessário ter essas formas, e os cuidados primários já mostraram isso com as USF's, entretanto isso parou, os que eram mais dinâmicos, os que tinham interesse, os que percebiam a filosofia avançaram, os outros que optaram por outro tipo de organização, estão noutra, até porque um centro hospitalar não pode ser um conjunto de CRI's, mas isso traz uma coisa, traz desassossego à organização, que é dizer, nós conseguimos fazer, e o comparativo com os outros, e se uns são capazes os outros também deveriam ser. Quem não faz CRI não se pode sentir desintegrado, porque só não faz CRI, quem não quer fazer, é a mesma coisa com as USF's, só não faz quem não quer fazer, e se queres fazer mesmo e no teu serviço isso não dá, o CRI pode integrar diversas pessoas, pode ter uma geometria variada, não ser só num serviço, há especialidades que podem ter o apoio de outras. Ou seja, neste âmbito e nesta geometria, proponham, organizem-se, como querem fazer. Aqui assinamos contratos com todos para fazerem adicional. As pessoas muitas vezes só se queixam, por isso é que é necessária a tal liderança para proporem como querem fazer. É o que estas pessoas do CRI vão fazer, por exemplo o que uns diretores de serviço, e alguns digo-lhe que não é por dinheiro porque nem sequer fazem adicional, não vão ganhar nada com isto, mas têm o brio de serem os primeiros desta área, têm o brio de ter as melhores técnicas. Portanto isto não será para todos mas vai agitar muito as águas. O Professor Manuel Antunes foi durante muitos anos o único e ninguém se interessou muito em perceber bem como é que aquilo funcionava, uns eram contra outros a favor... Também temos os centros de referência que no fundo são uma forma de organização diferente mas como não têm associado uma majoração dos próprios profissionais é um reconhecimento da excelência técnica ou diferenciação, mas não vai como o CRI vai ao ponto de dizer que se houver melhor produção e organização há aqui uma recompensa.

Entrevista 18

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Na medida em que integramos o doente no seu processo de cura ou melhoria está implícito que damos mais importância ao doente, este conceitos são os que atualmente estão mais na moda, mais em voga, mas cada vez se dá mais importância ao doente, antigamente havia uma tendência para sermos até um bocado paternalistas e termos a ideia que só nós temos o poder de tratar, mas há várias pessoas que colaboram no tratamento e cada vez mais o doente tem importância nisso, não digo que é ele que controla, mas colabora muito. Ou seja, não tem que

ser sobre estes conceitos referidos, e até tenho dúvidas que alguns sejam conhecidos e contribuam para alguma coisa, mas na base estará sempre a colaboração do utente.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Especialmente durante esta fase do Covid a comunicação principalmente com as famílias não tem sido fácil. Sim, melhorar o número de médicos disponíveis para trabalhar para as tarefas do dia-a-dia no hospital, permite ter mais tempo para falar com os doentes e com as suas famílias, por vezes as equipas estão um bocado à tangente em termos de números, por vezes assoberbados de trabalho, portanto o número de profissionais nas equipas, acho que tem importância. Estabelecimento de horários para receber e falar com as famílias, que por vezes não é fácil. O uso das novas tecnologias também é cada vez mais importante, a utilização das plataformas para falar com as famílias, nomeadamente agora nesta fase, temos as teleconsultas.... Mais tempo para ver os doentes nas enfermarias, estar mais tempo com eles e no meio desta correria não é fácil. As pessoas (os doentes) gostam que lhes expliquem bem as coisas, que lhes expliquem bem os planos para o tratamento deles, tudo isso tem que ser bem explicado, por vezes andamos um bocado mais cansados ou com menos tempo e fazemos isso um bocado a correr.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Sim, faz sentido adotar novos modelos de gestão, faz todo o sentido, um exemplo é o dos centros de referência, aqui no hospital há alguns, o que significa um concentrado de experiência em alguns grupos de patologias, com todos os benefícios inerentes ao doente, com estabelecimento de circuitos para receber e tratar o doente, tudo isso faz muito sentido, sendo isso acompanhado do financiamento adequado aos centros, obviamente. Não temos CRI, mas sim só centros de referência. Estes modelos podem agilizar o atendimento e promover o contacto com o doente. Aqui no hospital temos um circuito estabelecido, padrão, que está disponível na internet, onde está tudo explicado o que o doente faz desde que entra no hospital até ao fim (tratamento cirúrgico) ou outro. Tudo isso está estabelecido e os médicos dos centros de saúde sabem que nós temos esse circuito montado. Teoricamente deve funcionar melhor do que num sítio onde esse circuito não esteja estabelecido, e há prazos a cumprir desde que o doente entra até ao tratamento definitivo.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Vou dizer que são os médicos....Porque nós desde a antiguidade temos o poder de tratar, é claro que não o fazemos sózinhos todos os outros grupos profissionais são importantíssimos nessa cadeia de tratamento, agora nós temos o poder de diagnosticar, de tratar, de medicar, no fundo a base de todo o tratamento passa por nós, os enfermeiros, os auxiliares passam 24 horas com os doentes, todos eles são fundamentais no processo de tratamento, agora na minha opinião os médicos são os elementos fulcrais

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Na teoria sim...,mas, não. Acho que os profissionais não sentem isso da organização, não sentem que a instituição os tente valorizar, que puxe por eles a pensar na formação contínua dos profissionais, exigem mais para que a máquina continue a funcionar, mas dão pouco e às vezes não passa só pelo ordenado, há outras coisas que as pessoas gostam para se valorizar pessoal e profissionalmente, como seja a formação. A formação dos médicos (a que conheço melhor) por exemplo é caríssima, qualquer curso é caríssimo, antes ainda havia a indústria farmacêutica que nos ajudava nesse aspeto, mas agora cada vez menos, e qualquer congresso, qualquer curso é muito dinheiro. Os hospitais deviam pensar um bocadinho mais nisso, devia haver uma parcela da despesa dos hospitais a pensar nisso.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Teoricamente estes modelos de gestão iriam proporcionar atrair mais os profissionais na medida em que têm uma gestão financeira autónoma (nomeadamente os CRI, os centros de referência não), e isso permite atrair mais pessoas no mercado, e melhores nas respetivas áreas, teoricamente esses centros permitem tratar doentes dessa área específica, mas também atrair profissionais melhores nessa área e dar mais formação também nessa área. Acho que também era uma vantagem tanto para os profissionais e não só para os utentes. Permite concentrar experiência em doentes atrativos para quem goste das respetivas áreas e crescer profissionalmente, acho que é aliciante. Concentração de experiência que é boa para um profissional que se queira especializar numa determinada área. Por exemplo no caso dos centros

de referência, há determinados grupos de patologias em que havia poucos casos e que se operava em todos os hospitais do país, isto dava pouca experiência aos profissionais, promovendo mais mortalidade. Concentrando mais experiência vamos ter pessoas que lidam melhor com aquelas patologias, tendo melhores resultados para os doentes e mais dinheiro para as organizações. No caso dos CRI, eles têm que ser ágeis porque têm que tratar bem os doentes e ganhar dinheiro com “aquilo”, têm que gerir bem o dinheiro, têm que funcionar como se fosse um privado, têm que ser ágeis, não podem andar a “pastelar”. O que se diz officiosamente deste modelo é que é feita uma seleção dos doentes, que são escolhidos para ter bons resultados. Isto é conhecido... Por exemplo em alguns tipos de cirurgia vai ser extremamente difícil estabelecer valores para um centro desses, porque existe uma infinidade de patologias que não chegam à operação, apenas com metástases, em todos os estádios da doença, quimioterapias, que são caríssimas... por exemplo aqui pode-se cair no reverso da medalha, não vou dar quimioterapia a todos porque é caríssima... ou seja... selecionar... quando se tem o dinheiro para gerir, não é fácil e depois pode-se começar a retrain algumas coisas.

