

Gestão hospitalar em Portugal: a busca de um modelo ajustado aos hospitais públicos

Hospital management in Portugal: search the best model to public hospitals

Alexandre Morais Nunes

Centro de Administração e Políticas Públicas,
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas,
Universidade de Lisboa, Rua Almerindo Lessa,
1300-663, Lisboa, Portugal.

Andreia Afonso de Matos

Centro de Administração e Políticas Públicas,
Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas,
Universidade de Lisboa, Rua Almerindo Lessa,
1300-663, Lisboa, Portugal.

Resumo

A busca de um modelo de gestão hospitalar adequado à prestação de cuidados de saúde no setor público é já procurado em Portugal há várias décadas. Foram implementados vários modelos e realizadas avaliações quantitativas, ouvindo poucas vezes os intervenientes nos processos. Objetivo: o presente estudo objetivou analisar as percepções dos grupos de interesse (stakeholders) relativamente às medidas aplicadas que mais contribuíram para a consecução dos objetivos da reforma para a melhoria do acesso, qualidade e eficiência. Método: estudo exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, realizado com recurso a 50 entrevistas semiestruturadas gravadas e transcritas, optando-se pela análise de conteúdo. Resultados: as falas indicam que os diferentes grupos têm diferentes interpretações, dependendo da sua atividade ou função no sistema de saúde. Todos referem que a gestão melhorou com a implementação de práticas de gestão empresarial e com a prestação regular de contas. No entanto, exigem mais transparência, incentivos e acesso. Conclusões: A inovação nas práticas de gestão hospitalar contribuiu para a melhoria do acesso, da qualidade e eficiência.

Palavras-chave: Gestão hospitalar ; Acesso aos Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Eficiência.

Abstract

The search for a model of hospital health for public health care has been sought in Portugal for decades. Several models were implemented and met the

quantitative needs, and sometimes they were implemented in the processes. Objective: This study aimed to analyze the perceptions of the stakeholders on the measures that contributed most to the achievement of the objectives of the reform in order to improve access, quality and efficiency. Method: an exploratory-descriptive study, with a qualitative approach, performed with a 50 semi-structured interviews recorded and transcribed, opting for content analysis. Results: the speeches indicate that the different groups have different interpretations,

depending on their activity or function in the health system. All said that it is better to implement business and financial management practices. However, call for more transparency, incentives and access. Conclusions: Innovation in hospital management practices built to improve access, quality and efficacy.

Keywords: Hospital Administration; Health Services Accessibility; Quality of Health Care; Efficiency.

Introdução

Em Portugal, com a aprovação Constituição Portuguesa de 1976, o Estado assumiu o papel de prestador de serviço público¹. A esta data os hospitais públicos eram geridos com base no regime jurídico do Setor Público.

O modelo tradicional de administração pública era burocratizado e caracterizado por uma forte hierarquia com regras formais definidas do topo para a base da organização, por uma estrutura dependente do poder central, e pela continuidade e estabilidade da carreira dos profissionais e pela existência de regulamentos internos em conformidade com as normas^{2,3}.

Com a revisão constitucional de 1989 foram introduzidas alterações de fundo a nível económico, permitindo desta forma a existência de novas formas de relação com o Estado⁴. A partir desse momento e em meados dos anos 90 verificou-se um conjunto de reformas da Administração Pública assentes na perspectiva da New Public Management (NPM), que surgiu numa tentativa de tentar

retardar ou reverter o crescimento da despesa pública⁵.

Bilhim² refere que a tendência para a personalização dos serviços públicos prosperou com a atribuição de um carácter comercial e industrial sujeito às regras do direito privado. Na base da origem da adoção de práticas de gestão empresarial e consequente redução do papel do Estado, esteve a franca ineficiência das empresas públicas, a redução do peso político dos sindicatos e a redução da instabilidade das contas públicas pela alienação de património, da eliminação dos deficit e pela promoção do acesso ao capital das empresas pelos agentes. Foi assim criado um rompimento com modelos anteriores, com a aplicação de regras do setor privado ao setor público, exigindo assim uma necessidade de se verificar uma maior disciplina no consumo de recursos, pretendendo fazer mais, com menos.

As reformas na saúde acompanharam as mudanças ocorridas na Administração Pública.

Nos anos noventa, foi adotada a perspectiva da NPM, partindo da ideia que o modelo de gestão vigente, de base weberiano (burocrático e hierarquizado) não satisfazia as necessidades e nem se adequava aos novos tempos, aos novos desafios e à sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pois a despesa pública com o setor da saúde não parava de crescer e não se viam resultados positivos no acesso, qualidade ou eficiência para justificar o investimento^{3,6,7}.

