



**Desafios da Gestão num Departamento
Hospitalar: *aspetos e perceções sobre
a qualidade e eficiência***

VERSÃO FINAL APÓS DEFESA

João António Moreira Sales Socorro

Dissertação apresentada para obtenção do Grau de Mestre em
Gestão de Unidades de Saúde
(2º ciclo de estudos)

Orientadora: Professora Doutora Zélia Serrasqueiro

Covilhã, 13 de novembro de 2023

Declaração de Integridade

Eu, João António Moreira Sales Socorro, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição M11037 do 2º Ciclo em Gestão de Unidades de Saúde da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referência de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 13/11/2023

João António Moreira Sales Socorro
CC. 8051906 7ZY1

João António Moreira Sales Socorro
CC nº 8051906 7 zy1

Agradecimentos

A presente dissertação de mestrado, escusado seria dizê-lo, é resultado da contribuição e apoio de várias pessoas, que direta ou indiretamente contribuíram para a sua concretização, e a quem deixo aqui o meu agradecimento.

Primeiramente, queria expressar o meu agradecimento à minha orientadora, à Professora Doutora Zélia Serrasqueiro, por toda a partilha, pelos conhecimentos transmitidos e pela disponibilidade e apoio demonstrados. Agradecer também pela exigência e pelo incentivo constantes, que permitiram fazer sempre melhor, e que foram determinantes para a realização deste estudo.

Agradeço enormemente a todos os entrevistados participantes no estudo que generosa e voluntariamente colaboraram na prossecução desta investigação. A vossa recetividade, testemunho e participação foram imprescindíveis para o término da mesma.

Uma menção a todos os colegas do mestrado pelo companheirismo e a todos os professores, no percurso ao longo destes últimos dois anos, que muito contribuíram para a minha formação com os seus conhecimentos e experiência.

Por último, mas não menos importante, um especialmente agradecimento à minha esposa e à minha filha, por todos os momentos de partilha, mas sobretudo, por todo o incentivo dado no decurso desta etapa de vida. Agradeço-lhes acima de tudo o facto de não me terem deixado desistir deste projeto em momentos cruciais e por terem acreditado em mim, o que me fez acreditar que poderia aqui chegar. Os meus inextinguíveis agradecimentos.

De igual forma, um especial agradecimento a toda a família e amigos, sei que estão sempre lá!

Um enorme bem-haja a todos e a todas!

Resumo:

A relação qualidade e eficiência (QE) nas organizações de saúde assumiu-se, nos últimos anos, como um eixo estratégico neste setor. Mediante a Organização Mundial de Saúde (OMS), para haver qualidade na prestação de cuidados de saúde estes devem ser eficientes. Assim, um dos grandes desafios da gestão em saúde tem a ver com a capacidade de resposta e estratégias a empreender que visem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde, a par da sua eficiência, garantido assim o seu melhor desempenho. Neste estudo foi possível perceber através da literatura existente, do método de estudo qualitativo e das entrevistas aplicadas a uma equipa com responsabilidades ao nível da gestão hospitalar, como as dimensões QE de um departamento-clínico (Departamento da Saúde da Criança e da Mulher – DSCM) pertencente ao Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) se relacionam, interagem ou condicionam e, simultaneamente, aferir quais as suas perceções e opiniões relativamente à qualidade e eficiência do serviço que prestam. Com base na análise efetuada foi notório perceber que o CHUCB, assim como o DSCM apostam numa vertente de qualidade para os seus serviços. Segundo as perspetivas colhidas é possível ligar a qualidade desejada a uma produção eficiente dos serviços, pesa embora existam várias condicionantes a serem supridas no dia-dia da gestão dos serviços. Por outro lado, foi possível observar que existem quer fatores penalizadores, quer fatores potenciadores da qualidade desejada, onde a falta de recursos humanos na instituição e a desmotivação dos colaboradores, ao que nos apercebemos atingem uma importância fulcral para o desempenho da organização. No plano teórico é possível obter uma conciliação entre QE, porém na vivência prática dos serviços esta encontra-se cheia de obstáculos a ultrapassar. A QE para serem alcançadas, estão dependentes de vários determinantes que com elas interagem. No plano teórico diz-se possível tal conciliação, no entanto, existem contradições na prática diária dos serviços, uma vez que é necessário suprir uma série de critérios para que tal se verifique. A QE dos serviços é bem percecionada, havendo no entanto margem para crescer. Torna-se assim necessário uma visão integrada que permita tornar prioritária a problemática da questão dos recursos humanos em contexto hospitalar, a par de uma melhoria da eficiência da gestão por via do combate ao não planeamento e ao desperdício, conforme algumas vezes assinalado, isto sem afetar a qualidade dos cuidados de saúde.

Palavras-chave:

Qualidade, eficiência, recursos, hospital, departamento; serviço hospitalar.

Abstract:

In recent years, the relationship between quality and efficiency (QE) in healthcare organizations has become a strategic axis in this sector. According to the World Health Organization (WHO), for quality in the provision of health care, it must be efficient. Therefore, one of the great challenges of health management has to do with the responsiveness and strategies that improve the quality of health services, in parallel with their efficiency and ensuring the best performance. In this study, it was possible to understand through the existing literature, the qualitative methodology employed and the interviews applied to a team with responsibilities at the hospital management level, how the QE dimensions of a clinical department (Department of Child and Women's Health - DSCM) belonging to the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) relate, interact or condition each other. Simultaneously, it allowed us to assess the team's perceptions and opinions regarding the quality and efficiency of the service provided. Based on the analysis carried out, it was clear that the CHUCB, as well as the DSCM, are committed to quality in their services. According to the perspectives gathered, it is possible to link the desired quality to an efficient production of services, although there are several constraints to be met in the day-to-day management of services. On the other hand, it was possible to observe that there are both penalizing factors and enhancing factors of the desired quality, where the lack of human resources in the institution and the demotivation of the collaborators, as far as we can see, are of central importance for the performance of the organization. In the theoretical plan, it is possible to achieve a reconciliation between QE, but in the practical experience of the services, it is full of obstacles to overcome. In order to be achieved, QE depends on several determinants that interact with them. On a theoretical level, such a conclusion is possible; however, there are contradictions in the daily practice of services since it is necessary to meet a series of criteria for this to occur. The QE of the services is well perceived, but there is room for growth. Therefore, an integrated vision is needed to prioritize the issue of human resources in hospitals, as well as to improve management efficiency by combating non-planning and waste, as sometimes mentioned, without affecting the quality of care.

Keywords:

Quality, efficiency, resources, hospital, department; hospital service.

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES - Agrupamentos de centros de saúde
ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
DEA - *Data Envelopment Analysis*
CDI - Consulta de Desenvolvimento Infantil
CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge System*
CHUCB - Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
DOH - Department of Health
DPSM - Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental
DSCM - Departamento da Saúde da Criança e da Mulher
EUA - Estados Unidos da América
FMI - Fundo Monetário Internacional
IOM - *Institute of Medicine*
INE - Instituto Nacional de Estatística
JCAHCO - *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations*
NPM - *New Public Management*
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PDCA - *Plan, Do, Check, Action*
PIB - Produto Interno Bruto
QE – Qualidade e eficiência
SFA - *Stochastic Frontier Analysis*
SGQ - Sistemas de Gestão da Qualidade
SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde
SOG - Serviço de Obstetrícia-Ginecologia
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SP - Serviço de Pediatria
UMR - Serviço de Medicina Reprodutiva
UN - Unidade de Neonatologia
WHA - *World Health Assembly*
WHO - *World Health Organization*

Índice

Agradecimentos	v
Resumo	vii
Abstract	ix
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	xi
Capítulo 1. Introdução	01
1.1 Enquadramento do problema.....	01
1.2 Justificação do tema.....	04
1.3 Propósito, objectivos e estrutura da dissertação.....	06
Capítulo 2. Enquadramento teórico e conceptual	09
2.1 A gestão e os desafios no setor da saúde.....	09
2.1.1 <i>A gestão no setor da saúde</i>	09
2.1.2 <i>Os desafios da gestão em saúde</i>	11
2.2 A eficiência.....	13
2.2.1 <i>A eficiência no setor da saúde</i>	14
2.2.2 <i>A medição da eficiência no setor da saúde</i>	15
2.2.3 <i>Os tipos de eficiência</i>	16
2.3 A qualidade.....	17
2.3.1 <i>A qualidade em saúde e nos serviços</i>	18
2.3.2 <i>A importância dos sistemas de melhoria e gestão da qualidade em saúde</i>	21
2.3.3 <i>A avaliação da qualidade em saúde e os seus indicadores</i>	23
Capítulo 3. Metodologia de investigação	26
3.1 Tipo de estudo e abordagem de investigação.....	26
3.2 Procedimentos metodológicos.....	27
3.2.1 <i>A pesquisa bibliográfica e documental</i>	27
3.2.2 <i>A seleção da amostra, sua caracterização e o local de realização do estudo</i>	27
3.2.3 <i>A entrevista – considerações gerais</i>	32
3.2.4 <i>A estruturação da entrevista</i>	32
3.2.5 <i>A realização das entrevistas</i>	33
3.2.6 <i>A análise dos dados e a interpretação dos resultados – procedimentos adotados</i>	33
Capítulo 4. Apresentação, análise e discussão dos resultados	36
4.4.1 <i>Auto percepções sobre o estabelecimento de Indicadores de qualidade e eficiência nos serviços do DSCM</i>	36
4.4.2 <i>Produção de significados em torno de uma atividade eficiente com elevados níveis de qualidade</i>	41
4.4.3 <i>A interinfluência entre os fatores potenciadores e penalizadores da qualidade e eficiência</i>	45
4.4.4 <i>Conciliação qualidade- eficiência e suas divergências</i>	51
4.4.5 <i>Diferentes percepções da qualidade e eficiência nos serviços do DCSM</i>	55

Capítulo 5. Conclusões e reflexões finais	61
<hr/>	
5.1 Conclusões.....	61
5.2 Limitações do estudo e linhas de investigação futuras	64
Referências bibliográficas.....	66
Apêndice – Guião de Entrevista.....	76
Anexo – Parecer Comissão de Ética do CHUCB.....	77

Capítulo 1 – Introdução

1.1. Enquadramento do problema

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), para que haja qualidade nos cuidados de saúde prestados, estes terão de ser eficientes. Porém, de acordo com Nunes (2016), eficiência na utilização dos recursos disponíveis e qualidade na prestação dos cuidados de saúde, nem sempre foram considerados conciliáveis (Nunes, 2016). Segundo o Ministério da Saúde (2018), um dos grandes desafios que se tem colocado à gestão em saúde, tem a ver com a capacidade de criação de respostas que visem a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população, garantido simultaneamente, uma maior eficiência do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

A peculiaridade da gestão em saúde reside frequentemente na conciliação entre estas dimensões muitas vezes divergentes: qualidade e eficiência. Tanto mais que autores como, Lin, Cheng e Peng (2017), chegam mesmo a afirmar que existem constatações na literatura de que a eficiência enquanto maximizadora de recursos, redução de desperdícios e aumento de resultados, apresenta-se como um efeito prejudicial para a qualidade dos serviços hospitalares, efeito esse denominado *trade-off*. Ou seja, Lin, Cheng e Peng (2017), mas também Yang e Zeng (2014), concluíram que existem relações dicotómicas entre os dois termos produzindo um efeito *trade-off*, onde uma maior eficiência, pode minimizar a qualidade, ou que melhorias da qualidade podem levar à deterioração da eficiência (Singaroyan et al, 2006).

Vejamos seguidamente estes dois aspetos que nos propomos a investigar, eficiência e qualidade, que fazem parte dos maiores desafios da gestão em saúde. De um modo geral, segundo Pereira (2014), uma produção considerada eficiente diz respeito àquela que consegue otimizar os seus recursos, tendo como objectivo manter os mesmos resultados, ou aquela que, mantendo os recursos inalterados, consegue maximizar os seus produtos/*outputs*. De acordo com Bilhim (2013), a eficiência pode ser vista como a relação entre os resultados obtidos para atingir determinada produção e os recursos efectivamente aplicados para obter esses mesmos resultados. Por seu turno Coopere et. al (2007), na sua definição de eficiência, para além de a caracterizarem como o resultado do uso de recursos (*inputs*) adequados que evitam o desperdício e maximizam os resultados da produção, enaltecem também a dimensão qualidade nesses *outputs*.

Na verdade, segundo Mintzberg (2012), a preocupação pela procura da eficiência no setor da saúde não constitui um problema exclusivamente do SNS português, mas também, dos mais diversos países que possuem um sistema público de saúde. O fator mais importante e comum a estes países é a contenção da despesa e, simultaneamente, a criação de maior valor para os recursos utilizados (Ozcan & Khushalani, 2017).

Em síntese, um serviço de saúde eficiente refere-se àquele que produz cuidados de saúde com uma determinada qualidade, utilizando a menor combinação dos recursos disponíveis. Um serviço de saúde tanto pode ser eficiente e não ser eficaz, como pode ser eficaz e não ser eficiente. O propósito de um serviço de saúde é ser eficiente e eficaz, conforme refere Ozcan (2008).

No que diz respeito à dimensão qualidade, pode afirmar-se que na sua generalidade esta emergiu nos últimos 50 anos, no entanto, mantém-se como um tema dominante na óptica da gestão (Son & Hsu, 1991). Para Beckford (2002), existem três argumentos que justificam a preocupação dos gestores pela procura da qualidade, a saber:

- i) os fatores económicos: a preocupação pela qualidade está intimamente ligada à sobrevivência económica;
- ii) os fatores sociais: o argumento relacionado com os fatores sociais resulta do facto de produtos ou serviços sem qualidade constituírem um desperdício das capacidades e dos talentos humanos;
- iii) os fatores ambientais: os recursos são finitos, desta forma o ser humano tem a responsabilidade de minimizar o desperdício e os danos ambientais.

Gonçalves (2012) refere que, o conceito de qualidade foi, por diversas vezes definido como: um valor (Abbot, 1955, Feigenbaum,1951), uma conformidade com as especificações (Gilmore, 1974; Levitt, 1972), ou uma conformidade com as exigências (Crosby, 1979). Ainda segundo Gonçalves (2012), pode-se, adicionalmente, referir que o conceito de qualidade pode ser visto como um produto adequado para utilização (Juran, 1974, 1988), como a atividade necessária nas empresas para evitar perdas (Taguchi, in Ross,1989) ou ainda, como um meio de satisfazer ou exceder as expectativas dos clientes (Grönroos, 1983; Parasuraman e Zeithaml, 1985).

Existem assim, várias abordagens sobre como definir qualidade (Stichler & Weiss, 2001), onde se inclui:

- i) uma abordagem transcendente onde a qualidade é indefinida, mas evidente quando ela existe;
- ii) uma abordagem baseada no produto onde este é medido pela quantidade de

- atributos;
- iii) uma abordagem baseada no utilizador onde a medida da qualidade é a capacidade de satisfazer o cliente;
 - iv) uma abordagem baseada na fabricação em que a qualidade esteja em conformidade com as normas da empresa;
 - v) e uma abordagem baseada em valor onde a qualidade é a excelência a um preço acessível.

Na realidade, a qualidade do serviço prestado é vista como um fator determinante do sucesso de qualquer organização. As instituições de saúde, à semelhança das organizações de outros setores de atividade, necessitam de se manterem competitivas, sendo, portanto, essencial, sobressaírem pela qualidade dos serviços prestados. Nesta mesma perspetiva, deverão ter a preocupação de desenvolver estratégias que permitam a melhoria contínua dos serviços dirigidos ao utente.

Por seu turno, Grönroos (1984) observou que a qualidade do serviço apercebida pelos utentes tem duas dimensões: uma dimensão funcional e uma dimensão técnica. A qualidade funcional concentra-se no “como” e considera questões como o comportamento da equipa de contacto com o cliente e a velocidade do serviço. Por outro lado, a qualidade técnica concentra-se no “o quê” e considera tais questões como resultado da prestação de serviços. De assinalar que os profissionais médicos, tradicionalmente, relacionam a qualidade do serviço com bons resultados clínicos, expressos em termos de medidas objetivas. Os gestores das organizações de saúde, por exemplo, tendem a avaliar a qualidade do serviço utilizando medidas de gestão. Por sua vez, os pacientes avaliam a qualidade do serviço em função das suas relações com os profissionais de saúde e da sua experiência dentro da unidade de saúde. Porém, não obstante estes desafios, é imperioso que os gestores compreendam a necessidade de uma boa conciliação entre eficiência e qualidade. Ou seja, otimizar os recursos e maximizar a produção sem comprometer a qualidade dos serviços. É, portanto, nesta perspetiva que enquadramos a nossa abordagem.

A temática em questão está no cerne do debate político atual e trata-se de uma prioridade estratégica para todos os países desenvolvidos. Os problemas são reais e a investigação científica deverá ter implicações quer para gestores, políticos, e sociedade em geral.

1.2. Justificação do tema

As despesas sociais têm vindo a aumentar nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), ultrapassando mesmo a produção e os orçamentos nacionais, colocando assim em risco o estado social e a competitividade entre países. No seio das despesas sociais, o setor que acolhe mais importância e relevância é sem dúvida a saúde, quer pelos montantes envolvidos, quer pela tecnologia utilizada, quer pela inovação relacionada com o desenvolvimento de novos métodos de diagnóstico e terapêutica.

Segundo Santos (2012), o Fundo Monetário Internacional (FMI) indicou que Portugal era o país da zona euro, cuja evolução dos custos em saúde apresentaria maior peso nas contas públicas, registando um dos valores mais elevados entre os países desenvolvidos. Apesar de alguma variabilidade nos números, tais tendências mantêm-se bem atuais volvidos estes anos. Numa revisão da temática em 2017, ficou novamente comprovado que Portugal é o país que mais gasta em saúde, relativamente ao PIB produzido (Simões et al, 2017).

Ou seja, face à riqueza no país, Portugal gasta bem mais do que média dos países da OCDE (Santos, 2012). Porém, o problema da necessidade de controlo da despesa em saúde não é um problema exclusivamente português. Na sua maioria os países da OCDE deparam-se com problemas ao nível da gestão e controlo da despesa, com tendência para um aumento dessa mesma despesa a um ritmo muito superior ao aumento da riqueza dos países (Bernardino, 2017). Torna-se assim fundamental que os países membros da OCDE desenvolvam mecanismos tendentes à melhoria da eficiência dos seus sistemas de saúde (Colombo, 2018).

Segundo Berwick & Hackbarth (2012), cenário idêntico é partilhado pelos Estados Unidos da América (EUA), onde se constata que os gastos deste setor são insustentáveis e afetam tanto o setor público, como o setor o privado.

Na realidade, a preocupação com o controlo dos custos não é, de todo, uma problemática recente. Contextualizando melhor a importância do tópico de investigação, recuamos no tempo, para nos situarmos na crise financeira, iniciada em 2008 e que levou Portugal a recorrer ao apoio internacional para garantir a sua sustentabilidade financeira. Na sequência desse pedido de resgate económico resultou a imposição de implementação de medidas estruturais de melhoria da eficiência em diversos setores públicos, não sendo o setor da saúde uma exceção à regra. Neste caso concreto, segundo Barros (2013), o programa de estabilidade e crescimento impunha diversas condições sobre medidas e políticas a adotar, no sentido de fomentar a eficiência deste setor pela redução da

despesa e melhoria do desempenho. A necessidade de racionalizar a despesa, embora sentida mais intensamente na última década, revelou-se como que uma problemática arrastada que tem perdurado ao longo dos anos e até mesmo décadas. Já em 2010 era apontado que tal necessidade tem resultado da percepção por parte dos países e dos seus governos das constantes limitações impostas ao financiamento do setor da saúde, mas também, da crescente procura de cuidados de saúde por parte dos cidadãos (Pinho, 2010). Assim, no sentido de promover a diminuição dos gastos na saúde, dois pilares têm sido considerados fundamentais para a intervenção dos agentes governativos: por um lado a dificuldade em financiar os elevados custos do setor, por outro, a identificação de desperdícios no seu funcionamento (Stadhouders et al., 2019).

Uma gestão eficiente requer um controlo da despesa sem abandono da qualidade dos serviços. Ou seja, num sistema de saúde mais justo e sustentável é necessário que convirjam diversos fatores, como a qualidade do serviço prestado, mas também a eficiente utilização de recursos, assim o como uma ótima estratégia para a redução da despesa.

No tocante a Portugal, a conciliação entre qualidade e eficiência nos cuidados de saúde prestados aos cidadãos está presente nos termos de referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (ACSS, 2017).

No entanto, para Chang et al., (2011), sobretudo devido à preocupação com a limitação dos recursos financeiros e com o aumento do número de doentes, as questões da relação entre controlo da despesa e eficiência tendem a prevalecer sobre as da qualidade.

Segundo alguns autores, a maioria dos estudos não tem em consideração a questão da qualidade ao avaliar a eficiência, mesmo que a sua inclusão seja relevante para controlar ganhos de eficiência (Arocena e Prado, 2007).

De acordo com Bull (1994), na razão desta não inclusão, parece existir um debate constante sobre o *trade-off* entre qualidade e eficiência, não havendo um consenso sobre uma relação direta entre o aumento da eficiência e a melhoria na própria qualidade. Certo é, que a relação entre eficiência e qualidade está longe de ser compreendida (Ferreira et al, 2020).

Correntemente é dito que minimizar a despesa e maximizar a produção para aumentar a eficiência, poderá vir a comprometer a qualidade. No entanto, exigir maiores recursos para que se dê uma melhoria na qualidade, pode originar um declínio da eficiência. Existem, porém, estudos, através dos quais é possível deduzir que eficiência e qualidade são simultaneamente possíveis de harmonizar na saúde. Nesta vertente incluímos os estudos de Nayar e Ozcan (2008) e mesmo Chang et. al., (2011), os quais concluíram ser

possível aumentar simultaneamente a eficiência e a qualidade, sem que exista um *trade-off*. Existe, portanto, na literatura uma interrogação relativamente à conciliação entre estas duas dimensões. Ou seja, a união ou conciliação entre eficiência e qualidade, constitui uma incógnita que merece ser explorada em termos de investigação. Será assim necessário encontrar um equilíbrio entre estes fatores, para que não venha a existir uma excessiva sobreposição de um deles sobre o outro. Por outro lado, na literatura nacional poucas referências existem a uma possível relação entre estas duas variáveis. Torna-se assim fundamental que se desenvolva mais investigação no contexto da saúde, em especial, que fundamente o desenvolvimento de estratégias de eficiência em saúde, mas também de qualidade.