Entrevista 19

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

O que nós temos hoje em dia é uma organização por serviços, ou seja é uma organização apenas centrada no profissional, essa é a nossa realidade. Ou seja, temos os departamentos, a consulta disto ou daquilo e o doente quando faz o seu “*pathway*”, ou o seu caminho de tratamento, fá-lo de forma saltitante, vai à especialidade A, depois à especialidade B e depois vai fazer o exame C, e é esta a mecânica que temos hoje em dia, e isto é centrado no profissional, sem dúvidas nem vale a pena pensar que é de outra maneira. Agora o que se discute hoje em dia e que ganha cada vez mais adeptos principalmente com a justificação da “prática”, e com conhecimento e discussão quer académica quer profissional, vai acabar nos pressupostos do “*Value Based Health Care*”, que tira a centralidade do profissional e do hospital para passar a ser uma centralidade no doente, ou seja a dinâmica deixa de ser à volta do profissional para passar a ser à volta do doente, eu até diria mais, a dinâmica tem que ser à volta do doente e dos respetivos cuidadores, sejam eles quem forem, familiares ou outros, porque é muito difícil isolar os doentes, há aqui uma esfera que é doentes e cuidadores, e é nesses que temos que estar centrados. Agora se vamos centrar no doente, temos que nos centrar naquilo que é a patologia “major” do doente, um dos problemas que temos hoje em dia e que é responsável por uma das

causas de aumento de custos em saúde, é a maior complexidade quer dos tratamentos, mas também uma maior complexidade do doente, porque cada vez mais temos uma população envelhecida e com mais morbidade, mas também uma população com mais literacia em saúde que sabe ir procurar os seus cuidados de saúde. Se recuarmos trinta anos ou nem tanto, aquilo que o médico dizia ao doente, era perfeitamente assumido como uma realidade e era raríssimo alguém pedir uma segunda opinião, hoje em dia é diferente e não é por não acreditar ou confiar no seu médico, mas porque o utente tem à sua disposição uma série de ferramentas que faz com que seja mais informado ou pelo menos mais interessado. Portanto esta é que é a evolução a seguir, ou seja, valorizar o utente, agora como é que se faz essa evolução é que a pergunta do milhão de dólares. Nós temos duas experiências bem estruturadas no país, uma foi feita no IPO do Porto e outra julgo que na Luz, e o que se defende aqui em termos de dinâmica para fazer esta evolução? É considerarmos aquilo que é a patologia do doente, ou seja em vez de termos um doente em cirurgia geral, ou medicina interna ou cardiologia, o que passamos a ter são as Clínicas (clínica do doente metabólico, clínica oncologia, etc). Um exemplo: Clínica do doente metabólico, nós não tratamos um doente metabólico ou um doente com diabetes ou o doente que tem uma obesidade, não, nós tratamos o doente no seu todo, o que nós sabemos hoje em dia, é que um doente obeso, não é só um doente obeso, ou seja não basta tirar-lhe um bocado de estômago e o doente está tratado, no caso do doente metabólico e no caso do doente obeso abarca aquilo que são as patologias que são de maior custo para a sociedade. Ou seja, no fundo estamos a trabalhar “o doente”, se estivéssemos a fazer isto do modo tradicional este doente tinha que ir à cardiologia, pneumologia e andava a “saltitar”, e o ideal é estabelecer o “*pathway*” do doente e ele quando entra nos cuidados de saúde passa a ter um plano estruturado para ele, e atenção que isto pode começar nos cuidados de saúde primários. Portanto este doente é avaliado desde logo pelo nutricionista, pelo psicólogo, pelo psiquiatra, pelo cirurgião bariátrico, pelo pneumologista, ou seja, a estrutura envolveu-se em volta do doente e não é o doente andar a saltitar na estrutura, este é o grande paradigma e isto é que é centrar os cuidados no utente, é a prática e são coisas práticas que o doente valoriza, mas estamos muito distantes disto. Outro pequeno exemplo deste tipo de funcionamento são o que os espanhóis designam de “Clínica de diagnóstico rápido”, ou seja, aquilo é basicamente assim: um doente precisa de uma pequena cirurgia, este é referenciado pelo médico de família à especialidade que o inscreve para cirurgia e nesse mesmo dia faz os exames, faz o procedimento cirúrgico e sai outra vez ao cuidado do centro de saúde, num dia apenas. Imaginemos um fulano de 32 anos com suspeita de um linfoma, é usual nesta idade esta pessoa ter uma atividade profissional e pessoal extremamente rica e sem tempo, ou seja é a pessoa típica de quem tem pouco tempo para tratar a sua patologia,

e é ainda mais indisponível porque sabe a complexidade que é hoje em dia no SNS evoluir nos diferentes serviços, nas diferentes especialidades, nos diferentes exames complementares de diagnóstico porque são serviços que estão focados no profissional e não no doente. Como é que a “Clínica de diagnóstico rápido” iria funcionar neste caso? O centro de saúde referencia o doente, ele chega de manhã ao hospital entretanto já foi determinado em função da sua patologia o caminho que o doente irá fazer para diminuir ao máximo a sua variabilidade, faz então a primeira consulta que será Medicina Interna que confirma, faz as análises, faz a TAC, faz a avaliação pelo cirurgião que tira o gânglio e manda para análise de anatomia patológica que faz o exame histológico e quando o doente volta depois do almoço à consulta de Medicina interna ele já tem o resultado dos exames e a impressão do cirurgião geral e resultado da TAC e com base nisto o Internista faz o diagnóstico, e com base nisto a decisão é tomada, depois se correr menos bem terá de ir à consulta de Oncologia médica, ou por outro lado se o diagnóstico for favorável, o doente pode ir para casa sem preocupações. Ou seja, isto é muito diferente do que se passa agora em que o doente para fazer estes diagnósticos, imaginemos que marca a TAC leva até três semanas até ter os resultados, depois faz a histologia e são mais duas semanas até ter o resultado histológico, ou seja anda um mês a penar desnecessariamente correndo-se inclusivamente o risco de desistir por falta de tempo entretanto tem um linfoma a progredir que só irá ser detetado mais tarde. Nós no modelo da Clínica temos isto resolvido num só dia, e isto é acrescentar valor ao doente. Agora a parte dos custos, para o doente está mais do que justificado que o valor acrescentado ultrapassa em muito todo o atual sistema, para o hospital se pensarmos que vamos ter uma estrutura completa à espera do doente claro que isto é insuportável, agora a metodologia terá de ser outra, ou seja será conseguir organizar todos os serviços que já temos atualmente disponíveis no hospital de modo em que encaixem para que não seja o doente que vai aos serviços mas sim o doente que entra no hospital faz o percurso todo e os serviços é que vieram a ele, e isso é que são cuidados centrados no doente, e é para onde queremos caminhar, porque acrescentam valor e de menor custo direto e indireto (sejam os indiretos o impacto que a doença tem na família do doente, na atividade profissional do utente, etc.). Isto até se pode pensar que é só para reduzir custos, não há problema porque de facto também é para reduzir custos porque qualquer sistema em que os custos estejam constantemente e progressivamente a subir são in comportáveis. Portanto para mantermos este tipo de medicina individualizada e personalizada para aquele tipo, para aquele peso, para aquele sexo, tudo isto tem um custo elevado e ou contrabalançamos com maior eficiência ou rapidamente o sistema entra em rutura. A preocupação fundamental é a centralização no utente e o acréscimo de valor para este e para os seus cuidadores.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

A relação profissional utente está intimamente ligada à qualidade da prestação dos serviços, se tivermos uma boa prestação dos serviços em que a predisposição à entrada seja outra tudo vai correr de outra forma.

Há dois níveis de interesses, um dos profissionais e outro dos utentes, e temos de gerir esses interesses para o bem comum. Para o utente o interesse é ser bem tratado e de forma rápida e esta é a razão pela qual os cuidados de saúde privados estão a crescer no mercado, sendo que o utente sabe que na maioria dos casos é mais bem tratado no público, se bem que por vezes abdica um pouco dessa qualidade por causa da rapidez. Os interesses dos profissionais são ganhar decentemente, que é coisa que já não acontece há alguns anos, e a diferenciação, ou seja a capacidade de se especializar numa determinada técnica, fazer um doutoramento, etc. Estes são os interesses de uns e de outros e isto tem que funcionar em conjunto. Do lado dos utentes deve haver mais literacia para que estes percebam bem a forma de aceder aos serviços e como agilizar os procedimentos, mas têm que perceber que a qualidade muitas vezes não se coaduna com rapidez, ou seja devem ser educados de forma a perceber como se devem articular com os cuidados de saúde e tentar reduzir aquilo que é o nível de tensão e *stress* no encontro com os profissionais. No lado dos profissionais, a responsabilidade no tratamento é hoje em dia muito relevada, ou seja o contacto médico doente é sempre um contacto de *stress* porque o doente que está num estado debilitado vai pôr nas mãos de um estranho a sua saúde, a sua vida. Hoje em dia o médico tem que estar sempre preocupado com esta relação até porque apresentar queixa de um médico é muito fácil. Há 30 ou 40 anos atrás havia muito a visão romântica da medicina e de “endeusamento” do médico, agora durante o Covid veio outra vez, mas já está a desaparecer. Esta visão romântica está ultrapassada e a perda dessa visão tem vantagens porque aponta mais para um lado mais técnico da medicina, agora isto provoca afastamento entre o médico e o doente e isto tem um custo enorme. Nos serviços de urgência onde temos os maiores níveis de “*stresse*” e logo conflito, a falta de tempo no contacto entre o médico e o doente é altamente proporcionador disto, os doentes necessitam que o médico fale com eles, até poderíamos estar a falar de futebol, mas esta empatia e este tempo é essencial para o doente confiar. Portanto a razão dos conflitos é assim devida por um lado ao doente e à sua falta de literacia para perceber a forma como os cuidados lhes são prestados e a forma de obter a qualidade desses cuidados, e por outro lado devido aos profissionais e a falta de tempo que cria a indisponibilidade para o doente que é o seu propósito. Depois há ainda outras questões ligadas a tudo isto mas que também contribuem, e se formos ver é o que todos os privados promovem,