Entre os anos 1995 e 2001, foram desenvolvidas as estratégias de mudança organizacional dos hospitais públicos e testados um conjunto de modelos inovadores através de quatro experiências de gestão, na procura do modelo ideal, baseado numa estrutura de gestão empresarial⁸. Estas experiências de gestão ocorreram em quatro hospitais:

No ano de 1995, foi concessionado o Hospital Fernando da Fonseca a um grupo privado (Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A. (HASSG));

No ano de 1998, seguiu-se a implementação de uma gestão empresarial no Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira;

Em 1999, houve uma experiência semelhante de gestão empresarial, integrando também os centros de saúde, tendo sido criada a Unidade Local de Saúde de Matosinhos;

Em 2001, foi introduzida a gestão empresarial no Hospital do Barlavento Algarvio, de forma idêntica ao Hospital de São Sebastião.

A adoção da gestão empresarial das unidades hospitalares públicas foi iniciada com a reforma estrutural do setor da saúde³. Dessa forma, de definiram novos estatutos para os hospitais, criando os hospitais S.A.⁹.

A primeira fase de empresarialização dos hospitais públicos começou em 2002 com a conversão de 34 hospitais com gestão pública tradicional (Setor Público Administrativo), em 31 hospitais Sociedade Anónima de Capitais Exclusivamente Públicos (S.A.)¹⁰.

A gestão das unidades hospitalares obteve mais autonomia e também mais responsabilidade para tomar a boa gestão como regra de conduta. O objetivo da reforma era o de criar mais eficiência e produtividade para os hospitais, reduzindo a despesa pública¹¹. Com esta reforma, de acordo com os estudos quantitativos realizados, se verificou a aplicação de práticas administração que geraram uma maior autonomia e resultados mais positivos^{3,12}. Por exemplo, a contratualização associada à empresarialização dos hospitais foi considerada uma das medidas inovadoras mais relevantes para alargar uma maior eficiência, desempenho e produtividade^{4,13,14}.

Com o desenvolvimento da contratualização (separação financiador/prestador) e a implementação de um novo e inovador modelo de financiamento baseado na produção realizada e não em função do histórico, foi possível criar uma maior transparência e rigor

na prestação de contas, o que resultou na maior responsabilização e promoveu uma avaliação mais rigorosa do SNS¹⁴.

Após a primeira etapa de empresarialização, iniciada com Luís Filipe Pereira na tutela da pasta da saúde, Correia de Campos, enquanto Ministro da Saúde, deu continuidade a esta estratégia. As unidades hospitalares foram gradualmente convertidos em Entidades Públicas Empresariais (EPE)¹⁵. Em 2005, ocorreu a conversão de 31 hospitais S.A. e de mais cinco hospitais SPA, em Hospitais com estatuto de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.). Desde esta data até aos dias de hoje se continua com a política de empresarialização.

Além da obtenção do estatuto E.P.E., alguns hospitais foram reunidos através de um processo de fusão com outros hospitais na mesma região⁶. Desde este momento e até ao final do ano 2015, tem-se assistido à fusão de pequenos hospitais em grandes Centros Hospitalares, bem como à fusão de hospitais com unidades de atenção primária, constituindo uma organização única conhecida como Unidade Local de Saúde, também com estatuto E.P.E.

Estas foram as políticas de saúde que estiveram na base do atual universo de hospitais E.P.E. e que motivaram o presente estudo. Em 2016 existiam no SNS 39 instituições de saúde com o regime jurídico de E.P.E.: 8 hospitais de forma singular; 20 centros hospitalares; 8 unidades locais de saúde e 3 Institutos Portugueses de Oncologia (IPO's).

Mas, Portugal ainda tem 5 hospitais integrados no Setor Público Administrativo.

De acordo com a revisão da literatura, Portugal está a perder nos estudos de avaliação das reformas no setor da saúde comparativamente a outros países com processos semelhantes e com base na NPM¹⁶. Bilhim^{2:277} também alertou para isso, dizendo que “houve situações em que se passou de processo de transformação em processo de transformação, sem que se tenha avaliado o que correu bem ou mal no processo anterior”. Por estes e outros motivos é fundamental a realização de uma avaliação aos efeitos das novas medidas de gestão sobre os resultados das unidades hospitalares.

