



INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO

**AS REFORMAS DA SAÚDE SOB INFLUÊNCIA
DO MODELO GESTIONÁRIO**

O CASO DO HOSPITAL SOUSA MARTINS DA
GUARDA

PROJECTO APLICADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

EM GESTÃO

ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

ISABEL MARIA PEREIRA ISIDRO MADEIRA

Junho 2012



INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA E GESTÃO

**AS REFORMAS DA SAÚDE SOB INFLUÊNCIA
DO MODELO GESTIONÁRIO**

O CASO DO HOSPITAL SOUSA MARTINS DA
GUARDA

PROJECTO APLICADO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE
EM GESTÃO
ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Orientador: Professor Jorge Manuel Monteiro Mendes

ISABEL MARIA PEREIRA ISIDRO MADEIRA

Junho 2012

À Laura...

Por todo o tempo que não lhe dediquei.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi possível graças ao contributo de várias pessoas às quais quero manifestar o meu profundo reconhecimento.

Ao meu Orientador Prof. Jorge Mendes. Mais do que um excelente Professor e Orientador soube ser um grande Amigo em momentos muito difíceis. Congratulo-me por ter sido sua aluna e sua mestranda, onde além de ensinar partilhou.

Este trabalho também se deve ao seu empenho, por nunca ter desistido de me orientar e muito menos ter deixado de acreditar em mim. E hoje, tenho a perfeita noção de que por vezes deve ter pensado que seria complicado. Mas nunca desistiu!

Uma palavra de agradecimento a todos quantos participaram neste estudo, e que desde a primeira hora mostraram a sua inteira disponibilidade em colaborar.

Aos meus pais e irmãos, pela total disponibilidade e incondicional apoio, mesmo que por vezes tenham sentido que já não seria possível chegar aqui.

Ao Fernando, sempre presente em todos os momentos, agradeço com um carinho muito especial toda a dedicação, compreensão e incentivo fundamentais para que este trabalho seja uma realidade.

E à Laura, a grande razão da minha constante luta, que apesar da tenra idade soube compreender as minhas ausências e a importância deste trabalho para a nossa vida.

Este trabalho é um pouco de todos.

O meu bem-haja!

RESUMO

A empresarialização hospitalar é parte integrante de uma política de modernização do Serviço Nacional de Saúde encetada nos últimos anos, tendo o primeiro passo sido dado aquando da publicação da Lei de Bases da Saúde, em 1990.

Em 2002, com a Lei n.º27/2002, de 8 de Novembro, é introduzida a figura da Sociedade Anónima (SA) de capitais públicos nos modelos de gestão das unidades hospitalares, transformando-se alguns hospitais públicos em Hospitais, SA. Já no ano de 2005 assiste-se à passagem dos Hospitais, SA a Entidades Públicas Empresariais, o que não acarretou significativas alterações.

Com a adopção do modelo empresarial pretendeu-se introduzir no sector da saúde mecanismos semelhantes aos adoptados pela gestão privada, dotando as unidades de saúde de maior autonomia e agilidade e promovendo-se o desenvolvimento profissional e a meritocracia.

Com este projecto pretendemos obter dados sobre as percepções que Administradores Hospitalares, Directores Clínicos e Enfermeiros Directores do Hospital Sousa Martins (Guarda) têm sobre o fenómeno da empresarialização da saúde em Portugal.

Da análise às entrevistas realizadas conclui-se pela necessidade de proceder a ajustamentos ao modelo actual por forma a garantir que o direito à saúde e a liberdade de acesso dos cidadãos não sejam condicionados por critérios meramente economicistas.

Palavras-Chave: Saúde, Reformas da Saúde, Serviço Nacional de Saúde, Hospital Sousa Martins, Empresarialização, Modelo Empresarial.

ABSTRACT

Hospital corporatization is part of a policy to modernize the National Health Service initiated in recent years, having the first step been given at the time of the publication of the Health Law in 1990.

In 2002, with the Law no. 27/2002, 8th November, it is introduced the figure of the Public Limited Company (PLC) of public capital in models of management of hospitals, becoming some public hospitals into Hospitals, PLC. Already in 2005 we are witnessing the passage of Public Hospitals PLC into Business Entities, which did not cause significant changes.

With the adoption of the business model it was intended to introduce in the health sector, similar mechanisms to those adopted by the privately-run, providing health care facilities with greater autonomy and flexibility and promoting the professional development and meritocracy.

With this project we intend to obtain data on the perceptions of Hospital Administrators, Clinical Directors and Nurse Directors of Hospital Sousa Martins (Guarda) on the phenomenon of health corporatization in Portugal.

The analysis of the interviews showed that there is the need to carry on the adjustments to the current mode to ensure that citizens right to health and freedom of access are not constrained by mere economic criteria.

Key Words: Health, Health Reform, National Health Service, Corporatization, Business Model.

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS

RESUMO	i
ABSTRACT	ii
ÍNDICE GERAL	iii
ÍNDICE DE QUADROS	ix
GLOSSÁRIO	x
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
MODELOS DE GESTÃO E ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	4
1. A evolução da Ciência da Administração	5
2. Modelos de Administração e Gestão Pública	8
2.1. O Modelo Clássico	9
2.1.1. A contribuição de Woodrow Wilson	10
2.1.2. Teoria da Administração Científica	11
2.1.3. Teoria (Neo)Clássica da Administração	11
2.1.4. Teoria da Burocracia	12
2.2. O Modelo de Administração Profissional	14
2.3. Os Novos Modelos de Gestão Pública	19
2.3.1. Teoria da Escolha Pública (<i>Public Choice</i>)	20
2.3.2. O Managerialismo	22
2.3.3. A Nova Gestão Pública (<i>New Public Management</i>)	23
2.4. O Modelo de Governança	26
3. Conclusões	30
CAPÍTULO II	
AS REFORMAS DA SAÚDE EM PORTUGAL	31
1. Introdução	32
2. Sistemas de Saúde	33
2.1. Modelos de Bismarck e Beveridge	33
2.2. O financiamento	34
3. Políticas de Saúde	36
4. O sistemas de saúde português	39
	iii

4.1. Até aos anos 70	40
4.1.1. Principais Reformas	40
A – A Reforma de Ricardo Jorge	41
B – Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro	42
4.2. Período – de 1970 a 1980	44
4.3. Período – de 1980 a 1995	51
4.4. Período – de 1995 a 2002	55
4.5. Período – de 2002 a 2005	62
5. Conclusões	66
CAPÍTULO III	
ESTUDO DE CASO: O HOSPITAL SOUSA MARTINS DA GUARDA	69
1. O Hospital Sousa Martins na Guarda	70
1.1. Breve abordagem histórica	70
1.2. O Hospital Sousa Martins	72
1.3. A ULS da Guarda	74
2. Metodologia do estudo	76
2.1. Método de recolha da informação	76
2.2. Amostra	76
2.3. Procedimentos de recolha e tratamento dos dados	77
3. Apresentação e análise dos dados	78
3.1. Categoria 1: Impacto do modelo empresarial	79
3.1.1. Temática: Equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados	80
3.1.2. Temática: Produtividade	82
3.1.3. Temática: Participação dos profissionais/Responsabilização pela execução	83
3.1.4. Temática: Vantagens e desvantagens do Modelo Empresarial	84
3.1.5. Categoria 1: Impacto do modelo empresarial (Quadro Síntese)	86
3.2. Categoria 2: Implementação do modelo empresarial	88
3.2.1. Temática: Gestão de recursos humanos: Direito Privado <i>versus</i> Direito Público	88
3.2.2. Temática: Avaliação, estabelecimento e discussão de objectivos	89
3.2.3. Temática: Gestão por contratos <i>versus</i> responsabilização	91
3.2.4. Temática: Qualidade <i>versus</i> controlo de custos	92
3.2.5. Temática: Desenvolvimento profissional e meritocracia	93
	iv

3.2.6. Temática: Eficiência operacional e económico-financeira	94
3.2.7. Temática: Critérios políticos e corporativos/componente profissional de gestão	95
3.2.8. Categoria 2: Implementação do modelo empresarial (Quadro Síntese)	96
3.3. Categoria 3: Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde	98
3.3.1. Temática: Empresarialização hospitalar e continuidade do modelo	99
3.3.2. Temática: Burocracia <i>versus</i> autonomia e agilidade	100
3.3.3. Temática: Quebra com o modelo anterior	101
3.3.4. Temática: Direito à protecção da saúde	103
3.3.5. Temática: Igualdade no acesso dos cidadãos	103
3.3.6. Temática: Caminho par o futuro do sistema de saúde	105
3.3.7. Categoria 3: Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde (Quadro Síntese)	106
CONCLUSÕES FINAIS	109
BIBLIOGRAFIA	113
ANEXOS	
Anexo 1 - Guião para entrevista a Administradores Hospitalares	
Anexo 2 - Guião para entrevista a Directores Clínicos e Enfermeiros Directores	
Anexo 3 – Transcrição das entrevistas	

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Princípios teóricos do tipo-ideal de burocracia para Weber	13
Quadro 2 - Componentes doutrinais da Nova Gestão Pública	24
Quadro 3 - Perspectivas da evolução das políticas de saúde em Portugal	39
Quadro 4 - Definição da amostra	77
Quadro 5 - Grelha de análise de conteúdos para Administradores Hospitalares	78
Quadro 6 - Grelha de análise de conteúdos para Directores Clínicos e Enfermeiros Directores	79
Quadro 7 - Vantagens do Modelo Empresarial	84
Quadro 8 - Desvantagens do Modelo Empresarial	85
Quadro 9 - Categoria Impacto do Modelo Empresarial	86
Quadro 10 - Categoria Implementação do Modelo Empresarial	97
Quadro 11 - Categoria Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde	107

GLOSSÁRIO

ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
AD	Aliança Democrática
ADSE	Direcção Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
ANT	Assistência Nacional aos Tuberculosos
ARS	Administrações Regionais de Saúde
ARSC	Administração Regional de Saúde do Centro
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CA	Conselho de Administração
CDS	Centro Democrático e Social
CRES	Conselho de Reflexão da Saúde
CRI	Centros de Responsabilidade Integrada
CRP	Constituição da República Portuguesa
DGTF	Direcção-Geral do Tesouro e Finanças
DUDH	Declaração Universal dos Direitos do Homem
EPE	Entidade Pública Empresarial
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EUA	Estados Unidos da América
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
HSM	Hospital Sousa Martins
INE	Instituto Nacional de Estatística
IQS	Instituto da Qualidade na Saúde
NGP	Nova Gestão Pública
NHS	<i>National Health Service</i>
NPM	<i>New Public Management</i>

NUT	Nomenclatura de Unidade Territorial
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OGE	Orçamento Geral do Estado
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPSS	Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PERLE	Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera
PIB	Produto Interno Bruto
POSDCORB	Planeamento, Organização, Função Pessoal, Direcção, Coordenação, Informação, Orçamento
PPD/PSD	Partido Popular Democrático/Partido Social Democrata
PPM	Partido Popular Monárquico
PPP	Parcerias Público-Privadas
PS	Partido Socialista
PSD	Partido Social Democrata
RIS	Rede Informática da Saúde
RRE	Regime Remuneratório Experimental
SA	Sociedade Anónima
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
SEE	Sector Empresarial do Estado
SMS	Serviços Médico-Sociais
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPA	Sector Público Administrativo
SRS	Sub-Regiões de Saúde
UE	União Europeia
ULS	Unidade Local de Saúde

USF Unidades de Saúde Familiar

WHO *World Health Organization*

O desconhecido sempre causa medo no humano...

“...Se não desvendarmos o desconhecido, continuaremos presos na ignorância, acreditando em absurdos. Explorando o desconhecido descobriremos se as respostas que criamos para as nossas ignorâncias estão certas ou não. O desconhecido está aí... há que o explorar...”

(autor desconhecido acerca de “O conto da Ilha desconhecida” de Saramago)

INTRODUÇÃO

Os mais básicos conceitos administrativos que se conhecem remontam ao período mesolítico, onde se reconhecem determinadas formas de administração entre grupos dotados de alguma autoridade.

O pensamento administrativo foi sofrendo consideráveis evoluções ao longo dos tempos, tendo sido grandemente influenciado por povos como os da Suméria, da Babilónia, da Hebreia, da China, da Grécia, da Roma e da Índia.

Ao longo dos séculos diversas obras e autores marcam a evolução do pensamento da administração. Desde Confúcio a Tomás Moro, passando por Maquiavel, ou mais tarde Adam Smith com a Riqueza das Nações, a quem se atribuem as bases do capitalismo. Contudo, só nos finais do século XIX surge identificado o primeiro período da Teoria da Administração, a Administração Tradicional, o que nos mostra que o estudo da Administração Pública não é recente.

Diversas mudanças foram sendo percepcionadas ao longo dos anos. A evolução social e económica vai alterando as exigências dos cidadãos, pelo que a Administração Pública tem necessariamente de se ir adaptando para que a sua resposta seja eficaz.

Em Portugal, várias reformas foram encetadas de acordo com a ideologia dominante em cada uma das épocas.

O direito à saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, tal como nas constituições de outros estados; durante décadas vários passos foram dados para que aquele limite fosse efectivamente uma realidade na maioria dos países, pois foram vários os séculos em que apenas existia uma cultura de base caritativa, não constituindo a saúde um direito nem um dever.

Após a Revolução Industrial, surgem os primeiros sistemas de saúde, como resposta às transformações sociais, económicas e políticas ocorridas. Presentemente, as necessidades e expectativas dos cidadãos são significativamente diferentes, pelo que o contexto dos sistemas de saúde deve ser mais abrangente.

O sistema de saúde português, como parte integrante da Administração Pública portuguesa, tem registado sucessivos avanços e recuos ao longo das últimas décadas. As políticas de saúde são sempre norteadas por objectivos como a equidade, eficiência, eficácia e economia.

O Serviço Nacional de Saúde é criado em 1979 com a publicação da sua Lei de Bases, tendo subjacente uma lógica de administração pública prestadora de serviços. Consagra direitos constitucionais como a universalidade, a generalidade e a gratuitidade (mais tarde – 1989 - passou a tendencial gratuitidade). Todavia, ao longo dos anos o Serviço Nacional de Saúde, tem demonstrado alguma resistência à introdução de processos de modernização.

O considerável aumento das despesas públicas em saúde tem suscitado intensos debates em Portugal, à semelhança de outros países, procurando-se formas alternativas de financiamento, e significativas alterações do ponto de vista estrutural. Com a empresarialização de 31 hospitais transformados em Sociedade Anónima de capitais públicos, o estabelecimento de Parcerias Público-Privadas e alterações nos modelos de gestão dos hospitais do Sector Público Administrativo, torna-se visível a liberalização que se tentou introduzir no sector.

A empresarialização hospitalar prova que é possível alterar consideravelmente o panorama da saúde em Portugal, adoptando-se nos hospitais públicos regras similares às usadas na gestão empresarial de iniciativa privada, que poderão trazer ganhos de eficiência ao nível operacional e ao nível económico-financeiro.

A adopção do modelo gestor ou empresarial¹ carece ainda de avaliação a determinados níveis. O presente estudo “As reformas da saúde sob influência do modelo gestor: o caso do Hospital Sousa Martins na Guarda”, pretende contribuir para uma avaliação do modelo empresarial, do seu efectivo impacto e da sua implementação num contexto organizacional concreto (Hospital Sousa Martins, Guarda).

Os objectivos delineados para a realização deste estudo são:

- 1) A análise do impacto do modelo empresarial;
- 2) A identificação dos mecanismos adoptados na implementação do modelo empresarial;
- 3) A contextualização do modelo gestor no âmbito das reformas da saúde, nomeadamente do Serviço Nacional de Saúde;
- 4) A percepção da evolução do sistema de saúde português.

¹ Ao longo do trabalho será dada preferência à terminologia “modelo empresarial”.

Apesar das dificuldades encontradas ao longo da investigação inerentes à falta de experiência em investigação, todos os esforços foram encetados no sentido de contribuir para uma reflexão sobre a implementação do modelo empresarial em hospitais.

A questão orientadora da investigação que se colocou inicialmente e à qual se procura responder com este estudo de caso é: “Qual a percepção que os Administradores, Directores Clínicos e Enfermeiros Directores do Hospital Sousa Martins têm acerca da introdução do modelo empresarial?”.

Este trabalho está dividido em 3 capítulos. No primeiro capítulo é feita uma abordagem à evolução da Ciência da Administração, procedendo-se a um enquadramento teórico dos modelos de gestão e administração pública.

No segundo capítulo abordam-se as reformas da saúde ocorridas em Portugal, contextualizando-as nos modelos de gestão e administração pública.

Por fim, o terceiro capítulo respeita ao estudo empírico realizado, começando-se com uma breve abordagem histórica do Hospital Sousa Martins, passando-se depois à Unidade Local de Saúde da Guarda, da qual é parte integrante este hospital. É neste capítulo que se faz referência à metodologia adoptada neste estudo e se apresentam e analisam os dados recolhidos.

É na parte final deste capítulo que se apresentam as conclusões obtidas, bem como as limitações de que carece o presente estudo; sugerem-se, ainda, algumas propostas para investigação futura.

Capítulo I

Modelos de Gestão e Administração Pública

1. A evolução da Ciência da Administração

A Abordagem Clássica e outras Teorias da Administração deram um grande contributo para o avanço do estudo da Ciência da Administração, se bem que não constituem a sua origem.

O ponto de partida do pensamento e práticas de administração quase se pode fazer coincidir com a aparição do homem, no período mesolítico. Neste período, com o crescimento das comunidades e o avanço da civilização e desenvolvimento de certas formas de administração entre os grupos aos quais se reconhecia autoridade (chefes de família, de tribos, sacerdotes, reis, ministros, etc.). Os problemas destas comunidades centravam-se na segurança, protecção, tributação, relações de trabalho e comércio.

Surgem, assim, alguns conceitos administrativos básicos. Já no séc. X a.C., Salomão fez história com a sua arte de administrar, quando estruturou elaborados acordos comerciais, projectos de construção e tratados de paz. Surgiram métodos e sistemas de governo, de administração, de trocas comerciais, sendo que muitos governantes contrataram os seus mais fiéis homens através dos quais delegavam alguma autoridade e que os auxiliavam a ampliar o seu controlo. Estes “funcionários” agrupavam-se constituindo conselhos ou juntas para assessorar os seus chefes, com base em regras de conduta (Escobedo, 1980).

Ainda na Antiguidade, povos como os da Suméria, do Egipto, da Babilónia, da Hebreia, da China², da Grécia, de Roma e da Índia contribuíram para a evolução do pensamento administrativo.

É unânime entre os autores o destaque dado a Confúcio³ e ao seu contributo no reino Lu (China), questionando a tradição legalista existente. Grande filósofo, pensador e político, chega a Ministro da Justiça. Confúcio defendia que era necessário exercer um poder férreo sobre o povo, mas que não devia esquecer-se de educá-lo com benevolência (o princípio a que chamava de controlo benévolo).

O contributo de Confúcio influencia mais tarde, segundo Hood (1995) os estudos desenvolvidos tanto na Europa como nos Estados Unidos da América.

² Um dos mais famosos contributos para o pensamento administrativo é “A arte da guerra” de Sun-Tzu, escrito por volta do ano 500 a.C.

³ De 551 a 479 a.C.

As cidades-Estado da Grécia antiga e o império Romano são exemplos de governos altamente centralizados. Mais tarde, na Idade Média, assistimos a um fenómeno de “descentralização”, sendo caracterizado na Europa Ocidental pelo feudalismo. Tal sistema transmite a ideia de uma centralização “descentralizada”, na medida em que se assistiu a uma gradual delegação de autoridade. O crescimento da indústria e do comércio desafiaram o feudalismo, levando à sua decadência (Escobedo, 1980).

Já na época Renascentista, embora ainda no seio de uma estrutura feudal, as organizações existentes deram grande atenção aos processos de administração com contributos significativos para a evolução do pensamento administrativo moderno.

Uma das obras que causou maior impacto foi a “Utopia” de Tomás Moro⁴ que, na sua essência, tece duras críticas ao sistema administrativo vigente na Inglaterra nos reinados de Henrique VII e Henrique VIII. Propôs, mediante uma melhor administração, que seria possível diminuir o consumo desmesurado dos mais ricos e eliminar as grandes necessidades dos mais pobres. Defendeu profissões regidas por grupos especializados e a optimização da força de trabalho.

Maquiavel, em oposição a Moro, adoptou um realismo prático, pelo que os seus ensinamentos orientaram líderes e estadistas durante séculos, apesar de ser reputado de pouco escrupuloso. Reiterava, frequentemente, que a sobrevivência de um governo, depende essencialmente do apoio do povo, utilizando amiúde expressões como apoio das massas, coesão, sobrevivência e liderança (Escobedo, 1980).

A Igreja Católica Romana caracterizou-se, desde sempre, por uma forte organização formal. O seu maior desenvolvimento institucional deu-se no Renascimento e, ao longo dos séculos, tem demonstrado a firmeza do seu sistema, dando contribuições importantes para a teoria administrativa, especialmente quanto à hierarquia, autoridade e especialização de funções.

O período cameralista mostra-nos que, de facto, a administração não é um “produto” dos últimos séculos. Os cameralistas⁵ foram muitas vezes identificados com o mercantilismo britânico e os fisiocratas franceses, na medida em que também enfatizavam a bondade de um

⁴ Nascido em Londres no ano de 1478.

⁵ Grupo de professores e administradores públicos alemães e austríacos, que iniciaram a sua actividade em 1550 e se desenvolveu especialmente no séc. XVIII. O período cameralista coincidiu com o Estado descentralizado de Guilherme I da Prússia (1713-40) e Maria Teresa de Áustria (1740-1780).

Estado rico. Todavia, mostravam que o seu interesse residia também nas reformas da economia nacional, no sistema fiscal e no campo da administração pública.

O pensamento cameralista e as suas práticas introduziram-se na administração como um corpo de conhecimentos generalizado comparado à administração pública contemporânea. O cameralismo representava a forma rotineira com que os funcionários administrativos do governo, especialmente nos departamentos fiscais, faziam o seu trabalho, assemelhando-se a uma “tecnologia” administrativa. Os cameralistas opunham-se ao domínio da igreja e dos senhores feudais, que apenas se preocupavam com o seu Bem-Estar económico e material (Escobedo, 1980).

No séc. XVIII surge um fenómeno que altera radicalmente as primitivas formas de organização. A crescente evolução tecnológica permitiu o desenvolvimento de novos conceitos de administração e organização ao nível industrial. Assistiu-se à transição de uma sociedade agrária e rural para uma sociedade comercial e industrial, abandonando-se um sistema de produção doméstico e passando-se a um sistema de produção industrial. Desenvolvem-se conceitos como controlo de qualidade, controlo de produção, salário à peça, controlo financeiro e planificação.

Com o desenvolvimento industrial, o capitalismo estendeu-se aos principais países da Europa e da América, caindo a filosofia mercantilista que dominou durante dois séculos segundo a qual o indivíduo estava subordinado ao Estado, destinando-se as actividades económicas a manter o seu poder.

Com Adam Smith⁶, lançam-se as bases do capitalismo. Defendeu a liberdade económica e a chamada “mão invisível do mercado”, considerando que qualquer interferência do Estado alterava o equilíbrio natural. O contributo de Adam Smith não se limitou ao campo económico. Também se pronunciou sobre a divisão do trabalho e o seu impacto na indústria. Na época, era de grande importância tudo o que se relacionava com o trabalho, tal como a sua divisão, a sequência, a coordenação de actividades e o controlo das operações.

Nos finais do séc. XVIII estava perfeitamente consolidado o movimento da revolução industrial. Com *Sir Francis Bacon*, *John Locke*, *Newton* e outros deu-se um grande impulso na investigação, começando a surgir princípios científicos de administração (Escobedo, 1980).

⁶ *A Riqueza das Nações*, cuja primeira publicação ocorre em Março de 1776, em Londres.

O primeiro período identificado da Teoria Administrativa remonta a finais do séc. XIX, a Administração Tradicional.

Após a II Grande Guerra deparamo-nos com uma alteração na concepção do Estado e, conseqüentemente, no modelo de Administração associado ao chamado Estado de *Welfare* (alguns designam por Estado Providência), se bem que, conforme se verá adiante⁷, esta poderá não ser a terminologia mais adequada.

Na década de 70, apontando alguns o início do terceiro quartel do séc. XX, estamos perante a chamada Administração Managerial, que começa a ser questionada na última década do séc. XX. Surge então a “Governança”⁸, que enriquece o modelo gestor com lógicas de cidadania.

No ponto seguinte, iremos expor os principais elementos caracterizadores dos modelos de Administração e Gestão Pública desde finais do séc. XIX até ao início do séc. XXI.

2. Modelos de Administração e Gestão Pública

O estudo da Administração Pública (AP), não sendo recente continua a não gerar consensos entre os seus estudiosos.

É frequente considerar-se que Administração Pública, tal como a conhecemos, constitui um dos entraves à adaptação a um contexto globalizado baseado numa sociedade da informação cujo ritmo é verdadeiramente alucinante.

Se, por um lado, nos deparamos com as exigências dos cidadãos, por outro estamos perante uma AP que produz bens e presta serviços com o intuito de colmatar essas necessidades, ou seja de defender o que se designa por interesse público. É óbvio que a conciliação destes compromissos nem sempre é pacífica. O cerne da questão está precisamente em conseguir melhorar a AP de forma a que esta responda e sirva os cidadãos de uma forma eficaz.

Com o decorrer dos anos presenciaram-se diversas mudanças consonantes com as ideologias dominantes em cada uma das épocas. No caso Português, foram várias as mudanças decorrentes da implementação de reformas no intuito de introduzir, na AP, mecanismos que lhe

⁷ A este respeito ver o 1º parágrafo do ponto 2.2 deste capítulo.

⁸ Do termo inglês *governance*.

permitissem, sobretudo, melhorar a sua eficiência⁹, a sua eficácia¹⁰ e a equidade¹¹. Torna-se, assim, importante perceber quais os factores que têm condicionado as reformas administrativas e quais as justificações para que esta temática continue presente na agenda política.

Para Rocha (2000), essas mudanças no sistema administrativo estão associadas a modelos de gestão pública distintos que por sua vez, estão ligados a alterações nos modelos de Estado. Conforme Rocha (2000, p. 6):

“Na verdade, a cada tipo de Estado corresponde um modelo de gestão pública com o qual se harmoniza, com o qual constitui um todo, assentando nos mesmo pressupostos e obedecendo ao mesmo paradigma.”.

2.1. O Modelo Clássico

Remontam aos finais do séc. XIX as características base do que se considera ser o modelo de clássico de administração legal-brutocrática, estendendo-se até ao último quartel do século XX. Segundo os autores Martinez (1973) e Medeiros (2003), este modelo vem substituir o chamado Modelo Mercantilista que adoptou as formas de: a) monetarista (a convicção do império espanhol de que a detenção de grandes quantidades de metais preciosos era um bom indicador da prosperidade económica); b) industrial (desenvolvido em França, quando esta não conseguia competir com outros países no acesso a bens preciosos, pelo que apostou na sua própria produção industrial para posterior venda, e cujo apogeu se deu com o ministro Colbert); c) e do comércio (que surge em Inglaterra, com o mesmo objectivo do mercantilismo industrial francês, mas voltado para o desenvolvimento do comércio).

Quanto ao Modelo Clássico, trata-se de um modelo característico de um Estado Liberal, onde a administração se encontra sob domínio político. Há que salientar que este período se caracteriza também por uma intervenção mínima do Estado (Estado minimalista), na medida em que a grande maioria dos serviços públicos estava afecta aos sectores de caridade ou, então, pertenciam à esfera privada. A maioria dos serviços públicos prestados, embora diminutos, era-

⁹Capacidade da adequação dos recursos disponíveis na obtenção dos objectivos previamente delineados.

¹⁰ Mede a relação entre os resultados obtidos e os objectivos pretendidos, ou seja, ser eficaz é conseguir atingir um dado objectivo.

¹¹Do latim *aequitāte*. Em termos de Administração Pública, refere-se ao dever do Estado em assegurar o acesso universal e igualitário, de todos os cidadãos, aos seus bens e serviços, devendo constituir uma preocupação central para os gestores públicos. Tem subjacente a premissa da justiça social, no sentido de, conforme Silvestre (2010, p. 38): “corrigir as desigualdades que surgem aquando da repartição da riqueza e rendimentos produzidos”.

o ao nível local, não se fazendo notar qualquer tipo de intervenção social por parte do Estado a nível central. Com este modelo cessam as medidas proteccionistas e os monopólios, considerando-se que o mercado se auto-regulava.

Na abordagem clássica podemos encontrar várias teorias que serviram de suporte teórico destacando-se, entre elas: a Teoria da Burocracia, a Teoria da Administração Científica e a Teoria (Neo)Clássica da Administração.

2.1.1. A contribuição de Woodrow Wilson

Segundo W. Wilson¹², no seu artigo *The Study of Administration*, publicado em 1887 e considerado um verdadeiro clássico da administração, deve existir uma clara separação entre a política e a administração (dicotomia de Wilson), numa clara tentativa de eliminar a corrupção e a discricionariedade, através da abolição do chamado “*spoils system*”; ou seja, delimita-se a actuação concedida aos administradores públicos para agirem de acordo com o que julgam conveniente e oportuno diante de determinada situação, não se pautando por directrizes particulares, mas sim orientados para a satisfação dos direitos colectivos e individuais. Competiria, assim, aos políticos o estabelecimento de políticas e os administradores teriam a incumbência de as efectivar, de acordo com o que se considerava serem boas práticas de gestão e não, de acordo com o que se considerava ser uma oportunidade política.

De acordo com Wilson (1887) citado por Shafritz e Hyde (1978, p.18):

“Administrative questions are not political questions. Although politics sets the tasks for administration, it should not be suffered to manipulate its offices.”

Dos funcionários era esperado que agissem de acordo com as regras próprias de funcionamento, enunciadas no estatuto dos funcionários, do qual faziam parte os seus direitos e deveres e as circunstâncias em que os mesmos podem ser responsabilizados pelos políticos e pela própria hierarquia administrativa. Resultam daqui, algumas proposições enumeradas por Wilson e por Goodnow, um dos seus continuadores, tais como a profissionalização e a neutralidade dos funcionários públicos defendendo-se o recrutamento com base no mérito (não na nomeação política) e com as remunerações e a autoridade indexadas à posição hierárquica ocupada.

¹² Considerado fundador dos estudos sobre Administração Pública nos E.U.A., jurista de formação e que como político foi eleito Presidente dos Estados Unidos da América entre 1912 e 1921, reeleito por duas vezes.

Pretendia-se, sobretudo, garantir que as decisões tomadas fossem isentas tendo em consideração o que se julgava ser o interesse geral.

2.1.2. Teoria da Administração Científica

Com Frederick Taylor, que está na origem da Teoria da Administração Científica, houve grandes avanços na gestão empresarial tendo sido desenvolvidas técnicas para colmatar alguns dos principais problemas que assolavam a indústria nos finais do séc. XIX e início do séc. XX. Taylor introduz a ideia da padronização dos procedimentos, assente numa divisão vertical do trabalho e com uma clara especialização de funções.

Segundo Taylor, com base no uso dos princípios científicos, seria possível dividir as tarefas em partes menores, tornando-as mais simples, permitindo assim, aquilo que se designaria de *one best way* para os trabalhadores.

Em suma, Taylor enfatiza as tarefas e a racionalização trabalho a nível operacional, atendendo a quatro grandes princípios de gestão:

- a) Desenvolvimento e uso de métodos científicos (por forma a determinar a forma mais eficiente de trabalhar);
- b) Selecção científica e desenvolvimento do trabalhador;
- c) Formação contínua dos trabalhadores; e
- d) grande interacção entre a gestão e o trabalhador.

2.1.3. Teoria (Neo)Clássica da Administração

Com Fayol, Gulick e Urwick (1937) (entre outros) surge a Teoria (Neo)Clássica da Administração, segundo a qual a produção industrial passa obrigatoriamente pelas seguintes actividades: técnicas (transformação dos *inputs* em *outputs*); comerciais (as organizações produzem com o intuito de vender); financeiras (questões que se prendem com o controlo de custos e maximização do lucro); de segurança (quanto à manutenção dos equipamentos e instalações e Bem-Estar dos colaboradores); de contabilidade (obrigação legal) e de gestão (com as suas actividades de previsão, organização, comando, coordenação e controlo) (Silvestre, 2010).

Gulick desempenhou um papel fundamental no desenvolvimento do “taylorismo” preocupando-se com a padronização das tarefas. Em conjunto com Urwick, defendeu a existência de 7 princípios inerentes à administração, de onde resulta o acrónimo POSDCORB (*Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting, Budgeting*).

De acordo com este acrónimo, e subjacentes aos princípios referidos, encontram-se diversas actividades (Planeamento, Organização, Estruturação, Direcção, Coordenação, Informação e Orçamentação), que se encontram institucionalizadas separadamente, recorrendo-se para tal a diversas organizações governamentais.

2.1.4. Teoria da Burocracia

Por sua vez, o contributo de Max Weber¹³, que está na origem da Teoria da Burocracia¹⁴, para este modelo de administração pública baseia-se no conceito de autoridade legal-racional, incidindo fortemente no estatuto da burocracia, considerando-a uma condição necessária, ou seja, entende-a como uma forma de organização que permite uma racionalidade legal, económica e técnica. Esta teoria coloca ênfase na estrutura organizacional (existe um tipo ideia de estrutura que se aplica a qualquer organização), na organização formal burocrática (são as regras e procedimentos formais que permitem exercer a autoridade), e a racionalidade organizacional (é o decisor que está na posse da informação necessária para a maximização do lucro).

Para Weber, a administração burocrática é dotada de atributos tais como a precisão, a velocidade, o conhecimento, a unidade, a subordinação estrita e a redução dos custos materiais e humanos.

Constrói aquele que considera o tipo ideal de burocracia com base em três princípios, conforme quadro seguinte:

¹³ Sociólogo e Economista alemão (1864-1920).

¹⁴ Surge na Europa na década de 40 do séc. XX.

Quadro 1 - Princípios teóricos do tipo-ideal de burocracia para Weber

Hierarquia	Divisão hierárquica do trabalho (cada funcionário é responsável por determinada função, respondendo perante os seus responsáveis hierarquicamente superiores)
Continuidade	Estrutura que permite a evolução das carreiras dos funcionários
Impessoalidade	Funcionários seleccionados com base no mérito, competência e qualificações

Fonte: Elaboração própria

Com base nestes princípios, para Weber, a burocracia constituía uma resposta mais eficaz e inevitável aos problemas criados pelo desenvolvimento do sistema capitalista (Giddens, 2000).

Da aplicação destes princípios emerge um modelo de organização impessoal e racional, que permite a igualdade de tratamento perante situações similares, mediante a apresentação de uma resposta-tipo, ou seja, defende-se uma neutralidade social e política.

Para Weber, a burocracia significava algo positivo, altamente conotado com uma organização racional, baseada na lei e no regulamento, eficiente e que substituíu o exercício arbitrário do poder dos anteriores regimes. Com a sua autoridade hierárquica e especialização funcional, era possível realizar tarefas mais complexas de uma forma bastante eficiente (execução contínua e especializada), com funcionários dotados de grande competência técnica.

Em suma, e conforme Carapeto e Fonseca (2006, p. 23):

“Este modelo de administração pública, regida pela lei e pelo regulamento e em que as ordens descem em cascata, traduz-se na despersonalização das funções, das regras e procedimentos (tendo em vista a objectividade e a imparcialidade) e caracteriza-se pela especialização e profissionalização dos agentes.”

Com Simon (1946) surgem as críticas ao modelo clássico. Uma das críticas por ele apontada é a inexistência de correlação entre a eficiência e a especialização. Todavia, a grande mudança apareceu com o aumento e especialização das novas funções do Estado. Por outro lado, embora a Administração Pública continue a ser encarada como um corpo de funcionários neutral, recrutado com base no mérito, tal não implica que a separação entre poder político e poder administrativo nunca tenha efectivamente existido.

2.2. O Modelo de Administração Profissional¹⁵

O modelo de Administração Profissional surge na sequência das críticas apontadas ao modelo científico e do aparecimento do Estado de “*Welfare*” ou de Bem-Estar, também por alguns autores designado por Estado Providência. No entanto, considerando que nem sempre é o Estado que produz os bens que presta (providencia) aos cidadãos, entende-se que esta não será a terminologia mais adequada, usando-se o termo de Bem-Estar sempre que necessário.

O Estado de Bem-Estar, surge num contexto político, social e económico bastante conturbado. Com o eclodir da I Guerra Mundial cessa a paz bem como a prosperidade que caracterizou o século anterior, surgindo a necessidade de uma intervenção estatal ao nível económico, que se acentuou ainda mais com a grave depressão económica que se sucedeu. Com esta depressão económica, decorrente do *crash* da Bolsa de Nova Iorque em 1929, dá-se um grande declínio de toda a actividade económica e, conseqüentemente, um aumento do desemprego para níveis alarmantes, deixando de se acreditar na auto-regulação dos mercados por via do mecanismo de preços. O Estado intervém como propósito de garantir a protecção social, sendo a sua intervenção maximizada após a II Guerra Mundial para impulsionar a produção e, posteriormente, já com a guerra finda, no sentido de assegurar a produção de bens e a prestação dos serviços básicos para os cidadãos, pois o mercado bastante debilitado não conseguia suprir estas faltas (Silvestre, 2010). No entanto, não se podem descurar, também, as questões ideológicas no surgimento deste modelo, pois os ideais socialistas/comunistas desenvolviam-se no mundo Ocidental.

Surge, então, o Estado de Bem-Estar, tornando-se imperioso um maior envolvimento do Estado com vista à reconstrução do Estado-nação, mas também no sentido atenuar as desigualdades sociais que se fizeram sentir com a aposta num modo de produção de cariz capitalista. Trata-se pois, de um Estado interventivo.

Para Boaventura Sousa Santos, citado por Carvalho (2009, p. 29), o Estado de Providência, que representava o modelo político dominante nesta fase do capitalismo organizado ao nível dos países centrais, caracteriza-se por 4 pontos-chave:

“Um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado, com o objectivo fundamental de compatibilizar capitalismo e democracia; uma relação sustentada, mesmo que tensa, entre

¹⁵ A este respeito segue-se a orientação de O. Rocha que defende a existência de 5 modelos de AP.

acumulação e legitimação; um elevado nível de despesas em investimento e consumos sociais; e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produtos de benevolência estatal.”

Apesar de os sistemas públicos de saúde, educação e segurança social, terem sido anteriormente desenvolvidos, é perante este cenário social que têm aceitação generalizada. Também em torno do papel do Estado surge um consenso generalizado, em parte devido ao domínio das ideias *keynesianas*¹⁶, que defendiam que a despesa pública deve ser encarada como um investimento colectivo. O modelo *Keynesiano* teve grande aplicabilidade, especialmente após a crise de 1929, repercutindo-se ao nível da intervenção estatal no sector económico, no processo de nacionalização de sectores de actividade considerados de grande importância e, naturalmente, na forma como se implementou este Estado de Bem-Estar.

A necessidade de implementação de novas políticas sociais por parte do Estado, obrigou a um claro aumento dos seus recursos humanos (funcionários públicos) nas áreas sociais, bem como ao conseqüente aumento da despesa pública, nomeadamente saúde, educação e segurança social. É aqui que se faz notar o grande aumento do peso do Estado, o que irá constituir a principal crítica a este modelo.

A administração pública da época estava envolta num ambiente cujos valores fundamentais da sociedade ansiavam por uma grande intervenção do Estado na vida social. Considerava-se que a burocracia deveria ser abrangente em termos sociais, de forma a representar todos os segmentos da sociedade, motivada por critérios de equidade social.

A grande atractividade da burocracia para o Estado de Bem-Estar, residia no facto de se acreditar que esta seria neutra, tanto ao nível social como político.

Numa estrutura administrativa coerente com este tipo de Estado é determinante o papel dos profissionais. Conforme Carvalho (2009, p. 30):

“Durante este período, emergem grupos extremamente motivados, e com formação avançada de profissionais de serviço público, que começam, gradualmente, a tomar no dia-a-dia grande parte do controlo sobre as estruturas e os processos de decisão.”

Saliente-se que já Weber tinha previsto esta afirmação do poder dos profissionais públicos, quando aliou o conhecimento especializado à emergência da burocracia (Carvalho, 2009).

¹⁶ Para Keynes com a intervenção do Estado na economia seria possível atingir o pleno emprego.

Todo o recrutamento dos profissionais públicos deveria ser feito com base no mérito; no entanto, a formação de base que era exigida para ocupar alguns dos cargos superiores na Administração pública variava de país para país¹⁷. A protecção ao emprego e a estabilidade constituíam as contrapartidas de que os funcionários públicos beneficiavam pela prestação impessoal e objectiva desses serviços.

Para Mintzberg (1996), a estrutura de funcionamento das instituições é delineada de acordo com profissionalismo e as profissões, pelo que este autor designa estas instituições de burocracias profissionais.

De acordo com o entendimento de Webb (1999) e de Clarke & Newman (1997), segundo Carvalho (2009, p. 33):

“O profissionalismo traduz simultaneamente, uma estratégia ocupacional, definindo a profissão e a negociação do poder e de recompensas ligadas ao conhecimento; e uma estratégia organizacional, que estabelece as atribuições de poder em volta das quais as organizações são coordenadas.”

Podem-se enumerar como características do Modelo Profissional as seguintes:

- a) a hierarquia rígida que permitia um grande controlo sobre a produção de bens e a prestação de serviços, com predomínio na formalização das funções e dos processos de trabalho, passando pela especialização;
- b) a pela impessoalidade, na medida em que todo o recrutamento é feito com base na competência e neutralidade e que as posições ocupadas hierarquicamente não devem ser passíveis de confusão com as pessoas que ocupam esses mesmos cargos;
- c) as estruturas tipo *top-down*, que permitirão a obtenção de eficiência, de acordo com a relação que se estabelece entre os objectivos a atingir e os recursos a utilizar para tal;
- d) a orientação de todo os Sector Público por regras, previamente definidas;
- e) e a distinção entre fins e meios, ou seja, a primazia dos resultados obtidos sobre os meios utilizados.

¹⁷ Na Europa Continental surgiram 3 tipos de escolas: as escolas de pós-graduação, as escolas de carácter profissionalizante e as escolas tipo ENA (*Ecole National d'Administration*). As escolas tipo ENA permitem a obtenção de formação pós-graduada sem a atribuição de qualquer grau, destinando-se a uma elite.

Relativamente ao crescimento da Administração Pública, segundo alguns autores conotados com a *Public Choice*, advém do chamado “mercado político” e do conflito entre agências¹⁸. Às pressões exercidas pelos eleitores no sentido de obterem mais e maiores benefícios sociais, os políticos com funções de governo respondem com um claro aumento da despesa pública. A este respeito, Rocha (2001, p. 23) descreve o ciclo político-económico, onde se explica que é na segunda metade do mandato que os políticos aumentam a despesa pública, com o objectivo da sua reeleição:

“Numa democracia os partidos políticos formulam políticas como forma de ganharem votos, pelo que o governo age em ordem a maximizar o número de votos a obter nas eleições. Como consequência, os governos tendem a adoptar uma política expansionista, em ordem a expandir o emprego e a aumentar a despesa pública, na segunda metade do mandato; na primeira parte do mandato, em contrapartida, é prosseguida uma política de contracção, como forma de controlar a inflação. O resultado deste ciclo de política económica é o aumento da despesa pública e do sector administrativo.”

A este respeito, Frey e Schneider (1978) consideram que a proximidade das eleições pode influenciar as políticas de gastos contra-cíclicas, especialmente se não existirem controlos fortes a estes comportamentos oportunistas.

Segundo Allison (1987), o grande crescimento da Administração Pública (Reino Unido) deve-se ao conflito que se gerou entre agências, na medida em que cada uma delas lutava por uma maior parte do orçamento, o que se traduzia num claro aumento das suas despesas, permitindo assim, que se satisfizessem as necessidades das suas próprias clientelas.

Por sua vez, Downs e Buchanan, Tullock e Niskanen (teóricos da *Public Choice*) explicam o fenómeno através do comportamento da burocracia, ao passo que Drazen considera que a burocracia é o elemento chave para justificar a ineficiência do Estado que tende a aumentar o seu poder e prestígio, o que se reflecte também num claro aumento do sector público e num alargamento do papel do mesmo perante a sociedade.

No modelo profissional não se assiste à separação/dicotomia entre política e administração, anteriormente defendida por W. Wilson. Existe um conjunto de interacções que não permite distinguir o que é político do que é uma mera decisão administrativa para implementar políticas públicas, podendo-se afirmar que o sistema administrativo não está isolado dentro do sistema político.