A investigação nacional produzida sobre qualidade e eficiência é escassa. Deste modo, surge aqui uma base para que este estudo possa contribuir para o preenchimento desta lacuna de investigação, bem como servir para sugestões de investigação futura. Nesta medida, propomo-nos analisar e compreender a relação entre eficiência e qualidade, bem como identificar as causas que poderão condicionar a qualidade na procura da eficiência. Para atingirmos os objetivos propostos, adotamos uma abordagem centrada na análise da perceção de um grupo de entrevistados com responsabilidades ao nível da gestão de um departamento hospitalar.

1.3. Propósito, objetivos e estrutura da dissertação

Conforme anteriormente referido, a prestação de cuidados de saúde de qualidade e com preocupação pela eficiência é um tema atual e cada vez mais premente, sendo entendido como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços de saúde. Dito de outra forma, é fundamental intensificar a discussão sobre temas intrinsecamente relacionados com a gestão hospitalar, onde emergem a qualidade dos cuidados prestados, assim como a eficiência da sua prestação, como áreas de crescente relevância na actualidade.

Na verdade, a preocupação com a qualidade e a eficiência tem aumentado nos últimos tempos. Vários fatores têm contribuído para essa maior atenção: a preocupação dos cidadãos com os aspectos relacionados de qualidade, assim como as preocupações com a contenção da despesa pública. Esta última situação tem criado algum receio sobre uma diminuição da qualidade.

Por oposição a estas preocupações, as organizações de saúde têm procurado reagir. Conforme anteriormente referido, muitas vezes eficiência e qualidade apresentam-se como duas realidades contraditórias ou incompreendidas, em que para se obter uma se tenha que sacrificar a outra. Para outra corrente de pensamento, não há necessariamente

um conflito entre qualidade e eficiência. Barros (1999), num coloquio intitulado Eficiência e qualidade: mitos e contradições, apresentado na Academia das Ciências de Lisboa e 25 de maio de 1999, a este propósito dizia “o conflito que possa existir não é diferente do que existe em todos os outros setores. Esta divergência não resulta de qualquer incompatibilidade fundamental, mas de enquadramentos de decisão que não refletem os benefícios e custos sociais das decisões tomadas” (Barros, 1999a:5).

A melhoria da qualidade e eficiência é cada vez mais uma prioridade das organizações, de entre as quais se podem destacar as organizações da área da saúde. Não obstante os estudos efetuados, as temáticas relacionadas com o desempenho hospitalar, a sua eficiência e qualidade constituem tópicos controversos que merece mais atenção por parte da investigação académica e do setor político (Davis et al. 2013).

Na realidade, segundo Gok e Sezen (2013), o problema fundamental da gestão hospitalar tem sido a utilização ineficiente de recursos limitados. Por outro lado, a qualidade nos serviços de saúde é entendida por todos como um caminho e uma meta a ser atingida, sendo esta qualidade hoje em dia, universalmente, reconhecida como a satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, tornando-se assim num imperativo para todas as organizações do setor da saúde.

Deste modo, é essencial que os serviços hospitalares tenham de procurar a melhor forma de utilizar os recursos que se encontram disponíveis e, simultaneamente assegurar, a qualidade que estes merecem. Para tal, isso significa fazer escolhas e estabelecer prioridades por parte de quem gere e dirige um Serviço e/ou Departamento hospitalar. Desta forma, julgamos que a perceção das “equipas” que laboram a um nível “intermédio” (chefias intermédias) na instituição hospitalar e com responsabilidades ao nível da gestão dos serviços, serão relevantes para a nossa investigação. Isto, sobretudo, se quisermos averiguar as relações que se estabelecem entre a qualidade e eficiência e quais as causas e/ou motivos que as poderão condicionar. Julgamos assim que a perceção destes colaboradores com responsabilidades na gestão hospitalar será extremamente útil, na medida em que nos irá permitir identificar potenciais necessidades, setores e áreas de atuação prioritária, assim como oportunidades para a edificação de uma organização de excelência centrada no utente e sustentável.

Mediante este contexto, delineamos como objetivo s centrais desta investigação, analisar e compreender em que medida, na perspetiva de uma equipa com responsabilidades ao nível da gestão hospitalar (Profissional Médico e Diretor de Serviço, Enfermeiro Gestor e Gestor de Departamento), as dimensões QE de um departamento clínico pertencente ao Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB) se relacionam, interagem ou condicionam e, simultaneamente, aferir quais as suas perceções e opiniões relativamente

à qualidade e eficiência do serviço que prestam. Daqui decorrem obviamente vários objetivos específicos que passamos a elencar:

- i) averiguar e perceber as diferentes percepções destes colaboradores quanto aos indicadores de qualidade e eficiência dos seus serviços;
- ii) captar e perceber como é possível na perspectiva destes profissionais, manter uma produção eficiente no serviço, apresentando bons e elevados níveis de qualidade;
- iii) identificar e compreender quais os aspetos que mais penalizam e/ou incrementam a qualidade e eficiência de um serviço;
- iv) conhecer quais os motivos que poderão estar na origem de uma convergência (ou divergência) da relação entre eficiência e qualidade;
- v) conhecer as diferentes percepções destes colaboradores sobre a qualidade e eficiente demonstradas pelos seus serviços.

Por questões de natureza formal o presente trabalho encontra-se estruturado em torno de quatro capítulos, antecidos pela presente introdução e finalizado por várias reflexões de síntese. No primeiro capítulo é feita a apresentação do trabalho, o enquadramento do problema e a justificação tema, assim como o propósito e os objetivos da investigação levada a cabo. O segundo capítulo incide sobre o enquadramento teórico e conceptual de acordo com o tema abordado, tendo como base a recolha de informação em artigos publicados, revistas, livros e teses, de âmbito nacional e internacional. Este capítulo subdivide-se em três secções. A primeira secção, aborda a gestão no setor da saúde e os seus desafios, a segunda centra-se, grosso modo, em questões relacionadas com a eficiência, e a terceira secção diz respeito a aspetos da qualidade em saúde e nos serviços. No terceiro capítulo é apresentada a metodologia da investigação, o tipo de estudo e abordagem de investigação preconizada, os procedimentos metodológicos utilizados (a pesquisa bibliográfica e documental, as entrevistas realizadas, a seleção da amostra, sua caracterização e análise dos dados. No quarto capítulo apresenta-se a análise e discussão dos resultados alcançados. O quinto e último incide sobre a conclusão, assim como sobre algumas reflexões decorrente do estudo efectuado.

Capítulo 2 – Enquadramento teórico e conceptual

2.1 A gestão e os desafios no setor da saúde

2.1.1 A gestão no setor da saúde

Na atualidade, o setor da saúde é visto como um dos mais dinâmicos, fruto do aceleramento tecnológico e do desenvolvimento da investigação (Monteiro, 2019). Trata-se assim de uma área altamente volátil no que toca ao saber, onde diariamente se dá a incorporação de novos conhecimentos (Maley & Kramar, 2007).

No que diz respeito aos hospitais, estes são sobretudo reconhecidos como uma das organizações com maior grau de complexidade na sua estrutura e administração (Costa & Lopes, 2014).

Na realidade, o setor da saúde possui importantes diferenças em relação à indústria e outros setores de atividade, sobretudo por se lidar com a vida e a morte e pela falta de literacia e entendimento técnico-científico da maioria dos utentes, para avaliar a qualidade técnica da prestação dos cuidados (Sakellarides, 2011).

O princípio fundamental de qualquer empresa é a criação de valor, no entanto, no setor da saúde, essa criação de valor nem sempre assume a mesma forma para todos os *stakeholders* sendo frequentemente divergente entre prestadores de cuidados, acionistas, e o próprio utente. Segundo Bernardino (2017):

- i) o utente espera que a organização ofereça soluções de acordo com as suas necessidades e expectativas;
- ii) para os prestadores de cuidados, a definição de valor vai depender dos recursos disponíveis para o desempenho da sua atividade, permitindo a prestação de um serviço de qualidade e em segurança;
- iii) por último, no caso dos acionistas, a criação de valor dependerá da rentabilidade, ao menor custo.

A peculiaridade da gestão em saúde reside na gestão destes interesses, muitas vezes divergentes. Ou seja, gerir em saúde requer o foco permanente na procura da excelência da prestação dos cuidados, mas a melhor decisão será sempre aquela que permita o melhor equilíbrio entre os interesses divergentes neste setor (Bernardino, 2017).

No entanto, ao longo destes últimos anos, as instituições sofreram mudanças estruturais e organizacionais devido, entre outros, aos novos modelos de gestão preconizados. Os sistemas de saúde não foram uma exceção. A ameaça à sustentabilidade económica e financeira, fez repensar e alterar aos modelos de gestão em vigor. O conceito de gestão empresarial foi implementado, introduzindo novas ferramentas de gestão para um maior rigor, e com ele a criação de objetivos, indicadores e metas, com repercussões no desempenho das instituições de saúde, visando uma maior eficiência e melhoria da qualidade dos serviços prestados.

Estamos aqui a falar da *New Public Management* (NPM) que surge nos países anglo-saxónicos na década de 80 e é apresentada como uma nova filosofia administrativa para a reforma do setor público (Hood, 1991).

Numa óptica de trazer mais eficiência e racionalidade para a administração pública em geral, e em particular para o setor da saúde, a NPM teve o seu início no Reino Unido com um conjunto de reformas inovadoras.

No que diz respeito a Portugal, apenas na segunda metade da década de 90, no ímpeto da reforma do Estado e tendo como modelo a NPM do Reino Unido, começaram a ser introduzidas algumas alterações no funcionamento do setor da saúde.

Tais efeitos tiveram repercussões visíveis na organização da gestão hospitalar em Portugal. De modo a que melhor se compreenda esta reforma há que entender o papel e a importância desempenhados pela NPM. Por exemplo para Hood (1991), os princípios da NPM podem ser caracterizados da seguinte forma:

- (i) foco nas competências de gestão empresarial, com controlo organizacional discricionário, ativo e visível;
- (ii) medidas de avaliação de eficiência através da fixação de objetivos e indicadores de sucesso;
- (iii) alteração do foco de controlo que deixa de ser os inputs e procedimentos burocráticos, passando a ser o controlo do output medido por indicadores quantitativos de performance;
- (iv) alteração do paradigma: em vez de sistemas de gestão unificados, passou-se para um modelo baseado na desagregação ou descentralização de unidades do setor público;
- (v) foco nas práticas de gestão do setor privado, com a instituição de contratos de trabalho a termo, planeamento do tipo empresarial, definição de princípios como missão, visão e valores;
- (vi) foco na competição, redução de custos, maior eficiência, utilização criteriosa de

recursos de forma a se conseguir produzir mais utilizando menos.

Deste modo, o conceito de NPM está, portanto, associado a um conjunto de reformas cujo objetivo principal pressupõe o controle de custos, bem como o aumento da eficiência nos serviços. De acordo com Yamamoto (2003), as premissas da NPM são, na sua globalidade, caracterizadas pela ênfase no controlo dos outputs, na desagregação da organização burocrática tradicional e na descentralização da autoridade de gestão burocrática.

Os desafios da gestão em saúde

Segundo Marques et al (2021), o setor da saúde enquanto atividade muito particular no domínio produtivo e reprodutivo, foi alvo de reformas nos anos oitenta e noventa do séc. XX, tendentes à sua descentralização e orientação pelos princípios da economia, eficiência e eficácia.

Na realidade, os sistemas de saúde enfrentam os mais diversos desafios, não só na Europa, mas em todo o mundo. Para Melo (2015), todos os sistemas de saúde têm diante de si desafios com a sustentabilidade financeira, a necessidade de maiores investimentos e a prestação de serviços com segurança e qualidade. Para Bernardino (2017) as expectativas dos utentes e a rapidez na resposta aos seus anseios, e o inconformismo dos profissionais de saúde quanto às suas perspetivas profissionais, representam os grandes desafios para a gestão em saúde (Bernardino, 2017).

Aspetos como o aumento da esperança de vida da população, a própria inovação tecnológica, assim como um maior acesso à informação por parte dos cidadãos, levam a uma maior exigência e maiores expectativas destes em relação à sua saúde.

Para o Ministério da Saúde (2018), o grande desafio da gestão em saúde reflete-se na capacidade de criação de estratégias de resposta a esses desafios.

O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) no seu relatório de Primavera 2022, elencou três desafios considerados fundamentais para o caso português. São eles segundo o OPSS (2022):

- i) o “desafio do acesso” – os portugueses mais pobres declaram não ter acesso aos cuidados de saúde por razões financeiras;
- ii) o “desafio dos recursos humanos” - As saídas massivas para o setor privado têm desviado os profissionais do SNS;
- iii) “o “desafio da saúde pública” - os portugueses têm longevidade, mas, comparando com outros países, vivem muitos anos com má saúde e outras

limitações.

Tais desafios são simultaneamente do SNS, mas também de todos os profissionais e gestores do setor da saúde, pelo que é necessário encontrar um equilíbrio entre eles que promova melhorias em todas as instituições de saúde e no próprio sistema. Na realidade, segundo Reis (2021), a dinâmica de um Sistema de Saúde é complexa. Este mesmo autor (Reis, 2021), refere também ele uma série de desafios à gestão das organizações de saúde. São eles:

- i) “a imprevisibilidade e a complexidade dos Sistemas de Saúde” – na medida em que estas organizações não conseguem padronizar as suas ações, prever a real procura dos serviços de saúde nem sistematizar a sua produção;
- ii) “a iniquidade de acesso aos cuidados de saúde” - traduzida pelas desigualdades e dificuldades sentidas pelos utentes, são outro desafio importante que se coloca a estas organizações;
- iii) “os efeitos demográficos, como a migração o envelhecimento” - são também desafio das organizações de saúde uma vez que estes aspetos causam pressão na procura por serviços de saúde;
- iv) “o financiamento” - tem um lugar de destaque nos desafios à gestão das organizações de saúde, pois verifica-se atualmente um aumento dos custos e despesas de saúde, provocado pelo aumento da esperança média e pela oferta de tratamentos mais inovadores e, por conseguinte, mais caros;
- v) “a liderança e a governação” - a literatura refere ainda um conjunto de desafios que se relacionam com, o desconhecimento das características das organizações de saúde, por parte de gestores e administradores, a falta de motivação, a ausência de supervisão, o planeamento e os recursos inadequados são, de acordo com são barreiras aos sistemas de saúde;
- vi) “a diversidade de atores organizacionais especializados e diferenciados” – muitas vezes desalinhados com os interesses e necessidades das administrações.

A gestão das organizações de saúde é, assim, um desafio, não só devido à complexidade, diferenciação e especificidade do setor, mas também, à “teia” de intervenientes, lógicas de mercado, modelos de governação e mudanças sociais constantes (Reis, 2021). Vejamos seguidamente dois dos grandes desafios que mais preocupam as organizações de saúde e os próprios serviços: a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde prestados.

2.2 A eficiência

Antes de entrarmos propriamente no conceito de eficiência, é pertinente referir que a eficiência está relacionada com a melhor utilização dos recursos disponíveis numa organização, com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis, sejam eles produtos ou serviços. De uma forma geral, e de acordo com Lacombe (2009), esta procura a melhor relação “custo/resultado”, tentando atingir o melhor nível de qualidade naquilo que está a ser realizado.

Sotomayor et al. (2017) definem o conceito de eficiência como a métrica de conversão de recursos (como fatores de produção, tempo e dinheiro) em resultados, da forma mais económica. Mariano (2007) descreve-a como sendo a capacidade de empregar os recursos de que se dispõe da melhor forma possível, com vista a obtenção de um desempenho ótimo de um sistema.

Existem ainda outros contributos para a explicação deste conceito. Por exemplo, para autores como Ozcan, a eficiência refere-se à utilização do mínimo de recursos possíveis para obter determinado resultado, isto é, refere-se à maximização da relação entre *inputs* e *outputs* (Ozcan, 2008). Também para Gok e Sezen (2013), a eficiência é atingida quando os *inputs* são consumidos, sem que haja desperdício, e que os *outputs* sejam maximizados levando à qualidade e produção.

Em termos práticos para Canilho (2019), a análise da eficiência de uma empresa diz respeito a quantidade produzida em relação a quantidade que esta poderia estar a produzir em situação ótima e, por isso, esse quociente assume um valor entre 0 e 1. Nessa lógica, quanto mais perto esse valor está da unidade, mais próxima está a organização de atingir a máxima eficiência. Assim, a eficiência assume um carácter relativo, segundo Canilho (2019). Visto desta forma, a eficiência é um conceito bastante abrangente e, por esse motivo, pode adquirir significados diversos, segundo o seu contexto de aplicação. No contexto em que inserimos a nossa investigação, a eficiência no setor da saúde e dos serviços, podemos considerar que um serviço de saúde eficiente diz respeito àquele que possui cuidados de saúde com uma determinada qualidade, utilizando para o efeito a menor combinação dos recursos disponíveis.

Antes de prosseguirmos, é importante referir que a noção de eficiência confunde-se frequentemente com o conceito de eficácia no setor da saúde e, nesse sentido, vale a pena distinguir ambos os conceitos. Assim, em contraponto com a eficiência, a eficácia por seu turno avalia os resultados obtidos, e vai permitir conferir se os recursos necessários estão a ser utilizados por forma a que se consigam alcançar os objetivos propostos. A eficácia pode afetar ou ser afetada pela eficiência. Um serviço de saúde

tanto pode ser eficiente e não ser eficaz, como pode ser eficaz e não ser eficiente. O objectivo principal é ser os dois, conforme mencionou Ozcan (2008).

Em suma, segundo Awa et al. (2015), a eficiência é conotada com fazer bem as coisas, enquanto a eficácia, por seu turno, significa fazer as coisas certas. O autor acrescenta que a eficiência está associada ao uso dos recursos, enquanto a eficácia está associada ao cumprimento de metas ou objetivos (Awa et al. 2015).

2.2.1 A eficiência no setor da saúde

Para Harfouche (2011), a necessidade crescente de obtenção de recursos financeiros como meio de fazer face às despesas de saúde, mas também o custo de oportunidade desses recursos financeiros, sejam eles públicos ou privados, tem levado a iniciativas de reforma dos sistemas de saúde na generalidade dos países mais desenvolvidos (Harfouche, 2011). Relativamente a Portugal tem sido consensual reconhecer-se que um dos principais problemas do sistema está na sua eficiência (Barros, 1999). Na realidade, verifica-se uma crença generalizada de que o setor público de prestação de cuidados de saúde é ineficiente, onde se gasta demasiado e que com o mesmo nível de recursos se poderia ter um melhor desempenho produzindo mais (Harfouche, 2011).

Também, segundo Moreira (2011), a opinião generalizada é de que o setor da saúde é economicamente ineficiente, no sentido de que se gasta demasiado nesta prestação de cuidados, e que, com o mesmo nível de recursos, se poderia produzir bastante mais.

De igual forma Nunes e Rego (2002), a propósito do sistema de saúde português, referiram que este tem qualidade deficitária: é ineficaz porque não se atinge a totalidade dos objetivos propostos, e também é ineficiente porque não está garantida uma utilização adequada dos recursos disponíveis. Na realidade, com os elevados custos de saúde e com as crescentes exigências, que obrigam os profissionais de saúde a ter maior concentração na produtividade e qualidade, o problema fundamental da gestão hospitalar é a utilização eficiente dos recursos limitados (Gok & Sezen, 2013).

Já no ano de 2000 a OMS havia referido que, as reformas dos sistemas de saúde, deveriam ter como principal objetivo o aumento da eficiência destes (*World Health Organization - WHO, 2000*). Neste sentido, no ano de 2005, a *World Health Assembly (WHA)* veio a incitar os seus estados-membros a fazerem o melhor que conseguissem para alcançarem o objetivo de cobertura universal dos cuidados de saúde – mantendo-se o mais estável financeiramente possível, ou seja, tentando ser o mais eficiente possível (WHO, 2010). Posto isto, a eficiência no setor da saúde, é o nível mais elevado de saúde que se consegue proporcionar à população, utilizando o menor número de

recursos necessários para o efeito (Chrisholm e Evans, 2010).

Devido à escassez de recursos que tem disparado os custos, a eficiência dos sistemas de saúde tornou-se uma questão com elevada importância para os gestores/administradores da saúde (Kirigia et al., 2004). Para se chegar a um bom desempenho de um setor ou serviço é necessário que haja bom funcionamento. Segundo Drucker (1998) cit. in Guedes (2014) não se pode administrar algo que não seja mensurável. A eficiência dos hospitais é claramente dominada por pressões regulatórias e pela concentração da indústria (Chilingerian & Sherman, 1990, Rosko, 1999 cit. in Guedes, 2014).

No que diz respeito à questão da eficiência e da eficácia do SNS Português segundo Moreira (2011), mais do que uma questão meramente orçamental, ou até apenas económica, torna-se uma questão ética, pois se o SNS não for eficiente, não contribui para ganhos em saúde. Ainda mediante o mesmo autor, a ineficiência tem custos sociais elevados e irreversíveis, portanto, as reformas de gestão, ganham visibilidade dupla pois podem ser um garante da sustentabilidade e eficiência do próprio sistema de saúde (Moreira, 2011).

Para finalizar, segundo vários autores (Jacobs, 2001; Davis et al. 2013), nos últimos anos, parece haver uma maior preocupação com eficiência hospitalar por parte da comunidade académica e científica, que, por sua vez, leva a um maior interesse por parte do poder político, devido também aos recursos limitados. As investigações recentes também têm vindo a demonstrar que a maximização da eficiência, mas também da qualidade nos hospitais, tornou-se uma questão essencial para os responsáveis hospitalares (Nutti et al., 2011 cit. in Guedes, 2014).

