



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

VISEU

Instituto de Gestão e das Organizações da Saúde

Mestrado em Gestão – Especialização em Gestão de Negócios

DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE:
CUSTOS vs QUALIDADE

O caso do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro e do East Kent
Hospitals University NHS Foundation Trust

Sara Micaela Moita André

Prof. Doutor António José Mendes Ferreira

Viseu, novembro de 2020



CATÓLICA

INSTITUTO DE GESTÃO E DAS ORGANIZAÇÕES DA SAÚDE

UISEU

DESAFIOS DA GESTÃO EM SAÚDE: CUSTOS vs QUALIDADE

*O caso do Centro Hospitalar de Trás os Montes e Alto Douro e do East Kent
Hospitals University NHS Foundation Trust*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu, para
obtenção do grau de Mestre em Gestão, Especialização em Gestão de Negócios

Sara Micaela Moita André

Prof. Doutor António José Mendes Ferreira

Viseu, novembro de 2020

A vida nem sempre nos leva onde queremos ir,

Mas sempre onde devemos chegar...

(Autoria Própria)

AGRADECIMENTOS

Aos dois centros hospitalares que permitiram que este estudo existisse, na pessoa dos seus gestores financeiros, o meu profundo e sincero agradecimento pela disponibilidade e contributo mas, acima de tudo, por terem permitido que este estudo exista.

Ao Professor António Ferreira, porque as suas palavras foram sempre de encorajamento e compreensão; e as suas críticas foram sempre construtivas e de valorização. Em cada vez que lhe liguei na busca de parecer e opinião, recebi o reforço do que de melhor poderia ser dito mesmo quando, para mim, tudo estava mal e aquém do que inicialmente idealizei.

Obrigada, por me ter feito chegar aqui e por ter implantado o desejo de ir mais além.

À minha família, aquele núcleo duro e tão ímpar...tão impossível de descrever. Nem sempre fácil, mas que está sempre lá quando a verdadeira definição de “família” é chamada a acontecer.

Obrigada pelo que sou e por já ter(mos) chegado até aqui.

RESUMO

A realização deste estudo pretende a análise comparativa entre dois centros hospitalares sendo um pertencente ao Serviço Nacional de Saúde Português e o outro ao Serviço Nacional de Saúde Britânico, com o objetivo de identificar que estratégias têm vindo a ser adotadas pelos seus gestores hospitalares para a redução de custos em saúde sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados.

Para tal, foram conduzidas entrevistas semiestruturadas aos diretores financeiros de ambos os hospitais. As questões apresentadas incidem sobre as transformações ao nível do financiamento, relação entre custos e qualidade, melhoria da eficiência pela redução dos custos, estratégias para a redução do desperdício e vetores de atuação para a melhoria da eficiência.

O foco nos profissionais de saúde, tecnologia, reorganização dos serviços e desperdício destacam-se como sendo quatro pilares de atuação fundamentais para uma eficiente redução de custos sem prejuízo da qualidade, apontando-se como áreas de intervenção pertinentes para o desenvolvimento de estudos futuros. Salienta-se ainda a preocupação por parte dos gestores, em reduzir custos sem prejuízo da qualidade e em promover serviços ajustados às necessidades dos utilizadores.

Palavras-chave: Gestão em Saúde, Gestão de Custos, Setor da saúde, Qualidade, Eficiência.

ABSTRACT

The aim of this research is to comparatively analyse a Portuguese and a British Hospital Trusts, focusing to identify what strategies are being adopted by their managers to reduce healthcare costs without risking the quality of the services provided.

In order to reach that aim, semi structured interviews were conducted to each hospital's financial managers. The questions asked concentrate on financial transformation, cost and quality relationship, efficiency improvement through cost reduction, strategies to reduce waste and what vectors to work on to improve efficiency.

Focusing on healthcare professionals, technology, departments reformation and waste stand out as the four main pillars to act on for an efficient cost reduction without compromising quality. These also point out as essential paths to develop new research. It is also important to underline the concerns shown by both managers to reduce costs without damaging quality standards and to promote services adjusted to user's needs.

Keywords: Healthcare management, Cost management, Healthcare sector, Quality, Efficiency

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	VII
RESUMO.....	IX
ABSTRACT	XI
INTRODUÇÃO	1
1. A GESTÃO NO SETOR DA SAÚDE	9
1.1. ENQUADRAMENTO E PERSPETIVAS	9
1.2. DESAFIOS PARA A GESTÃO EM SAÚDE	10
2. OS CUSTOS NO SETOR DA SAÚDE	15
2.1. CONTROLO DE CUSTOS.....	15
2.2. DEFINIR CUSTOS.....	15
2.3. A EMERGÊNCIA DE REDUZIR CUSTOS.....	17
2.4. ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS	17
2.5. DESPERDÍCIO NO SETOR DA SAÚDE	20
3. A QUALIDADE NO SERTOR DA SAÚDE	25
3.1. O QUE É A QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES	25
3.2. QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	29
4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	39
4.1. DEFINIÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA	39
4.2. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO	40
4.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	42
4.4. TIPOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	43
4.5. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA	46
4.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	47
4.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	50
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
5.1. DE QUE FORMA A GESTÃO HOSPITALAR SE TEM ADAPTADO E TRANSFORMADO COM OS RECENTES DESAFIOS EM SAÚDE	55
5.2. TRANSFORMAÇÕES NO FINANCIAMENTO EM SAÚDE.....	55
5.3. COMO É QUE OS GESTORES LIDAM COM OS CONSECUTIVOS CORTES NO FINANCIAMENTO	56
5.4. IMPACTO DA GESTÃO DE CUSTOS NA QUALIDADE.....	57
5.5. COMO FOMENTAR A RELAÇÃO ENTRE O CONTROLO DOS CUSTOS E A QUALIDADE... 57	
5.6. MELHORIA DA EFICIÊNCIA PELA REDUÇÃO DOS CUSTOS	59

5.7.	DESPERDÍCIOS NO SETOR DA SAÚDE.....	62
5.8.	ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR DESPERDÍCIOS	65
5.9.	PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO COMO CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA RELAÇÃO ENTRE REDUÇÃO DE CUSTOS E QUALIDADE.....	67
5.10	3 VETORES DE ATUAÇÃO PARA A MELHORIA DA EFICIENCIA EM SAÚDE	68
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
6.1.	CONCLUSÕES.....	73
6.2.	DESAFIOS PARA O FUTURO.....	74
6.3.	LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	75
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
	ANEXOS	85

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

“A saúde é um bem escasso e essencial para o cidadão” (Bernardino, 2017)

O propósito deste estudo surge da experiência pessoal do investigador enquanto profissional de saúde a quem a sua experiência profissional levou a conhecer e a trabalhar em dois países e dois sistemas de saúde distintos; são o caso do Serviço Nacional de Saúde (SNS) Português e do *National Health Service* (NHS) Britânico.

Apesar de diferentes nas suas particularidades, os Serviços Nacionais de Saúde Português e Britânico partilham a sua génese, reconhecendo o direito à saúde dos cidadãos e partindo ambos dos princípios de Universalidade e Gratuitidade.

Dois países tão diferentes na sua riqueza, mas semelhantes no seu acesso aos cuidados, ainda mais semelhantes nas suas dificuldades em alcançar a eficiência dos mesmos.

Numa altura em que tanto se exige ao nível dos cuidados e resultados em saúde um pouco por todo o mundo, os diferentes sistemas independentemente da sua origem, parecem estar a braços com períodos de transformação e reestruturação com vista à sua maior eficiência. Ou seja, tornando-se mais sustentáveis, garantindo tanto quanto possível, a qualidade dos mesmos.