¹⁸ Rocha (2001) define agência como uma unidade executiva que presta um serviço ao governo.

Com o Estado de Bem-Estar surgiu uma burocracia política tornando-se numa verdadeira elite de poder. É para os administradores que se voltam todas as atenções, passando estes a estar no centro deste modelo de Estado pois a eles cabe produzir e fornecer os serviços ditos sociais, bem como mediar a concertação de interesses.

Por toda a Europa se associa o crescente aumento do poder dos administradores ao desaparecimento da dicotomia entre administração e política.

Para Rocha (2000), o crescimento da burocracia está muito associado à toda a expansão do papel do Estado no pós-guerra, se bem que existem outras razões, mais no contexto europeu, como o caso da centralidade administrativa e os parlamentos e partidos políticos bastante debilitados.

No caso específico de Portugal, o verdadeiro Estado de Bem-Estar, começou a delinear-se após a Revolução de Abril de 74, pois a ditadura que vigorou de 1926 a 1974 não foi um verdadeiro Estado de Bem-Estar; representou sim, uma forma de o ditador exercer um controlo sobre o país. Após o 25 de Abril de 74, assiste-se então a um grande aumento do número de funcionários públicos e dos chamados tecnoburocratas.

É comumente aceite que o Estado de Bem-Estar entra em crise no início da década de 70 com a crise petrolífera de 1973, cujo impacto desencadeia uma recessão mundial que afectou todos os Estados industrializados.

No entanto, outros autores defendem que, além da crise económica, mais três factores socioeconómicos estiveram na origem da decadência deste modelo de Estado, sendo eles: a crise fiscal, que impedia os governos de financiar os seus deficits; a ingovernabilidade, na medida em que estávamos perante governos que não conseguiam resolver os seus próprios problemas; e, por último, a globalização e todas as transformações tecnológicas que acabam por afectar todo o sector produtivo e, conseqüentemente, o Estado.

Há, ainda, autores que consideram um outro facto que também ajudou a pôr em causa o Estado de Bem-Estar; tal facto deve-se à tomada do poder por novos os partidos de direita que retomam o pensamento económico liberal, questionando-se de novo o papel que cabe ao Estado na sociedade.

É o grande aumento dos custos associados ao Estado de Bem-Estar que constitui o seu “calcanhar de Aquiles”, num período caracterizado por uma grande pressão dos cidadãos, com ausência de competição, com dificuldade em definir e avaliar os *outputs* e, ainda, com a ausência de motivação para reduzir os custos.

Outras críticas podem ser apontadas à burocracia e que se relacionam directamente com a sua desumanização (decorrente da sua impessoalidade), com a falta de responsabilidade dos funcionários, com a complexidade administrativa e processual que o modelo impunha (processos de decisão pouco flexíveis), com bastante falta de iniciativa e inovação por parte dos serviços e, sobretudo, a incapacidade para dar resposta às necessidades dos cidadãos.

Estamos perante serviços que se tornaram bastante rígidos, distantes e pouco responsáveis para com os cidadãos. Perante estes factores, a desilusão generaliza-se bem como um sentimento anti-burocrático (Rocha, 2001). Com o não aumento da igualdade entre os cidadãos, cresce significativamente o número dos que se opõem a este modelo de Estado; este facto levou a que o poder político tivesse de apresentar alternativas para dismantelar toda a estrutura social edificada no pós-guerra. São exemplos dessas alternativas a privatização, a desintervenção do Estado e a contratação de serviços no exterior (o chamado “*contracting-out*”).

Conforme se verá no ponto seguinte, é necessário que toda a máquina governamental se torne mais flexível e ágil, tanto no plano interno como na sua relação com o meio envolvente.

2.3. Os Novos Modelos de Gestão Pública

Perante as críticas com que os modelos anteriores se depararam, mas sobretudo com a falência do *Welfare State*, surgem como alternativas, novos modelos e paradigmas de administração (Rocha, 2001). São estes modelos em que irá assentar a chamada reforma administrativa.

Mas a reforma do sector público não é apenas uma consequência dos excessos do Estado de Bem-Estar, pois advém também de mudanças sentidas tanto ao nível da teoria económica (teoria do principal agente¹⁹ e teoria dos custos de transacção²⁰) como do sector privado e ainda de alterações provocadas pelo avanço tecnológico.

¹⁹ Os principais serviços públicos são os públicos, se bem que têm interesses difusos que não permitem um efectivo controlo dos agentes. Os serviços principais não têm meios adequados para assegurar que os agentes têm em conta os seus interesses.

Podem-se então considerar como alternativas orientadoras da reforma da Administração Pública, a Teoria da Escolha Pública (a *Public Choice*) e a Teoria Managerial (Escola Managerial ou Managerialismo). De uma forma bastante simplista pode-se dizer que a Teoria da Escolha Pública coloca a sua ênfase na necessidade de restabelecer a primazia do governo representativo sobre a burocracia, ao passo que no caso do Managerialismo essa primazia recai sobre os princípios de gestão sobre a burocracia. Estes dois paradigmas apresentam princípios contraditórios e modelos de gestão diferentes, na medida em que à primeira teoria temos associados princípios como a centralização, a coordenação e o controlo, e na segunda nos deparamos com princípios como a descentralização, a desregulação e a delegação.

Segue-se agora uma análise a cada uma destas alternativas.

2.3.1. Teoria da Escolha Pública (*Public Choice*)

A Escolha Pública é uma teoria do pensamento económico que aplica os conceitos microeconómicos às áreas política e social. Considera que os princípios da teoria económica se aplicam à política e que o melhor resultado que se pode obter obriga a que se enfatize o papel das forças de mercado em detrimento do poder do Estado (máximo mercado, mínimo Estado). Ou seja, o Estado retira-se deixando o mercado funcionar, pelo que intervém como regulador e para a suprir eventuais falhas do mesmo (as necessidades que o mercado não consegue satisfazer), pois assume-se que o mercado tem melhores condições para servir o interesse público.

Três dos autores principais da *Public Choice* são Downs (1957), Tullock (1965) e Niskanen (1971). Eles partem, respectivamente, dos seguintes pressupostos: aplicação do modelo microeconómico ao sistema político existente (Downs); análise das burocracias como "sistemas nos quais os quadros superiores são primeiramente preocupados com a carreira, pelo que procuram agradar aos seus superiores na esperança de serem recompensados (Tullock); considerando que os burocratas vêm no aumento dos seus orçamentos, o aumento dos seus próprios salários (Niskanen). (Rocha, 2000).

A este respeito Rocha (2000, p. 6):

²⁰ Algumas transacções são menos onerosas se forem contratadas ao exterior, devido à redução dos custos administrativos.

“Existem dois tipos de factores no processo administrativo correspondendo aos vendedores e compradores no mercado: os burocratas que vendem os serviços e os políticos que são os financiadores dos mesmos serviços. Os primeiros são motivados para aumentar os orçamentos e os últimos, o número de votos. O resultado é uma superprodução de serviços muito para além do que é procurado pelos cidadãos, os quais são, em última análise, os consumidores. O aumento de orçamento permite melhores salários, maior representação e poder, e em ordem a prosseguir nestes objectivos, intrigam, mentem e manipulam.”

Os principais argumentos da Teoria da Escolha Pública são direccionados para a redução do poder do Estado e da burocracia: o poder da burocracia deve ser enfraquecido e a reforma do Estado pressupõe um reforço das decisões centrais e dos instrumentos de decisão política.

Esta concentração implica: centralização do poder político (reforço da posição do governo, na pessoa do Primeiro-Ministro e dos Ministros de forma a controlar a burocracia); coordenação (aumento dos esforços de coordenação das organizações na implementação e formulação das políticas); controlo da implementação das políticas (deve existir maior rigor na forma como as políticas são implementadas).

Em termos de reforma é um Estado forte, com uma administração pública minimalista pondo-se fim à dicotomia entre política e administração, em favor dos políticos, pelo que toda a legitimidade da actividade burocrática tem por base a legitimidade política. Os cargos dos dirigentes são de nomeação política por um comportamento definido com o ciclo político-económico. (Carvalho, 2009)

De acordo com os princípios do comportamento racional, entende-se que os burocratas procurem aumentar o seu poder, o seu prestígio, a sua segurança e o seu rendimento através do uso, em benefício próprio, da estrutura hierárquica em que se encontram inseridos, em vez de o ser em favor dos objectivos das organizações. Aqui, pode a ambição individual de cada um contrapor-se aos interesses da organização, pelo que Niskanen defende que a ambição individual pode maximizar o orçamento de cada uma das organizações.

São muitas as variáveis que podem motivar os burocratas: salários, reputação, poder, o *patronage*, o resultado da organização, a facilidade em proceder a alterações e a grande facilidade de gerir a organização.

Para Olson (1965) também a burocracia é ineficiente na medida em que impõe custos sociais crescentes àqueles que dela deveriam beneficiar deteriorando a relação existente entre a oferta e a procura.

A esta alternativa podem-se apontar como grandes críticas a fragmentação dos serviços existentes, o grande aumento do número de funcionários afectos á administração do Estado, bem como o facto de surgirem grandes *staffs* afectos às organizações.

2.3.2. O Managerialismo

A crescente procura de eficiência dos serviços públicos conciliada com a pretensão de superar a crise em que estava a emergir levou vários investigadores a focarem as suas investigações na gestão (*management*) pública²¹. Estando a actividade administrativa fortemente jurisdicionada, haveria que substituir a racionalidade jurídica pela racionalidade managerial. Ou seja, estamos perante um movimento anti-burocrático, que implica liberdade de organização dos serviços na sua estrutura interna, que permita uma avaliação periódica do seu desempenho e dos resultados obtidos.

Segundo Rocha (2001), o *management* público inclui a gestão das políticas públicas, bem como dos recursos financeiros e humanos disponíveis e ainda a gestão de programas e projectos associados a essas políticas.

A abordagem managerialista foi altamente influenciada pelos trabalhos de autores como Thomas Peters e Robert Waterman, com a obra “*In Search of Excellence – O exemplo das empresas norte americanas mais bem geridas*”, de 1982. Estes autores partem da observação de várias empresas conhecidas por terem sucesso para depois encontrarem e avaliarem os atributos desse mesmo sucesso²².

Peters e Waterman apresentaram esta alternativa à abordagem clássica e generalizaram a este novo modelo de gestão a todas as organizações, independentemente de se tratarem de organizações públicas ou privadas. Ou seja, a escola managerial defende que as organizações públicas e privadas podem ser geridas da mesma maneira e obedecendo aos mesmos princípios. Retomam o modelo tradicional do *management* com o “*generic management approach*”, mas criticam a burocracia como design organizacional, insistindo na superioridade da gestão privada

²¹ Para Bozeman (1993) a gestão pública não representa uma nova disciplina separada da Administração Pública. Importa o estudo das políticas públicas e do “*public management*”, em que este tende a aproximar-se da gestão empresarial.

²² A este respeito Rocha (1995, p. 7): “O perfil das organizações com sucesso são aquelas que estão orientadas para a acção, próximas dos consumidores, com autonomia e espírito de iniciativa, produtivas, com cultura organizacional, flexíveis, desburocratizadas e com capacidade de inovação”.

relativamente à gestão pública. É esta superioridade das técnicas de gestão privada sobre as técnicas de gestão pública que constitui o principal pressuposto do *managerialismo*. Acredita-se que com a introdução do mecanismo de preços de mercado é possível aumentar a competição entre as organizações, melhorando o seu desempenho através do aumento da eficiência, da eficácia, da qualidade e da responsabilização.

Esta escola managerial ignora as diferenças entre o sistema administrativo e o sistema de *management* sendo que as organizações públicas prosseguem interesses gerais e são controladas pelo poder político.

De acordo ainda com o trabalho de Peters e Waterman, pode-se definir o *managerialismo* como um conjunto de expectativas, valores e crenças que, de acordo com a aplicação de algumas técnicas, convicções e práticas permitem obter uma mais-valia para todo o social (Silvestre, 2010).

A aplicação do managerialismo à Administração Pública fez-se de acordo com um conjunto de princípios que vieram dar corpo à reforma administrativa dos anos 80: a descentralização, a desregulação e a delegação. A partir do momento em que os objectivos das organizações estão claramente definidos, os responsáveis políticos devem imiscuir-se da intervenção na sua gestão e implementação (Rocha, 2001), pelo que no âmbito da dicotomia de Wilson se considera que apenas ao poder político cabe definir as políticas, sendo função do *management* intervir e implementá-las. Entende-se como necessária a redução dos níveis de hierarquia nas organizações públicas, por forma a permitir uma maior facilidade na tomada de iniciativa e na prossecução dos objectivos por parte dos gestores públicos.

Em suma, o managerialismo apenas reiterou a ideia de que tanto as organizações privadas como as organizações públicas podem ser geridas por princípios muito similares, aceitando-se que as organizações públicas, satisfazem necessidades mais abrangentes em termos sociais.

2.3.3. A Nova Gestão Pública (*New Public Management*)

Se bem que por vezes se possa incluir no seio da Escola Managerial, o *New Public Management* (NPM) demarcou-se do managerialismo com a “clarificação” de algumas das suas características, como a profissionalização da gestão, a criação de medidas de avaliação do desempenho, a importância dada aos resultados e à redução de custos, bem como a fragmentação de unidades administrativas de grandes dimensões (Hood, 1991).

O principal defensor do modelo gestor é Christopher Hood, que apresenta 7 características deste modelo:

Quadro 2 - Componentes doutriniais da Nova Gestão Pública

	Doutrina	Significado	Justificação
1	Gestão Profissional	O gestor público com liberdade para gerir	A responsabilização necessita de gestores bem identificados
2	Medidas de desempenho	Definição de objectivos e indicadores de desempenho	Responsabilização e eficiência
3	Ênfase no controlo e nos resultados	Afectação de recursos e recompensas ligadas ao desempenho	Ênfase nos resultados e não nos procedimentos
4	Fragmentação das grandes unidades administrativas	Criação de unidades mais flexíveis e descentralizadas	Ganhos de eficiência, proliferação do "Contracting out"
5	Competição no sector público	Liberalização do mercado e uso de contratos	Rivalidade faz diminuir custos e elevar os <i>standards</i>
6	Adopção de instrumentos de gestão privada	Flexibilidade na contratação e recompensas	Melhor gestão e aproveitamento das oportunidades do mercado
7	Disciplina na utilização de recursos	Corte nos custos e aumento da produtividade	Necessidade de "fazer mais com menos"

Fonte: Adaptado de Hood, C. (1991).

Todavia, a introdução de mecanismos de mercado no seio da Administração Pública não é por si só suficiente, havendo necessidade de uma alteração na própria cultura administrativa instalada, convencendo os cidadãos de que são acima de tudo consumidores de serviços públicos e que cabe aos funcionários públicos a “venda” desses mesmos serviços, sujeitando-se a uma avaliação da qualidade dos mesmos.

Com este modelo abandonaram-se as estruturas hierárquicas de tipo weberiano, substituindo-as por estruturas autónomas (agências, no caso inglês). O Estado fragmentou os serviços públicos para que pudessem competir entre si e para que fosse possível controlar toda a sua actividade mediante os resultados apresentados.

Nos anos 90, o NPM começa a integrar novos conceitos e instrumentos de gestão, como são exemplo *Total Quality Management* (TQM), que Frederickson (1994) transforma no *Total Quality Politics* (TQP), onde se introduz a noção de uma administração baseada nas necessidades dos cidadãos.

Todavia, o NPM enfermou de algumas incoerências e contradições. Partiu de pressupostos meramente teóricos que consideravam que a gestão empresarial era a mais adequada para aplicar aos serviços públicos, independentemente das especificidades das suas estruturas.

Enfatizava-se a descentralização e uma redução dos níveis hierárquicos das estruturas organizacionais, mas simultaneamente procurava-se um maior controlo financeiro e orçamental, pelo que se geraram imensos desequilíbrios nos processos de tomada de decisão, agora descentralizados, mas que efectivamente se mantinham no topo das estruturas.

Outras críticas podem ser apontadas a este modelo. A primeira delas tem a ver com a prestação de contas pois se no modelo clássico esta estava devidamente definida passou, com este modelo, a apresentar-se bastante difusa por via da introdução de uma gestão puramente privada. Também, e contrariamente ao que se preconizava inicialmente, houve um aumento da despesa pública, pelo que também se considera que em muitos sectores públicos a privatização apresentou mais custos que benefícios para os cidadãos. Relativamente a estes, foi também bastante notória a insensibilidade deste modelo, na medida em que os cidadãos eram considerados como meros consumidores.

Ainda com referência ao modelo tradicional dotado de mecanismos contra a corrupção e de *standards* éticos, constatou-se que a introdução deste modelo trouxe alguma erosão desses mesmos *standards*.

Todavia, acentuaram-se valores como a eficiência, a eficácia e a economia, e intensificou-se a capacidade de inovar. Os serviços passaram a ser mais flexíveis e a ser responsáveis perante os cidadãos.

É inquestionável a necessidade de redesenhar a gestão pública. No entanto, resumir esta necessidade à implementação de mecanismos da gestão empresarial, não é a melhor solução pois estamos perante realidades bastante distintas quanto aos objectivos que preconizam e aos valores por que se pautam. Não se pode pura e simplesmente mercantilizar as estruturas do sector público. Há ainda que ter uma especial atenção na forma como também os cidadãos são encarados, pois os mesmos não podem ser apenas considerados meros consumidores de bens e serviços.

O que se pode considerar como um modelo óptimo, o “one best way” de estrutura da Administração Pública, de facto não existe. Estamos agora perante o surgimento de um novo

tipo de administração, a governança, em que a lógica associada às teorias de cidadania vêm enriquecer o próprio modelo gestor.

2.4. O Modelo de Governança

Pode-se considerar este modelo como uma conjugação dos modelos gestor, clássico e da uma nova lógica de cidadania. Conforme Liegl (1999), há a consciencialização de que o cidadão pode efectivamente contribuir para uma administração pública mais receptiva, deixando de se considerar este apenas como um mero consumidor, o que consegue com a conjugação dos direitos cívicos e o modelo do *New Public Management*.

Estamos perante um novo tipo de Estado (não é o Estado de “Welfare”, mas também não se identifica com o Estado liberal), que representa uma governança partilhada com diversos interlocutores da sociedade (organizações públicas, privadas e semi-públicas, grupos de interesse, partidos políticos, sociedade civil). Avança-se no sentido da concepção de um Estado dinamizador, o que segundo Mozzicafreddo (1992) não representa uma concepção minimalista, na medida em que passamos das tradicionais funções de produção e distribuição de bens para funções de financiamento e de regulação.

De acordo com Rosanvallon (1995), deixamos de estar perante a possibilidade de uma escolha que obrigatoriamente deveria recair sobre a estatização ou a privatização, na medida em que temos agora a possibilidade de alterar as relações entre a sociedade e o Estado, permitindo que este se adapte a cada contexto. Ou seja, o Estado reinventa-se a cada momento, o que pode ser conseguido por três vias: a descentralização de competências para colectividades locais, a transferência de tarefas de serviço público para colectividades não públicas, e ainda a desburocratização e racionalização da gestão dos serviços públicos de grande dimensão.

Para Corkery (1999), a governança representa um processo político no qual o poder deixa de estar concentrado numa poderosa máquina governamental, passando a residir num vasto conjunto de instituições, grupos económicos e na sociedade civil. Ao Estado cabe a coordenação das actividades dos diferentes interlocutores. Neste modelo constata-se assim que existe interdependência e confiança entre os vários actores bem como uma grande cooperação entre as instituições envolvidas, sejam elas privadas, públicas ou semi-públicas. Num contexto democrático, cabe agora ao governo mediar os diversos intervenientes no processo político, sem que represente um agente dominador, que se impõe por via da sua superioridade hierárquica.

No entendimento de Kooiman (1993) e conforme Rocha (2000, p. 15):

“Neste modelo o gestor público não tem as mesmas funções das do gestor empresarial. Aquele é predominantemente um integrador da diversidade, orientador das dinâmicas sociais e decompositor da complexidade, procurando solucionar conflitos e promover a colaboração entre os diversos actores.”

Agora, o Estado abdica de parte do seu poder e começa a agir em parceria com os diversos interlocutores (em rede). Estes, associam-se, conseguindo conjugar os seus recursos, capacidades e *expertise*, partilhando entre si responsabilidades. Como os governos não conseguem controlar e comandar todas as tarefas que lhe competem na sociedade contemporânea, têm necessariamente que estabelecer parcerias com outras instituições.

Esta interdependência entre as organizações vai aumentando visto os recursos serem escassos, pelo que há que fomentar a cooperação entre os diversos interlocutores. Por este motivo alguns autores defendem que a teoria da gestão em *networks* tem por base a teoria inter-organizacional, na qual se defende que o futuro de uma organização depende dos recursos de que as outras organizações dispõem e que as organizações estão dispostas a relacionar-se entre si, pelo que emerge uma rede de interlocutores mutuamente dependentes. A ênfase deste modelo é colocada no contexto institucional.

Segundo os autores Klijn e Koppenjan (2000), nas redes os intervenientes encontram-se mutuamente dependentes para alcançar objectivos e os seus comportamentos são regulados por regras que se vão estabelecendo no decorrer das interacções entre eles. Existe algum empenho na resolução de tensões entre eventuais conflitos de interesses e divergências. Os processos políticos, complexos, não são totalmente previsíveis devido à grande variedade de interlocutores, cada um deles com as suas estratégias e percepções, pelo que a gestão em *networks* visa a coordenação inter-organizacional, sendo fundamental que o gestor da rede, para Kooiman (1993), seja um integrador da diversidade e que procure uma colaboração de todos os intervenientes.

Considera-se então que a gestão em *networks* deve constituir a base para o desenvolvimento da administração pública. Todavia, para que tenha sucesso deve ser dotada de confiança, cooperação, regras de funcionamento, objectivos comuns, e os seus recursos devem ser equitativamente distribuídos pelos seus interlocutores.

Para Filipe Araújo (2007), a Administração Pública moderna é uma rede de ligações complexas entre vários tipos de organizações, tanto verticais como horizontais e em que os cidadãos são o centro da Administração Pública.

Ao cidadão é conferida uma maior responsabilização, envolvendo-o e exigindo-lhe que participe activamente. Esta necessidade surge de uma alteração de toda a dinâmica social, fruto de factores como a internacionalização das economias (Kooiman, Vliet, 1995). O cidadão não é um mero votante, contribuinte ou consumidor de serviços. Num Estado receptivo ele tem direitos e obrigações e pode muito naturalmente intervir no processo de formulação de políticas (Liegl, 1999), devendo o Estado funcionar como um agente moderador e coordenador dos mais variados interesses manifestados por todos os interlocutores.

Se bem que alguns autores considerem que este modelo tem origem na ascensão ao poder de Tony Blair, aquando da sua eleição para Primeiro-ministro do Reino Unido, outros há que consideram que surgiu na cidade holandesa de Tilburg²³, na década de 80, onde se verificou uma grande preocupação com os utilizadores dos serviços públicos bem como a sua participação na agenda governativa (Silvestre, 2010).

Tony Blair preocupa-se com uma alternativa intermédia, entre as soluções de mercado e as questões de justiça social, ou seja, que adoptasse técnicas de gestão dos governos anteriores²⁴ (como a competição, a escolha e o uso de indicadores de desempenho), mas de uma forma mais integradora e convergente que não fosse tão repudiada pelos colaboradores públicos. Toda a acção governativa de Blair se desenrolou no sentido de uma acção política integrada e estratégica, de promoção de uma maior participação dos utilizadores dos serviços públicos na definição desses mesmos serviços, de fornecer serviços de qualidade, bem como de proceder a uma modernização administrativa²⁵ em vez de uma reforma administrativa²⁶.

Subentende-se, então, que a Governança procura integrar e coordenar a participação de todos aos interessados na definição das políticas públicas. Todavia, não se descuram as questões de eficiência, eficácia e qualidade desses serviços. Para tal é implementado o conceito de *Best-*

²³ Questionou-se a exclusividade do Estado na produção de bens e serviços públicos, encorajando-se todos os níveis de governo ao estabelecimento de parcerias com os sectores privado e voluntário.

²⁴ Governos de Margareth Thatcher (1979-1990) e John Major (1990-1997).

²⁵ Melhoria na prestação de serviços públicos, de acordo com as expectativas dos seus utilizadores.

²⁶ Esta representaria um afastamento do Estado para com as questões sociais.

*value*²⁷, no intuito de não se terem em conta apenas os custos associados à contratação de bens e serviços.

A par de algumas tensões sentidas com a introdução deste modelo, tais como um maior risco de cisão entre os diversos intervenientes no processo, constatam-se diversas limitações: desde a eleição de Blair que não foi sentida uma verdadeira oposição ao modelo proposto pela Nova Gestão Pública; esta alternativa, a chamada terceira via, não surgiu como uma verdadeira ideologia, mas sim como “frase camaleão cuja aplicação resulta na sua versatilidade conceptual”; e relativamente ao conceito de cidadania, este tem de ser efectivamente alterado, pois não basta reinventar o Estado e as instituições públicas (Silvestre, 2010).

Estamos agora em condições de sintetizar as principais características que definem este modelo: 1) o processo político já não está concentrado no governo; 2) desenrola-se num conjunto de instituições (*network*); 3) o Estado partilha o poder agindo em parceria (Estado-parceiro); 4) o Estado mantém a função de coordenação dos vários interlocutores; 5) trata-se de um modelo como que intermédio, entre o tradicional modelo centralizado e um modelo mais aberto, onde a autoridade e o poder se encontram repartidos.

Em Portugal, e ainda durante o Estado Novo²⁸, também se procurou uma alternativa entre o capitalismo e o socialismo, mas que terminou precisamente com a Revolução de Abril (Araújo, 2002).

Para concluir, estamos perante um reforço das teorias de cidadania democrática em detrimento da aplicação à administração pública de algumas formas puras de teorias de gestão, conforme atrás se mencionou.

Todavia, não se deverá assistir ao desaparecimento das organizações burocráticas, mas sim a uma maior flexibilização do seu funcionamento, pelo que segundo Giddens (2000) se poderão encontrar grandes organizações, impessoais, fortemente hierarquizadas e com uma forte especialização, a par de organizações estruturadas em rede, que para Cardoso (1998) são dotadas de grande comunicação horizontal, onde se reduziram os níveis hierárquicos (*downsizing*) melhorando a comunicação e a descentralização das decisões.

²⁷ Conceito originário do sector privado em que se dá especial atenção às necessidades e expectativas do cliente. Ver Silvestre 2010, p. 73.

²⁸ De 1932-1974.

Mas este modelo não representa um *one best way*. Haverá sempre que ter em conta a dimensão cultural de cada país, para que haja um melhor entendimento das suas realidades, o que permitirá que os necessários ajustamentos sejam mais adequados.

3. Conclusões

Ao longo deste capítulo foi possível estabelecer uma ligação entre os vários tipos de Estado e os modelos de gestão pública e, igualmente, acompanhar duas abordagens distintas nas suas concepções sobre o papel do Estado quanto à sua intervenção económica, nomeadamente a abordagem resultante da Escola de Chicago e da Escola de Cambridge. A Escola de Cambridge, associada ao modelo keynesiano, preconiza um grande intervencionismo estatal, por oposição, à Escola de Chicago, que defende uma menor intervenção do Estado na economia, visto considerar que o melhor modo de desenvolver a economia das nações é por via do mercado e dos mecanismos de preços.

Ao longo dos tempos verifica-se que existe uma certa alternância quanto à intervenção do Estado.

Nos finais do séc. XX e princípios do séc. XXI, após a falência do Estado do Bem-Estar, assiste-se a uma enorme vontade de empresarialização das organizações públicas, com base no *New Public Management*.

Todavia, também o NPM apresentou uma série de contradições e incoerências; uma nova visão surgiu passando-se a defender que os serviços públicos não podiam ficar à margem de um conjunto de interlocutores que compunham redes organizacionais, surgindo o conceito de *governance* com grande ênfase na ideia de cidadania.

No próximo capítulo abordam-se as reformas da saúde ocorridas em Portugal, contextualizando-as nos modelos de AP apresentados.

Capítulo II

As Reformas da Saúde em Portugal

1. Introdução

A consagração do direito à saúde é uma consequência de diversas doutrinas e movimentos sociais do início do séc. XIX e que no séc. XX se apresentam como normativos legais incluídos nas leis e constituições dos estados.

Ao longo da história encontramos importantes marcos referentes ao direito à saúde:

- A Organização das Nações Unidas (ONU) adopta a Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH)²⁹, que desde o início se apresentou como um ideal humanista, fundamentado no direito de todos os seres humanos serem igualmente merecedores de um tratamento digno;
- Organização Mundial de Saúde (OMS)³⁰, cujo objectivo é desenvolver ao máximo possível o nível de saúde de todos os povos, definindo-se a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”;
- A Declaração de Alma-Ata, resultante da Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários da OMS realizada em 1978 tinha como finalidade conseguir-se saúde para todos no ano 2000. Nesta conferência reconhece-se que cabe à sociedade o importante papel da defesa do direito à saúde (como um direito individual, mas também como uma responsabilidade individual).

Segundo a OMS (1985), citada por Abreu (2003, p.7):

“As metas de saúde para todos constituem uma afirmação de que o direito à saúde e aos cuidados de saúde são indissociáveis e constituem atributos do direito à liberdade e à igualdade individual e social. São, por isso, independentes da organização política do Estado e, ao terem sido subscritos por todos os Estados membros da OMS, transformaram-se na primeira política de saúde comum europeia.”

Diversos tipos de factores condicionam as políticas sociais: económicos (criação de melhores condições de nível de vida e de trabalho); culturais e afectivos (a necessidade de uma nova mentalidade, mais crítica, que permita que os cidadãos tenham uma maior conhecimento sobre a

²⁹ Em 10 de Dezembro de 1948.

³⁰ Designada por WHO (*World Health Organization*) em inglês, foi criada em 7 de Abril de 1948, com sede em Genebra e mais seis sub-agências no mundo.

saúde); e técnicos (a permanente necessidade de evoluir em termos de organização da rede de prestação de cuidados de saúde).

Para Abreu (2003) durante séculos foi patente a cultura da solidariedade, nomeadamente na protecção aos doentes, sem que no entanto constituísse uma obrigação para quem prestava esses cuidados, ou um direito, para quem deles usufruía.

Segundo Santos (1990) o direito à saúde e as políticas de saúde que o preconizam inserem-se claramente no conceito de Estado Providência, constituindo este uma forma política de países capitalistas que deixam de considerar o socialismo nas suas agendas políticas.

2. Sistemas de Saúde

Considera-se que é no final do século XIX (após a Revolução Industrial) que surgem os primeiros sistemas de saúde. A Revolução Industrial propiciou significativas alterações sociais, económicas e políticas: aumento das doenças transmissíveis; aumento do número de trabalhadores vítimas de acidentes de trabalho; grande impacto de doenças em ambiente de guerra³¹; e o crescimento dos movimentos socialistas pela Europa³². Compreende-se, assim, a emergência de sistemas de saúde associados à actividade de promoção, recuperação ou manutenção da saúde.

As actuais necessidades e expectativas dos cidadãos diferem bastante das de há um século, pelo que se deve encarar o sistema de saúde num contexto mais abrangente, que compreenda não só os factores directamente associados à saúde, como também, os políticos, económicos e sociais.

2.1. Modelos de Bismarck e Beveridge

É na Alemanha que surge o primeiro modelo estatal de segurança social, com Otto von Bismarck³³ em 1883, quando se adopta uma lei onde consta a obrigatoriedade de os empregadores contribuírem para um esquema de seguro-doença a favor dos trabalhadores com maiores carências económicas, alargando-se num outro nível, a trabalhadores com rendimentos

³¹ A guerra da Secessão nos EUA, a guerra da Crimeia e a guerra dos Boers. (Simões, 2003)

³² Na Alemanha, Bismarck optou por retirar aos sindicatos a gestão dos seguros de doença, que serviam como forma de cativar apoio dos associados.

³³ Primeiro-ministro da Prússia de 1862 a 1890. Unificou a Alemanha e tornou-se o primeiro chanceler do Império Alemão (1871 - 1890). Instituiu o seguro de doença, acidente ou invalidez e a lei de acidentes de trabalho, pois considerava que só com intervenção estatal se poderiam resolver estes problemas.

mais elevados. Nesta lógica, surge um sistema de seguros obrigatórios partilhados por empregadores e trabalhadores, no sentido de prevenir alguns riscos incertos (doença temporária, invalidez permanente, velhice e morte prematura). Nos anos seguintes, outros países adoptam leis semelhantes. (Simões, 2003)

Mais tarde, já no início da década de 40 do século XX, em plena Segunda Guerra Mundial, assiste-se à destruição de inúmeras estruturas de saúde, mas também ao crescimento de um grande sentimento de solidariedade entre os cidadãos. No Reino Unido optou-se pela intervenção do Estado. Era notória a necessidade de um serviço de saúde que servisse todos os cidadãos e a organização de todos os clínicos gerais em centros de saúde. (Simões, 2003)

Em 1942, segundo o Relatório Beveridge, os serviços de saúde são a base da criação de um sistema viável de segurança social. Este relatório propõe um Estado interventor com uma capacidade de respostas mais abrangente que a preconizada por Bismarck. O modelo de Beveridge representava, assim, um sistema: universal (abrange todos os cidadãos), unificado (a quotização cobre o cidadão relativamente aos aspectos de risco social) e uniforme (as prestações são independentes do rendimento). (Simões, 2003)

É em 1948 que se desenvolve o *National Health Service* (NHS), de acordo com o *NHS Act* de 1946, uma lei deveras importante na definição de um modelo para os sistemas de saúde baseados na responsabilidade do Estado pela prestação de serviços de saúde e no princípio do igual acesso a todos os cidadãos. (Simões, 2003)

Os actuais sistemas de saúde e de segurança social inspiraram-se nestes dois modelos, diferenciando-se pela maior ou menor influência de cada um deles, ou pela combinação de ambos. De acordo com o modelo de Bismarck, os empregados e empregadores descontam para seguros de doença, combinando-se prestadores públicos e privados; de acordo com o modelo de Beveridge, o sistema tem por base as receitas fiscais e os serviços públicos.

2.2. O financiamento

De acordo com os dois modelos de apresentados identificam-se três de sistemas de financiamento dos cuidados de saúde:

1) Sistema de seguro privado (cobre indivíduos ou grupos e os prémios de seguro são fixados de acordo com o risco que lhes está associado³⁴);

2) Sistema de seguro social (funciona no âmbito de caixas de seguro associadas a uma profissão ou sector de actividade, por exemplo, e os prémios são fixados em função dos rendimentos);

3) Sistema de financiamento por imposto (em que se pode estar perante dois tipos de financiamento: o financiamento e prestação de cuidados assegurados por uma só entidade pública cujas verbas provêm do orçamento do estado; e, a prestação de cuidados realizada por serviços públicos ou por entidades privadas contratadas no âmbito dos fundos públicos autónomos). (Simões, 2003)

Associados a estes três tipos de financiamento deparamo-nos com quatro sistemas diferentes na forma da prestação de cuidados:

- O sistema de reembolso: os prestadores são pagos pelos serviços fornecidos aos consumidores, ou directamente pelos utentes, que são posteriormente reembolsados pelo seu seguro, ou por uma entidade seguradora que é responsável por esse pagamento;
- O sistema de contrato, ou convenção: há um acordo prévio entre os prestadores de cuidados e quem paga (os chamados terceiros pagadores);
- O sistema integrado: um só organismo presta os cuidados de saúde e tem a seu cargo o financiamento;
- O sistema de seguros, que vigora em alguns países europeus³⁵, na forma de seguro social obrigatório, como uma mistura entre seguros privados com seguros sociais ou numa conjugação de impostos com segurança social.

Na maioria dos países europeus cabe ao estado tanto o financiamento dos cuidados de saúde como a sua prestação, através do recurso a hospitais e centros de saúde. No caso de alguns

³⁴ Caso da Suíça e dos EUA, em que os seguros privados cobrem os mais importantes riscos de saúde dos cidadãos. No caso dos restantes países da OCDE os mecanismos privados cobrem as falhas do sector público.

³⁵ Na Holanda existe uma combinação de seguros privados com seguros sociais para financiar o sistema. Na Grécia e na Bélgica o financiamento tem por base uma mistura de impostos e de segurança social. Por sua vez na Alemanha, França, Luxemburgo e Áustria o modelo que dominante é o de seguro social obrigatório. Simões, 2003)

países, em que o sistema de saúde é financiado por impostos, são usados mecanismos de mercado nas entidades públicas para promover a sua competição com entidades privadas, fazendo uma clara distinção entre pagadores e financiadores de cuidados de saúde. É aqui que se manifesta a preferência por um modelo baseado em contratos, em detrimento do modelo integrado.

Nos países da União Europeia (UE), podemos encontrar diferentes formas de financiamento dos hospitais:

- Orçamentos retrospectivos (com base nas despesas de períodos anteriores³⁶);
- Orçamentos prospectivos (com base nas actividades ou funções dos hospitais)³⁷;
- Orçamentos prospectivos combinados com pagamentos de actividades³⁸;
- Pagamentos de acordo com as actividades (podem ser baseados no case-mix³⁹ ou em pacotes de serviços hospitalares⁴⁰). (Simões, 2003)

Na Europa, a tendência é para o abandono do sistema de pagamento retrospectivo substituindo-o por orçamentos prospectivos.

3. Políticas de saúde

O estudo das políticas de saúde, por norma, centra-se nos objectivos de:

- Equidade (todos os cidadãos devem ter acesso aos cuidados de saúde, em função das suas necessidades, e independentemente dos seus rendimentos);
- Eficiência técnica (maximizar o resultado dos cuidados prestados e a satisfação dos consumidores com custos menores, recorrendo a novas formas de organização que permitam melhorar a produtividade);
- Eficiência económica ou distributiva (para que os sistemas de saúde só utilizem parte do PIB, devem ser utilizados meios para limitar a despesa, através de políticas públicas ou do aumento da oferta privada ou da procura de cuidados).

³⁶ Dinamarca, Grécia e França

³⁷ Alemanha, Irlanda, Luxemburgo, Holanda e Portugal

³⁸ Bélgica, Espanha e Áustria

³⁹ Suécia e Itália

⁴⁰ Reino Unido e Finlândia

Quando o nível das despesas com saúde cresce e se apresenta como uma parte considerável do orçamento global de um país, tem um forte impacto no sector, pois, em regra, não é acompanhado por um aumento dos recursos. As reformas dos sistemas de saúde da UE têm grandes preocupações com a contenção de custos e a melhoria da sua eficiência. (Simões, 2003)

Um verdadeiro problema para os países tem sido o valor das despesas no sector da saúde, que em muitos dos países da OCDE, quase duplicaram desde os anos 60. Todavia há que ter em conta que foi nas décadas de 60 e 70 que a cobertura pública de cuidados de saúde cresceu consideravelmente. Vários factores podem ser apontados para justificar o considerável crescimento destas despesas. Para Simões (2003), estes factores podem ser divididos em dois grupos: o lado da procura e o lado da oferta de cuidados.

Do lado da procura, considera-se que as principais razões do crescimento das despesas de saúde se devem: ao envelhecimento da população (e ao seu conseqüente aumento da procura por cuidados de saúde); ao crescimento do rendimento (que permite que os cidadãos exijam e consumam mais serviços de saúde); e ao alargamento do acesso e da cobertura de seguros (o aumento da cobertura da população por cuidados de saúde)

Pela parte da oferta, consideram-se como factores de crescimento das despesas com saúde: a inovação tecnológica (novas técnicas, novos equipamentos e novos actos usados, se bem que não é fácil a avaliação do seu impacto, pois a estes novos recursos também podem estar associadas algumas economias); o aumento dos meios materiais de prestação de cuidados e pessoal (um considerável aumento da oferta que induz um aumento na procura⁴¹).

De acordo com alguns estudos que estabelecem comparações entre alguns indicadores de resultados em saúde e as despesas em saúde, pode-se concluir que estas não têm em consideração uma série de factores (sociais, ambientais e culturais) que afectam o estado de saúde (por exemplo: os hábitos alimentares e o comportamento individual)

⁴¹ Nos anos 60 e 70 o número de camas hospitalares aumentou consideravelmente (devido à procura promovida pelo aumento da cobertura da prestação de cuidados, mas também de uma perspectiva de crescimento demográfico, de um modelo que privilegiava o hospital e de um sistema de financiamento que, em alguns países, incentivava a própria hospitalização. A partir dos anos 70 iniciou-se, um movimento contrário, pois constatou-se um excesso de camas, devido à queda da taxa de natalidade, ao progresso tecnológico que permitia menor tempo de internamento e à utilização meios alternativos à hospitalização (caso da cirurgia ambulatória e dos hospitais de dia). Também a quantidade e distribuição geográfica dos médicos melhorou consideravelmente, pelo que em alguns países se constatou um excesso da oferta que aumentou os gastos com a saúde. (Simões, 2003)

Nos anos 80 (século XX) desenvolvem-se processos de reforma dos sistemas de saúde de vários países europeus.

De acordo com alguns autores, é difícil conhecer os princípios de base das reformas, mas pode-se adiantar que os sistemas de saúde são altamente influenciados pelos valores das sociedades e por factores externos (de índole política, económica e social) e internos (decorrentes do próprio funcionamento do sistema de saúde).

No modelo de Bismarck, mais próximo da ideologia de mercado é da competência do Estado, o financiamento dos cuidados de saúde àqueles que estão excluídos do sistema de seguros. Neste modelo, também cabe ao Estado a aprovação de medidas de contenção de custos, a acreditação e controlo da qualidade e a gestão dos hospitais públicos.

No modelo de Beveridge estamos perante um Estado considerado como peça central de todo o sistema envolvendo-se directamente no planeamento e gestão dos serviços, nos quais já se podem encontrar diferentes graus de modernização. Os recursos são afectados mediante as necessidades com uma gestão mais centralizada⁴².

A maioria dos países enveredou por uma combinação dos dois modelos (que alguns designaram por quase-mercado), ou seja, incentivou-se a introdução de mecanismos de mercado mantendo a propriedade no sector público. Vai-se então assistindo ao surgimento do Estado regulador, um Estado que supervisiona as actividades de saúde que integram entidades privadas, mantendo o seu tradicional modelo de comando e controlo. A esta forma de combinação entre o sistema público de comando e controlo e a adopção de uma gestão empresarial de todo o sistema, muitos autores chamam de “terceira via”, pois de facto era necessária uma reconfiguração organizacional. (Simões, 2003)

Para Simões (2003) e de acordo com Campos, (2002), em países culturalmente muito próximos de Portugal, as medidas que estão na base da organização dos sistemas de saúde, podem-se sintetizar em:

- Delegação da responsabilidade de execução para níveis mais próximos do utilizador;
- Responsabilização dos prestadores pelo desempenho;

⁴² No caso do Reino Unido optou-se pela separação entre o financiamento e a prestação de cuidados, diminuindo-se o envolvimento directo do Estado.

- Flexibilização da gestão no sector público;
- Promoção da competição no sector público e deste com o sector privado.

Para a OMS (1996), uma análise das reformas de saúde não deve descurar o contexto em que a mesma se insere, desde o ambiente político, a valores éticos e culturais da sociedade e a influências externas. Da mesma forma, haverá sempre que ter em conta a forma como o poder e a autoridade se encontram distribuídos e a forma como se implementam as políticas.

4. O sistema de saúde português

Não é consensual a tipificação dos diferentes períodos das políticas de saúde em Portugal sendo que, para a maioria dos autores, aquela tem grande correspondência com os ciclos políticos. (Carvalho, 2009)

No quadro que se segue, sintetizam-se as opiniões de alguns autores relativamente a esta periodização das políticas de saúde em Portugal.

Quadro 3 – Perspectivas da evolução das políticas de saúde em Portugal

Períodos	Autores			
	Simões e Lourenço	OPSS	J. Simões	Carvalho
1º	1974 – 1979	1970 – 1985	1974 – 1979	1970 – 1980
2º	1980 – 1985	1985 – 1995	1980 – 1985	1980 – 1995
3º	1985 – 1995	1996 – 2002	1985 – 1995	1995 – 2002
4º	1995 - ?	2002 - ?	1995 - 2001	2002 - 2005

Fonte: Adaptado de Carvalho (2009)

Ressalta da análise deste quadro que existe um consenso em torno do ano de 1995, considerando-o como um marco nas políticas de saúde pública em Portugal. (Carvalho, 2009)

De acordo com Carvalho (2009) estes períodos devem ser distintos dos ciclos políticos, devendo estar associados às bases ideológicas das decisões dos governos, procurando a autora identificar a presença da Nova Gestão Pública nas políticas de saúde. Considera, então, que o primeiro período coincide com a génese, criação e consolidação do SNS, começando ainda em pleno Estado Novo, passando depois pelo início do processo de democratização decorrente da Revolução de Abril.