2.2.2 A medição da eficiência no setor da saúde

Nos últimos anos foram desenvolvidas diversas metodologias para medir a eficiência. Conforme anteriormente referido, naquilo diz respeito à medição da eficiência no setor da saúde, poderão ser usados métodos paramétricos ou não-paramétricos.

Alias, a avaliação do desempenho de uma organização, quer seja hospitalar ou não, pode ser estudada através destes dois métodos distintos (Johnes, 2006).

Segundo Moreira, 2008 & Gok et al., 2013, entre as diversas metodologias para medir a eficiência contam-se a *Stochastic Frontier Analysis* (SFA) e a *Data Envelopment Analysis* (DEA) como as mais utilizadas e referidas.

Devido à sua flexibilidade, a DEA é a técnica, não-paramétrica mais aconselhada no estudo dos hospitais, uma vez que estas organizações são complexas e com muitas

especificidades (Guedes, 2014). A SFA é um bom exemplo de uma técnica paramétrica. Segundo Hjalmarsson et al. (1996), a grande diferença entre estes dois métodos (SFA e DEA) é que por exemplo no método DEA, apenas são utilizadas as quantidades de *inputs* e *outputs*, encontrando-se este focalizado na medição da eficiência técnica, em contrapartida o SFA também considera os preços dos *inputs*.

Voltando à DEA, esta tem sido referida na literatura como uma ferramenta versátil e eficaz na medição da eficiência de cuidados de saúde e a sua primeira utilização foi há mais de 20 anos atrás nos hospitais norte-americanos (Guedes, 2014).

De acordo com Mello et al. (2005), observa-se que nos métodos não-paramétricos não existe relação funcional ou restrição entre *inputs* e *outputs*, na medida em que se considera que o resultado máximo possível de obter é obtido pelas unidades mais eficientes, comparativamente.

Para Zhu, 2000 & Macedo, 2004 cit. in Guedes, 2004 a DEA é caracterizada por ser uma das ferramentas mais ajustada para a avaliação da eficiência, sendo uma alternativa aos métodos tradicionais. Tanto a SFA como a DEA estão associados a vantagens e desvantagens (Katharakis, Katharaki, & Katostaras, 2013 cit. in Dias, 2017).

Porém, segundo (Hollingsworth, 2003), a seleção da metodologia mais apropriada vai depender sobretudo da organização a analisar, mas também da perspetiva utilizada e da qualidade dos dados que se tenham disponíveis. Contudo, conforme anteriormente referido as técnicas não-paramétricas como a DEA não são as mais aconselhadas, como as demais para medir a eficiência hospitalar.

2.2.3 Os tipos de eficiência

Para desempenhar as suas funções uma unidade hospitalar necessita de utilizar recursos designados na teoria económica por fatores produtivos, nomeadamente humanos (médicos, enfermeiros, técnicos, etc.), equipamentos, edifícios, serviços de rouparia ou hotelaria, entre outros.

Para Akazili et al. (2008), naquilo que diz respeito aos sistemas de saúde, são sobretudo considerados dois tipos de eficiência. Por um lado a eficiência técnica, por outro, a eficiência alocativa. Verdadeiramente, e de um ponto de vista económico, existem pelo menos três níveis de eficiência: a eficiência técnica; a eficiência alocativa e a eficiência económica.

A primeira é a noção de eficiência mais corrente e parte do princípio que para se obter um determinado resultado podem ser usadas várias combinações possíveis dos

recursos existentes, ou seja, existem várias possibilidades de combinações de recursos que potencialmente podem ser utilizados. A noção de eficiência técnica é uma noção de ausência de desperdício, baseando-se unicamente em aspetos tecnológicos (Moreira, 2011). Podemos então definir o conceito como o uso dos fatores produtivos indispensáveis para se atingir um determinado nível de produção. Em linguagem comum descreve-se como evitar desperdícios de recursos (Barros, 2000). Será portanto, este primeiro conceito de eficiência que parece estar subjacente às discussões sobre a necessidade de aumentar a eficiência do sistema de saúde, em particular do SNS.

No que diz respeito à eficiência alocativa, esta introduz a noção de gastos, não presente na eficiência técnica (Harfouche, 2011). Na realidade, uma combinação de fatores produtivos terá eficiência alocativa se, para atingir um determinado nível de produção estabelecido e dados os preços dos fatores produtivos, tiver um gasto mínimo. Ou seja, neste caso, obriga a que uma combinação para ser alocativamente eficiente tenha que ser, também, tecnicamente eficiente. A eficiência alocativa ocorre quando se minimiza, por exemplo, o custo total de utilização dos fatores produtivos, dados os seus preços, sujeitos à obrigação de obter um determinado nível de produção Gonçalves (2008).

Finalmente há a noção de eficiência económica. Sobre a noção de eficiência económica, pode dizer-se que uma afetação de recursos é economicamente eficiente se não for possível encontrar uma reafetação de recursos, ainda que pequena, que aumente o bem-estar/satisfação de um dos agentes sem deteriorar o de nenhum outro (Harfouche, 2011).

2.3 A qualidade

Sobre o conceito de qualidade, é possível verificar que o mesmo não é por todos percebido do mesmo modo. A própria evolução deste conceito tem propiciado a que os mais diversos autores que se debruçaram sobre esta temática tivessem proposto diferentes definições.

Nestas definições encontram-se refletidas distintas abordagens sobre um conceito que, por si só, não é considerado estático. Tal conceito é na atualidade utilizado de forma abrangente e aplica-se a todos os setores de atividade. Segundo Pisco e Biscaia (2001) a sua multiplicidade de interpretações do conceito pode ver vista como que o resultado de uma sociedade em constante evolução e mutação que procura fazer a adaptação do conceito da qualidade, com origem na indústria, às especificidades de outros setores, como o setor da saúde.

E. Deming (1986) é visto como o pai da moderna revolução da qualidade, sendo considerado por muitos como uma figura mítica, no que à qualidade diz respeito. Este autor debruçou-se no processo de melhoria contínua da qualidade dos processos produtivos, adoptou e divulgou um método de abordagem sistemática para a resolução de problemas de gestão conhecido como ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action), ou ciclo de Deming. Por seu turno J. Juran (1988) definiu qualidade como uma forma de “adequação ao uso”, onde as características do produto não contemplam deficiências e se ajustam às necessidades do cliente. Um outro autor P. Crosby (1979), contribuiu igualmente para o desenvolvimento da qualidade no século XX. Defendeu que os produtos ou serviços devem ser prestados com a máxima qualidade possível. Crosby (1979) define qualidade como uma “conformidade com os requisitos”, e aposta na prevenção de falhas, a chamada política de Zero-Defeitos, como melhor método para “fazer a coisa certa à primeira” e alcançar a qualidade, evitando os elevados custos da correção.

Com o crescimento exponencial da dimensão qualidade na área da saúde surge a necessidade de se encontrar uma definição universal desta. Porém, a sua formulação revelou-se mais complexa comparativamente a outros setores, sendo esta dificuldade explicada pelas especificidades inerentes às instituições de saúde e pelo tipo de serviço que estas prestam. Ou seja, o conceito de qualidade vai depender fundamentalmente de dois aspetos: da perspetiva de que o define, mas também dos seus valores. Porém, ainda assim, torna-se relevante balizar a definição, conforme mais adiante veremos.

2.3.1 A qualidade em saúde e nos serviços

Antes de mais, considera-se importante referir que “remontando à antiguidade, pode considerar-se o Código Hammurabi como o primeiro registo de controlo de qualidade dos resultados em saúde, premiando o bom desempenho, mas punindo severamente os efeitos adversos” (Pinto, 2019:13). Por seu turno, “Sir William Petty (1623-1687) em Oxford, no seu livro *Political Arithmetic*, enunciou a necessidade de medir os resultados hospitalares comparando a frequência de mortalidade entre hospitais, mas no século XIX vários médicos contribuíram para a melhoria dos cuidados e saúde, destacando-se Ignaz Semmelweis (1818-1865) pelo controlo da infeção nosocomial.

Em 2001, o “*Institute of Medicine*” (IOM) publica “*Crossing the Quality Chasm*” chamando a atenção para a profunda disparidade da qualidade de cuidados de saúde dentro do EUA e nas várias zonas do globo (IOM:2001).

A qualidade é considerada uma componente estratégica na maioria dos países do mundo, independentemente do nível de desenvolvimento económico e do tipo de sistema de saúde adotado (Serapioni, 2009). Assim, o crescente interesse pela área da qualidade tem seguido ao longo das últimas décadas, uma tendência mundial nos sistemas de saúde. A problemática do controlo da despesa, assim como a escassez de recursos, o próprio erro em medicina, constituem alguns fatores pelos quais a qualidade tem vindo a ser debatida na área da saúde. Sendo uma área atual, constitui um dos temas presentes no debate político e nas estratégias e políticas de saúde de muitos países. Ou seja, a qualidade afigura-se como um tema transversal a todos os setores de atividade.

Porém, nos últimos anos, a preocupação com este tema ultrapassou as fronteiras da área industrial e tornou-se numa prioridade para os gestores e profissionais de saúde. Por exemplo, Palmer cit. por Ferreira (1991) refere-se à qualidade em saúde como “a produção de saúde e de satisfação para uma população, com as limitações da tecnologia existente, os recursos disponíveis e as características dos utentes. Para Biscaia (2000), as organizações de saúde devem assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos.

No entanto, a definição até hoje mais aceite e que vamos considerar como referência pertence ao *Institute of Medicine* (IOM) que considera a qualidade em saúde como o grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente (IOM, 2000). Tal conceito centra-se mais na ideia de qualidade que envolve a relação direta entre prestadores de cuidados de saúde e doentes, na medida em que o serviço prestado se adequa às necessidades e expectativas de quem o recebe.

Em suma, a qualidade é talvez o conceito mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um valor sentido e reconhecido por todos, apesar de definido de formas diferentes, dependendo da perceção dos indivíduos em relação aos mesmos produtos ou serviços e das suas necessidades, experiências e expectativas em determinado momento. Falarmos de qualidade quando se trata de produtos tangíveis pode parecer relativamente fácil e evidente, porém segundo Rocha, a medição da qualidade dos serviços é algo complexa, na medida em que não se trata de ações ou comportamentos, mas sim de como os clientes percebem ou interpretam essas mesmas ações e comportamentos (Rocha, 2006). De acordo com Gomes (2004), considera-se

que um serviço tem qualidade se este vai de encontro, ou mesmo, se supera as expectativas que o consumidor tem dele, ou então se satisfaz as suas necessidades fundamentais.

A medição da qualidade do serviço começou por ser estruturada por Parasuraman et al. (1985) através do “Modelo Conceptual para a Qualidade do Serviço”. Este baseava-se na comparação do desempenho percebido com um único padrão de expectativa. Assim, identificou os principais aspetos que contribuíam para a formação das expectativas dos clientes, assim como as principais discrepâncias (gaps) que podiam ser geradas entre o ponto de vista do cliente e o do fornecedor.

Mais tarde, os mesmos autores apresentaram um instrumento mais desenvolvido assente numa proposta de escala multi-item, que designaram de SERVQUAL, que foram aperfeiçoando sucessivamente, tendo sempre como base o princípio da comparação entre a expectativa do cliente sobre a qualidade de determinado serviço e a percepção sobre a prestação desse mesmo serviço. O referido modelo começou por conter 10 dimensões potenciais determinantes da qualidade do serviço: Tangibilidade, Confiança, Capacidade de resposta, Comunicação, Credibilidade, Segurança, Competência, Cortesia, Conhecimento /Compreensão do cliente e Acesso, contando com 97 itens, ou seja, aspetos parcelares dessas dimensões (aproximadamente 10 Itens por dimensão). Gronroos (2000), por sua vez, considera duas as principais dimensões da qualidade de um serviço: i) a dimensão técnica ou de resultado; ii) e a dimensão funcional ou de processo. Esta primeira dimensão diz respeito àquilo que o cliente realmente recebe com as interações que estabelece com o prestador de serviços e que habitualmente têm um peso muito significativo na definição de qualidade. Fatores como a acessibilidade e a aparência são características que se incluem nesta dimensão técnica.

A segunda dimensão, por seu turno diz respeito a todo o processo de prestação de um serviço. Ou seja, como o serviço é fornecido. Outros autores como Donabedian (1980) defendem uma abordagem mais global da avaliação da qualidade que inclui três dimensões: i) a estrutura, ii) os processos e, iii) os resultados, onde os resultados são a prova real do que aconteceu em saúde com os utentes. Segundo Donabedian (1980):

- i) a estrutura, é o conjunto de atributos dos locais onde são prestados os cuidados de saúde, incluindo os recursos materiais, humanos e a estrutura organizacional;
- ii) os processos, dizem respeito ao modo como os cuidados são prestados e recebidos;
- iii) e os resultados, são os efeitos dos cuidados no estado de saúde dos doentes e populações.

Conforme anteriormente verificámos, o conceito de qualidade tem subjacente a si mesmo alguma complexidade, que pode de alguma forma tornar-se mais ou menos explícito, se porventura se identificarem as principais dimensões englobadas como as variáveis dependentes, assim como os níveis de responsabilidade implicados.

2.3.2 A importância dos sistemas de melhoria e gestão da qualidade em saúde

A melhoria da qualidade consiste em fazer com que os cuidados de saúde sejam seguros, efetivos, centrados no paciente, oportunos, eficientes e equitativos. Tal como se verifica no conceito de qualidade, não existe uma definição única para a melhoria da qualidade. Entretanto, diversas definições descrevem-na como uma abordagem sistemática que utiliza técnicas específicas para melhorar a qualidade. Vulgarmente diz-se que um ingrediente importante da melhoria da qualidade sustentada e bem-sucedida é a forma como as mudanças são introduzidas e implementadas. Segundo Øvretveit (2009), deve definir-se o conceito de melhoria da qualidade como os “melhores resultados e a melhor experiência do paciente com os cuidados de saúde, devido a uma mudança no comportamento dos prestadores de cuidados e da organização, pela aplicação de métodos para mudança e estratégias sistemáticas de melhoria (Øvretveit (2009:8)

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, procurando a melhoria contínua dos serviços prestados. Na verdade, num contexto social cada vez mais exigente e dedicado à qualidade, é colocado um enorme desafio às instituições, aos seus gestores e acima de tudo aos seus colaboradores, nomeadamente médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

De facto, conforme refere Sousa (2006), muita pressão é exercida nas organizações de saúde para melhorarem a sua eficiência e qualidade dos cuidados prestados aos doentes, tendo subjacente razões não só de carácter económico, mas também pela sua missão e atividade intensa numa área em constante evolução técnica e científica, assim como pelas características e elevadas expectativas do seu público, visto serem estes cada vez mais exigentes com os serviços que lhes são prestados.

Julga-se que tais desafios têm sido um incentivo à maior atenção pela qualidade em saúde e sua avaliação por parte dos gestores e responsáveis dos serviços de saúde. É reconhecido que a qualidade dos cuidados de saúde e a sua melhoria contínua depende basicamente de uma boa prática clínica e do modo como estão organizados os serviços (Ministério da Saúde, 2004).

No entanto, apesar dos esforços tendentes a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, já ano 2000, com a publicação do documento *To Err is Human*, pelo IOM, constatou-se que, nos Estados Unidos da América, por ano, 48.000 a 98.000 pessoas morriam nos hospitais como resultado de erros preveníveis (IOM, 2000). Segundo a opinião de autores como Cánovas, Hernández e Botella (2009), mas também de Carey e Stefos (2011), a magnitude dos custos associados à má qualidade dos serviços de saúde tende a justificar o investimento em sistemas ou programas de controlo e melhoria contínua da qualidade.

Uma vez implementada a melhoria da qualidade houve a necessidade de fazer com que esta gestão fosse eficiente e eficaz e daí surgiram os “Sistemas de Gestão da Qualidade” (SGQ). Os SGQ compreendem todas as ações que se implementam com o intuito de proporcionar uma melhor gestão quer da organização quer dos seus processos. Pires (2007), por exemplo, definiu um SGQ como o conjunto das várias medidas organizacionais formuladas de forma a transmitirem a máxima confiança num nível aceitável de qualidade sempre ao menor custo possível.

Nesse mesmo sentido, é importante que se estabeleça uma cultura de gestão da qualidade que pressuponha o compromisso de todos os profissionais e gestores para com os sistemas ou programas de melhoria da qualidade dos cuidados que são prestados nas organizações. A gestão da qualidade no setor da saúde pode ser levada a cabo em três níveis: i) um nível micro onde estão implicados os serviços dentro da organização; ii) um nível meso que se refere à qualidade dos cuidados de saúde ao nível organizacional; iii) e um nível macro, que diz respeito à qualidade dos cuidados a nível nacional.

No setor da saúde, a adoção desta filosofia, conforme anteriormente destacado, pressupõe o compromisso de todos os gestores e profissionais para com a qualidade dos cuidados que são prestados a todos os níveis, e essa visão de gestão implica, claramente, uma mudança na cultura interna das organizações. Segundo autores como Pisco e Biscaia (2001), tal processo tem subjacente a responsabilidade partilhada de efetuar e monitorizar procedimentos de forma contínua, procurando aprender com os erros e atingir níveis de qualidade sucessivamente superiores. Para isso é necessário proceder, primeiramente, à definição dos requisitos e padrões de qualidade desejados que vão definir o SGQ adequado às atividades das organizações, neste caso no setor da saúde. Logo através desse SGQ é garantido que os produtos ou serviços prestados satisfaçam o cliente cumprindo com os seus requisitos desejados, transmitindo assim uma imagem mais favorável da organização para o seu exterior.

De acordo com Pinto e Soares (2010), para a constituição de um SGQ são precisos três elementos essenciais:

- i) o suporte documental. Aqui será necessário levar a organização a elaborar documentos e procedimentos, para que o sistema se possa suportar e guiar por estes;
- ii) a estrutura organizacional. Em relação a este segundo elemento, pode ser essencial para pequenas e médias organizações, nas quais a estrutura organizacional ainda não se encontra bem definida. Neste elemento pretende-se a formação concreta duma estrutura organizacional, deixando bem claro as competências, autoridades e responsabilidades de cada indivíduo;
- iii) os recursos. O terceiro elemento deixa claro que as organizações devem ceder todos os recursos para que as responsabilidades de cada um sejam executadas da melhor forma culminando na satisfação de todos

Ainda, segundo Pinto e Soares (2010), a implementação de um SGQ terá custos e vantagens a ele associados. Os custos estarão relacionados principalmente com a afetação de recursos humanos (consultores, tempo despendido por parte dos profissionais para que o SGQ seja implementado), mas também materiais. Por outro lado, as vantagens que a implementação de um SGQ pode trazer são: a definição de prioridades, identificação de áreas que mais afetam o desempenho, eliminação de tarefas em que o seu fim não é uma mais-valia ou que já é possível atingir esse fim por outras vias. Acrescentar, a definição de responsabilidades, melhoria da imagem exterior e diminuição da ocorrência de erros, conforme já referido.

2.3.3 A avaliação da qualidade em saúde e os seus indicadores

Para avaliarmos a qualidade, necessitamos que esta seja indubitavelmente mensurável (Serapioni, 2009). A avaliação da qualidade em saúde é um termo que foi inicialmente introduzido por Donabedian (1988). Donabedian defendia que seria desastroso intentar-se a medição da qualidade dos cuidados de saúde, sem que para tal houvesse de antemão uma definição precisa daquilo que se entende por este conceito, e refere que avaliar a qualidade implica conhecer a relação entre as suas três dimensões que são: i) a estrutura; ii) os processos; iii) e os resultados (Donabedian, 1988).

Para Donabedian (1988) e Ferreira (1991), a primeira dimensão – a estrutura - está relacionada com os recursos materiais e humanos disponíveis, bem como as

características do ambiente físico, a organização dos serviços e os recursos financeiros, todos eles necessários para a prestação de cuidados. De notar que a existência de uma boa estrutura, com todas as suas componentes, não garante por si só a qualidade, não obstante ser uma condição necessária, e muitas vezes a mais valorizada, para promover a qualidade em saúde. Para Pisco e Biscaia (2001), já não basta o fazer o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos sistemáticos e rigorosos para avaliar os cuidados prestados e, simultaneamente, demonstrar se os recursos são usados adequadamente, ou mesmo se está a ser obtida a melhor qualidade possível. A avaliação da qualidade em saúde, conforme já referimos, é um momento essencial no processo de melhoria contínua, nomeadamente em relação à avaliação de políticas, instituições e profissionais de forma a aumentar a credibilidade e valorização quer das organizações, quer dos seus intervenientes. A avaliação da qualidade em saúde compara e avalia metas, padrões, desempenho e expectativas, de forma a identificar oportunidades de melhoria (WHO, 2003).

Em sentido lato pode-se dizer que a avaliação em saúde irá produzir informações quanto a adequação, efeitos e custos associados ao uso de tecnologias, programas ou serviços de tecnologias e programas saúde, subsidiando assim a tomada de decisão em relação às práticas de saúde e ao estabelecimento de políticas respeitantes ao setor (Portela, 2000). Quer em Portugal como em outros países, tem-se observado uma crescente preocupação pelas organizações de saúde em serem acreditadas por agências com notoriedade, como a *King's Fund* (actualmente CHKS - *Caspe Healthcare Knowledge System*) e a *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO), bem como em processos de partilha de informação para resultados de Benchmarking, para o tributo da melhoria dos cuidados prestados ao cliente (Boto et. al., 2008). Portugal encontra-se entre os países que apresenta uma preocupação na implementação de técnicas de avaliação da saúde, avaliando modelos, tendo em conta apenas os resultados, nomeadamente a nível de criação de incentivos, ou através de indicadores de processo e resultados, através do *Benchmarking* e do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (Alves et, al., 2016).