Este artigo trata-se de um estudo para avaliar as percepções vividas e sentidas pelos principais grupos de interesse (*stakeholders*), presentes em vários pontos do país, relativamente às reformas hospitalares ocorridas no setor da saúde, com a criação de hospitais empresa. Para concretizar os objetivos foram realizadas entrevistas à população alvo do estudo.

Método

O estudo realizado é de natureza qualitativa, desenvolvido junto dos principais *stakeholders* no setor da saúde, encaixando-se no campo da pesquisa qualitativa. Este tipo de abordagem (a qualitativa) permite uma coleta de dados que não se restringem à análise de conceitos numéricos, mas tem em atenção a opinião dos sujeitos pela aplicação da entrevista, avaliação

de experiências pessoais, análise semântica e observação dos discursos quotidianos¹⁷. Portanto, estes são estudos que exploram e descrevem uma determinada realidade, possibilitando entendimento do fenômeno estudado em seu ambiente natural e da forma como as pessoas o viveram e experienciaram¹⁸.

A análise de conteúdo é uma técnica fundamental para interpretar as informações recolhidas nos questionários. Esta abordagem apresenta a possibilidade do investigador poder lidar com categorias, que extrapolam os dados quantitativos e que são pouco estudadas nos estudos já realizados que focam muito os aspetos numéricos e a avaliação da eficiência com recurso ao Benchmark. As referidas categorias são alcançadas com recurso ao balanceamento entre a interface empírica e teórica, pondo em evidência a interpretação dos principais fatos¹⁹.

O caso estudado trata-se de um estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo, que pretende avaliar a percepção vivida e sentida pelos administradores dos hospitais relativamente às transformações ocorridas na gestão, em particular nos resultados ao nível do acesso, qualidade e eficiência. Este tema é importante porque, no processo de transformação dos hospitais em Portugal, não foi tida em conta a opinião das pessoas que executavam funções gerenciais (cargos de dirigentes), nem a opinião dos usuários, nem dos profissionais, nem dos grupos de pressão (sindicatos, ordens profissionais).

Em relação à amostra, dentro da população alvo, ou seja, entre as pessoas com impacto direto nos resultados dos processos de gestão, foram selecionados um total de 50 indivíduos, sendo 10 administradores, 10 médicos com responsabilidade na direção de serviço (representando o grupo profissional), 10 chefes de enfermagem (representando o grupo profissional), 10 usuários (representando associações de usuários) e 10 representantes de sindicatos, associações e ordens profissionais. Em cada entrevista, a confidencialidade e o anonimato dos entrevistados foram mantidos. Todas as informações que poderão identificar os inquiridos não estão acessíveis para terceiros. Apenas se apresentam os resultados para os objetivos inicialmente mencionados, codificados por cada entrevista realizada. Na seleção dos entrevistados foi tida em conta a experiência profissional, idade, formação e a região do país (para garantir a diversidade geográfica).

Para a produção dos dados foi adotada a técnica de entrevista individual semiestruturada, que permite transformar em dados a informação que é comunicada pelo entrevistado⁽³¹⁾, sendo assim possível avaliar a informação que flui da vivência e observada por cada testemunho^{20,21}. Na construção do guia da entrevista teve-se em conta a prevenção da influência da questão sobre o sujeito que tende a manifestar sempre uma opinião positiva. Assim, optou-se por colocar questões mais diretas. E, nas questões mais indiretas tentou-se direcionar para a questão central.

A análise de dados foi realizada utilizando a categorização temática com base na análise de conteúdo. Este processo permitiu identificar os temas mais relevantes e as expressões mais ilustrativas das vivências pessoais de cada profissional²². Para não perder nenhuma informação importante, as questões das entrevistas foram agrupadas de acordo com as seguintes categorias temáticas:

1. Percepção e concordância sobre os pontos negativos e positivos do modelo de gestão pública.
2. Reflexão sobre práticas de gestão empresarial em hospitais públicos.
3. Pensando a política de gestão hospitalar para o futuro.

Esta categorização permitiu identificar os pontos mais relevantes das entrevistas. A fim de não perder nenhuma informação, foram repetidas leituras e agrupados os temas nas quatro grandes categorias.