Depois, desde o início dos anos oitenta, considera-se a existência de um recuo nos princípios de base do SNS, que se manterá até meados da década seguinte, quando se envereda pela ideologia de mercado, sobretudo na gestão hospitalar.

Posteriormente, no que a autora designa de quarto período, rompe-se com as políticas anteriores, implementando-se políticas que recorrem a mecanismos de empresariais.

Esta periodização tem muitos pontos de encontro com a referida pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), onde a grande divergência se centra em torno dos primeiros anos da década de 80, por aquele observatório considerar que a definição deste primeiro período (de 1979 a 1985) tem por base a emergência e consolidação dos cuidados de saúde primários em Portugal.

Será, assim, a periodização de Carvalho que será adoptada ao longo deste trabalho.

4.1. Até aos anos 70

Para Santos (1990, 1993, 2002), citado por Carvalho (2009, p. 185), Portugal tem uma condição semi-periférica que não lhe confere a possibilidade de transpor para a sua realidade determinados conceitos sociais de outros países. Ao longo das últimas décadas assistimos a várias mudanças no rumo das políticas de saúde, nem sempre acompanhadas pelo sistema existente.

Muitos dos problemas de saúde foram ao longo dos tempos minimizados com o progresso científico, tecnológico e social. Todavia, este progresso contribuiu para o surgimento de novos e complexos problemas, aliados ao aumento da esperança de vida, ao envelhecimento da população e à maior incidência de doenças crónicas. Aliada a estes problemas surgem dificuldades de acesso a serviços de saúde, o aumento do número de famílias com fracos recursos económicos e o isolamento.

4.1.1. Principais Reformas

O ponto de partida para a análise da saúde em Portugal é o direito à saúde que se encontra consagrado na CRP, sendo o seu carácter geral e universal.

É na Constituição de 1976 que surge pela primeira vez legalmente consagrada a saúde como uma entidade autónoma, se bem que já anteriormente eram constitucionalmente abordados temas de cariz social⁴³

Apesar de nem sempre assim ter sido, presentemente, Portugal considera a Saúde como um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla além de outros preceitos⁴⁴, no seu artigo n.º 64 o da protecção da saúde.

Para Lopes e Pinto (2003), conjugando o artigo 64º da CRP com o artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos do Homem, há duas vertentes de direitos: o direito às condições sociais para a manutenção da saúde e os cuidados de saúde a prestar aos que deles necessitam.

Para Simões (2003), consideram-se três grandes reformas da saúde desde finais do séc. XIX até à Revolução de Abril. Neste ponto, iremos apenas referir-nos às duas primeiras, visto a última, a reforma de 1971 estar inserida no período analisado no ponto seguinte.

A - A Reforma de Ricardo Jorge

Esta reforma corresponde a uma fase bastante influenciada por organismos internacionais, neste caso, orientado pela política sanitária alemã, e a que Gonçalves Ferreira apelida de embrião do modelo sanitarista.

Tentam-se criar as bases da saúde pública, mediante a publicação de diversa legislação em 1899 (que só é aplicada em 1903); reorganiza-se a Direcção Geral da Saúde e Beneficência Pública e cria-se a Inspecção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene. São também, nesta fase, criados os cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária.

Para Abreu (2003), as principais características desta reforma, cujos normativos referentes às actividades de higiene e política sanitária perduraram setenta anos, podem-se resumir da seguinte forma:

- Implementação de medidas de luta contra as doenças evitáveis (através das imunizações e da vigilância dos factores de risco ambientais);

⁴³ Constituição de 1822 (artigo 240º), Constituição de 1838, Constituição de 1911 e Constituição de 1933 (artigo 40º e artigo 41º)

⁴⁴ Artigo 24º (Direito à Vida), artigo 25º (Direito à Integridade Pessoal) e artigo 66º (Direito ao Ambiente e Qualidade de Vida)

- Vigilância e repressão de fraudes e atentados à higiene no fabrico e comércio de produtos alimentares;
- Preparação de técnicos de saúde (médicos, engenheiros, agentes sanitários) pelos próprios serviços de saúde.

Todavia, esta reforma não tinha em consideração os problemas da assistência médica, que para os pobres se mantinha baseada na caridade (regime de gratuidade prestada por serviços ao encargo das autarquias ou por entidades caritativas, as Misericórdias, nomeadamente) e para a restante população de tipo comercial.

Devido a restrições de índole diversa colocadas a esta reforma, Ricardo Jorge prepara novas reformas, sendo a primeira publicada em 1912 e as outras em 1926 e 1929, registando-se melhorias apenas ao nível das doenças infecciosas (tifo e varíola).

Confere-se ao hospital uma centralidade no sistema de saúde e pretende-se que haja uma “regionalização hospitalar” agregando-se os hospitais por zonas, distritos e concelhos, para que mais eficientemente possam cooperar.

Apesar da ausência de um planeamento, até início dos anos 40 do século passado é estabelecido o princípio de que devem o Estado e as autarquias limitar a sua intervenção de forma supletiva às iniciativas privadas, devendo estas ser estimuladas.

Já na década de quarenta são separadas as actividades preventivas das curativas e assiste-se à edificação de grandes hospitais, a par da concessão de subsídios às Misericórdias para a prestação de serviços de saúde.

Ainda durante a mesma década e já num contexto de pós-guerra é criada a Previdência, com base no modelo de segurança social de Bismarck, se bem que com um desfasamento de cinco décadas. Neste modelo previa-se um sistema de seguro doença obrigatório para diversos grupos de trabalhadores e suas famílias, ficando os funcionários públicos e restantes servidores do Estado num subsistema próprio, organizado em regime livre de convenção.

B - Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro

No pós segunda-guerra, por toda a Europa enfatiza-se o conceito direito geral e universal à saúde e da respectiva igualdade de oportunidades, passando as políticas sociais a contemplar

todos os cidadãos, em detrimento do modelo em que apenas estavam contemplados os trabalhadores que dispunham de seguros sociais obrigatórios.

O sistema de Segurança Social tinha por base a quotização obrigatória (tanto do empregado como do empregador) e os fundos de doença para financiar os cuidados.

De acordo com uma concepção corporativista do Estado Novo, a assistência social desenvolveu-se com o apoio do Estado, mas com a intervenção directa de diversas instituições particulares e de cariz religioso. É de acordo com esta filosofia que deve ser entendida a legislação publicada.

Com a publicação do Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1945 e no seguimento do Estatuto da Assistência Social (Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944), criam-se a Direcção-Geral da Saúde⁴⁵ (com funções de orientação e fiscalização da técnica sanitária e de acção educativa e preventiva) e a Direcção Geral da Assistência (com responsabilidade administrativa sobre hospitais e sanatórios). São ainda criadas delegações de saúde em cada distrito com subdelegações ao nível concelhio, além de outros organismos dotados de autonomia administrativa e técnica⁴⁶.

É neste diploma que se abordam pela primeira vez três objectivos da política de saúde: a assistência preventiva, a assistência paliativa e curativa e a assistência construtiva, que mais tarde preconizam a orientação para a prevenção, tratamento e recuperação da saúde. (Simões, 2003)

Mais tarde o Decreto-Lei n.º 40825 de 13 de Agosto de 1958 cria o Ministério da Saúde e Assistência. Todavia, não se altera a orientação das estruturas sanitárias existentes, nem a sua orgânica, inexistindo uma direcção única hierarquicamente superior que tutelasse os serviços de saúde e assistência.

Já nos anos 60, com a crescente emigração para países europeus e o início da guerra colonial, surgem importantes modificações ao nível económico e social, pelo que a Previdência passa a tutelar a responsabilidade da prestação dos cuidados curativos, sendo alguns anos mais tarde criados os Serviços Médico-Sociais (1966). Estes constituem uma rede nacional de serviços prestadores de cuidados de saúde em regime ambulatorio, que inicialmente se destina a

⁴⁵ Já em 1940 tinha sido criada a Subsecretaria de Estado da Assistência Social, integrada no Ministério do Interior (o primeiro departamento encarregado dos assuntos da saúde)

⁴⁶ Caso dos Hospitais Cívicos de Lisboa e Hospitais da Universidade de Coimbra.

indivíduos sujeitos a um regime contributivo, mas mais tarde, no período Marcelista, alargada à restante população não coberta por qualquer outra forma de protecção da saúde.⁴⁷

Esta reforma permite um alargamento das acções das autoridades de saúde, mais independentes do poder local, mas é dificultada a coordenação da promoção da saúde devido à criação de diversas instituições autónomas para o combate de doenças específicas (caso da tuberculose, paludismo e psiquiatria). A este respeito, e referindo-se ao período de 1944 a 1971, escreve Ferreira (1990), citado por Simões (2003, p.51):

“...o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multi-disciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde.”

Com a publicação da Lei n.º 2011, de 2 de Abril de 1946, são estabelecidas as bases da organização hospitalar e promove-se a construção de hospitais que posteriormente são entregues às Misericórdias, o que Campos (1983) considera ser o início da regionalização hospitalar, segundo a qual os hospitais deviam estar agregados ao nível concelhio, distrital e regional. No entanto, só em 1959 eram criados os órgãos de administração regional.

4.2. Período - de 1970 a 1980

No início dos anos 70, surge a chamada “reforma de Gonçalves Ferreira”, ainda em pleno período Marcelista, com a publicação dos Decreto-Lei n.º 413/71 e Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro, muito marcantes para a definição da política nacional de saúde. Com estes dois diplomas legais pretende-se alterar a estrutura organizacional do sistema de saúde, onde o hospital deixa de ser o elemento central de todo o sistema de saúde e se valorizam os cuidados de saúde primários.

Segundo Correia de Campos (1986), reconhece-se, pela primeira vez em Portugal, o direito à saúde de todos os cidadãos e promove-se a integração de todos os serviços de saúde que se encontravam dispersos. É com a reforma de Gonçalves Ferreira que se inicia o caminho da universalização dos cuidados.

⁴⁷ Mantêm-se neste período outros subsistemas como os da A.D.S.E., Forças Armadas, Bancários, etc..

Este é de facto um período importante para os cuidados primários, pois criam-se os centros de saúde em quase todos os concelhos do país (fase sanitária), além da criação de serviços centrais e distritais com o propósito de implementar um plano de prevenção, prestação e promoção de saúde, e de atendimento a grupos de risco.

De uma forma genérica, objectivos prioritários da reforma de Gonçalves Ferreira, podem-se sintetizar da seguinte forma:

- a) A definição de uma política de saúde única sob responsabilidade do Ministério da Saúde;
- b) O reconhecimento do direito à saúde de todos os cidadãos;
- c) O reconhecimento da intervenção do Estado ao nível da definição da política de saúde e assistência e sua implementação e execução;
- d) A integração de todas as actividades de saúde e assistência, criando uma rede de cuidados de saúde primários e hospitalares que permitissem um maior e melhor acesso aos cuidados de saúde;
- e) O planeamento geral, efectuado a nível central, das actividades de saúde e assistência, organizando-se os serviços de forma a conceberem, planearem, programarem e avaliarem as tarefas de saúde.

Segundo Carapinheiro e Pinto (1987) citados por Abreu (2003, p.15):

“O Dec.-Lei 413/71 de 27 de Setembro inaugura uma nova filosofia de protecção da saúde, apelando à intensificação das actividades de saúde pública, no sentido de ser assegurada a cobertura médico-social, sanitária e assistencial das populações, através de uma melhor integração dos serviços públicos, não dispensando contudo a iniciativa de instituições particulares.”

Todavia, para Campos (1984), os progressos obtidos foram lentos e ficaram muito aquém do desejado; considera o autor que tal se deve, em parte, ao facto de nunca terem sido verdadeiramente conhecidos os objectivos da criação de uma rede de centros de saúde.

Em 1973, separam-se as actividades de saúde das actividades de assistência, criando-se o Ministério da Saúde, integrado no Ministério dos Assuntos Sociais⁴⁸ e que vem substituir o Ministério da Saúde e Assistência, criado em 1958.

Com a Revolução de Abril inicia-se o processo de democratização das estruturas dos serviços de saúde começando os cidadãos a participar na administração desses serviços⁴⁹.

Por força do Decreto-Lei n.º488/75, de 4 de Setembro criam-se as administrações distritais de serviços de saúde (ADSS), dotadas de personalidade jurídica e autonomia administrativa, que integravam todos os serviços públicos de saúde⁵⁰ existentes a nível distrital.

A par de todo o processo de democratização que decorria, surgem outros agentes sociais com interesses económicos e/ou profissionais, como o caso da Ordem dos Médicos e alguns sindicatos que se debatem por melhores condições salariais e estruturação das carreiras profissionais⁵¹. Também as entidades privadas iniciam o seu processo de associação de forma a aumentarem o seu poder⁵². Por parte dos utentes, também se verifica algum associativismo, nomeadamente no que respeita a determinadas doenças crónicas.

Segundo Abreu (2003), com a Revolução de Abril as principais alterações ao sistema de saúde vigente podem ser sintetizadas assim:

- a) A universalização, já iniciada em 1971 com Marcelo Caetano, e a doutrina do Estado Social, reconhecendo-se o direito à saúde a toda a população⁵³, um SNS universal, geral e gratuito, que reunisse serviços de cuidados médicos hospitalares, preventivos e de reabilitação, por todo o país;
- b) O processo de nacionalização de parte do sector privado, nomeadamente hospitais distritais e concelhios pertencentes às Misericórdias;
- c) A passagem do pessoal da saúde ao estatuto de funcionário público;

⁴⁸ Extinto em 1983.

⁴⁹ Caso das comissões integradoras de serviços de saúde locais, estruturas médicas ambulatoriais, reivindicação de cuidados médicos e serviços de saúde na periferia, traduzindo-se num aumento da população em virtude da considerável diminuição da taxa de mortalidade infantil. (Abreu, 2003)

⁵⁰ Hospitais, centros de saúde e rede dos serviços médico-sociais.

⁵¹ Segundo Abreu (2003), em 1977 são estruturadas as carreiras de enfermagem e de técnicos auxiliares de serviços de saúde, em 1980, a carreira de pessoal dos serviços gerais, e em 1982, a carreira de técnicos superiores de saúde.

⁵² São exemplos de associação deste tipo, a Associação Nacional de Farmácias, associações de Cardiologistas, Radiologistas, etc. (Abreu, 2003)

⁵³ Artigo n.º 64 da CRP de 1976.

- d) O aumento da responsabilização do Estado pelo financiamento da saúde⁵⁴ (a partir de 1979, o sistema de saúde português passa a ser financiado substancialmente pelo Orçamento Geral do Estado (OGE));
- e) A integração dos serviços de saúde numa só estrutura, o que não acontece de uma só vez;
- f) A organização dos serviços de saúde segundo o modelo de SNS, que reúne os cuidados médicos hospitalares e os cuidados preventivos e de reabilitação, orientado para a socialização da medicina e a produção médico-medicamentosa.

A par destas alterações no sistema de saúde surgem novos conceitos, como o de medicina socializada e de Serviço Nacional de Saúde. Define-se então medicina socializada como a medicina totalmente organizada sob controlo do Estado, com socialização dos recursos utilizados. Por sua vez, o SNS é definido, segundo Gonçalves Ferreira (1975), citado por Abreu (2003, p. 18):

“Conjunto de serviços de acção coordenada destinados a prestar à população, dentro da orientação da política de saúde estabelecida pelo Governo, os cuidados primários de saúde e os cuidados hospitalares, incluindo as medidas de reabilitação, sob a forma de cobertura médico-sanitária completa, a qual não deve sofrer restrições, para além das impostas pelos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Um serviço nacional de saúde deve ser, por definição, universal (para servir todos os indivíduos), integral (fornecendo todos os cuidados de saúde), gratuito, progressivo no seu funcionamento e aperfeiçoamento, e pragmático na escolha das actividades prioritárias de saúde que mais interessam à população e seu planeamento.”

Um mês após a revolução, o I Governo Provisório com o propósito de fomentar uma nova política económica e social⁵⁵, lança as bases de um serviço nacional de saúde, acessível a todos os cidadãos, que vem a ficar consignado no artigo 64º da CRP de 1976.

Em 1978, com o II Governo Constitucional⁵⁶, António Arnaut, Ministro dos Assuntos Sociais, prepara a Lei de Bases, que não colhendo aceitação parlamentar (dos partidos mais à direita), nem da Ordem dos Médicos (que considera esta lei uma afronta aos princípios da medicina

⁵⁴ Em 1974 97% da população estava coberta por esquemas de protecção de saúde, e em 1976, a cobertura da população era total.

⁵⁵ Decreto-Lei n.º 203/74 de 15 de Maio.

⁵⁶ O II Governo Constitucional, com um acordo de incidência parlamentar entre PS e CDS, inicia funções a 23 de Janeiro de 1978, e dura sensivelmente 7 meses, até 29 de Agosto, com a entrada em funções do III Governo Constitucional.

liberal), irá constituir um dos pretextos para a ruptura governativa, iniciando-se um novo ciclo político, com governos de iniciativa presidencial⁵⁷. (Abreu, 2003)

Em Julho de 1978, para colmatar a falta de publicação da Lei do SNS, surge um despacho ministerial de António Arnaut, onde se oferece a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde, mediante uma inscrição prévia nos SMS.

António Arnaut, em Maio de 1979, no discurso de encerramento do debate parlamentar sobre a Lei do Serviço Nacional de Saúde, considerou não serem admissíveis modelos de medicina convencionada ou de seguro-saúde que mantenham os médicos nos consultórios nos grandes centros, descurando o resto do país, não permitindo que o doente seja livre na escolha o seu médico.

No entanto, só em 1979 é publicada a Lei de Bases⁵⁸ do SNS, a Lei n.º56/79, de 15 de Setembro, onde são definidas as bases do regime jurídico do SNS. Nela estão consignados os direitos constitucionais da universalidade, da generalidade e da gratuidade (artigo n.º1). Esta gratuidade deve fazer-se sem prejuízo das taxas moderadoras, como forma de racionalizar o uso das prestações (artigo n.º7).

Por sua vez, no artigo n.º 2 faz-se referência aos órgãos e serviços que devem prestar serviços de saúde a todos os cidadãos, actuando sob uma direcção unificada da Secretaria de Estado da Saúde, com uma gestão descentralizada e democrática.

Com esta lei não é descurada a intervenção do sector privado, contemplando o estabelecimento de convenções com o Estado, sempre que as entidades públicas de saúde não conseguem dar resposta (cf. o artigo n.º15).

⁵⁷ O III, IV e V Governos Constitucionais.

⁵⁸ Segundo Gonçalves Ferreira (1989) citado por Abreu (2003, p. 19), define-se Lei de Bases/ Estatuto de Saúde como: “Medida legislativa que estabelece as bases regulatórias da forma como os problemas da saúde são resolvidos pela sociedade, nos aspectos políticos e técnicos. O estatuto de saúde, ou lei de bases, é acompanhado de outras estruturas jurídicas (lei orgânica e respectivos regulamentos, estatuto profissional), que definem os tipos de serviços e as normas do seu funcionamento e de formação do pessoal”

Do ponto de vista dos resultados obtidos com esta reforma, e apesar das fragilidades demonstradas, é de salientar a cobertura da população que quase duplicou na segunda metade da década⁵⁹ de 70, tendo sido afectados à saúde mais recursos.

Relativamente a alguns indicadores de saúde do país, podemos afirmar que tanto a mortalidades infantil como perinatal sofreram melhorias substanciais, verificando-se simultaneamente um aumento da esperança de vida dos portugueses. Todavia, estes indicadores ficavam muito aquém dos obtidos pelos outros países da UE.

Devido às nacionalizações e à consideração do sector da saúde como estratégico, os recursos financeiros disponibilizados pelo Estado aos hospitais (agora totalmente cobertos pelo OGE), foram significativamente reforçados, tanto que na segunda metade da década de 70 o aumento dos gastos totais em saúde foi da ordem dos 40%, ao passo que na restante UE a média do aumento foi de 20%.

Este reforço das dotações para os hospitais aumentou a distância entre os centros de saúde e os hospitais, apesar de a política e a legislação produzida tenderem para o reforço da saúde pública.

Importa, também, referir a forma como se repartiam os gastos totais, em públicos e privados. A partir de 1974, quando o Estado assume a responsabilidade do financiamento da saúde, o aumento da despesa pública com a saúde cifra-se nos 40% e, ao contrário do que se esperava, o investimento privado também aumentou, tendo o esforço particular sido quase tão elevado quanto o público.

Todavia, nos anos de 1977 a 1980, deparamo-nos com uma diminuição da contribuição do Orçamento Geral do Estado para o orçamento do SNS, o que pode ser explicado, em parte, pelo reforço de outras fontes de financiamento, como o caso da ADSE⁶⁰. (Simões, 2003)

Do ponto de vista do emprego, o número de pessoas com vínculo no sector da saúde registou um aumento de 10% (9000 pessoas), mais uma vez aquém dos valores médios da UE. No entanto, no que respeita à classe médica, Portugal aproximava-se dos valores dos restantes países da UE.

⁵⁹ Segundo dados da OECD Health Data 2002, em 1974 apenas 58% da população portuguesa estava coberta por um esquema de seguro de saúde. Em 1978 eram atingidos os 100% da população.

⁶⁰ Neste período o crescimento do orçamento da ADSE teve um ritmo muito superior ao do Orçamento do Estado.

Para Oliveira (2009), que cita Carapinheiro e Côrtes (2000), neste período, assiste-se por toda a Europa, a uma viragem na concepção de saúde pública, apostando-se:

- a) Na ampliação, universalização e descentralização da oferta de cuidados de saúde primários;
- b) No incentivo à participação dos utentes na promoção da saúde e na adopção de estilos de vida mais saudáveis.

Dez anos após a implementação dos centros de saúde (centros de saúde de 1ª geração), mais vocacionados para a área da saúde pública, estes não foram suficientemente desenvolvidos do ponto de vista organizacional, nem tão pouco no que respeita à sua acessibilidade, o que leva a que se procurem integrar os SMS da Previdência, mais vocacionados para actividades curativas. É assim que surgem os centros de saúde de 2ª geração, em 1984. Estes centros de saúde mantiveram tanto o património como os recursos dos anteriores centros de saúde e dos SMS. Todavia, continuaram a ser entidades sem personalidade jurídica nem autonomia administrativa e financeira, dependentes das estruturas administrativas que geriam os serviços médico sociais: as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Sub-Regiões de Saúde (SRS). (Oliveira, 2009)

Segundo Sakellarides (1984), citado por Oliveira (2009, p. 85), este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal na prestação de cuidados de saúde e à optimização de recursos, mas não conseguiu melhorar, pelo menos de forma consistente, a grande acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias oferecida pelos serviços médico-sociais.

Com a integração dos SMS e dos centros de saúde e a criação de uma direcção-geral única para os cuidados de saúde primários, apenas concluída no ano de 1984, o SNS consegue atingir o atributo da generalidade.

Para Carvalho (2009), a implementação do SNS foi instável, havendo uma grande discrepância entre o que se encontrava legalmente estipulado e o que realmente se aplicava. A sua construção foi débil do ponto de vista estrutural e financeiro, sem modelos inovadores de organização e gestão, havendo dificuldade de acesso e baixa eficiência dos serviços. Do ponto de vista do financiamento coexistiram o financiamento público e medicina convencionada, não havendo grande transparência entre a separação de interesses públicos e privados.

Começa-se, então, a ceder aos mecanismos de mercado, alterando-se o rumo do sistema de saúde português. Inicia-se o declínio do SNS, enquanto sistema baseado num Estado Providência.

4.3. Período - de 1980 a 1995

Com as crises económicas dos anos 70, avizinhava-se o fim de um período de franco crescimento económico, pelo que surge a necessidade de implementar, na Europa, diferentes sistemas de protecção social ou de expandir os já existentes. Também as teses neoliberais pareciam vingar, e ao nível da saúde a tendência é para o fortalecimento dos mecanismos de mercado, procurando-se simultaneamente um aumento tanto do peso do sector privado como do seu financiamento e uma clara separação entre financiador e prestador de cuidados de saúde. (Oliveira, 2009).

Em Janeiro de 1980 toma posse o VI Governo Constitucional formado pela AD (Aliança Democrática)⁶¹, que suspende alguns dos diplomas publicados pelo anterior governo⁶². (Carvalho, 2009)

Apesar de o programa deste governo pretender uma revisão da Lei de Bases do SNS, não se alteraram dois dos seus princípios mais emblemáticos: o seu carácter universal, geral e gratuito⁶³ e a socialização da medicina e sectores médico-medicamentosos. (Simões, 2003)

Para Carvalho (2009), após 1980 a tendência é para um recuo no desenvolvimento do SNS, sendo aprovadas pequenas alterações aos princípios constitucionais na área da saúde, muito em especial no que respeita à sua gestão e ao acesso dos cidadãos.

Ao longo da década de 80 o investimento público em saúde não foi constante. Segundo Simões e Lourenço (1999, p. 17), de 1981 a 1983 investiu-se cada vez menos.

A década de 80 caracteriza-se também por alguma estagnação no crescimento do número de funcionários ao serviço da saúde, ao contrário da Europa onde este número não pára de crescer.

⁶¹ A Aliança Democrática foi uma coligação de centro-direita, formada em 1979 pelo Partido Social-Democrata (PPD/PSD), pelo Centro Democrático Social (CDS) e pelo Partido Popular Monárquico (PPM). O seu grande impulsionador foi o histórico líder do PSD, Francisco Sá Carneiro bem como os líderes do CDS, Diogo Freitas do Amaral e do PPM, Gonçalo Ribeiro Teles.

⁶² O V Governo Constitucional (1979-1980) foi um governo de iniciativa presidencial, tendo como Primeira-ministra Maria de Lurdes Pintassilgo.

⁶³ N°2 do artigo 64° da Constituição da República Portuguesa (CRP).

Todavia, a classe médica é uma excepção, na medida em que em 1984 Portugal ultrapassa a média europeia. Em simultâneo, assistimos ao crescimento das transferências para o sector privado, aumentando as preocupações com a eficiência do sector. Outra grande preocupação residia nas assimetrias regionais, bastante notórias nas diferentes capitações de despesas, onde os cidadãos do Norte e de alguns distritos do Centro, como Aveiro, Viseu e Guarda eram bastante penalizados. (Simões, 2003)

Para Simões (2003), podem-se distinguir dois períodos:

- De 1987 a 1990, em que há um grande esforço para a contenção de gastos (a percentagem PIB diminui, estagnando em 1990), se bem que acompanhado de um aumento dos encargos do SNS com pessoal;
- Após 1991, em que se verifica um aumento da percentagem do PIB afecta à saúde, ou seja, um crescimento das despesas públicas; ligeira descida com os encargos com pessoal do SNS.

Importa também referir que relativamente ao peso dos investimentos público e privado, após 1987 foi o Estado quem mais contribuiu para o financiamento da saúde (houve um considerável aumento do peso do SNS no OGE), ao passo que na UE era despesa privada que mais crescia⁶⁴.

Importante é a nova redacção é dada ao artigo 64º da CRP (segunda revisão constitucional de 1989): "*serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*".

Para Boaventura Sousa Santos, citado por Carvalho (2009, p. 195), desaparecem os últimos resquícios do programa socialista quando se faz a segunda revisão constitucional.

De 1985 a 1995, sob influência dos governos do Partido Social Democrata⁶⁵, segundo os Relatórios da OPSS de 2001 e 2002, podem-se considerar distintas tendências nas orientações da política de saúde. Se inicialmente toda a tónica era colocada na clara separação entre os sectores público e privado, passamos, depois, para um período em que a grande preocupação se centra na pacificação da conflitualidade gerada anteriormente e na tentativa de criar um seguro

⁶⁴ *Idem*.

⁶⁵ X Governo Constitucional, de 1985 a 1987; XI Governo Constitucional, de 1987 a 1991 (primeiro governo mono partidário com apoio parlamentar minoritário); e XII Governo Constitucional, de 1991 a 1995. Nestes três governos temos Aníbal Cavaco Silva como Primeiro-ministro. Leonor Beleza ocupa nos dois primeiros o cargo de Ministra da Saúde, se bem que no XI Governo Constitucional, reparte a pasta com Arlindo Cunha. No XII, esta pasta está a cargo de Paulo Mendo e Arlindo de Carvalho.

alternativo de saúde. Finalmente, abandonada a ideia do seguro alternativo de saúde, a ênfase é colocada no aumento do financiamento privado e na gestão privada das unidades públicas de saúde.

No início da década de 90, os maiores partidos políticos, PSD e PS não tinham concepções muito distintas de um sistema de saúde, considerando que este não se limitava nem esgotava no SNS, defendendo o seu carácter universal e público.

Surge, nesta década, uma tendência de reestruturação do SNS com a promulgação da Lei 48/90 de 24 de Agosto (Lei de Bases da Saúde), um ponto central na reforma da saúde em Portugal. Nela o sistema de saúde representa uma estrutura que permite o direito à protecção da saúde (confirmando-se a universalidade e a equidade como valores dominantes no sistema de SNS, pela análise da Base I), e onde se definem os intervenientes no sistema de saúde, realçando-se a capacidade da iniciativa privada em intervir na prestação dos cuidados de saúde (ponto 4 da Base I).

A revisão constitucional de 1989, a Lei de Bases da Saúde e o Estatuto do SNS⁶⁶, vêm clarificar a possibilidade de entidades públicas e privadas prestarem cuidados de saúde. Cabe ao Estado a possibilidade de celebrar acordos e convenções para tal fim, constituindo-se o sistema de saúde português pelo SNS, pelas entidades que desenvolvem a promoção, a prevenção e o tratamento em saúde, e ainda, por todos os profissionais (liberais ou afectos à actividade privada) que estabeleçam com o Estado, acordos de prestação dessas actividades, conforme o nº1 da Base XII da Lei de Bases da Saúde. (Oliveira, 2009)

Com a nova legislação aprovada o Estado deixa de ser o único financiador e prestador de serviços de saúde, passando a constituir-se, acima de tudo, como um regulador de todos os intervenientes no sistema de saúde. A saúde passa a ser da responsabilidade tanto do Estado como de cada cidadão.

O sistema de saúde português passa então a articular vários “subsistemas”, a saber:

- a) O Serviço Nacional de Saúde, que concentra todos os organismos públicos prestadores de cuidados de saúde e que se encontram dependentes do Ministério da Saúde;
- b) Os subsistemas de saúde públicos de apoio, entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;

⁶⁶ Decreto-Lei n.º11/93, de 15 de Janeiro.

- c) As entidades privadas e os profissionais livres que estabelecem acordos com o SNS para a prestação de cuidados ou para o exercício de actividades de saúde. (Sousa, 2009)

Com as crescentes preocupações com questões de eficiência na saúde era necessário alterar os conceitos de gestão e de organização vigentes. Neste sentido, estimula-se a intervenção do sector privado tanto na área da saúde como na gestão de instituições de saúde; criam-se cinco regiões administrativas de saúde (Administrações Regionais de Saúde⁶⁷) e unidades funcionais entre hospitais e centros de saúde. Em 1981 introduzem-se as taxas moderadoras para determinados cuidados de saúde⁶⁸.

Ressaltam deste período uma concepção mais abrangente do sistema de saúde, a diminuição do peso do Estado (o recurso ao *contracting-out*) e a experiência da adopção da gestão privada num hospital público, o Hospital Fernando da Fonseca.

Esta experiência da criação (1993), de um modelo de gestão privada⁶⁹ num hospital público, pode ser considerada o maior exemplo do que alguns autores consideram ter sido um retrocesso. É a primeira tentativa de distanciamento do Estado dos pressupostos de base do Estatuto do SNS, passando-se da tradicional gestão hierárquica para uma gestão por contratos, em que se responsabilizam as instituições de saúde pelo incumprimento dos objectivos previamente delineados e contratualizados com o Estado. (Carvalho, 2009)

A contratualização surge, assim, como uma medida de descentralização, que é característica dos modelos tipo Beveridge, pois os prestadores continuam na esfera jurídica da administração pública.

Neste sentido, surge a Lei da Gestão Hospitalar⁷⁰ que, no âmbito do modo de funcionamento dos hospitais, institucionaliza dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI's), que representam um nível de gestão intermédia, se bem que a sua implementação tenha sido escassa. (Carvalho, 2009)

⁶⁷ Decreto- Lei n.º 254/82 de 29 de Junho.

⁶⁸ No caso das taxas moderadoras, exceptuavam-se os grupos de risco e os cidadãos considerados economicamente desfavorecidos

⁶⁹ A gestão privada ficou a cargo de um consórcio liderado por uma companhia de seguros.

⁷⁰ Lei 19/88, de 21 de Janeiro.

Há ainda que referir que nos finais dos anos 80 foram introduzidas alterações à fórmula de financiamento dos hospitais, com os orçamentos hospitalares a serem calculados, em parte, pela produção medida em Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH)⁷¹.

Segundo Simões (2003), o impacto da aplicação das medidas legislativas propostas pelos governos do PSD não foi significativo, pois parte dos objectivos delineados não passaram do papel.

No final deste período era claro que o papel do Estado se alterava consideravelmente, pois deixava de exercer um controlo directo para passar a agir como um regulador do sistema de saúde, onde os mecanismos de mercado eram cada vez mais notórios.

4.4. Período - de 1995 a 2002

Após um período de considerável estabilidade política, em 1995 inicia-se um novo ciclo político, com governos suportados por uma minoria parlamentar, o que obrigou a intensas negociações parlamentares. Este foi um dos motivos pelo qual não existia um ambiente propício a grandes reformas na área da saúde. Outros dos motivos impeditivos de uma grande reforma estrutural da saúde, prendem-se com a prioridade política dada aos sectores social (o combate à pobreza) e à educação.

Adoptou-se, então, um processo bastante cauteloso de reformas na saúde, assente nos princípios da Nova Gestão Pública (NGP), estimulando-se diferentes formas de gestão e organização, que permitissem um aumento da eficiência, do controlo de gastos e da equidade, passando-se de uma gestão de recursos para uma gestão por resultados.

De acordo com as influências da NGP nas reformas encetadas por outros países, as mudanças deveriam incidir sobre: a clara separação entre financiamento e prestação de cuidados de saúde; a criação de um mercado no sector da saúde, que o Estado deveria gerir; dotar as entidades públicas prestadoras de cuidados de maior autonomia e responsabilização; implementar um sistema de financiamento de acordo com a utilização efectiva dos recursos.

⁷¹ Os GDH são conjuntos de doentes internados em hospitais, agrupados em classes, clinicamente homogéneas do ponto de vista dos recursos que necessitam, que são definidas de acordo com elementos demográficos (idade e sexo) e clínicos (diagnósticos, intervenções cirúrgicas e destino após a alta) que caracterizam os doentes tratados e que explicam os custos associados à sua estadia no hospital. (Oliveira, 2009)

O governo liderado por António Guterres (XIII Governo Constitucional) defendia um menor afastamento do Estado, abandonando-se a ideia de “mais mercado”⁷², considerando prioritário o investimento no SNS. É, assim, normal que se opusesse em 1997, à proposta do PSD de alteração do artigo 64º da CRP, que pretendia a revogação dos princípios do SNS tendencialmente gratuito e da socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos, bem como de considerar o sistema de saúde formado por entidades públicas e privadas. (Simões, 2003)

De acordo a Direcção Geral da Saúde (2004) citada por Oliveira (2009), estavam identificados alguns problemas ao nível dos cuidados de saúde primários, nomeadamente: o difícil acesso dos utentes ao seu médico de família; horários e tempos de espera perfeitamente desadequados; excessivo recurso a meios complementares de diagnóstico e medicamentos; desmotivação dos profissionais de saúde; instrumentos de gestão desadequados (por exemplo, a falta de um bom sistema de informação clínico); e deficiente articulação entre centros de saúde e hospitais.

A partir de 1996 surgem projectos inovadores⁷³ ao nível da gestão dos cuidados de saúde primários, procurando-se a constituição de equipas multidisciplinares com objectivos claramente definidos num plano de acção, considerado como instrumento base da contratualização e da gestão, e do qual deveriam constar: os compromissos assumidos ao nível da prestação de cuidados e cooperação entre os profissionais; as estratégias a seguir para o uso da capacidade instalada a nível local; os critérios de garantia da qualidade e custo.

De acordo com as mudanças encetadas, adoptaram-se outras experiências de organização e gestão, tais como: a Rede de Cuidados Integrados (Cuidados Continuados; a integração a nível local (Sistemas Locais de Saúde); e os centros de saúde de terceira geração.

A reforma do sistema ao nível da integração de cuidados, inicia a sua caminhada precisamente com a constituição da Unidade Local de Saúde (ULS) de Matosinhos, baseada num modelo organizativo que compreende uma só entidade pública de tipo empresarial que gere várias unidades de saúde, o Hospital Pedro Hispano e os centros de saúde da região, no intuito de otimizar a capacidade de resposta aos utentes. Porém, a integração de cuidados não era uma opção consensual.

⁷² Conforme a Carta de Ljubliana da Região Europa da OMS de 1996 – A melhoria da saúde dos cidadãos. (Simões, 2003)

⁷³ “Projecto Alfa”, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e “Projecto Tubo de Ensaio”

Ao nível da liberalização no sector da saúde, um importante marco é a empresarialização de 31 hospitais, transformados em Sociedades Anónimas (SA) e o estabelecimento de Parcerias Público-Privadas (PPP) para a construção de 10 novos hospitais e alteração da gestão dos restantes hospitais pertencentes ao sector público (SPA). (Oliveira, 2009)

Por sua vez, ao nível da contratualização o grande avanço vem com a criação e desenvolvimento de Agências de Contratualização⁷⁴, que garantiam a optimização dos recursos públicos empregues na produção de serviços de saúde. Estas agências agregavam cidadãos e administração para, conforme o Despacho Normativo nº 46/97 de 8 de Julho de 1997:

“explicitar as necessidades de saúde e defender os interesses dos cidadãos e da sociedade, promovendo uma utilização eficiente e eficaz dos recursos públicos afectos à prestação de cuidados de saúde.”

O Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, aprova a criação dos chamados centros de saúde de 3ª geração, através de um novo regime para a sua constituição, organização e funcionamento baseado nas unidades de saúde familiar (USF). Estes centros seriam dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira, conforme se pode ler no preâmbulo do referido diploma.

Bastante elucidativos das alterações que se pretendem efectuar, nomeadamente ao nível burocrático das instituições hospitalares, são os dois documentos elaborados pelo Ministério da Saúde neste período: “O Hospital Português” e “Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)”. (Carvalho, 2009)

O documento “Saúde, um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o virar do Século (1998-2002)” (revisto em 1999) é um marcadamente político (Simões, 2003). Define um conjunto de objectivos e princípios para uma nova política, com metas de cinco e dez anos para ganhos em saúde e desenvolvimento de serviços, reforçando-se a componente pública. Conforme o Ministério da Saúde (1999) citado por Carvalho (2009, p. 200):

“ (...) ensaiar e consolidar novas formas de administração pública nos serviços de saúde (que permitam) ao hospital público mobilizar e gerir.....”.

Este documento assenta em 3 aspectos centrais: a contratualização (pretendem-se novas relações entre os utentes, os financiadores de serviços e os prestadores de cuidados); uma nova

⁷⁴ Inicialmente designadas por Agências de Acompanhamento.

administração pública da saúde (reforma da gestão de centros de saúde e de hospitais); e, a remunerações dos profissionais associadas ao desempenho.

No que toca ao sector privado, segundo Simões (2003, p. 83), citando o Ministério da Saúde (1999), o governo procurou:

“substituir o tradicional modelo público integrado por um modelo contratual, combinando o financiamento essencialmente público com um sistema de contratos entre pagadores e prestadores que se encontrem funcionalmente separados”.

Ainda no documento apresentado, e de acordo com algumas decisões já tomadas, consideram-se como mudanças estruturais:

- a) Os centros de saúde de 3ª geração⁷⁵: dotar os centros de saúde de personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira e organizar de equipas multidisciplinares, em unidades tecnicamente autónomas mas interligadas, o que permitiria remunerações, em especial dos médicos, de acordo com o seu desempenho - regime remuneratório experimental (RRE)⁷⁶;
- b) O novo estatuto hospitalar⁷⁷: um modelo diferente, com gestão pública mas com regras de gestão privada aplicadas tanto à gestão de recursos humanos como às aquisições de bens e de serviços;
- c) Os centros de responsabilidade integrados nos hospitais (CRI'S)⁷⁸: deveriam constituir um nível de gestão intermédia, agrupando serviços homogéneos, com um órgão de gestão com poder de decisão sobre os meios necessários à realização dos objectivos, de acordo com um orçamento-programa acordado com o conselho de administração;
- d) Os sistemas locais de saúde⁷⁹: para melhorar o acesso, promover a saúde e reduzir as desigualdades, através da integração dos cuidados, com a coordenação dos recursos públicos, sociais e privados, para minimizar o desperdício de recursos, e a exclusão de pessoas e grupos sociais;

⁷⁵ Decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio.

⁷⁶ Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio.

⁷⁷ Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002.

⁷⁸ Regulados no Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro

⁷⁹ Decreto-lei n.º 156/99, de 10 de Maio.

- e) As agências de contratualização⁸⁰: com a função de determinarem as necessidades de saúde e preferências dos cidadãos e da sociedade, por forma a assegurarem uma eficiente e equitativa utilização dos recursos públicos, propondo ao conselho de administração da ARS respectiva a distribuição dos recursos financeiros pelas instituições de saúde da região. Caber-lhes-ia depois, a contratualização dos cuidados de saúde, o acompanhamento do desempenho das instituições prestadoras dos cuidados e a utilização dos recursos financeiros. (Simões, 2003)

Algumas das decisões tomadas são consequência de recomendações do Conselho de Reflexão da Saúde (CRES) e do relatório da OCDE, que tecia duras críticas ao sistema de saúde português.

O problema das listas de espera já em 1992 tinha sido objecto de um Programa Específico de Recuperação das Listas de Espera (PERLE), que permitia a utilização de unidades privadas de hospitalização. Tal programa não teve continuidade no governo seguinte, pelo que a dimensão e impacto público deste problema levaram a que em 1998 se iniciasse o “programa para a promoção do acesso”, com uma dotação financeira anual própria, acreditando-se que a própria reforma dos hospitais públicos permitiria a recuperação das listas de espera. (Simões, 2003)

Para Simões (2003), o período de 1995 a 1999, foi o mais longo em termos de políticas de saúde, pois o Ministério da Saúde teve a incumbência de tomar as medidas necessárias para uma melhoria progressiva e de preparar uma reforma da saúde que seria implementada em condições políticas mais favoráveis⁸¹.

Num segundo período (2ª legislatura), de 1999 a 2001, com Manuela Arcanjo como Ministra da Saúde, há uma alteração nas políticas governamentais, passando a saúde a ser uma prioridade do Governo. Todavia, mantêm-se as grandes linhas de orientação do governo anterior, nomeadamente, a separação entre financiadores e prestadores, a autonomia na gestão, o estímulo a regimes de trabalho a tempo inteiro e à exclusividade da concorrência dentro do sector público prestador de cuidados de saúde. As metas estabelecidas eram excessivas e foram tomadas medidas sem ter qualquer quadro de referência.

⁸⁰ Despacho Normativo n.º 46/97, de 8 de Agosto, criou as agências de acompanhamento mais tarde designadas agências de contratualização.

⁸¹ Uma eventual maioria parlamentar numa nova legislatura.

O último período associado a este ciclo político é bastante curto⁸². Correia de Campos, estava mais próximo da ideologia subjacente ao programa eleitoral do PS de 1995; defendia menos estado prestador e mais estado regulador. Mostrou-se um grande crítico da política seguida pela sua antecessora Manuela Arcanjo⁸³, nomeadamente na sua tendência centralizadora da gestão financeira, na ausência de responsabilização dos gestores, e no abandono da preparação de novas formas de financiamento.

Os grandes objectivos da sua intervenção, como titular da pasta da saúde centravam-se, sobretudo, num aumento dos ganhos em saúde, no aumento da confiança dos cidadãos e no aumento da auto-estima dos profissionais. (Simões, 2003)

De acordo com estes objectivos são de salientar as seguintes iniciativas do XIV Governo Constitucional:

- a) A concessão de gestão de um hospital público a uma entidade privada, a “Hospital Amadora/Sintra, Sociedade Gestora, S.A.”;
- b) A criação da estrutura de missão “Parcerias. Saúde”⁸⁴ (preparava o lançamento de parcerias público-públicas e público-privadas);
- c) Novo estatuto hospitalar⁸⁵, com a natureza de entidade pública empresarial;
- d) Alteração da forma de designação dos directores clínicos e enfermeiros directores dos hospitais (fim da eleição prévia introduzida em 1996)⁸⁶;
- e) Aplicação das normas de direito privado na contratação de bens e serviços⁸⁷.