No que diz respeito aos indicadores, pode-se afirmar o sucesso de uma organização vai depender da existência de um plano de avaliação e monitorização que contemple linhas de ação planeadas e indicadores bem definidos (Groene e Branda, 2006). A avaliação, monitorização e a apreciação dos cuidados de saúde, são fundamentais no alcance do sucesso de qualquer organização de saúde. Os Indicadores de qualidade devem ser desenvolvidos e relatados, de forma a identificar falhas e lacunas nos padrões de cuidados (OCDE, 2017). No setor da saúde, os indicadores de qualidade podem ser

caracterizados como os parâmetros que medem as variações de um determinado fenómeno e que simultaneamente permitem a monitorização da qualidade clínica e organizacional dos serviços. Têm por objectivo a identificação de problemas ou implementação de medidas adequadas tendentes a uma melhoria.

Por outras palavras, os indicadores de qualidade correspondem a critérios utilizados para medir e avaliar essa mesma qualidade. Tais indicadores devem ser considerados válidos, fáceis de implementar e fiáveis. São assim essenciais para alcançar mudanças desejadas e desenvolver planos de melhoria de qualidade (Illife et al., 2016). Conforme demonstram Kotter et al. (2012), são usados em variados contextos de cuidados de saúde para medir, comparar e melhorar a qualidade dos cuidados, sendo necessário que sigam métodos de desenvolvimento rigorosos, aprovados e baseados em evidência. É assim através dos indicadores de qualidade baseados em evidência que é possível fornecer medidas objetivas, para que sejam avaliadas estruturas, processos e resultados em saúde, por parte das organizações de saúde (Schall et al., 2017). Tais indicadores de saúde devem englobar algumas características fundamentais, nomeadamente a aceitabilidade, a possibilidade de pôr em prática, a confiabilidade, a sensibilidade à mudança e a validade (Giraldes, 2008). A satisfação dos doentes com o serviço prestado é outro indicador de qualidade (indicador de *outcome*), da maior importância, sendo obtido principalmente através da aplicação de inquéritos de satisfação. Estes inquéritos são uma ferramenta importante para identificar a qualidade percebida pelos utentes e para facilitar a sua participação, dando voz às suas opiniões, necessidades e expectativas depositadas nos serviços.

Capítulo 3 – Metodologia de investigação

3.1 Tipo de estudo e abordagem de investigação

A investigação preconizada é do tipo intensivo-qualitativo. Assim, o estudo em apreço seguiu uma metodologia de investigação predominantemente qualitativa que, apesar de não possibilitar a generalização dos resultados obtidos para a totalidade das unidades de saúde, serviços ou departamentos hospitalares, permitiu uma abordagem mais aprofundada às questões em análise e a descoberta de novas pistas de investigação que se revelaram interessantes para a compreensão do fenómeno em estudo. Metodologicamente, no que aos entrevistados diz respeito, o presente estudo adota, no essencial, o que pode ser chamado uma aproximação “biográfica” cuja ênfase é colocada do lado do sujeito entrevistado e da sua experiência subjetiva enquanto membro de uma equipa hospitalar, com responsabilidades ao nível da gestão do serviço/departamento. Aliás Flick (2005), refere mesmo que a subjetividade do investigador e dos sujeitos estudados faz parte deste método de investigação.

Conforme anteriormente mencionado, a aplicação de um guião de entrevista semiestruturado para as entrevistas, permitiu compreender as diferentes perspetivas dos “atores” envolvidos.

Em geral, subsiste a ideia de que as metodologias quantitativas se opõem às qualitativas. Mas, na verdade, o que se deve ter em consideração é que cada um dos métodos responde a diferentes necessidades, consoante o objeto de estudo e os objetivos propostos. Os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenómeno em termos das suas origens e razão de ser (Haguette, 1992:63).

Ora, é “a forma como o problema de estudo é formulado e o plano de pesquisa que tornam gradualmente óbvio qual é a orientação mais apropriada” (Moreira, 1994:94). Em estreita relação com o objeto de estudo, a adoção de uma metodologia de carácter qualitativo impunha-se desde logo, encontrando a sua justificação num quadro de investigação que, mais do que provar teses ou hipóteses de partida, permitisse enunciar quadros explicativos, destinados a compreender mecanismos, e não a avaliar frequências, visto que o que pretendíamos era captar uma diversidade de situações. Ou seja, na medida em que o nosso interesse residia na apreensão da originalidade da experiência individual dos sujeitos enquanto membros integrantes de uma equipa gestora, considerámos a metodologia qualitativa como mais aberta e capaz de

proporcionar uma melhor compreensão sobre os modos diferenciados como os indivíduos a conceptualizavam. Digamos que somente uma estratégia de investigação do tipo intensivo – qualitativo permitiria essa aproximação à experiência destes sujeitos com responsabilidades ao nível da gestão do DSCM. Por outras palavras, foi privilegiar a versão experimentada e vivida destes sujeitos com envolvimento na área da gestão, que emerge da sua experiência em meio hospitalar e que se manifesta na primeira pessoa do singular. Acrescenta Yin (2005), que a necessidade de realizar estudos de caso surge da necessidade de estudar fenómenos sociais complexos.

3.2 Procedimentos metodológicos

3.2.1 A pesquisa bibliográfica e documental

A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental de todo o trabalho científico com influência em todas as etapas da investigação. A sua finalidade é colocar o investigador em contacto com o que já se produziu e se registou a respeito de determinado tema, permitindo assim o aprofundamento teórico que norteia a investigação (Piana, 2009).

De modo a facilitar a elaboração do estudo, desde o início da investigação, recorreremos ao uso de fontes documentais, especialmente trabalhos académicos, artigos científicos e em revistas da especialidade, mas também publicações *online*. Com a primeira escolha, tivemos como intenção familiarizarmo-nos com o volume de informação disponível, tendo o cuidado de não enveredar por algo não investigável com os recursos disponíveis para o efeito. A fase da recolha bibliográfica, mais intensamente e grosso modo, decorreu entre junho e agosto de 2022. Entretanto, de setembro a dezembro de 2022, procedemos às leituras, tomamos as notas necessárias em fichas padronizadas e selecionamos o material por assuntos.

3.2.2 A seleção da amostra, sua caracterização e o local de realização do estudo

A seleção da amostra adquire nesta metodologia um sentido muito particular: tem por objetivo obter a máxima informação possível para a fundamentação da investigação e criar uma teoria, baseando-se, ao contrário da amostra quantitativa, em critérios pragmáticos e teóricos (Aires, 2015). Por isso, “em vez da uniformidade, a amostra na investigação qualitativa procura a máxima diversidade” (Aires, 2015:22).

Porém, no processo de construção da amostra, não inquirimos um número elevado de

peças e porque nos estudos qualitativos a representatividade em termos estatísticos não se coloca (Chiglione e Matalon, 1993:55; Coller, 2000:34).

Assim, neste trabalho, considerámos dirigir a nossa investigação a um “grupo/equipa” do Departamento da Saúde da Criança e da Mulher (DSCM) do CHUCB constituída por elementos com responsabilidades ao nível da gestão hospitalar. Assim, a investigação empírica, em apreço, incidiu sobre o DSCM, auscultando para tal membros das suas equipas gestoras, compostas por médicos (diretores de serviço), enfermeiros gestores e por gestores/administradores afetos aos diversos serviços que compõem este departamento. De assinalar que o DSCM é composto por vários serviços e unidades tais como, o Serviço de Obstetrícia Ginecologia (SOG), o Serviço de Pediatria (SP), a Unidade de Medicina Reprodutiva (UMR), a Unidade de Neonatologia (UN) e a Consulta de Desenvolvimento Infantil (CDI). O CHUCB e o DSCM, foram selecionados pelo investigador, tendo por base diversos critérios e fatores. O CHUCB foi selecionado atendendo sobretudo a fatores de conveniência, uma vez que o investigador é funcionário desta mesma instituição.

O facto de o autor deste trabalho ser colaborador da instituição alvo do estudo, a facilidade de acesso aos locais, serviços e pessoas fez com que a organização selecionada constituísse um meio privilegiado de estudo para o investigador. O DSCM, assim como como o DPSM (Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental), na atual organização dos serviços, constituem os únicos dois departamentos existentes neste centro hospitalar. No entanto, julgamos que o DSCM atendendo à sua envolvimento na organização e maior número de serviços, constituiu um campo “fértil” para aplicação do nosso estudo. Para além de que foi o serviço que se mostrou mais disponível e aberto para aplicarmos as entrevistas preconizadas.

Deste modo, conforme já referido, a nossa amostra inclui os membros das equipas com responsabilidades ao nível da gestão dos serviços do DSCM, nomeadamente, um profissional médico (director ou responsável do Serviço), um enfermeiro-gestor, e um gestor ou administrador hospitalar com responsabilidades ao nível da gestão da produção do serviço ou departamento. Consideramos que estes são os elementos-chave para nos auxiliarem na nossa análise e aprofundamento da compreensão da relação qualidade e eficiência. Os membros das equipas das diferentes classes profissionais do DSCM com atribuição de cargos de gestão ao nível do serviço ou departamento onde se encontravam alocados foram contactados pessoalmente e incluídos na amostra após aceitarem e demonstrarem a sua disponibilidade para serem entrevistados.

Podemos dizer que os entrevistados foram selecionados pelo método de amostragem intencional. A amostra intencional é um tipo de amostragem não probabilística que é

formada por indivíduos selecionados deliberadamente ou intencionalmente pelo investigador, o qual considera que estes elementos possuem as características (ou atribuições) típicas ou representativas da população ou grupo em estudo (Fortin, 1996). Ou seja, a amostra intencional é levada a cabo, na medida em que a escolha dos indivíduos é feita não pela “representatividade”, mas, porque estes indivíduos conseguem prestar a colaboração que efetivamente se necessita (Vieira, 2008).

Assim, nas amostras não probabilísticas, o tamanho da amostra é determinado de forma subjetiva e intuitiva pelo investigador que se baseia em estudos anteriores ou pela quantidade de fontes disponíveis. Obviamente que este tipo de seleção por nós empreendido tem as suas limitações e os resultados obtidos não poderão ser representativos de todos os serviços ou departamentos do CHUCB, e muito menos considerá-los como representativos de todas as unidades hospitalares. Trata-se, portanto, de uma amostra não probabilística que não permite planos de amostra representativa, mas que corresponde aos objetivos da investigação, já que não pretendemos realizar um estudo que envolva o teste de hipóteses. Ou seja, estamos perante um estudo qualitativo que procura aprofundar a compreensão sobre o fenómeno em análise e não a sua extrapolação/generalização.

Foram entrevistados/as um total de 8 (oito) elementos, 5 (cinco) mulheres e 3 (três) homens, de diferentes idades. Relativamente à classe profissional, o grupo era composto por 4 (quatro) médicos (diretores de serviço), 2 (dois) enfermeiros gestores 1 (um) gestor hospitalar, e uma embriologista (coordenadora do laboratório). Em relação ao nível de escolaridade, 3 (três) possuem o grau de doutoramento, 2 (dois) são detentores de um mestrado e 3 (três) são licenciados. A faixa etária dos participantes situa-se entre os 40 e 71 anos.

Na Tabela 1 apresentamos a caracterização da amostra e entrevistados da equipa do DSCM.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra – equipa do DSCM

Idade	Nº Ent.	Classe Profissional	Cargo ocupado no DSCM	Habilitações Literárias	Anos de Profissão	Anos a exercer no CHUCB	Género
59	E1	Enfermeiro	Enf. Gestor	Mestrado	37	22	F
45	E2	Gestor Produção	Gestor de Produção	Mestrado	23	23	M
58	E3	Enfermeiro	Enf. Gestor	Mestrado	36	36	F
59	E4	Médico	Diretor Unidade	Licenciatura	34	23	M
58	E5	Médico	Diretor de Serviço	Doutoramento	33	22	F
71	E6	Médico	Diretor de Serviço	Doutoramento	45	16	M
40	E7	Embriologista	Coordenador Laboratório	Doutoramento	14	14	F
59	E8	Médico	Diretor de Serviço	Licenciatura	30	23	F

Importa também aqui uma vez mais sublinhar que o local de estudo é o CHUCB, mais especificamente o DSCM enquanto sua unidade integrante. Conforme anteriormente assinalamos o DSCM é composto por vários serviços e unidades tais como, o SOG, o SP, a UMR, a UN e a CDI. Cada um destes Serviços ou Unidades possui um Diretor (profissional médico) /ou coordenador, um enfermeiro-gestor, e um gestor/administrador que gere ou administrada a produção de todo o departamento.

O CHUCB, por sua vez, é um hospital universitário pertencente ao SNS, com 309 camas, na região da Beira Interior. É também o Hospital Nuclear da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade da Beira Interior (UBI), sendo constituído fisicamente por dois hospitais, o Hospital da Covilhã e o Hospital do Fundão, e pelo Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Este Centro Hospitalar organiza-se em torno de cinco áreas de atuação: a Área de Prestação de Cuidados, a Área de Suporte à Prestação de Cuidados, a Área de Inovação, a área de Ensino e Formação, a Área de Apoio à Gestão e Logística Geral, e a Área de Consultoria. A Área de Prestação de Cuidados é constituída por dois departamentos e 38 serviços/unidades. São eles, o

DSCM e o DPSM, mas também por Serviços Médicos, Unidade de Cuidados Paliativos, Serviços de Medicina Preventiva, Serviços de Cuidados Agudos, Serviços Cirúrgicos, Serviços de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, Serviços Farmacêuticos, Unidade de Psicologia Clínica, Unidades Gestoras de Atividade, Unidade de Apoio ao Doente e Unidade de Gestão de Cirurgia de Ambulatório.

Em termos operacionais e de gestão, o CHUCB é uma organização pública e subordinada à tutela do Ministério da Saúde, onde também foram aplicados os fundamentos da NPM, implicando alterações na sua estrutura organizacional, que refletem uma gestão orientada para os resultados. Esta unidade de saúde viu em 2002 o seu estatuto ser alterado de Instituto Público para Sociedade Anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos, através da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, que aprova o novo regime jurídico da gestão hospitalar e procede à primeira alteração à Lei n.º 48/90 (Lei de Bases da Saúde), adotando desde então uma gestão de tipo empresarial. Em 2005, na sequência da Lei n.º 27/2002, os Hospitais SA sofrem nova alteração pelo Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de Junho, procedendo à sua transformação em Entidades Públicas Empresariais (EPE) passando a integrar o Setor Empresarial do Estado. É nesta altura que o Hospital passa então a designar-se Centro Hospitalar Cova da Beira EPE, mantendo os princípios da NPM no setor da saúde, com base nas regras da concorrência de mercado. Em termos de gestão, a diferença entre Hospitais SA e Hospitais EPE não é significativa, subsiste a aplicação de uma gestão economicista, seguindo os princípios da gestão privada ou NPM, como já foi referido.

O CHUCB, para efeitos de financiamento, estabelece as suas diretrizes operacionais com o Ministério da Saúde através da Administração Regional de Saúde do Centro e da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) em que são definidos os níveis de atividade, de volume de produção e de diferenciação e qualidade adequados às necessidades de cuidados de saúde hospitalares identificados para a população que serve. Entretanto cinco anos mais tarde (em 2010), O CHUCB recebe a menção de Hospital Acreditado pela *Joint Commission International* (JCI), e posteriormente a atribuição de Centro Médico Académico pela mesma entidade. Em meados de 2018 é alterada a designação de Centro Hospitalar Cova da Beira, E. P. E., para Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, E. P. E. No ano de 2021 o CHUCB renovou a Acreditação Internacional de Qualidade, como Centro Médico Académico pela JCI, entidade acreditadora reconhecida no campo da saúde a nível mundial, e cujos resultados vieram a confirmar que o CHUCB cumpre os critérios e orientações internacionais de qualidade ao nível dos cuidados prestados no atendimento do doente, no campo da investigação e ensino das ciências da saúde, bem como na gestão

organizacional.

3.2.3 A entrevista – considerações gerais

Optando-se por uma metodologia qualitativa, a entrevista revelou-se como a técnica preferencial para recolhermos a informação necessária. O seu objetivo principal consiste em fornecer ao investigador informação detalhada e profunda sobre determinadas perceções ou representações em relação a um dado tópico ou realidade social (Morgado, 2013). Digamos, portanto, que, “a entrevista em profundidade constitui uma técnica útil para a obtenção de informações de carácter pragmático, ou seja, para saber como os sujeitos atuam e reconstroem o sistema de representações sociais nas suas práticas individuais” (Aires, 2015:31). É assim através da entrevista que o investigador acede a uma observação indireta, interrogando determinados sujeitos, de modo a obter as informações que respondem aos objetivos da investigação.

Existem algumas vantagens em se utilizar a entrevista, em vez de outra técnica – por exemplo o questionário – entre as quais salientamos: a profundidade dos elementos de análise que permite recolher, e também a flexibilidade e fraca diretividade do dispositivo de recolha dos enunciados e interpretação dos entrevistados (Batista et al., 2021), o que permite respeitar os seus quadros de referência, o seu tipo de linguagem e as suas categorias mentais específicas.

Optámos por utilizar no presente estudo, a entrevista semiestruturada, a qual, após a construção de um guião, permitiu aceder com alguma precisão e diretividade, às questões a explorar. A escolha da entrevista semiestruturada fundamentou-se ainda em dois aspetos: (i) conseguir o máximo de informação, sem, no entanto, nos tornarmos cansativos para com os inquiridos; (ii) deixarmos espaço disponível para a obtenção de mais informação, se no momento da entrevista, tal viesse a ser viável.

3.2.4 A estruturação da entrevista

Com base nas premissas e questões desenvolvidas ao longo da presente proposta, elaboramos um guião (Apêndice) que orientasse a condução da entrevista. Uma das preocupações a ter em conta na construção desse guião foi a elaboração de um conjunto de questões-chave, cuja simplicidade permitisse um diálogo fácil com os diferentes entrevistados e cujo conteúdo incidisse em questões organizadas segundo cinco conjuntos de tópicos:

(i) o primeiro dizia respeito à análise e discussão dos indicadores de qualidade e eficiência do Serviço; (ii) o segundo, tem a ver com a perspectiva dos profissionais de saúde sobre a possibilidade de se manter uma produção eficiente mas com qualidade (iii) o terceiro, reportou-se aos fatores penalizadores ou potenciadores de qualidade e eficiência do serviço; (iv) o quarto incidiu sobre a compreensão dos fatores de convergência ou divergência entre qualidade e eficiência; (v) e por fim, tentamos compreender a forma como os sujeitos classificariam o seu serviço relativamente às duas dimensões em análise: qualidade e eficiência. Foram estes os principais tópicos que orientaram as nossas entrevistas.

3.2.5 A realização das entrevistas

Após a obtenção da autorização do estudo por parte do Conselho de Administração do CHUCB e da Comissão de Ética deste hospital, estabelecemos os contactos necessários com os “Diretores/responsáveis” dos serviços e unidades do DSCM para agendar a realização das entrevistas, com os elementos que se mostraram interessados e disponíveis para participar no nosso estudo.

O processo de realização das entrevistas decorreu entre janeiro e fevereiro de 2023, com a duração de aproximadamente 40 minutos em cada uma delas. A atribuição de um “espaço/gabinete” no serviço, para levar a cabo a tarefa constituiu um espaço privilegiado de comunicação. Previamente à marcação dos dias das entrevistas, informamos os sujeitos sobre os objetivos subjacentes às mesmas, explicitando que se destinava a uma investigação de carácter académico, e garantindo que toda e qualquer informação recolhida seria anónima e confidencial, não revelando, portanto, a sua identificação. Todas as entrevistas foram gravadas em formato áudio, com o consentimento dos entrevistados.

3.2.6 Análise dos dados e interpretação dos resultados – procedimentos adotados

Como técnica de tratamento dos dados recolhidos utilizamos a “análise de conteúdo” (com recurso ao software NVivo), da informação expressa nas questões colocadas aos entrevistados, por nos parecer a forma mais adequada e a que melhor se adaptava à natureza qualitativa desta investigação. Por exemplo Bardin (2009) definiu a análise de conteúdo como sendo um conjunto de técnicas de análise de discursos, que visam obter

através de procedimentos objetivos e sistemáticos, a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência e o raciocínio dedutivo desses conhecimentos. Na realidade, conforme refere Guerra (2006), a análise de conteúdo tem uma dimensão descritiva que tem por objectivo dar conta do que nos foi narrado, e uma outra dimensão interpretativa que decorre das interrogações do analista face a um objeto de estudo. Foi exatamente através da “análise de conteúdo” que procurámos captar “o sentido, ou, por outras palavras, a maneira de ver as coisas, os tipos ou sistemas de percepção” (Hiernaux, 1997: 157) presentes nos dados oriundos das entrevistas.

Digamos que se pretendeu fundamentalmente, olhar para os materiais analisados como testemunhos de uma experiência particular, os quais veiculavam percepções, avaliações e representações que exprimiam um processo interativo da experiência dos sujeitos nos processos de gestão do DSCM. Ou seja, procedemos à “apreensão interpretativa do sentido ou da conexão de sentido” (Weber 1997:27) das palavras destes sujeitos. Conforme os pressupostos de Vala (1986), elaboramos um sistema de categorias por unidades de análise. Assim, optamos por uma análise de conteúdo temática, cujas unidades de registo foram construídas pelos temas ou dimensões que orientaram a própria entrevista. Desta forma, privilegiamos um procedimento semifechado que prevê as categorias que orientaram a recolha da informação e outras que decorreram do tratamento das entrevistas. Julgamos assim que foi possível obter um maior número de informação relevante que respondesse se possível, para além dos objetivos que traçamos inicialmente. Para salvaguardar o anonimato dos participantes no estudo, e como princípio ético desta investigação, os seus nomes foram substituídos por códigos (E1-E8). Importa ainda referir que o sentido das experiências dos sujeitos em análise foi decisivo para a compreensão dos fenómenos em estudo, e desta forma, mostrar a necessidade de se ultrapassarem as grandes leis e tipologias, certamente necessárias para a compreensão global do fenómeno, mas incapazes de captar a diversidade e a riqueza de problemas que o nível micro propicia.

Para fechar esta secção, salientam-se algumas etapas fundamentais utilizadas no tratamento da informação recolhida através das entrevistas:

- i) em primeiro lugar, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas tal como foram gravadas, respeitando o discurso e as expressões dos entrevistados;
- ii) de seguida, passou-se à identificação e à organização de cada uma das entrevistas com o objetivo de as classificar, agregar e categorizar;
- iii) depois aos procedimentos de análise temática e categorial;
- iv) por último, à apresentação dos resultados, através de uma análise descritiva da informação recolhida com o objetivo de dar conta dos resultados evidenciados

pelos entrevistados.