Resultados e discussão

Nos resultados, apresentam-se as respostas a cada uma das questões com base nos princípios que mobilizaram esta reforma e que estão relacionados com o aumento de eficiência e produtividade; mais acesso e mais qualidade na prestação de cuidados de saúde pelos hospitais. Para facilitar a compreensão, é analisada cada uma das questões pela ordem em que foram colocadas.

a) Pontos negativos e positivos do modelo de gestão pública

A gestão dos hospitais portugueses antes do ano 2002 era regulada pelas regras do setor público que a essa data se encontrava muito centralizado e dependente do poder central, manifestava fragilidades económico-financeiras com elevadas dívidas, baixa produção, problemas do acesso com crescentes listas de espera e demora no atendimento e ainda tinha algumas lacunas na qualidade. Estes foram os fatos que deram origem a uma reforma hospitalar.

Com base na introdução apresentada foi avaliada a percepção e opinião do grupo de *stakeholder* relativamente aos pontos negativos e positivos do modelo de gestão tradicional do setor públicos.

Nas respostas a esta questão, todos os grupos entrevistados concordam que este modelo de gestão não se adequava à evolução do setor. Foram encontrados nas respostas nove pontos negativos e um positivo (unidade de registo), entre 200 referências verbalizações apuradas, que se distribuíram pelas três dimensões de abordagem:

1. Acesso

Dos 50 entrevistados, todos concordam (100%) com os graves problemas no acesso aos

cuidados de saúde realizados nos hospitais, referindo expressões como: *"desajustamento da oferta de cuidados gerando listas de espera"* (E50); *"risco de não ser garantida a equidade e universalidade no acesso aos utilizadores"* (E32).

Estas respostas apontam para graves falhas e comprometimento do acesso aos cuidados de saúde, o que vai contra os princípios constitucionais que salvaguardam o direito à saúde (artigo 64^o da Constituição da República Portuguesa).

2. Eficiência/organização

O modelo de organização é criticado por 98% dos entrevistados (n=49), sendo criticado por ser centralizado (70%; n=35): *hierarquia centralizada* (E1); *"falta de autonomia com dependência do Governo"* (E44); despesista (82%; n=41) *"altos custos de manutenção e de gestão"* (E8); *"hospitais da SPA eram despesistas"* (E29); ineficiente (80%; n=40): *modelo era ineficiente* (E4); *"ausência de gestão, que não se preocupava com a eficiência"* (E6) e improdutivo: *baixa produção do movimento assistencial* (E16); *"uma baixa produtividade"* (E36); *"défice de capacidade de trabalho"* (E45).

É reconhecida a falta de preocupação com os resultados e o desempenho dos hospitais. Apenas um entrevistado não critica o modelo de organização e os resultados de eficiência. No entanto, há respostas que referem uma estrutura centralizada e a forte hierarquia/regulamentação são consideradas,

por 26% (n=13). Como aspectos positivos do modelo: *"poder da gestão na organização era vasto e forte"* (E31); *"forte regulamentação associada à conduta e comportamento dos profissionais"* (E33); *"cadeia de comando funcional"* (E28).

Nenhum dos entrevistados considerou a estabilidade nas carreiras como um aspecto negativo. Na base desta omissão poderá estar o "congelamento" das progressões e a esperança de ser premiado pelo desempenho.

3. Qualidade

Os déficits de qualidade dos cuidados e das instalações é reconhecida por todos os entrevistados, argumentando também muitas vezes como consequência dos baixos recursos: *"a qualidade dos cuidados era fraca"* (E14); *"falhas na qualidade"* (E15); *"falta de controle de qualidade"* (E27) *"limitações de materiais e outros meios"* (E50).

b) Reflexão sobre os efeitos da adoção de práticas de gestão empresarial em hospitais públicos

A gestão hospitalar em Portugal ganhou uma nova direção a partir de 2002, com a adoção de práticas administrativas no setor empresarial privado. Esta nova fase marcou um desenvolvimento das unidades hospitalares que viram os seus níveis de eficiência iniciando um novo rumo, que em médio/longo prazo se confirmou⁴.

Com base na introdução apresentada foi avaliada a percepção e opinião do grupo de *stakeholders* relativamente ao impacto da empresarialização na gestão. Todos os entrevistados concordam que o modelo foi suficiente para dar início ao processo de reforma, mas 80% (40 entrevistados, na maioria sindicatos, classe médica, de enfermagem e refira-se apenas 3 gestores) reclamam que está na hora de fazer mais e reformar o modelo empresarial mantendo o atual estatuto. Contudo, após a codificação, entre 225 referências, resultaram dezessete unidades de registo, correspondendo a treze a aspectos positivos e quatro a pontos críticos do modelo empresarial.