No caso português, a recente crise vivenciada veio operar alterações estruturais ao nível da gestão e organização dos serviços de saúde públicos, contudo, parece que essa mudança ficou ainda muito aquém dos objetivos inicialmente exigidos pelos organismos Europeus a Portugal.

A recente reestruturação da “Lei de Bases da Saúde” parece espelhar a necessidade e urgência de operar mudanças ao nível da sustentabilidade da saúde. A base nº 20 da “Nova Lei de Bases da Saúde” prevê que o SNS deve, entre outros, pautar-se pelo princípio da sustentabilidade financeira, caracterizada pela “utilização efetiva, eficiente e de qualidade, dos recursos públicos disponíveis”. Já na base nº 23, esclarece que o financiamento do SNS é assegurado por verbas do Orçamento do Estado e que, esse financiamento deve permitir que o SNS seja dotado dos recursos necessários ao cumprimento das suas funções e objetivos (Assembleia da República, 2019, pp. 61-62).

No caso Britânico, essa necessidade de mudança não foi tão duramente sentida como resultado de uma imposição externa, mas sim da própria gestão governativa. É notória a pressão para reduzir custos e tornar os hospitais mais eficientes, mais tecnológicos e uniformes.

É imperativo que os sistemas de saúde independentemente da sua fonte de financiamento sejam sustentáveis, prestem cuidados de qualidade e que se desenvolvam no sentido das expectativas dos seus clientes. Quando esses sistemas de saúde são sistemas públicos e gratuitos, essa necessidade torna-se ainda mais gritante, sob pena máxima do risco da extinção dos mesmos. É certo que o princípio da universalidade de acesso é um direito que consta da Constituição Portuguesa, sendo um princípio basilar da lei que deu origem ao SNS, contudo, se atendermos às transformações sociais vivenciadas desde a sua criação, não podemos ignorar a urgência de implementar medidas de sustentabilidade, cruciais para a sua existência.

É inquestionável a necessidade de evolução e transformação em saúde com vista à melhoria da sua qualidade e em simultâneo, com redução dos seus custos associados. Em suma, é fundamental tornar este setor mais eficiente. Assim, é necessário desenvolver investigação que sirva de suporte e fundamentação a essa mudança, sugerindo caminhos para a mudança, sendo esta a grande motivação para o presente estudo.

Analisar a relação entre custos e qualidade é um processo complexo e por vezes até um pouco contraditório, com diferentes sugestões a emergirem da literatura (Hvenegaard, Arendt, Street, Gyrd-Hansen, 2011).

Alexander, Hearld, Jiang, & Fraser (2007) consideram que há uma carência de investigação científica para suportar as tomadas de decisão e escolhas por parte dos gestores em saúde salientando a existência de lacunas de investigação e uma grande discrepância entre aquilo que são as preocupações reais dos gestores e a oferta ao nível da investigação. Kovner & Rundal, 2006; Sheldon, 2005, afirmam que “Os gestores queixam-se de que a investigação em saúde se baseia, com frequência, nas implicações da investigação em saúde e não na informação que os gestores realmente necessitam” (citado por Alexander et al., 2007).

Assim, é fulcral que a investigação científica se debruce sobre a eficiência deste sistema gratuito e universal, identificando mecanismos para a redução de custos, melhoria da qualidade e continuidade da universalidade do seu acesso, a fim de garantir a sua sustentabilidade futura e constituindo-se como uma mais valia para as tomadas de decisão. Deve ser uma prioridade dos investigadores desenvolver uma visão mais sistemática e complexa sobre as organizações de saúde (Alexander et al., 2007).

Sendo ambos os sistemas, SNS e NHS tão semelhantes no seu fundamento, seria de interesse que ambos partilhassem das suas experiências, limitações e ambições, na eventualidade de ambos poderem beneficiar com a experiência do outro, beneficiando-se mutuamente e beneficiando os seus utilizadores, garantindo a continuidade do acesso universal e gratuito.

Bernardino (2017) considera que se carece de análise aos modelos de financiamento da saúde e que, com frequência, o enfoque dessas análises se concentra na eficiência do funcionamento. Parece assim haver uma fraca concentração ao nível da análise dos custos associados aos cuidados de saúde e conseqüente melhoria da sua gestão. Tal, pode ser fundamentado pela dificuldade sentida na procura de bibliografia inerente à temática da gestão de custos em saúde para a realização desta dissertação. A abordagem à temática dos custos, na sua escassez, parece surgir maioritariamente associado a outros problemas ao nível da gestão e reestruturação dos cuidados de saúde, não sendo comum a sua abordagem como foco central.

Estruturalmente, o presente trabalho divide-se em duas secções, integrando um total de seis capítulos. A primeira parte referente à fundamentação teórica, incorpora três capítulos. No primeiro, é abordada a gestão no setor da saúde, enquadramento e perspectivas, bem como os seus principais desafios. No segundo capítulo aborda-se a temática dos custos no setor da saúde sua definição, emergência em reduzir custos e estratégias, dando-se particular enfoque ao desperdício neste setor. Já no terceiro capítulo, aborda-se a qualidade nas organizações, em particular, nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. A segunda parte deste trabalho concretiza o estudo empírico, abrangendo os restantes capítulos. O quarto capítulo descreve e justifica as opções metodológicas e procedimentos seguidos na recolha de dados. O quinto capítulo apresenta e discute os resultados e no sexto capítulo são feitas as considerações finais a este estudo.

PARTE I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

“Researchers need to take a more systematic and complex view of hospitals and other health care organizations”

(Alexander, et al., 2007)

Capítulo I

A Gestão no Setor da Saúde

Sumário

1.1. Enquadramento e Perspetivas

1.2. Desafios para a Gestão em Saúde

1. A GESTÃO NO SETOR DA SAÚDE

1.1. ENQUADRAMENTO E PERSPETIVAS

O interesse pela melhoria da gestão financeira dos sistemas de saúde não é uma preocupação recente, tendo sido alvo do foco dos investigadores nas últimas décadas. No Reino Unido, salienta-se um crescente interesse pela investigação sobre o impacto das iniciativas de gestão financeira neste setor, com início na década de 80 do Sec. XX (Northcott & Llewellyn, 2002).

As expectativas dos utentes e a sua crescente exigência ao nível da qualidade e rapidez dos processos de saúde na resposta aos seus anseios, o inconformismo dos profissionais quanto às suas perspetivas profissionais, acrescida pela rápida evolução tecnológica e científica num setor com fortes medidas reguladoras, por vezes até contraditórias, representam os grandes desafios para a gestão em saúde (Bernardino, 2017).

Uma parte significativa da investigação desenvolvida neste campo revela um frequente fracasso de medidas implementadas ao nível da gestão financeira deste setor (Northcott & Llewellyn, 2002).

O princípio fundamental de qualquer empresa é a sua criação de valor. Contudo, 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 e acionistas, aos quais se pode também incluir o próprio cliente. Este último, espera que a organização ofereça soluções de acordo com as suas necessidades e expectativas ou seja, a sua definição de valor reflete-se no seu nível de bem-estar. Já para 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. 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 (Bernardino, 2017). A análise dos fatores custos, qualidade e eficiência deve considerar a influência que cada um exerce sobre todos os outros pelo que, a sua análise e decisão não deve ser individualizada, mas sim tendo em conta as suas interligações (Alexander et al., 2007).

Gerir em saúde requer foco na busca permanente da excelência da prestação dos cuidados, a par com a constante transformação e inovação como assessores de qualquer tomada

de decisão. A melhor decisão será sempre aquela que permita o melhor equilíbrio entre os seus interesses divergentes (Bernardino, 2017).