Como última observação, considera-se pertinente fazer uma alusão a outros fatores ligados ao investigador e aos entrevistados - o facto de o investigador ser funcionário do CHUCB e colega de na mesma instituição dos entrevistados, não teve influência nas respostas dos destes, considerando-se que as respostas foram genuínas e que os entrevistados têm presente que o entrevistador partilha o mesmo contexto de trabalho. Desta forma, assume-se a validade e fiabilidade dos dados obtidos.

Capítulo 4 – Apresentação, análise e discussão dos resultados

Nesta secção, procederemos à análise e interpretação dos resultados obtidos através da realização das entrevistas. Com o intuito de apresentar os dados de forma simplificada, elaborámos categorias de análise (4.4.1-4.4.5) que resultaram da análise das temáticas do enquadramento teórico, bem como do guião de entrevista; e de elementos novos que foram surgindo após a leitura das transcrições das entrevistas.

4.4.1 Auto percepções sobre o estabelecimento de indicadores de qualidade e eficiência nos serviços do DSCM

Em jeito de nota preliminar, importa referir que a avaliação e monitorização dos cuidados de saúde, são fundamentais para o alcance do sucesso de qualquer organização de saúde. Assim, os indicadores de qualidade, mas também de eficiência foram desenvolvidos por forma a identificar falhas e lacunas, mas também oportunidades de melhoria, nos padrões de cuidados de saúde (OCDE, 2017).

Estes são essenciais para alcançar as mudanças e os objetivos desejados (Illife et al., 2016). Tais indicadores são usados nos mais variados contextos de cuidados de saúde para medir, comparar e melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde e das organizações, sendo necessário que sigam métodos de desenvolvimento rigorosos, aprovados e baseados em evidências científicas (Kotter et al., 2012).

O CHUCB, não obstante, constituir uma unidade hospitalar acreditada pela JCI através do cumprimento dos seus padrões (*standards*) e normas de qualidade, possui indicadores de produção, qualidade e eficiência extensivos a toda a organização, onde se incluem os serviços pertencentes ao DSCM. Estes são definidos pelo Ministério da Saúde através de indicadores de *benchmarking* relativos aos hospitais do Setor Empresarial do Estado e aos hospitais em regime de Parceria Público-Privada, do SNS. Possuem como objetivo fundamental melhorar o acesso e a qualidade do serviço prestado aos utentes e, simultaneamente, identificar aspetos particularmente relevantes em termos de melhoria do desempenho económico-financeiro destas instituições. Conforme relatam vários entrevistados:

“(...) os indicadores monitorizados acabam por ser transversais a todo o hospital, com algumas especificidades de cada serviço. Existem os indicadores da Urgência, os indicadores da Consulta, os indicadores do Internamento (...) havendo sempre essa dupla vertente, de qualidade e eficiência, porque estão interligados. Poderá haver uns mais virados para a qualidade e não tanto para a eficiência, mas são definidos globalmente, todos os hospitais têm estes indicadores” (E2, Gestor de Produção, DSCM).

“ Nós temos os indicadores que se designam de indicadores de qualidade, mas eles não deixam de ser indicadores de eficiência, que são aqueles que são acompanhados ao nível institucional e que têm a ver com a produção do serviço do serviço. (...) No SOG (Serviço de Obstetrícia-Ginecologia) a Ginecologia tem uns, a Obstetrícia tem outros a Consulta Externa outros e a Urgência outros. Cada um tem um centro de custo distinto e para cada um são e estão definidos e acompanhados indicadores que são apresentados e que são tratados por centro de custos. (...) não são definidos por nós, são contratualizados com a tutela” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Tais indicadores são definidos pela tutela (Ministério da Saúde) e extensivos a todas as organizações a fim de poderem ser comparados (*benchmarking*). No entanto, tal não é impeditivo de se seguirem ou definirem objetivos mais específicos, com propósitos e âmbitos diferentes. Para além de na sua generalidade o CHUCB seguir os *Standards* impostos pela JCI, outras normas e indicadores são aplicados e recolhidos em alguns Serviços do DSCM, como o SOG:

“Em tempos obtivemos a certificação pela norma (ISO 9001), e aí sim, tínhamos definido indicadores exclusivamente de qualidade e que acompanhávamos e tratávamos, mas tivemos que abandonar esse processo por ser um processo pesado que requeria recursos de pessoas e de tempo que nós não dispúnhamos para manter um processo de certificação do serviço. Portanto, por isso, abandonamos. Estivemos certificados e depois abandonamos o processo de certificação...” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG)

Ou mesmo, o SP conforme nos foi explicado:

(...) nós já fomos certificados (pelas norma ISO 9001) e no início

melhoramos muito, na sedimentação dos procedimentos e das atividades. Primeiro foi a JCI que nos ajudou, que como costume dizer viemos a arrumar a casa..., depois durante uns tempos tivemos a Certificação que nos ajudou a catalogar tudo no sítio..., mas depois ainda ficamos com muitos procedimentos da Certificação, apesar de já não sermos certificados. Isto requer dinheiro e pessoal, e de pois foi uma aposta da instituição...(..) e não continuamos” (E3, Enfermeiro-Gestor, SP).

Mas também a UMR:

“A Medicina Reprodutiva tem os indicadores normais da consulta, porque têm de cumprir os TMRG (Tempos Máximos de Resposta Garantidos”, e depois tem aqueles específicos da procriação medicamente assistida” (E2, Gestor de Produção, DSCM).

Ou seja,

“(..) Reportamos tudo o que nos fazemos. E o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida (CNPMA) recolhe os indicadores. Como eu digo, esta entidade, o que faz é recolher estes dados em bruto numa plataforma que nos preenchemos cada vez que fazemos um tratamento a um casal...(..) a partir desses dados em bruto, eles fazem os cálculos daquilo que pretendem, mas aqueles (indicadores) que nos trabalhamos no serviço mensalmente são *guidelines* da Sociedade Europeia de Reprodução Humana e Embriologia (ESHRE). Nos e os outros centros baseamo-nos muito nas orientações da ESHRE. São indicadores de qualidade” (E7, Embriologista, Coordenador Laboratório, UMR).

Não obstante também:

“ Temos aquelas nossas métricas anuais que são dadas pela produção e que nos temos de cumprir e que são negociadas com o governo. (...) isso são só métricas de produção, não são métrica de qualidade” ” (E7, Embriologista, Coordenador Laboratório, UMR)

Porém, mediante o que nos foi dado a observar, os indicadores definidos pela tutela ao

que parece não refletem o trabalho de toda uma equipa do serviço:

(...) são fundamentalmente indicadores de produção associados ao trabalho do médico. Ou seja, são objetivos centralizados na atividade médica. Todas as outras profissões são tidas como colaborativas na atividade médica, são tidos como apoio à atividade do médico..., mas também não analisamos qual é o contributo das outras profissões para os resultados. Portanto, no fundo é redutor daquilo que são os cuidados clínicos. Nós dizemos cuidados médicos, mas não são cuidados médicos, são cuidados clínicos que são prestados por uma equipa mais vasta. Estão bem definidos, nomeadamente para avaliar resultados, nomeadamente para avaliar a eficiência numa determinada dimensão, mas são extremamente redutores daquilo que a atividade de um serviço de uma instituição de saúde, dos cuidados que a presta, e dos resultados que são alcançados” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

De acrescentar que a auscultação da qualidade não se esgota com a recolha de indicadores sejam eles mais gerais ou mais específicos de cada serviço, pré-estabelecidos ou não, conforme nos relataram:

“ Também fazemos a “Avaliação do Grau de Satisfação” com cartas dirigidas aos doentes, no Internamento, na Urgência e na Consulta de Pediatria. A Avaliação da Satisfação dos Trabalhadores é feita essencialmente pelo Serviço de Qualidade do Hospital” (E5, Medico, Diretor Serviço, SP).

Situação igualmente corroborada por um outro entrevistado,

“(.) temos questionários de “Satisfação dos Doentes” que, neste caso, não são para os doentes, são para os pais dos nossos utentes, dos nossos recém-nascidos, que preenchem sempre à saída de qualquer alta da unidade. Depois desse questionário é dada informação de retorno. Nós (equipa), depois fazemos reuniões para avaliar os pontos fracos e o que é que podemos melhorar. A Avaliação da Satisfação dos próprios colaboradores nos fazemo-la periodicamente. Por outro lado, também se valoriza muito a eficácia da comunicação. A comunicação é importante não só entre os membros da equipa profissional, médicos e enfermeiros, entre os próprios enfermeiros, mas também a informação que é dada no final de cada visita,

como um curto *briefing* com os pais relativamente ao estado do bebé” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Conforme anteriormente assinalamos, o novo conceito de gestão hospitalar apresenta-se mais orientado para uma gestão de tipo empresarial. Nestes últimos anos, tal facto tem-se traduzido em inúmeros desafios à gestão das organizações de saúde, nomeadamente ao nível da qualidade, da eficiência e do controlo da despesa do SNS. É precisamente neste contexto que sobressai o recurso ao *benchmarking*. Este recurso encerra um conjunto de indicadores cujo objetivo é fornecer informação capaz de auxiliar a gestão organizacional na procura de melhorias contínuas, especificamente no que concerne à qualidade, eficiência e eficácia da atividade hospitalar. Assim, a existência e aplicação de uma base de indicadores de *benchmarking* é condição necessária para a promoção da qualidade e eficiência ao nível hospitalar.

Desta forma, o processo de *benchmarking* entre os hospitais tem como objetivo melhorar o acesso e qualidade, bem como a melhoria simultânea do desempenho económico-financeiro. No contexto dos hospitais EPE (e onde se inclui o CHUCB), a utilização de indicadores que permitam planear, controlar, avaliar e introduzir eventuais ações corretivas no desempenho da organização é, de acordo com Giraldes (2008) essencial para que se possam produzir, por um lado, melhores *outcomes* ao nível da prestação de cuidados de saúde e, por outro lado, uma poupança de recursos. Mediante os depoimentos recolhidos junto dos entrevistados, tais indicadores são recolhidos numa ótica de averiguar o desempenho da organização, sendo que uns deles reportam-se mais a aspetos da qualidade do serviço, outros terão mais a ver com aspetos de eficiência. Uns encontram-se pré-definidos pelo Ministério da Saúde e fazem dos objetivos definidos no âmbito do “contrato programa” contratualizado pelo hospital, outros são aplicados e trabalhados no âmbito de processos de certificação de adesão voluntária de alguns serviços do DSCM, como o SOG ou o SP. Outros ainda (os da UMR), fazem parte das *guidelines* emanadas pela ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), sociedade científica que produz várias orientações e procedimentos técnicos sobre as atividades de procriação medicamente assistida ao nível dos países europeus, entre estes Portugal. Assim, os dados recolhidos através dos indicadores e o próprio *benchmarking* quando aplicado ao setor público, têm em vista a melhoria da qualidade dos serviços prestados, assim como a sua eficiência. Em última análise o que se pretende é uma produção eficiente com elevados níveis de qualidade.

4.4.2 Produção de significados em torno de uma atividade eficiente com elevados níveis de qualidade

Muito embora a preocupação com os serviços de saúde não seja recente, esta intensificou-se nos últimos tempos, tanto nos Estados Unidos da América como na Europa Ocidental em relação à eficiência, acessibilidades e qualidade dos serviços (DeBakey, 2006). Estas preocupações, associadas ao aumento da esperança média de vida das populações e à evolução constante da própria medicina, provocaram não só uma maior procura pelos serviços de saúde na sua generalidade, mas também mais gastos. Pires e Marujo (2008), assinalaram que este cenário tem pressionado cada vez mais políticos, gestores e prestadores de cuidados a procurarem alternativas para fornecer serviços de saúde de uma forma mais eficiente. Constituindo o setor da saúde uma das áreas que necessita de maiores esforços em termos financeiros, torna ainda mais necessário a procura da eficiência nos serviços de saúde, isto sem prejuízo da qualidade dos mesmos.

Ou seja, o setor da saúde, onde os hospitais públicos ocupam um lugar de destaque, não escapa às políticas orçamentais de poupança de dinheiros públicos. Nunca foi tão necessário como hoje, a procura da eficiência nos serviços públicos. No entanto, a qualidade dos serviços de saúde tem sempre de ser tida em consideração. Manter uma produção eficiente com um determinado padrão de qualidade é possível, conforme aqui retratado por um dos entrevistados. Tal condição está associada a um bom planeamento:

“(...) é possível, eu acredito firmemente que sim! É possível com um planeamento, e é necessário que estejam clarificadas quais são as relações instaladas nas equipas, nomeadamente as relações funcionais e responsabilidades que cabem a cada um. (...) bem definidas e respeitadas, e depois em cada um dos patamares que haja um planeamento que seja integrado no plano para o serviço. Estou a falar num planeamento, nomeadamente ao nível das férias, ao nível do planeamento da agenda para a consulta externa, ao nível do agendamento de cirurgias, porque não podemos ter na Consulta Externa 5 consultas a funcionarem em simultâneo num determinado dia, e depois, termos 3 dias da semana em que não há lá consultas a funcionar” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Ou, a uma boa organização, segundo as palavras de um outro interveniente:

“O objetivo deste serviço é esse! Manter bons padrões de qualidade e eficiência, mas isso implica uma boa organização, e aí começa logo com uma boa organização dos cuidados perinatais da região. E, para termos uma boa eficiência e produtividade dentro dos serviços, e, rentabilidade quer dos profissionais, quer do material que nos temos para ser rentável e bem usado, implica uma boa utilização dos recursos. Está na altura de facto, atendendo aos fracos recursos humanos que temos, e aos gastos económicos que implicam estes cuidados diferenciados, como é o caso destes serviços (neonatologia), que são cuidados muito diferenciados e, portanto, com altos gastos para a saúde, que sejam bem utilizados. (...) que sejam bem aplicados em termos de eficiência de gastos, mas também em resposta à qualidade” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Porém, existem outras condicionantes, sobretudo a nível dos recursos humanos dos serviços que em nada favorecem esta relação (produção eficiente com qualidade), contudo, não deixando a mesma de ser possível segundo este entrevistado:

“Isso é possível (manter uma atividade eficiente com elevados níveis de qualidade), se o serviço estiver dotado com os elementos necessários...enfermeiros, assistentes operacionais e médicos! E depois, temos ainda os equipamentos, mas mais os recursos humanos! Agora numa Pediatria onde o dinheiro conta muito, e depois, hoje tenho 1 doente, amanhã tenho 10 doentes. Temos que analisar todos os dias e ver o que temos, e depois proceder em conformidade. Tentamos dar o nosso melhor, mantendo a qualidade e a satisfação dos pais (dos doentes). Mesmo quando o serviço está cheio, eles (os pais) também às vezes dizem que não sabem como é que a gente consegue. Às vezes quando temos muitos miúdos pequenos...em vez das mães virem ao refeitório comem lá (no serviço), porque não temos ninguém (pessoal) para ficar com os miúdos enquanto elas (mães) vêm cá baixo (ao refeitório)” (E3, Enfermeiro-Gestor, SP).

Não obstante, um outro entrevistado relata uma opinião idêntica:

“Nós podemos ser altamente eficientes, atuar da maneira mais correta e atingir um elevado padrão de qualidade... ele é perfeitamente possível, mas há condicionantes, não é? Tendo Recursos Humanos, gente...e o pessoal trabalhador tem de estar motivado, têm de existir recursos humanos e tecnológicos. Têm de existir condições para tal...” (E8, Médico, Diretor de Serviço, SOG).

Uma vez mais, os recursos humanos e as equipas de trabalho, são tidas como condicionantes necessárias para que se possa atingir esse ideal (produção eficiência com qualidade):

“Sim, mas eu acho que é preciso uma coisa!... acho que é preciso uma equipa muito estanque e muito habituada a fazer o que faz. Portanto, uma equipa muito centrada naquilo que está a fazer. Isto é, estanque no sentido de não haver mudanças (mobilidade), não haver entradas de fora. (...) não pode é haver mudanças. Digamos, se mantivermos tudo na normalidade, acho que a principal razão para se conseguir seriam os recursos humanos” (E7, Embriologista, Coordenador Laboratório, UMR).

Contudo, tais recursos humanos são difíceis de conseguir no entender de alguns responsáveis:

“Recurso humanos nesta área é muito difícil, é muito especializado! Um erro dentro de um Laboratório interfere com várias tentativas de reprodução. Existe uma sequência que, qualquer erro, em qualquer ponto, pode interferir no resultado final, então é muito importante seguir regras (procedimentos)...” (E6, Médico, Diretor de Serviço, UMR).

Apesar de tudo, deduz-se que o hospital e o DSCM estejam no bom caminho:

O que deve ser definido no fundo é o que nós já temos aqui... O que deve ser definido são bons indicadores de qualidade e que se considere que são representativos da qualidade que se pretende. E dentro desses indicadores definidos, depois criar estratégias de levar a um melhor desempenho da eficiência, encontrando aqui um ponto de equilíbrio (E2, Gestor de

Produção, DSCM).

Tal ponto de equilíbrio afigura-se o ideal a atingir na opinião de um outro entrevistado:

Isso é o ideal...cada um que está a trabalhar numa instituição ou num serviço, o objetivo é trabalhar com elevado nível de qualidade e alta eficiência, e só assim é que se consegue um bom serviço (E5, Medico, Diretor Serviço, SP).

Nas últimas décadas, devido aos aumentos da despesa pública de saúde, muitos países da Europa Ocidental foram objeto de diversas reformas com o objetivo de aumentar a eficiência e reduzir os gastos (Barbetta, Turati & Zago, 2007). O setor hospitalar português faz parte deste grupo de países que através de reformas tenta obter maior eficiência e reduzir os custos dos serviços prestados. De facto, a crise vivida nos últimos levou-nos à procura de serviços públicos mais eficientes, onde os recursos utilizados devem ser otimizados de forma a serem fornecidos serviços de qualidade com menores custos despendidos. Conforme é sabido, atualmente, o conceito de gestão hospitalar apresenta-se mais orientado para uma gestão de tipo empresarial. Este facto, tem-se traduzido, nos últimos anos, em inúmeros desafios à gestão das organizações, nomeadamente ao nível da qualidade, eficiência e controlo da despesa do SNS. O recente agravamento da conjuntura económica e social exige um esforço adicional para a garantia da eficiência e eficácia na Saúde.

Assim, a sustentabilidade do SNS só será possível caso exista uma efetiva organização e regulação, com vista a uma redução dos desperdícios sem desprezo pela qualidade dos serviços. Segundo o que apuramos junto dos nossos entrevistados, é possível manter-se uma atividade ou produção eficiente com elevados níveis de qualidade do serviço prestado. Porém, existem condicionantes à concretização desse ideal, e aqui, destacam-se essencialmente duas áreas fundamentais: a necessidade de se efetuar um melhor planeamento e organização dos serviços, bem como a necessidade de se suprirem os recursos humanos essenciais ao bom funcionamento destes serviços. A existência de um bom planeamento e organização das equipas de trabalho, a atribuição de funcionalidades e responsabilidade que cabem a cada membro, assim como a existência de recursos humanos em número e capacitados para empreenderem as tarefas e objetivos dos serviços, constituem a base para se atingirem patamares de uma produção eficiente com elevada qualidade. Julgamos que a uma maior eficiência hospitalar equivale uma melhor qualidade de prestação de serviços médicos, sendo que estes dois

conceitos estão intrinsecamente ligados. Salienta-se ainda que a preocupação por parte dos gestores em manter uma produção eficiente sem prejuízo da qualidade, acaba por ser também ela extensiva a outras classes profissionais (como médicos, enfermeiros ou outros profissionais) no exercício dos seus cargos de gestão dos serviços, conforme aqui observamos.

4.4.3 A interinfluência entre os fatores penalizadores e potenciadores da qualidade e eficiência

De acordo com dados disponibilizados pela OMS, o SNS encontra-se altamente dependente do setor hospitalar, ainda assim, é previsto um aumento dramático de escassez de profissionais hospitalares até 2020 (Morgado et al., 2018). Deste modo, a diminuição da força de trabalho aliada ao aumento da procura dos serviços, pode vir a comprometer a qualidade dos mesmos. É então compreensível que, tendo em conta estas variantes, os profissionais de saúde cada vez mais enfrentem desafios difíceis, uma vez que têm que prestar melhores cuidados de saúde com cada vez menos recursos (Morgado et al., 2018). Ainda segundo Morgado et al. (2018) é então preconizado pela OMS que para a prestação de serviços de saúde com alta qualidade, é necessário um número suficiente de pessoas e que estas sejam bem treinadas. Isto significa em termos gerais uma boa gestão de recursos humanos. Procurou-se junto dos profissionais entrevistados identificar quais os aspetos que mais penalizam ou incrementam a qualidade e eficiência apercebidas. Entre outros aspetos, a falta de recursos humanos nos serviços constitui um fator amplamente penalizador para a prestação de serviços de saúde eficientes e com qualidade. Cenários muito idênticos foram relatados pelos vários entrevistados:

“(…) na penalização da qualidade e eficiência, digo que será mais a falta de recursos, sejam eles materiais ou até de recursos humanos. Se não tivermos uma boa política de recursos humanos, isto será sem dúvida...e vai refletir-se na prestação de cuidados e na qualidade percebida!” (E2, Gestor de Produção, DSCM).

“Um dos primeiros fatores e que é transversal a todos (os serviços), são os fracos recursos humanos. Temos equipas muito limitadas! E, portanto, temos um índice de trabalho e sobrecarga de horas exagerada, o que nós

sabemos que vai de certeza absoluta, e está mais que provado, cair muitas vezes numa situação de cansaço e o cansaço leva a menor eficiência e eficácia nas nossas tarefas. Com um cansaço das equipas, isso vai refletir-se e já se nota em termos de eficiência e qualidade. Portanto, temos de melhorar principalmente os recursos humanos, sobretudo recursos humanos” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Dito de outra forma, os recursos humanos estão no centro da questão e a sua falta implica constrangimentos ao nível qualidade e eficiência dos serviços:

“Para mim é não seguir a regra (os procedimentos) e não ter pessoal técnico (recursos humanos). Eu não posso ter uma rotatividade de profissionais. Os profissionais têm de ser dedicados (fixos) aqui” (E6, Médico, Diretor de Serviço, UMR).