1. Acesso

Em relação ao acesso, apenas o grupo dos gestores (20%; n=10) considera que tenha melhorado: "*maior oferta de serviços para o usuário*" (E13); "*maior disponibilidade*" (E18). Os restantes grupos não concordam com uma melhoria tão significativa do acesso uma vez que existem listas de espera, que só foram reduzidas pelos acordos com o setor privado (40%; n=20): "*pagamos aos privados*" (E7); "*não foi o SNS que resolveu, pagou para outros resolverem*" (E15) e pelo esforço dos profissionais de saúde (70%; n=35): "*foram os médicos que trabalharam mais horas*" (E26); "*o esforço conjunto das equipas melhorou o acesso*" (E33).

As respostas obtidas são influenciadas pelos grupos de pressão e pelo grupo de gestão que consideram apenas as vantagens para si próprios.

2. Eficiência/organização

A melhoria da organização dos hospitais é reconhecida por grande parte dos entrevistados. Estes destacam a maior autonomia de gestão (90%; n=45): "*gestão mais autónoma*" (E34); "*decisão cabe aos gestores e não aos departamentos centrais da saúde*" (E37). As referências à implementação de uma cultura organizacional centrada no cidadão apenas é defendida pelos gestores (20%; n=10), que referem gerir em função destes: "*participação do cidadão como elemento central*" (E8); "*cidadão no centro de atenção*" (E15). Por fim, é destacada uma falta de responsabilização da gestão pelos seus atos e a existência de irregularidades na realização de contratos de aquisição e prestação de serviços (60%; n=30) "*política de responsabilização inexistente*" (E7); "*responsabilização na prestação de contas, onde?*" (E24); "*alguns têm maior cuidado nas atitudes tomadas, mas a maioria não*" (E29).

Quanto à eficiência, é reconhecido globalmente a sua melhoria. No entanto é destacada a eficiente gestão de recursos (60%; n=30), onde se verificam expressões como: "*otimização de recursos*" (E2); "*promovendo a adequada utilização de meios*" (E27). É reconhecida a influência positiva do novo modelo de financiamento (74%; n=37): "*financiamento passou de uma base histórica para uma base prospectiva*" (E41); "*financiamento passou a ser realizado de acordo com a produção realizada*" (E50).

Também é destacada a nova relação contratual com o Estado através de contratos- programa (84%; n=42) (apesar de 16% (n=8) referirem que deveriam ser revistos): "*contratualização e pagamento dos serviços*" (E3); "*quadro contratual com o Estado*" (E33). Com menos destaque surge a referência ao modelo contratual como redutor de custos (40%; n=20): "*promover uma otimização de recursos públicos*" (E25) "*contenção de custos*" (E39) e relativamente ao aumento da produtividade, apenas o grupo dos gestores e diretores de serviço referem este aumento (32%; n=16), destacando: "*ganhos em resultados*" (E5); "*agilização dos processos produtivos*" (E38); "*mecanismos de (...) produção eficientes*" (E16).

Com os resultados obtidos podemos observar que apesar de alguma contestação com a organização, os resultados em termos de melhoria nos resultados notam-se com o destaque dado à contratualização e ao novo modelo de financiamento aplicados. Se estes foram considerados positivos e tendo em conta que eles pagam a atividade, logo a atividade e os problemas associados à mesma não decorrem de um financiamento desajustado.

3. Qualidade

A teoria refere que a implementação de práticas administrativas características do mundo empresarial contribui para a planificação e preocupação real com a qualidade, motivada pela ambição de obter acreditação e certificação de serviços⁽²¹⁾.

Os esforços para a melhoria da qualidade são reconhecidos pelos entrevistados, apenas os grupos de pressão não referiram este aspeto (80%; n=40). Como exemplos, os entrevistados referiram: "*maior preocupação pela qualidade dos cuidados*" (E6); "*foco na qualidade*" (E22). No entanto, os défices de qualidade dos cuidados e das instalações é reconhecida por todos os entrevistados, argumentando também muitas vezes como consequência dos baixos recursos: "*a qualidade dos cuidados era fraca*" (E14); "*falhas na qualidade*" (E15); "*falta de controlo de qualidade*" (E27). Quanto à satisfação dos profissionais, os entrevistados e grupos de pressão referem não se sentirem nada motivados (80%; n=40) e apenas o grupo dos gestores refere que a qualidade aumentou (20%; n=10): "*maior satisfação*" (E32); "*promoção da satisfação dos profissionais*" (E2); "*uma maior liberdade (...) da atuação dos profissionais*" (E4).