desde logo as condições arquitetónicas do próprio edifício, as condições de conforto do hospital, de luminosidade, se temos música ambiente, a apresentação dos administrativos com farda, e tudo isto contribui para envolver o doente e cria uma atmosfera de receptividade do doente, nos hospitais públicos porque nunca houve a necessidade de lutar pelos clientes até temos a mais, nunca houve grandes preocupações com estas questões, agora paulatinamente vamos tendo mais atenção a estes aspetos.

Questão 3 - Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Os CRI e os Centros de Referência já não são presente, já são passado. A Nova Gestão Pública tem de facto e de grosso modo como premissa a eficiência, mas isso não chega, e isto porque a fórmula da NGP tanto pode ser aplicada num hospital como numa padaria, e é o racional de melhor utilização dos meios que já estão disponíveis, mas isto é pouco. Os CRI que começaram em 1988 com a ministra Leonor Beleza e que tiveram sucessivos ministros a tentar implementar o modelo como a Ministra Maria de Belém e ultimamente um novo impulso com o Ministro Adalberto Campos Fernandes como um dos principais impulsionadores, sendo que atualmente temos a ministra Marta Temido, que impõe que os hospitais tenham CRI. Aliás é contratual, tanto tenho que ter protocolos de rastreio como tenho que ter um CRI e é uma boa forma disto arrancar. Agora vejamos o comentário ao CRI: Nos Centros de Responsabilidade Integrados o que existe em termos de documentação de suporte e legislação, são uma ferramenta pobre em termos de gestão, mas permitem que enquanto hospital público sejam uma ferramenta legal que permite construir um projeto, e é só para isto que serve. A denominação CRI só serve para ter uma base legal para montar um projeto de gestão dentro do hospital. Agora Centros de Referência: excelente ideia, foram lançados aqui há dez anos e o conceito é magnífico, que é concentrar em alguns hospitais os recursos para tratamento de patologia mais diferenciada e por isso mais cara, é reconhecido devido à qualidade dos profissionais e do trabalho que lá se faz. O conceito é excelente, depois deve-se nutrir o centro de referência dos recursos necessários para que cresça e cada vez tenha mais capacidades para que os doentes da região tenham acesso aquilo que é qualidade máxima naquela área, porque isto leva a que se tenha os melhores resultados para essa mesma área. Perfeito, onde falha? Falha porque não há controlo efetivo, segue o protocolo, demonstra que tem o número necessário de cirurgias, mas o controlo efetivo não se faz, porque não há métrica real, não há capacidade de controlo e pior que tudo, nós temos

um centro de referência de cirurgia bariátrica, único na região mas depois toda a gente faz cirurgia bariátrica. Portanto os centros de referência funcionam mal naquilo que é a componente de controlo e melhoria, os CRI são uma ferramenta fraca, em termos de legalidade, dão-nos a base para trabalhar, mas são o ponto de partida para um projeto de gestão diferenciada dentro do hospital público e o *New Public Management* é o que envolve isto tudo, mas que só por si não chega. Aquilo que se pretende e que funciona neste recentrar nos cuidados de saúde são duas ferramentas, uma é o *Lean Management*, esta ferramenta assenta na otimização dos serviços e na melhoria da eficiência, a outra acima disto, é toda a teoria do *Value Based Health Care*, que tem uma componente de otimização do sistema de tratamento e tem toda uma componente de gestão com vista ao recentrar os cuidados no doente, portanto num futuro próximo as ferramentas que eu vejo com maior capacidade de aplicação para fazer essa transição do centrado no profissional para o centrado no utente é uma base de *Lean Management* com o *Value Based Health Care*.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

A lógica sendo eu médico é que o grupo mais relevante são os médicos, mas consigo defender isso mesmo não sendo, a forma correta de pensar, quando há necessidade de implementar projetos são sempre os médicos que definem parâmetros, que definem o percurso do doente, que estabelecem métricas isto é um facto, agora também sabemos que na implementação de projetos esta preponderância dos médicos é relevante e que depois vai arrastando os outros, agora se é um bom método? Não, aquilo que é necessário é implementar projetos considerando aquilo que são as perspetivas de todas as profissões, médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico, administrativos, e aqui voltando um pouco atrás tenho que tirar o chapéu à estrutura do CRI, porque tem um médico responsável, um enfermeiro responsável e um gestor. Portanto num projeto de saúde seja a simples definição de um “pathway” único de patologia seja a gestão de um hospital inteiro, tem que ter sempre uma componente completa dos profissionais que têm influência na prestação dos serviços e em equipa. Aliás já os conceitos *Value Based Health Care* têm esta vertente indicando que o que importa é a constituição da equipa, tem que haver uma equipa multidisciplinar com um responsável, com uma liderança, mas nunca se diz que o médico lidera o processo mas sim a pessoa com mais experiência e o valor que pode acrescentar a este campo, o que interessa é o resultado final e o valor acrescentado ao doente, portanto importantes somos todos.

Questão 5 - Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?

Quando iniciamos a construção do primeiro Centro de Responsabilidade Integrado, uma das coisas que foi desde logo basilar foi pensar na valorização por meritocracia, é o reconhecimento de mérito a quem o tem, a pior coisa que se pode fazer numa organização é tratar tudo por igual, no fundo é essencial em qualquer organização termos capacidade em avaliar, nós na função pública temos uma ferramenta fraquíssima que é o SIADAP, que não serve para nada e nos cuidados de saúde então é muito fraca, num modelo de gestão mais pequeno e por sectores como os CRI tem que haver uma ferramenta de análise e de avaliação daquilo que são os indicadores da avaliação da “performance” profissional e reconhecer as pessoas, este reconhecimento tem duas componentes essenciais, uma é financeira, porque toda a gente precisa de dinheiro para viver, e outra vertente é a disposição social, dentro desta temos diversas facetas, desde o reconhecimento público, a formação na sua área de diferenciação, portanto estas componentes têm que existir e resultam obviamente de um sistema de avaliação do mérito por uma boa ferramenta, há que adequar convenientemente as ferramentas e só assim há uma real medição do esforço, o que faz as pessoas sentirem que vale a pena porque a inexistência destas ferramentas irá provocar o desinteresse fazendo com que as pessoas vão para o emprego e não para o trabalho e isso é mau porque é daqui que nascem os objetivos de bons cuidados ao doente.

Questão 6 - Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?