Alexander et al. (2007) salientam a importância da valorização e preferência por líderes qualificados para a gestão do setor da saúde, sem os quais as organizações se tornam vulneráveis e limitadas na sua capacidade de melhoria da qualidade e redução dos custos. Não basta às organizações de saúde investir em profissionais altamente capacitados e competentes, como garantia para o sucesso da qualidade do serviço. É imprescindível que também os seus líderes sejam qualificados e dinâmicos.

A criação e desenvolvimento de novos modelos de gestão deve centrar-se no utente, nas suas expectativas quanto à sua doença e tratamento, nas suas necessidades e nos seus interesses (Bernardino, 2017)

1.2. DESAFIOS PARA A GESTÃO EM SAÚDE

A existência de problemas complexos inerentes à eficiência da prestação dos cuidados de saúde é um facto reconhecido por todos os intervenientes deste processo desde os beneficiários, aos prestadores e financiadores (Melo, 2015).

Para Bernardino (2017), os principais problemas do ponto de vista da gestão no SNS relacionam-se com a excessiva afluência de utentes aos serviços de urgência, as demoradas listas de espera, a insatisfação quer de utentes, quer de profissionais e o crescimento desequilibrado da despesa. É assim imperioso que se analisem as reformas em curso, bem como os modelos existentes, no sentido de resolução destes problemas estruturais.

O aumento da esperança de vida, a inovação tecnológica e o acesso à informação por parte dos cidadãos levam a uma maior exigência e maiores expectativas destes em relação à sua saúde. Estes fatores apresentam um reflexo direto na procura pelos serviços. Por outro lado, o envelhecimento populacional, o crescente peso das doenças crónicas e a inovação terapêutica e tecnológica, constituem fortes agentes de pressão. Assim, o grande desafio da gestão em saúde reflete-se na capacidade de criação de estratégias de resposta a esses desafios, sem prejuízo dos compromissos previamente estabelecidos, os quais visam a melhoria da equidade no acesso e na qualidade dos serviços de saúde, garantindo assim maior eficiência para o SNS (Ministério da Saúde, 2018).

Um outro problema que dificulta a eficácia da gestão é a fiabilidade dos dados produzidos relativamente aos custos, sendo estes muitas vezes inconsistentes e pouco credíveis, não espelhando a realidade dos factos (Northcott & Llewellyn, 2002).

O preço final dos cuidados de saúde resulta da combinação de diversas variáveis como o custo da mão de obra profissional, despesas gerais, o próprio mercado em que se insere, custos administrativos, tecnologia, entre muitos outros. Também a competitividade influencia o custo dos serviços. Mercados em que há pouca ou nenhuma concorrência, vão apresentar preços mais elevados (Brown, 2018), pois a concorrência exerce um efeito positivo na redução dos custos (Stadhouders, Kruse, Tanke, Koolman & Jeurissen, 2019).

A sustentabilidade dos serviços de saúde é uma preocupação comum a todos os países desenvolvidos, sendo consensual o reconhecimento da necessidade de mudança dos modelos de desenvolvimento, com vista à sua sustentabilidade (Melo, 2015).

Capítulo II

Os Custos No Setor da Saúde

Sumário

2.1. Controlo de Custos

2.2. Definir Custos

2.3. A Emergência de Reduzir Custos

2.4. Estratégias para a Redução de Custos

2.5. Desperdício no Setor da Saúde

2. OS CUSTOS NO SETOR DA SAÚDE

2.1. CONTROLO DE CUSTOS

O problema da necessidade de controlo dos custos em saúde não é um problema exclusivamente português. Na sua maioria, os países integrantes da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), debatem-se com problemas ao nível do controlo e gestão da despesa, sendo a tendência generalista para um aumento dessa mesma despesa a um ritmo superior ao do aumento da riqueza dos países (Bernardino, 2017). É fundamental que os países membros da OCDE desenvolvam mecanismos para a melhoria da eficiência dos seus sistemas de saúde (Colombo, 2018). Cenário idêntico é partilhado pelos Estados Unidos da América (EUA), em que Berwick & Hackbarth (2012), afirmam que os custos deste setor são insustentáveis, afetando de forma idêntica tanto o setor público, como o privado.

As crescentes necessidades dos cidadãos, a par com o progresso tecnológico e as próprias características do mercado, são fatores preponderantes desse aumento de custos (Pinho, 2010).

Ao nível europeu, o financiamento da saúde constitui-se como um problema sério, independentemente do modelo de financiamento adotado em cada país (Bernardino, 2017). Embora por vezes bastante distintos na sua abordagem, a verdade é que a maioria dos países tem vindo a implementar medidas de redução da despesa em saúde (Stadhouders et al., 2019).

2.2. DEFINIR CUSTOS

Para Caiado (2012), o cálculo dos custos de produção representa a base da Contabilidade. A preocupação com o controlo dos custos não é, de todo, uma problemática recente, pois já no início do sec. XV se constatava a importância e preocupação dada ao controlo dos custos.

Para que se possa contextualizar esta temática, é importante definir antes de tudo, o que é um “custo” em linguagem financeira. Ferreira, Caldeira, Asseiceiro, Vieira & Vicente (2014), definem custo como “qualquer recurso usado ou sacrificado para atingir um propósito ou objeto específico” (p.62). Os custos podem ainda ser definidos como qualquer recurso sacrificado ou decidido para atingir um objeto específico, o qual pode ser um produto ou um

serviço (Caiado, 2012). Assim, “o custo industrial de um produto compreende o consumo de matérias-primas e outros materiais diretos, gastos com o pessoal e os gastos gerais de fabrico” (Nabais & Nabais, 2016, p. 66).

O custo de determinado produto define-se pelo somatório dos seus gastos. Ou seja, desde a sua fase inicial, até à obtenção do produto ou serviço final (Caiado, 2012).

A determinação dos custos do produto deve considerar os gastos de produção, distribuição, administrativos e financeiros (Nabais & Nabais, 2016).

Segundo o método de “*Activity Based Costing*” (ABC), os gastos representam o valor monetário dos recursos consumidos pelas atividades. Assim, todas as atividades realizadas por determinada empresa, existem no sentido de apoiar a produção e distribuição dos bens ou serviços produzidos, devendo, portanto, ser integralmente consideradas como custos dos produtos (Nabais & Nabais, 2016).

No processo de determinação dos custos associados a determinada atividade, seja ela de produção de bens ou serviços, é importante considerar-se o conceito de “*cost driver*”. Nabais & Nabais (2016), definem “*cost driver*” como a unidade que determina o consumo dos recursos necessários para a realização da atividade ou serviço.

Ao definir custos, é importante que se distingam custos diretos e indiretos sendo que, os primeiros dizem respeito a todos os gastos diretamente relacionados com a produção de determinado produto ou a prestação de determinado serviço. Já os custos indiretos, são aqueles que, não estando diretamente relacionados com a produção ou prestação, são essenciais para a sua ocorrência. São exemplos de custos indiretos o pagamento de ordenados, encargos com o pessoal e chefias, etc. (Caiado, 2012). De salientar que, no caso das atividades de prestação de serviços, deve considerar-se o elevado peso dos gastos indiretos, exigindo maior rigor na identificação e gestão das atividades (Nabais & Nabais, 2016).

Ferrinho, Simões, Miguel, Beja, Cortes & Hartz (2013), identificam 2 setores responsáveis pela grande fatia da despesa em saúde em Portugal. São eles o setor dos medicamentos, quer ao nível da venda em farmácias quer daqueles dispensados pelos hospitais e as convenções com meios complementares de diagnóstico e terapêutica, celebrados entre o SNS e os prestadores privados.

2.3.A EMERGÊNCIA DE REDUZIR CUSTOS

A problemática da recente crise financeira iniciada em 2008 e que levou Portugal a recorrer ao apoio internacional para garantir a sua sustentabilidade financeira é ainda bem recente. Em consequência 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. Neste caso, 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 (Barros, 2013; Moreira, 2016).