A qualidade é um aspecto que ainda requer uma grande intervenção. Os entrevistados associam este fator à questão da motivação profissional e, como tal, para a questão dos incentivos ao desempenho que prometidos com a empresarialização raramente foram aplicados.

c) Pensamento da política de gestão hospitalar para o futuro

Durante os últimos 14/15 anos foi dada uma grande transformação nos hospitais. Verificou-se uma alteração do paradigma de relação com o Estado, na forma como está organizado e nas práticas administrativas.

O futuro da gestão hospitalar diverge entre os grupos de interesses entrevistados. Foram encontradas nas respostas nove recomendações/ideias (unidade de registo), entre 160 verbalizações apuradas, que se distribuíram pelas três dimensões de abordagem:

1. Acesso

Todos os grupos de interesse representados consideram que o acesso precisa de ser melhorado, reduzindo as graves limitações, nomeadamente eliminando a lista de espera cirúrgica (100%; n=50) "*se a reforma promovesse o acesso não havia listas de espera para a cirurgia*" (E48); "*mantêm-se as listas de espera para cirurgia*" (E5). Também foi feita referência para a demora na lista de espera para primeira consulta hospitalar: "*as consultas pedidas pelos cuidados primários demoram a chegar ao hospital*" (E6); "*os hospitais não têm capacidade de resposta para os pedidos de primeira consulta*" (E22). Associado a estas questões, todos os entrevistados referem os tempos de resposta máximos que nem sempre são cumpridos: "*não se cumpre a lei nos tempos de espera*" (E27); "*os TMRG (tempos máximos de resposta garantida) só existem na teoria*" (E37).

A melhoria do acesso aos cuidados de saúde é uma preocupação que já está em andamento na política definida pelo Governo através do seu Programa. Foram já implementadas medidas como a redução do valor pago pelo usuário (taxa moderadora); foi revisto os regimes de isenção/dispensa do pagamento das taxas e foi

reposto o direito ao transporte não urgente. Estão em curso medidas como: a livre circulação e acesso dos usuários em qualquer unidade do Serviço Nacional de Saúde, que tenha capacidade e disponibilidade para o atender. Está a ser promovida a partilha de recursos entre as entidades públicas de forma a evitar o recurso ao setor privado e a melhorar o acesso dos cidadãos. Têm sido implementadas medidas de diferenciação positiva orientadas para os cidadãos mais frágeis, crianças e idosos. Estão em curso projetos piloto que promover o acesso, na atenção primária, a cuidados de saúde oral e visual que futuramente serão de âmbito nacional e poderão incorporar apoio complementar nas áreas de psicologia, pediatria e reabilitação.

2. Eficiência/organização

O modelo de organização e a estrutura da prestação dos cuidados é a base do sucesso de qualquer reforma⁶. As unidades hospitalares podem funcionar de forma isolada (hospital singular), agregados a outros hospitais (Centros Hospitalares) e articulando com as unidades de atenção primária (formando as Unidades Locais de Saúde)¹¹. O estatuto jurídico também é relevante pois estabelece a forma de relação destas unidades com o Estado e a autonomia/ propriedade e responsabilidades da administração.

Questionando sobre recomendações futuras sobre a eficiência/organização os entrevistados concordam e dão muitas sugestões. A totalidade

(100%) dos inquiridos defendem a manutenção do estatuto E.P.E. e 80% encontram que para melhorar os resultados deve ser reforçado o investimento em Unidades Locais de Saúde, argumentando que: "*o modelo de ULS deve ser reforçado porque articula os principais níveis de cuidados*" (E19); "*os hospitais integrados em ULS geram uma maior eficiência pela articulação que têm*" (E23). Os restantes 20% referiu ser indiferente pois o problema está na capacidade da gestão. Outras sugestões foram indicadas pelos entrevistados e diferenciadas de acordo com os objetivos de cada grupo profissional ou de interesse. Por exemplo, de uma forma geral os gestores defendem que a eficiência cresce com a melhor prestação dos profissionais e que o absentismo e a falta de pontualidade é muito prejudicial (20%; n=10): "*há médicos e enfermeiros que não cumprem horários*" (E43); "*os tempos operatórios deveriam ser reorganizados pelos diretores de serviço*" (E21). Os grupos dos médicos (diretores de serviços) (20%; n=10), por sua vez apontam críticas à gestão fazendo afirmações: "*não temos pessoal suficiente*" (E45); "*há um deficit de recursos humanos*" (E38). Por sua vez os sindicatos, associações e ordens profissionais reforçam a falta de pessoal e crítica a ausência de incentivos ao desempenho e o não pagamento das horas extraordinárias a 100% (60%; n=30). Por sua vez os usuários culpabilizam o Governo por toda a desorganização que vêm no seu hospital de referência.