A par da evolução económica e social, registam-se neste período melhorias significativas nos resultados, nomeadamente nas taxas de mortalidade infantil e perinatal, aproximando-se da média comunitária⁸⁸.

A esperança de vida à nascença apresenta sempre maus resultados em relação ao sexo masculino, mas quanto ao sexo feminino, apresenta neste período uma considerável melhoria que permite ultrapassar países como a Dinamarca e a Irlanda⁸⁹.

⁸² Cerca de nove meses, de Julho de 2001 a Março de 2002. De Dezembro de 2001 até ao final foi um governo de gestão devido à demissão do primeiro-ministro António Guterres.

⁸³ A primeira titular da pasta da saúde no XIV Governo Constitucional.

⁸⁴ Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001.

⁸⁵ Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002.

⁸⁶ Decreto-lei n.º 39/2002.

⁸⁷ *idem*.

⁸⁸ Segundo dados de OECD Health Data 2002.

Do ponto de vista do financiamento, a percentagem do PIB afecta à saúde cresce, evidenciando a prioridade financeira e política da saúde⁹⁰, nomeadamente a partir do ano de 1998.

Também os encargos com o pessoal do SNS crescem neste período apesar de o país manter um baixo nível de emprego na saúde, atingindo um valor máximo em 1998, o que ocorre em simultâneo com um decréscimo das transferências de profissionais para o sector privado.

No que respeita à percentagem de médicos o desfasamento não é igual, pois Portugal apresenta valores percentuais muito semelhantes aos comunitários, se bem que a sua distribuição regional e a distribuição por especialidade não são equilibradas. E a respeito do número de médicos há que ter cuidado com os dados disponibilizados pela OCDE (com base nos dados do INE) e pelo Ministério da Saúde. Isto porque nos dados que o INE disponibilizou à OCDE, o número de médicos afecto à saúde engloba também os médicos das unidades privadas, ou seja, pode existir uma duplicação na contagem porque muitos dos profissionais a exercer no privado, exercem simultaneamente nas unidades públicas.

Por sua vez, o número de profissionais de enfermagem evoluiu positivamente, por proposta do Grupo de Missão do aumento do *numerus clausus* nas licenciaturas de Enfermagem nas escolas públicas.

Ainda na tentativa de centrar as reformas de saúde no cidadão, foram tomadas medidas de modernização administrativa através do Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril. Trata-se de um documento legislativo que define os princípios gerais de acção a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública perante o cidadão, bem como as normas vigentes no contexto da modernização administrativa⁹¹.

Também ao nível da qualidade surgem importantes contributos, nomeadamente com a formulação de políticas que promovem a qualidade na saúde e a criação do Instituto da Qualidade na Saúde (IQS)⁹².

⁸⁹ Excepto no ano de 1998.

⁹⁰ Nos anos de 1995 e 1996 há um pequeno acréscimo. Em 1997 houve uma brutal descida de valores, retomando-se de seguida a subida dos valores, pelo que em 1999 quase se iguala o valor mais elevado da década, registado em 1993, quando o orçamento do SNS representou cerca de 11,7% do OGE. (Simões, 2003)

⁹¹ Caso das linhas azuis criadas por este diploma.

⁹² Portaria n.º 288/99 de 27 de Abril.

Todavia, além das questões relacionadas com os serviços de saúde e as instituições que os tutelam, as medidas encetadas demonstram uma clara preocupação com a saúde pública, especialmente no que respeita à prevenção em saúde.

Não esquecendo a descontinuidade com o ciclo político anterior, podemos resumir as mais notórias intervenções no sector da saúde, neste período:

- a) Novo regime remuneratório experimental (de acordo com o desempenho profissional), como forma de incentivo a uma maior produtividade e satisfação dos clínicos gerais;
- b) Maior desconcentração no planeamento e controlo das unidades de saúde (com a criação das agências de contratualização, no âmbito das ARS);
- c) A tentativa de clarificação das prestações pública e privada através do regime das incompatibilidades nas convenções estabelecidas pelo SNS;
- d) A tentativa de contenção de custos nos medicamentos com legislação sobre os medicamentos genéricos e a comparticipação nos preços, bem como a limitação contratual com a indústria do ritmo de crescimento da factura com medicamentos;
- e) A criação de um meio-termo na gestão hospitalar, com a adopção de métodos de gestão privada na gestão de recursos humanos e na contratação de bens e serviços, mantendo-se a unidade hospitalar com estatuto e gestão públicos (novo estatuto jurídico do Hospital de São Sebastião e, depois, com a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio);
- f) A criação da estrutura de missão “Parcerias Saúde”, para celebrar acordos do sector público com o sector privado, no âmbito do financiamento, planeamento, construção e gestão de unidades de saúde. (Simões, 2003)

4.5. Período - de 2002 a 2005

Já com um novo governo⁹³, é aprovado um novo diploma que preconiza uma diferente filosofia organizacional e de gestão, o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril (Rede de Cuidados de Saúde Primários), cuja efectivação depende da constituição da Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

Neste período houve um vazio legal uma vez que a constituição da ERS só acontece em finais de 2003 com a publicação do Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro.

⁹³ XV Governo Constitucional (de 2002 a 2004), do PSD e PP, com um acordo de incidência parlamentar.

Trata-se de um período que se caracteriza por uma certa inversão nas tendências de crescimento económico europeu, preconizando-se medidas de contenção da despesa pública ao nível da limitação dos gastos e do nível de endividamento, daí que as medidas no sentido da liberalização ganhem novo sentido. (Carvalho, 2009)

Vários factores estão na origem desta ruptura com as políticas públicas de saúde anteriores: o contexto internacional (devido a alguma relutância da população em acatar algumas mudanças no SNS com receio de perda de direitos); o contexto nacional (alguns estudos apontam para a insatisfação dos cidadãos para com o sistema de saúde); o facto de o então Ministro da Saúde ser um actor externo ao contexto da saúde, especialista em gestão; e por fim, um factor associado às dificuldades de relacionamento entre organizações de saúde e utentes (são desenvolvidas estratégias de marketing político no sentido de colmatar essas dificuldades). (Carvalho, 2009)

A estratégia política teve por base a legitimação das mudanças com recurso a uma tomada de consciência da população dos problemas existentes e da necessidade dessa mudança, enfatizando-se as questões que se prendem com a qualidade, a eficiência, a eficácia, a competição e a satisfação dos utentes. Um discurso que se insere claramente no âmbito da NGP. (Carvalho, 2009)

A Lei da Gestão Hospitalar⁹⁴ introduz as grandes alterações ao propor: uma nova forma de financiamento dos hospitais; a avaliação de desempenho e do mérito; um sistema de incentivos; a responsabilização dos directores de serviços; e a cessação de mandatos no caso de incumprimento de objectivos.

Do ponto de vista jurídico são apontadas quatro soluções possíveis para os hospitais:

- a) Hospitais públicos dotados de personalidade jurídica e autonomia administrativa e financeira;
- b) Hospitais públicos dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial, e de natureza empresarial;
- c) Sociedades anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos;

⁹⁴ Lei 27/2002, de 8 de Novembro.

d) Hospitais privados.

Passa-se do domínio do direito público para o domínio do direito privado, enquanto que do ponto de vista da gestão, esta deixa de ser administrativa para ser empresarial. Quanto ao regime de pessoal, este passa a reger-se pelas normas do direito laboral geral.

É com a empresarialização de 31 hospitais transformados em SA com capitais exclusivamente públicos, que é mais visível a liberalização do sector; não são de menosprezar, também, as Parcerias Público-Privadas (PPP) estabelecidas para a construção de 10 hospitais e a alteração do modelo de gestão dos restantes hospitais do sector público (SPA). (Carvalho, 2009)

De acordo com a NGP (o pressuposto da liberdade dos gestores para agir), é agora permitido aos hospitais empresariais a privatização de alguns dos seus serviços de forma a captarem recursos e a diminuir a sua dependência do Estado.

No que concerne ao funcionamento dos hospitais, estes celebram com o Ministério da Saúde contratos-programa plurianuais, nos quais devem constar os objectivos quantitativos e qualitativos a atingir, a sua calendarização e os recursos necessários para tal⁹⁵. Devem os hospitais prestar mensalmente informação sobre a sua execução orçamental, estando fixado em 30% do capital social o seu limite máximo de endividamento⁹⁶.

Quanto a recursos humanos, dá-se grande ênfase a uma política salarial baseada em incentivos, de acordo com o desempenho. Todavia, no que respeita ao desempenho e sua avaliação, estas mudanças afectaram toda a administração pública⁹⁷.

No seguimento das alterações propostas, Portugal passa a ter dois tipos de hospitais, que se distinguem pelo seu estatuto legal:

- a) Os hospitais do Sector Público Administrativo (SPA) (as grandes mudanças estão na sua forma de financiamento, baseada na contratualização);

⁹⁵ O não cumprimento dos contratos-programa pode constituir motivo para a destituição dos administradores hospitalares.

⁹⁶ O endividamento acima dos 10% carece de aprovação em Assembleia Geral.

⁹⁷ A Lei 10/2004, de 24 de Março, cria o sistema integrado de avaliação do desempenho da Administração Pública.

- b) Hospitais SA (empresas de capitais exclusivamente públicos que se constituem como entidades mais independentes, embora totalmente responsáveis pelo seu desempenho financeiro, e por isso sujeitas às pressões do mercado).

Apesar da reforma encetada ao nível da gestão hospitalar, subsistem problemas ao nível do acesso equitativo de todos os cidadãos, na distribuição dos recursos humanos, no acesso aos cuidados de saúde básicos e de medicina familiar, bem como da prestação de cuidados ao domicílio.

No ano 2005 é criado um grupo de trabalho para a reforma dos cuidados de saúde primários⁹⁸ tendo por objectivo contribuir para a melhoria continuada dos cuidados de saúde, tornando-os mais acessíveis, adequados e eficientes e capazes de corresponder às expectativas tanto dos cidadãos como dos seus profissionais. É elaborado o documento “Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos cuidados de saúde primários”, do qual consta, segundo o Ministério da Saúde (2005) a criação de um Grupo de Missão para acompanhar o processo de implementação das Unidades de Saúde Familiares (USF) e a reconfiguração dos centros de saúde, bem como propostas de medidas para diversas áreas: reconfiguração e autonomia dos centros de saúde, implementação das USF, reestruturação dos serviços de saúde pública, outro tipo de intervenção ao nível da comunidade, a implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS), desenvolvimento dos recursos humanos e desenvolvimento dos sistemas de informação.

Aposta-se na organização dos centros de saúde com equipas multidisciplinares, com objectivos de desempenho previamente contratualizados, com responsabilização e avaliação sistemática, além de possuírem incentivos ao aumento da sua eficiência. Os seus profissionais são remunerados por uma componente fixa e outra variável, em função da sua produtividade e qualidade dos serviços prestados⁹⁹. Um verdadeiro desafio à cultura organizacional da saúde.

De facto, as USF são a face mais visível deste processo de reforma dos cuidados de saúde primários.

A regulamentação jurídica para esta reforma, tem sido abundante:

- Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro (contém o Regulamento do lançamento e implementação das USF);

⁹⁸ Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril.

⁹⁹ De forma semelhante ao RRE dos médicos de família.

- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto (regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir a os elementos e a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de Modelo B);
- Despacho n.º 24101/2007, de 22 de Outubro (define três modelos de organização das USF, A, B e C, de acordo com o grau de autonomia funcional, diferenciação de modelo retributivo e patamares de contratualização);
- Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril (regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às USF e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados).

Segundo a OPSS (2007), esta reforma apresenta vários aspectos positivos, salientando-se: a consideração destas medidas da reforma como uma prioridade política; o desenvolvimento de um modelo de contratualização por indicadores; a promoção da autonomia; o aumento do acesso e redução do número de utentes sem médico de família; e a criação de uma base de dados de indicadores para monitorização do desempenho.

A mesma organização OPSS (2007) apresenta como aspectos negativos ou constrangimentos a ultrapassar: a não explicitação de um orçamento dirigido à execução da reforma; os problemas ao nível da Rede Informática da Saúde (RIS); o fecho das urgências antes da implementação prática do Serviço Básico de Urgência e consequente falha na explicitação de objectivos ao público; a ausência de investimento na procura de novos médicos de família; e a ausência de captação de médicos de saúde pública. (Oliveira, 2009)

5. Conclusões

Apesar das oscilações políticas das últimas décadas, não se verificaram grandes discontinuidades ideológicas no sistema de saúde português. Havia, sobretudo, alternância de ideias, um pouco no seguimento do entendimento da OMS em torno da maior ou menor intervenção do Estado, no sector da saúde.

Muitas das reformas implementadas foram incompletas, fosse por questões de gestão, de descontinuidade política ou mesmo por resistência à mudança.

Desde o início da década de 70 que é notório o esforço para a melhoria da saúde e dos serviços que a prestam, nomeadamente através do aumento do seu financiamento, da expansão dos seus serviços, da melhoria da organização e gestão do SNS, e ainda da melhoria no acesso a medicamentos.

De acordo com a obrigação de socializar a medicina e os sectores médico-medicamentosos e com a passagem dos hospitais das Misericórdias para a esfera pública, nos últimos anos da década de 70, o Estado detinha um grande poder, dominando o sector da saúde. Esta presença vai-se desvanecendo ao longo dos anos, à medida que a intervenção da própria sociedade civil e de os parceiros sociais do sector vai aumentando.

Após a década de 90, assistimos a um Estado que se vai tornando progressivamente regulador de um crescente mercado da saúde.

Ao nível das despesas com a saúde verifica-se que, de acordo com a evolução económica e financeira, esta cresce permanentemente, excepto nos primeiros anos da década de oitenta.

Do ponto de vista da sustentabilidade financeira, o sistema de saúde português tem enfrentado sérios constrangimentos, à semelhança do que acontece em muitos países europeus. Por isso, para que se mantenha um modelo social, solidário e universal, torna-se necessário o desenvolvimento de medidas que permitam abrandar o ritmo de crescimento da despesa pública em saúde, de forma a garantir a sua sustentabilidade financeira.

Mas, para além do crescimento anual dos custos, também ao nível da eficiência e da qualidade houve agravamentos, bastante notórios ao nível das listas de espera para cirurgias e consultas de especialidade.

Pode-se considerar que o ponto central da reforma da saúde foi em 1990, com a publicação das Lei de Bases da Saúde, onde se define o sistema de saúde português como uma estrutura que pretende efectivar o direito à protecção na saúde.

O sistema de saúde caracteriza-se pela articulação entre o SNS, os subsistemas de saúde públicos de apoio e os privados ou profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou actividades de saúde, numa lógica de financiamento dos de serviços de saúde assente numa forte base social apoiada pelo sistema político e pelas profissões da saúde.

Após 2002, deparamo-nos com um novo entendimento acerca dos papéis dos diversos intervenientes, sejam eles o sector privado, o sector público ou mesmo o sector social, num alinhamento com os pressupostos da NGP (caso da empresarialização).

No último período em análise, as reformas encetadas visam profundas mudanças no sistema no intuito de substituir os valores profissionais pelos valores de gestão. Assiste-se à introdução de um quadro de gestores profissionais, com responsabilidades de gestão e objectivos financeiros bem definidos, no sentido de erradicar, tanto quanto possível, algum clientelismo que se conhece existir neste sector. (Carvalho, 2009)

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010, estabelece como uma das orientações estratégicas para a gestão da mudança “Reorientar o Sistema de Saúde”, considerando que os investimentos na saúde devem visar a qualidade no um atendimento, em tempo a melhoria do acesso (em tempo útil), a efectividade, a humanidade e os custos sustentáveis ao longo do tempo. Esta mudança deve-se centrar tanto na Reforma Hospitalar (assente na empresarialização dos hospitais do SNS e na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados), como na Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (através da reconfiguração dos Centros de Saúde, da extinção das regiões e a reestruturação das ARS).

De acordo com este plano o Observatório do Quadro Comunitário de Apoio III apresentou uma visão para o futuro da saúde em Portugal (Saúde 2015), reforçando-se a necessidade de um sistema de saúde que promova a iniciativa individual e os princípios de coesão social, que apoie as iniciativas de promoção da saúde, que permita o acesso a cuidados de qualidade, que facilite as escolhas (com base numa boa informação), que esteja centrado num serviço público atento aos cidadãos e profissionais de saúde, e que assegure a articulação entre os sectores público, privado e social.

Apesar do carácter universal, geral e tendencialmente gratuito do SNS, nem sempre foi possível ultrapassar constrangimentos no acesso, na qualidade e na eficiência.

Independentemente do que vier a acontecer ao sistema de saúde público o que é facto é que terá sempre um papel fundamental, devendo-se apostar numa estreita relação com a sociedade, na inovação, num compromisso com resultados e na missão de serviço público. (Sousa, 2009)

Capítulo III

Estudo de caso: o Hospital Sousa Martins na Guarda

1. O Hospital Sousa Martins na Guarda

Para a realização deste estudo de caso¹⁰⁰, a escolha recaiu sobre o Hospital Sousa Martins na Guarda por se considerar que no âmbito da Administração Pública no sector da Saúde e das suas Reformas, este ser uma instituição com a dimensão e características necessárias para que o mesmo se pudesse efectivar, além de ser a instituição saúde de referência ao nível distrital.

Não se esconde que, subjacente a esta escolha, estiveram também algumas questões de afectividade da autora, bem como a facilidade de contactos.

1.1. Breve abordagem histórica

A Guarda, no início do século passado, era uma cidade privilegiada, dotada de duas unidades assistenciais na área da saúde (Borges, 2008).

No início do século XX era inaugurado o Hospital Dr. Francisco dos Prazeres (conhecido por Ex-Hospital da Misericórdia) cujo nome advém do seu principal impulsionador, sacerdote católico e professor do Liceu Nacional da Guarda.

Tratava-se de uma unidade de saúde, no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem, que esteve décadas¹⁰¹ a cargo da congregação religiosa das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras Portuguesas. Mais tarde, a 13 de Março de 1975, por força do Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de Dezembro, toma posse a Comissão Instaladora que o iria administrar, ficando assim oficializada esta unidade de saúde como Hospital da Santa Casa da Misericórdia da Guarda.

A par da construção do Hospital da Santa Casa da Misericórdia, uma obra a cargo do Eng.º António Augusto da Costa Simões, decorriam as obras da edificação do Sanatório Sousa Martins, o primeiro a ser construído pela recém-criada Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT).

¹⁰⁰ Conforme Silvestre e Araújo (2012, p. 111): “O estudo de caso é o design que se traduz na observação de um único caso”.

¹⁰¹ Até 30 de Setembro de 1973.

Em 1881, a Sociedade de Geografia de Lisboa, envolvendo a comunidade científica do país no estudo da climoterapia, realiza aquela que ficaria celebrizada como a “Expedição Científica à Serra da Estrela”, da qual se elaboraram relatórios vários¹⁰², como forma de alertar os meios científicos e clínicos para as excelentes condições que a região oferecia para o tratamento da tuberculose.

De entre os vários estudiosos que integravam a expedição encontrava-se o médico Sousa Martins que acentuou a importância da criação de sanatórios na zona da Serra da Estrela, onde os enfermos pudessem receber a assistência e tratamento necessários, numa altura em que a doença infecto-contagiosa provocada pela micro-bactéria conhecida por “bacilo de Koch” dizimava centenas de vidas pelo país (Sequeira, 2008).

A Rainha D. Amélia, fundadora da ANT, bastante sensibilizada com as doenças do foro respiratório, permite a criação do sanatório na cidade da Guarda, que viria a adoptar o nome de Sanatório Sousa Martins, como forma de homenagear o trabalho do médico em prol da doença.

Inaugurado a 18 de Maio de 1807, com a presença do Rei D. Carlos I e da Rainha D. Amélia, tratava-se de uma moderníssima unidade de saúde, localizada num local ermo de 27 hectares, com exigências próprias de diversa natureza, que durante o século XX orientou parte do crescimento da cidade.

O projecto inicial esteve a cargo do jovem Arquitecto Raúl Lino, recém-formado na Alemanha, e contemplava um conjunto de edifícios de arquitectura proto-funcionalista e pré-moderna, nomeadamente os pavilhões avarandados.

Raúl Lino reflectindo bastante sobre a arquitectura, cujas teorias muitas vezes se transformavam em doutrinas, considerava que a concepção de um edifício deveria ter em conta, além da natureza do solo do local de implantação, outros factores tais como a exposição solar, os horizontes visuais e a envolvente. Do ponto de vista do projecto, este deveria ser funcional e ter comodidade, boa circulação de ar, boa luminosidade,

¹⁰² Em 1883 compilados no livro “Quatro Dias na Serra da Estrela” da autoria de Emídio Navarro.

espaços recuados, escadas e varandas alpendradas (Borges, 2008). Muitos destes elementos são ainda hoje perceptíveis no que resta dos antigos pavilhões.

Dava uma enorme importância à íntima ligação da arquitectura com a natureza, privilegiando a implantação de edifícios em espaços com afloramentos rochosos e elementos vegetais, pelo que o sanatório se construiu estrategicamente num local com um microclima propício ao desenvolvimento de determinadas espécies botânicas (caso das sequóias).

Ao longo dos tempos, um conjunto de factores pode ser apontado para que este Sanatório tenha alcançado tanto prestígio e notoriedade. Desde logo, a qualidade do ar, que já Amato Lusitano e Ribeiro Sanches tinham destacado; o facto de ser a primeira unidade sanatorial da ANT e o empenho de diversas personalidades (Lopo de Carvalho, João Ulrich, António de Lencastre, Conde de Sabugosa e Curry Cabral) e da comunidade médica; a investigação científica produzida; a dimensão e qualidade das suas instalações; o seu nível de internamento, tratamento e serviços médicos; o nível e qualidade das actividades sociais, lúdicas e religiosas; e os permanentes investimentos (Borges, 2008).

Tratou-se, pois, de uma instituição de referência tanto a nível nacional como internacional, cujo prestígio ficará para sempre ligado a algumas figuras de inquestionável mérito profissional, humano e social, que ao longo de 67 anos tiveram a seu cargo a direcção clínica, a administração e gestão desta unidade de saúde. Lopo de Carvalho, Amândio Paul, Ladislau Patrício e Martins Queirós, nomes que para sempre ficarão ligados à história da cidade, alguns deles consagrados na sua toponímia.

1.2. O Hospital Sousa Martins

Em 1977 são feitas algumas remodelações para adaptação dos serviços hospitalares do Sanatório Sousa Martins, mas conservando a sua estrutura.

Mais tarde, em 1989, dá-se a junção, do Sanatório Sousa Martins com o Hospital da Santa Casa da Misericórdia, daí resultando o Hospital Sousa Martins (HSM).

Por força do Decreto-Lei n.º 127/92 de 3 de Julho, após 1 de Agosto desse ano, é integrado no HSM o Centro de Saúde Mental da Guarda, criando-se o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental.

Vinte anos após as últimas obras de remodelação, em 1997, entra em funcionamento um novo pavilhão para o qual são transferidos serviços que funcionavam nas antigas instalações do Hospital da Santa Casa da Misericórdia.

Actualmente, após inúmeros avanços e retrocessos, decorrem obras de remodelação, ampliação e modernização, repartidas por várias fases. Representa um grande investimento com grande impacto não só a nível local.

Inserido na rede do SNS, tem como funções principais a prestação de cuidados diferenciados e a promoção do ensino e investigação no campo da saúde, para as quais conta com cerca de 900 colaboradores¹⁰³ que exercem a sua actividade ao nível das suas valências básicas, intermédias, diferenciadas, serviços sem internamento e consultas externas. Para tal, dispõe ainda de 351 camas repartidas por 24 especialidades¹⁰⁴.

Nos últimos anos, este hospital tem procurado implementar novos projectos e dinamizar alguns dos já existentes, tais como a certificação da qualidade do serviço de patologia clínica e central de esterilização; a remodelação de alguns serviços de internamento e das consultas externas; e a continuidade de formação tutelada aos alunos de Medicina e de Enfermagem; bem como a criação da Unidade de Cirurgia de Ambulatório, da Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). e da Unidade de Cirurgia da Coluna.

Em termos orgânicos e funcionais a estrutura do HSM compreende 14 áreas funcionais:

- Centros de Responsabilidade Integrados de: medicina e especialidades médicas, psiquiatria e saúde mental, cirurgia e especialidades cirúrgicas, dor e da

¹⁰³ Em 2008, o total de efectivos do HSM era de 848, segundo o Relatório de Gestão da ULS Guarda de 2008.

¹⁰⁴ Dados do Relatório de Contas da ULS Guarda de 2009.

emergência, mulher e da criança, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, ambulatório e serviços alternativos;

- Gestão: de doentes e informação, de materiais, de recursos humanos, financeira e hoteleira;
- Planeamento, organização e análise de gestão;
- Manutenção.

Presentemente, o HSM está inserido numa estrutura mais diversificada de prestação de cuidados, que abrange além dos cuidados diferenciados, os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados.

1.3. A ULS da Guarda

Em 2008, no Conselho de Ministros de 12 de Junho é aprovada a criação da Unidade Local de Saúde (ULS) da Guarda Entidade Pública Empresarial (EPE), bem como os seus estatutos.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro¹⁰⁵, é então criada a ULS Guarda, EPE, que em 1 de Outubro do mesmo ano passa a integrar, além do Hospital Sousa Martins, o Hospital da Senhora da Assunção de Seia e os Centros de saúde dos concelhos do distrito da Guarda, à excepção de Aguiar da Beira e Vila Nova de Foz Côa.

A sua área geográfica de influência corresponde às NUTS III da Beira Interior Norte e Serra da Estrela, diferindo apenas da unidade administrativa distrito da Guarda e da ex-Sub-região de Saúde da Guarda no que respeita aos concelhos de Aguiar da Beira e Vila Nova de Foz Côa, devido ao seu reposicionamento administrativo, abrangendo ao nível dos cuidados primários, diferenciados e continuados uma população de cerca de 160.000 habitantes¹⁰⁶.

¹⁰⁵ Alterado pelo Decreto-Lei n.º 12/2009 de 12 de Janeiro.

¹⁰⁶ Dados do Relatório de Contas da ULS Guarda de 2009.

É uma instituição pertencente ao Sector Empresarial do Estado (SEE), cujo capital social é detido na totalidade pelo Estado¹⁰⁷. É uma pessoa colectiva de direito público de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, de acordo com o previsto no Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro, nos seus estatutos, regulamento interno e restantes normas do SNS.

No que respeita aos poderes da tutela estes repartem-se por dois Ministérios, o Ministério das Finanças para a função financeira e o Ministério da Saúde para a função sectorial.

A ULS Guarda tem como principal actividade a prestação de cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados (nomeadamente aos beneficiários do SNS, aos beneficiários dos subsistemas de saúde, às entidades externas que com ela contratualizem a prestação de cuidados de saúde, e a todos os cidadãos em geral); assegurar as actividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências de autoridade de saúde na área geográfica que abrange; desenvolver actividades de investigação, formação e ensino. Ao nível da formação dos profissionais de saúde, caso a ULS Guarda não tenha capacidade formativa, pode recorrer a contratos-programa onde constem as respectivas formas de financiamento¹⁰⁸.

Anualmente, a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC) e a Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ACSS) celebram um Contrato-Programa do qual constam os termos da prestação de cuidados de saúde públicos que a ULS Guarda irá realizar. Este contrato-programa define o modelo de financiamento subjacente a essa prestação, com base num valor capitacional¹⁰⁹ apurado para a população por si abrangida e no valor a pagar pelo internato médico e realização de programas verticais, bem como de outros serviços contratados previstos nesse contrato-programa.

¹⁰⁷ Segundo dados da Direcção Geral do Tesouro e Finanças (DGTF), o valor do capital social da ULS Guarda em 31/12/2009 era de 10.877.236,00€ após aumento de 7.896.236,00€

¹⁰⁸ Portal da DGTF.

¹⁰⁹ Em 2009 o financiamento *per capita* atribuído foi de 516,48€

2. Metodologia do estudo

2.1. Método de recolha da informação

O método usado para a recolha de informação foi o das entrevistas semi-estruturadas.

Esta opção advém do facto de se considerar que este método é aquele que, com base num guião previamente elaborado pelo entrevistador, permite que o entrevistado tenha alguma liberdade para desenvolver as suas respostas, seguindo o caminho que considere mais adequado. Assim, é-lhe permitido explorar e aprofundar, com alguma flexibilidade, os aspectos que considera mais relevantes no âmbito das temáticas que estão a ser abordadas.

Para o estudo em questão considerou-se que uma das grandes vantagens associada a este método foi o facto de permitir o acesso a alguma informação contextualizada em palavras, expressões e perspectivas dos entrevistados.

Foi assim possível colocar outras questões não previstas inicialmente, mas que se consideraram pertinentes no decurso das entrevistas.

De acordo com este método foram elaborados dois guiões de entrevista, um para Administradores Hospitalares e outro para Directores Clínicos e Enfermeiros (cf. Anexos I e II).

2.2. Amostra

Constituindo a amostra um subconjunto de elementos pertencentes a uma determinada população e para a qual se pode generalizar a informação recolhida, entendeu-se que a população-alvo deste estudo deveria ser constituída por Administradores Hospitalares, por Directores Clínicos e Enfermeiros Directores pertencentes à Administração do HSM, ao longo dos últimos 20 anos, para que tivessem contactado com o modelo gestor, visto representar este o objecto de estudo do presente trabalho.

De entre os elementos que se considerou preencherem os requisitos necessários à elaboração deste estudo, num total de 14, foi possível entrevistar 8, constituindo estes a amostra.

Quadro 4 - Definição da amostra

	População	Convidados	Respondentes	Código do Entrevistado
Administradores Hospitalares	6	5	4	A, E, F, H
Directores Clínicos e Enfermeiros Directores	8	4	4	B, C, D, G
<i>População Total</i>	14	<i>Amostra</i>	8	

Fonte: Elaboração própria.

2.3. Procedimentos de recolha e tratamento dos dados

Seguindo-se um paradigma interpretativo, houve naturalmente que ter em atenção questões éticas.

Aquando da formalização do convite à participação no estudo, houve o cuidado de informar acerca dos objectivos do estudo em questão, marcando-se o local e hora a que as entrevistas decorreriam. Relativamente ao local escolhido, foi dada liberdade aos entrevistados na sua escolha. Apenas num caso em que a escolha poderia recair sobre o HSM foi o entrevistado advertido que a autora do estudo não tinha requerido autorização para a realização das entrevistas dentro dos limites do referido hospital, por considerar que se tratavam de entrevistas pessoais, muitas delas realizadas a elementos que já não constam do quadro de pessoal da instituição. Procurava-se assim evitar alguns constrangimentos pessoais aos elementos colaboradores. Todavia, entendeu esse elemento que não constituiria um problema de qualquer espécie a realização da entrevista dentro das instalações do HSM. As restantes entrevistas decorreram em locais públicos ou particulares indicados pelos próprios entrevistados.

No início da realização das entrevistas, solicitou-se aos participantes o consentimento para a gravação áudio das mesmas, sendo os mesmos informados dos objectivos do estudo e do processo de tratamento que iria ser dado a essas entrevistas. Nenhum dos entrevistados se opôs à sua gravação, bem como aos procedimentos que iriam ser utilizados na posterior análise das mesmas.

Em suma, os dados foram recolhidos através de entrevistas directas realizadas entre os dias 26 de Abril e 22 de Maio de 2012.

3. Apresentação e análise dos dados

Na análise das entrevistas efectuadas procurou-se identificar palavras e expressões utilizadas pelos entrevistados que indicassem a sua perspectiva acerca das temáticas abordadas

As questões constantes dos guiões utilizados, e as temáticas que lhes estavam subjacentes foram organizadas de acordo com o seu âmbito, em 3 categorias: Impacto do Modelo Empresarial, Implementação do Modelo Empresarial e Reforma da Saúde/Serviço Nacional de Saúde. Pelo facto de terem sido utilizados dois guiões e de, por vezes, as questões comuns terem sido abordadas com uma sequência distinta, elaboraram-se os dois quadros que se seguem para melhor compreensão.

Quadro 5 – Grelha de análise de conteúdos para Administradores Hospitalares

Categoria	Temática	Questão
Impacto do Modelo Empresarial	Equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados	Questão 1
	Participação dos Profissionais / Responsabilização pela execução	Questão 2
	Vantagens e desvantagens do modelo empresarial	Questão 11
Implementação do Modelo Empresarial	Avaliação, estabelecimento e discussão de objectivos	Questão 3
	Gestão por contratos / Responsabilização	Questão 4
	Qualidade <i>versus</i> controlo de custos	Questão 5
	Desenvolvimento profissional e meritocracia	Questão 7
	Eficiência operacional e económico-financeira	Questão 7
	Critérios políticos e corporativos / componente profissional de gestão	Questão 9
Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde	Empresarialização hospitalar e continuidade do modelo	Questão 10
	Burocracia <i>versus</i> autonomia e agilidade	Questão 6
	Quebra com modelo anterior	Questão 8
	Direito à protecção da saúde	Questão 12 - 1)
	Igualdade no acesso	Questão 12 - 2)
	Caminho para o futuro do sistema de saúde	Questão 12 - 3) e 4)

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 6 – Grelha de análise de conteúdos para Directores Clínicos e Enfermeiros Directores

Categoria	Temática	Questão
Impacto do Modelo Empresarial	Equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados	Questão 1
	Produtividade	Questão 2
	Participação dos Profissionais / Responsabilização pela execução	Questão 3
	Vantagens e desvantagens do modelo empresarial	Questão 13
Implementação do Modelo Empresarial	Gestão de Recursos Humanos: Direito Privado <i>versus</i> Direito Público	Questão 4
	Avaliação, estabelecimento e discussão de objectivos	Questão 5
	Gestão por contratos / Responsabilização	Questão 6
	Qualidade <i>versus</i> controlo de custos	Questão 7
	Desenvolvimento profissional e meritocracia	Questão 8
	Eficiência operacional e económico-financeira	Questão 8
Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde	Critérios políticos e corporativos / componente profissional de gestão	Questão 12
	Empresarialização hospitalar e continuidade do modelo	Questão 9
	Burocracia <i>versus</i> autonomia e agilidade	Questão 10
	Quebra com modelo anterior	Questão 11
	Direito à protecção da saúde	Questão 14 - 1)
	Igualdade no acesso	Questão 14 - 2)
Caminho para o futuro do sistema de saúde	Questão 14 - 3) e 4)	

Fonte: Elaboração própria.

Em seguida procedeu-se à análise de cada uma das temáticas, seguindo a ordem por que aparecem descritas no quadro 6. No final da apresentação de cada uma das categorias é efectuada uma análise da autora, que sintetiza a sua percepção global acerca das perspectivas dos seus entrevistados, até porque o contacto com estes não se esgotou nas entrevistas transcritas, tendo sido estabelecido um diálogo, no seguimento das mesmas.

3.1. Categoria 1: Impacto do modelo empresarial

Ao nível do impacto do modelo empresarial entendeu-se que era indispensável abordar questões acerca dos objectivos centrais das políticas de saúde, tais como a equidade, a eficiência, a economia e a eficácia, bem como a produtividade, a participação dos profissionais na definição dos objectivos estratégicos da organização e por fim, as vantagens e desvantagens do modelo percebidas pelos entrevistados.

3.1.1. Temática: Equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados

Conforme vimos no ponto 3 do capítulo II, as Políticas de Saúde têm como objectivos primordiais a equidade e a eficiência, tanto técnica como económica.

De acordo com os objectivos enunciados entendeu-se que era pertinente questionar os entrevistados se consideravam ser o modelo empresarial o mais adequado para estabelecer o equilíbrio desejado entre os objectivos da equidade, economia, eficiência e eficácia.

A este respeito **A** afirma-nos que é sem dúvida este o modelo em que “...*se equacionam estes objectivos quase em simultâneo...*”, ao passo que **B**, sem nunca nos dizer se considera ser este o modelo mais adequado para obter tal equilíbrio, fala numa “...*linguagem de gestão...*” não usual há uns anos atrás, salientando o facto de, presentemente, existir uma maior consciencialização para o controlo de custos.

À semelhança de **A**, também **C** concorda que este é o modelo que reúne melhores condições para estabelecer o equilíbrio desses itens. Todavia, o mesmo entrevistado coloca reservas quanto ao cumprimento do que se encontra estabelecido legalmente para o seu cumprimento, quando afirma “... *se realmente fosse cumprido de acordo com aquilo que a própria lei estabelece, teria todas as condições para haver equilíbrio...*”. Entende que a falta de cumprimento ou o cumprimento parcial do que está estabelecido na lei, como diz, se prende com diversos problemas, nos quais se incluem as questões orçamentais, nomeadamente as medidas restritivas que têm sido impostas.

D, além de considerar que a legislação publicada é vasta, entende que ao nível do HSM a sua aplicabilidade tem sofrido alguns constrangimentos, justificados por cultura dominante na instituição, resistente à mudança. Também justifica estas dificuldades com o facto de os “...*actores nem sempre adoptaram as estratégias mais adequadas...*”.

Tal como **B**, o entrevistado **E** remete-nos para a “...*perspectiva empresarial...*” não perceptível há 15 anos atrás, em que à semelhança de uma entidade empresarial privada se visa a obtenção de resultados. Relativamente ao equilíbrio entre os objectivos enunciados considera que cabe a uma “...*boa gestão...*” o seu equilíbrio. Termina afirmando que de facto é este o modelo adequado quando responde “...*sim, disso não tenho dúvida...*”.

Para o administrador **F** há que separar o objectivo da equidade dos restantes 3 enunciados na questão, pois ao nível da equidade considera que tanto o modelo de SPA como o modelo empresarial respeitam o que está consagrado na CRP e nos Estatutos do SNS “...ambos respeitam a liberdade de acesso, a gratuitidade ou tendencialmente gratuitidade para os acessos...”.

Relativamente à eficiência, economia e eficácia, pode ou não haver diferença comparativamente ao modelo anterior. Para **F**, aquando da introdução do modelo empresarial, estava-se perante “...uma dicotomia que existia entre o público e o privado, considerava-se que os privados geriam melhor...”. Entendendo-se que os privados geriam melhor, haveria que “...estender ao SNS a faculdade de o SNS poder gerir com as mesmas armas que o sector privado...”, não o privatizando, daí que se tenham constituído os hospitais-empresa, “...libertos de uma série de constrangimentos de ordem legal que são impostos ao SPA...”. Considera este administrador que estavam assim reunidas condições que permitiriam maior celeridade, menor burocracia e maior eficiência.

É, ainda, apontado um exemplo elucidativo da forma como hoje a gestão de um hospital-empresa é, de facto, mais célere e autónoma, referindo-se à negociação directa.

No entanto, e à semelhança de **C**, aponta a actual conjuntura económica e as consequentes medidas restritivas como um entrave, nomeadamente no que respeita a contratações, levando a que os hospitais empresa estejam “...quase sujeitos às mesmas restrições/regras do SPA...”. No que respeita a eficiência, economia e eficácia entende que estes hospitais tiveram muito melhores condições que os outros.

Para o Clínico **G**, concordando que as políticas de saúde se centram nestes objectivos, considera que as medidas implementadas não têm sido as mais adequadas. Todavia, entende que com o modelo empresarial há uma maior preocupação para com os mesmos.

Por fim com **H**, também considerando ser este melhor modelo, ouvimos pela primeira vez falar na obtenção de lucros, o objectivo por excelência de qualquer entidade privada. Transpondo esta questão para o sector da saúde e, muito em especial, para o caso dos hospitais-empresa, este administrador considera que este modelo deverá ser moderado relativamente a este objectivo, pois como refere, desse ser dada “...preferência, a uma equidade assistencial generalizada...”. Subentende-se aqui uma referência à filosofia de base do SNS quando se fala em equidade e

assistência generalizada, ou seja, a entender-se que a filosofia empresarial vise o lucro, mas sem equidade seja posta em causa.

3.1.2. Temática: Produtividade

A este respeito entendeu-se que a questão *“Como profissional de saúde, que exerceu um cargo de gestão, considera que com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade?”*, apenas deveria ser colocada aos Directores clínicos e Enfermeiros Directores, precisamente porque são profissionais de saúde, e não profissionais do sector da saúde ou do Ministério da Saúde.

Considerou-se que era pertinente averiguar se estes profissionais tinham a percepção de um aumento da produtividade por via da introdução do modelo empresarial.

Das quatro entrevistas obtidas ressalta, numa primeira análise, que não foi notado um aumento da produtividade por estes profissionais desde a introdução do modelo.

Logo à partida **B** e **G** afirmam *“...não senti isso...”* e *“...não, não considero...”*.

No entanto, para **C** e **D** pode haver um aumento da produtividade associado a este modelo.

Para **C**, *“...pode haver um aumento da produtividade, não é forçoso que haja...”*, pois como refere, de um ano para o outro, quando se chega à fase de estabelecer as metas quantitativas, em termos de orçamentos, a tendência será a de atingir um maior valor em termos quantitativos e qualitativos.

Para **D**, o eventual aumento da produtividade, bem como da eficiência e da qualidade estará dependente de uma adequada aplicação dos instrumentos disponíveis. Depreende-se aqui que **D** profere o termo *“...instrumentos...”* para se referir a um conjunto de procedimentos já previamente estabelecidos, alguns legalmente, que permitiriam ganhos ao nível da eficiência, da economia e até da eficácia.

A respeito da falta de adequada aplicação destes instrumentos, **D**, à semelhança do que vai acontecendo com outros entrevistados, refere-se à questão cultural. Para ele, a Guarda (para fazer referência ao HSM) *“...tem efectivamente uma grande dificuldade que é preciso ultrapassar que é a cultural...”*.

3.1.3. Temática: Participação dos profissionais/Responsabilização pela execução

Ao nível de envolvimento dos profissionais na definição dos objectivos do HSM, questionaram-se os colaboradores deste estudo no sentido de averiguar de uma maior participação dos profissionais na definição dos objectivos da instituição, desde que foi introduzido o modelo empresarial.

A, referindo que teve uma curta passagem pelo HSM, afirma que foi uma questão que nunca se lhe colocou, pelo que depreendemos que não foi notório o envolvimento dos profissionais na definição dos objectivos da instituição, canalizando ainda a sua resposta para a questão da avaliação dos profissionais, classificando o anterior modelo de “...rígido, impessoal...”.

Por sua vez, **B** concorda com essa participação, mas refere-se especificamente aos profissionais de enfermagem, carreira profissional à qual pertence, e que ao longo dos últimos anos considera ter sido mais requisitada neste sentido, por lhe ter sido reconhecida maior importância. Também **E** foca o aspecto da maior representatividade dos profissionais, não apenas no caso da enfermagem, generalizando essa participação referindo que “...há hoje uma inquestionável interacção entre os profissionais...”.

Por sua vez, **C** e **D**, concordam que de facto existe um grande empenho dos profissionais. **C** afirma que não se trata de um envolvimento recente quando nos diz “...o HSM e os profissionais que trabalham nele envolveram-se sempre muito...” e sem o qual não teria sido possível atingir determinados objectivos da instituição. E para demonstrar este grande envolvimento assemelha o seu desempenho no HSM à gestão que cada um deles faz da “...sua casa...”. Já **D**, justifica esta “...maior interacção com os profissionais...” com o facto de actualmente as administrações estarem “...mais focadas para uma gestão mais profissional...”.

Para os restantes entrevistados, **F**, **G** e **H**, esse envolvimento não existe, se bem que por razões diferentes. Se para **F**, isso se deve “...ao nível da orgânica dos serviços...” cuja dinâmica é muito similar à que existia anteriormente”, já **G** aponta para uma falta de comunicação interna, que leva a que os profissionais desconheçam “...os objectivos dos Conselhos de Administração...”, continuando os profissionais a desempenhar as suas funções da mesma forma que faziam alguns anos antes, adiantando ainda, que “...nunca houve reuniões com os directores dos serviços...”. Para **H**, a razão de não haver um maior envolvimento dos

profissionais reside na cultura existente que considera tornar “...*muito difícil a implementação de novos paradigmas...*”. Novamente somos confrontados com a questão cultural.

3.1.4. Temática: Vantagens e desvantagens do Modelo Empresarial

As vantagens associadas ao modelo empresarial superam, desde logo, as suas desvantagens, pelo menos na percepção dos nossos entrevistados. Entendeu-se que em dois quadros seria mais fácil de as sintetizar e visualizar.