Esta necessidade de racionalizar custos, embora sentida mais intensamente nestes últimos anos, revela-se à luz da investigação como que uma problemática arrastada que tem perdurado ao longo dos anos e até mesmo décadas. Tal necessidade resulta da perceção por parte dos países e seus governos das limitações ao financiamento do setor da saúde e simultânea procura crescente dos mesmos por parte dos cidadãos (Pinho, 2010).

A dificuldade em financiar os elevados custos do setor, acrescido pela identificação de desperdícios no seu funcionamento, constituem dois pilares fundamentais para a intervenção dos agentes governativos e de financiamento, no sentido de promover a diminuição dos gastos na saúde (Stadhouders et al., 2019)

Para Northcott & Llewellyn (2002), a contabilização dos custos em cada atividade ou procedimento clínico, problemas ao nível da qualidade da informação e a heterogeneidade da natureza dos custos neste setor, são os três pontos cruciais para o rigor da informação na sua identificação e controlo.

2.4. ESTRATÉGIAS PARA A REDUÇÃO DE CUSTOS

“Alguns dos resultados em saúde originam elevados investimentos a curto prazo e com custos excessivos que exigem medidas excepcionais” (Bernardino, 2017).

Reduzir custos em saúde não pode ser um ato de mero corte nos gastos, mas antes de se escolher, de entre as diversas opções para determinado objetivo, aquela que representa menor consumo de recursos (Barros, 2013). As decisões ao nível da gestão e da regulamentação do setor devem ter por base a evidência científica, contrariamente à opção baseada em crenças ou

a mera repetição de práticas anteriormente estabelecidas, repetidas no tempo (HOPE, 2019). Apesar da sua heterogeneidade, seria benéfico para a maioria dos países da OCDE que existisse partilha de experiências e recursos em matéria de redução de custos, pois embora este seja um tema estruturante em cada um dos países, carece-se da partilha e do enriquecimento proporcionado pelo conhecimento da eficácia das mesmas (Stadhouders et al., 2019).

Para Barros (2013), devemos encarar e aceitar o facto da necessidade de redução da despesa pública em saúde, a qual deve passar pela reorganização dos serviços e dos procedimentos realizados no sentido de que, sem alteração dos níveis assistenciais, se alcance uma menor despesa global. Para tal, defende a redução do custo dos serviços prestados, a redução da sua quantidade e a transferência de uma parte substancial dessa despesa pública, para despesa privada, como os principais vetores de atuação. Contudo, também a centralidade do papel dos profissionais de saúde é inquestionável e a redução da sua produtividade é considerada como um dos fatores para o aumento da despesa. A cativação dos mesmos através da atribuição de pacotes de benefícios e melhores salários deve ser visto como um recurso para o controlo dos custos em saúde (Alexander et al., 2007).

Para Antunes (2001), também o rácio de profissionais deve ser apontado como um importante contributo para a gestão tanto ao nível da qualidade como do controlo dos custos. Contudo, o enfoque na redução de custos deve passar também pela consciencialização dos utentes, no sentido de se limitar o consumo generalizado dos serviços de saúde.

Para Barros (2013), uma melhor articulação dos recursos é um fator incondicional para que se possam alcançar os objetivos desejados ao nível da quantidade e qualidade dos cuidados prestados, ao menor custo possível.

Uma outra estratégia apontada para a redução dos custos em saúde passa pelo modelo de financiamento das Unidades o qual deve ser indexado à sua produtividade, numa ótica de maior responsabilização das administrações pela gestão dos seus recursos. Esta responsabilização deve ainda ser estendida aos diretores de serviços e unidades, a quem competem as grandes decisões ao nível da aquisição de equipamentos e consumíveis (Antunes, 2001).

A redução de pagamentos, o estabelecimento de tetos ao financiamento ou financiar um menor número de serviços, são por vezes medidas adotadas como opções de primeira linha na redução da despesa pública em saúde, contudo, é necessária prudência na adoção de medidas deste tipo, pelo risco de se tornar os cuidados de saúde demasiado caros ou até mesmo inacessíveis aos beneficiários mais vulneráveis (Berwick & Hackbarth, 2012). Em contrapartida, a procura da eficiência deste setor deve direcionar-se pelo combate ao

desperdício, pela identificação da melhor combinação dos recursos e pela determinação do volume de cuidados a ser disponibilizado à população (Barros, 2013). Também a adoção de medidas como a comparticipação por parte do utente, ou a avaliação dos processos clínicos com vista à sua uniformização exercem um efeito positivo na redução dos custos (Stadhouders et al., 2019).

Alexander et al. (2007) apontam o investimento tecnológico e a informatização dos serviços como uma estratégia eficaz para a redução de gastos a longo prazo, apesar do seu elevado investimento inicial. Contudo, o balanço entre o custo-benefício do investimento em tecnologia médica deve ser assegurado a cada decisão pois, segundo a opinião dos gestores, a aquisição de novos equipamentos médicos mais modernos, nem sempre se reflete numa redução de custos ou melhoria da efetividade dos cuidados.

Uma gestão eficiente ao nível do controlo dos custos requer um conhecimento credível sobre os mesmos. Com esse intuito, o Reino Unido desenvolveu uma iniciativa de referenciação de custos ao nível nacional, o “*National Reference Costing Exercise*” (NRCE), a qual requer que todos os hospitais do país apresentem um relatório anual de custos, diferenciados por setores de atividade. Estes setores de atividade foram previamente categorizados e definidos, sendo os mesmos para todos os hospitais. O NRCE permite assim saber e comparar como se distribuem os gastos em cada hospital comparativamente ao seu nível de atividade, permitindo avaliar os seus níveis de eficiência (Northcott & Llewellyn, 2002).

Lewandowski (2014), sugere a existência de uma relação positiva entre a envolvência das equipas de gestão e a melhoria da eficiência dos custos hospitalares, indicando a admissão de doentes no serviço de urgência, a adequação de tratamentos, os custos processuais decorrentes de eventuais reclamações, bem como a consciencialização para a necessidade de reduzir custos em geral, como os principais fatores de atuação dos gestores em saúde.

Também a redução do desperdício representa uma oportunidade para a redução da despesa deste setor (Shrank, Rogstad & Parekh, 2019). Reduzir desperdícios é uma estratégia fundamental na manutenção dos processos, produtos e serviços que realmente interessam ao cliente e reduzir sistematicamente os elementos de trabalho que não contribuem para esse efeito (Berwick & Hackbarth, 2012).

2.5. DESPERDÍCIO NO SETOR DA SAÚDE

Segundo o *New England Healthcare Institute* (2008), desperdícios em saúde são “os gastos que podem ser eliminados sem que causem uma consequente redução da qualidade dos cuidados”.

O setor de saúde apresenta uma certa predisposição para a acumulação de ineficiências, que vão desde a prestação de cuidados desnecessários, à fragmentação desses cuidados, os desperdícios, as variações injustificadas da prática clínica, as burocracias administrativas, a fraude e o abuso (Berwick & Hackbarth, 2012).

Nos EUA, o custo anual do desperdício resultante das ineficiências ao nível da prestação de cuidados de saúde tais como eventos adversos resultantes da admissão hospitalar, ineficiências associadas à prática clínica e a fraca aposta ao nível da saúde preventiva (promoção e prevenção da saúde), é superior a \$100 bilhões. Por sua vez, estima-se que uma aposta nacional ao nível de medidas de combate a estas ineficiências poderia permitir uma poupança entre os \$44 e os \$93 bilhões (Srank et al., 2019).