Regressando a esses modelos mas agora para os profissionais acho que a filosofia é a mesma, no caso dos CRI são um bom ponto de partida porque pode valorizar mais os profissionais, ao contrário do que falámos antes em que um cenário de desvalorização do mérito leva a que faça ou não faça vou ganhar o mesmo. Aqui é o mesmo que já falamos na ótica do utente, ou seja é uma boa base, que por si só não chega, mas permite ter o conselho de administração disponível para negociar. Para o hospital também é bom porque tem os seus objetivos quer de produção, quer encargos monetários mais bem definidos, e alivia toda a estrutura média de decisão, que normalmente é uma estrutura pesada e obsoleta e às vezes incompetente nos hospitais públicos. No caso do CRI temos um “board” que é um médico, um enfermeiro e um gestor que vão fazendo a gestão dos seus profissionais dentro do orçamento previsto e para a produção prevista, e depois estabelece-se um sistema de distribuição de acordo

com a disponibilidade e diferenciação de cada um dos técnicos, tem um sistema de avaliação e de acordo com aquilo que é o resultado final, tem o sistema de remunerações, e isto é uma evolução enorme nos hospitais públicos. Agora não podemos esquecer que são precisos profissionais para isto e não há assim tantos com disponibilidade. Relativamente ao modelo de Clínicas pode ser muito interessante porque fideliza o profissional a uma especialização e integrado num projeto de trabalho e isto é muito importante, ao contrário do CRI que tem um orçamento próprio aqui neste modelo não temos a vertente financeira, no entanto não retira a importância de valorizar os profissionais ao nível remuneratório, recorrendo a ferramentas de avaliação que promovam o mérito. Portanto o melhor que se pode dar a um profissional de saúde, seja médico, enfermeiro, técnico, não são muito diferentes entre eles, é ter um projeto de trabalho, ter um tipo de patologia ao qual se dedicam por completo e terem uma diferenciação máxima e isto é uma valorização e reconhecimento entre os pares, e isto a gestão tem que perceber que é o ideal.

Entrevista 20

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Sim, julgo que sim, pelo menos o estudo das questões obriga-nos a pensar nas coisas. Eu vejo que há uma grande distância entre as teorias e o dia-a-dia e a prática, eu faço já a ressalva que nestes lugares em que estamos (administração), estamos um bocado distantes dos utentes, não temos relação direta, porque não somos prestadores, somos da parte da gestão, mas de qualquer maneira nós temos duas grandes vertentes que são o nosso foco, uma das nossas preocupações é o acesso, ou seja o utente ter acesso em tempo útil àquilo que precisa, e depois temos a questão da humanização, que é uma coisa que eu não gosto, porque é uma coisa que não deveria ser necessária, temos uma equipa multiprofissional, que vai desde médicos, uma arquiteta, comunicação social e até a pessoa da comunicação e é menos técnico e mais ambiental e o objetivo é que as pessoas se sintam bem acolhidas quando chegam ao hospital, mas acima de tudo é a parte do acesso, o resto é acessório e se tivermos presente as notícias do país é a questão do acesso, agora a questão da pandemia também nos atrasou um bocado nas recuperações que vínhamos fazendo, na parte cirúrgica no ano passado conseguimos recuperar quase um milhar de cirurgias comparando com o período homólogo.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Eu acho que o que falei é importante, uma pessoa sentir que está a ser atendida nos tempos devidos e com os recursos que deve, falando em chavões, tenho em mente três áreas muito importantes no nosso mandato, é a parte da qualidade (clínica e instalações e equipamentos), equilíbrio económico e financeiro, e por fim a satisfação, e esta só faz sentido vindo em duas óticas que é dos nossos profissionais e dos nossos clientes/utentes, e criando boas condições quer para uns quer para outros e se os nossos profissionais estiverem motivados e satisfeitos é menos provável que haja crispação porque até a parte do atendimento e do contacto que fazem é mais amigável digamos assim, além da parte que é expectável que é que o mesmo seja tecnicamente correto. E depois onde acontece muito essa crispação? É nos serviços de urgência por causa dos tempos de espera, depois as pessoas exaltam-se e ainda para mais hoje em dia com os meios de comunicação que há, *smartphones* e com a comunicação social que temos, a forma como intervêm e como divulgam e como é fácil fazer uma fotografia ou um vídeo e depois passar, leva muitas vezes a inflamar posições e tivemos aqui um ou dois casos, em que não é fácil porque, pois gratuitamente se passa à agressão física. Não é fácil ter soluções e nós pensamos nelas, quer com botões de pânico, quer ter mais elementos de vigilância, polícias também temos, até temos um posto avançado da esquadra, mas é impossível estar em todo o sítio e a todo o momento em todos os lados, não é fácil, portanto acho que passa essencialmente pela satisfação do profissional e depois atuar em tempo útil e isso seria muito bom.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

A responsabilização das equipas é sempre positiva, no entanto para delegar e responsabilizar temos de dar autonomia, sem essa autonomia estar a dar responsabilidade não é honesto, agora a autonomia é um pouco limitada, basta estar atento às notícias para perceber que a autonomia está muito centralizada no próprio ministério das finanças. Por exemplo um novo contrato precisa da autorização das finanças. Posto isto, porque é que eu referi isto? Quando se chega ao nível do Conselho de Administração já resta pouco para atribuir coisas que já nem temos, quando queremos dar alguma autonomia para depois termos alguma responsabilidade é sempre muito nos recursos, quer seja humanos, equipamentos ou outros recursos a nível de incentivos, agora em tese e das experiências que houve nomeadamente em Coimbra com os CRI havia bons resultados.

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Eu diria que não há muitas dúvidas que são os médicos, o nosso sistema está muito direcionado para o auxílio do médico, ou melhor como complementar e em função do médico. Mesmo se estivesse a falar com um enfermeiro ele respondia-lhe a mesma coisa, mesmo a muito custo...é o fio condutor com os utentes desde a sua admissão e depois ter alta ou não ter alta.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não, porque acho que o nosso sistema é muito pouco pela meritocracia é tudo pelo igualitarismo, não valoriza, sem me alongar muito, mas não tem esse objetivo, o médico ganha no privado em duas ou três tardes o que ganha aqui num mês, mas com uma perna às costas, um enfermeiro um pouco mais se calhar duas ou três semanas, depende um pouco da diferenciação, mas conseguem no privado ter mais condições, e hoje em dia o privado está muito próximo de nós porque há muitas parcerias.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Quanto melhor for a amostra menos difícil é nós sermos justos, mas é preciso ter mais coragem ter os atores certos, os médicos certos, os diretores certos, os enfermeiros certos, é preciso ter coragem, é muito mais fácil dizer que sim a todos, (isto na ótica do gestor) se fosse assim não precisávamos de estar cá, ou seja por exemplo num universo mais pequeno eu consigo diferenciar e consigo ser mais justo se tivermos estruturas mais pequenas. Porque a perceção das equipas e do universo que se tiver a gerir equipas muito grandes se calhar não consigo ter. Depois há um risco grande, muitas vezes este tipo de soluções vai para serviços cirúrgicos ou que têm técnicas e nestes serviços é fácil aplicar esses incentivos, mas depois há todos os outros serviços em que não têm entre aspas médicos, em que não têm cirurgias, não têm técnicas diferenciadas, uma medicina interna por exemplo em que depois estão ao lado e podem ver os colegas onde há esta autonomia e esta possibilidade de incentivar e a progredir e eles estão no “rame-rame” a ganhar sempre o mesmo e não passo daqui quer faça muito ou faça pouco, se naquele micro universo é bom para gerir uma estrutura mais pequena, quando estamos a ver a floresta toda cria alguns desequilíbrios, ou tendencialmente pode criar alguns desequilíbrios, como um serviço de urgência por exemplo, que tem de fazer o que lhe aparece,

não tem que fazer mais ou menos, este tipo de modelos, os CRI são muito focados na produção, mais técnicas, mais cirúrgias e pode criar iniquidades. Já agora deixe-me dizer mais uma coisa já que estamos a falar da motivação e satisfação dos profissionais, uma das situações que eu costumo dizer, e é relativa à dimensão principalmente nesta casa, eu costumo dizer que a ciência é gerir pessoas, porque cada um de nós é diferente, e o meu comentário é que tenho notado uma variação no tipo de expectativas que os profissionais hoje em dia têm, a nossa geração é muito programada para carreiras e longevidade, e esta geração atual é completamente diferente, estão pouco preocupadas com o tipo de vínculo e estão sim preocupadas se têm tempo para elas e para a família e não se importam nada de mudar daqui para ali de hoje para amanhã, nomeadamente a parte clínica que tem mais facilidade, mas nota-se uma diferença enquanto antigamente havia uma grande preocupação com a formação, quando refere a parte dos incentivos não é só regulatório a formação também está muito subdelegada na indústria indiretamente, principalmente na parte médica, e isso também é um dado adquirido por muitos profissionais e hoje em dia nota-se uma atitude diferente até a negociar e criar incentivos para ter cá pessoas, porque os objetivos mudaram, não são as que nós tínhamos antigamente. Por exemplo alguns grupos profissionais como anestesistas que há uma escassez enorme e com quem temos negociado tem valorizado muito um horário que lhes permita uma forma reduzida para ter tempo para eles.