Quadro 7 - Vantagens do Modelo Empresarial

Entrevistado	Vantagens
A	<p>Maior celeridade na tomada de decisões</p> <p>Maior consciencialização no uso dos recursos disponíveis</p>
B	<p>Maior preocupação com o controlo orçamental</p> <p>Maior responsabilização</p> <p>Informação atempada sobre indicadores de desempenho</p> <p>Evolução das TIC que facilitou o acesso a muita informação</p> <p>Possibilidade de o utente reclamar de um serviço e obter resposta num curto espaço de tempo</p>
C	<p>Maior autonomia de decisão</p> <p>Decisões mais rápidas e céleres em termos de contratualização</p> <p>Negociação directa</p> <p>Criação de economias de escala</p>
D	<p>Permitir que um doente nunca saia do sistema integrado de cuidados</p> <p>Ascensão dos Enfermeiros-Chefes à liderança das UCC</p>
E	<p>Celeridade nos processos de recrutamento</p> <p>Negociação directa, sem grandes burocracias</p> <p>Informação atempada sobre indicadores de desempenho</p>
F	<p>Desburocratização</p> <p>Maior eficácia de gestão</p>
G	<p>Desburocratização</p>
H	<p>Negociação directa com os profissionais de saúde relativa a contratos de prestação de serviços, produção e objectivos</p>

Fonte: Elaboração própria

Quadro 8 - Desvantagens do Modelo Empresarial

Entrevistado	Desvantagens
A	Interesses instalados
E	Clientelismo
F	Perda de alguma transparência nos processos públicos
G	Promiscuidade entre gestores e amigos, e os amigos dos amigos, e os amigos dos amigos dos amigos

Fonte: Elaboração própria

Conforme se pode verificar pela análise dos quadros 7 e 8, todos os entrevistados associam vantagens ao modelo empresarial, o que nem sempre sucede com as desvantagens que são efectivamente menores.

D entende que o facto de acordo com a concepção integrada em que o HSM se encontra presentemente inserido, a ULS Guarda, constitui uma enorme vantagem o facto de “...*permitir que o doente nunca saia do sistema...*”. Trata-se de uma organização que engloba as três vertentes de cuidados: primários, diferenciados e continuados. Assim, é possível que a informação acerca de um doente circule entre estas três vertentes evitando-se assim custos de repetição de exames ou entrevistas. **D** chega mesmo a referir que esta é a maior vantagem associada ao sistema do qual agora o HSM faz parte e que “...*deveria ser muito mais explorada...*” e “...*deveria até constar da visão estratégica da instituição...*”.

Ainda relativamente à percepção do entrevistado **D**, salienta-se o facto de este considerar que o facto de a liderança das UCC estar a cargo de um enfermeiro-chefe representa uma vantagem, pois considera que há aqui uma subtil intenção de controlar o monopólio detido pela classe médica, o que a seu ver trará vantagens ao sistema.

Para **G**, que considera a desburocratização a maior vantagem associada a este modelo, revela-nos que, em termos práticos, o nível dos procedimentos burocráticos até aumentou.

Relativamente a desvantagens, fica claro pela análise do quadro 8, que a “...*perda de alguma transparência nos processos públicos...*” conforme **F** refere, tem um risco acrescido com o modelo empresarial. Para **A**, este risco é agravado pela proximidade do poder de decisão. **G**

utiliza mesmo a expressão “...promiscuidade entre os gestores e os amigos, e os amigos dos amigos, e os amigos dos amigos dos amigos...”.

Considerando que as desvantagens apontadas por **A**, **E**, **F** e **G** se resumem à falta de transparência nos processos, é **H** que aponta uma desvantagem distinta dos restantes entrevistados, a qual não aparece enumerada no quadro anterior conforme a seguir se explica.

Para este administrador, a grande desvantagem encontrada está associada à desmotivação de parte dos profissionais. Novamente, ao longo das entrevistas realizadas somos confrontados com questão cultural, se bem que neste caso o entrevistado refira a “...cultura pública...” e não especificamente o caso do HSM, como sucede das restantes vezes. Para **H** está enraizada uma cultura que é pouco permissiva “...à implementação de novos desafios...”, daí que muitos dos profissionais acabem por se sentir desmotivados.

Esta desvantagem apontada por **H** não aparece inserida no quadro anterior por não se considerar que se trata de uma desvantagem associada ao modelo empresarial em si, pois não foi por força deste que a cultura de que **H** fala, se instalou.

3.1.5. Categoria 1: Impacto do modelo empresarial (Quadro Síntese)

De acordo com a percepção da autora do estudo classificaram-se as opiniões dos entrevistados de acordo com as afirmações constantes do quadro seguinte.

Quadro 9 – Categoria Impacto do Modelo Empresarial

<i>Impacto do Modelo Empresarial</i>	Classificação							Média da Temática
	1	2	3	4	5	6	7	
O modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre os objectivos de equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados.	3		3	2				2,50
Com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade.				2			2	5,00
Com o modelo empresarial houve uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais no estabelecimento dos objectivos da organização.	3		1			2	2	4,00
O modelo empresarial tem vantagens.	5	3						1,38
O modelo empresarial tem desvantagens.		2	3	2		1		3,38
Média da categoria								3,25
<i>Legenda:</i>	1 - Totalmente de acordo		5 - Discorda com algumas reservas					
	2 - Concorda com algumas reservas		6 - Discorda com muitas reservas					
	3 - Concorda com muitas reservas		7 - Totalmente em desacordo					
	4 - Não concorda nem discorda							

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a leitura que pode ser feita do quadro anterior, pode-se concluir que de uma forma geral, os entrevistados concordam que de facto o modelo empresarial é aquele que se mostra mais adequado no estabelecimento do equilíbrio dos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia, colocando apenas algumas reservas, que de acordo com o que foi analisado anteriormente respeitarão sobretudo ao facto de não haver um cumprimento estrito das disposições legais, bem como as restrições financeiras e orçamentais que dificultam a sua implementação.

Ao nível da produtividade, tendo a questão relativa a esta temática subjacente o indicador de nível de actividade /tempo de produção, pode-se concluir que não foi perceptível o seu aumento por parte dos profissionais de saúde envolvidos neste estudo, se bem que alguns consideram que ela pode ter existido.

Do ponto de vista da participação dos profissionais na definição dos objectivos da organização, as opiniões, à semelhança do que se tentou transmitir no ponto 3.1.3 dividem-se. Se por um lado, há entrevistados (nomeadamente profissionais de saúde) que consideram que tem havido um grande envolvimento dos profissionais, por outro lado, encontramos opiniões muito divergentes, no sentido de que essa participação nunca se efectivou, ou, se existiu, pelo menos os profissionais não tiveram conhecimento dela. Curiosamente estes últimos profissionais pertencem ao grupo dos administradores, o que vem em parte contrariar a ideia inicial da autora, pois quando se pensou colocar a questão de forma diferenciada aos dois grupos de entrevistados pensava-se que o grupo dos administradores iria confirmar que os profissionais eram chamados a participar e que o grupo de profissionais de saúde iria afirmar que tal não era verídico. Curiosamente conclui-se o contrário.

Quanto a vantagens e desvantagens do modelo empresarial, parece ficar claro que do ponto de vista das primeiras elas são apontadas com relativa facilidade, incidindo sobretudo na celeridade, na autonomia, na desburocratização, na negociação directa e na consciencialização para um uso eficiente dos recursos. Relativamente a desvantagens, apenas alguns dos entrevistados as reconhecem e estas são significativamente menores, quando comparadas com as vantagens que reconhecem ter trazido o modelo. No entanto, a desvantagem mais vezes apontada é a da falta de transparência em determinados procedimentos, devido a interesses instalados.

Numa perspectiva global, pode-se considerar que ao nível do impacto do modelo empresarial no HSM, os seus profissionais consideram-no positivo, se bem que atendendo a algumas limitações ou constrangimentos que reconhecem ao modelo, a sua opinião contém bastantes reservas.

3.2. Categoria 2: Implementação do modelo empresarial

No sentido de avaliar a percepção dos entrevistados acerca da forma como foi implementado o modelo empresarial, considerou-se que era pertinente avaliar as questões relativas à alteração introduzida ao nível da gestão de recursos humanos, do modelo de avaliação dos profissionais, de alguns dos objectivos da nova cultura de gestão que se tenta introduzir na AP (desenvolvimento profissional e eficiência), da qualidade e do controlo de custos, bem como dos critérios políticos e dos critérios políticos e da componente profissional.

3.2.1. Temática: Gestão de recursos humanos: Direito Privado *versus* Direito Público

À semelhança do que sucedeu com a questão relativa à produtividade, também no que respeita à adopção das regras de gestão privada no âmbito da gestão de recursos humanos, se entendeu que a questão deveria ser colocada apenas a Directores Clínicos e Enfermeiros Directores.

A este respeito **B** e **C** referem que não sentiram a mudança a título pessoal, o que em parte se deve ao facto de serem funcionários pertencentes ao quadro de pessoal do HSM há muitos anos, pelo que não foram directamente abrangidos pela mudança das regras de contratação de pessoal.

Todos os entrevistados reconhecem o facto de se estar perante regras do domínio do direito laboral bastante distintas daquelas por que eles próprios foram admitidos, sem que no entanto, à excepção de **G**, tenham mostrado a sua (dis)concordância com a mudança.

C, embora tendo referido que não sentiu essa mudança a título pessoal diz-nos que a sentiu “...no aspecto da contratação do próprio pessoal que tem regras diferentes...”.

Para **D**, apesar de não se posicionar o funcionário público “...pode ter a sensação de mais estabilidade e segurança, mas isso não passa de uma sensação...”, pois com os instrumentos disponíveis “...há condições neste momento de arredá-lo do desempenho de funções...”, pelo que considera que a tal sensação, não passa de isso mesmo. Este entrevistado acaba por

transmitir alguma concordância com a mudança na medida em que considerando que o código de trabalho permite maior flexibilidade para a gestão, acaba por obrigar os funcionários a estar “...um pouco mais atentos e alerta para cumprirem os objectivos que lhe sejam solicitados...”.

Bastante divergente é a opinião de **G**, que se mostra bastante incomodado pelo facto de não terem sido informados os profissionais mais antigos de que iria haver alterações no sistema de contratação, e até de lhes ser dada a oportunidade de optarem pelo novo modelo, à semelhança do que sucedeu há muitos anos quando “...houve uma alteração para o regime de trabalho e fomos chamados individualmente...”, para serem informados dessa alteração e dada a oportunidade de optarem pelo regime que lhes fosse mais favorável.

Para **G**, contrariamente ao que **D** afirma, os profissionais antigos sentem-se discriminados devido à falta de informação, levando a que muitos dos profissionais acabem por constatar que elementos mais recentes na instituição dispõem de condições muito mais favoráveis, especialmente no que respeita a questões remuneratórias, o que causa algum mau estar entre colegas.

No âmbito da contratualização a que os serviços recorrem, salienta-se a expressão de **A** “...O seu serviço é um serviço público mas eles são privados...”, para explicitar o facto de o HSM prestar um serviço público, mas com profissionais contratados através de empresas de trabalho temporário que contratualizam com a instituição a prestação de serviços.

3.2.2. Temática: Avaliação, estabelecimento e discussão de objectivos

Relativamente à nova modalidade de avaliação dos profissionais entendeu-se que a questão deveria ser colocada de forma diferente aos dois grupos entrevistados, para que se pudesse verificar se a perspectiva dos profissionais de saúde (neste caso não os considerando como profissionais que tiveram um cargo de gestão) e dos administradores era coincidente.

Se *a priori* se pensava que os administradores iriam afirmar que os profissionais foram de facto chamados a intervir aquando da definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação, e que por sua vez os Directores Clínicos e Enfermeiros Directores enquanto profissionais de saúde iriam negar ou diminuir a sua intervenção, tal não sucedeu.

Apenas o Administrador **H** confirma a participação dos profissionais com a expressão “...sim foram sempre chamados a participar...”. **A** e **E**, nunca confirmando se existiu ou não essa

participação dos profissionais, optam por mencionar o facto de a introdução do novo modelo de avaliação dos profissionais não ter criado grande resistência por parte dos profissionais, que esta foi relativamente pacífica, o que contraria as suas expectativas iniciais, pois conforme referem “...tudo o que altera a rotina de muitos dos funcionários públicos é um verdadeiro dilema...” (A) e “...no que toca a beliscar direitos adquiridos e afins, os funcionários públicos unem-se logo...” (E).

Para F, outro Administrador, apenas em termos teóricos os profissionais são chamados a definir os objectivos, pois em termos práticos acaba por tal não ter impacto no quadro de referência estratégico da instituição. F alerta inicialmente para o facto de, no caso concreto do SIADAP, este não abranger determinadas carreiras profissionais (casos da enfermagem e medicina). E, relativamente ao SIADAP considerando que se trata de um modelo criado “...na altura certa e mais ou menos da forma certa...”, pode não ser perfeito mas é bom, se bem que o excesso de regulamentação o tornou moroso e complexo, pelo que “...depois as pessoas não o compreendem e aceitam...”.

No caso do HSM, bem como na maior parte dos organismos públicos, conforme refere F, “...teoricamente...” no início do ano o CA deveria ouvir os serviços e “...fazer um quadro anual de referência (...) de objectivos para o chamado QUAR...”. Aponta-nos três níveis de objectivos que funcionam em cascata: os objectivos estratégicos da instituição (QUAR), os objectivos dos serviços e os objectivos dos profissionais desses serviços. Para F, atendendo a que o CA não considera o QUAR uma prioridade, considera que se o primeiro nível “...não está a funcionar bem, que é o QUAR, que nasce no CA, tudo o resto vai falhar...”. E embora um pouco renitente, F acaba por usar a expressão “...aquilo é um pouco... “cozinhado”...”.

Do ponto de vista do outro grupo de profissionais entrevistado, numa primeira e superficial análise reparamos que metade dos entrevistados opta por nunca dizer concretamente se como profissional interveio na discussão dos objectivos subjacentes à sua avaliação, e a outra metade, afirma de forma directa que nunca participou ou reparou que outros profissionais tivessem participado.

À semelhança de B, que diz que “...nunca me apercebi se assim foi...” e que não sentiu diferença com este modelo, G afirma que nunca foi chamado (se bem que a sua classe profissional não é abrangida pelo SIADAP, tem mecanismo próprio de avaliação), nem tem conhecimento de que algum profissional tenha sido chamado a colaborar. Na sequência da sua

resposta relativamente aos objectivos estratégicos da organização, acerca dos quais disse não estar informado, termina referindo que a não participação na definição dos objectivos individuais não constitui uma surpresa, pois “...nem os objectivos, a estratégia desta casa no todo, dos serviços, quanto mais individualmente...”.

Por sua vez **C** e **D**, nunca chegaram a afirmar se tinha ou não existido discussão dos objectivos por parte dos profissionais. **D** reconhece que depois de definidos os objectivos estratégicos da instituição, devem os profissionais “...ser alertados para o seu cumprimento, pelo que devem eles também contribuir para os atingir...”, se bem que neste caso concreto não diz se tal aconteceu e **C**, acaba por referir que para os “...novos funcionários (...) pode não ser esse o modelo de avaliação...” e que no caso da enfermagem já foi efectuada uma revisão do seu modelo de avaliação, mas cuja regulamentação ainda não está em prática.

3.2.3. Temática: Gestão por contratos versus responsabilização

Com a adopção do modelo empresarial, abandonou-se a gestão hierárquica que caracterizava o modelo anterior. Passa a gestão a basear-se em contratos.

De acordo com os objectivos previamente definidos e contratualiza, dos foram questionados os entrevistados acerca do eventual aumento da sua responsabilização pela execução.

A este respeito parece haver um consenso quase total em torno de um acréscimo de responsabilidade, se bem que **G** advoga que não se trata de um fenómeno recente, o da contratualização, pois considera que esta sempre foi feita, quando afirma “...Isso é uma falácia. Porque toda a vida houve contratualização (...) Portanto, dizerem que agora se faz isso, é uma falácia”.

Qualquer um dos restantes entrevistados usa expressões do tipo “...contratos que nos vinculam ao cumprimento de uma série de itens. Obviamente que nos responsabiliza muito mais...” (**A**), “...éramos responsáveis, claro, mas não tínhamos a responsabilidade de hoje...” (**B**) ou “...sentimo-nos mais responsáveis de facto, pois há uma meta, um caminho a percorrer, está definido...” (**D**).

C, reconhecendo um acréscimo de responsabilidade para os gestores, refere que estes estão presentemente limitados na sua actuação. Se com o modelo empresarial e a autonomia que o caracteriza os gestores públicos empresariais não estão obrigados a “...pedir autorizações para

determinado número de coisas...” com os actuais constrangimentos impostos acaba por essa autonomia ser menor ao que se previa inicialmente.

Por sua vez **E**, também concordando com o aumento da responsabilização dos gestores, alerta para o facto de o não cumprimento de um orçamento poder condicionar seriamente os orçamentos seguintes, aludindo aqui à questão dos orçamentos prospectivos. Faz ainda um reparo acerca das sanções para os gestores que têm maus resultados, cujas consequências considera não serem visíveis à opinião pública, percepção que em parte é partilhada por H quando reconhece o aumento da responsabilidade, mas afirma que “...a tutela não premeia nem pune quem falha ou quem supera os contratos de gestão...”.

A respeito de contratualização **F** explica que no início de cada ano a tutela “...gere com cada hospital o processo de contratualização desse ano...” e “...os hospitais que não cumprem deveriam ser penalizados e os hospitais que cumprem deveriam ser beneficiados...”, pois à semelhança do entendimento de **E**, pode condicionar os orçamentos seguintes. Apesar de se ter passado de orçamentos retrospectivos para orçamentos prospectivos, a grande parte do orçamento ainda advém do histórico.

Remetendo ainda, no decurso da sua explicação, para a questão da contratualização interna e de praticamente esta ser inexistente, **F** considera que aí reside a grande falha dos hospitais portugueses, pois os Conselhos de Administração não conseguem premiar os serviços cumpridores e penalizar os restantes, responsabilizando-os. Desta forma, o orçamento anual da instituição acaba por representar a soma dos orçamentos dos vários serviços, sem que posteriormente estes sejam penalizados pelo seu cumprimento ou incumprimento. Assim, considera **F** que não se trata de um acréscimo de responsabilidade na execução, mas sim de “...um acréscimo de responsabilidade (...) perante a tutela...” que é agora mais exigente na sua apreciação.

3.2.4 Temática: Qualidade versus controlo de custos

No que respeita a qualidade dos serviços prestados e ao facto de esta poder ser afectada pelo controlo de custos mais apertado a que os serviços estão sujeitos, ressalta numa primeira análise, a discordância da maioria dos entrevistados.

Alguns deles vão alertando ao longo do seu discurso para o facto de a preocupação com os resultados e os custos ser hoje muito maior. Para tal, evidenciam que tem sido feito um grande

esforço no sentido de sensibilizar os profissionais para os desperdícios e custos desnecessários, como **A** que utiliza a expressão “...houve de facto um caminho que se percorreu no sentido de os profissionais tentarem gerir melhor os meios/recursos ao seu dispor...”, ou **F** que refere que “...houve a necessidade, de ao longo destes últimos anos, sensibilizar os profissionais de saúde para o desperdício...”.

No que respeita ao declínio da qualidade dos serviços devido a restrições impostas pelo controlo de custos, quase todos eles, à excepção de **C** discordam, tendo sido usadas expressões como “...a qualidade ainda não sofreu grandes abalos...” (**D**) ou “...as restrições têm sido cada vez maiores (...) daí que se prejudiquem os cuidados de saúde, não vejo isso dessa forma...” (**E**).

O grande profissionalismo e dedicação dos profissionais de saúde do HSM são enaltecidos por praticamente todos, considerando que apesar das restrições a prestação de cuidados e a sua qualidade não têm sido afectados. Utilizam-se expressões como “...difícilmente um médico ou um enfermeiro, ou qualquer técnico, declinaria um determinado serviço, ou sentir-se-ia constrangido no recurso a determinados meios por questões economicistas...” (**A**), “...o bom médico ou enfermeiro continua a fazer o seu serviço com o mesmo carinho e dedicação...” (**B**), “...a cultura dos profissionais do SNS é tanta, que o médico, ou o enfermeiro ou o auxiliar não aceitam (...) deixar de fazer determinado serviço, de determinada maneira, porque eles aprenderam que é assim que se faz...” (**F**) ou “...não baixou porque os próprios profissionais não deixam que baixe...” (**F**).

Mas para **C**, as restrições financeiras acabam por ter impacto na qualidade dos serviços prestados, por muito que se tente não prejudicar, como refere “... fatalmente tem que se notar...”.

3.2.5 Temática: Desenvolvimento profissional e meritocracia

Relativamente à questão colocada sobre os objectivos subjacentes ao modelo empresarial, acerca de uma nova cultura de gestão que se procurou implementar, entendeu-se que a sua análise deveria ser feita, separadamente, para cada um dos objectivos enunciados. Relativamente ao objectivo do serviço prestado ao utente e sua qualidade, este não será aqui analisado por motivo dessa análise ser feita na questão relativa à qualidade dos serviços prestados.

Para **A**, se hoje há uma “...*enorme sensibilidade para a evolução pessoal e profissional...*” dos profissionais de saúde, já o mérito não é de todo reconhecido, fazendo ainda uma referência ao aspecto das nomeações políticas, como que o considerando o principal motivo para esta falta de reconhecimento. Opinião muito semelhante é a de **B**, tanto ao nível do desenvolvimento profissional como do mérito, considerando que de facto este não é premiado.

Do ponto de vista do mérito, **E** aponta os factores políticos como os grandes inibidores do seu reconhecimento, tal como **A**, quando conclui a sua resposta dizendo “...*aí está o mérito de que tanto se fala mas que a política teima em não deixar vingar!...*”.

Da análise à resposta de **C**, e porque este refere “...*não sei se estão a ser alcançados a 100%...*”, depreende-se que para este entrevistado os objectivos do desenvolvimento profissional e do mérito estejam a ser alcançados, mas não na sua plenitude, e à semelhança do que foi transmitindo relativamente a outras questões, volta a considerar que tal se deve aos “...*recursos escassos em termos económico-financeiros...*”.

D, por sua vez, entendendo que actualmente existem “...*ferramentas que nos permitem efectuar um recrutamento mais adequado de um profissional...*” entende que se promove o mérito e o desenvolvimento profissional.

Para o Administrador **F**, o desenvolvimento profissional e a meritocracia, “...*claramente que não...*” estão a ser atingidos. Considera que a criação dos hospitais-empresa permitiria, “...*em teoria...*”, premiar os bons profissionais, mediante a realização de contratos individuais de trabalho mais vantajosos, o que em termos práticos não sucedeu, funcionando a lei do mercado, da oferta e da procura. Fica assim, na sua opinião, o objectivo da meritocracia longe de ser atingido.

Por sua vez **G** limita-se a afirmar que “...*o mérito não é de todo reconhecido...*” e **H** apenas refere que a “...*a maioria das unidades hospitalares ainda tem muito a fazer...*”.

3.2.6 Temática: Eficiência operacional e económico-financeira

Ao nível da eficiência operacional e económico-financeira parece, *à priori*, que nenhum dos entrevistados considera que esta regrediu.

Todavia, à semelhança do que sucedeu com o desenvolvimento profissional e o mérito, para **H** no que respeita à eficiência operacional e económico-financeira, ainda há muito a fazer, opinião

que neste caso é partilhada por **D**. Já **G** acredita que esta “...tenha melhorado substancialmente...”, sem no entanto o poder afirmar por não ter à sua disposição “...estatísticas...” que sustentem tal afirmação.

A considera que se trata de um objectivo que deve “...estar presente nas decisões que se tomam...”, mas que nunca se podem descurar as questões éticas, até porque “...estamos aqui a falar de saúde...”.

Por sua vez **B**, prefere abordar o tema das listas de espera para se referir à eficiência operacional afirmando que há de facto melhorias substanciais quando diz “...essas melhoraram muito...”, o que em grande parte se deve á faculdade de o utente poder optar por ser intervencionado numa outra unidade de saúde.

Para **C**, e à semelhança do que ficou exposto no ponto anterior, a eficiência económico-financeira não estará a ser totalmente atingida, devido às restrições que actualmente são impostas.

Mas para **E**, se estes objectivos não foram atingidos “...deveriam...”, pois considera que a “...procura de eficiência é um dos motores deste modelo...”.

Por fim, **F**, considerando que “...a eficiência operacional e económico-financeira melhorou claramente...”, explica que houve uma grande pressão no sentido de os Conselhos de Administração limitarem o crescimento dos seus orçamentos, chegando a verificar-se reduções em alguns casos.

Para **F** “...os hospitais por causa dessa pressão têm vindo a reduzir o custo, a renegociar contratos com fornecedores, etc...” o que naturalmente levou a que se tornassem “...mais eficientes, digamos assim...”.

3.2.7 Temática: Critérios políticos e corporativos/componente profissional de gestão

A presença dos critérios políticos aquando da nomeação dos gestores de instituições como o HSM é inquestionável, assumindo-se a sua preponderância sobre a componente profissional, de acordo com a maioria das opiniões recolhidas.

Se para **A** e **E** é, em certa medida, aceitável a intervenção política por questões de confiança, já **B**, que usa a expressão “...a política é que mata isto...”, considera que pelo facto de os critérios políticos pesarem sempre mais as instituições são prejudicadas, pois perdem excelentes profissionais.

D tem uma opinião similar a **B**, considera que “...se exagera na politização dos serviços...”, com a agravante de neste caso se tratarem de “...serviços altamente técnicos e especializados e que não se compadecem com esta carga de nível político...”, se bem que entende que tenha de se respeitar a vertente política “...por causa da confiança e da implementação dos objectivos e das políticas do Ministério...”.

Já para **F**, não considerando este como um problema novo, têm vindo a diminuir os critérios políticos valorizando-se cada vez mais a componente profissional. Considera que se tem “...vindo a assistir a uma maior especialização, ou seja, os profissionais são cada vez mais bem dotados com habilitações e com experiência no ramo...”

Na opinião de **G**, não se entende a necessidade de mudar os gestores sempre que há mudança de governo., estabelecendo uma comparação com os restantes países da Europa onde isto não sucede.

Para o mesmo entrevistado, dado que “...os gestores, sendo uma carreira...” dever-se-iam manter nos cargos, tal como os outros profissionais quando muda o governo, até por uma questão de desempenho profissional, pelo que para este clínico, os gestores devem “...ter uma carreira, têm que ter estabilidade, para poderem render mais, para o trabalho deles ser mais rentável...”.

Por fim, **H** apenas se limita a concordar que de facto os interesses políticos e corporativos se sobrepõem à componente profissional de gestão.

3.2.8. Categoria 2: Implementação do modelo empresarial (Quadro Síntese)

À semelhança do que sucedeu na categoria anterior, elaborou-se o seguinte quadro síntese de classificação das opiniões dos entrevistados, de acordo com a percepção da autora.

Quadro 10 – Categoria Implementação do Modelo Empresarial

Implementação do Modelo Empresarial	Classificação							Média da Temática
	1	2	3	4	5	6	7	
Adoptam-se regras de gestão privada levando para o domínio do direito privado.			1	2			1	4,50
Os profissionais participaram na definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação.	1			4			3	4,75
Há maior responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados.	4	2				1	1	2,63
A preocupação com o controlo de custos prejudicou a qualidade dos serviços prestados.			1			1	6	6,25
Foi alcançado o objectivo do desenvolvimento profissional e meritocracia.		1	2		3	1	1	4,50
Foi alcançado o objectivo da eficiência operacional e económico-financeira.	1	1	6					2,63
Os critérios políticos sobrepõem-se à componente profissional de gestão.	4	1	2	1				2,00
Média da categoria								3,89

<i>Legenda:</i>	1 - Totalmente de acordo	5 - Discorda com algumas reservas
	2 - Concorda com algumas reservas	6 - Discorda com muitas reservas
	3 - Concorda com muitas reservas	7 - Totalmente em desacordo
	4 - Não concorda nem discorda	

Fonte: Elaboração própria.

Do ponto de vista da transição para o âmbito do direito privado, no que respeita à gestão de recursos humanos, depreende-se, pela análise do quadro anterior, que, no cômputo geral, os entrevistados ou não afirmam de forma directa se concordam ou não com essa transição ou então se o fazem, consideram que não concordam, se bem que apenas com algumas reservas. Esta posição, em parte, deve-se à opinião emitida por um dos entrevistados que discorda totalmente com o facto de os novos modelos de contratação não estarem à disposição de todos aqueles que ingressaram anteriormente nas carreiras.

Ao nível da avaliação dos profissionais e de o modelo empresarial pressupor a sua participação aquando da definição dos objectivos da mesma, a maioria dos entrevistados opta por não dizer se houve ou não efectivamente participação dos profissionais, enquanto que outra parte dos entrevistados considera que não houve mesmo participação. De salientar que apenas um dos entrevistados considera que os profissionais foram chamados a discutir esses objectivos.

Relativamente à responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente estabelecidos e contratualizados, a maioria concorda que esse acréscimo de responsabilidade é notório, se bem que dois entrevistados considerem que não existe esse acréscimo relativamente ao modelo anterior. Para um deles, de acordo com o que foi dito anteriormente, essa responsabilização tornou-se maior, não ao nível da execução, mas apenas perante a tutela.

Em torno da questão da qualidade e da possibilidade de esta estar comprometida com o controlo de custos que se tornou mais acentuado por via da introdução do modelo empresarial, há um grande consenso de opiniões. Quase todos os entrevistados consideram que a qualidade dos cuidados prestados não foi afectada. O único entrevistado que considera que essa qualidade pode estar a ser comprometida, remete a sua justificação para as actuais restrições.

No tocante aos objectivos da nova cultura de gestão adoptada, ao nível do objectivo do desenvolvimento profissional e da meritocracia, pode-se concluir que este objectivo não estará a ser atingido, sobretudo por força da falta de reconhecimento do mérito dos profissionais. Quanto ao objectivo da eficiência operacional e económico financeira, parece haver concordância de todos os entrevistados em que de facto este objectivo está a ser atingido, se bem que não na sua plenitude, conforme a classificação que consta do quadro anterior.

Inquestionável parece ser a sobreposição dos critérios políticos à componente profissional de gestão. De acordo com a informação obtida junto dos entrevistados é um facto que as nomeações para os órgãos de gestão recaem sempre sobre critérios políticos. Apesar de um dos entrevistados afirmar inicialmente que não concorda com a questão colocada, acaba por na sua explicação remeter exactamente para os critérios políticos que serão, a seu ver, a primeira condicionante para a escolha de um elemento para o órgão de gestão. Outros entrevistados consideram que há agora um maior cuidado e empenho em valorizar a componente profissional.

De acordo com a apreciação geral que consta do quadro 10, pode concluir-se que a implementação do modelo empresarial foi bastante conseguida.

3.3. Categoria 3: Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde

Entendeu-se que as temáticas que deveriam constar da categoria Reforma da saúde/Serviço Nacional de Saúde, deveriam abordar questões relacionadas com a empresarialização hospitalar e fim do SNS; com a burocracia existente antes da introdução do modelo e sua evolução; com os efeitos da quebra com o modelo anterior e, por fim, questões relacionadas com o direito à protecção da saúde, com a igualdade no acesso e o caminho que o sistema de saúde deverá seguir.

3.3.1. Temática: Empresarialização hospitalar e continuidade do modelo

Quando questionados os entrevistados acerca da empresarialização hospitalar e ao facto de esta poder levar o SNS para o seu fim, foi largo o consenso reunido. A grande maioria dos entrevistados discordou.

Tal como **A** que profere a expressão “...*de forma alguma...*” para mostrar a sua discordância com a questão colocada, **B** apesar de concordar que hoje é comum falar-se no fim do SNS, não acredita nele. Opinião que é também partilhada por **D**, se bem que considera que “...*há sempre resistência à mudança...*”.

Para **E**, um pouco à semelhança do que entende **F**, o modelo empresarial constitui uma forma “...*mais adequada de minimizar o desequilíbrio a que temos assistido ao longo dos anos...*”, referindo no final da sua resposta que “...*o fim do SNS não o aceito, ou melhor, não acredito nele...*”.

C, relativamente ao modelo empresarial, considera que “...*não é forçoso que isso acabe com o SNS...*”, se bem que considera que o modelo o poderá de certa forma limitar. No respeitante ao acesso dos cidadãos, considera que este está a ser limitado por força das restrições impostas, pois de acordo com o que estava inicialmente previsto em termos constitucionais deveria ser gratuito, tendo passado depois a ser tendencialmente gratuito. Actualmente, para **C** “...*as taxas moderadoras que estão em vigor é o co-pagamento...*”.

Para **F** o modelo empresarial não promove o fim do SNS, e considera que “...*pelo contrário...*”. Remete a sua explicação para o exemplo da aquisição de um lote de soro ou de uma obra no hospital. Relativamente à obra, com o modelo anterior teria de esperar, por exemplo 6 meses, cumprir uma série de regras, ao passo que com o modelo empresarial considera ser possível fazer a mesma obra, por um valor inferior e consegue iniciá-la num curto espaço de tempo. Desta forma tenta elucidar acerca das regras de que o sector privado dispõe que permitem agir com maior facilidade, considerando que “...*o privado é mais eficiente a gerir...*” e que “...*gere olhando para os custos...*”.

Ao longo da sua explicação, **F** faz ainda referência a questões como a da transparência que constituía o principal objectivo do conjunto de regras, leis e procedimentos que estavam estabelecidos desde as décadas de 70 e 80, pois na sua opinião para o legislador “...*o interesse na transparência e no rigor era superior ao interesse da eficiência económica...*”.

Para **H**, não é o modelo empresarial que promove o fim do SNS; apesar disso, promove outras formas de salvaguarda dos utentes, pelo que estes recorrem (por exemplo) a seguradoras, por forma a minimizarem os custos no acesso à saúde.

Já para **G**, o único entrevistado que de forma muito directa nos confia que de facto está a ser promovido o fim do SNS, considera que este “...fim do SNS começou quando deixou de haver carreiras médicas...”, o que para si é uma consequência deste novo modelo. Para este clínico, a explicação é a seguinte “...durante décadas, os médicos indiferenciados faziam consultas das velhinhas caixas, as consultas que eram reportadas à Segurança Social...”, e cabia a esta o seu pagamento. Depois, com a criação do SNS “...definiram-se as carreiras...”. Agora com o modelo actual os médicos “...não têm garantia nenhuma de que vão progredir na carreira...”. Teoricamente, as instituições continuam a funcionar, mas o facto de não haver progressão dos médicos, de não haver concursos e terem de prestar provas para atingirem o topo da carreira ou uma categoria intermédia leva a que a médio prazo a qualidade dos serviços prestados diminua. Portanto, para **G** “...porque acabam as carreiras, acaba o SNS...”.

No final da sua explanação, **G** acaba por considerar que a designação de Serviço Nacional de Saúde já nem sequer é a correcta pois o seu espírito foi desvirtuado. Para este clínico, “...a história que está na carta dos direitos das pessoas em Portugal, que é a Constituição, diz que o SNS deve ser tendencialmente gratuito e que deve abranger todas as pessoas, e por aí fora...”, mas actualmente o que verifica é que “...cada vez as pessoas têm de pagar mais para terem o direito ao SNS...”.

Refira-se, ainda, a que a este respeito **A**, não considerando que o modelo empresarial promova o fim do SNS, considera, no entanto, que “...não deve o SNS ser ultrapassado pelo privado prestador de serviços de saúde...”, pelo que deve ser fortalecido, dotado de todos os meios para poder “...servir adequadamente a sociedade...”.

3.3.2. Temática: Burocracia versus autonomia e agilidade

A burocracia associada ao Sector Público administrativo (SPA) tenderia a diminuir por força da adopção do modelo empresarial.

Relativamente à afirmação efectuada “Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.”, as opiniões divergiram.

Para **A** “...sem dúvida que foi sentida...” a autonomia, tendo os Conselhos de Administração sido dotados de um grande poder de decisão. Também **B** refere que actualmente “...as decisões chegam mais rápido...” e são tomadas internamente. Já **C** especifica os casos em que sentiu a autonomia quando refere “...mais independentes em termos de contratações aos vários níveis, de contratos portanto de pessoal, de contratos de aquisição de material e equipamentos...”.

D utiliza o exemplo do recrutamento de pessoal e dos inevitáveis procedimentos para demonstrar que é bastante notória a diferença, pois conforme disse “...Para fazer um concurso, (...) chegávamos a demorar, não por limitações do júri, mas por limitações do processo em si, 3 anos (...) com as ferramentas que existem, nós podemos fazer o concurso, com a autonomia que temos, em 3 meses...”. Conclui a sua resposta afirmando que “...a flexibilidade é efectiva...”.

Para **E**, fazendo referência à negociação directa resultante da autonomia que agora os serviços têm, aponta para a questão da redução dos custos; tal também será referido por **C** e **F** no aspecto das actuais restrições. **E** refere no final que “...há efectivamente uma considerável melhoria no decorrer de qualquer processo...”.

Para **C**, de facto a autonomia é inquestionável, mas esta fica “...limitada pela capacidade financeira...”, concluindo que com mais recursos financeiros a independência seria bastante maior.

Para **F**, de facto em termos teóricos deveria existir mais autonomia, mas de acordo com a opinião de **C**, houve um “...retrocesso derivado do controlo orçamental que nós estamos a viver...”.

Apenas **G** e **H** referem que não concordam com esse aumento da autonomia e da agilidade, em detrimento da burocracia existente. **G**, no seu dia-a-dia, agora de Director de Serviço, não sente nenhum benefício, daí que questione o porquê de uma suposta maior agilidade.

Salienta-se o facto de alguns dos entrevistados, nomeadamente **A** e **D**, fazerem referência às evoluções tecnológicas, que não sendo uma consequência directa da aplicação do modelo empresarial, também contribuíram para um efectivo aumento da celeridade dos processos.

3.3.3. Temática: Quebra com o modelo anterior

Relativamente à transição para o modelo empresarial consideram quase todos os entrevistados que esta foi progressiva, pacífica e por vezes até lenta.

Deparamo-nos com expressões como “...fomo-nos adaptando...” (A), “...a mudança foi-se sentindo...” (A), “...uma passagem pacífica, progressiva, lenta, mas acompanhando os objectivos...” (C), “...o que nos levou a ir progressivamente adoptando novos métodos...” (D), ou “...foi-se alterando...” (G).

Apesar de E não dizer de forma concreta que essa mudança foi rápida, acaba por mencionar que “...têm sido tempos de alterações significativas...”.

Se bem que G considere que a transição foi progressiva aponta o início da década do ano 2000 como a data em que todo o processo se acentuou.

F, por sua vez, considera que “...foi uma revolução, que veio abalar completamente...”. Fazendo uma pequena retrospectiva histórica da sua incursão na carreira, afirma que “...efectivamente, em 2002/2003 houve uma revolução que foi a criação dos hospitais-empresa...”, o que considerou ser “...uma mudança de paradigma, absoluta!...”, “...uma mudança radical (...) feita ali em 2/3 anos...”.

Mas, de acordo com as opiniões recolhidas noutras entrevistas, referiu-se que esta não deixava de ser uma posição curiosa, já que os restantes entrevistados consideravam ter sido uma mudança progressiva. F responde que considera que se tratou de uma mudança “...abrupta...” pois para si “...é abrupto mudar as regras como mudaram as regras nesta década. Para mim eu já considero isso abrupto...”.

Refere que a cultura dos hospitais no ano 2000 era sensivelmente igual à que existia na década de 80 e que “...a cultura hoje já não tem nada a ver com a cultura de há 10 anos...”. Para si, há hoje uma maior preparação “...para olhar para os custos...” e para usar determinados termos de gestão desconhecidos até então ao nível da gestão hospitalar. Uma das mudanças que considera mais significativas respeita à questão orçamental pois até “...há uns anos atrás os Conselhos de Administração tinham aquela dieta de imposto que era o Orçamento de Estado. E isso era quase indiferente, se o défice era de 1 milhão ou 2 milhões, porque era o Estado que iria pagar...”, o que hoje não sucede.

Ainda relativamente a comparações com o modelo anterior, F ao terminar a sua explicação refere que “...a gestão hospitalar tornou-se mais exigente e mais parecida com a gestão privada e menos com o Provedor da Misericórdia! Tornou-se muito mais moderna, muito mais parecida com o que é a gestão de uma empresa...”.

3.3.4. Temática: Direito à protecção da saúde

Esta foi outra das questões em que gerou grande concordância entre os entrevistados.

À excepção de **G**, pode mesmo dizer –se que não consideram que é o modelo empresarial que está a desvirtuar o direito constitucional à protecção da saúde, se bem que **A** comece por dizer que, em certa medida, concorda que o actual sistema o está a desvirtuar. No decurso da sua resposta encontram-se referências aos condicionalismos económicos e à reorganização dos cuidados de saúde primários.

B, não concordando com a afirmação feita na questão 14 – 1), remete a sua justificação para o facto de apenas os procedimentos serem diferentes quando afirma que “...*as contas e o controlo são feitos de outra forma...*”.

G, quando questionado, responde-nos de uma forma bastante efusiva “...*completamente desvirtuado...*”, não se alongando em explicações.

Dos entrevistados **E**, **F** e **H** obtivemos respostas muito directas, tais como: “... *de forma alguma...*” (**E**), “...*não, não...*” (**F**) e “...*não creio...*” (**H**).

Para **C**, também não é o modelo empresarial que está a por em causa esse direito, mas sim os “...*cortes cegos que são feitos à saúde...*”.

E aponta ainda para o facto de o direito à saúde ser um dever do qual o Estado não se alheará, pois tendo noção de que apesar de nem sempre as opções dos governos serem bem acolhidas pelos cidadãos tal não significa que esse dever seja abandonado, quando afirma “...*isso não quer dizer que se deixe de encarar o encargo de um estado com a saúde dos seus cidadãos...*”.

3.3.5. Igualdade no acesso dos cidadãos

A refere os condicionalismos económicos e a reorganização dos cuidados de saúde primários no sentido de nos elucidar acerca das formas como estão a ser colocados entraves ao igual acesso dos cidadãos. Todavia, quando nos fala de “...*questões económicas...*” ressalva o facto de não estar o seu discurso direccionado para as taxas moderadoras como condicionalismo económico, mas como agente moderador, como o próprio nome indica. Ainda relativamente aos cuidados de saúde primários refere este entrevistado a necessidade de alargamento da sua oferta, como

forma de manter um igual acesso aos serviços de saúde por questões de proximidade, mas também como mais um meio de ajudar a regular o acesso aos cuidados diferenciados.

B, por sua vez, considera que o acesso não está a ser igual para todos os cidadãos, o que não se deve ao modelo empresarial (à semelhança do que defende **D**) considerando este último que actual modelo veio só “...para facilitar um pouco a personalidade jurídica das contratações, quer aquisições de recursos humanos, quer de recursos materiais, equipamentos...”. **B** entende que com o modelo anterior a situação poderia ser consideravelmente pior, apontando as condições económicas da população como o factor que está a restringir a igualdade no acesso. Todavia para **D**, fazendo referência às taxas moderadoras, considera que estas de facto representam uma barreira económica para diminuírem a acessibilidade sendo que os indicadores já denotam essa limitação por esta via.

Na sequência do entendimento de **B**, o entrevistado **E** considera que a igualdade no acesso não está posta em causa pois “...qualquer cidadão, com ou sem recursos, tem lugar no SNS...” e que as taxas moderadoras apenas condicionam o acesso por exemplo a uma urgência hospitalar, conforme também **F** defende, evitando-se custos desnecessários quando o atendimento pode perfeitamente ser feito ao nível dos cuidados de saúde primários.

Por sua vez **C** defende que “...a igualdade de acesso não pode ser posta em causa...” e que o “...modelo em si promove a igualdade do cidadão...”, ao passo que **H** diz apenas que a igualdade no acesso “...não...” está a ser promovida.

Para os entrevistados **F** e **B**, não é o modelo empresarial que põe em causa a igualdade no acesso, mas sim as condições económicas em que vive a população.