O programa do Governo prevê que mantendo o modelo E.P.E., a organização interna e a

eficiência dos hospitais irão melhorar com a introdução de um modelo de gestão inspirado em Unidades Autônomas. Para além deste aspecto, está também previsto: a revisão dos processos de contratualização, introduzindo incentivos associados à melhoria da qualidade, eficiência e equidade dos serviços, inseridos nos contratos de gestão de forma a aproveitar todas as capacidades do SNS; a análise da contratualização (aspeto não referido por nenhum dos entrevistados); o pagamento em função da maior capacidade de produção apresentada por uma unidade hospitalar; o aproveitamento da máxima capacidade do SNS; o reforço da autonomia e responsabilidade dos administradores e das unidades de saúde e ainda a redução das ineficiências prevenindo uma baixa de produtividade.

Um exemplo de boa-fé e de intenção de melhorar a gestão dos hospitais e do SNS é a aposta na transparência com publicação mensal de todos os resultados económico financeiros e de produção dos hospitais e atenção primários, disponíveis para consulta numa plataforma Web conhecida como "Portal do SNS" (www.sns.gov.pt).

3. Qualidade

A qualidade da prestação de cuidados é também uma preocupação para o futuro. Por um lado, os entrevistados concordam que é necessário melhorar as condições, infraestruturas e equipamentos, procedendo às respetivas remodelações e reparações (82%; n=41):

"hospitais destruídos e sem condições" (E23); "equipamentos desatualizados" (E13). Por outro lado, é referido que devem ser acompanhados os indicadores: "ainda se registam elevados novos internamentos" (E18); "a infeção hospitalar tem crescido nos últimos anos" (E45).

O Governo também tem uma reforma em curso para melhorar a qualidade através da alocação de recursos humanos (profissionais de saúde e de apoio logístico), pelo reforço das capacidades do SNS; pela aposta na melhoria contínua e na participação do doente; pela valorização e disseminação de boas práticas e ainda pelo desenvolvimento de modelos de avaliação de tecnologias de saúde para avaliar equipamentos e medicamentos, o que poderá contar com o envolvimento dos profissionais de saúde e das universidades (p.ex. os centros académicos clínicos).

Conclusões

No processo de reforma do Estado e tendo como modelo a *New Public Management* foram introduzidas algumas alterações no funcionamento da Administração Pública e o Estado pode surgir na forma de empresário, produtor ou distribuidor de bens e serviços, ou na forma de regulador, que condiciona, fiscaliza e promove a atividade do mercado.

Estas reformas têm influenciado o modelo de gestão hospitalar, promovendo a adoção de regras de gestão empresarial para as unidades hospitalares com o objetivo de a melhorar o

desempenho, a responsabilização dos gestores, a prestação de contas e a implementação de incentivos de desempenho aos serviços e funcionários. Todas estas medidas tinham como objetivo um maior controlo da despesa e a obtenção de um equilíbrio orçamental, tal como o realizado pela gestão em unidades privadas.

A revisão da literatura considera a adoção de práticas administrativas como uma forma de melhorar a eficiência, a qualidade e o acesso aos cuidados de saúde. Para validar esta informação se realizaram entrevistas aos principais grupos de interesses envolvidos na prestação de cuidados de saúde, tendo como objetivo avaliar a sua perceção relativamente às reformas.

Apesar de ser registarem respostas mais tendenciosas e ao encontro dos interesses de cada grupo, de uma forma geral as respostas obtidas permitem tirar importantes conclusões.

Considerando a transição de um modelo de gestão puramente público para um modelo empresarial, foram destacados os principais pontos de melhoria. No âmbito do acesso aos cuidados de saúde, de acordo com a opinião dos entrevistados, passou a existir uma maior acessibilidade, apesar de ainda existirem listas de espera e não cumprimento dos tempos máximos de resposta garantida. No âmbito da eficiência, foi referido que se evoluiu para novos modelos de organização que permitiram um melhor aproveitamento da capacidade instalada (mas ainda insuficiente), foi promovido um novo modelo de financiamento e implementado o

contrato-programa, promovidas medidas de gestão eficiente de recursos com aumento crescente da eficiência, mas menos notado na produtividade e os custos com a prestação de cuidados não foram reduzidos. Neste campo foi ainda reforçada a necessidade de uma maior transparência e responsabilidade. No âmbito da qualidade, a introdução da gestão empresarial levou a uma maior preocupação com os indicadores, a um aumento da contratação de pessoal, promoção da acreditação e certificação de serviços, mas criticado pelo fato das medidas de incentivo não terem saído do papel.