Entrevista 21

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Ao longo dos últimos tempos tem havido uma tentativa para aumentar ou focar pelo menos os cuidados naquilo que é pretendido pelo utente, há um maior interesse em estimular que haja um maior envolvimento dos utentes nas próprias decisões em termos de cuidados de saúde e também acho que os próprios utentes também já começam a ser mais exigentes em termos de cuidados, eu por exemplo em termos de consulta tenho a noção que a pessoa que entra e sai e demora 5 minutos, isso nunca me acontece, acho que é fruto também da própria exigência do próprio utente que quer que as coisas sejam explicadas, na minha população que é um pouco diferenciada eu facilito que isso aconteça, tem havido uma tentativa que isso aconteça, apesar de não haver propriamente uma concretização pois continua a haver um excesso de utentes por profissional de saúde e acho que isso acaba por dar raios pouco interessantes. No caso específico do *engagement*, o que eu noto é que ele está muito feito na perspetiva digital e muito

pouco no cuidado de saúde propriamente dito, e não é igual fazer *engagement* numa pessoa com 30 anos com as ferramentas que estamos a utilizar hoje e numa pessoa com 70 anos, a média de idades na minha consulta é superior a 70 anos de idade e isso acaba por não ser tão fácil em termos de captação daquilo que o utente quer, e naquilo que eu lhe posso oferecer e assim não é propriamente igual, acho que o foco tem sido mais para as pessoas mais jovens, apesar do maior problema serem as pessoas mais velhas, porque esses é que não estão tão alertas para os cuidados de saúde. Os cuidados centrados no utente acho que acontece um pouco, antigamente havia muito aquela figura do meu médico e do meu doente, agora as coisas estão diferentes, a visão de que o doente era deste médico era uma coisa que existia há 20 anos ou 30 anos, não quer dizer que não se estabeleça à mesma uma relação de empatia entre os dois, mas acho que hoje há uma relação já muito mais da instituição no sentido de ver o doente como um só, independentemente como ele está a ser atendido.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Acho que a parte essencial passa pelo tempo que é disponibilizado, nós nunca podemos oferecer os cuidados certos se não tivermos tempo. Habitualmente temos doentes a mais para o tempo que temos, e acabamos por fazer mais tempo do que aquilo que era suposto, porque para conseguir captar a atenção das pessoas e dedicar-lhe tempo e os cuidados necessários, só se tivermos capacidade de comunicar e passar a informação. A primeira parte passa por ser realista em termos de capacidade de execução, acho que os horários de trabalho devem ser reorganizados, uma coisa que se tem falado por exemplo que é a abertura dos serviços mais horas para facilitar a capacidade da vinda dos utentes aos serviços, acho que sim, porque as vidas vão evoluindo e as pessoas não têm capacidade de aceder naquelas horas aos serviços, mas para isso acontecer também tem que o profissional estar lá e estar disponível, este é o problema maior que nós temos porque muitas vezes a nossa dificuldade em oferecer tempo é fruto desta sobrecarga que temos. No meu caso só tenho consulta uma vez por semana, o meu tempo de consulta é de 4 horas e tenho doentes que deveria ver em 8 horas, é uma coisa simples, mas que eu tenho que ir gerindo os doentes em função do tempo que tenho, e isso não deveria acontecer, e devia haver alguma sensibilidade e flexibilidade para nós podermos adequar as necessidades ao doente. Na perspetiva em termos profissionais, isso também deveria ser exigido que isso acontecesse também para os profissionais, não é só pedir mais tempo, mas é necessário perceber se o utente ficou satisfeito ou não, ou melhor, além da satisfação é necessário perceber se o utente percebeu mesmo aquilo que nós estamos a dizer, essa parte nunca é avaliada e isso tem mesmo que ser avaliado, porque senão pode perder 5 minutos e não ter sucesso, mas

também pode perder 1 hora e não ter sucesso e no final é pior, mas tem que haver uma sobreposição das duas coisas. A comunicação aqui é essencial e a sensibilidade social, e é necessário perceber se as pessoas percebem.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Na minha perspetiva acho que essas estruturas não vêm melhorar, porque se queremos os cuidados centrados no utente como um todo então como é que esses serviços dedicados a uma especialidade vêm resolver a questão? Os CRI que conheço são dedicados apenas a uma patologia em exclusivo, e a pessoa entra e sai neste circuito focado num procedimento, o que não quer dizer que não vá ter o acompanhamento das restantes especialidades, mas é uma complicação quando o doente sai desse circuito e vai precisar de outros cuidados. Ou seja sim, para essa patologia, agora se falarmos do doente como um todo acho que não. Os CRI's que estão a funcionar, estão devido a dois interesses, porque há um conjunto de pessoas que estão descontentes com a forma como estão a trabalhar e percebem que isso é uma resolução em termos profissionais, e não terem de estar sempre com o “problema do sistema”, e por outro lado também têm o retorno daquilo que estão a fazer, porque como lhes são exigidas métricas um bocadinho diferentes têm alguma informação acerca daquilo que estão a fazer, quais os indicadores que estão a ser valorizados, mas não me parece que resulte só por si, porque não dá para ter um hospital cheio de CRI's. Um dos problemas da gestão pública passa pelas métricas serem só única e exclusivamente métricas relacionadas com produtividade, se isso fosse modificado mudaria substancialmente o atendimento aos utentes, a qualidade não tem que ser nada de transcendente e há coisas de qualidade que podem ser feitas facilmente, é só alinhar o pensamento nesse sentido, as métricas que são definidas não são planeadas com os profissionais de saúde e deveriam ser.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Acho que de momento são os médicos, embora não sejam eles a tomar as decisões, mas acho que de momento são os médicos.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Acho que não e acho que é muito difícil que venha....acho que temos um problema de liderança de serviços muito grande em termos globais, fruto não sei se foi uma questão geracional, mas atualmente a maioria dos serviços não tem pessoas que tenham a capacidade de fazer a ligação entre os recursos humanos dos serviços (sejam médicos, enfermeiros ou técnicos) e a gestão. As pessoas que deviam fazer esta ligação acho que não tem essa capacidade e isso vai ter um reflexo. Porque é muito difícil, eu dou-lhe o meu exemplo eu tenho 38 anos, aquilo que eu perspetivo atualmente em termos de trabalho, são 30 anos de trabalho em que concorri agora ao próximo grau da minha carreira em termos profissionais que não me trará muito em termos remuneratórios, mas o que eu perspetivo são 30 anos de trabalho a trabalhar da mesma maneira porque a seguir o próximo grau, eu não o vou conseguir atingir. Então é essa a realidade que me espera, não é motivante e o motivante às vezes não é só o dinheiro, é parte, porque ninguém trabalha só porque lhe apetece, todos temos necessidade da parte remuneratória, mas não é só a única solução, e não acho natural ter feito um investimento dos anos de vida que fiz e no final tratem-me como se não tivesse feito nenhum ano em termos de trabalho quando ainda por cima exigem ao mesmo tempo que estejamos sempre disponíveis. E depois em termos profissionais não temos tempo para fazer investigação ou intervir noutras áreas assistenciais, nós estamos sobrecarregados de atividade burocrática. Por exemplo as plataformas, eu acho que é muito giro, mas isto não pode ser 15 minutos de consulta e ter de recorrer a nove plataformas que é o que acontece. Isto não é motivador nem aliciante, neste momento estamos a atravessar um momento especial com a pandemia face ao futuro, mas já antes da pandemia eu achava que a estrutura em si deve estar preparada para as pessoas se organizarem de uma maneira diferente a trabalhar, porque não há propriamente um estímulo para as pessoas serem diferentes até na maneira de pensarem e isso é uma falta grave no SNS. Antigamente os médicos sempre estiveram mais à frente em termos de organização, porque os serviços são muitos organizados em função do diretor do serviço, mas entretanto os enfermeiros por exemplo, fruto do seu trabalho e com o seu investimento em termos de carreira. A carreira de enfermagem hoje é vista muito mais em paralelo com a carreira médica, mas não acho que tenha de funcionar assim por exemplo nos serviços, não posso estar num serviço em que tenha enfermeiros em que não estejamos os dois a falar a mesma língua, a própria organização levou a que haja um afastamento entre classes profissionais, a separação entre classes o que vai estar a gerar é um afastamento cada vez maior entre os objetivos que a classe tem e isso acaba por dispersar os cuidados de saúde, acho que este afastamento acaba por ser....acho que toda gente