Ou seja, perentoriamente nos afirmaram que a área que mais penalizaria a qualidade e eficiência do serviço é:

“A falta de recursos-humanos...!!!” (E8, Medico, Diretor Serviço, SOG)

Não obstante, existem também outros fatores não abonadores da qualidade e eficiência que se pretende, como a desmotivação dos funcionários:

“A desmotivação dos colaboradores! A motivação dos colaboradores é muito importante, porque até podemos ter todos os recursos possíveis, se não tivermos uma equipa motivada, a qualidade baixa. Se vier cumprir o meu papel e não tiver ideias e não me entregar...! (E3, Enfermeiro-Gestor, SP).

“(…) também a desmotivação dos recursos humanos. E eventualmente a nível de equipamento, equipamento obsoleto ou estragado, sem possibilidade de utilização, também nos prejudica muito a qualidade” (E7, Embriologista, Coordenador Laboratório, UMR).

Ou mesmo aspetos de reconhecimento e valorização do trabalho realizado:

“Se nos sentirmos que somos mais bem “usados”, mais bem “aplicados” na nossa capacidade, sentimo-nos mais motivados para o nosso trabalho e para a nossa missão” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

“ (...) as carreiras médicas não são revistas desde há muito tempo, e os médicos estão desmotivados e desvalorizados! Há médicos em diferentes situações, os que não têm exclusividade, os que têm vínculo à função pública, os que são contratados, depois temos os prestadores de tarefas. É uma amálgama, uma mistura de pessoas com motivações diferentes e que trabalham no serviço e que passam pelo serviço com diferentes objetivos. Vem para trabalhar 72 horas seguidas (prestadores de serviços médicos) e isso prejudica muito a qualidade!” (E8, Médico, Diretor de Serviço, SOG)

Tais aspetos, embora de formas diferentes, atingem médicos conforme acima retratado, mas também a classe de enfermagem, segundo abaixo enunciado:

“Por exemplo, agora na “Avaliação de desempenho”, que está muito em cima da mesa, vamos ter aí a definição de quotas que impedem a progressão das pessoas. O facto de haver não sei quantos anos sem progressão, e é preciso a “Avaliação de Desempenho” para somar pontos para subir de escalão, e agora virem dizer que afinal alguns pontos vão para o lixo que não servem absolutamente para nada, as pessoas continuam a marcar passo. Ou seja, existe um conjunto de fatores que estes profissionais (enfermeiros) têm entendido como desvalorização das suas competências (..) e não sentem em qualquer momento que haja reconhecimento!” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Contudo, não podemos deixar de ressaltar que, por várias vezes foram mencionadas as questões subjacentes à fraca qualidade e eficiência dos prestadores de serviços médicos (tarefeiros) dentro da organização hospitalar:

“Hoje em dia as instituições vivem de prestadores de serviços e os prestadores de serviços vêm apenas para prestar aquele serviço, não são da instituição. Não são integrados na instituição, naquilo que é a sua missão a sua cultura e os seus objetivos. Eles vêm para cumprir aquele objetivo,

aquela função e que é uma função de produção. O profissional com contrato de trabalho na instituição diz-me que é pior remunerado que um colega que vem prestar um determinado serviço, portanto há aqui um conflito... Estes fatores conduzem muitas vezes a um ambiente não de todo facilitador da qualidade!” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Em contrapartida, outros fatores são tidos como elementos-chave no incremento da qualidade e eficiência. São sobretudo metas a alcançar com o objetivo de se empoderar a qualidade dos serviços.

“Eu continuo a dizer que nós precisamos planejar para atingir melhor qualidade. Nós precisamos definir para além dos objetivos que são definidos pela tutela, que são contratualizados e que têm a ver com o orçamento, nós temos que definir outros objetivos. E cada instituição tem de definir os seus próprios objetivos, fazer o planeamento, fazer a alocação de recursos e fazer a avaliação. Aquilo que eu sinto é que nós não planeamos, não avaliamos, não sabemos para onde queremos ir e muito menos sabemos onde estamos neste percurso... e é muito isto! Enquanto isto não acontecer...aquilo que eu sinto é que não sabemos onde estamos, porque também não definimos para onde queremos ir. Não percebemos qual é o caminho, não percebemos quais são os recursos... (...) não fazemos nenhum planeamento...!” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Mas os fatores penalizadores da qualidade e eficiência, acabam por se interceder com os fatores potenciadores, na medida em que:

“São os mesmos fatores, mas ao contrário. Se estiverem a menos prejudicam, se estiverem a mais beneficiam. São, portanto, a satisfação e motivação dos colaboradores e das equipas...uma coesão da equipa, a atualização dos procedimentos implementados, a adequação dos equipamentos, não é! Acho que seria o principal contributo para uma melhor qualidade e eficiência...” (E7, Embriologista, Coordenador Laboratório, UMR).

Uma vez mais os fatores que prejudicam estas dimensões, podem ser precisamente os

mesmos que as beneficiam se os obtivermos pelo lado “inverso”. Se a desmotivação das equipas e a não exclusividade dos médicos prejudica em muito os serviços, o seu oposto beneficia:

“(…) é a motivação e a dedicação exclusiva dos médicos para o serviço beneficiar em muito com a qualidade e eficiência, sem dúvida. Mas isso nós não temos!” (E8, Medico, Diretor Serviço, SOG).

Comprovativo desta mesma situação temos um outro depoimento:

“A dificuldade na obtenção da qualidade e eficiência tem a ver com o facto do serviço e a instituição não rumarem todos no mesmo caminho, com a mesma vontade e com a mesma motivação!! Isso é o maior prejuízo no percurso que um serviço precisa fazer para ser eficiente com qualidade. Tem de haver um espírito de motivação e de procura pela melhoria da qualidade continua. Isso tem de vir das chefias essencialmente e depois os colaboradores seguem...” (E5, Medico, Diretor Serviço, SP).

No entanto, outros fatores foram igualmente destacados enquanto potenciadores da qualidade e eficiência, como a formação das equipas:

“Assim de uma forma global, em primeiro é a formação contínua das equipas. As equipas têm de ter uma formação continua, na aquisição de conhecimentos, na aplicação desses conhecimentos e em treino desses conhecimentos. É esse é um dos principais fatores para melhorarmos a qualidade e eficiência – a formação continuada dos nossos profissionais. E aí... eu penso que temos um grande passo a dar!” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Os novos paradigmas da administração no setor da saúde colocam no centro estratégico a gestão dos recursos humanos (GRH), posicionando as pessoas como o fator estratégico mais relevante na obtenção de resultados organizacionais. É do nosso conhecimento, que as práticas de gestão de recursos humanos exercem um impacto significativo no desempenho individual e, por conseguinte, nos resultados de qualquer organização (Parreira et al. 2007). Em síntese, no que toca ao depoimento dos nossos

entrevistados e à análise dos fatores penalizadores da eficiência e qualidade dos serviços, a falta de recursos humanos afigura-se como uma questão central, conforme reconheceram alguns dos participantes neste estudo. No entanto, afirmar que os recursos humanos são importantes, não significa que se considere que a falta destes são a causa única ou suficiente para prejudicar o bom desempenho dos serviços. Outras razões desempenham igualmente um papel central na explicação de não se atingirem patamares superiores em termos das dimensões retratadas.

Aspectos como a desmotivação dos equipas e dos colaboradores, a não atualização das carreiras médicas, a avaliação de desempenho no caso dos enfermeiros ou mesmo o paradigma do caso dos prestadores de cuidados de saúde não vinculados as instituições onde laboram, constituem uma combinação de diferentes fatores que por si só ou isoladamente não conseguem explicar as deficiências encontradas nos serviços hospitalares e que constituem fatores não abonatórios da qualidade e eficiência que se deseja alcançar.

No âmbito do setor da saúde e, mais concretamente, nos hospitais, dificuldades de diversas ordens têm influenciado os resultados organizacionais e a efetividade dos serviços prestados aos cidadãos. Para Vasconcelos (2008), essas dificuldades são traduzidas como uma crise recorrente e estrutural, de origem administrativo financeira, sentida pelos colaboradores através de testemunhos que induzem à pouca motivação, instabilidade nas condições de trabalho, sobrecarga de atividade e de funções, o desprovido incentivo ao desenvolvimento profissional, o achatamento salarial, as relações conflituosas no trabalho e, sobretudo, a ausência de políticas de pessoal mobilizadoras. Situações que vêm a ser confirmadas pelas nossas entrevistas.

Segundo Alexander et al. (2007), a preponderância dos recursos humanos e da sua satisfação, para o sucesso da eficiência em saúde é defendida por diversos investigadores, sendo uma questão abordada com frequência nos artigos sobre gestão e qualidade no setor da saúde. Em reforço desta perspetiva, Nyakala et al. (2017) salientam a preponderância da criação de contextos de trabalho agradáveis e estimulantes, favoráveis à promoção da satisfação no trabalho, essencial para a retenção dos recursos humanos e consequente motivação dos colaboradores. É sabido que a motivação constitui um tema basilar no comportamento organizacional. Os estudos de motivação em profissionais de saúde têm revelado que, profissionais com elevados níveis de motivação, apresentam maior compromisso organizacional, satisfação e produtividade, e apresentam menores níveis de absentismo e de turnover (Dias et al., 2017). Por outro lado, profissionais com baixos níveis de motivação apresentam baixa produtividade, menor qualidade do serviço prestado, baixo

desempenho organizacional e maiores taxas de *burnout*, segundo autores como Martins et al., (2020).

Por isso, uma gestão ineficaz dos recursos humanos não privilegiando aspetos motivacionais e de satisfação pessoal pode prejudicar a eficiência organizacional e a sua capacidade para assegurar vantagens competitivas (Chadwick e Dabu, 2009). Na realidade, estas perceções são pouco consideradas nos indicadores oficiais de gestão e de atividade dos hospitais, nos quais o relevo é dado aos aspetos de ordem financeira e de produtividade. Aqueles indicadores relacionados com a GRH (como a taxa de absentismo, o turnover, as doenças ocupacionais, entre outras) que possam evidenciar as relações entre as práticas de gestão e o grau de comprometimento e satisfação dos colaboradores são pouco estudados. Em última análise, os fatores potenciadores ou penalizadores da QE dos serviços são influenciados por esta “crise” “recorrente e estrutural de origem administrativo-financeira”, conforme referiu Vasconcelos (2008). Assim, os aspetos potenciadores ou penalizadores da QE dos serviços são assim determinados por uma combinação de diferentes fatores, e, onde nenhum dos quais pode isoladamente explicar a diversidade de motivos que os afetam e explicam. Tais aspetos acabam por constituir as duas faces de uma mesma moeda: se os fatores potenciadores (FP) da QE se encontram presentes no serviço temos um incremento dos padrões de QE. Se por qualquer motivo esses padrões são retirados, acabamos por entrar-nos na outra face da moeda, e a retirada dos fatores FP, faz com que os mesmos passem a fatores penalizadores dessa mesmo QE.

4.4.4 Conciliação qualidade-eficiência e as suas divergências

Conforme anteriormente referimos, em Portugal, a conciliação entre QE nos cuidados de saúde prestados aos cidadãos está presente nos Termos de Referência para a contratualização de cuidados de saúde no SNS. Entretanto, autores como Lin, Cheng & Peng (2017) tem vindo a referir que a eficiência enquanto maximizadora de recursos e redutora de desperdícios, apresenta um efeito prejudicial para a qualidade dos serviços hospitalares, denominado *trade-off*. Questionados os nossos entrevistados sobre esta possível associação obtivemos os seguintes discursos:

“ (...) nós não temos que abdicar de um (da qualidade) para ter outro (eficiência). QE não são a antítese um do outro, não são de todo antagonistas, nem tão pouco temos de abdicar de um em detrimento do

outro. Acho que podem e devem acompanhar-se mutuamente (qualidade e eficiência). Aliás os processos de acreditação e certificação é o que querem exatamente. Na prática,...temos a competência necessária e os recursos, portanto estamos bem dotados e temos capacidade para aumentar e para crescer! Mas depois, aquilo que eu sinto sempre é um grande desperdício de recursos por falta de planejamento. Eu volto ao mesmo, há um enorme desperdício de recursos por falta de planejamento. Existem por exemplo recursos alocados para uma determinada atividade que não vai acontecer porque alguém não veio e porque não avisaram. Porque as pessoas não estão integradas no planejamento e nas decisões...cada um decide por si!” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Teoricamente a conciliação entre QE é vista na ótica do ótimo, na ótica daquilo que deveria ser. Porém, na prática, tal não se verifica na totalidade. A falta de planejamento e o desperdício impedem esta conciliação, conforme reforça uma vez mais o entrevistado E1:

“(...) há uma altíssima taxa de desperdício, porque quando temos recursos não temos atividade, quando temos atividade, não temos os recursos, portanto isto é um desperdício. Há muita desmarcação de consultas, há muita alteração de planejamento, há muito desperdício e isso é ineficiência” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Opinião idêntica foi-nos revelada por um outro entrevistado:

“Eu penso que eu penso que é possível convergir QE, no mundo ideal, se nós respeitássemos (cumpríssemos) todos os fatores nas organizações. O problema é que se temos recursos humanos às vezes não temos equipamentos...outras vezes temos recursos humanos e equipamentos e não temos doentes. Mas se tudo estiver alinhadinho isso é possível. A organização tem de escolher...ou quer qualidade e perde dinheiro ou quer eficiência. E andamos ali naquela joga, joga, a tentar equilibrar a coisa. Convergir QE na minha prática é difícil por causa destes motivos que acabei de dizer” (E3, Enfermeiro-Gestor, SP).

Mas também por outro interveniente:

“(...) isso é o ideal, ou seja, como já se disse anteriormente se eu tiver uma equipa bastante eficiente e com qualidade demonstrada na sua eficiência ela vai prestar melhores cuidados que se vão transmitir em termos de resultados de qualidade para a população...isto em termos de convergência” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Porém, para este entrevistado (E4) a divergência entre QE pode surgir a partir de um erro de avaliação da própria organização sobre si e sobre a população que serve. Conforme nos relatou:

“(...) também é importante nós pensarmos numa coisa que às vezes acontece e onde há uma divergência (entre QE) – temos hospitais de uma dimensão mais pequena que querem investir em equipas extremamente eficientes, numa área específica, mas essa área específica não é a patologia ou a área mais abrangente da população onde estão inseridos. Portanto, estamos a investir num serviço, numa área, onde não vamos ter população para utilizar. Muitas vezes os hospitais pensando na última tecnologia, vão investir numa área muito específica, mas depois só vão servir um pequeno nicho da população” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

De acrescentar que:

“Quando se investirem e tiverem o cuidado de avaliar previamente para esse hospital quais as necessidades da sua população e investirem na eficiência dos cuidados para essas mesmas necessidades, aí sim vão convergir QE. Mas isso implica de facto um bom conhecimento do que se passa na região onde nós estamos exatamente” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

No entanto, tais fatores também poderão ser vistos numa ótica mais pessoal que tem a ver com as próprias características de cada um, mas também com o reconhecimento (ou a falta dele) que advém da própria instituição de saúde:

“Esses factores divergem (QE) pelo facto de nem todas as pessoas..., nem todos os trabalhadores, estarem motivados e empenhados. Não haver qualquer fator de motivação para que cumpra mais ou de penalização para quem cumpre menos. Portanto, não há nenhuma maneira de premiar quem faz mais...a não ser ganhar mais trabalho!” (E5, Medico, Diretor Serviço, SP).

A conciliação QE acaba por ser vista na perspectiva daquilo que seria o ideal, ou o bom de atingir para qualquer serviço. Constrangimentos de ordem interna como ausência de planeamento das equipas, índices de desperdício ou mesmo falta de recursos humanos são tidos como adversidades opostas a esta conciliação. No entanto, aspetos de cariz mais organizacional ou mesmo motivacional das equipas de trabalho, constituem também eles adversidades a esta simbiose QE. Ainda segundo os nossos entrevistados, não temos de abdicar da qualidade para conseguir obter eficiência, ou vice-versa. Alias, tal dicotomia ainda se encontra mal explorada ou incompreendida na literatura, tanto mais que La Forgia e Couttolenc (2008) não conseguiram observar uma relação direta entre a QE, sendo que hospitais considerados eficientes e ineficientes apresentavam grande variabilidade nos seus índices de qualidade. Certo é que as relações entre eficiência são contraditórias e não permitem chegar a uma conclusão sobre a temática em si. Diferentes metodologias, grande diversidade de variáveis e diferenças entre as populações ou amostras estudadas, constituem muitos vieses em relação aos resultados obtidos.

De acrescentar que segundo Felix (2016), as discussões sobre eficiência ainda estão muitas vezes relacionadas com os variáveis custos de produção ou produtividade, pelo que muitos gestores acabam por considerar os recursos utilizados para a melhoria da qualidade assistencial, como um fator de incremento nos gastos da prestação dos serviços. O que segundo o mesmo autor está errado, na medida em que não se tem em conta os custos da falta de qualidade, a diminuição de eventos adversos, ou como um investimento que tem por objetivo a melhoria dos processos ou mesmo a redução do desperdício Felix (2016).

Para finalizar e de acordo com Felix (2016), gastos elevados não são simplesmente devidos à ineficiência, mas, talvez, associados a melhores resultados assistenciais. O que constitui uma outra perspectiva a ser considerada na área da gestão. Porém, conforme já referido, as relações entre eficiência e qualidade assistencial são ainda

pouco estudadas, o que para McGlynn (2008) existe um “silêncio da qualidade nas medições” da eficiência.

4.4.5 Diferentes percepções da qualidade e eficiência nos serviços do DCSM

São vários os intervenientes num processo de prestação de Serviços – o prestador do serviço e o recetor desse mesmo serviço. Cada uma destas partes intervenientes percebe a qualidade do serviço de uma forma distinta. Assim, de acordo com Fernandes (2006), a qualidade em saúde poderá ser abordada sob várias perspectivas: para o utente, sem dúvida, é importante ser bem assistido, enquanto para os profissionais de saúde será importante melhorar a sua competência, qualidade e eficiência do serviço que prestam. Por seu turno, os administradores e gestores visam a obtenção de mais e melhores resultados e o sucesso financeiro da sua organização. Nesta linha de pensamento iremos expor e analisar a opinião dos profissionais do DSCM entrevistados sobre as suas percepções respeitante às dimensões qualidade e eficiência prestada pelos seus serviços. Conforme nos relata um dos participantes no estudo:

“Acho que aquilo que fazemos, ... fazemos bem, embora acho que ficamos aquém da eficiência para a capacidade instalada que temos. Porque embora eu acho que sejamos um serviço com muita qualidade, mas depois aqueles aspetos que não estão bem, são aspetos críticos (desmarcação de consultas, falta de planeamento e desperdício) e que nos diminuem imediatamente numa escala de avaliação” (E1, Enfermeiro-Gestor, SOG).

Apesar do que está em causa ser a utilização eficientes dos recursos, tais aspetos críticos poderão ser vistos como oportunidades de melhoria do serviço, uma vez que a eficiência, ao que parece, terá margem para crescer face à capacidade instalada, assim como a qualidade é tida como boa, mas diminuída quando comparada com aspetos críticos já identificados. Situação similar é identificada por um outro entrevistado quando refere que:

“Aí vou ser muito pragmático e direto..., poderíamos ser muito mais eficientes e oferecer muito mais qualidade. Voltando atrás no que disse,

reafirmo a necessidade de reorganização dos cuidados perinatais regionais e nacionais. (...) falta dar esse passo neste país: reorganizar e tornar as equipas mais eficientes, mais treinadas e mais preparadas, e aí, vão oferecer de certeza absoluta melhores cuidados e de melhor qualidade” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Acrescenta o mesmo entrevistado:

“Neste momento somos eficientes e oferecemos essa qualidade que está reconhecida, mas podemos dar um passo ainda maior e melhorar ainda mais a nossa eficiência com a melhor utilização dos recursos e a tecnologia que temos” (E4, Medico, Diretor Serviço, UN).

Um outro entrevistado reconhece essa mesma qualidade no seu serviço:

“É um serviço de qualidade é!...e eficiente se quisermos dizer, no meu conceito de eficiência, porque estamos a reduzir progressivamente o número de internamentos, o que significa que estamos a trabalhar bastante mais na parte do ambulatório e na prevenção de situações críticas. (...) temos bons indicadores de qualidade nacionais de mortalidade e morbidade. Portanto, temos bons indicadores nacionais em termos de indicadores de saúde e isso é bom. Em termos de eficiência temos uma capacidade instalada maior do que aquela que estamos a usar, mas isso não depende de nós...! Nós teríamos a capacidade para fazer mais algumas coisas do que estamos a fazer...”(E5, Medico, Diretor Serviço, SP).

A análise ao discurso permite notar uma vez mais a existência de um potencial dos serviços ainda por explorar. Ou, dito de outro modo, permite mostrar que as dimensões em análise (qualidade e eficiência) se encontram presentes nestes serviços segundo as opiniões veiculadas, muito embora exista a possibilidade de crescimento e de um melhor aproveitamento da capacidade instalada nos serviços. Porém, apesar da qualidade técnica e eficiência reconhecida, o serviço não consegue “esconder” os problemas sérios que encerra, conforme acrescentou este entrevistado:

“É imenso o problema de recursos humanos...é brutal! Todas as pessoas

estão a trabalhar mais do que deviam. Há pessoas que, em vez de trabalharem 40 horas por semana, estão a trabalhar 60 horas, e é um problema sério. Assim como é um problema sério a idade dos profissionais médicos que estão em fim de carreira e que deixarão de colaborar com o serviço a curto prazo. Temos sempre a porta aberta e tentamos cativar, mas não há efetivamente muitos médicos pediatras disponíveis!” (E5, Medico, Diretor Serviço, SP).