Com este estudo, para além de ser possível compreender a percepção destes grupos relativamente à reforma efetuada, ainda houve oportunidade para ouvir a sua contribuição para

uma reforma futura que se baseia na melhoria do acesso, da eficiência e da qualidade com base na melhor gestão dos serviços, mantendo o modelo jurídico, mas reforçando a transparência, a responsabilização, a contratação de pessoal e promovendo o reforço positivo junto destes com incentivos e remuneração adequados.

As sugestões/recomendações dos entrevistados estão em linha com o Governo em funções, que perante um restrito orçamento tem por objetivo promover uma política de saúde assente na maximização da capacidade e recursos do SNS, no cumprimento dos direitos dos usuários, na promoção da eficiência, produtividade com melhoria na qualidade dos cuidados prestados.

Referências

1. Nunes A, Ferreira D. Reforms in the Portuguese health care sector - Challenges and proposals. *IJHPManagement*. 2018, 1-13.
2. Bilhim J. *Ciência da administração*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas; 2014.
3. Nunes A. *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa; 2016.
4. Nunes A. *Direito à saúde em Portugal*. *Direitos Fundamentais e Justiça*. 2017; 11(37): 17-34.
5. Hood C. *A public management for all seasons?*. *Public Administration*. 1991; 69: 3-19.
6. Campos A. *Reformas da saúde – o fio condutor*. Coimbra: Almedina; 2008.
7. Pereira L. *A reforma estrutural da saúde e a visão estratégica para o futuro*. Lisboa: Gradiva; 2005.
8. Nunes A, Matos A. *Experiências de Gestão Hospitalar Realizadas em Portugal - Uma Perspectiva Comparada*. *Revista Eletrónica Gestão e Saúde*. 2017; 8(2): 284-301.
9. Nunes A; Harfouche A. *A Reforma da Administração Pública aplicada ao setor da saúde: a experiência portuguesa*. *Brasil. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*. 2015; 4: 1-8.
10. Portugal. *Lei n.º 27/2002*. *Diário da República n.º 258, I Série A, 8 de novembro, p.7150*; 2002.
11. Major J, Magalhães A. *Reestruturação do serviço nacional de saúde em Portugal: balanço da empresarialização dos hospitais públicos portugueses*. *Revista de Administração (USP)*. 2014; 49(3): 476-490.
12. Rego G. *Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao setor da saúde*. Porto: Vida Económica; 2011.
13. Ferreira D, Nunes A. *Utilização de fronteiras não-paramétricas para avaliação da eficiência*. *J Bras Econ Saúde*. 2017;9(3) 316-32.
14. OPSS - *Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 10 anos de OPSS, 30 anos de SNS: razões para continuar*. *Relatório Primavera*. Lisboa: OPSS; 2009.

- ¹⁵. Ferreira A, Escoval A, Lourenço A, Matos T, Ribeiro R. A contratualização de cuidados de saúde. In Simões, J. (coord.). 30 anos do serviço nacional de saúde (pp. 425-460). Coimbra: Almedina; 2010.
- ¹⁶. Moreira S. Análise da eficiência dos hospitais-empresa: uma aplicação da data envelopment analysis. Boletim Económico - Banco de Portugal, (Primavera). 2008; 1: 127–150.
- ¹⁷. Sampieri R, Collado C, Lúcio, P. Metodologia de pesquisa. 3ª Edição. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
- ¹⁸. Almeida A, Figue J. Evaluating hospital efficiency for quality indicators: an application to Portuguese NHS hospitals. Working Paper n.º 435. Porto: Faculdade de Economia - Universidade do Porto; 2011.
- ¹⁹. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
- ²⁰. Tuckman B. Manual de investigação em educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2000.
- ²¹. Foddy W. Como perguntar: teoria e pratica da construção de perguntas em entrevistas e questionários. Oeiras: Celta editora; 2002.
- ²². Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

Submissão: 15/03/2019

Aceite: 30/09/2019