prefere trabalhar em equipa porque no momento em que um falha se todos tiverem em equipa é mais fácil das coisas funcionarem, mas eu acho que não há esse tipo de interesse e há alguma convergência para este tipo de afastamento e acho que devíamos convergir todos para o mesmo e isto é igual seja médicos/enfermeiros/técnicos.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Por exemplo o CRI não acho que seja mau no sentido do profissional, acho que por exemplo dá facilidade na questão da valorização profissional, e não é só a questão do dinheiro, é você estar a fazer uma coisa e ser mais eficiente a fazê-lo, eu gosto de entrar no bloco ocupar o meu tempo todo e não ter tempo perdido, é simples, e esse tipo de visão favorece um tempo mais produtivo. Por isso é que eu acho que não é o dinheiro, sendo que o dinheiro é uma compensação que devemos ter pelo trabalho, isso deve existir e preferencialmente deveria ser igual. Mas o incentivo não tem que ser exclusivamente a remuneração, a maior parte, se calhar falo mais pelas pessoas que em 40 anos ou menos, o que acontece é que tiveram um percurso académico muito bom e depois chegaram ao mercado de trabalho e não foram valorizados, sendo até pouco diferenciados, portanto estruturas como os CRI's não será tanto pelo valor remuneratório mas você ser valorizado pelo trabalho que faz. Acho que precisávamos muito de pessoas que conseguissem comunicar entre a área médica e a parte de gestão e não sei como isso se resolve, não há ligação. Isto é um problema mais de liderança, depois é indiferente se é um CRI ou departamento ou outra estrutura qualquer, o dia em que esta ponte se fizer será muito benéfico.

Entrevista 22

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Acredito que existe um esforço crescente para colocar o doente no centro dos cuidados, mas acho que isso depende muito dos profissionais de saúde e da forma como cada um trabalha a forma de fazê-lo ou não, tenho noção que os serviços tendem a arranjar forma de valorizar o utente mas não é algo que seja constante a todos os serviços de saúde, são situações particulares que cada um aplica da forma que lhe é mais vantajosa e não uma condição geral. Na minha área isso é especialmente importante, por ser uma doença crónica, por ser uma doença em que a *compliance*, a educação do doente é fundamental, a relação com as suas famílias, portanto se

não houver uma centralização no doente, acabamos por não atingir os resultados que esperamos. Portanto, ainda não é pelos conceitos em si, uma vez que são ainda pouco expressivos, mas têm tendência a evoluir, há muito ainda a fazer como envolver o doente no processo decisório, e também promover o empenho das estruturas dos hospitais, que ainda não é feito.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Todas as que possam ser implementadas para fomentar a comunicação entre profissionais e utentes. As relações dependem muito da forma de interação e do contexto entre as partes e aliás podemos confirmar isso pela experiência da Urgência onde se dão normalmente mais casos, por exemplo de agressão, devido normalmente a um subdimensionamento dos serviços de urgência, do número de pessoas que está no atendimento. No meu caso não é uma coisa que me possa queixar, porque quando estamos a falar do seguimento crónico do doente, é estabelecida uma relação médico-doente em que já não há espaço para esse tipo de atitude, essas situações estão mais relacionadas com os serviços que estão subdimensionados e que gera situações de *stress*. De que forma é que as coisas podem ser melhoradas? Nesses locais específicos, passa essencialmente por melhorar a resposta, se o doente não estiver 10 horas para ser atendido (e não estou a desculpá-los) certamente que a partir daí acaba por diminuir os níveis de *stress*, de uma forma global melhorar resposta dos serviços de saúde também vai ajudar, depois há outras formas de melhorar a comunicação médico-doente, como a adoção de novas tecnologias, o doente ter uma forma mais fácil de acesso por via das teleconsultas, telemedicina, ou seja canais que possam facilitar o acesso dos doentes. Pessoalmente como é que nós acabamos por melhorar essa relação e comunicação com o doente e falo um bocadinho naquilo que é a minha prática diária, do doente com insuficiência cardíaca, que é um doente com uma necessidade muito grande de acesso aos cuidados de saúde – é a capacidade de resposta. O facto de nós estarmos disponíveis faz com que estejamos muito mais próximos e que a comunicação entre o doente, o seu familiar e os serviços de saúde sejam muito mais de proximidade. Agilizar e melhorar os serviços de saúde entre si, também poderiam melhorar bastante, atualmente existe um distanciamento em termos das formas como os diferentes serviços comunicam entre si (urgência, consulta externa, cuidados primários) há um distanciamento tão grande entre eles, que provoca uma perda grande de informação entre estes serviços que depois não facilita o contacto com o doente. Um exemplo: um doente vem à urgência e o médico de família não sabe, o médico que o recebe na consulta externa não sabe e não há uma forma automática, serviços de informação automáticos que permitam que esta informação flua entre os diferentes

níveis de cuidados, e isso é algo que de alguma forma acaba por quebrar a comunicação entre os doentes e os serviços de saúde.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Estou integrada numa Unidade funcional que integra diferentes serviços dentro do hospital, integra diferentes especialidade e diferentes categorias profissionais, acho que modelos mais pequenos acabam por estar mais próximos do doente e de alguma forma a informação relativa ao doente chega mais fluída e chega melhor aos profissionais de saúde, ou seja, acredito que modelos mais pequenos acabam por funcionar melhor. Relativamente aos CRI, não tenho experiência, o meu modelo é diferente, o meu centro funciona normalmente através do hospital, portanto nós temos os critérios de referenciação do hospital, não fazemos seleção de doentes, agora centros que tenham alguma autonomia financeira também acredito que possam desenvolver ferramentas importantes para gerir, que nós não temos, porque não temos autonomia financeira.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

O mais importante é o doente. Mas percebo a questão, e acho que nós não podemos trabalhar uns sem os outros, no meu caso eu dependo tanto da enfermagem que como podemos ver teve um papel tão determinante na altura da pandemia para que alguns serviços não caíssem por isso acho que médicos e enfermeiros são duas classes igualmente imprescindíveis, depois são apoiadas por outras categorias profissionais que muitas vezes são tidos e tratados como dispensáveis e daí terem visto o seu número muito reduzido pelo SNS, como seja a categoria dos técnicos de saúde, técnicos de cardiologia, psicólogos, sendo muito subvalorizados no SNS e o seu número traduz isso mesmo, pois com os cortes que ocorreram nos últimos anos a contratualização destes profissionais caiu completamente. Quanto aos administradores hospitalares, acho que ainda há muito a evoluir neste campo, nós médicos, habituamos muito a gerir, e pessoalmente tenho experiência de trabalho no SNS e PPP e acho que o papel do administrador hospitalar no SNS fica ainda muito aquém daquilo que é pretendido de um administrador hospitalar. Não há controlo de números, não há otimização de recursos, não há

gestão de horários e perceber o que é ou não imprescindível, eu dou-lhe um exemplo simples: Numa PPP um técnico de cardiopneumologia com competência em ecocardiografia, faz ecocardiografias de manhã à noite, faz um número enorme, num hospital do SNS não se contrata esse técnico e mete-se um médico a fazer esse trabalho de manhã à noite em vez do técnico que era muito mais barato e libertava os médicos para fazer consultas onde eles não são substituíveis, este tipo de pensamento de gestão não existe e os administradores não têm este papel.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Não. As carreiras foram descongeladas há pouco tempo, mas tiveram paradas anos e anos, a carreira de enfermagem penso que não, agora na carreira médica não existe avaliação por desempenho, por mérito, não há subida por mérito ou por obtenção de resultados. Portanto se valorização da carreira é fazer um exame de 10 em 10 anos, no qual o hospital não tem qualquer tipo de intervenção e depois subirem-nos 200€ o ordenado fica muito aquém daquilo que é pretendido. Relativamente à formação depende apenas do médico, praticamente daquilo que quer fazer e está disposto a fazer, não há tempo alocado, há 10 dias por ano de formação, se comparamos a sistemas como o Inglês em que eles de 15 em 15 dias têm 5 dias para estarem em casa a estudar e a fazer relatórios, não tem nada a ver, eu não tenho no meu horário tempo para formação diária ou para dar formação aos outros. A única coisa que efetivamente existe são os dias por ano que nos dão para formação e que é paga por nós, e a entidade patronal não tem propriamente um papel ativo.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Qualquer coisa que seja avaliada por resultados é bom, atualmente estamos num modelo em que faça zero ou faça tudo o que eu quiser, o mérito e o reconhecimento é o mesmo, qualquer sistema que valorize o trabalho e recompense o trabalho, seja uma retribuição monetária, ou de outro tipo mas que reconheça os resultados, tem tudo para conseguir um melhor empenho e satisfação dos seus profissionais, porque o que acontece é que tudo o que fazemos é por carolice porque ao fim do mês o dinheiro que vem é exatamente o mesmo e o reconhecimento das entidades é exatamente o mesmo, entre os pares não, mas da entidade sim, quer não faça nada ou passe lá noites. Qualquer sistema que tenha alguma autonomia e tenha a possibilidade de

recompensar mediante resultados tende sempre a conseguir um maior empenho dos seus profissionais.