No entanto, apesar dos problemas sentidos o DSCM, segundo nos relataram, consegue dar uma resposta à altura:

“Eu penso que o Departamento (o DSCM) de uma forma global, consegue dar uma resposta com qualidade. Acaba por vezes devido aos tais constrangimentos de falta de recursos. Até há pouco tempo havia um grande constrangimento ao nível de material que não permitia um melhor desempenho no bloco de partos, por exemplo. E durante muito tempo trabalhamos com cardiotocógrafos muitos antigos e isso acaba por refletir-se na qualidade. Lá está..., os tais constrangimentos materiais ou humanos que não permitem por vezes dar a melhor resposta. Mas globalmente penso que existe uma boa resposta ao nível da qualidade e eficiência da parte do Departamento...!” (E2, Gestor de Produção, DSCM).

Um outro responsável também nos emitiu uma opinião favorável do seu serviço, apesar de algumas contrariedades:

“O principal medidor são os nossos clientes. Nos não somos perfeitos, mas daria entre 8 ou 9 (numa escala de 10), porque falta essa coesão de equipa,... nos temos muita variação (mobilidade) na equipa. Por exemplo na equipa de enfermagem, na equipa de auxiliares, temos muitas trocas. Eu como Diretor só consigo controlar o pessoal de dentro, porque o pessoal de enfermagem não é controlado por nós e na parte do secretariado e tudo mais, por incrível que pareça” (E6, Médico, Diretor de Serviço, UMR).

Acrescenta o mesmo entrevistado:

“Porque eu não posso pegar um enfermeiro qualquer não..., ele tem de ter um treinamento para poder exercer aqui no serviço” (E6, Médico, Diretor de Serviço, UMR).

Um outro colaborador vem reforçar as especificidades desta unidade, apesar da sua boa auto-avaliação por parte da chefia:

“Sim, porque são conteúdos muito específicos que nós trabalhamos aqui. Os utentes fazem um tipo de medicação muito específica que precisa de ser ensinada e, que se não for bem ensinada, tem de ser administrada em casa. Muitas vezes são injetáveis que precisam de alguma regulação de quantidade, por exemplo...e não são coisas assim de propriamente tomar o comprimido, como as pessoas estão habituadas!” (E7, Embriologista, Coordenador de Laboratório, UMR).

Ou seja, apesar das limitações e constrangimentos verificados nos serviços do DSCM, estes acabam por ser bem, ou suficientemente avaliados pelos seus representantes:

“Bom..., com todas as adversidades, com a falta de pessoal, com todas as limitações...no fundo o serviço acaba por ser eficiente. É um serviço onde se atua de forma adequada. Agora quanto à eficácia, há números que nós não conseguimos cumprir, porque temos falta de pessoas...recursos humanos e outros recursos” (E8, Médico, Diretor Serviço, SOG).

Enfatiza o mesmo entrevistado, uma questão de cariz mais estrutural que, segundo o próprio, penaliza muito a qualidade do seu serviço:

“A prestação de serviços médicos (médicos tarefeiros) prejudica muito a qualidade. Como disse, faz muita falta gente para trabalhar com dedicação exclusiva...isso sim, seria muito importante. A pessoa ou se dedica a uma coisa, ou se dedica a outra (ao serviço público ou ao privado)!” (E8, Médico, Diretor Serviço, SOG).

Uma outra perspetiva é apresentada por um outro participante deste estudo, mas que também ela evidencia uma relativa boa avaliação do serviço quanto às dimensões em

apreço:

“Nos tentamos ser eficientes. Mesmo na preservação do material aproveitamos tudo, fazemos o que podemos para poupar, isso é verdade. Como já referi, o índice de satisfação dos doentes está entre os 97% e os 99% e isso diz-nos que estamos nos cuidados e que a qualidade é boa” (E3, Enfermeiro-Gestor, SP).

Para sobreviverem, a procura pela qualidade do serviço, tornou-se um fator imperativo para todas as organizações (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994; Zeithaml, 2000). As características distintivas dos serviços têm criado alguns desafios aos seus prestadores (organizações), onde se destaca a dificuldade de definição de qualidade do serviço e a sua mensuração (Zeithaml, 2000).

A qualidade e eficiência dos serviços são vistas como fatores determinantes do sucesso das organizações. Porém, a sua gestão é algo complexa em virtude das características específicas dos serviços de saúde. De facto, as instituições de saúde para se manterem económica e financeiramente saudáveis e competitivas, tal como todas as outras organizações, terão de se sobressair pela qualidade e eficiência dos serviços prestados, bem como por estratégias a desenvolver, que permitam a melhoria contínua dos seus serviços.

Torna-se assim relevante investigar as perceções dos serviços (responsáveis) sobre a sua qualidade e eficiência, assim como sobre os fatores que as influenciam. Segundo as entrevistas realizadas, poder-se-á dizer que, apesar de existirem constrangimentos de várias ordens e problemas considerados críticos, a auto-avaliação dos entrevistados sobre os seus serviços é francamente positiva relativamente às dimensões auscultadas. Foi-nos referido por estes responsáveis que, inclusive, haveria margem para fazer melhoramentos nos respetivos serviços, onde a capacidade instalada dos mesmos se encontra muitas vezes subaproveitada. Ou seja, perpassa a opinião generalizada de que a qualidade e eficiência destes serviços são tidas como “boas”, inclusive com margem para crescer.

Porém, apesar destas boas considerações iniciais, existem problemas estruturais por resolver que em nada abonam a favor da qualidade e eficiência que se pretende para estes serviços hospitalares. Foram referidos pelos participantes no estudo problemas vários como: i) a necessidade de reorganização dos cuidados de saúde perinatais; ii) a necessidade em se tornarem as equipas mais eficientes; iii) a melhor utilização dos recursos disponíveis; iv) o problema da falta de recursos humanos; v) o excesso de trabalho de algumas equipas; vi) e o envelhecimento do corpo clínico de algumas

unidades, e a sua não renovação geracional atendendo à grande dificuldade em recrutar médicos. Foram igualmente referidos problemas com a grande rotatividade de algumas equipas em alguns serviços específicos, assim como a problemática da prestação de serviços médicos por parte de tarefeiros. Esta secção revelou ainda a necessidade de se implementarem estratégias que permitam o reconhecimento, a atualização e progressão na carreira dos profissionais, que permita uma melhor realização pessoal e profissional. No entanto, aquando da realização destas entrevistas não podemos deixar de ficar alheios ao contexto que se vive atualmente em Portugal no setor da saúde e das reivindicações dos seus profissionais e dos constrangimentos que apresentam os serviços hospitalares nos seus mais variados setores.

Capítulo 5 – Conclusões e reflexões finais

5.1 Conclusões

Nesta etapa do trabalho, importa agora retomar os diferentes contributos desenvolvidos e integrá-los num único quadro explicativo. Queremos primeiramente sublinhar que as instituições de saúde são organizações complexas e estão em constante interação dinâmica com uma multiplicidade de fatores que incluem: fatores políticos, ambientais, sociais, legais, organizacionais, recursos humanos, doentes e outros *stakeholders*. A saúde e bem-estar, assim como a satisfação dos profissionais e dos doentes, bem como o tipo de gestão empreendida, vão influenciar os seus resultados económico-financeiros, a qualidade e eficiência dos serviços prestados. Na realidade, a mudança de paradigma na gestão dos serviços de saúde veio imprimir uma permanente pressão social, política e económica, para a melhoria da qualidade e eficiência dos cuidados prestados e o conseqüente aumento de ganhos em saúde. A NPM surge como alternativa a uma Administração Pública considerada ineficiente, sendo necessário adotar mecanismos de gestão privada. A reforma do Estado assente na introdução da NPM tem-se refletido no setor da saúde, concretamente na adoção de modelos de gestão inovadores para os hospitais públicos. O novo modelo de gestão é identificado com preocupações centradas em critérios de tomada de decisão orçamentais, racionais, quantitativos e qualitativos.

Numa tentativa de combate aos estrangulamentos financeiros no setor da saúde e da aposta no incremento da qualidade e eficiência das próprias organizações hospitalares, salienta-se a pertinência do *benchmarking*, o qual vem permitir estabelecer comparação com outras organizações de saúde similares e perceber em que áreas estas apresentam menores gastos e quais as suas melhores estratégias. Ou seja, o desempenho das diversas instituições hospitalares passou a ser comparado através de uma ferramenta de *benchmarking*, tal como passou a ser publicada informaticamente a informação referente às diferentes dimensões do Sistema de Saúde com o propósito de monitorizar a atividade desenvolvida.

O relatório final para a reforma na saúde do Ministério da Saúde (2011) referiu que a empresarialização dos hospitais converteu-se numa melhoria da qualidade e na modernização do parque hospitalar, salientando ainda que o novo modelo de gestão permitiu ganhos significativos de eficiência e aumento da produção.

Mediante o que apuramos junto dos nossos entrevistados, é possível promover-se a eficiência produtiva nos serviços do DSCM e, manter-se simultaneamente, um determinado padrão de qualidade. Não obstante, existem alguns condicionantes a esta concretização. Se por um lado, e no plano teórico, este ideal é possível de alcançar, no dia-a-dia da prática no serviço hospitalar, questões como a necessidade de se efetuar um melhor planeamento e gestão do serviço, bem como a necessidade de recursos humanos que suprissem as carências existente, surgem de imediato e logo à “cabeça” nas prioridades manifestadas. Segundo o apontado por vários responsáveis, deduzem-se várias fragilidades e contradições neste âmbito, pelo é apontada a necessidade de uma visão mais integradora e racional da gestão de alguns serviços, a par da redução do desperdício e da melhoria da eficiência da gestão.

A reorganização da rede hospitalar na área dos cuidados de saúde perinatais é também apontada, como um dos setores a melhorar. Mas, sobretudo, surge-nos como necessidade de primeira linha, a problemática da escassez de recursos nos vários serviços do DSCM. O Reforço das equipas e a renovação dos recursos humanos são tidos como uma prioridade. É talvez na opinião de muitos especialistas o problema mais complexo para o SNS: se por um lado, os recursos humanos na área da saúde demoram muito tempo a formar, por outro, o setor público não é suficientemente atrativo e convincente para reter os melhores talentos. Fica-se assim com um défice muito grande de profissionais neste setor e com grandes desequilíbrios face aos quais torna-se urgente reparar. Existe, portanto, uma necessidade real, num mercado cada vez mais competitivo e exigente, da organização se focalizar na captação na retenção e no desenvolvimento de capital humano. Urge assim a necessidade de se desenvolver uma política específica para os recursos humanos no setor da saúde. Julgamos também, ser importante que as organizações elaborem estratégias, políticas e práticas, que consigam conceber uma estrutura de recursos humanos que contribua para uma melhor gestão e permitam que, num cenário globalizado, se pense e atue localmente mediante as realidades vividas por cada instituição.

Na realidade, e mediante o que nos foi confidenciado pelos entrevistados, a questão dos recursos humanos no DCSM e, na própria organização, surge como uma questão central, sendo que esta acaba por constituir um dos aspetos mais penalizadores da qualidade e eficiência que se pretende para os serviços. Ou seja, esta auscultação permitiu-nos concluir que um dos maiores obstáculos à implementação de práticas da qualidade, e ao desejado alcance da eficiência nos serviços, decorrem dos fatores relacionados com a falta de recursos humanos na instituição CHUCB, e no próprio

DCSM. O desenvolvimento de processos para implementação da qualidade deverá sustentar-se em maior ou menor grau na gestão de recursos humanos, para se poderem atingir os objetivos de melhoria do desempenho organizacional em todas as suas vertentes. Contudo, para além do fator recursos humanos existem outros determinantes penalizadores da QE detetados no discurso dos participantes neste estudo, como a desmotivação (ou insatisfação) dos colaboradores, aspetos de reconhecimento e valorização do trabalho realizado, a falta da revisão das carreiras médicas e, no caso dos enfermeiros, as incongruências da avaliação de desempenho de que este são alvo, isto segundo o que nos relataram.

Um outro aspeto que sobressaiu no discurso dos entrevistados relativamente aos aspetos penalizadores da QE foi a prestação de serviços médicos levados a cabo por empresas de *outsourcing* no seio do CHUCB. Tais serviços são apontados de fraca qualidade, sendo que quem os presta se limita apenas a uma função de produção, mas onde existe uma falta de integração e perceção da empresa onde é prestado o serviço. Por outro lado, entre os fatores potenciadores da QE, estes acabam por ser muitos dos aspetos apontados como penalizadores, porém vistos no sentido inverso: ou seja, a desmotivação dos profissionais penaliza, mas a motivação potencia.

Outros fatores como a coesão e a formação contínua das equipas, assim a dedicação exclusiva dos profissionais médicos, acabam por construir-se como fatores *empoderadores* da QE dos Serviços. Um outro repto que lançamos aos nossos entrevistas foi a análise e perceção destes sobre a conciliação QE, e, ao que várias vezes obtivemos a resposta de não haver a necessidade de abdicar de um (qualidade) para obter o outro (eficiência), sendo estes percecionados como compatíveis. Porém, na prática profissional, uma vez mais, existem condicionantes a este determinismo: a falta de planeamento, o desperdício, a falta de recursos humanos, são tidos como inimigos a esta aliança. No entanto, também obtivemos outros tipos de explicação mais em consonância com a realidade do próprio serviço clínico, onde esta conciliação não se afigura como possível, na medida em que nem todos os trabalhadores possuem os mesmos objetivos e motivações dentro do serviço e da organização.

Conforme evidenciamos ao longo do trabalho, a relação QE encontra-se pouco estudada, não havendo portanto, uma certeza relativamente às suas interinfluências e consenso entre investigadores desta temática. Ao que apuramos, há autores que não observaram qualquer relação entre QE nas organizações hospitalares, enquanto para outros uma maior eficiência pode minimizar a qualidade, ou mesmo, melhorias na qualidade poderão levar à deterioração da própria eficiência, existindo aqui evidências de associação entre estas duas variáveis – situação que não detetámos no entendimento

destes responsáveis. O conhecimento da percepção dos entrevistados sobre a qualidade e eficiência dos serviços que dirigem, poderá ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações de melhoria. A opinião destes sujeitos sobre os seus serviços é francamente boa, malgrado os problemas de gestão com os quais se debatem todos os dias. Foi-nos indicado que o DSCM na sua globalidade consegue dar uma resposta com qualidade e eficiência. A qualidade apesar de ser “boa”, ainda tem margem para ser fomentada, sendo que a eficiência por vezes fica “aquém da capacidade instalada” e daquilo que ainda se “poderia fazer”. Ou seja, conforme nos relataram “apesar de todos as adversidades” sentidas, os serviços acabam por ter alguma qualidade e eficiência. Porém, no que toca à eficácia, conforme nos elucidaram, esta fica aquém do esperado, uma vez que há números que não se “conseguem cumprir”. É, por isso, essencial reconhecer a individualidade de cada serviço e compreender que, por essa razão, estes diferentes necessidades, valores e convicções, com vista à satisfação à e consequentemente melhoria dos serviços prestados. Em suma, é notório que o CHUCB e o DSCM apostam numa vertente de qualidade para os seus serviços. Segundo as perspetivas colhidas é possível ligar a qualidade desejada a uma produção eficiente dos serviços, pesa embora existem várias condicionantes a serem supridas na dia-dia da gestão dos serviços. Por outro lado, foi possível observar que existem quer fatores penalizadores, quer fatores potenciadores da qualidade desejada, onde a falta de recursos humanos na instituição e a desmotivação dos colaboradores, ao que nos apercebemos atingem uma importância fulcral para o desempenho da organização. No plano teórico é possível obter uma conciliação entre QE, porém na vivência prática dos serviços esta encontra-se cheia de obstáculos por ultrapassar. A QE para serem alcançadas, estão dependentes de vários determinantes que com elas interagem. No plano teórico diz-se possível tal conciliação, no entanto, existem contradições na prática diária dos serviços, uma vez que é necessário suprir uma série de critérios para que tal se verifique. A qualidade e eficiência dos serviços é bem percecionada, havendo, no entanto, margem para crescer. Torna-se assim necessário uma visão integrada que permita tornar prioritária a problemática da questão dos recursos humanos em contexto hospitalar, a par de uma melhoria da eficiência da gestão por via do combate ao não planeamento e ao desperdício, conforme algumas vezes assinalado, isto sem afetar a qualidade dos cuidados de saúde.

5.2 Limitações do estudo e futuras linhas de investigação

A realização desta investigação, no pouco espaço de tempo disponível, impôs desde

logo o limite de apenas ser possível selecionar um único departamento do CHUCB como campo de estudo. Outra limitação que surge, prende-se com o facto de não se poderem estender os resultados obtidos a outros departamentos, serviços ou mesmo hospitais, não sendo possível deste modo, garantir a validade externa desta investigação.

Das limitações identificadas, emerge, desde logo, como perspectiva para trabalho futuro, a possibilidade de aplicação das entrevistas em departamentos e serviços distintos do mesmo hospital ou do mesmo serviço em hospitais diferentes, isto com a possibilidade de alargarmos a amostra e, simultaneamente, ser possível fazermos análises comparativas relativamente aos resultados obtidos.

Assim, e desta forma, surgem diversas questões de investigação que se consideram pertinentes analisar:

Será que a qualidade e eficiência percebidas variam de serviço para serviço, dentro do mesmo hospital? Ou será, que a qualidade e eficiência percebidas do mesmo serviço variam de hospital para hospital?

Outra perspectiva que se abre é a de se poder formular uma nova questão de investigação: será que os utentes de um serviço de saúde percecionam a qualidade e eficiência do serviço prestado de uma forma igual ou diferente da dos profissionais desse mesmo serviço?

Referências bibliográficas

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde (2017), *Termos de Referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018*. Lisboa: ACSS.

Aires, L. (2015), *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Porto: Universidade Aberta (UA).

Akazili, J., Adjuik, S. Chatio, J. & Gyapong (2008). “What are the Technical and Allocative Efficiencies of Public Health Centres in Ghana?”, *Ghana Medical Journal*, Vol. 42, pp. 149-155.

Alves, E., Gonçalves, F., Costa, L., Matos., Leite, R., & Herdeiro, V. (2016), *Um Novo Modelo de Acesso à Inovação em Saúde Baseado em Resultados*. The Boston Consulting Group (BCG).

Arocena, P., & García-Prado, A. (2007), “Accounting for quality in the measurement of hospital performance: Evidence from Costa Rica”. *Health Economics*, 16(7), pp 667–685.

Awa, H., Ojiabo, O., & Emecheta, B. (2015), “ Integrating TAM, TPB and TOE frameworks and expanding their characteristic constructs for e-commerce adoption by SMEs”. *Journal of Science and Technology Policy Management*, Vol 6, N° 1, disponível em <https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/JSTPM-04-2014-0012> (acedido em 18/10/2020).

Barbetta, G., Turati, G. & Zago, A. (2007), *Behavioral differences between public and private not-for-profit hospitals in the Italian National Health Service*. Health economics.

Bardin, L. (2009), *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barros, P. (1999a), *Eficiência e qualidade: mitos e contradições*. Colóquio-debate “Eficiência e Justiça em Cuidados de Saúde” Academia das Ciências, Lisboa, 25 de Maio.

Barros, P. (1999b), *Eficiência e Modo de Pagamento dos Hospitais*. Livro de Homenagem a Augusto Mantas. Coordenação de Barros, P. & Simões, J. 1TM Ed., Associação Portuguesa de Economia de Saúde, Lisboa.

Barros, P. (2000), *A Economia dos Serviços de Saúde: Setor Público e Setor Privado na Prestação de Cuidados de Saúde*. Lisboa.

Barros, P. (2013). *Pela Sua Saúde*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS).

Batista, B.F. et al. (2021), Técnicas de recolha de dados em investigação: inquirir por questionário e/ou inquirir por entrevista?, in Sá, P, Costa, A.P. & Moreira, A. (Eds.),

Reflexões em torno de Metodologias de Investigação: recolha de dados (Vol. 2), pp. 13-36. Universidade de Aveiro:

Batista, R. (2010), *Qualidade Percebida pelos Utentes das IPSS de Oliveira do Hospital*. Dissertação para a obtenção do grau de mestre em gestão. Universidade de Aveiro (UA).

Beckford, J. (2002), *Quality*. 2nd Ed. Routledge.

Berwick, D., & Hackbarth, A. (2012), “Eliminating Waste in US Health Care”. *JAMA*, 307 (14), pp1513-1516.

Bernardino, M. (2017), *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*. Coimbra, Portugal: Almedina.

Bilhim, J. (2013), *Ciência da administração*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Biscaia, J. (2000), “Qualidade em saúde: uma perspetiva conceptual”. *Revista Qualidade em Saúde*, pp 6-10.Lisboa.

Boto, P., et al. (2008). “Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático (7): 103-116. Lisboa.

Bull, A. (1994) “Specifying quality in healthcare”. *Journal of Management in Medicine*, 8(2), pp 5-8. Canilho, J. (2019), *Análise da eficiência dos Hospitais Públicos Portugueses com Recurso à metodologia de Data Envelopment Analysis*. Faculdade de ciências da universidade de lisboa.

Canovas, J., Hernandez, P., & Bottela, J. (2009), “Effectiveness of internal quality assurance programmes in improving clinical practice and reducing costs”. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 15 : 5 pp. 813-819.

Carey, K.& Stefos, T. (2011), “Measuring the cost of hospital adverse patient safety events” *Health Economics*, 20 : 12 pp 1417-1430.

Carvalho, M. (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde – O Profissionalismo numa Encruzilhada*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Chadwick, C; & Dabu, A. (2009) “Human Resources, Human Resource Management, and the Competitive Advantage of Firms: Toward a More Comprehensive Model of Causal Linkages” *Organization Science*, 20(1): 253–272.

Chang, S., Hsiao, H., Huang, L., & Chang, H. (2011), “Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth”. *Omega*, 39, pp 14-22.

Chiglioni, R. & Matalon, B. (1993), *O Inquérito. Teoria e Prática*, Oeiras: Celta Editora.