No caso do SNS português, o uso deficiente dos recursos humanos e materiais representa um dos seus problemas mais graves, estimando-se que o desperdício resultante da não utilização ou utilização indevida destes recursos ronde os 25%. Também a elevada despesa com medicamentos representa um desperdício que é necessário conter. Não quer com isto dizer que deixe de se prescrever ou administrar fármacos necessários, mas sim, que haja maior controlo na sua aquisição a fim de evitar desperdício (Antunes, 2001).

Apesar de números tão elevados, Berwick & Hackbarth (2012) consideram que existe um enorme potencial de atuação para a redução do desperdício no setor da saúde. Há ainda muito a fazer no que toca a definir e caraterizar o que é ou não desperdício contudo, esse exercício permitirá de futuro, que se faça mais com menores custos (Colombo, 2018). Não é possível que se adote uma forma de atuação universal, mas existem propostas de metodologias de gestão que visam efetuar esse combate de forma sistemática e regular (Barros, 2013).

Para Berwick & Hackbarth (2012), a redução do desperdício em saúde constitui-se como o contraponto justo e mais eficiente ao corte no financiamento e redução de serviços tantas vezes apresentado como a estratégia imediata de redução dos custos em saúde, pese embora o risco do seu efeito perverso, com consequências para os utentes e consequente diminuição da equidade do acesso aos serviços.

Também a demasiada burocracia é apontada como um dos grandes problemas no setor da saúde. A necessidade de contratação de um profissional ou de aquisição ou até mesmo

reparação de um equipamento transforma-se num árduo processo de papéis, justificações e assinaturas. A complexidade destes processos leva muitas vezes ao adiamento do procedimento pelo desperdício de tempo útil que representa, tão escasso neste setor. Esta excessiva burocracia estende-se ainda aos processos de aquisição de materiais consumíveis forçando por vezes o adiamento de procedimentos tais como cirurgias, por inexistência de material que permita a sua concretização (Antunes, 2001). O mesmo foi reforçado aquando do estabelecimento do “Memorando de Entendimento” imposto pela TROIKA, em 2011, o qual impunha a necessidade de reestruturar e reduzir custos ao nível dos gastos operacionais, incentivando ao uso eficiente e eficaz dos serviços. Este pacto previa ainda a adoção de procedimentos que garantissem reduzir custos operacionais nos hospitais através da racionalização dos serviços e da diminuição de cargos dirigentes assim como a obrigatoriedade de escolhas mais transparentes dos órgãos de administração (Moreira, 2016).

Também Stadhouders et al. (2019), defendem que uma aposta na melhoria da coordenação ao nível da prestação de cuidado apresenta um efeito positivo na redução dos custos.

Para Brown (2018), também o recurso excessivo aos cuidados de saúde representa um dos fatores do aumento indevido dos custos em saúde sendo que as suas consequências podem ser desde um mero desperdício resultante da realização de procedimentos desnecessários, ou a duplicação de serviços, ou até mesmo resultar na prestação de cuidados a um custo muito superior ao necessário. Também a fragmentação dos serviços de saúde e a sua fraca coordenação levam, muitas vezes, à duplicação de serviços realizados, assim como a repartição dos custos de realização entre o utilizador e terceiros. Ou seja, se o beneficiário do serviço paga apenas uma pequena parte do seu custo de realização, pode existir uma tendência para a utilização abusiva de serviços que não seriam considerados essenciais se lhe fosse cobrada a totalidade dos mesmos.

Srank et al. (2019) apontam as falhas ao nível da prestação de serviços de saúde e na coordenação dos cuidados, a realização de tratamentos excessivos ou pouco valorizáveis, o custo excessivo dos fármacos e alguns procedimentos, a fraude e abuso de poder, bem como a complexidade excessiva ao nível administrativo, como os 6 eixos fundamentais de atuação no combate aos desperdícios em saúde podendo, a intervenção a estes níveis, gerar poupanças acima dos \$200 bilhões, no caso dos EUA. Para Colombo (2018), são vários os desperdícios verificados ao nível da prestação de cuidados, salientando o recurso indevido aos serviços de urgência, as admissões hospitalares desnecessárias ou demasiado prolongadas, ou o aumento da pressão nos hospitais, causada pelo fraco investimento ao nível dos cuidados de saúde

primários e na comunidade. Salienta ainda a necessidade de adoção de estratégias que permitam a redução de erros e acidentes relacionados com a prática clínica, os quais afetam entre 4% e 17% das admissões hospitalares e consequente aumento de custos associados.

Capítulo III

A Qualidade no Setor da Saúde

Sumário

3.1. O que é a Qualidade nas Organizações

3.2. Qualidade nas Organizações Prestadoras de Cuidados de Saúde

3. A QUALIDADE NO SETOR DA SAÚDE

3.1. O QUE É A QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES

A qualidade é fundamental para a sobrevivência e sucesso das organizações. Uma gestão eficaz da qualidade permite a melhoria da imagem e reputação da organização, protege-a contra riscos associados à não qualidade, incentiva e promove a sua eficiência e consequentemente potencia os lucros e a posição global da organização, estimulando o seu crescimento (CQI, 2020).

O conceito de qualidade teve a sua origem mais demarcada no decorrer da década de 30 do século XX, por meio do Controlo Estatístico de Qualidade. Posteriormente, em 1946 o Sindicato dos Cientistas e Engenheiros Japoneses fundou o Grupo de Pesquisa e Formação em Controlo de Qualidade, com o objetivo de melhorar a qualidade dos produtos e a sua qualidade de vida (Lopes & Capricho, 2007).

Contudo, para Patel (2009), no que respeita ao controlo da qualidade em saúde, a sua origem “remonta, pelo menos, até ao período de Florence Nightingale durante a guerra da Crimeia (1854-1856), aquando da introdução de mecanismos de controlo de nutrição, saneamento e de infeção nos hospitais militares, levando à redução do número de mortes de 43% para 10%.”.

Para Lopes & Capricho (2007), a qualidade pode ser considerada uma questão intemporal pela sua interligação aos valores fundamentais do Ser Humano, desde a família, a educação e a escola ou as organizações. Esta dimensão transversal facilita a perceção da sua importância na criação dos sistemas de valor, os quais conduzirão a processos de qualidade nas empresas e restantes organizações, permitindo assim que as sociedades evoluam de forma equilibrada e sustentada para a criação de ambientes de qualidade e progresso.

Com vista á obtenção de vantagens competitivas sobre os seus concorrentes, as organizações olham cada vez mais para a qualidade quer dos processos e produtos, quer organizacional, como fatores de competitividade (Correia, 2019).

Segundo a CQI (2020), a gestão da qualidade visa a busca constante pela excelência garantindo não só o cumprimento dos requisitos previamente estabelecidos, mas também a sua melhoria contínua. Para tal, é fundamental a existência de mecanismos de gestão e controlo da qualidade que incorporem a implementação de métodos de quantificação dos custos e da sua otimização, de forma a apurar os custos da não qualidade (Lopes & Capricho, 2007).

Organizações com maior investimento ao nível da qualidade são organizações mais saudáveis do ponto de vista relacional, mais competitivas e com melhor imagem no seu contexto empresarial, demonstrando maior respeito pela pessoa e pelo ambiente em que se inserem. Assim, importa distinguir o conceito de qualidade total. Este terá sido criado por Feigenbaum em 1949, contudo, é por intermédio de Ishikawa, ao sugerir o enfoque no princípio japonês que aposta no envolvimento de todas as divisões da empresa, que mais se disseminou e ganhou popularidade (Lopes & Capricho, 2007). Este pensamento holístico veio assim revolucionar os processos de gestão da qualidade organizacional passando o “nível de qualidade aceitável” a ser definido pelos *stakeholders* inerentes a cada organização, sendo que os *stakeholders* são todos aqueles que contribuem para o sucesso da organização desde clientes, investidores, colaboradores, fornecedores e outros membros da sociedade em geral. (CQI, 2020, Lopes & Capricho, 2007).