Entrevista 23

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

É uma bela filosofia, mas já trabalho há 20 anos e há 20 anos que oiço falar disso, e quando o doente sai de uma consulta e não pode fazer logo uma remarcação e tem que voltar no dia a seguir ou dá voltas e voltas no hospital para conseguir marcar qualquer coisa, aí se vê que as coisas estão pouco centradas no utente, estão mais centradas em quem faz o quê, ou seja nos profissionais. É um bom princípio, mas as pessoas ainda não estão centradas nisso, desde o doente que está na sala de espera e não ouviu a chamada e quando vai ver o que se passa com a sua vez, dizem-lhe já chamamos, não ouviu não se faz consulta, portanto isto não é centrado no doente pois não? Ou seja, são bons conceitos, mas na prática no dia-a-dia a pessoa perde a sua aplicação, mas na verdade os profissionais só existem porque existem os utentes e é neles que devemos focar a nossa atividade e é para eles que temos que melhorar. Os conceitos são importantes e é aquilo que deve nortear, mas não servem para nada no dia-a-dia. Outro exemplo: quantas vezes se vê pessoas a andar pelos hospitais e vê-se perfeitamente que o doente está perdido, quantas pessoas chegam ao pé desse doente e perguntam se precisa de alguma coisa? Não chegam, ou são muito poucos os profissionais que perguntam e depois vão levá-los ao sítio.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

É preciso uma coisa muito simples e chama-se empatia, é preciso o profissional colocar-se no lugar do doente, nos pés do doente, isto não é difícil de perceber, como no meu caso eu estive e estou nesse lugar, então nós percebemos ainda melhor como queremos que o sistema funcione e dê respostas, é preciso perceber que um dia podemos ser nós a estar naquela situação, eu volto a dizer este exemplo: numa sala de espera de uma consulta em que estão não sei quantos médicos a chamar para a mesma sala de espera percebe-se o quão difícil é para certas pessoas com dificuldades auditivas, de visão ou com mais idade, perceber se foi chamado, basta pôr no lugar deles, outro exemplo: se sair de uma consulta após as 18:00H e chegar ao secretariado e já não estiver lá ninguém para carimbar um papel ou receber um papel, e no dia seguinte ter de

lá voltar só para isso, quando no dia anterior se for preciso teve de se faltar ao trabalho para estar lá, percebe-se que o sistema não está desenhado para o utente, isso não é ser empático.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Não sei se há relação entre esses novos modelos e a valorização do utente. Há mais de vinte anos que se fala, mas na maior parte dos casos não sai do papel e quando sai está muito destinado a resolver listas de espera, especialmente listas cirúrgicas, aliás a última legislação que saiu relativamente aos Centros de Responsabilidade Integrada, está lá dito que é um mecanismo para lutar contra as lista de espera, especialmente cirúrgicas, porque as listas de espera das consultas ao preço a que é possível pagar, não é bom negócio, ou seja é essencialmente virada para a área cirúrgica. Do que conheço fora disto existiram alguns estudos fora destas áreas, que eram na área da gastroenterologia. Na generalidade não acho que estes modelos a serem implementados venham a trazer essencialmente, e numa visão de mais empatia, mais cuidado para com o doente. Acho que o objetivo hoje em dia é passar a ter estruturas de gestão intermédias que possam ser mais ágeis, com pagamentos face à unidade de produção que realize e mais direcionados para a área cirúrgica, agora se estamos a achar que é este modelo que vai possibilitar mais cuidados centrados no doente, não me parece, porque é um modelo que se um dia deixar de ser mais ou menos remunerado, cai por terra e o cuidado centrado no doente não pode estar agregado a isso, portanto as melhorias têm que ser conseguidas à custa da melhoria dos processos se estiver apenas relacionada com a adicional não irá ter sucesso. Além de que esse modelo continua com lacunas ao nível da contabilidade analítica e da imputação de custos e durante estes anos todos não existiram grandes desenvolvimentos, além de que existe ainda outro indício ainda mais perigoso, que é ao longo destes vinte e tal anos que se fala dos centros de responsabilidade como modelo de gestão, temos visto que eles avançam ou param conforme o ciclo político e associar isso à melhoria dos cuidados ao utente, não pode ser. Eu não vejo mesmo nenhuma necessidade destas estruturas, nós como estamos a trabalhar no meu hospital, conseguimos ter essa agilidade e proximidade ao utente, e isso tem muito a ver com a empatia que se consegue com este, e não temos nenhum centro de responsabilidade. A solução que está parece-me bem, com administradores de áreas e ter as pessoas focadas no acompanhamento das coisas com responsabilidade e formação, têm que ser pessoas que saibam das coisas com uma estrutura bem montada, com uma boa

organização de processos e independentemente do que lhes quisermos chamar (CRI ou outra coisa qualquer), é isso que faz a boa gestão, porque uma coisa baseada na remuneração no dia em que o dinheiro faltar, acaba-se tudo, e isso vai ter um impacto muito negativo no doente.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Nenhum hospital se consegue manter sem todos os profissionais que lá estão, obviamente quando um doente entra pela urgência é bom que estejam lá os médicos, os enfermeiros, os auxiliares, os farmacêuticos, o secretariado para fazer a inscrição, os técnicos de diagnóstico para fazerem os exames complementares, é bom que o aprovisionamento tenha trabalhado para ter lá as coisas, que os recursos humanos tenham tratado dos profissionais, que os engenheiros tenham preparado a infraestrutura para receber os utentes, no limite se alguma coisa destas falha, tudo falha, se faltar o oxigénio, por mais profissionais que lá estejam as coisas não vão funcionar, se há local multiprofissional e multidisciplinar são os hospitais e só assim funcionam, e todos tem o seu papel. Por exemplo no Covid, quem foi a linha da frente? Foram todas as pessoas que fizeram trabalhar o hospital essa é a verdade, se os médicos e enfermeiros tinham EPI's vestidos foi porque alguém teve de os adquirir, eu que supostamente estive na linha de trás também andei à procura de máscaras quando estas não existiam em lado nenhum, mas conseguimos arranjá-las para a chamada linha da frente as utilizar, portanto todos são importantes. Num ato cirúrgico, falta o técnico de cardiologia e o doente não fez eletrocardiograma, não se faz a cirurgia, mas estavam lá todos, não é? Apenas faltou o técnico de cardiologia, portanto a importância tem que ser dividida por todos, e aqui o mais importante até foi o técnico de cardiologia.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