Distinta é a opinião de **G**, na medida em que é muito claro ao afirmar que a igualdade no acesso não está a ser promovida justificando a sua opinião com a diminuição do número de consultas de urgência, de centros de saúde e de SAP. Este clínico considera que a continuar assim, voltaremos a ter hospitais públicos apenas frequentados por cidadãos sem possibilidades económicas, como o caso dos hospícios no tempo da Rainha D. Leonor, sobretudo frequentados por pobres e leprosos. Entende que a crise económica e financeira que assola o país aliada aos consideráveis aumentos recentemente verificados nas taxas moderadoras, levarão a que os cidadãos com alguma disponibilidade financeira comecem a optar por recorrer a serviços de saúde ministrados em unidades de saúde particulares, ou com protocolos com as suas companhias de seguros de saúde, ou onde possam ainda beneficiar de eventuais subsistemas de

saúde de que usufruam. Para concluir, na perspectiva de **G**, apenas acabarão por ficar no SNS cidadãos isentos de taxas moderadoras.

Alguns dos entrevistados fazem referência aos cuidados de saúde primários, considerando que a sua oferta deveria ser alargada. Para **D** a aposta nos cuidados diferenciados, “...é errada, erradíssima...”, pois tendo-se “...apostado nos cuidados de saúde primários teríamos poupado muito dinheiro, mas mesmo muito dinheiro...”.

3.3.6. Temática: Caminho para o futuro do sistema de saúde

O aperfeiçoamento ou ajustamento do modelo empresarial é apontado como a solução mais viável para a evolução do sistema de saúde, quando surgem expressões como “...ruptura não (...) há que evoluir...” (**A**), “...vão ter de ser limadas arestas...” (**B**), “...penso que tem espaço para progredir...” (**D**) ou “...sem dúvida. Este modelo veio para ficar...” (**E**).

Para **C** existe o risco da privatização, pois considera que a actual “...tendência é para privatizar o mais possível...”.

F refere que a “...despesa pública em saúde tem aumentado sensivelmente ao dobro do crescimento do resto da despesa orçamental...”, o que leva a que seja exercida grande pressão sobre os Ministros da Saúde, deputados e outros políticos no sentido da contenção de custos. **F** considera que, de facto, “...o método mais efectivo é a empresarialização...”. Todavia, entende que vai haver um dilema: avançar para a privatização parcial do SNS ou avançar para a empresarialização pública, mantendo os hospitais públicos, “...mas mais empresarializados, libertando-os de mais regras (...) com mais autonomia ainda, maior pressão orçamental...”.

No entanto para **F** o caminho da privatização não será para breve pois constitui uma mudança bastante radical para a qual a própria opinião pública não está preparada. Na sua opinião “...ainda vamos assistir a um recrudescer da empresarialização...”.

G surge com uma posição antagónica, na sequência do que já tinha demonstrado nas duas questões anteriores, seguindo a mesma lógica de raciocínio. Entende que este não é o caminho mais adequado recomendando que se reconsiderem determinadas decisões, no intuito de recuperar parte do espírito do SNS e de o adaptar à situação actual. Considera que o grande problema da gestão privada ou de um sistema de saúde da gestão privada é que estes

normalmente só funcionam com a comparticipação do Estado, e que as PPP já provaram que foram um “...*desastre económico*...”, muito por culpa a deficiente regulação do Estado.

A propósito do espírito inicial do SNS, **G** confia o comentário de um médico finlandês há bastantes anos, quando afirma que Portugal era o país mais rico do mundo, explicando depois que se tratava do único país onde qualquer cidadão podia ir a uma urgência sem pagar.

Entende **G** que deve ser promovido um sério debate público de âmbito nacional para repensar o sistema, no qual fosse envolvida parte da população.

Para terminar as entrevistas era colocada uma questão que se pretendia que fosse quase de resposta directa, atendendo às questões que foram sendo colocadas.

Perguntou-se então aos entrevistados se consideravam ser este o caminho para o sistema de saúde e quase todos eles foram coerentes com as respostas dadas anteriormente, considerando que de facto “...*estamos no caminho certo*...” (**A** e **E**), “... *que este modelo tem pernas para andar, e seria interessante*...” (**D**), “...*acho que sim. É inevitável*...” (**F**) ou “...*redondamente não*...” (**G**), por exemplo.

Em certa medida surpreende a resposta de **C**, que tendo considerado que não é o modelo empresarial que põe em causa o direito à protecção da saúde, acaba por considerar que não é este o caminho que entende ser mais adequado para o sistema de saúde, atendendo às condições sócio-económicas da população em geral.

Considera, ainda, que se deve rentabilizar o mais possível os recursos e aproximar as instituições umas das outras, não sendo necessário que “...*todas as instituições tenham tudo*...”.

3.3.7. Categoria 3: Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde (Quadro Síntese)

No quadro 11, seguindo a mesma forma de análise feita com as categorias anteriores, faz-se o enquadramento das respostas obtidas dos entrevistados de acordo com as afirmações apresentadas.

Quadro 11 – Categoria Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde

<i>Reforma da Saúde / Serviço Nacional de Saúde</i>	Classificação							Média da Temática
	1	2	3	4	5	6	7	
A empresarialização promove o fim do SNS.	1				1	3	3	5,63
A evolução do sistema permitiu maior autonomia e agilidade.	5		1				2	2,75
Com a introdução dos mecanismos empresariais houve um rompimento com as políticas anteriores.	1		1		1	4	1	5,00
O modelo empresarial está a desvirtuar o direito à protecção da saúde.	1		1				6	5,75
O modelo empresarial promove a igualdade no acesso aos cidadãos.	1	2			2	1	2	4,38
O futuro do sistema de saúde português passa pela evolução do modelo empresarial.	1	3	1	1	1	1		3,13
Média da categoria								4,44

Legenda:

1 - Totalmente de acordo	5 - Discorda com algumas reservas
2 - Concorda com algumas reservas	6 - Discorda com muitas reservas
3 - Concorda com muitas reservas	7 - Totalmente em desacordo
4 - Não concorda nem discorda	

Fonte: Elaboração própria.

De acordo com a classificação obtida pode-se concluir que o modelo empresarial não está a promover o fim do Serviço Nacional de Saúde, pois praticamente todos os entrevistados discordaram, com maiores ou menores reservas da afirmação que lhes foi colocada.

Também a autonomia e a agilidade decorrentes do novo modelo parecem ser inquestionáveis para a maioria dos entrevistados, quase todos eles apontando estas como algumas das maiores vantagens do modelo.

A introdução do modelo empresarial parece não ter sido repentina, pois a avaliar pelas opiniões recolhidas a transição foi progressiva (além de pacífica) considerando apenas um entrevistado que foi abrupta, referindo que houve bastantes e significativas alterações numa década, quando durante as duas anteriores o sistema não sofreu alterações que tivessem um impacto desta natureza.

Atendendo a que o direito à protecção da saúde se encontra consagrado na Constituição da República Portuguesa, questionaram-se os entrevistados acerca da possibilidade de o modelo empresarial estar a desvirtuar este direito. De uma forma geral, os entrevistados não consideraram que o modelo empresarial o desvirtuava, à excepção de dois dos entrevistados. Do ponto de vista da igualdade no acesso aos cidadãos as opiniões dividem-se um pouco, se bem que devido aos condicionalismos económicos que a população portuguesa está a sofrer esse

acesso está a ser diminuído, não por que tenha ficado provado que o modelo empresarial o promova de forma directa.

Para terminar, quanto ao futuro do sistema de saúde português pode-se concluir que passa pelo aperfeiçoamento e ajustamento do modelo empresarial, temendo alguns dos entrevistados a privatização devido à deficiente regulação que têm observado da parte do Estado.

Conclusões Finais

As reformas na saúde encetadas por sucessivos governos visaram sobretudo a melhoria do desempenho dos hospitais públicos, dotando-os de maior autonomia, reduzindo a burocracia e conferindo-lhes uma maior eficiência operacional e económico-financeira.

Da análise efectuada depreende-se que o processo da empresarialização não tem retorno, veio para ficar. Todavia, existe a consciência de que a sua evolução é pertinente, podendo haver necessidade de algumas alterações.

O sucesso do modelo empresarial ao nível da gestão parece ser inquestionável, se bem que do ponto de vista da regulação se entenda que devam existir mecanismos que a efectivem, estimulando-se uma concorrência saudável entre unidades similares ao nível da prestação de cuidados de saúde.

Este modelo constitui a forma encontrada para introduzir significativas alterações ao modo de funcionamento dos hospitais. Sendo ainda desconhecidos alguns resultados não se pode afirmar de forma convicta que houve, no cômputo geral, uma significativa melhoria.

Iremos, agora, apresentar de forma sintética, as principais conclusões a que se chegou neste estudo sobre as reformas da saúde sob influência do modelo gestor/empresarial.

1. Pode-se começar por concluir que o modelo empresarial é o que se mostra mais adequado para que haja um efectivo equilíbrio entre os objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia. Caso não existissem restrições orçamentais e houvesse um cumprimento estrito da lei poder-se-ia considerar que seria este o modelo por excelência.
2. Não se considera que tenha efectivamente existido um aumento da produtividade (associada ao nível de actividade/tempo de produção) no HSM por via da adopção do modelo empresarial.
3. Ao nível da participação dos profissionais na definição dos objectivos estratégicos da instituição, conclui-se por parte dos Directores Clínicos e Enfermeiros Directores que estes se sentiram envolvidos. Já por parte do grupo dos Administradores se pode concluir que, na generalidade, estes consideram que os profissionais de saúde não foram chamados a participar nessa definição.

4. As vantagens apontadas pelos entrevistados superam claramente as desvantagens. Ao nível das vantagens podem-se apontar a celeridade, a autonomia, a desburocratização, a negociação directa e a consciencialização para um uso eficiente dos recursos disponíveis. Do ponto de vista das desvantagens é claramente apontada a falta de transparência que reside em determinados procedimentos devido a determinados interesses instalados.

5. A introdução de novas regras na contratação de pessoal, e de uma forma geral ao nível da gestão de recursos humanos, não afectou os profissionais entrevistados, daí que acabem por muitas vezes não revelarem a sua (dis)concordância para com a transição realizada. Saliente-se que todos os entrevistados eram funcionários com muitos anos de serviço, pertencentes ao quadro de pessoal efectivo do HSM. Todavia são reconhecidas por todos as diferenças, em termos de legislação aplicável, subjacentes aos novos contratos individuais de trabalho.

6. Do ponto de vista dos objectivos de avaliação individual dos profissionais, pode-se concluir que não houve envolvimento e participação dos profissionais do HSM aquando da sua definição e discussão. Aqui, haverá que ter em conta que esta conclusão é generalizada, pois há que atender às especificidades de algumas classes profissionais, com modelos próprios de avaliação. Neste sentido, pode-se afirmar que não tem havido uma avaliação de desempenho efectiva, conforme inicialmente se propunha, com os incentivos e reconhecimentos previstos.

7. O acréscimo de responsabilização pela execução advindo da passagem para uma gestão por contratos é de facto sentida por todos os entrevistados, que estão cientes de que o não cumprimento dos objectivos previamente contratualizados pode prejudicar seriamente os orçamentos seguintes da instituição.

8. Ao nível da qualidade dos serviços prestados percebe-se que esta não foi comprometida pelo maior e mais efectivo controlo de custos que o modelo empresarial implica, à custa de um grande e reconhecido profissionalismo e empenho dos profissionais do HSM

9. O reconhecimento do mérito continua a ser uma utopia para os profissionais do HSM, se bem que comece a ser notado um real empenho em torno do desenvolvimento profissional; ao nível da eficiência operacional e económico-financeira, percebe-se que esta efectivamente começa a ser conseguida.

10. Inquestionável é também o facto de os critérios políticos se sobreporem à componente profissional de gestão, apesar de se reconhecer a recente tendência para uma maior valorização da formação académica e experiência profissional no sector da saúde.

11. Não se considera que a empresarialização hospitalar promova o fim do Serviço Nacional de Saúde, sendo inquestionável que há hoje uma clara diminuição da burocracia que caracterizava o modelo de sector público administrativo, dotando-o de maior autonomia e agilidade na tomada de decisões e nos seus procedimentos de gestão corrente.

12. Estando o direito à protecção da saúde consagrado na Constituição da República Portuguesa, não se considera que o modelo empresarial o desvirtue. Todavia, o acesso estará a ser condicionado por uma barreira económica associada às dificuldades financeiras dos cidadãos no contexto actual de crise.

13. Considerando-se que o caminho da empresarialização é o mais adequado, reconhece-se a necessidade de proceder a reajustamentos no modelo empresarial, para que não se desvirtue o espírito inicial do Serviço Nacional de Saúde tal como ele está consagrado na lei.

14. Em suma, pode-se concluir que a filosofia de base do modelo empresarial é bem aceite pelos profissionais do HSM; no entanto, do ponto de vista da sua implementação e da reforma da saúde, haverá naturalmente que tomar medidas para que não sejam postos em causa valores consagrados.

Com este estudo, “ As reformas da saúde sob influência do modelo gestor: o caso do Hospital Sousa Martins da Guarda”, no âmbito do Mestrado em Gestão com Especialização em Administração Pública, ministrado pela Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico da Guarda, pretendeu-se contribuir para um melhor entendimento da área da Administração Pública no sector da saúde.

Espera-se que este trabalho constitua um contributo, embora modesto, para se reflectir sobre a influência exercida pelas mais recentes reformas da saúde ao nível de unidade hospitalares com características semelhantes às do Hospital Sousa Martins.

O presente trabalho tem naturalmente limitações, muitas delas advindas de opções tomadas pela sua autora.

Uma das limitações está associada ao facto de que se poderia ter chegado a conclusões diferentes caso a amostra do estudo fosse maior, ou até mesmo se tivesse sido envolvida a população alvo. Tal opção acarretaria que o trabalho fosse realizado num espaço de tempo mais alargado, através de técnicas metodológicas diferentes.

Outra limitação deste estudo tem a ver com o facto de apenas terem sido entrevistados profissionais que exerceram cargos de gestão no HSM. Poder-se-iam ter envolvido no estudo muitos outros profissionais, de distintas categorias e carreiras profissionais.

Reconhece-se, ainda, como limitação deste estudo o não se poderem generalizar as conclusões aqui obtidas a outras unidades de saúde similares, pois trata-se de um estudo de caso com as especificidades inerentes, podendo não haver comparabilidade dos dados.

De acordo com os resultados obtidos considera-se que os objectivos iniciais deste estudo foram conseguidos.

Para o futuro, considera-se pertinente um estudo acerca da cultura dominante no Hospital Sousa Martins, tantas vezes referida pelos colaboradores deste estudo.

Pertinente, também, seria um estudo similar que envolvesse um maior número de profissionais para averiguar se as conclusões aqui obtidas sofreriam grandes alterações, e um outro onde fossem envolvidos utentes, para avaliar a sua percepção da evolução do nosso sistema de saúde.

Outra sugestão para investigação futura recai, naturalmente, sobre o desenvolvimento de um trabalho similar em outros hospitais, para que se possa verificar se podem ser generalizadas algumas das conclusões aqui obtidas.

Bibliografia

- Abreu, S. (2003), *Políticas e Sistemas de Saúde*. Textos Académicos I. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga.
- Allison, G. T. (1987), *Public and Private Management: Are They Fundamentally Allive in all Unimportant Respects?* Pacific Drove Cal: The Dorsey Press.
- Araújo, J. F. (2002), *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Araújo, J. F. (2007), *Avaliação da Gestão Pública: a Administração Pós Burocrática*. La Coruña: Conferência da UNED.
- Borges, D. (2008), O Sanatório Sousa Martins: uma obra única e original do Arquitecto Raúl Lino. In *Guarda Viva Boletim Municipal*, n.º2. Guarda: Câmara Municipal da Guarda.
- Bozeman, B. (1993), *Public management : the state of the art*. *San Francisco : Jossey-Bass*
- Buchanan, J. M. (1972), *Theory of Public Choice: Political Applications of Economics*, ed. With Robert Tollison. Ann Arbor, University os Michigan Press..
- Campos, A. C. (1983), *Saúde. O custo de um valor sem preço*. Lisboa: Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- Campos, A. C. (1984), Cuidados de Saúde Primários e Ecodnomia da Saúde: Uma Aliança e mútuo interesse. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, Vol. 2, N.º 4 – Out-Dez 1984, 21-29.
- Campos, A. C. (1986), *Um Serviço Nacional de Saúde em Portugal: Aparência e Realidade*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 18-20.
- Campos, A. C. (2002), *Confissões políticas de saúde. Auto de breve governação*. Lisboa: Oficina do Livro.
- Campos, A. C. (2008), *Reformas da Saúde. O fio condutor*. Coimbra, Almedina.
- Carapeto, C. e Fonseca, F. (2006), *Administração Pública. Modernização, Qualidade e Inovação*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Carapinheiro, G. e Cortês, S. (2000). Conflitualidade e Mudanças face a Novos Cenários Globais: O Caso dos Sistemas de Saúde Português e Brasileiro. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 57/58, 259-290.
- Carapinheiro, G. e Pinto, M. (1987), *Políticas de saúde num país em mudança: Portugal nos anos 70 e 80*. Lisboa: Publicações Europa-América.
- Cardoso, L. (1998), *Gestão estratégica das organizações: Ao encontro do 3º Milénio*. 3ª Edição. Lisboa: Editorial Verbo.
- Carvalho, M. (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde - O Profissionalismo numa Encruzilhada*. Lisboa, Edições Sílabo.
- Clarke, J. & Newman, J. (1997), *The Managerial State*. London: Sage Publications.
- Constituição da República Portuguesa – 2ª Revisão (1989). Edição Imprensa Nacional, Casa da Moeda.
- Corkery, J. (ed.). 1999. *Governance: concepts and applications*. Brussels: IIAS.
- Direcção Geral da Saúde (1999). *Monitorização da Qualidade Organizacional dos CS.*” Moniquor. Lisboa.
- Direcção Geral da Saúde (2004), *Plano nacional de Saúde 2004-2010*. Vol. I e II. Lisboa, Ministério da Saúde.
- Direcção Geral da Saúde (2004). *Relatório de Avaliação do Regime Remuneratório Experimental dos Médicos de Clínica Geral RRE*. Comissão de Acompanhamento e Avaliação (Despacho Nº. 5077/04 de 13 De Março) Novembro 2004.
- Downs, A. (1957), *An Economic Theory of Democracy*. New York: Harper & Row.
- Escobedo, J. (1980), *Tratado de Administración General*. México: Ediciones Instituto Nacional de Administración Pública.
- Ferreira, G. (1975), *Política de Saúde e S.N.S. em Portugal*. Biblio. C.P.C., Vol. 1. Lisboa.
- Ferreira, G. (1989), *Sistemas de Saúde e seu Funcionamento*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Ferreira, G. (1990), *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Frederickson, H. (1994), “The Seven Principles of Total Quality Politics”, *Public Administration Times*, vol. 17, nº 1, 9.
- Frey, B. S. e Schneider, F. (1978), *An Empiric Study of Politic-Economic Interaction in the United States*. *Reviw of Economics e Statistics*, pp.: 174-183.
- Giddens, A. (2000), *Capitalismo e moderna teoria social*. Lisboa: Editorial Presença.
- Gulick, L. Urwick, L. (1937), *Papers on the Science of Administration*. New York, Institute of Public Administration.
- Hood, C. (1991), A Public Management for all Seasons in *Public Administration*, Vol. 69, pp.: 3-19.
- Hood, C. (1995), Emerging Issues in Public Administration in *Public Administration*, Vol. 73, pp.: 165-183.
- Klijn, E. H. & Koppenjan, J. F. (2000), Public management and policy networks. *Foundations of a network approach to governance*. Public Management. 2 (2) Pp.: 135-158.
- Kooiman, J. (1993), *Modern Governance: New Government Society Interactions*. London: Sage Publications.
- Kooiman, J. e Vliet, M. (1995), *Governance and Public Management*. Roterdamm: EPGA.
- Liegl, B. (1999), *The Fallacies of New Public Management – Can They Still BE Prevented in the Austrian Context?* In Rouban, Luc (eds), *Citizens and The New Governance*, Amsterdam, IOS Press, pp.: 175-186.
- Lopes, D. e Pinto, L. (2003) Princípios e valores: reflexão para um sistema de saúde. In Nunes, Rui “*Política de saúde*”. Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Martinez, P. (1973), *Manual de Economia Política – 2ª Edição*. Lisboa: Manuais da Faculdade de Direito de Lisboa.
- Medeiros, E. (2003), *Economia Internacional – 7ª Edição*. Lisboa: ISCSP/UTL.

- Ministério da Saúde (2005), *Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários.* Lisboa, Missão para os Cuidados de Saúde Primários.
- Mintzberg, H. (1996), *Managing Government, Governing Management.* Harvard Business Review. Vol. 74, nº 3, pp.: 75-83.
- Mozzicafreddo, J. (1992), O Estado Providência em Portugal: estratégias contraditórias. *Sociologia.* Problemas e Práticas, 12.
- Niskanen, W. (1971), *Bureaucracy and Representative Government.* Chicago: Aldine-Atherton.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2007), *Relatório Primavera 2007: Luzes e Sombras – A governação da Saúde.* Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.
- OCDE. *OECD Health Data 2002. A Comparative Analysis of 30 Countries.* Credes.
- Oliveira, M. (2009), *A Contratualização nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal.* Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre em Gestão Pública. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.
- Olson, M. (1965), *The Logic of Collective Action.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Pereira, J. (1991), Saúde e ambiente socio-económico em Portugal. *Análise Social*, 110.
- Peters, T. e Waterman, R. (1982), *In Search of Excellence.* New York: Harper & Row.
- Ribeiro, J. (2009), *Saúde: a liberdade de escolher.* Lisboa, Gradiva Publicações.
- Rocha, J. A. O. (1995), Reforma Administrativa e Mudança Cultural nas Organizações Públicas. *Administração*, nº1, Série IV, Ano IX: 6 e seguintes.
- Rocha, J. A. O. (2000), *Modelos de Gestão Pública.* Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas, Vol. I, nº 1, pp.: 6-16.
- Rocha, J. A. O. (2001), *Gestão Pública e modernização administrativa.* Oeiras: Instituto Nacional de Administração.

- Rosanvallon, P. (1995), *La crisis del Estado Providencia*. Madrid: Editorial Civitas.
- Sakellarides, C. (1984). CS integrados: nova espécie de estereótipos ou instrumentos de desenvolvimento?. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1, 12-15.
- Santos, B. S. (1990), *O Estado e a sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (1993), O Estado, as relações salariais e o bem-estar social na semiperiferia: O caso português. In B. Santos (Ed.), *Portugal: Um retrato singular* (pp.16-56). Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, B. S. (2002), *Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade* (8ª ed.). Porto: Edições Afrontamento.
- Sequeira, H. (2008), Rua Dr. Sousa Martins. In Guarda Viva Boletim Municipal, n.º2. Guarda: Câmara Municipal da Guarda.
- Shafritz, J. e Hyde, A. (1978), *Classics of Public Administration*. California: Wadsworth Publishing Company.
- Silvestre, H. C. (2010), *Gestão Pública. Modelos de Prestação no Serviço Público*. Lisboa: Escolar Editora.
- Silvestre, H. C. e Araújo, J. F. (Org.) (2012), *Metodologia para a Investigação Social*. Lisboa: Escolar Editora.
- Simões, J. (2003), Dependência do percurso e inovação em políticas e práticas de saúde: da ideologia ao desempenho. Lições para o futuro da avaliação de três hospitais do Serviço Nacional de Saúde. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Saúde. Aveiro: Secção Autónoma de Ciências Sociais, Jurídicas e Políticas da Universidade de Aveiro.
- Simões, J. e Lourenço, O. (1999), *As políticas públicas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia.
- Sousa, P. (2009), O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (Especial – 70 anos), 884-894.

- Tullock, G. (1965), *The Politics of Bureaucracy*. Washington D. C.: Public Affairs Press.
- Webb, J. (1999), *Work and the new public service class?* *Sociology*, 33, pp.: 747-766.

Legislação

- Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944 (Estatuto da Assistência Social).
- Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1945 (Reforma sanitária de Trigo de Negreiros).
- Lei n.º 2011 de 2 de Abril de 1946 (Organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde).
- Decreto-Lei n.º 40825 de 13 de Agosto de 1958 (Criação do Ministério da Saúde e Assistência).
- Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro (Promulgação da organização do Ministério da Saúde e Assistência).
- Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro (Estruturação progressiva e funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestam serviço no Ministério da Saúde e Assistência).
- Decreto-Lei n.º 203/74 de 15 de Maio (Criação do Ministério dos Assuntos Sociais).
- Decreto-Lei n.º 704/74, de 7 de Dezembro (Integração dos hospitais centrais e distritais pertencentes a pessoas colectivas de utilidade pública administrativa na rede nacional hospitalar).
- Decreto-Lei n.º 488/75, de 4 de Setembro (Criação das Administrações Distritais de Saúde).
- Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (Criação do Serviço Nacional de Saúde).
- Decreto- Lei n.º 254/82 de 29 de Junho (Criação das Administrações Regionais dos cuidados de Saúde ARS).

- Lei 19/88, de 21 de Janeiro (Lei de Gestão Hospitalar).
- Decreto-Lei n.º 127/92 de 3 de Julho (Integração do Centro de Saúde Mental no Hospital Sousa Martins).
- Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro (Novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde).
- Despacho Normativo n.º 46/97 de 8 de Julho (Criação das Agências de Acompanhamento dos Serviços de Saúde).
- Decreto-lei n.º 117/98 de 5 de Maio (Regime Remuneratório Experimental).
- Decreto-Lei n.º 135/99 de 22 de Abril (Princípios gerais de acção a que devem obedecer os serviços e organismos da Administração Pública na sua actuação face ao cidadão).
- Portaria n.º 288/99 de 27 de Abril (Criação do Instituto da Qualidade na Saúde).
- Decreto-lei n.º 156/99 de 10 de Maio (Regime dos Sistemas Locais de Saúde).
- Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio (novo regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde).
- Decreto-lei n.º 374/99, de 18 de Setembro (Regula os Centros de Responsabilidade Integrados).
- Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro (Regime jurídico do Sector Empresarial do Estado e das Empresas Públicas).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 162/2001 (Criação da estrutura de missão “Parcerias. Saúde”).
- Decreto-lei n.º 39/2002 de 26 de Fevereiro (Aprova nova forma de designação dos Órgãos de Direcção Técnica dos estabelecimentos hospitalares e dos centros de saúde, altera a composição dos Conselhos Técnicos dos hospitais e flexibiliza a contratação de bens e serviços pelos hospitais).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 41/2002 de 7 de Março (Novo Estatuto Hospitalar).
- Lei 27/2002, de 8 de Novembro (Novo Regime de Gestão Hospitalar).

- Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril (Criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários).
- Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro (Criação da Entidade Reguladora da Saúde).
- Lei 10/2004, de 24 de Março (Criação do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração. Pública).
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 7 de Abril (Criação de grupo de trabalho para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários).
- Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro (Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar).
- Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto (regime jurídico da organização e do funcionamento das Unidades de Saúde Familiar).
- Despacho n.º 24101/2007, de 22 de Outubro (Define os modelos de organização das Unidades de Saúde Familiar).
- Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro (Criação das Unidades Locais de Saúde do Alto Minho, do Baixo Alentejo e da Guarda, com a natureza de entidades públicas empresariais, e aprovação dos respectivos estatutos).
- Portaria n.º 301/2008, de 18 de Abril (Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros aos profissionais das Unidades de Saúde Familiar).
- Decreto-Lei n.º 12/2009 de 12 de Janeiro (Altera o Decreto-Lei n.º 183/2008, de 4 de Setembro – artigos 2º, 11º, 13º e 6º do anexo).

Sites Consultados

- www.dgtf.pt (Direcção Geral do Tesouro e Finanças) em 30 de Maio de 2012;
- www.min-saude.pt (Ministério da Saúde) em 28 de Maio de 2012;
- www.portaldasaude.pt (Portal da Saúde) em 28 de Maio de 2012;
- www.acss.min-saude.pt (Administração Central do Sistema de Saúde) em 30 de Maio de 2012;

- www.arscentro.min-saude.pt (Administração Regional de Saúde do Centro) em 29 de Maio de 2012;
- www.mun-guarda.pt (Câmara Municipal da Guarda) em 1 de Junho de 2012;
- www.dgs.pt (Direcção-Geral da Saúde) em 29 de Maio de 2012;
- www.ers.pt (Entidade Reguladora da Saúde) em 29 de Maio de 2012;
- www.portugal.gov.pt (Governo de Portugal) em 14 de Março de 2012;
- www.ensp.unl.pt (Escola Nacional de Saúde Pública) em 14 de Março de 2012;
- www.sg.min-saude.pt (Secretaria-Geral do Ministério da Saúde) em 29 de Maio de 2012;
- www.igf.min-financas.pt (Inspecção-Geral de Finanças) em 30 de Maio de 2012;
- www.ine.pt (Instituto Nacional de Estatística) em 11 de Junho de 2012.

ANEXOS

Anexo I

Guião para entrevista a Administradores Hospitalares

Guião de entrevista para administradores hospitalares

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?
2. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?
3. No que respeita à avaliação dos profissionais, a introdução de alterações no modelo de avaliação baseado no cumprimento de objectivos foi bem aceite, ou pelo contrário, considera que estes foram bastante reticentes à sua implementação? Foram os profissionais chamados a intervir na definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?
4. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?
5. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?
6. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.
7. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?
8. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.
9. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

10. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

11. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

12. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

Anexo II

Guião para entrevista a Directores Clínicos e Enfermeiros Directores

Guião de entrevista para Directores Clínicos e Enfermeiros Directores

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?
2. Como profissional de saúde, que exerceu um cargo de gestão, considera que com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade?
3. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?
4. Com a Revolução de Abril assistiu-se à passagem do pessoal de saúde para o estatuto de funcionário público. O modelo empresarial e a consequente adopção de regras de gestão privada na gestão de recursos humanos leva-nos, no entanto, para o domínio do direito privado. Concorda com esta mudança?
5. No que respeita à avaliação dos profissionais, com este modelo assistimos ao desenvolvimento de uma nova modalidade de avaliação, baseada no cumprimento de objectivos previamente definidos. Participou na definição desses objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?
6. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?
7. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?
8. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos, nomeadamente: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

9. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

10. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

11. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

12. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

13. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

14. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

Anexo III

Transcrição das entrevistas

Entrevistado A

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“O modelo de mercado, ou modelo empresarial, é sem dúvida aquele em que se equacionam estes objectivos quase em simultâneo. Na minha opinião, o facto de estarmos perante uma filosofia/ ideologia de mercado há uma maior adequação e conjugação de factores, por forma a estes objectivos sejam atingidos. De forma equilibrada sê-lo-ão de certa forma, pois a eficiência, a equidade e a eficácia pressupõem um certo equilíbrio.”

2. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Durante a minha curta passagem pelo HSM, esta questão não se me colocou enquanto membro da sua Administração. O modelo de avaliação vigente não tinha abertura para um diálogo com o profissional. Era rígido, impessoal.”

3. No que respeita à avaliação dos profissionais, a introdução de alterações no modelo de avaliação baseado no cumprimento de objectivos foi bem aceite, ou pelo contrário, considera que estes foram bastante reticentes à sua implementação? Foram os profissionais chamados a intervir na definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Da minha experiência, não no HSM, mas posterior, este modelo, mais ajustado à realidade de cada um, foi aceite de uma forma relativamente pacífica, apesar de se esperarem grandes contestações, pois tudo o que altera a rotina de muitos dos funcionários públicos é um verdadeiro dilema.”

4. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“Caminha-se no sentido de uma responsabilização cada vez maior dos responsáveis e titulares de cargos. Estarmos perante contratos que nos vinculam ao cumprimento de uma série de itens. Obviamente que nos responsabiliza muito mais. A preocupação com uma gestão de recursos e, mesmo de tempo, mais rigorosa, está na ordem do dia.”

5. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“Como lhe disse anteriormente, os resultados, a gestão eficiente dos recursos, etc. passaram a estar na ordem do dia. Mas estamos a falar de saúde. Dificilmente um médico ou um enfermeiro, ou qualquer técnico, declinaria um determinado serviço, ou sentir-se-ia constrangido no recurso a determinados meios por questões economicistas. Houve de facto um caminho que se percorreu no sentido de os profissionais tentarem gerir melhor os meios/recursos ao seu dispor, mas lhe posso dizer que isso se iria repercutir ao nível dos cuidados prestados, pois também a excelência e a qualidade passaram a estar na ordem do dia.”

6. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“A autonomia sem dúvida que foi sentida. E neste caso não lhe estou a falar do HSM apenas. Foi progressiva. Ao longo dos últimos anos fomos confrontados com diversos diplomas que iam “independentando” os serviços. Houve uma reorganização dos serviços. A estrutura permite que o poder decisório não esteja disperso.”

(...dispersão do poder decisório?)

“Sim, com as reorganizações feitas em termos de Ministério da Saúde, estamos hoje basicamente, a depender da ARS Centro (presentemente também dependo dela, tal como o CA do HSM) e depois, do Sr. Ministro e seu Secretário de Estado.

Isto permite-nos poupar tempo em determinadas questões. O poder de decisão dos CA é enorme. Há muitas coisas que são hoje feitas em casa, num curto espaço de tempo, e que antes nos obrigavam a esperar uma eternidade.

E depois temos a informática a internet e uma série de evoluções tecnológicas aplicadas. Há hoje um sistema que permite que a informação esteja disponível em tempo útil. O facto de os processos clínicos estarem informatizados permite que num

serviço de outra especialidade um clínico tenha acesso ao processo do seu utente sem ser necessário falar com o colega ou pedir a um auxiliar que o vá buscar ao arquivo. Tudo isto se traduz numa maior celeridade que em determinados casos, olhe por exemplo numa urgência, poderão determinantes na avaliação do utente.”

7. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“Há hoje uma enorme sensibilidade para a evolução pessoal e profissional dos profissionais dos nossos hospitais. Até porque a lei prevê que as entidades disponibilizem x horas de formação anuais aos seus profissionais.

Hoje tentam-se administrar/gerir (sim porque são coisas distintas) os serviços públicos à semelhança de uma qualquer empresa privada. Ora a eficiência económico-financeira tem de estar presente nas decisões que se tomam. No entanto, saliento que estamos aqui a falar de saúde e que outras questões éticas se nos colocam em simultâneo.

O mérito, essa é uma boa questão. Também eu já fui politicamente nomeado. Sei que o fui pela minha experiência como administrador hospitalar de carreira. Não era filiado em qualquer partido político, se bem que havia alguma afinidade com o partido que estava no governo há 2 anos. Mas deixe-me dizer-lhe que me deixam sempre muitas reservas algumas nomeações. E não é só na saúde. A dimensão da maioria dos nossos hospitais requer algum traquejo e algum ”pulso” para os administrar. Há interesses de diversa ordem. Lidamos com algumas classes profissionais com bastante impacto na opinião pública e bem alicerçados em termos de ordens profissionais.

Os boys sem experiência no sector quase sempre se tornam indigestos.... Às vezes até aqueles que têm larga carreira provocam grandes dissabores se é que me faço entender.”

(...e do ponto de vista dos serviços prestados ao utente e da sua qualidade?)

“Há hoje um mais vasto leque de serviços que os hospitais podem prestar. Há uns anos onde é que tinha um serviço de fisioterapia? Hoje estão devidamente equipados e dotados de excelentes profissionais. As maternidades já disponibilizam um serviço de registos. São dois exemplos. Muitos mais há. E como lhe disse atrás, a qualidade está

sempre presente, não só porque os nossos profissionais são cada vez mais e melhor formados, mas também porque queremos ser melhores, no sentido de prestar um melhor serviço, que o hospital vizinho. Temos de primar também por aí.”

8. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Não. Fomo-nos adaptando nós e a sociedade em geral. A mudança foi-se sentindo. Não se sentiu, se é que me entende.”

(...progressiva, portanto)

“Com certeza.... Às vezes era complicado em termos jurídicos estarmos perante diplomas que podiam ser contraditórios entre si, mas lá vinha um despacho que esclarecia a coisa, e aí sim, havia alguma morosidade na resolução e esclarecimento de determinados assuntos, pois careciam de nova regulamentação. Fomos transitando.”

9. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“Entendo e concordo em certa parte com o facto de ser necessária confiança política, nomeadamente nos rostos que irão executar as nossas políticas. Mas ’

E cada vez maior a tentativa de adequar a formação dos profissionais aos cargos. Ou seja para um cargo de gestor público tenta encontrar-se, um gestor, claro que dentro daqueles que têm afinidade com o Ministro que tutela esse sector, ou mesmo com o partido do Governo.”

10. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“De forma alguma. Este é um sector que tem atravessado enormes constrangimentos ao nível financeiro e a continuar assim é insustentável. Não deve o SNS ser ultrapassado pelo privado prestador de serviços de saúde. Deve ser dotado de todo o tipo de infraestruturas, equipamento e ”saber” que lhe permitam servir adequadamente a sociedade. Foi essa a lógica da sua fundação. Mas os critérios economicistas podem trair um pouco esta lógica de que o SNS é para todos. E nem vale a pena irmos mais longe. A questão das taxas moderadoras que restringem o acesso aos cuidados a muitos cidadãos. No entanto não podemos deixar de frisar que as situações de carência estão

acauteladas e que muitas vezes quem “barafusta” fá-lo por desconhecimento dos seus direitos. Mas a não se tomarem efectivas medidas e serem feitas reformas profundas a situação é insustentável.”

11. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“Desde logo o facto de ser mais célere na tomada de decisões. Há maior consciencialização no uso de qualquer recurso, seja ele um tinteiro de impressora, ou o recurso a determinados meios complementares de diagnóstico, que a determinada altura eram banalizados. Todos faziam tac’s e ressonâncias. Parecia que só assim eram devidamente diagnosticadas as enfermidades. Até porque alguns destes exames são prejudiciais, questões de radiações, etc.

Mas quanto a determinados interesses instalados ... o facto de o poder de decisão estar mais próximo não ajuda.”

(Como assim?)

“Há que estar de boa-fé e ser profissional, mas como aqui, em todo o lado. Teríamos com toda a certeza uma administração pública mais transparente.”

12. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“Em certa medida não posso deixar de concordar. O utente sente-se cada vez mais condicionado no acesso à saúde por questões económicas, mas também pelo facto de a reorganização dos cuidados de saúde primários lhes retirar alguma proximidade no recurso ao SNS.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“Conforme lhe acabo de transmitir são factores como estes que não estão a permitir um igual acesso, se bem que a questão das taxas moderadoras, agora tão comentada pelo seu grande aumento, seja uma falsa questão, pois é neste momento a forma encontrada para condicionar o acesso desnecessário aos serviços de urgência, olhe, por uma gripezita. Mas esse aumento das taxas deve naturalmente ser acompanhado por um alargamento da oferta de cuidados de saúde primários.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Ruptura não. Mas como em tudo, há que evoluir e temos de nos adaptar a cada nova realidade.”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Eu acredito que sim. Agora muito há a fazer, sem no entanto esquecermos que estamos num período em que as condicionantes são mais que muitas e algumas das medidas são deveras impopulares. Mas acredito que estamos no caminho certo.”

Entrevistado B

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“Eu acho que desde que comecei a minha carreira sempre tentei equilibrar estes itens, digamos assim. Mas agora fala-se mais deles. É uma linguagem de gestão que antes nos passava ao lado. De uma maneira geral sempre nos foi pedido que desempenhássemos bem as nossas funções, mas hoje pedem-nos que estejamos mais atentos aos custos, aos desperdícios.”

2. Como profissional de saúde, que exerceu um cargo de gestão, considera que com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade?

“Olhe não senti isso. Eu acho que não há diferença. Se calhar agora têm instrumentos e um maior controlo para a medir que anteriormente.”

3. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Para mim a única coisa que ao longo dos tempos se foi alterando foi o profissional de enfermagem começar a ser tido em maior consideração. Hoje dá-se uma maior importância ao nosso trabalho e por isso somos chamados a emitir opinião.”

4. Com a Revolução de Abril assistiu-se à passagem do pessoal de saúde para o estatuto de funcionário público. O modelo empresarial e a consequente adopção de regras de gestão privada na gestão de recursos humanos leva-nos, no entanto, para o domínio do direito privado. Concorda com esta mudança?

“Para quem já está há muitos anos como eu a mudança não se sentiu. Estamos na mesma. Mas, para quem entra agora, as condições são muito diferentes. Eles são admitidos em empresas prestadoras que acordam com o hospital a prestação de determinados serviços. São e não são funcionários desta casa. O seu serviço é um serviço público mas eles são privados.”

5. No que respeita à avaliação dos profissionais, com este modelo assistimos ao desenvolvimento de uma nova modalidade de avaliação, baseada no cumprimento de

objectivos previamente definidos. Participou na definição desses objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Nunca me apercebi se assim foi. Para sermos avaliados, basicamente é o mesmo. Nós somos avaliados superiormente, de acordo com a nossa carreira, que é distinta. Não se sentiram grandes alterações. Pelo menos eu.”

6. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“No meu tempo na Direcção, eramos responsáveis por levar esta casa a bom porto. Mas na altura éramos nós que estávamos, depois mudava o governo estariam outros. Trocávamos as cadeiras.”

(...e a responsabilidade?)

“Veja Menina, nós sentíamos um certo espírito de missão por zelar por uma casa nossa. Éramos responsáveis, claro, mas não tínhamos a responsabilidade de hoje. Hoje se for preciso uma rádio ou um jornal denuncia logo as irregularidades. Conosco era diferente, porque até o respeito entre colegas e profissionais desta casa era outro.”

7. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“Hoje há mais preocupação com as contas. Mas eu acho que o bom médico ou enfermeiro continua a fazer o seu serviço com o mesmo carinho e dedicação. O doente continua a ser bem atendido e da forma que os profissionais consideram adequada. Não é pela falta de verbas que aqui se sentiu o contrário.”

8. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos, nomeadamente: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“A grande maioria dos meus colegas concordará comigo se eu digo que hoje há acções de formação, seminários, colóquios a que somos chamados, por questões de formação. Antigamente ninguém se importava com isso. Jam muitos médicos porque tinham outro

tipo de apoios e quer se queira, quer não, sempre tiveram um estatuto diferente. (alimentaram-lhes isso). Agora o mérito, nem sempre. Continuamos a ver que a “cunha” é que manda. A oferta é muita. Há por aí muito desemprego e cada um joga com os que conhece.”

(E no que respeita à eficiência, ao serviço ao utente e à qualidade?)

“A qualidade acho que tem melhorado. Hoje fazemos coisas que antes este hospital não tinha e com maior qualidade. Cada um de nós evoluiu, aprendeu e hoje os meios que temos permitem que com grande rapidez se tire uma dúvida com um colega de outro hospital, por exemplo.

O que me continua a incomodar são as listas de espera. Essas melhoraram muito com a ideia dos cheques para os hospitais e clínicas privadas. Mas mesmo assim, é duro ver que a secretaria liga a chamar um doente para cirurgia e ele já morreu, ou teve de pagar para ir ao privado, senão não chegava a tempo.”

9. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“Onde há muita gente é sempre complicado mudar o que quer que seja. Há sempre quem esteja contra e olhe, muitas vezes é só pelo prazer de ser do contra, e porque os sindicatos empolgam isso, porque com o tempo percebem que as coisas melhoraram, mas continuam a falar mal. Hoje fala-se muito do fim do SNS, mas não acredito nisso. Era matarem parte da nossa população falando curto e grosso. AS pessoas têm direito à saúde. Isso nunca acabará.”

10. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Hoje as decisões chegam mais rápido. Às vezes esperávamos tempos e que tempos que uma coisa viesse aprovada de Lisboa, ou até Coimbra. Era um inferno. Hoje a maioria das coisas são logo aqui decididas, bem ou mal.”

11. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Não notei assim. Agora olhando para trás, a diferença é grande. Foi com o tempo.”

12. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“A política é que mata isto. Hoje a primeira coisa que se comenta quando muda um governo é quem vem mandar. Porque é mais que certo que os mesmos dificilmente ficarão. Eu entendo que sendo de outro partido poderão ser contra as ordens que vêm de cima, mas muitos que já por aqui passaram eram boons profissionais e teriam feito bom trabalho, porque até gostavam desta casa.”

13. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“Para nós acaba por ser na mesma, agora para quem dirige neste momento a preocupação com tudo o que tenha a ver com contas é maior, mas muito maior. Mas também as pessoas são responsabilizadas, coisa que anteriormente não sucedia. Hoje nós sabemos como está a decorrer o desempenho deste hospital, antigamente nada nos era dito. É certo que os média ajudam, a internet, onde consultamos páginas que contêm os dados dos hospitais, etc. Houve muitas evoluções que facilitaram muito acesso a informação. Hoje qualquer um de nós tem possibilidade de fazer queixa de um serviço e saber que num certo espaço de tempo obtém uma resposta.”

14. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“É uma maneira diferente. Faz-se o mesmo, mas lá em baixo as contas e o controlo são feitos de outra forma que não o era até há uns anos.”