Afirmar-se que determinado produto é de qualidade pressupõe que esse produto tenha obedecido a critérios de qualidade presentes ao longo de todo o processo desde a sua conceção, até chegar ao cliente final. Ou seja, que cumpriu com as normas, especificações e o controlo da qualidade previamente definidos para esse produto (Bernardino, 2017).

Assim, falar em qualidade de determinado produto implica definir o conceito e modelo de “Qualidade Total”. Este diz respeito a uma visão holística do produto ou processo sendo a qualidade um fator imprescindível em todas as suas etapas, desde a criação de um processo de qualidade, passando pela manutenção dessa mesma qualidade e sua melhoria, em que a formação, a aprendizagem e a adaptação contínua são os seus grandes agentes de mudança e chave do sucesso organizacional (Patel, 2008; Lopes & Capricho, 2007).

Para Patel (2009), a gestão da “Qualidade Total” implica uma atuação transversal aos diferentes setores e funções da organização, envolvendo todos os seus trabalhadores desde a base até ao topo de uma forma bidirecional e incluindo de igual forma tanto a cadeia de mantimentos como a cadeia de clientes. Lopes e Capricho (2007) consideram que é essencial “educar cada um em cada divisão e deixar cada pessoa executar e promover o Controlo de Qualidade”.

Segundo Patel (2008), para que a aplicação da metodologia de “Gestão da Qualidade Total” seja efetiva, deve assentar em 8 princípios fundamentais: (1) Organização centrada no cliente; (2) Liderança; (3) Participação e envolvimento de todos; (4) Abordagem processual; (5) Abordagem sistémica da gestão; (6) Melhoria contínua; (7) Consideração dos factos para a tomada de decisão; (8) Relação mutuamente benéfica dos fornecedores.

Uma aposta em modelos de gestão da “Qualidade Total” permite identificar e reduzir custos da não qualidade tais como, insucessos e oportunidades perdidas (Lopes & Capricho, 2007).

A definição do conceito de “Custo da qualidade” apresenta alguma variabilidade na literatura acadêmica sendo na ótica de alguns autores, a representação dos custos inerentes ao processo de obtenção de um produto de qualidade enquanto que para outros, representa os custos da má qualidade (Cociorva, Saraiva, Ferreira & Novas, 2009). Também parece haver variabilidade na própria denominação sendo possível encontrar autores que se referem a estes custos como “custos da não qualidade” ou “custos da má qualidade” (Correia, 2019).

Os princípios de gestão da qualidade e os sistemas de gestão dos custos da qualidade foram adquirindo posições de maior relevância e destaque na gestão organizacional, impulsionados pela globalização dos mercados e pelo aumento da competitividade entre as organizações (Cociorva et al., 2009).

A análise dos custos da qualidade pode fornecer uma preciosa ferramenta de apoio à gestão, sendo a sua aplicabilidade útil nomeadamente ao nível do planeamento, da redução de custos ou da melhoria da qualidade (Correia, 2019).

Os custos da não qualidade são imprevisíveis, difíceis de contabilizar ou controlar e não passíveis de ser incorporados aos custos de produção pois não lhe são forçosamente inerentes. Assim, para produzir com qualidade, é fundamental que as organizações assumam os custos associados ao processo de controlo do produto, melhoria da performance e de identificação e correção atempada de não conformidades através da criação de sistemas de prevenção e avaliação de erros e inconformidades (Lopes e Capricho, 2007).

A crescente exigência para a eficiência da gestão das organizações reforça-se através do planeamento e controlo dos custos da qualidade como instrumento de gestão sendo que, organizações que identificam isoladamente os custos da qualidade nos seus relatórios de gestão, apresentam maior vantagem competitiva na busca pela excelência da qualidade dos seus produtos (Cociorva et al. 2009).

Na sua generalidade, os custos da qualidade resultam da má execução das atividades nas diferentes fases de cada processo de produção, com impacto na produtividade e competitividade organizacionais (Ganhão, 2001). Uma análise sistematizada desses custos poderá funcionar como alavanca para que a organização dê a devida atenção às condições de trabalho, à formação e à motivação dos seus recursos humanos, originando condições propícias ao aumento da qualidade (Lopes & Capricho, 2007).

Ao nível da gestão das organizações denota-se ainda alguma insensibilidade relativamente aos custos da não qualidade (Ganhão, 2001). Contudo, para Lopes & Capricho (2007), “Os custos totais da qualidade refletem dois dos elementos que integram o conceito de qualidade: as características do produto e a ausência de defeitos. A cada um destes elementos correspondem respetivamente o custo da qualidade e o custo da não qualidade”.

No campo organizacional português, existe ainda um longo caminho a ser percorrido no que concerne à utilização dos custos da qualidade como ferramenta de apoio à gestão pois, para uma grande parte das organizações, apesar da importância que lhe atribuem, não se procede ao seu apuramento e tratamento (Correia, 2019). Uma das causas apontadas para a falta de importância que as organizações atribuem aos custos da não qualidade prende-se com o facto de estes não serem facilmente observáveis, pois resultam do somatório de “grandes quantidades de pequenos custos ocultos” (Lopes & Capricho, 2007).

Para que seja possível uma avaliação eficaz das melhorias no desempenho, é imprescindível que as organizações disponham de um sistema de recolha de dados da contabilidade e de padrões de desempenho. Essa informação, deve posteriormente ser analisada de forma a permitir relacionar os custos de qualidade com os proveitos obtidos (Lopes & Capricho, 2007).

Ganhão (2001) defende que um projeto de redução de custos da qualidade deve ser coordenado por uma equipa multidisciplinar, a qual deve considerar a envolvimento dos colaboradores, através da divulgação de relatórios que considerem as soluções e os problemas encontrados; despertar nos colaboradores o interesse de participar na resolução dos problemas; desenvolver ações que visem a eliminação desses problemas; analisar permanentemente esses resultados e comparar regularmente os resultados obtidos divulgando-os, com vista à evidenciação da eficácia das ações adotadas.

Para Lopes & Capricho (2007), a redução do desperdício conduz à diminuição do custo de produção e aumenta a produtividade, reforçando assim a estreita relação existente entre desperdício, custos e lucros.

Segundo Ganhão (2001) e Bank (1998) citado por Lopes e Capricho (2007), as organizações apresentam ainda uma “cultura demasiado permissiva quanto ao desperdício, à falta de rigor na execução e à falta de cumprimento das exigências da qualidade, ignorando os sinais de alarme”. Esta forma de pensamento é propícia a comportamentos de resistência à mudança e ao progresso, provocando reações tardias, que ameaçam a sustentabilidade e sobrevivência das organizações. Uma aposta nos processos de melhoria contínua da qualidade permite um investimento ao nível da eficácia e eficiência, minimizando

custos e otimizando a produção. Por consequência, reduzem-se desperdícios, com impacto imediato na redução dos custos de produção, produzindo um impacto positivo no aumento dos lucros (Lopes & Capricho, 2007).

A fim de contrariar esta tendência, as organizações devem considerar processos de produção com menor desperdício, recorrendo a tecnologias mais limpas, com consequente obtenção de produtos de qualidade superior (Lopes & Capricho, 2007).

3.2. QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES PRESTADORAS DE CUIDADOS DE SAÚDE

A qualidade deve centrar-se no cliente e nas suas necessidades, devendo contudo considerarem-se as particularidades dos seus domínios específicos (Lopes & Capricho, 2007).