Chrisholm, D. e Evans, D. (2010), “Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage”. *World Health Report (2010) Background Paper*, Nº 28.

Colombo, F. (2018). “Healthcare systems: Tackling waste to boost resources”. *OECD Observer*, 7, pp 1-4.

Costa, C., & Lopes, S. (2014), *Avaliação do desempenho dos hospitais públicos (internamento) em Portugal continental - 2013*. Relatório provisório. Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa.

Crosby, P. (1979), *Quality is free*. New York.

Davis P., Milne B., Parker K., Hider P., Lay-Yee R., Cumming J. & Graham P. (2013), "Efficiency, effectiveness, equity (E3) - Evaluating hospital performance in three dimensions". *Health policy*, 112(1-2), pp 19-27.

DeBakey, M. (2006), "The role of government in health care: a societal issue", *The American Journal of Surgery*, nº191, pp.145-157.

Deming, W. (1986), *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Center for Advanced Engineering Study.

Department of Health (1997), *The New NHS: Modern, Dependable*. Cm 3807. London: Stationery Office.

Dias, D., Leite, Â., Ramires, A., & Bicho, P. (2017), "Validação de um instrumento de avaliação dos fatores promotores da motivação para o trabalho: Um estudo com profissionais de saúde oncológica portugueses", *Análise Psicológica*, 35 (2), pp 231-245

Dillon, W. et al. (1993), *Essentials of Marketing Research*. United States of América: Richard D. Irwin, INC.

Donabedian, A. (1988), "The quality of care : how can it be assessed?" *JAMA*. ISSN 1538- 3598. 260: 12 pp1743-1748.

Duarte, I. & Ferreira, D. (2006), "Uso de Indicadores na Gestão de um Centro Cirúrgico", Disponível em WWW: <URL:http:// www.cqh.org.br, acessado em 18/10/2022.

Felix, E. (2016), *Existe trade-off entre eficiência e qualidade nas organizações hospitalares?* 155 pp. Tese Doutoramento — Fundação Getúlio Vargas (FGV) - Escola de Administração de Empresa de São Paulo, São Paulo (SP).

Fernandes, A. (2006), *O Modelo da EFQM na Melhoria da Qualidade: O Estudo das Relações entre os Critérios do modelo no Hospital Amato Lusitano*. Dissertação para obtenção do grau de mestre, Universidade da Beira Interior, Departamento de Ciências Sociais e Humanas, Covilhã.

Ferreira, D., Caldeira, C., Asseiceiro, J., Vieira, J., & Vicente, C. (2014), *Contabilidade de Gestão: Estratégia de Custos e de Resultados*. Lisboa, Portugal: Rei dos Livros.

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

Ferreira, P. & Lourenço, O. (2003), "Avaliações subjectiva sobre a qualidade em saúde: um contributo para o estudo da equidade". *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.3.

Ferreira, P. et al. (2003), *Satisfação dos Portugueses com os cuidados de Saúde Privados*. Instituto do Consumidor (IC).

Ferreira, P. & Raposo, V. (2006), “A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação”, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol.22.

Ferreira, D., Nunes, A. & Marques, R. (2020), “Operational efficiency vs clinical safety, care appropriateness, timeliness, and access to health care: The case of Portuguese public hospitals”, *Journal of Productivity Analysis*, 53, pp 355–375.

Flick, U. (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, 2.^a ed., Ed. Monitor.

Fortin, M-F. (1999), *O Processo de Investigação - da Concepção à Realização*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Giraldes, M.(2008). "Efficiency versus quality in the NHS, in Portugal". *Methodologies for Evaluation.*" *Acta Medica Portuguesa* 21(5): pp 397-410.

Godoy, L. (2005), *Perceção da Qualidade dos Serviços de Odontologia*. XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Porto Alegre.

Gok, M. S., & Sezen B. (2013), “Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: The case of public hospitals in Turkey”. *Health Policy*, 111(3):pp 290-300.

Gonçalves, M. (2012), *Fatores Influenciadores da Gestão da Qualidade e Independência do Auditor – um Estudo de Caso*. Tese de Mestrado. Instituto Politécnico do Porto (IPP).

Groene, O., Branda, L.A. (2006), “Improving the Performance of the Health Service Delivery System? Lessons from the Towards Unity for Health Projects”, *Education for Health*. 19(3), pp 298-307.

Grönroos, C. (2000), “Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach”, Second Edition, John Wiley & Sons, Ltd England, pp. 71

Grönroos, C. (1984), “A Service Quality Model and its Marketing Implications”, *European Journal of Marketing*, 18 (4): pp 36-44.

Guedes, M (2014), *A análise da eficiência hospitalar Hospitais EPE*. Tese de Mestrado. Universidade da Beira Interior (UBI).

Guerra, I. (2006), *Pesquisa Quantitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*. Cascais: Príncipia Editora.

Haguette, T. (1992), *Metodologias qualitativas na sociologia*, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Harfouche, A. (2011), *Opções políticas em saúde. Efeitos sobre a eficiência hospitalar*. Tese para obtenção de grau de Doutor em Ciências Sociais na Especialidade de Administração Pública. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (ISCSP).

Henriques, C. (2008), *Gestão da Qualidade Total num serviço de saúde*. Tese de mestrado para obtenção do grau de mestre em gestão dos serviços de saúde, Instituto

Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Hiernaux, J. (1997), “Análise estrutural de conteúdos e modelos culturais: aplicação a materiais volumosos”, in: Albarello, L. et al., *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.

Hjalmarsson, L., S. Kumbhakar, A. Heshmati (1996). “DEA, DFA and SFA: A Comparison”. *Journal of Productivity Analysis*, Vol. 7, pp. 303-327.

Hood, C. (1991), “A public management for all seasons”, *Public administration* 69 (Spring), pp 3-19.

Hollingsworth, B. (2003), “Non-Parametric and parametric applications measuring efficiency in health care”, *Health Care Management Science*, 6, pp 203-218.

Iliffe, S., et al. (2016). "Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation." *Bmc Palliative Care* pp 15-69.

Institute of Medicine – IOM (2000), “Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century”. Washington, D.C.: Institute of Medicine, Disponível em <http://www.nap.edu/openbook.php?isbn=0309072808>, acessado em 10/10/2022.

Johnes, J. (2006), “Data envelopment analysis and its application to the measurement of efficiency in higher education”. *Economics of Education Review*, 25(3): pp 273-288

Juran, J. (1988), *Juran’s quality control handbook*. New York: McGrawHill Book Co.

Kirigia J., Emrouznejad A., Cassoma B., Asbu E. & Barry S. (2008), “A performance assessment method for hospitals: the case of municipal hospital in Angola”. *Journal of Medical Systems*; 32: pp 509–19.

Kirigia, J., Emrouznejad, A., Sambo, L., Munguti, N. & Liambila, W. (2004), “Using data envelopment analysis to measure the technical efficiency of public health centers in Kenya”, *Journal of medical systems*, 28(2), pp 155–166.

Kotter, T., et al. (2012). "Methods for the guideline-based development of quality indicators: a systematic review." *Implementation Science* (7) 1-22.

Kotler, P. (1988), *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo, Atlas, 5ª edição.

Lacombe, F. (2009), *Teoria Geral da Administração*. São Paulo-SP: Saraiva.

La Forfia, G., & Couttolenc, B., (2008), *Hospital Performance in Brazil*. Washington, DC: The World Bank.

Lin, J., Chen, C., & Peng, T. (2017), “Study of the relevance of the quality of care, operating efficiency and inefficient quality competition of senior care facilities”, *International Journal of Environment Research and Public Health*, 14, pp 1-18.

Maley, J., & Kramar, R. (2007), “International Performance Appraisal: Policies, Practices and Processes in Australian Subsidiaries of Healthcare MNCs”, *Research and Practice in Human Resource Management*, 15 (2), pp 21-40.

- Mariano, E. (2007), “Conceitos Básicos de Análise de Eficiência produtiva”, Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/257397765>, acessado em 10/01/2023.
- Marques, A. et al (2021), “Dilemas do exercício profissional no Setor da saúde em Portugal”, in Silva, P & Soares, D (Eds.), *Saúde colectiva: Avanços e desafios para a integralidade do cuidado*, pp 198-215. Editora Científica Digital.
- Martins, C., Potra, T., & Lucas, P. (2020), “Fatores de motivação dos enfermeiros em cuidados de saúde primários”, *Pensar Enfermagem*, 24(1), pp 27–38.
- McGlynn, E. (2008) *Identifying, Categorizing, and Evaluating Health Care Efficiency Measures*. Agency for Healthcare Research and Quality. Final Report (prepared by the Southern California Evidence-based Practice Center) – RAND Corporation.
- Mello, J., Meza, L, Gomes, E. & Neta, L. (2005), “Curso de análise envoltória de dados”. *XXXVII Simpósio brasileiro de pesquisa operacional*.
- Melo, J. (2015), “Sustentabilidade em Saúde – Um Novo Paradigma de Cuidados. Que Caminhos para o Futuro?” *Gestão Hospitalar*, 5, pp 30-33.
- Ministério da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde orientações: estratégicas*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa.
- Ministério da Saúde, (2011), *Relatório Final: Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança*. Lisboa, Portugal.
- Ministério da Saúde, (2018), *Retracto da Saúde*. Lisboa, Portugal.
- Mintzberg, H. (2012), “Managing the myths of health care”. *World Hospitals and Health Services*, 48 (3), pp 4-7.
- Monteiro, I (2019), *Gestão de desempenho numa organização do setor da saúde: proposta de reestruturação*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa. Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Moreira, I. (2011), *Comparação de resultados: Prestação de Cuidados de Saúde Hospitalares públicos e privados*. Tese para obtenção do mestrado em gestão e economia de saúde. Faculdade de Economia da Universidade do Porto.
- Moreira, S. (2008), *Análise da eficiência dos hospitais-empresa: uma aplicação da data envelopment analysis*. Banco de Portugal.
- Morgado, H., Carvalho, M., & Vilhena, E. (2018), *A humanização como fator de qualidade nos serviços de saúde*. Lisboa: ISPA.
- Morgado, J. (2013), *O Estudo de Caso na Investigação em Educação* (4.a ed.). De Facto Editores.
- Nabais, C. & Nabais, F. (2016), *Prática de Contabilidade Analítica e de Gestão*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Nayar, P., & Ozcan, Y. (2008), “Data envelopment analysis comparison of hospital efficiency and quality”, *Journal of Medical Systems*, 32(3), pp 193-199.

Nyakala, K. S., Munyal, T., & Vermeulen, A. (2017), "Evaluation of quality management practices in the public hospitals: a questionnaire survey". International Business Conference, South Africa, pp 94-105. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322385714_Evaluation_of_quality_management_practices_in_the_public_hospitals_a_questionnaire_survey. cedido em 24/03/2023.

Nunes, A. (2016), *Reformas na Gestão Hospitalar: Análise dos efeitos da empresarialização*. Tese de Doutoramento apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa.

Nunes R., & Rego, G. (2002), *Prioridades na saúde*. Lisboa: McGraw-Hill.

Nuti S., Daraio C., Speroni C.& Vainieri M. (2011), "Relationship between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy". *International Journal for Quality in Health Care* 23: pp 324-330.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), Relatório de Primavera 2022. OPSS.

Oliver, R. (1980), " A Cognitive Modelo f the Antecedentes and Consequences of Satisfaction Decisions", *Journal of Marketing research*, 17, pp 460-469.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) (2017), "Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality." Disponível em <http://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>, acedido em 12/01/2023.

Organização Mundial da Saúde (2006), *Quality of Care: a process for making strategic choices in health systems*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.

Øvretveit J. (2009), *Does improving quality save money? A review of the evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers*. Londres: Health Foundation.

Ozcan Y., (2008), *Health Care Benchmarking and Performance Evaluation*. Vol. 120, Boston: Springer US.

Ozcan, Y., & Khushalani, J. (2017), "Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform". *Central European Journal of Operations Research*, 25 (2), pp. 325-343.

Parasuraman, A. et al. (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, 49 (4) pp 41-50.

Parreira, P., Felício, M., Lopes, A., & Salgueiro, F. (2007), "Competências de gestão: Um instrumento de medida para a realidade portuguesa". *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão* vol.6, n.3, pp. 18-30.

Pereira, C. (2014), *Fatores determinantes nas parcerias público-privadas: a aplicação prática em investimentos de âmbito municipal*. Tese de Doutoramento apresentada ao ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa.

Pereira, L. (2003), "Qualidade: Ferramenta Fundamental da nova estratégia para a

saúde”, *Revista Qualidade em Saúde* N^o7, pp. 03-08.

Piana, M. (2009), “A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional”. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf>, acessado em 27/10/2022.

Pinho, M. (2010), *O Racionamento dos Recursos da Saúde através do estabelecimento de prioridades: Uma perspetiva Social*. Lisboa, Portugal: Universidade Lusíada Editora.

Pinto, A. (2019), *O Processo de Acreditação do Serviço de Cirurgia Geral*. Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão. ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa.

Pinto, A. & Soares, I. (2010), *Sistemas de Gestão da Qualidade – Guia para a sua implementação*. Lisboa, Edições Sílabo.

Pires, A. (2007), *Qualidade: sistemas de gestão da qualidade*. 3^a ed. Lisboa : Edições Sílabo.

Pires, A & Santos, A. (1996), *Satisfação dos Clientes. Um objetivo estratégico de gestão*. Lisboa: Texto Editora. 1^a Ed.

Pires, C. & Marujo, E. (2008), *Fronteiras de Eficiência de Sistemas de Saúde*. SPOLM, Rio de Janeiro.

Pisco, L. & Biscaia, J. (2001), “Qualidade de cuidados de saúde primários”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático:2; pp 43-51.

Quader, M. (2009), “Manager and patient perceptions of a quality outpatient service: measuring the gap”, *Journal of Services Research*, 9 (1), pp 109-137.

Rocha, J. (2006), *Gestão da Qualidade – Aplicação aos Serviços Públicos*. Escolar Editora, Lisboa.

Sakellarides, C. (2011), *O novo contrato social para a saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Santos, C (2020), *A nova gestão pública e os cuidados de saúde: o empenhamento dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Santos, M. (2012), *Impacto do Financiamento na Eficiência Hospitalar*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto. Tese de Mestrado.

Schall, M. et al. (2017). "Usability Evaluation and Implementation of a Health Information Technology Dashboard of Evidence-Based Quality Indicators." *Cin-Computers Informatics Nursing* 35(6): pp 281-288.

Serapioni, M. (2009), “Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional”, *Revista Crítica de Ciências Sociais* [Online], 85 Disponível em URL : <http://rccs.revues.org/343>, acessado em 15/02/2023.

Simoes, J., Augusto, G., Fronteira, I. & Hernandez-Quevedo C. (2017), "Portugal. Health systems review". *Health Systems in Transit*, 19 (2): pp 1 – 211.

Singaroyan, R., Seed, C., & Egdell, R. (2006), "Is a target culture in health care always compatible with efficient use of resources? A cost effectiveness analysis of an intervention to achieve thrombolysis targets". *Journal of Public Health*, 28(1), pp 31–34.

Slack, N. et al (2002), *Administração da Produção*. São Paulo, Atlas, 2ª edição.

Son, Y. & Hsu, L. (1991), "A method of measuring quality costs", *International Journal of Production Research*, 29:9, pp 1785-1794.

Sotomayor, A., Rodrigues, J., & Duarte, M. (2017), *Princípios de Gestão das Organizações*. (3ª edição ed.). Rei dos Livros.

Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., & Jeurissen, P. (2019), "Effective Healthcare Cost-containment Policies: A Systematic Review". *Health Policy*, 123, pp 71-79.

Stichler, J. & Weiss, M. (2001), "Through the Eye of the Beholder: Multiple Perspectives on Quality in Women's Health Care", *Journal of Nursing Care Quality*, 8(4): pp1-13.

Vala, J. (1986), "A análise de conteúdo", in: Silva, A. & Pinto, J. (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*", Porto: Afrontamento, pp. 507-535.

Vasconcelos, C. (2008), *Notas sobre a Crise dos Hospitais Universitários no Brasil*.

Vasconcellos, P. (2002), *Desenvolvimento de um modelo de avaliação da qualidade do serviço odontológico*. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção.

Vieira, M. (2008), *Amostragem*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Matemática.

Walker, J. & Baker, J. (2000), "An exploratory study of a multi-expectation framework for services", *Journal of Services Marketing*, Vol. 14 No. 5, pp. 411-431.

Weber, M. (1997), *Conceitos Sociológicos Fundamentais*, Lisboa: Edições 70.

World Health Organization (WHO) (2010), *Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*, World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO) (2003), "Quality and accreditation in health care services. A global review". Disponível em http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf, acessado a 19/10/2022.

World Health Organization (WHO) (2000), *The World Health Report 2000: health Systems: Improving Performance*, World Health Organization (WHO).

Yamamoto, H. (2003), *New Public Management - Japan's practice*. Institute for International Policy Studies, IIPS Policy Paper 293E.

Yang, J., & Zeng, W. (2014), "The trade-offs between efficiency and quality in the hospital production: Some evidence from Shenzhen, China". *China Economic Review*, 31, pp 166-184

Zeithaml, V.A. (2000), Service Quality, Profitability, and the Economic Worth of Customers: What We Know and What We Need to Learn. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28, pp 67-85.

Apêndice

Guião de Entrevista

Legitimação da entrevista:

A presente entrevista visa recolher dados para a elaboração da “Tese/Dissertação” de Mestrado intitulada: ***Entre a Eficiência e a qualidade: Desafios da Gestão num Departamento Hospitalar***, do Curso de Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde da Universidade da Beira Interior (UBI). Este trabalho tem como objetivo principal, analisar e perceber em que medida, (na perspetiva de uma equipa* com responsabilidades ao nível da gestão hospitalar de um departamento clínico), as dimensões “qualidade” e “eficiência” se relacionam, interagem ou condicionam, e, simultaneamente aferir quais as suas percepções e opiniões relativamente à qualidade e eficiência do serviço que prestam. É de realçar que será mantido o anonimato e os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados para efeito académico de acordo com o RGPD (Regulamento Geral da Protecção de Dados).

* **Equipa:** Diretor Serviço (**Médico**), Enf. Gestor (**Enf.**) e Gestor de Departamento (**Gestor**)

Perguntas:

1. Indicadores de qualidade e eficiência do Serviço

▪ Pode-nos informar se o serviço que “dirige” possui indicadores de qualidade e de eficiência. Se sim, quais são eles? Se não, quais considera que deveriam ser de acordo com a sua experiência profissional.

2. Produção eficiente vs. qualidade do serviço

▪ Mediante a sua experiência (profissional e pessoal), e de acordo com a sua opinião, considera ser possível manter um serviço ou produção eficiente¹, e simultaneamente com bons e elevados níveis de qualidade.

3. Aspetos penalizadores ou potenciadores da qualidade e da eficiência

▪ De acordo com a sua percepção, quais os aspetos que mais penalizam qualidade e eficiência do seu Serviço.

▪ De acordo com a sua percepção, quais os aspetos que mais beneficiam a qualidade e eficiência do seu Serviço.

4. Fatores de convergência (ou divergência) entre eficiência e qualidade

▪ Na sua perspectiva, quais os motivos que poderão estar na origem da convergência (ou divergência) da relação entre eficiência e qualidade.

5. Classificação eficiência-qualidade?

▪ Como classificaria o serviço onde exerce funções em termos das duas dimensões em análise: eficiência e qualidade. Porquê?

Muito obrigado pela sua participação e disponibilidade demonstradas!

¹ Refere-se aquele serviço que produz cuidados de saúde com uma determinada qualidade, utilizando a menor combinação de recursos disponíveis.

Parecer nº: 47/2022	Data: 2022/11/09
Assunto: Estudo nº 55/2022 - "Entre a Eficiência e a Qualidade: Desafio da Gestão num Serviço Hospitalar"	

Membros da CE do CHUCB:

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
(Presidente,
Farmacêutico)

Dra. Ana Paula Torgal Carreira
(Vice-Presidente,
Assistente Social)

Dr. Luís Manuel Ribeiro
(Médico)

Enf. Maria Gabriela Ramalhinho
(Enfermeira)

Dra. Maria Teresa Bordalo Santos
(Psicóloga)

Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro
(Jurista)

Dr. António Luciano Costa
(Teólogo)

Exmo. Senhor Investigador
Dr. João António Moreira Sales Socorro

A Comissão de Ética do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, em reunião realizada em 2022/11/09, deliberou emitir parecer relativamente à realização do Estudo nº 55/2022 - "Entre a Eficiência e a Qualidade: Desafio da Gestão num Serviço Hospitalar"

Membros da CES do CHUCB presentes:

Prof. Doutor Manuel Passos Morgado
Dra. Ana Paula Torgal Carreira
Dra. Maria Teresa Bordalo Santos
Dr. António Luciano Costa
Dr. Luís Manuel Carreira Fiadeiro

Parecer:

Apreciado o projeto do estudo, foi decidido por unanimidade dos votantes emitir parecer favorável à sua realização.

Este parecer não dispensa eventuais requisitos ou procedimentos por parte do Responsável pelo Acesso à Informação (RAI) ou do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) desta instituição, no âmbito do previsto no Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD) ou noutra legislação aplicável quanto a acesso, tratamento e proteção de dados.

A realização do estudo carece da necessária autorização por parte do Exmo. Conselho de Administração do CHUCB e no seu decurso pode ser sujeito a auditorias.

O Presidente da Comissão de Ética do CHUCB


(Prof. Doutor Manuel Passos Morgado)

Em resposta ao pedido de autorização de acesso de dados clínicos para o estudo nº **55/2022** “Entre a Eficiência e a Qualidade: Desafios da Gestão num Serviço Hospitalar” a realizar no CHUCB informo que, dado se tratar de um projeto de investigação com a obrigatoriedade de consentimento livre e informado por todos os intervenientes, não carece de autorização da RAI.

Os intervenientes no processo comprometem-se a destruir os dados recolhidos após a conclusão do estudo.

Data:14/11/2022

EPD

RAI

Dra. Rosa Ballesteros
Responsável pelo Acesso à Informação
CHUCB, E.P.E.