(lá em baixo, em Lisboa, no Ministério da Saúde?)

“Sim, sim.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“Não está a ser igual para todos, não está. Mas se não fosse com este modelo de gestão e continuássemos com aquele sistema antigo público, hoje o buraco poderia ser muito maior e se calhar as decisões que iriam tomar seriam na mesma neste sentido, aumentando as taxas moderadoras, tentando poupar aqui e ali.”

(posso entender então que independentemente do modelo de gestão, a igualdade no acesso seria sempre uma utopia?)

“Não seria bem uma utopia pois as desigualdades no acesso ao serviço público de saúde não acho que sejam assim tão grandes, mas que as há, há. Nem todas as reformas permitem que os doentes venham ao hospital sempre que seja necessário e não é só nos casos de reformas mais baixas, nas médias começa-se a sentir isso, porque não estão isentos de taxas por questões económicas.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Há sim, vão ter de ser limadas arestas para que não se caia num sistema de saúde só para quem pode.”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Acredito que sim, mas deveríamos ser muitas vezes comandados por bons gestores e não por políticos. Mas gestores com humanismo, para que um doente não seja apenas visto como um número, mas sim como um ser humano, com a dignidade que merece.”

Entrevistado C

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“O modelo empresarial, se realmente fosse cumprido de acordo com aquilo que a própria lei estabelece, teria todas as condições para haver equilíbrio, só que de facto estamos com problemas sérios, e dentro desses problemas, nomeadamente os financeiros, que se prendem com medidas restritivas que não têm deixado, portanto, cumprir, passo a passo tudo o que estava previamente definido.”

2. Como profissional de saúde, que exerceu um cargo de gestão, considera que com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade?

“Vamos lá ver, pode haver um aumento da produtividade, não é forçoso que haja, mas pode haver. Pode haver porquê? Porque de facto, da maneira como são negociados os orçamentos têm que se estabelecer metas quantitativas. E as metas quantitativas é evidente que de um ano para o outro procura-se sempre atingir um valor maior em termos qualitativos e quantitativos.”

3. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“O HSM e os profissionais que trabalham nele envolveram-se sempre muito em tudo aquilo que diz respeito à organização, e de facto com a mudança continuaram o envolvimento habitual, porque sabemos que estamos inseridos num meio em que, de facto, enfim, os recursos são escassos e como tal, se não fosse o grande envolvimento dos profissionais havia objectivos que era difícil atingir.”

(também se calhar por alguma afectividade, visto estarmos numa cidade pequena e o HSM colher muito carinho de todos até pelas suas razões históricas)

“Sim, porque ainda há pessoas, se calhar com a geração mais novas a situação já é um pouco diferente, mas ainda há pessoas que de facto se envolveram de tal forma que estão quase como que a gerir, portanto, as pessoas que estão à frente dos respectivos serviços, a gerir a sua própria casa, tal é o seu envolvimento.”

4. Com a Revolução de Abril assistiu-se à passagem do pessoal de saúde para o estatuto de funcionário público. O modelo empresarial e a consequente adopção de regras de gestão privada na gestão de recursos humanos leva-nos, no entanto, para o domínio do direito privado. Concorda com esta mudança?

“Isso tem que ver com outra coisa, tem que ver que antes do 25 de Abril a maioria dos hospitais, aquilo que anteriormente chamavam hospitais distritais nem sequer pertenciam ao Estado, pertenciam às Misericórdias.”

(Com as regras de gestão privada vamos então para o domínio do direito privado, concorda com esta mudança?)

“Eu não a senti pessoalmente, mas senti-o no aspecto da contratação do próprio pessoal que tem regras diferentes, e portanto, todos os profissionais que entraram anteriormente à criação da ULS como entidade empresarial eram de facto funcionários públicos com os direitos e deveres dos funcionários públicos, e portanto, os que passaram a entrar já com contratos individuais de contratos sem termo estão portanto pelas regras que estabelece o código do trabalho para o privado.”

5. No que respeita à avaliação dos profissionais, com este modelo assistimos ao desenvolvimento de uma nova modalidade de avaliação, baseada no cumprimento de objectivos previamente definidos. Participou na definição desses objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Estamos a falar do SIADAP. O SIADAP passou a ser aplicado aos funcionários públicos, ou por outro, aos que têm relações públicas de emprego em termos de função pública, mas aos outros funcionários que estão através do código de trabalho pode não ser esse o modelo de avaliação, embora naquilo que diz respeito à enfermagem, a enfermagem tem um modelo próprio, porque é uma carreira especial, uma carreira específica. Tem então um modelo próprio e saiu já uma revisão do modelo que existia anteriormente, a regulamentação é que não está ainda em prática. A enfermagem sempre teve um modelo próprio de avaliação e não lhe era aplicado o SIADAP.”

6. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“Houve um acréscimo de responsabilidade para os gestores. Há um grande acréscimo para eles. Só que por um lado, este novo modelo implicaria que houvesse maior autonomia económico financeira. Mas com as medidas restritivas acabaram também os próprios gestores por se sentirem limitados, porque não sendo obrigatório perante a lei de o gestor público empresarial pedir autorizações para determinado número de coisas, face às regras que neste momento estão estabelecidas relativamente à crise que atravessamos, a autonomia não é tão grande assim, não se sente.”

7. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“Procura-se, e qualquer gestor, penso eu, procura-se rentabilizar o mais possível aquilo que há, rentabilizar os custos, procurando não prejudicar.”

(até porque estamos a falar de saúde...)

“Mas fatalmente tem que se notar.”

8. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos, nomeadamente: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“Vamos lá ver, eu não sei se estão a ser alcançados a 100%. Porque a dificuldade está nos recursos escassos, e nos recursos escassos em termos económico-financeiros.”

9. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“Não é forçoso que isso acabe com o SNS. Pode de certa forma limitar em parte, portanto, a actividade, mas não é forçoso que acabe, até porque o objectivo não era esse de facto, só que, as restrições que existem limitam muito, o SNS em 1º lugar previa em termos constitucionais que fosse gratuito, depois passou a ser tendencialmente gratuito e agora, eu até diria que a pratica das taxas moderadoras que estão em vigor é o co-pagamento. Não tenho dúvida nenhuma disso.”

10. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Mais independentes em termos de contratações aos vários níveis, de contratos portanto de pessoal, de contratos de aquisição de material e equipamentos, etc etc. Há portanto mais liberdade. Só que a liberdade fica limitada pela capacidade financeira.”

(mas tornou-se tudo mais célere do que estivessem dependentes...?)

“Se houvesse dinheiro de facto estaríamos mais independentes e mais rapidamente se decidia.”

11. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Não, sobretudo os gestores com que eu trabalhei durante muito tempo estávamos habituados a vir do anterior sistema e acho que se fez uma passagem pacífica, progressiva, lenta, mas acompanhando os objectivos.”

12. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“Não, não concordo, porque é assim. Vamos lá ver, eu de facto acho que os cargos devem ser ocupados de acordo com as competências. É evidente que sendo por nomeações políticas pode associar-se a competência ao factor político, mas às vezes não é fácil, mas, dentro da própria competência política há opções que portanto a gestão de topo tem de fazer e dentro dessas opções podem perfeitamente associar a competência profissional ao critério político.”

(será sempre a questão profissional associada à confiança política...)

“Claro, mesmo que seja confiança política desde que estejam impostos determinados critérios que a pessoa tenha que ter determinada formação, obviamente que terá que ter que competências, senão pelo menos a competência que a própria formação lhe dá.”

13. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“Vamos lá a ver, em termos de vantagens o modelo empresarial é aquele que tem mais autonomia em termos de decisão. Portanto as decisões são mais rápidas, mais céleres, também em termos de contratualização, por exemplo com fornecedores é muito mais fácil até porque faz-se a negociação directa e podemos dizer “vocês está-me a fazer este preço, mas eu tenho quem me faça mais barato”, pode comprar-se em quantidades,

podem-se fazer vários acertos, que realmente facilitam, trazem uma grande economia, criando-se até economias de escala.”

(E em termos de desvantagens?)

“Eu não sei se teve. Como acompanhei tudo e havia situações que se aplicavam também em termos dos hospitais públicos, eu vejo que o modelo empresarial traz mais vantagens.

O problema é sempre o das restrições financeiras, se elas não existissem e se os orçamentos fossem negociados de forma a cobrir as necessidades, eu penso que até poderia trazer grandes vantagens e inclusivamente, desde que tudo fosse bem gerido, trazer alguns lucros para a instituição.”

14. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“Eu não penso que seja o modelo empresarial que põe em causa este direito. O que põe em causa esse direito são os cortes cegos que são feitos à saúde.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“Promove. A igualdade de acesso não pode ser posta em causa. Mesmo o próprio modelo em si promove a igualdade do cidadão.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Eu, a ideia que tenho, e temos que partir do ponto onde estamos. Actualmente a tendência é quererem privatizar o mais possível. Penso que há o perigo da privatização.”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Na sequência do que estava a dizer, eu penso que não deve ser este o caminho. Que não deve ser no nosso país, pois trata-se de um povo, com recursos muito limitados, com recursos escassos, que de facto, enfim, eu penso que o Estado social em termos de saúde tem que prevalecer acima de tudo, até pela taxa de desemprego que existe, pela idade das pessoas que é uma população muito envelhecida e que cada vez precisa de mais cuidados de saúde, que cada vez se

torna mais cara. É evidente que há uma coisa que de facto tem que ser feita em termos dos sistemas de saúde e aquilo que é supérfluo tem de ser posto de parte. Não é necessário que todas as instituições tenham tudo. Tem que se partir desse princípio e tem que se procurar rentabilizar o mais possível todo quanto existe, aproximar as instituições umas das outras e tentar rentabilizar todos os recursos que existem no sentido que a população não seja muito prejudicada.”

Entrevistado D

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“A legislação a este respeito é muita, mas aqui, localmente, penso que não tem sido fácil aplicá-la a este respeito. Estamos a falar de uma gestão mais pura com objectivos estratégicos. Isso não tem sido de facto, no meu entender, fácil de implementar.”

(mas por que razão, cultural, de enraizamento, de resistência à mudança?)

“É uma questão cultural, sobretudo cultural, da instituição, penso eu. Mas, também os actores nem sempre adoptaram as estratégias mais adequadas para implementar este tipo de métodos de trabalho, a esta filosofia para atingir resultados.”

2. Como profissional de saúde, que exerceu um cargo de gestão, considera que com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade?

“Eu penso que se aplicarem os instrumentos, que lhes são postos à disposição, é possível obter melhores resultados e portanto, uma maior eficiência, qualidade e produtividade. Uma melhor afectação também de recursos. Eu tenho por experiências Seia, onde foi possível neste aspecto, digamos, com esta metodologia de gestão, melhorar a eficiência dos serviços e a qualidade simultaneamente. Já na Guarda acho que não foi tão evidente essa eficácia.”

(Se bem que na Guarda temos serviços considerados de excelência, mas no computo geral...)

“Por isso estou a fazer a comparação, pois o Hospital de Seia chegou a ser o melhor hospital a nível nacional em termos de produtividade e eficiência, onde ainda se chegou a implementar um certo número de metodologias, um manual de qualidade. Foi ainda implementado em Seia, mas depois não lhe foi dada continuidade”

(Mas em termos de procedimentos estava tudo estabelecido?)

“Tudo, tudo. Em alguns processos até a vida me foi facilitada com o recurso a esses procedimentos. Era mais fácil apurar até alguns indicadores e resultados, com base em alguns procedimentos. Disso não há dúvidas. Aqui, temos uma cultura ainda um pouco enraizada...”

(...e resistente à mudança?)

“Eu trabalhei em outros hospitais, Viseu e Centro Hospitalar do Norte, mas aí nas funções de prestador de cuidados. Agora na área da gestão, foi em Seia e na Guarda. Mas a Guarda tem, efectivamente uma grande dificuldade que é preciso ultrapassar que é a cultural. Até porque a mudança trás sempre incómodos, tem aqui uma cultura com uma série de anos que é de facto preciso alterar.”

(E não estão a sentir mudanças com a admissão de novos profissionais?)

“Não. Esta vaga de enfermeiros, é uma explicação que eu dou, abraçou a carreira com expectativas bastante elevadas, uma vez que a carreira de enfermagem teve uma progressão social bastante boa, nos últimos 20 anos, e levou a que os jovens apostassem nessa carreira.

Neste momento, há grandes dificuldades de emprego, e esse mesmo emprego é menos bem remunerado, e as condições não são as que esperavam.”

(alguma precariedade)

“Isso deve ter frustrado um pouco esses jovens.

As escolas, também não me parece que tenham tido os melhores procedimentos para formar os alunos em grandes quantidades, porque duplicaram o número de alunos. Os estágios também não têm sido acompanhados como o eram antigamente.

Estamos ainda numa fase de transição. Os alunos passaram a ser orientados por tutores na área da prática hospitalar ou da prática dos cuidados primários, ou até continuados.

Mas as escolas, penso que falham um pouco em preparar os tutores para depois os prepararem. Uma coisa que tenho chamado a atenção das escolas é para a formação do tutor, com grande Know-how e experiência, mas com dificuldades, muitos deles ao nível pedagógico. Isto também pode fragilizar e condicionar, de facto, a inserção dos enfermeiros no meio. Torna-se complicado lidar com algumas destas variáveis. Tenho a noção que estas personalidades jurídicas de emprego que se têm encontrado, também não são facilitadoras de que os profissionais abracem esta carreira, que se auto motivem, pois são empregos vínculos precários (são de 1 mês, depois é por empresas, etc.). Depois muitos dos profissionais que estavam na área da gestão também se

sentiram um pouco prejudicados. Também por aí se vê que muitos dos profissionais não estão motivados para “puxar a carroça”, acomodando-se ao “sistema”.”

3. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Sim, sem dúvida nenhuma. As administrações já estão mais focadas para uma gestão mais profissional, do que se vivia há 15 anos. Nem qualquer outro elemento da administração tinha qualquer foco na gestão, ela era empírica. Não tinham preparação, nem de facto havia essa cultura, mesmo ao nível dos Ministérios, enquanto que hoje, há uma orientação do Ministério da Saúde, que para além dos profissionais que estão nessas funções, com formação mais adequada à gestão, por outro lado, também o próprio Ministério já tem outra metodologia que negocia com eles os projectos, os objectivos, os resultados a atingir, o que obriga a uma certa melhoria de eficiência.

Portanto, e de facto, atendendo a essa vertente, houve nestes últimos anos maior interacção com os profissionais.”

4. Com a Revolução de Abril assistiu-se à passagem do pessoal de saúde para o estatuto de funcionário público. O modelo empresarial e a consequente adopção de regras de gestão privada na gestão de recursos humanos leva-nos, no entanto, para o domínio do direito privado. Concorda com esta mudança?

“Pegando nos instrumentos que estão disponíveis, o funcionário público dito o funcionário que desempenha funções públicas, tem contrato de funções públicas pode ter a sensação de mais estabilidade e segurança, mas isso não passa de uma sensação, pois se nós utilizarmos os instrumentos jurídicos que estão disponíveis, o dito funcionário público corre o risco dos outros. Há condições neste momento de arredá-lo do desempenho de funções.”

(...com a mesma “simplicidade”?)

“Quase que com a mesma, digamos que simplicidade. Não é o mesmo, mas não é muito diferente dos outros elementos/funcionários que têm um regime jurídico de emprego que se rege pelo código de trabalho, com um contrato individual de trabalho.

Este código permite uma maior flexibilidade na gestão e obriga a que os funcionários estejam um pouco mais atentos e alerta para cumprirem os objectivos que lhe sejam solicitados, uma vez que as consequências são muito directas, nessa perspectiva, para a gestão.”

(mas entre os profissionais, não há diferenciação?)

“Não há nem nunca houve.”

5. No que respeita à avaliação dos profissionais, com este modelo assistimos ao desenvolvimento de uma nova modalidade de avaliação, baseada no cumprimento de objectivos previamente definidos. Participou na definição desses objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Há objectivos que são definidos para a instituição e de acordo com esses os profissionais devem ser alertados para o seu cumprimento, pelo que devem eles também contribuir para os atingir.”

6. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“Claro. Sentimo-nos mais responsáveis de facto, pois há uma meta, um caminho a percorrer, está definido, portanto, têm sempre uma orientação para não andarem por “carreiros”. Porque, se entram por “carreirinhos”, quando dão conta, estão num sítio qualquer menos naquele para onde queriam ir. Vamos caminhando mais ou menos naquela direcção. É facilitador.”

7. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“Neste momento, penso que a qualidade ainda não sofreu grandes abalos. O que me parece que posso dizer neste momento é que na área da administração de cuidados, ainda não temos de nos preocupar com a limitação de recursos. Ela não influenciou ainda a prestação dos cuidados.”

8. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos, nomeadamente: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência

operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“Pode-se considerar que mantemos a qualidade dos nossos serviços e assim este objectivo estará alcançado.

Em termos económicos e financeiros, muito ainda temos de fazer. Se já estivesse alcançado este equilíbrio não andávamos tão preocupados com os números.”

(e em termos profissionais?)

“Hoje temos ferramentas que nos permitem efectuar um recrutamento mais adequado de um profissional, e desse ponto de vista, promove-se o mérito e o próprio desenvolvimento profissional.”

9. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“Há sempre resistência à mudança. Mas não significa isto que vai acabar. Não acredito nisso.”

10. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Sim. Está um pouco mais ágil. Em termos de informação ela está mais acessível, tendo em consideração as tecnologias de informação disponíveis e as ferramentas informáticas que são usadas nas instituições permitem muito mais celeridade.”

(... e do ponto de vista da contratualização e da negociação directa com fornecedores,...por exemplo?)

“Uma diferença muito significativa. Mesmo muito. Tínhamos, antigamente, por exemplo, para fazer recrutamento de recursos humanos uma série de procedimentos e tempos que nos dificultavam bastante. Para fazer um concurso, por exemplo, nós chegávamos a demorar, não por limitações do júri, mas por limitações do processo em si, 3 anos. Neste momento, com as ferramentas que existem, nós podemos fazer o concurso, com a autonomia que temos, em 3 meses.

A flexibilidade é efectiva.”

11. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“A legislação foi sendo emitida conforme ao longo destes anos, o que nos levou a ir progressivamente adoptando novos métodos de trabalho. Transitámos lentamente, às vezes até demais.”

12. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“O eterno problema das nomeações. Penso que se exagera na politização dos serviços, que neste caso são serviços altamente técnicos e que não se compadecem com esta carga de nível político. Desvaloriza-se muitas vezes a componente digamos que profissional e técnica. Sem dúvida alguma que não podemos deixar de respeitar a vertente política, por causa da confiança e da implementação dos objectivos e das políticas do Ministério. Tem que haver de facto alguma carga política. Por exemplo, o Presidente do Conselho de Administração, nomeadamente, no meu ponto de vista, é de todo aconselhável que seja uma nomeação política. Os outros órgãos e membros poderão não ser, mas exagera-se até um pouco. Os serviços e as instituições estão a ser politizadas, e a meu ver, até demasiado.”

(...mas também em relação à composição, em termos técnicos, dos Conselhos de Administração?)

“Em termos de composição dos Conselhos de Administração, penso que é suficiente. Tem-se um Enfermeiro Director, tem-se dois Directores Clínicos, portanto, um para os cuidados diferenciados e outro para os primários. E até já aí é uma melhoria em termos daquilo que é prática, pois com dois directores clínicos tem-se uma visão mais abrangente. Portanto aqui, e para já, em termos de representatividade, não vejo problema nenhum. Acho que essa composição está muito bem. Agora é uma questão de os actores desempenharem bem o seu papel.”

13. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“No caso da Guarda, que é uma ULS, a grande vantagem, a sua enorme vantagem, e que deveria ser muito mais explorada e que deveria até constar da visão estratégica da instituição, permitir que o doente nunca saia do sistema. Porque, a ULS é uma organização que engloba as três vertentes do sistema (temos cuidados primários, cuidados diferenciados e cuidados continuados), ora, maravilha, se houver uma boa

gestão, o doente está perfeitamente sempre acompanhado, a informação circula entre os vários níveis de cuidados técnicos, sem custos repetidos, por exemplo repetição de exames ou de entrevistas. As ULS têm uma concepção integrada. É espectacular. Portanto, a quem criou este modelo, Correia de Campos, dou-lhe os meus parabéns, faço-lhe a vénia, pois penso que os actores no terreno se percebessem bem esta ideologia, era espectacular para os utentes, poupavam-se muitos recursos e tempo.

A sua concepção era espectacular.

Por exemplo, ao nível dos cuidados primários ele interveio muito, propôs uma reforma muito profunda e, nomeadamente essa reforma, tem uma visão que nunca foi dita, mas que, quem olhe bem vê que há ali um toque cuidadoso de gestão, de maneira a que se reduza, uma coisa difícil de gerir, que é o lobbismo médico, e algumas lideranças, retirando-lhe alguns poderes, subtilmente, para outros sectores, e nomeadamente, para os enfermeiros.”

(.. falamos aqui também da criação das USFs?)

“As USFs. As UCCs são lideradas por um Enfermeiro-chefe. Isto é uma visão, muito subtil, do que nunca aconteceu, que um enfermeiro tivesse a liderança de uma unidade. É ele que manda, é ele que dirige. É a primeira vez que isto acontece, de resto era sempre o Director de Serviço, ou o Director Clínico, que de uma maneira ou outra monopolizava e era responsável último pela prestação de cuidados. O Enfermeiro é o senhor da unidade.”

14. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“Não.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“Penso que, fala-se agora muito das taxas moderadoras, mas elas não têm a ver com o modelo empresarial. O modelo empresarial é só, talvez, para facilitar um pouco a personalidade jurídica das contratações, quer aquisições de recursos humanos, quer de recursos materiais, equipamentos, etc. Relativamente às taxas moderadoras, elas foram feitas mesmo para diminuir a acessibilidade. São barreiras.

Temos aqui uma barreira que é económica. Isto é um facto. Se pago 5 euros para ir à urgência, ou se tenho de pagar 20 euros mais umas coisinhas lá dentro, posso sair com uma factura de 30 euros. Para a próxima vez, eu penso melhor. As taxas moderadoras, sendo que limitam o acesso pela via económica, isso já se repercutiu nos indicadores. Há menos clientes nos cuidados de saúde. Também nos cuidados primários já temos maiores taxas.”

(... mas não são tão elevadas. Para se tornarem mais atractivos ao utente?)

“Mas também já são bastante elevadas.”

(...mas com uma rede de cuidados de saúde primários devidamente estruturadas, não conseguíamos controlar o acesso à urgência? Se o utente tivesse ao dispor uma boa rede de cuidados de saúde primários?)

“Respondo à sua pergunta dizendo o seguinte: segundo me consta, o Ministério da Saúde é, mesmo assim, dos melhores ministérios, dos que ainda funciona melhor. Dito isto, do meu ponto de vista, tem muito a dar para funcionar bem, porque o que tem sido apostado, porque para as populações o alvo é nos cuidados de saúde diferenciados, nos hospitais. A aposta é errada, erradíssima. Se tivéssemos apostado nos cuidados de saúde primários teríamos poupado muito dinheiro, mas mesmo muito dinheiro.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“O sistema empresarial, eu penso que tem espaço para progredir. Agora, se falarmos nas Parcerias Público-Privadas, aí a situação torna-se um bocadinho mais complicada. Aí sou absolutamente, aparentemente..., os privados gerem melhor.”

(...mas não foi o que tivemos, vejamos o caso do Hospital Fernando da Fonseca....)

“Mas, e eu digo mas, as PPPs são complicadas porquê? Porque o SNS não tem um organismo capaz de auditar estas instituições. E não sendo capaz de as auditar, eles manipulam os números que quiserem e apresentam as facturas que quiserem. E isso aconteceu, já nalguns hospitais como sabe.

As PPPS, com gestões privadas que teoricamente parecem ser.... Não deveriam ser criadas sem ser altamente reguladas pelo Estado, mas não o são. Não podem ser criadas sem alta regulação do Estado, por uma equipa bastante diferenciada e capaz de os auditar.”

(mas aqui estamos aqui a falar de uma autonomia muito diferente...)

“Sim, mas desde que não se falseiem os resultados tudo bem. A empresarialização não tem problema nenhum.”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Eu penso que este modelo tem pernas para andar, e seria interessante. Mas esta personalidade jurídica dos hospitais públicos, que há poucos, é uma questão também de utilizar a mesma metodologia de negociação. A gestão empresarial permite-lhes, de facto, que sejam mais ágeis na gestão. É preciso é que haja alguns e bons mecanismos de avaliação e de controlo.”

Entrevistado E

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“O nosso sistema de saúde, a forma como estava estruturado, aí até há 15 anos atrás, também tinha esta preocupação, mas agora estamos numa perspectiva empresarial. O que se pretende obter, digamos, não é o mesmo. A preocupação passa a ser, além de uma prestação de serviços considerada adequada à patologia, a de obter algum resultado, à semelhança de uma empresa, sei lá, produtora de calçado. Visa o lucro. A boa gestão encarregar-se-á de equilibrar estes conceitos no decorrer da sua actividade.”

(Então, a este respeito, considera que este modelo é o mais adequado?)

“Sim, disso não tenho dúvida.”

2. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Há hoje uma inquestionável interacção entre os profissionais desta casa, quando olhamos para um passado, se bem que relativamente recente. Há hoje participação e representatividade a vários níveis que lhes permite opinar sobre diversos assuntos do interesse geral, atendendo às especificidades de cada classe profissional.”

3. No que respeita à avaliação dos profissionais, A introdução de alterações no modelo de avaliação baseado no cumprimento de objectivos foi bem aceite, ou pelo contrário, considera que estes foram bastante reticentes à sua implementação? Foram os profissionais chamados a intervir na definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Até houve umas situações caricatas. Sabe que o desconhecido incomoda sempre, e no que toca a beliscar direitos adquiridos e afins, os funcionários públicos unem-se logo! Mas de facto não foi o bicho de sete cabeças que muitos temiam. Houve naturalmente muito cuidado em atender às especificidades de cada classe/carreira profissional, mas

tirando isso, e no caso de um sistema de avaliação próprio, nalguns casos, foi pacífico.”

4. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“O peso do não cumprimento de um orçamento é elevado. O não cumprimento de um pode condicionar gravemente os seguintes. O actual modelo, que concedeu autonomia administrativa, financeira e patrimonial nalguns destes casos, obriga-nos a gerir cada um destes hospitais como uma empresa independente. A responsabilização que um empresário espera de um bom gestor é semelhante. Se o gestor da ta empresa de calçado não satisfizer, não gerir adequadamente? Deve ser responsabilizado pelos seus maus resultados. O mesmo deve suceder na Administração Pública, se bem, que esta responsabilização ainda deixa muito a desejar e as consequências nem sempre são visíveis aos olhos do comum dos cidadãos.”

5. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“As restrições são cada vez maiores. O actual défice do Ministério da Saúde obriga a que a gestão seja cada vez mais rigorosa. Agora daí que se prejudiquem os cuidados de saúde, não vejo isso dessa forma. Houve a necessidade, de ao longo destes últimos anos, sensibilizar os profissionais de saúde para o desperdício. Não se justifica uma determinada profilaxia de elevados custos, algumas na ordem dos 500 contos/ 2500 euros ou até 3000, num doente terminal de 85 anos por exemplo?

(mas ética e deontologicamente concorda?)

Nunca recusei uma requisição de um médico, quem sou eu tecnicamente para avaliar uma determinada terapêutica, uma prescrição médica ou até um exame de diagnóstico.

(estávamos então a falar de um caso de qualidade de vida? De possibilitar que um doente terminal de avançada idade, do qual já não haveria grandes possibilidades de recuperação, de lhe proporcionar algum conforto e qualidade de vida, não o submetendo a dolorosos exames ou terapêuticas que em nada iriam resultar?)

Precisamente. Trata-se de saúde ...”

6. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Sem sobra de dúvida. Pouparam-se milhões numa negociação directa com um fornecedor. Se eu quiser lançar um concurso para o fornecimento de águas eu hoje faço-o com maior celeridade, do que há 10 anos. Mas quanto a isso é inquestionável. Desde que haja dinheiro, é hoje tudo mais célere. A nossa não dependência a esse nível permitiu-nos responder quase em tempo útil a determinadas necessidades, sejam elas de aprovisionamento, recursos humanos, para não irmos mais longe. Há efectivamente uma considerável melhoria no decorrer de qualquer processo.”

7. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“Se não foram deveriam. A procura de eficiência é um dos motores deste modelo. E atrás disso vem (nalguns casos deveria) a procura dos melhores profissionais. Cada uma das unidades de saúde deste país quer ser distinguida, no todo, ou em partes. Há então que seleccionar os melhores proporcionar-lhes perspectivas de evolução. Tudo isso se traduzirá a médio prazo num considerável aumento da qualidade dos serviços prestados, nunca deixando de ter debaixo de olho as questões financeiras. Voltando ao mesmo, se os gestores forem recrutados pelo seu mérito, certamente irão desenvolver um bom trabalho. Aí está o mérito de que tanto se fala mas que a política teima em não deixar vingar!”

8. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Às vezes até se punha a carroça à frente dos bois. Têm sido tempos de alterações significativas. O que é hoje, amanhã ninguém sabe se o será., mas isto a todos os níveis da Administração Pública. Legisla-se num determinado sentido, mas depois, no terreno deparamo-nos com situações que juridicamente poderão não ser possíveis. Não estou com isto a criticar o facto e se tomarem determinadas decisões, mas deveria haver algum cuidado, se calhar chamando ao debate determinados profissionais que estão no

terreno, para que fossem antevistos alguns problemas, procedendo-se de imediato à alteração /revogação de legislação que impeça o decorrer com normalidade de alguns processos.”

9. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“Por mais que se tente fugir, a política está sempre presente. Dificilmente vê uma Administração ser reconduzida. Ainda antes da mudança de um governo, desde que esta mudança se vislumbre, começa a corrida aos lugares. Admito que em determinados casos e por questões de representatividade deva funcionar a nomeação política, mas a equipa de trabalho deverá ser nomeada por critérios profissionais, pelo mérito.

Assistimos constantemente que um determinado político seja nomeado para diferentes lugares, em diferentes ministérios. Isto apenas reflete, algum do seu peso político (ou deixe-me que lhe diga, cobrança de favores), pois os seus desempenhos vergonhosos confirmam-nos que não tem CV que abarque tão vastas e distintas áreas de actuação. É o “tacho”.”

10. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“Não. Não promove. Esta é a forma encontrada, e para mim , apesar de tantos constrangimentos, mais adequada de minimizar o desequilíbrio a que temos assistido ao longo dos anos. Todos gostávamos de ter à disposição os serviços médicos necessários, sem custos. Não é possível. A situação é caótica. Mas o fim do SNS não o aceito, ou melhor, não acredito nele.”

11. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“A celeridade de processos de recrutamento, pois muitas das vezes, andávamos meses com necessidade de admitir um técnico de diagnóstico e até que a tramitação legal o permitisse, quase perdia a vontade. A negociação directa, sem grandes burocracias. Uma das grandes vantagens, para mim, é o facto de hoje termos disponível, quase em tempo real um conjunto de indicadores que nos permite avaliar o nosso desempenho e

reequacionar, caso isso seja necessário, a estratégia delineada... E para já, acho que as mais notórias são estas.”

(...e desvantagens?)

“Desvantagens, não sei se haverá muitas perante as consideráveis melhorias a que assistimos, mas não podemos fugir ao clientelismo.”

(clientelismo, no sentido literal do termo?)

“Sim, sim. A negociação directa com alguns fornecedores, ou prestadores, pode levar a determinadas situações, menos claras. Não é nada novo e sabemos que situações destas têm colocado altos dirigentes em posições menos confortáveis.”

12. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“De forma alguma. Nem sempre o cidadão concorda com opções que se tomam, mas não quer com isso dizer que se deixe de encarar o encargo de um estado com a saúde dos seus cidadãos.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“Qualquer cidadão, com ou sem recursos, tem lugar no SNS.”

(não estamos a restringir esse acesso?)

“Não. Está a querer falar de taxas moderadoras?”

(do seu recente aumento, por exemplo... condicionam o acesso, não acha?)

“O aumento tem a ver com restrições, mas ao nível do acesso a uma urgência hospitalar, não à restrição de acesso a um cidadão, em termos gerais. Claro que uma ajuda ao equilíbrio financeiro é bem-vinda, mas já um anterior Ministro considerava esta possibilidade.

O cidadão sente-se condicionado num acesso a uma consulta de urgência (com valores muito mais elevados que uma consulta num centro de saúde) pelo seu custo. Vai pensar duas vezes se é mesmo necessário ou se o seu médico de família não resolve perfeitamente o problema.

Mas se repararmos, a par do aumento, foram criados mecanismos que permitem ao mais desfavorecidos requerer a isenção do pagamento das taxas moderadoras. E há que ter em conta que estamos com um número, sem precedentes, de isenções

concedidas. Portanto, a restrição do acesso pela via económica é uma falsa questão.”

(Mas para isso deveríamos ter cuidados de saúde primários a funcionar em rede e na sua plenitude?! Um doente que já não tem um SAP aberto e cujos cuidados são inadiáveis, irá naturalmente parar a uma urgência!)

“Para mim, a grande aposta de uma verdadeira reforma do sistema de saúde deverá começar com uma boa estratégia ao nível dos cuidados de saúde primários. Iríamos aliviar os cuidados diferenciados com situações que podem perfeitamente ser resolvidas com menores custos e mais perto até da residência do utente. E muitas vezes evitando duplicação de exames de diagnóstico.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Sem dúvida. Este modelo veio para ficar.”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Por mais alternativas que se procurem, e olhando ao desenvolvimento dos sistemas por essa Europa fora, estamos no caminho certo... com muito a aprender e onde mexer. Mas será sempre assim, nunca nada estará terminado, porque a própria evolução tecnologia e científica colocarão novos desafios que nos levarão sempre a querer melhorar o que temos. Mas isto faz parte também da condição humana.”

Entrevistado F

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“Ora bem, em relação à primeira pergunta e quando perguntam se em termos de equidade ou de eficiência, e eu aqui eficiência, economia e eficácia, vou considerá-las no mesmo plano. Em termos de equidade não há grande distinção entre o modelo empresarial e o modelo de Sector Público Administrativo (SPA). Ambos os modelos têm por respeito aquilo que está na Constituição (e isto tem que ser formalmente revisto), ambos os modelos têm por respeito aquilo que está nos Estatutos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), portanto, ambos respeitam a liberdade de acesso, a gratuitidade ou tendencialmente gratuitidade para os acessos... portanto, em termos de equidade, não há grande distinção.

Em termos de eficiência, economia e eficácia, poderá haver. E, eu digo poderá haver porque quando foi criado o modelo empresarial pelo anterior Ministro, e isto já em 2002 ou 2003, aquilo que estava em cima da mesa era uma dicotomia que existia entre o público e o privado, considerava-se que os privados geriam melhor e então o Ministro quis estender ao SNS a faculdade de o SNS poder gerir com as mesmas armas que o sector privado, e considerou-se que não privatizando o SNS que o meio mais adequado seria criar os chamados hospitais-empresa (HE). Os hospitais-empresa, efectivamente, estão libertos de uma série de constrangimentos de ordem legal que são impostos ao SPA. Portanto, à partida, têm condições mais favoráveis nomeadamente e em termos de contratação de pessoal, essencialmente, para atingirem os seus objectivos. É muito mais célere, muito menos burocrática e muito mais até eficiente, digamos assim, porque não está sujeita... Vou-lhe dar um exemplo se contratar um médico. Imagine que há uma dificuldade no interior de contratar um médico anestesista ou um cirurgião. Enquanto que num hospital SPA está sujeito às tabelas do SNS, um hospital-empresa à partida tinha condições para negociar directamente, sem plafonds, sem grandes constrangimentos. Isso deu azo a que muitos hospitais se pudessem dotar de meios muito adequados aos seus objectivos. Para além de a própria cultura do

hospital-empresa, e estou a falar de cultura, não é uma coisa que esteja formalmente instituída acabou por ser mais flexível e os primeiros hospitais-empresa que foram criados, e não falo só do da Guarda, gerou uma cultura muito mais dinâmica, digamos assim, por parte dos Conselhos de Administração (CA), porque na altura tinham um gabinete próprio de apoio, porque foi na altura com o Dr. Mendes Ribeiro, que tentou dinamizar uma série de iniciativas transversais a todos os hospitais-empresa. Portanto, em termos de economia, eficiência e eficácia, tiveram todos muito melhores condições que os outros. Neste momento, a realidade é um pouco distinta, porquê? A partir do momento em que chegámos a esta conjuntura, de dificuldades com as finanças públicas, foram impostas também aos hospitais-empresa uma série de limitações, nomeadamente sobre a contratação. Neste momento, os HE, por exemplo que não tenham resultados positivos, não podem fazer contratação de pessoal sem submeter isso à autorização de pessoal. Portanto, acabam por na prática, neste momento, estarem quase sujeitos às mesmas restrições/regras do SPA”

2. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Eu não posso dizer que sim, neste momento, porque ao nível da orgânica dos serviços a dinâmica é muito semelhante à que existia anteriormente. Pese embora, exista um regulamento interno algo diferente do que era num hospital SPA, a orgânica manteve-se, ou seja, os níveis neste momento mantêm-se, CA, depois os Directores de Serviço e algures ali pelo meio andarão os Administradores Hospitalares. Mas, não houve, do que eu me apercebi, e não quero estar aqui a julgar ninguém, nem o anterior CA, quando chegámos, não havia ainda uma cultura muito enraizada de colocação, nomeadamente das chefias intermédias. Havia uma estrutura hierárquica muito vertical, e nessa ordem de ideias, quem definia os objectivos era o CA, ou seja, não havia aquele mecanismo que nós chamamos de contratualização interna, em que há uma série de áreas que estão divididas, que estão sob alçada de uma ou mais pessoas que fazem uma gestão directa, estabelecendo e propondo eles próprios ao CA gerirem essas áreas, propondo um orçamento.”

(não há então essa interacção?)

“Exactamente. Isso não acontece, deveria existir e eu gostaria que existisse.”

3. No que respeita à avaliação dos profissionais, a introdução de alterações no modelo de avaliação baseado no cumprimento de objectivos foi bem aceite, ou pelo contrário, considera que estes foram bastante reticentes à sua implementação? Foram os profissionais chamados a intervir na definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Há mecanismos muito próprios em algumas carreiras. Há carreiras especiais, como o caso da enfermagem e a medicina, que não estão abrangidos pelo SIADAP. Eu considero que o SIADAP foi um modelo que foi criado na altura certa e mais ou menos da forma certa. Pode não ser perfeito, mas a intenção foi muito boa. Se calhar caiu-se depois no excesso de regulamentação. Mas aquilo que existia era perfeitamente ridículo. Aquilo que existia anteriormente, era uma avaliação anual em que praticamente toda a gente tinha... a avaliação era de um a dez e, quase toda a gente tinha de avaliação excelente ou muito bom. O SIADAP não é perfeito, muito por culpa, não do próprio sistema, mas da forma como é implementado. Ou seja, tornou-se de tal forma complexo e moroso que depois as pessoas não o compreendem e aceitam. Teoricamente, no início do ano, o CA, ouvindo, lá está, isto de acordo com a resposta à questão anterior, todos os serviços, deveria fazer um quadro anual de referência, digamos assim, de objectivos para o chamado QUAR. E para a maior parte dos CA o QUAR não é visto como uma prioridade. Aquilo é um pouco.... “cozinhado”... Eu não queria usar essa expressão.”

(mas isso, às vezes, também terá a ver com a falta estratégia dos CA?)

“Exactamente. Portanto, os indicadores do QUAR não são, digamos assim, coisas muito assertivas, e isso faz com que tudo o que vem a seguir a isso, porque aquilo é uma cascata, os objectivos do hospital funcionam em cascata, e nós temos o QUAR que são os objectivos estratégicos da instituição, a partir de aí os objectivos do serviço. E a partir dos objectivos do serviço teríamos os objectivos dos profissionais desse serviço. São três níveis, digamos assim, e é assim que funciona o SIADA. Se à partida, a primeira cascata não está a funcionar bem, que é o QUAR, que nasce no CA, tudo o resto vai falhar.

Neste momento, eu considero que, não só na Guarda, como na maior parte dos organismos públicos o SIADAP está a falhar aí. Eu acho que o SIADAP, mesmo assim, ainda continua a estar enviesado. Eu por acaso tive, aqui há uns tempos, a oportunidade de fazer uma proposta diferente. E, por acaso foi proposta em sede de um partido político, que era o seguinte... nós deveríamos fazer uma avaliação semelhante àquela que fazem as grandes empresas, a chamada avaliação em 360º, em que, o profissional era avaliado não só pela sua chefia, como sucede no SIADAP, mas também pelos seus colegas e eventualmente, até pelos seus subordinados. Assim, era avaliado transversalmente.”

(uma avaliação mais fidedigna...)

“Eu aqui considero que essa avaliação tinha muito mais condições para dar uma imagem real do que é um colaborador. Até porque, como é feita com recurso, normalmente a computadores/a meios informáticos e é anónimo, acaba por dar uma imagem do que é um determinado colaborador. Nessas empresas, onde se pratica essa avaliação, vão ao ponto de se ouvirem os fornecedores e os próprios clientes.”

(que interagem com esse colaborador?)

“Já não digo chegarmos tão, mas pelo menos as chefias, os subordinados e os colegas, deveriam ser todos ouvidos.

Os profissionais, teoricamente, são chamados na mesma a definir os objectivos mas, lá está, é a tal resposta que eu já dei à questão anterior, na prática pouco ou nenhum impacto tem sobre o quadro de referência estratégico da instituição.”

4. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“Eu aqui tenho que distinguir duas coisas. Tenho que falar na gestão dos contratos que são feitos com cada unidade.

É assim, a tutela no início do ano, não costuma ser no início do ano, mas no primeiro trimestre, gere com cada hospital o processo de contratualização desse ano. Normalmente, até com um estudo feito, anterior, de seis meses antes.... O que é que acontece? Teoricamente, os hospitais que não cumprem deveriam ser penalizados e os

hospitais que cumprem deveriam ser beneficiados. Isto foi uma grande mudança que se verificou desde há cerca de uns dez anos para cá, também com o Ministro Correia de Campos, em que se deixou de fazer o financiamento por histórico.”

(passámos do retrospectivo para o prospectivo...)

“Exactamente... para ser feita uma contratualização com base na produção e com base em indicadores de qualidade. Na prática, o peso, digamos assim, do histórico ainda é superior ao peso da contratualização por produção. O grosso do orçamento ainda vem da parte histórica. Acho que isso deveria vir a mudar, e isso tornava o modelo de contratualização muito mais eficaz e, digamos assim, muito mais justo. Infelizmente, ainda não chegámos a esse patamar. Claro que nem tudo são números. Às vezes nós temos... vou-lhe dar um exemplo. Eu tenho especialidades em que se quiserem 1000 consultas nós fazemos 1000 consultas, se quiserem 2000 nós fazemos 2000, mas aquilo não tem a qualidade que deveria ter. Isso são números. Nós temos que falar de números e de vida.

Agora há outra questão. A contratualização interna. Aí é que é o grande falhanço dos hospitais portugueses, o não haver contratualização interna.

Há hospitais como os Hospitais da Universidade de Coimbra, o Hospital de Santo André em Leiria, alguns que eu me estou a lembrar e sei que fazem contratualização interna. Eu também fazia no hospital onde estava. Mas aquilo acabava por não ter grande impacto. O que era a contratualização interna? Com cada responsável de serviço, cada chefia intermédia que era responsável por esse serviço, conversavam entre si, acordavam numa determinada produção anual, num determinado orçamento, e aquilo ficava devidamente registado e assinado e ia ao CA. Digamos assim, aquilo era um compromisso. Tal como o CA assumia um compromisso no orçamento anual perante a tutela, internamente, cada serviço assumia. Porque os serviços são tão díspares e complexos...”

(cada um deles funcionaria independentemente, autonomamente...)

“Isso mesmo. Só que na prática a contratualização interna não tem quase peso quase nenhum nos hospitais. Os CA não têm sabido gerir... olhe, não têm sabido premiar os serviços que cumprem a contratualização interna.”

(Até como forma de incentivo...)

“Não têm sabido fazer isso, até que na maior parte, aquilo é um mero papel em que depois ninguém vai... o orçamento anual acaba por ser a soma da contratualização com cada serviço, mas ninguém vai depois responsabilizar cada serviço individualmente por cumprir ou incumprir.