No setor da saúde, a qualidade tem sido alvo de um interesse crescente por parte dos diversos intervenientes neste setor (Vaz, 2015). Esta apresenta maior complexidade comparativamente a outras organizações pois, no setor da saúde, a qualidade não age em função de um único produto final sendo que este é sempre incerto e não obedece a padrões previamente estabelecidos, não apresentando um conceito de qualidade uniforme (Mezomo, 2001). Por outro lado, pode representar condições diferentes, variáveis com as condicionantes da perceção de cada indivíduo. Se para uns se caracteriza pela superioridade de excelência, para outros define a falta de cuidados ao utente e as falhas nos serviços (Patel, 2009).

Donabedian (1990), define sete atributos fundamentais para a determinação do nível de qualidade das organizações de saúde, os quais classifica de “Sete Pilares da Qualidade”: (1) Eficácia- a capacidade de cuidar, o melhor possível, na obtenção de melhoria do estado de saúde; (2) Efetividade- diz respeito ao nível a que os cuidados devem ser prestados, de forma a ser possível obter o grau de qualidade previamente definido como atingível ou expectável; (3) Eficiência- a capacidade de obter melhores resultados em saúde, ao menor custo; (4) Otimização- o balanço ideal entre custos e benefícios; (5) Aceitabilidade- conformidade com as preferências do utente no que respeita a acessibilidade, relação paciente, profissional de saúde, amenidades, resultados do serviço e o seu custo associado; (6) Legitimidade- conformidade com as preferências e valores sociais; (7) Equidade- justiça na distribuição dos cuidados e seus efeitos na saúde à população a que se determina.

A avaliação da qualidade no setor da saúde resulta da interação entre beneficiários e prestadores. As suas expectativas e necessidades determinam a percepção de qualidade dos serviços (Righi, Schmidt & Venturini, 2010).

No decorrer das últimas décadas têm sido desenvolvidos diversos métodos de avaliação e comparação da qualidade nas unidades prestadoras de cuidados de saúde, destacando-se os sistemas de acreditação. Estes modelos têm focos de atuação comuns, direcionados para as áreas da credibilidade, da efetividade clínica, de análise de processos e resultados e de segurança dos doentes. A acreditação constitui-se como um agente importante para as atividades de melhoria da qualidade das organizações, promovendo mudanças e o próprio desenvolvimento dos profissionais (Vaz, 2015). Contudo, para Cociorva et al. (2009) este, por si só, não é suficiente para garantir a competitividade das organizações. Também o interesse pela procura de sistemas de *benchmarking* tem vindo a crescer (Vaz, 2015). O *benchmarking* é apresentado pelos gestores como um importante aliado na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. A sua aplicabilidade varia desde a análise dos dados informáticos, bem como para a comparação de custos associados à aquisição de produtos ou equipamentos, comparativamente a outros hospitais (Alexander et al., 2007).

Nyakala et al. (2017) definem a qualidade dos cuidados de saúde como a capacidade de atingir resultados desejáveis através de meios legítimos. Entende-se como resultados desejáveis a obtenção de um estado de saúde alcançável (Nyakala et al., 2017).

Para Urdan (2001), ao abordar a temática da qualidade em saúde, é fundamental considerar-se a variabilidade das dimensões de avaliação da qualidade. Nomeadamente, distinguindo-se os conceitos de “Qualidade do serviço” e “Qualidade Percebida”. Sendo que, a qualidade percebida diz respeito à forma como o beneficiário do serviço percebe e avalia a qualidade, com base nas suas expectativas e no seu próprio entendimento. De certa forma, a qualidade percebida resulta do balanço entre a qualidade que o cliente espera receber e aquela que experienciou, podendo esta superar, igualar ou ficar aquém da sua expectativa. Por outro lado, sendo uma avaliação subjetiva inerente a cada cliente, o resultado pode diferir muito nas suas interpretações (Gronroos, 1990; Garvin, 1984; Howard, 1977). Assim, a avaliação da qualidade do serviço corresponde a fatores condicionantes do bem-estar do cliente, sendo condicionada pela qualidade percebida pelo mesmo. Assumindo que, na maioria das vezes, o cliente não tem domínio sobre o conhecimento técnico, a sua avaliação do serviço será influenciada pela relação interpessoal criada com o profissional de saúde, baseada no interesse e preocupação que este demonstra para com a sua condição, ao qual se acrescentam fatores

contextuais de conforto e cortesia, como o ambiente onde o cuidado é prestado (Donabedian, 1990).

A gestão da qualidade possibilita aos hospitais uma melhor organização da informação e monitorização dos seus serviços (Nyakala et al., 2017). Para que se possam desenvolver estratégias de melhoria da qualidade é fundamental identificar e analisar as diferentes conceções de qualidade provenientes de prestadores e beneficiários, visando posteriormente desenvolver mecanismos para a satisfação das necessidades de ambos e promover a melhoria contínua (Righi et al., 2010).

Urdan (2001) apresenta 3 características diferenciadoras das unidades prestadoras de cuidados de saúde, que devem ser considerados quando se fala em avaliação da qualidade neste setor: (1) a falta de clareza na relação entre entradas e saídas, em parte pelo período de tempo necessário até que os resultados se manifestem; (2) dificuldade dos pacientes em avaliar aspetos técnicos; (3) a existência de duas correntes de autoridade distintas, administrativa e clínica, em oposição à pirâmide de autoridade única, característica de outras organizações.

Uma aposta na implementação de estratégias de melhoria da qualidade trará um consequente benefício ao nível da performance hospital (Nyakala et al., 2017). Para Righi et al. (2010), a avaliação constitui um “importante instrumento de mudança”, que deve ser encarado como um incentivo para que os serviços de saúde cumpram com padrões mínimos de qualidade e promovam uma renovação da sua cultura de trabalho. Nyakala et al. (2017), definem o conhecimento, as competências técnicas, a capacidade e os recursos como ferramentas imprescindíveis na determinação de fatores de melhoria da qualidade. Também a implementação de registos clínicos eletrónicos e outros recursos tecnológicos de informação são fundamentais para a melhoria da eficiência da gestão de custos e da qualidade. Segundo Alexander et al. (2007), a informatização dos registos clínicos contribui não só para melhoria da qualidade e quantidade da recolha de informação clínica, mas também para a redução de erros e redução da duplicação de serviços.

É indiscutível que a gestão e avaliação da qualidade dos serviços de saúde deve satisfazer as necessidades dos pacientes. Neste sentido Nyakala et al. (2017) classificam os 5 fatores que os pacientes consideram fundamentais quando avaliam a qualidade dos produtos ou dos serviços: a performance, a durabilidade, a responsividade, a empatia e serem tangíveis.

Ao falar de qualidade nos cuidados de saúde é implícito analisar e refletir sobre os mecanismos para a obtenção de melhores resultados para os pacientes; ou seja, melhores cuidados. Assim, estratégias como a melhoria da qualidade das atividades desenvolvidas, garantia de cumprimento dos *standards* estabelecidos para a prestação de cuidados, o

investimento em tecnologia, a prestação dos cuidados requeridos de forma rápida e precisa, bem como a disponibilização de oferta de serviços ajustada à procura, constituem-se como requisitos essenciais para a qualidade nos cuidados de saúde (Nyakala et al., 2017). Alexander et al. (2007) acrescenta ainda a necessidade de se estabelecerem protocolos de atuação de âmbito nacional para a prática de cuidados de saúde, por forma a promover a uniformização dos tratamentos e conseqüente melhoria da efetividade e da qualidade e conseqüente redução de custos.