Nem sei se existe um “modelo” atual de gestão, o modelo de gestão para mim neste momento é o modelo de gestão por objetivos, define-se um objetivo e toda a gente concorre para esse objetivo. O que existe serve essencialmente para detetar disrupções no sistema, na produção e todos tem que à força toda tentar atingir esses objetivos, e ou se contorna o sistema ou se começa a ter mais eficiência e eu já vi as duas coisas, portanto tudo isto nunca é um modelo que tem em consideração a valorização dos profissionais. O atual modelo valoriza qualidade e eficiência, não há um único indicador no contrato programa que esteja focado nos profissionais.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Quando começamos a trabalhar por exemplo nos Centros de Responsabilidade as pessoas só questionavam por quanto tempo é que aquilo ia funcionar, uma das premissas desse modelo é que as pessoas deviam estar em exclusividade e muitas pessoas não estão interessadas em se desvincular da clínica privada, muitas vezes já bem consolidada para ingressar num modelo que pode falhar. De facto percebe-se que os profissionais de saúde estão mal remunerados, o enfermeiro na base o que recebe é mau, o que o auxiliar de ação médica recebe e a quem se pede que tenha uma atitude de proximidade do doente e atenção com o doente e depois leva para casa abaixo dos quatro dígitos, isto é uma miséria o que se paga às pessoas, mas depois dizem: Bom, mas venha cá fazer adicional, uma pessoa trabalha um sábado inteiro e a seguir recebe vinte ou trinta euros que lhe faz aumentar o IRS e no fim de tudo vai receber nada ou pouca coisa. Portanto estes modelos não têm em conta os interesses dos profissionais, há valorizações intrínsecas e extrínsecas. Intrinsecamente temos que considerar a parte da remuneração e isso é inegável, mas a dado passo e isso vê-se agora com a questão dos anestesistas, não é por pagar mais que veem trabalhar mais, porque algumas vezes já não é o dinheiro que faz mover as pessoas, porque querem um projeto, um objetivo como projeto para se sentirem bem acolhidos, para estarem com pessoas que os tratam bem, ou então não veem. As pessoas trabalham por dinheiro é certo, porque senão também não o faziam, mas há uma linha que separa aquele ganho de mais dois ou três tostões, por causa de uma coisa que a pessoa não quer fazer, já não é o dinheiro que vai pagar, e estamos numa encruzilhada geracional em que os médicos mais velhos estão disponíveis para quase tudo, mas os mais novos não estão para isso, temos casos no hospital que nós queremos pagar mais horas a uma anestesista, mas ela não quer, quer ter tempo para si e para a família. Outro caso de um urologista que reduziu o horário porque teve dois filhos e quer acompanhar melhor os primeiros anos dos filhos, portanto são coisas menos tangíveis, não é o dinheiro, às vezes quase que bastava a gestão de topo dizer “obrigado, fez bem”, é preciso saber gerir pessoas, a empatia novamente, não sei que modelo de gestão é aqui mais adequado, mas qualquer que seja é preciso estratégia e um rumo e pensar nas pessoas, obviamente a parte monetária conta muito, mas também tudo o resto é necessário e enquanto os funcionários não forem valorizados nestas diferentes vertentes, as coisas não vão melhorar, aliás só se pode esperar que piorem.

Entrevista 24

Tópico I

Questão 1 - *Considera que os modos de valorização do utente (PCC, empoderamento, engagement, etc.) tem atribuído mais importância ao modo como o utente é tratado? (se sim, como é que isso se revela no dia a dia?)*

Não me parece, há muita coisa escrita, muita conversa e essencialmente muito marketing à volta do tema mas não vejo que isso se reflita no dia-a-dia na melhoria do sistema em prol do utente, continuamos com tantos utentes sem médico de família que é a coisa mais básica, e não vejo de que forma é que isso tenha realmente consequências, são nomes bonitos, de vez em quando uns estão mais na moda que outros, mas não é por aí.

Questão 2 - *Que medidas podem ser implementadas para promover a melhoria da relação profissional/utente? (mais acompanhamento, melhorar acesso, empoderamento...)*

Uma grande novidade que acho está agora muito em voga é a “telesaude”, acho que poderá ser uma mais-valia, no ponto de vista de fazer chegar os cuidados ao utente sem que tenha que sair de casa, sem que se tenha de deslocar, e agora tem-se revelado uma mais-valia em tempos de Covid. Um dos grandes males continua a ser o acesso e aqui havia bastante a melhorar, voltando atrás nós não damos um médico de família a cada utente por isso o acesso está logo ali barrado, como sabemos as urgências são o que são, por isso se houvesse maneira do utente ter alternativas era bom. Aliás no período pós Covid é que as coisas vão piorar porque vai haver novamente um maior afluxo às urgências, e novamente o aumento das queixas na relação profissionais e utentes, neste momento a comunicação social apenas foca o Covid mais nada, a violência não desapareceu, ainda a semana passada houve casos de tentativa de agressão aos profissionais de saúde na Amadora, e cá está, porque as pessoas estavam lá há horas e não eram atendidas, mas neste momento está tudo focado no Covid, portanto para mim tudo se melhorava se o acesso fosse melhorado.

Questão 3 - *Que modelo de gestão poderia ser facilitador na integração/valorização e atribuição de relevância ao utente? (Modelos tradicionais como: (Nova Gestão Pública com um sistema de gestão centralizado e vertical, baseado em critérios de eficiência e eficácia), modelos mais recentes como os Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Os modelos como os Centros de Referência e os Centros de Responsabilidade estão ainda um pouco em teste, não conheço grandes melhorias e resultados associados a estes modelos no que ao utente diz respeito. No caso dos Centros de responsabilidade o modelo tem coisas interessantes e que parece funcionar, mas as pessoas não aderem, não sei. Provavelmente não

foram ainda mais adotados porque não há grande histórico de gestão, e por outro lado também têm andado muito conotados com o ciclo político. Acho que era interessante que o mais depressa possível se fizessem estudos para tentar perceber que resultados houve até agora e a comparação com outros serviços. Um colega meu aqui há uns anos fez um estudo muito bom para criar um Centro de Responsabilidade mas não teve qualquer aceitação por parte da administração, acho que o modelo não convence, e de facto o conhecimento que existe, sendo pouco é sempre associado a critérios de eficiência e eficácia e não perante os resultados para o utente. Ok, podem haver uns questionários de satisfação mas não é suficiente para medir valor, portanto o que se está a fazer não é na ótica da melhoria do atendimento ao utente, mas sim na ótica financeira. Agora normalmente essas estruturas representam mais meios e isso representa mais custos.

Tópico II

Questão 4 - *Entre os grupos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos e gestores), qual deles considera ser mais considerado/relevante no hospital, e porquê? E o seu grupo? (quando diferente do indicado anteriormente)*

Não tenho dúvidas que são os médicos. Os gestores estão sempre disponíveis e apenas para ajudar, não me parece que tenham qualquer papel preponderante, que possa no final do dia ter impacto na qualidade assistencial ao doente. Para já o gestor se não estiver de acordo com o corpo clínico nada é feito, portanto não vejo que tenha qualquer preponderância, portanto serão os médicos à frente, a seguir ainda vêm os enfermeiros, e os gestores, se conseguirem ser ouvidos é fantástico mas será sempre aquele papel adjuvante da parte clínica. Até porque cada vez mais as profissões estão mais abertas e polivalentes, cada vez mais os médicos e enfermeiros também são gestores e estão munidos de ferramentas que lhe permite gerir os serviços, a figura do gestor hospitalar com funções fechadas está a decair.

Questão 5 - *Considera que o atual modelo de gestão tem em consideração os interesses de valorização dos profissionais?*

É complicado, acho que a função dos clínicos até é valorizada e acho que se sentem até empoderados, na valorização remuneratória mais ou menos tudo se mantém com níveis baixos para todos, o caso dos enfermeiros parece-me o pior face à formação de base que têm, porque entram com ordenados miseráveis, se formos ver a formação, essa podendo estar em níveis mínimos ela é garantida essencialmente aos médicos, no caso dos gestores raramente têm acesso a formação, portanto até mesmo do ponto de vista da valorização por formação, para os gestores é zero. O departamento de formação dos hospitais está sempre virado para o corpo clínico,

habitualmente até tem um médico à frente. Portanto na generalidade não se pode dizer que haja uma efetiva preocupação com a valorização dos profissionais.

Questão 6 - *Como melhorar o modelo de gestão com o objetivo de promover uma melhor relação entre profissionais e realização profissional dos mesmos. (modelo tradicional (Nova Gestão Pública), modelos mais recentes, Centros de Responsabilidade Integrada, Centros de referência, Clínicas)?*

Esses modelos podem ser interessantes para os profissionais, e estou a comparar com as USF, agora o que eu acho é que criam sempre iniquidades dentro das organizações, que é, porque é que aquele fulano que trabalha naquele serviço com aquele sistema remuneratório pode, e os outros que estão ao lado e prestam exatamente os mesmos serviços muitas vezes até com mais horas e não tem aquelas regalias. No caso dos Centros de Responsabilidade também é mesmo assim, o modelo que até conheço melhor é as USF e não percebo o que é que isso nos traz a nós mais-valias. Agora, caso existam recursos infinitos e no país ideal acho que o modelo pode trazer vantagens porque permite pagar mais, logo os profissionais estão mais satisfeitos, têm acesso a mais e melhores instalações e equipamentos, agora há aqui sempre o problema do dinheiro, e depois esta existência de cogumelos de serviços não faz sentido, o que me parece fazer mais sentido é adotar um modelo e replicá-lo para todos os serviços, porque assim só alguns terem acesso e outros não, não faz sentido.