Portanto, não se pode dizer que haja um acréscimo de responsabilidade na execução. Há sim, um acréscimo de responsabilidade, claramente, perante a tutela. A tutela tornou-se muito mais exigente. Como há uma grande percentagem do orçamento que tem a ver com a produção e com indicadores de qualidade, ela tornou-se muito mais exigente na apreciação desses números, até por um esforço de contenção nesses números.

Agora, internamente nos hospitais, e aí é o grande falhanço, é não haver esse processo de contratualização interna efetivo, por aquilo não ter validade nenhuma.”

5. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“É assim... a qualidade eu acredito que não. Temos que dividir isto em duas partes. A qualidade eu acredito que não, o acesso sim!”

(está a ser condicionado?)

“Está. O acesso está a ser dificultado... a própria imposição das taxas moderadoras, etc. veio aumentar a dificuldade das pessoas no acesso. Não nos podemos esquecer que hoje muitas pessoas vivem com dificuldades. Para além disso, quando sabíamos que serviços, e não estou a falar especificamente daqui, na generalidade, tinham 10 médicos e agora têm 5, 6 ou 7, não se pode falar que exista a mesma facilidade no acesso. Obviamente...”

(Não é só a dificuldade pela via económica, mas também ...)

“Exactamente. Há uma muito maior pressão para gastar menos, cortar custos. Agora a qualidade em si, eu não considero que tenha baixado. Sabe porquê? E isto tem a ver já mais com os próprios profissionais, a cultura dos profissionais do SNS é tanta, que o médico, ou o enfermeiro ou o auxiliar não aceitam, de um ano para o outro, deixar de fazer determinado serviço, de determinada maneira, porque eles aprenderam que é

assim que se faz. Portanto, não é pelos CA que a qualidade não baixou ou não se diminuiu. Não baixou porque os próprios profissionais não deixam que baixe.”

(O nível da qualidade do serviço que prestam ... eles mantêm)

“Exactamente.”

6. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Aquilo que eu dizia na primeira... em teoria sim. Contudo houve um retrocesso derivado do controlo orçamental que nós estamos a viver...”

(que limitou essa autonomia?)

“Sim, que acabou por limitar a autonomia.”

7. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“Quanto ao desenvolvimento profissional e meritocracia, eu posso-lhe dizer claramente que não. Quando os HE foram criados, em teoria, a faculdade que se dava era a de negociarem individualmente os contratos, mesmo com pessoas que já tinham contrato de trabalho em funções públicas, aquilo que nós dizemos que são pessoas do quadro, poderiam transitar para contratos individuais de trabalho. E aí, os CA poderiam premiar os bons profissionais, propondo-lhes melhores contratos, em detrimento dos outros que eram maus profissionais. Na prática não foi bem isso que sucedeu, acabou por se fazer funcionar aqui, a lei do mercado. Aqueles que eram mais necessários (caso dos médicos) ganhavam mais, as especialidades que eram mais procuradas ganhavam mais e, não foi propriamente por mérito. Houve casos que sim...”

Eu tive casos de negociar contratos muito vantajosos, não para o hospital (mas também!), mas em termos remuneratórios para determinados profissionais porque os considerava excelentes profissionais, e achava que em termos de impacto no serviço eram mesmo necessários e pagava-lhes muito mais que aos outros. Contudo, não considero que tenha havido uma meritocracia, porque ainda funcionava a legislação da função pública da progressão nas carreiras. E aí está que muitas vezes não são os bons a ser promovidos mas sim os antigos.

Eu considero que o HE já foi um bom passo neste sentido. Quando as limitações que estamos agora a viver forem levantadas, então sim.

A eficiência operacional e económico-financeira melhorou claramente. A pressão que foi feita sobre os CA a par de se limitar o crescimento dos orçamentos (de facto nalguns casos até se reduziram) fez com que nos hospitais se criassem... costuma-se dizer que há estudos, mas na prática isso é muito curioso porque isso é sempre referido mas não existe... e costuma-se dizer então que há estudos na saúde que indicam 25 a 33% de desperdício. E toda a gente cita isto como uma regra empírica. Mas, o que é facto é que não existe nenhum estudo... e já tentei encontrar! Diz-se que há um desperdício mas não é quantificável. Eu acredito que esse desperdício ainda hoje é grande, mas que já foi muito maior. Ou seja, os hospitais por causa dessa pressão têm vindo a reduzir o custo, a renegociar contratos com fornecedores, etc., portanto tornaram-se mais eficientes, digamos assim.

Em termos de serviço ao utente e de qualidade da prestação eu não considero que tenham decaído. A redução de custos nos hospitais tem sido feita muito à custa do esmagamento de margens a fornecedores, essencialmente, e também um pouco da despesa de funcionários. Um pouco, não! Bastante, à custa da despesa com os profissionais de saúde. Entre a dispensa de profissionais e a renegociação (a baixa), aí é que se conseguiram reduzir os encargos, porque a qualidade não se ressentiu por aí além. Pode-se ter ressentido na quantidade, na tal facilidade no acesso, mas não na qualidade.”

8. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Foi, foi, foi.

Eu tive a sorte de iniciar a minha carreira nesta área em 2000 e em 2001, salvo erro, é quando o Correia de Campos faz as primeiras referências aos HE. Em 2001/2002. Eu tive a sorte de passar pelo SPA, depois ver surgir os EPE que na altura se chamavam outra coisa (que o governo PSD depois rebatizou). Eu tive a sorte de passar por isto tudo e efectivamente, em 2002/2003 houve uma revolução que foi a criação dos HE. Foi mesmo uma revolução, que veio abalar completamente.... Olhe, repare, quer acredite quer não, até 2002/2003, 90% das áreas hospitalares não estavam

informatizadas. Havia um programa, que ainda hoje existe, que é o Sonho, que é um programa de gestão de doentes, mas não existia mais nada! Em nenhum hospital, nem mesmo no HFF, que foi nessa altura que se deram os primeiros passos. Essa cultura empresarial, quando as pessoas deixaram de ver os hospitais como fundações, digamos assim, como Misericórdias e passaram a ver os hospitais como empresas, foi nessa altura.

Portanto, foi uma mudança de paradigma, absoluta! Se me diz que as mudanças ainda estão em curso, é verdade! Demoraram 10 anos, mas a mudança foi radical.”

(foi o marco da viragem...)

“Algures entre o final daquele governo PS, em que o Correia de Campos esteve ali como Ministro, não sei se chegou a 1 ano, e depois foi o Luís Filipe Pereira, foi uma mudança absoluta. Depois, a seguir entra o Luís Filipe Pereira, rebatiza os hospitais em EPEs, é criado o gabinete de apoio aos EPEs e às Parcerias, onde estava o Mendes Ribeiro.

Tudo isto foi uma mudança radical. Estamos a falar de uma mudança feita ali em 2/3 anos.”

(não deixa de ser curiosa a sua perspectiva quando comparada com a de alguns profissionais de saúde, que consideram que esta mudança foi progressiva...)

“Foi muito, muito muito radical... Quando eu digo abrupto, para mim é abrupto mudar as regras como mudaram as regras nesta década. Para mim eu já considero isso abrupto. A cultura dos hospitais em 2000 era a mesma cultura de 1980. Era exactamente a mesma coisa, não havia diferença! E, a cultura hoje já não tem nada a ver com a cultura de há 10 anos.

Nós hoje, andamos muito mais preparados para olhar para os custos, do que olhávamos há uns anos atrás... Há uns anos atrás os CA tinham aquela dieta de imposto que era o Orçamento de Estado (OE). E isso era quase indiferente, se o défice era de 1 milhão ou 2 milhões, porque era o Estado que iria pagar. Agora não!”

(e nesse aspecto estamos a responsabilizar?)

“Agora é totalmente diferente! Acha que há uns anos atrás se ouvia falar em benchmarking? Aqueles termos todos da gestão eram desconhecidos há 10 anos atrás. Há 10 anos atrás, 12, lembro-me eu quando tirei o curso de Administração hospitalar

falava-se em qualidade em saúde e não se ia para além disso. Era a qualidade até à exaustão. Era só qualidade, qualidade, qualidade. A gente até já nem podia ouvir falar em qualidade, e sobre isso era quase uma dissertação... Hoje não! Hoje fala-se em termos muito concretos de gestão, não se falava em profissionalização ao nível do aprovisionamento, da gestão de doentes..."

(a própria avaliação de desempenho?)

"Exactamente..."

A gestão hospitalar tornou-se mais exigente e mais parecida com a gestão privada e menos com o Provedor da Misericórdia! Tornou-se muito mais moderna, muito mais parecida com o que é a gestão de uma empresa.

Essa mudança... É assim, se me disserem uma mudança dessas, que se concretizou basicamente em 4/5 anos, que ainda se tem vindo a consolidar, foi abrupta? 4 ou 5 anos pode-se considerar que não, mas para mim foi, em relação ao que se tinha visto nas décadas anteriores. Talvez algumas classes operacionais, assistentes operacionais não deram tanto conta dela. Para eles era muito semelhante."

9. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

"Efectivamente, mas isto não é novo....Se bem que considero que isso tem vindo a diminuir, curiosamente! Os critérios de nomeação dos hospitais, digamos assim, públicos, sempre foram políticos. Sempre! Não há partido nenhum que possa negá-lo, aliás como qualquer empresa pública."

(as questões da confiança política?)

"Precisamente, embora às vezes haja excepções. Há CA que passam por vários governos e aguentam-se lá muito tempo, com competência ou não. Depende da conjuntura. Mas o que é certo, é que a componente política tem sempre um grande peso e é predominante até na nomeação de profissionais para a gestão hospitalar. Mesmo assim, tem-se vindo a assistir a uma maior especialização, ou seja, os profissionais são cada vez mais bem dotados com habilitações e com experiência no ramo. Lembro-me de tantos, aquilo a que nós chamávamos administradores de capoeira, que eram os outsiders que apareciam de outros ramos que não conheciam de todo o ramo da saúde, e cada vez menos se vê disso."

(Cada vez mais a formação adequada às funções..)

“Sim, sim.

Agora se me diz que a política é preponderante sobre o curriculum, muitas vezes é. Infelizmente é. Mas eu, mesmo assim, vejo um esforço, e vi, não estou agora a defender cores, mas vi um esforço recente no sentido o curriculum a prevalecer.”

(de ser premiado o curriculum em detrimento da cor política?)

“Exactamente.”

10. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“Não, pelo contrário. É assim... Se eu fosse médico ou enfermeiro diria que sim. Era logo a primeira coisa que diria era que queriam acabar com o SNS. Mas eu acho que não, pelo contrário. Se a empresarialização... Repare... Se eu precisar, vamos supor, de comprar um lote de soro ou fazer uma obra no hospital, ou seja lá o que for, e eu tiver de esperar 6 meses, cumprir uma série de regras... Eu faço a mesma obra, se a obra for de 100.000 euros, e se eu estiver no sector privado, 15 dias depois eu estou a começar a obra e se calhar faço-a por 80.000. Portanto, se me disserem que isso é o fim do SNS, eu acho que não! Quando se diz que o privado é mais eficiente a gerir, é porque o privado tem outra forma facilidade em fazer as coisas que o público regra geral não tem. Porque, entendeu-se (porque o legislador também não é burro), entendeu o legislador em determinada altura dos acontecimentos, isto vem da década de 70 a 80, que o interesse na transparência e no rigor era superior ao interesse da eficiência económica. Portanto, criou-se todo um conjunto de regras, leis, que faziam com que houvesse procedimentos muito rigorosos, não interessa se depois eram bem ou mal aplicados, mas à partida a ideia do legislador era essa que se fizessem concursos muito transparentes, mesmo que depois demorassem anos. Tinham era de ser transparentes e rigorosos.

O privado não. Gere olhando para os custos.”

(de acordo com as necessidades que tem...)

“Exactamente.

Quando se promoveu a empresarialização foi para que o público também pudesse gerir como o privado, não totalmente, preservando ainda alguma transparência, mas... Qual era o objectivo? ... Era em vez de gastar x.000 milhões, era gastar um bocadinho menos no SNS. Se isto é promover o fim do SNS, eu considero que não!”

11. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“A maior vantagem é a maior desburocratização, e uma maior eficácia da gestão. Há desvantagens. A maior desvantagem é a perda de alguma transparência que havia nos processos públicos.”

12. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“Não, não.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“A igualdade no acesso, e atrás estávamos a falar das desigualdades económicas. Eu acho que não é o modelo empresarial que está a diminuir a igualdade no acesso. O que está a diminuir a igualdade no acesso dos cidadãos ao sistema de saúde são as dificuldades económicas.”

(não é o sistema que está a restringir o acesso?)

“Isso mesmo. Poderia muito bem ter havido, na mesma, aumentos das taxas moderadoras havendo ou não modelo empresarial.

Portanto, todas estas dificuldades económicas é que estão a restringir o acesso.”

(A ideia das taxas moderadoras, neste caso, serviriam muitas vezes para restringir o acesso a uma urgência?)

“Exactamente.”

(Mas para isso deveriam os cuidados de saúde primários funcionar em pleno, conforme estava idealizado por exemplo por Correia de Campos...)

“É para restringir as falsas urgências. Por isso é que o nome é moderador.”

(funciona como um agente moderador...)

“Isso. Pretende que as pessoas sejam mais moderadas no acesso e que não vão à urgência por dá cá aquela palha, como se diz na gíria.

Mas não é uma consequência directa do modelo empresarial. É consequência directa das dificuldades orçamentais. Podia ser SPA e estarmos a viver o mesmo problema.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Acho que se vai manter. Acho. Acho que até se vai acentuar, ou seja, a empresarialização veio para ficar, vai-se tornar cada vez mais.... Até porque a pressão dos governos... Não sei se tem essa noção, a despesa pública em saúde tem aumentado sensivelmente ao dobro do crescimento do resto da despesa orçamental. O que é que acontece? Como o orçamento não é elástico, e aliás em Portugal nos últimos 2 anos chegámos a essa triste conclusão, o orçamento não é elástico e o dinheiro não é elástico, mais tarde ou mais cedo, a pressão que é feita sobre os Ministros da saúde, sobre os deputados, sobre todos os políticos, não vai ser uma pressão sobre transparência, sobre o rigor, vai ser uma pressão sobre a contenção de custos. Ora bem, para a própria contenção de custos o método mais efectivo é a empresarialização.

Lá está aquela pergunta a que eu lhe respondi há bocado.

Na prática eu penso que vamos ter um dilema. Ou avançamos no caminho de uma privatização parcial do sistema nacional de saúde ou, avançamos no caminho de uma empresarialização pública, mantendo-se os hospitais públicos, mas mais empresarializados, libertando-os de mais regras.”

(com mais autonomia ainda?)

“Com mais autonomia ainda, com maior pressão orçamental.”

(mas para isso temos ainda uma grande falha, apontada por muitos, que é o nosso Estado regulador que não funciona em pleno...)

“Exactamente. Por isso mesmo eu acho que não vamos para a privatização tão cedo. Isso seria uma mudança tão radical... Isto é uma opinião minha. Eu acho que não é fácil a opinião pública aceitara que houvesse uma privatização do SNS. Acho que ainda vamos assistir a um recrudescer da empresarialização.”

(mais uma década?)

“Vamos ver...”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Eu acho que sim. É inevitável.”

Entrevistado G

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“Elas centram-se nesses objectivos, mas atingi-los.... Talvez agora, com este modelo, a preocupação seja maior. Mas, as medidas não têm sido as melhores.”

2. Como profissional de saúde, que exerceu um cargo de gestão, considera que com o modelo empresarial houve um aumento da produtividade?

“Não, não considero.”

Eu acho que não houve alteração nenhuma em relação à produtividade. Esta é a minha opinião.”

(não foi por via deste modelo que sentiu diferença?)

“Não. Não veio alterar nada nesse sentido.”

3. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Ao longo deste tempo nunca me apercebi que os profissionais soubessem quais eram os objectivos dos Conselhos de Administração. Portanto, se nunca houve reuniões com os directores dos serviços para dizer quais eram os objectivos dos serviços, nós continuamos a fazer rigorosamente o que fazíamos antes, porque nem sequer conheço quais são os objectivos.”

(há aqui uma falta de comunicação interna?)

“Claro... E mais. Deixou de se fazer uma coisa que se fez no meu tempo, que era enviar a estatística da produtividade com regularidade. Desde há uns anos a esta parte, eu só tenho acesso à estatística quando a peço, para responder ao Colégio da Especialidade de Medicina Interna, porque os CA, ou melhor, estes três últimos CA, dois com o Dr. Girão e um com a Dra. Isabel Garção, nunca forneceram estatística nenhuma do hospital. Portanto, os directores de serviço não tinham forma de avaliar a produtividade dos seus serviços.”

(nem como mero indicador do vosso desempenho?)

“Exactamente isso.

Nunca nos foi fornecido, e portanto, só quando pedia os dados, porque o Colégio de Especialidade de Medicina Interna no conjunto de itens que tem para que os serviços respondam, para saber se pode atribuir idoneidade, ou se os serviços perdem idoneidade, uma série de requisitos, nomeadamente o número de consultas externas, a taxa de ocupação, a demora média, a mortalidade, ... E, portanto, só nessas alturas é que eu pedia, para poder responder, e só nessa altura é que me eram fornecidos os dados. Portanto, eu só tinha conhecimento deles uma vez por ano.”

(E porque os pedia...)

“Porque se eu não os pedisse... ninguém mos dava.”

4. Com a Revolução de Abril assistiu-se à passagem do pessoal de saúde para o estatuto de funcionário público. O modelo empresarial e a consequente adopção de regras de gestão privada na gestão de recursos humanos leva-nos, no entanto, para o domínio do direito privado. Concorda com esta mudança?

“Acho que há discriminação entre os funcionários e acho que mais uma vez não houve informação dos objectivos e das regras. Quando se alteram as regras do jogo e as pessoas já estão a jogar, como no nosso caso, que já somos funcionários há muitos anos, antes de proporem as alterações para as novas admissões, deveriam ter dado conhecimento aos mais antigos de que iria haver alterações e, se calhar, darem-lhes a oportunidade de optarem. Se queriam continuar com o modelo que tinham ou se queriam optar pelo novo modelo. E tanto quanto sei, isso nunca foi feito em toda a Administração Pública, não falo só do Hospital da Guarda, porque tenho falado com colegas de outros hospitais que se queixam exactamente do mesmo.

Portanto, os profissionais só se apercebem das situações, às vezes em conversas de corredor ou em conversas no bar, e percebem que uma pessoa muito mais nova foi contratada por um valor muito superior em relação aquele que ele ganha, estando já quase no topo da carreira.”

(mas isso tem a ver com a actual autonomia na contratualização...)

“É evidente, mas nunca foi dada oportunidade.

Eu recordo-me quando andava no início da especialidade, houve uma alteração para o regime de trabalho e fomos chamados individualmente à secção de pessoal, para

dizemos e assinarmos, se queríamos ficar com o regime de trabalho que tínhamos ou se queríamos ficar com o regime de trabalho que iria começar a funcionar. E, portanto, eu acho que esse é que é o procedimento correcto.

Em termos de remuneração e do vínculo ao Estado, à entidade patronal, nunca ninguém me perguntou se queria mudar ou não e se mudasse, quais eram as condições que me davam.”

(Sentem-se então discriminados...?)

“Sim, porque não houve informação. Dá-me impressão que neste modelo, os gestores tentam sonegar informação, sobretudo aos mais velhos, sobretudo aos que têm um estatuto mais elevado.”

(Já com algum peso na hierarquia?)

“Sim, tenho essa sensação.”

5. No que respeita à avaliação dos profissionais, com este modelo assistimos ao desenvolvimento de uma nova modalidade de avaliação, baseada no cumprimento de objectivos previamente definidos. Participou na definição desses objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Nós clínicos, temos regras próprias de avaliação. Nós e outros, os enfermeiros. Mas nunca me constou que outros profissionais tivessem sequer sido chamados.

Como lhe disse, nem os objectivos, a estratégia desta casa no todo, dos serviços, quanto mais individualmente.”

6. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“Isso é uma falácia. Porque toda a vida houve contratualização. Eu quando fui Director Clínico ia todos os anos discutir a Coimbra, com a Agência de Contratualização. Íamos discutir a produtividade dos serviços. Portanto, dizerem que agora se faz isso, é uma falácia!”

(Nesse sentido, em termos de responsabilidade, acabam por sentir exactamente a mesma que sentiam anteriormente?)

“Claro, porque por um lado isso já se fazia, e por outro, porque nunca ninguém da Administração nos disse quais eram os objectivos. Se não há objectivos definidos se não nos dizem quais são os objectivos, como é que se pode fazer uma contratualização? Todas as contratualizações que têm sido feitas, com excepção do ano de 2012, foram feitas entre a entidade patronal, entre a ULS da Guarda e a ARC do Centro, foram feitas sem que os Directores dos Serviços alguma vez tivessem sido chamados. Portanto, não sabemos o que é que contratualizaram, nem em que é que se basearam para fazer a contratualização. Ela foi feita, agora nós não sabemos isso.”

(mas termos de desempenho, continuam a proceder exactamente da mesma forma?)

“É evidente.

E o que vale é que ainda há alguns, que vestiram a camisola há uns anos atrás, e que tentam lutar para que as coisas sejam bem-feitas, para que haja rigor, para que haja aumento de produtividade, para que não haja atrasos nomeadamente nas listas de espera para consulta (conseguimos acabar com isso já há uns anos)... Mas isso tem sido feito porque um Director de Serviço se preocupa, porque acha que deve ser feito assim, porque a tutela nunca nos deu balizas para nós podermos programar as coisas e tentar cumprir esses objectivos.

No momento actual, como digo, fomos chamados recentemente, para discutir produtividade, para discutir contratualização, portanto eu penso que, não foi o timing certo. Porque eu para fazer contratualização, eu tenho que a fazer num ano para a cumprir no ano seguinte. A contratualização para a qual fui chamado, foi para 2012, e portanto estou-lhe a dizer que foi este mês.”

(mas estamos quase a meio do ano!)

“Pois, já passou um quadrimestre no mínimo e, portanto, o timing não foi correcto. Eu acho que a contratualização devia ser discutida em Setembro ou Outubro, para se programarem as coisas para o ano seguinte, porque pode haver necessidade de fazer ajustamentos e até de fazer alterações, que podem ser mais ou menos profundas, para prosseguir os objectivos. Portanto, não é já com o ano a decorrer que se vai decidir.”

7. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“No meu serviço não. Não temos tido dificuldades, nem com o pedido de exames complementares nem com as prescrições de medicamentos. É preocupação do Director de Serviço desde há muitos anos, chamar à atenção de todos médicos mais novos e menos novos, para que sejam ponderados nos exames que pedem e nas prescrições que fazem. Um dos objectivos principais tem sido a qualidade dos serviços prestados, porque não é pelo facto de se prescrever muito ou os medicamentos mais caros, que o doente é melhor tratado, e portanto, a noção que algumas pessoas aí do povo têm é de que quanto mais caro é o medicamento melhor é o resultado. E isso é mentira.”

(é uma falsa questão!)

“Isso não corresponde nada à verdade. E portanto, temos tido a preocupação de chamar a atenção dos mais novos, e também em relação ao controlo dos exames, nomeadamente nos exames feitos ao exterior. Os exames são todos autenticados pelo Director do Serviço e depois, em última instância, assinados e autorizados pelo Director Clínico, neste caso é o Director Clínico. E aí é capaz de ter havido uma redução do número de exames pedidos ao exterior.”

(Um pouco mais de ponderação?)

“Porque quando se está a preencher o pedido, aquilo vai ser validado por duas pessoas. Portanto, pode ter havido. Sinceramente não tenho esses dados. Como não tenho estatísticas nenhuma, não posso ajuizar se isso teve repercussão ou não. Mas, é provável que tenha tido.”

8. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos, nomeadamente: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“O mérito não é de todo reconhecido. A eficiência é provável que tenha melhorado substancialmente a muitos níveis, mas como lhe disse, não tenho dados, estatísticas, para o afirmar.”

(e quanto ao serviço ao utente e à qualidade)

“A qualidade mantém-se e o serviço continua a ser prestado ao utente como era até então. Por esse prisma, estes dois objectivos não são de agora, então já foram alcançados antes.”

9. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“O fim do SNS começou quando deixou de haver carreiras médicas. Nós não nos podemos esquecer que, durante décadas, os médicos indiferenciados faziam consultas das velhinhas caixas, as consultas que eram reportadas à Segurança Social. Portanto era à Segurança Social que pagava, porque acho que nem sequer estavam integradas no Ministério da Saúde. E quando foi criado o SNS definiram-se carreiras.

Com as novas contratações de médicos eles não têm garantia nenhuma de que vão progredir na carreira. Porque acabam as carreiras, acaba o SNS. Em termos concretos, as instituições continuam a funcionar, mas se não houver progressão dos médicos, se não houver concursos, se não tiverem que prestar provas, mais dia menos dia, a qualidade vai baixar de certeza absoluta e os médicos novos não têm por objectivo atingir o topo da carreira, nem atingir uma categoria intermédia. Embora nós, e eu já disse isto muitas vezes e perante vários públicos, temos a profissão que menos degraus tem na carreira. O médico licencia-se, depois tira especialidade e passa a ser médico especialista. Depois tinha o grau de consultor, para o qual tinha de prestar provas públicas (e que não eram muito fáceis) e depois, tinha o grau de chefe de serviço.

Portanto, assistente, assistente de consultor ou assistente graduado e chefe de serviço. Só temos 3 degraus na carreira.

Desde a tropa, as forças militares e militarizadas, os professores, os juizes, os sindicatos, os bancários e por aí fora, todos eles têm mais do que 3 categorias. Mas se eles acabam, passam todos a ser funcionários e nunca mais nenhum deles tem o objectivo de progredir.

Eu penso que isso tem de ser revisto. Este governo, ou outros governos, este provavelmente já não, mas outros governos, a muito curto prazo têm que pegar nisso, porque senão não auguro nada de bom para a saúde em Portugal.

O SNS também já não tem muitas das características que teve no início. A história que está na carta dos direitos das pessoas em Portugal, que é a Constituição, diz que o SNS deve ser tendencialmente gratuito e que deve abranger todas as pessoas, e por aí fora E

neste momento, o que estamos a verificar é que cada vez as pessoas têm de pagar mais para terem o direito ao SNS. Portanto, o SNS já não está correcto.”

(A designação para si já deveria ser outra?)

“Desvirtuaram completamente o espírito, para o qual eu também contribui um bocadinho.

Quando o SNS foi instituído eu era aluno e tivemos acesso ao projecto do diploma e a nossa comissão de curso fez dezenas de reuniões, foram dezenas de horas a analisar às vezes, um artigo de 2 ou 3 linhas, mas analisávamo-lo em pormenor, para que se fizessem alterações à proposta, ao projecto. E isso foi tido em conta pela Assembleia Constituinte, e o Dr. Arnauth, que foi o pai do SNS, e que era de Coimbra, ia de vez em quando às nossas tertúlias para acompanhar os nossos trabalhos e para ver o que nós tínhamos proposto e aceitar sugestões ou não, mas a grande maioria das alterações que nós propusemos foram aceites. E portanto, eu também dei um bocadinho de contributo para que o diploma fosse feito, assim como está publicado no Diário da República, e agora fico muito triste com a desvirtuação que lhe estão a fazer.”

10. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Agilidade para quê?”

(No dia a dia, em termos de gestão correntes, de procedimentos por exemplo..)

“Não. Não me apercebi disso.

As pessoas são contratadas, a partir do momento em que são contratadas...”

(mas se calhar num procedimento concursal é muito mais rápido... Por exemplo na contratação com um fornecedor, na adjudicação de uma obra, é tudo mais célere)

“Como eu agora não faço parte do órgão de gestão atualmente, e ainda bem (felizmente para mim), eu não lhe sei responder a essa questão. Isso que lhe respondam os gestores.”

(Não tem essa percepção?)

“Porque no dia-a-dia, agora já como Director de Serviço de Medicina, eu não tenho nenhum benefício.

E defendi diversas vezes e aceitava perfeitamente o repto, se mo pusessem, de gerir o dinheiro do serviço de medicina.”

(serem todos os serviços independente cada um com seu orçamento?)

“A mim não me importam os outros, interessa-me o meu. Se me dissessem: ”você no serviço gastou este dinheiro em exames, em medicamentos, este dinheiro em electricidade, este em produtos de higiene e limpeza, gastou este dinheiro em transportes, etc. O seu serviço com doentes gastou tanto neste ano. Vocês está disposto ficando com o mesmo dinheiro, ou mais um bocadinho ou menos um bocadinho, a tratar os mesmo doentes, aumentar o número de doentes a tratar, diminuir....”

Eu estava perfeitamente receptivo a um desafio desses. Eu geria o dinheiro e tenho a certeza que ele seria melhor gerido do que ele está a ser neste momento.

Não tenho dúvidas nenhuma quanto a isso.”

11. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Em pouco tempo mudou muita coisa, mas não foi de um dia para o outro. Não acordámos e era diferente. Foi-se alterando. Se bem que mais acentuado num determinado período, sei lá por volta do ano 2000, ou logo a seguir.”

12. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“Acho que sim. Eu não percebo porque é que mudando um governo nós temos que mudar os gestores intermédios. Já não falo dos de topo. Mas mesmo os de topo eu não entendo que se mudem. Se nós olharmos para os outros países da Europa, isso não acontece. E em Portugal também não aconteceu durante muitos anos. Houve algumas pessoas que se mantiveram nos quadros que tinham ao longo de vários anos, independentemente do poder político que estava. O único que eu me lembre assim de repente em Portugal é o Director Geral de Saúde, Francisco George, que já passou vários governos e mantém-se. É assim o mais flagrante. E os outros são todos mudados e porque é que os outros são mudados? Porque são incompetentes? Porque estão inscritos num partido político, porque são amigos de A, B ou C... E depois vamos pagar indemnizações chorudas para eles irem para a reforma ou para saírem. Temos aí indivíduos que estão a receber reformas de muitas dezenas de milhares de euros por mês, porque passaram pelo Estado uns 3 ou 4 anos, e às vezes até menos. Claro que depois para os pormos na rua temos de lhes pagar indemnizações. Essas pessoas

deveriam continuar a exercer o seu lugar, e serem auditadas e serem fiscalizadas e se fossem competentes continuavam e se não fossem, movia-se-lhes um processo disciplinar e mandavam-se embora por justa causa. E não era necessário ficar-se-lhes a pagar reformas chorudas, como alguns que são gestores na Caixa Geral de Depósitos e noutros bancos, outros em instituições e empresas públicas. Estão lá a ganhar milhares de euros por mês mas também estão a acumular com reformas.

Os gestores, sendo uma carreira... Porque também quando os governos mudam os médicos não ficam todos no olho da rua, nem põem os enfermeiros. Porque é que hão-de pôr os gestores? São funcionários também. Têm que ter uma carreira, têm que ter estabilidade, para poderem render mais, para o trabalho deles ser mais rentável, sem andarem com o credo na boca, porque se o governo cai, vai haver eleições e vão para a rua. Isso devia ser, efectivamente, numa carreira estável.”

(e não ao “sabor” dos partidos políticos...)

“Claro que não. Não devia ter nada a ver com os partidos políticos. Também houve uma senhora em Portugal que esteve muitos anos no Ministério da Saúde, e passaram vários ministros e ela continuou sempre, que foi a mãe da Dra. Leonor Beza. Ela era Directora Geral do Ministério da Saúde e trabalhou com vários ministros.

Haverá mais casos, mas pelo menos na saúde, são estes os dois casos que me lembro.”

13. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“A vantagem, teoricamente, seria a desburocratização. Mas, por aquilo que me tenho apercebido, eu penso que até aumentou a burocracia nos procedimentos com este novo modelo de gestão, porque eu também tenho dito ao longo dos anos, e daí eu ter há pouco ter afirmado, que se tivesse uma determinada importância para gerir eu geria-a melhor do que está a ser gerida agora. Não é que eu seja nenhum iluminado, mas porque tenho a certeza de que se nós tivermos liberdade para podermos contratar empresas ou contratar serviços, ou contratar tarefas localmente, podemos consegui-lo com custos mais baixos.

O grande perigo que isto representa, e daí a desvantagem que eu ia apontar, é efectivamente, a promiscuidade entre os gestores e os amigos, e os amigos dos amigos, e os amigos dos amigos dos amigos. E portanto, deixamos de entregar uma obra, ou de

adjudicar um determinado serviço a uma empresa que é competente, para irmos pagar o mesmo preço ou mais caro a uma empresa de incompetentes, só porque são amigos dos gestores. Daí a minha hesitação em responder assim rapidamente à sua pergunta.”

14. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“Para ser directo, eu acho que está. Completamente desvirtuado.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“É evidente que não.

É evidente que neste momento todos os hospitais estão a ter a noção e a constatar o facto de que as consultas diminuíram. Todos os centros de saúde têm esses dados objectivos, que diminuíram, o número de SAPs diminuiu, o número de urgências diminuiu... Portanto, qualquer dia, daí eu ter dito que o SNS já não é o que era, temos os hospitais como eram no tempo da Rainha D. Leonor, que eram os hospícios. E aos hospícios iam os pobres e os leprosos. E qualquer dia, com o que se está a fazer, é que aos hospitais públicos só vêm aqueles que não têm posses para ir à privada, isto porquê? Porque com as taxas moderadoras que estão em curso e com a crise económica que o país está a travessar, muito provavelmente quem tem dinheiro e não quer estar à espera para ser atendido no serviço de urgências vai ao consultório particular e quem não tem dinheiro é que vem para as urgências. Qualquer dia corremos o risco de só termos nas urgências, os indivíduos que estão isentos do pagamento de taxas moderadoras. E esses que são consumidores de muitos recursos, porque vão lá muitas vezes e às vezes sem razão nenhuma, mas como não pagam nada e não têm nada que fazer, vão para o centro de saúde, vão para o hospital... e qualquer dia temos os hospitais públicos a atender só as pessoas que não têm capacidade económica ou que têm isenções, às vezes correctas, outras vezes menos correctas, mas estão isentos do pagamento de taxas moderadoras. Portanto, esse risco, é um risco que não é uma hipótese académica. Esse risco, penso que já começa a ser sentido por algumas pessoas.

Porque o grande problema deste país é que não há muitos pensadores, porque bem ou mal eles executam, mas não há pensadores. E, aqueles que pensam a saúde são

cada vez menos e começam a ser uma raridade, depois, não pensando as coisas achamos que isto é tudo muito bom, mas se pararmos um pouco, chegamos à conclusão que isto já é uma realidade. Na Guarda não se nota muito porque só temos um hospital, não temos nenhum hospital privado. Mas neste momento em Lisboa, com a proliferação brutal de hospitais privados que há, e se os há é porque há clientes, e a maior parte dos donos desses hospitais ou são bancos ou são seguradoras, se eles fazem investimentos de milhões em hospitais é porque na sua perspectiva vão ter lucro. E aí, nas grandes cidades vai-se notar, isto que eu estou a dizer, mais do que nas cidades do interior, porque as pessoas nas grandes cidades têm oportunidade de ir, e até do interior... E, neste momento já há pessoas da Guarda a ser operadas nos hospitais em Lisboa, a ir a consultas, a fazer exames... Também têm sub-sistemas de saúde que lhes permitem fazer isso, algumas também já começam a ter seguros de saúde, e os que estão no SNS e que estão isentos do pagamento de taxas moderadoras são os consumidores dos hospitais. Portanto é essa a minha perspectiva, e espero bem que arripiem caminho, até para que isto não se agudize, e se vão confirmar a minhas opiniões mais pessimistas.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Este caminho que está neste momento, redondamente não. Arrepiar caminho e tentarmos recuperar o espírito... (o espírito em alguns existe, mas...), mas tentarmos recuperar um SNS feito em moldes modernos, isso sim.”

(Mas esses moldes modernos não terão exactamente a ver com regras de gestão privada, ou acha que teremos de abandonar, exactamente, a forma como estão adoptadas algumas regras da gestão empresarial?)

“O grande problema da gestão privada ou de irmos para o sistema de saúde da gestão privada, é que a gestão privada habitualmente só vai se tiver a participação do Estado. E as PPPs que foram feitas foram um desastre económico.”

(Mas isso em parte por falta de regulação...)

“Exactamente. Foi o que eu disse e repito, se quiserem arrepiar caminho, reponderar as coisas e terem a coragem de fazerem um debate público, mas um debate público que não seja de hipocrisia, desses estou farto deles, hipocrisias... Mas se quiserem fazer um debate público a sério...”

(chamando os profissionais a intervir?)

“Sim, com uma situação bem ponderada, que não é para resolver num dia, nem num ano provavelmente, com uma intervenção que envolvesse a grande maioria da população portuguesa, penso que é possível. Porque, repare uma coisa, o nosso SNS foi estudado, foi tese de doutoramento, foi estudado e copiado por muitos países da Europa. Muita gente vem a Portugal, para “beber” aqui como é que as coisas funcionavam. Dizia-me aqui há muitos anos, um médico finlandês que esteve comigo num congresso, um senhor já de idade, que: “vocês são o país mais rico do mundo!”. E ele conhecia bem Portugal e já falava razoavelmente português. Eu teria um trinta e tal anos e o senhor já passava dos sessenta. E eu respondi: “O senhor deve estar a brincar comigo!”. Responde-me: “Não. Vocês são o único país no mundo onde qualquer cidadão vai a uma urgência e não paga nada (na altura era assim).” Respondi: “Pois tem razão.” E disse-me mais: “Vocês são o único povo no mundo em que quase toda a gente tem uma casa, alguns têm duas e até há outros que têm três! E no resto do mundo isto não acontece.”

E eu tive que parar um bocadinho e dizer-lhe que tinha razão ao focar estes dois aspectos. Mas são dois aspectos importantíssimos da vida das pessoas.

A perspectiva de um estrangeiro que me marcou e que eu já repeti isto não sei quantas vezes e em vários sítios. Vindo de um estrangeiro que conhecia bem Portugal, que conhecia muito bem o nordeste alentejano, que queria comprar uma casa e morrer em Portugal. Tinha filhos, mas ele disse-me que a ambição dele era reformar-se, queria morrer aqui e ser enterrado aqui. E deu-me esta lição. Era o acesso ao SNS. E eu recordei-me imediatamente, porque quando estava em Coimbra, no mês de Agosto, tínhamos dezenas de urgências dos estudantes universitários que faziam o curso de Português na Faculdade de Letras, estrangeiros que vinham para ali. Todos iam à urgência, ou melhor, muitos não iam à urgência com medo de terem de pagar muito, mas quando iam e não tinham

de pagar nada, diziam aos outros nas aulas, e depois tínhamos chusmas deles na urgência, tudo a aproveitar, porque era de borla. Faziam exames, eram observados e ficavam admiradíssimos como é que não pagavam nada. Porque havia uma portaria, a qual já não me recordo do número, que vinha lá ... que ao abrigo da portaria tal, tal e tal ficavam isentos. Pronto eram estrangeiros que passavam por Portugal.

Nos outros países se não tiver dinheiro ou não tiver cartão de crédito não entra na urgência.

E o homem disse-me aquilo, eu fiquei a olhar para ele e com razão! E depois em relação às casas, também! Em Portugal são raras as famílias que não têm casa própria. Raríssimo. A grande maioria... e daí o nosso ditado "quem casa quer casa", e que nos outros países não existe. Porque nos outros países as pessoas fazem a sua vida normal e toda a vida pagam uma renda, habitualmente ao Estado, ou à comunidade ou ao equivalente às nossas câmaras municipais. E não se preocupam em ter uma casa própria. Nós logo de pequeninos começamos a pensar em ter uma casa. É o quero casar e ter uma casa minha.

Esta mentalidade tem de se modificar. Eu penso que o SNS ainda tem esse molde, ainda tem coisas do "antigo" SNS mas está completamente desvirtuado e portanto é preciso ponderar bem, porque mesmo nos hospitais particulares o Estado paga montes de dinheiro."

(Comparticipações...)

"Porque há muita gente que vai lá, são do subsistema de saúde ADSE, e portanto, os exames são pagos pelo Estado. Estão a pagar para fazer numa privada quando poderiam fazer no público mas se o público tivesse capacidade e qualidade."

(até pela inclusão nas despesas de saúde em sede de IRS...)

"É evidente. É isso... há muita forma de matar pulgas.

E portanto, eu penso, que se não arrepiares caminho corremos o risco de qualquer dia não termos SNS, ou melhor, de termos os hospitais públicos só com os indigentes, como era no século XVI e XVII. O Hospital da Universidade de Coimbra era uma leprosaria, o velhinho hospital que tinha lá mesmo nos estatutos, que eram tratados os indigentes e os leprosos."

(por essa ordem de ideias, no caso deste hospital voltaríamos a ter um sanatório?)

“Se formos por esse caminho, se calhar...”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Redondamente não.”

Entrevistado H

1. As políticas de saúde centram-se nos objectivos da equidade, eficiência, economia e eficácia dos cuidados prestados. Considera que o modelo empresarial é o mais adequado para estabelecer o equilíbrio entre estes objectivos?

“Considero que seja o melhor modelo devendo o mesmo, ser moderado na obtenção de lucros, dando sempre preferência, a uma equidade assistencial generalizada.”

2. A aplicação do modelo empresarial pressupõe o envolvimento dos profissionais. Houve abertura para uma efectiva e mais ampla participação dos profissionais na gestão do HSM, nomeadamente ao nível do estabelecimento dos objectivos da organização?

“Não, a cultura existente torna muito difícil a implementação de novos paradigmas.”

3. No que respeita à avaliação dos profissionais, A introdução de alterações no modelo de avaliação baseado no cumprimento de objectivos foi bem aceite, ou pelo contrário, considera que estes foram bastante reticentes à sua implementação? Foram os profissionais chamados a intervir na definição dos objectivos sobre os quais iria incidir a sua avaliação?

“Sim foram sempre chamados a participar, sendo que, o modelo não se traduziu em nenhum sucesso pois os objectivos estipulados foram sempre subavaliados permitindo todos os profissionais o cumprimento dos mesmos.”

4. Abandonou-se a tradicional gestão hierárquica e concedeu-se maior autonomia. Passa-se a um modelo baseado na gestão por contratos. Há agora uma responsabilização pelo incumprimento dos objectivos previamente definidos e contratualizados com o Estado. Sentiu este acréscimo de responsabilidade pela execução?

“Mais responsabilidades sim, mas rapidamente se percebe, que a tutela não premeia nem pune quem falha ou quem supera os contratos de gestão.”

5. Tendo-se passado de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados, considera que a preocupação com os resultados financeiros, nomeadamente com o controlo de custos, prejudicou a qualidade dos serviços prestados?

“Não.”

6. Do ponto de vista da burocracia, a evolução do sistema permitiu uma maior autonomia e agilidade.

“Não.”

7. O modelo empresarial representa uma nova cultura de gestão com diversos objectivos: o desenvolvimento profissional e meritocracia; a eficiência operacional e económico-financeira; e o serviço ao utente e qualidade de prestação. Considera que estes objectivos foram alcançados?

“Existem bons exemplos, mas a maioria das unidades hospitalares ainda tem muito a fazer.”

8. Foi notório o rompimento (a quebra) com as políticas anteriores, a partir do momento em que se introduziram os mecanismos empresariais.

“Não.”

9. Na constituição dos órgãos de administração deparamo-nos com critérios políticos e corporativos, desvalorizando-se a componente profissional da gestão.

“Sim.”

10. O SNS foi fundado numa lógica de administração pública prestadora de saúde. Têm-se verificado algumas dificuldades na implementação de mudanças e na sua modernização. Será que a empresarialização promove o fim do SNS?

“Não creio, irá promover novas formas de os utentes ficarem salvaguardados, obrigando-os a recorrer a áreas promovidas pelas seguradoras no sentido de minimizarem os custos de acederem à saúde.”

11. O modelo empresarial tem várias vantagens e desvantagens. Indique algumas dessas vantagens e desvantagens.

“A negociação directa com os profissionais de saúde no que toca a contratos de prestação de serviços, produção e objectivos.(vantagem) Desmotivação na maioria dos profissionais os quais ainda estão reféns de uma cultura publica que dificulta a implementação de novos desafios.”

12. Presentemente, o nosso país considera a saúde um direito e um dever. A Constituição da República Portuguesa contempla o direito à protecção da saúde.

1. Estará este sistema a desvirtuar esse direito?

“ Não creio.”

2. Está o modelo empresarial a promover a igualdade no acesso aos cidadãos?

“ Não.”

3. Passará o futuro do sistema de saúde português por um aperfeiçoamento/ajustamento do modelo empresarial ou considera que caminhamos para uma ruptura com este modelo?

“Obrigatoriamente.”

4. É ou não este o caminho para o nosso sistema de saúde?

“Em parte.”