Os profissionais de saúde apresentam um papel de centralidade na qualidade dos serviços de saúde. Alexander et al. (2007) salientam a competência, a par com a qualidade da formação, como fatores imprescindíveis para a melhoria da gestão de custos e da qualidade em saúde. Também a gestão eficaz dos recursos profissionais existentes é considerada como um mecanismo importante para se alcançar qualidade e eficiência dos serviços. Ou seja, é importante que a gestão considere a alocação dos recursos profissionais de acordo com a sua formação específica e experiência profissional.

Bernardino (2017), referindo-se ao sistema de saúde português, sugere a adoção de um modelo de gestão em saúde centrado na procura em oposição à sua centralidade na oferta, cujo enfoque deverá concentrar-se na equidade do acesso e na sustentabilidade económico-financeira. Para tal, identifica medidas de atuação prioritárias nas quais reforça a necessidade de “monitorizar a atividade dos serviços de saúde com base em indicadores fiáveis de controlo da atividade, não só em termos de quantidade, mas essencialmente, de qualidade.”

No caso do Reino Unido, a acreditação constitui-se como o método mais comum de avaliação da qualidade, sendo a *Care Quality Commission* (CQC) o regulador independente deste setor. O seu papel centra-se numa avaliação regular e obrigatória do desempenho das unidades prestadoras de cuidados, com base em compromissos existentes e prioridades nacionais. Esta monitorização é publicada anualmente, sob a forma de apresentação de *ranking* (Vaz, 2015).

No caso Americano, as seguradoras, com o intuito de reduzir despesas associadas à prestação de cuidados de saúde, têm-se debruçado sobre a temática no sentido de desenvolver novos modelos de gestão mais eficientes e, por conseqüência, menos dispendiosos.

Song et al., (2014) descrevem o exemplo de um desses modelos aplicado no estado de Massachusetts, denominado de “*Alternative Quality Contract*” (AQC), o qual se baseia no conceito de pagamento global, ajustado ao risco. Este modelo caracteriza-se pela partilha de risco entre ambos, prestadores e financiadores. Assim, partindo de um orçamento global previamente estabelecido, este modelo pressupõe a partilha de lucros se os custos dos serviços

prestados forem inferiores ao orçamento estabelecido, mas prevê também a partilha da despesa nos casos em que esta seja superior ao orçamento estabelecido.

A apresentação de um modelo que premeia a redução dos custos associados à atividade prestada poderá direcionar-nos para algumas dúvidas no que respeita aos padrões de qualidade pois, se há uma redução de custos, é legítimo que se questione se este é obtido pelo sacrifício dos padrões de qualidade. Contudo, a implementação deste modelo pretende a redução dos custos pela redução do desperdício, sem que seja colocada em causa a qualidade dos serviços. Assim, este modelo prevê a atribuição, às organizações, de incentivos de qualidade, definidos com base em 64 critérios previamente definidos, os quais resultam da recolha de informação sobre processos, resultados e satisfação dos pacientes. Além disso, com o objetivo de potenciar melhorias e reduzir desperdícios, as organizações recebem relatórios periódicos de avaliação da performance ao nível dos custos e da qualidade, comparativamente a outras organizações semelhantes (Song et al., 2014).

Apesar de reconhecerem algumas limitações a este modelo, Song et al. (2014) defendem que a relação estabelecida entre prestadores e financiadores será crucial para o sucesso futuro das reformas no sistema de custos e prestação dos serviços. Nyakala et al. (2017), acrescentam ainda o papel preponderante dos gestores na motivação dos seus recursos humanos para o desenvolvimento e empenho em atividades de gestão da qualidade.

À semelhança das organizações de outros setores, também no setor da saúde, a “Gestão da Qualidade Total” absorve destaque. Patel (2009), afirma que as organizações de saúde têm vindo a adotar estratégias de “Gestão da Qualidade Total” com vista à redução de custos, melhoria da eficiência e prestação de cuidados de elevada qualidade ao utente.

No caso particular do setor da saúde a “Gestão da Qualidade Total” é um sistema de gestão centralizado no utente, que visa a melhoria contínua da sua satisfação a um baixo custo, podendo constituir-se como um forte aliado da estratégia de competitividade hospitalar. Este modelo de gestão da qualidade apresenta um grande enfoque na melhoria dos índices de satisfação do cliente alcançados através da análise da combinação entre medidas de qualidade interna, análise de valor e conformidade com as especificações definidas. A qualidade dos serviços não depende apenas da prestação direta dos cuidados de saúde tais como diagnósticos, cirurgias ou tratamentos, mas também das operações indiretas, como administração e aquisição/compra, cujos custos se refletem no preço pago pelos clientes. A amplitude de atuação da “Gestão da Qualidade Total” pode ainda contemplar setores relacionados com a segurança, papel e atitude dos profissionais de saúde, gestão dos tempos de consulta ou procedimento, atrasos no atendimento e tempos de espera (Patel, 2009).

No que respeita ao caso português, as primeiras referências à qualidade terão surgido no início da década de 80 do século passado, mas apenas com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde as suas iniciativas se tornaram mais evidentes. Com a extinção deste mesmo órgão em 2006, a Direção Geral de Saúde (DGS) assumiu as suas funções e objetivos. A par com a adesão a processos de certificação, as organizações de saúde portuguesas têm vindo a participar em sistemas de *benchmarking* para a avaliação da qualidade e desempenho (Vaz, 2015). O setor da saúde é um setor altamente regulado, com diversas instituições que desempenham o papel de reguladores.

Em Portugal, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é o órgão responsável pela regulação de todas as atividades de saúde prestadas para o SNS, independentemente do seu prestador ser de cariz público, privado ou social (Harfouche, 2016). Contudo, são muitas as organizações que contribuem com um papel ativo na regulação e supervisão da qualidade das atividades de saúde. São exemplo dessas organizações, o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF), a DGS, o Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED) e o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS).

A ERS é uma entidade pública, possuindo autonomia administrativa e financeira próprias, sendo o seu conselho diretivo resultante da nomeação feita por Resolução do Conselho de Ministros, mediante proposta do Ministro da Saúde. O seu financiamento reparte-se entre montantes resultantes da aplicação de coimas e multas pelas infrações que lhe compete sancionar, taxas de serviços prestados e dotações do Orçamento de Estado. A ERS iniciou a sua atividade em 2005, surgindo da necessidade de separar os papéis do Estado enquanto prestador, financiador e regulador da prestação de serviços de saúde. A esta entidade compete garantir a equidade no acesso aos cuidados de saúde para o SNS, o cumprimento dos requisitos de qualidade e a proteção dos direitos e segurança dos utentes, bem como dar encaminhamento a eventuais reclamações que possam surgir. Se solicitado pelo Ministério da Saúde, a ERS pode também avaliar contratos com prestadores e leis de regulamentação do setor (Harfouche, 2016).

Para Harfouche (2016), “a introdução desta entidade reguladora independente, destina-se a assegurar que os ganhos de produtividade têm que ser concordantes com a qualidade e a equidade, é um importante passo no processo de reforma”.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

Capítulo IV

Metodologia de Investigação

Sumário

-
- 4.1. Definição de Investigação e Metodologia
 - 4.2. Enquadramento e Justificação do Estudo
 - 4.3. Questão de Investigação e Objetivos
 - 4.4. Tipologia da Investigação
 - 4.5. Caracterização da Amostra
 - 4.6. Procedimentos de Recolha de Dados
 - 4.7. Procedimentos de Análise e Interpretação de Dados
-

4. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

4.1. DEFINIÇÃO DE INVESTIGAÇÃO E METODOLOGIA

A investigação científica é “um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação” (Fortin, 2009, p. 17).

Uma investigação científica consiste num processo de estruturação do conhecimento, com o objetivo de validar ou produzir novo conhecimento, representando assim um processo de aprendizagem (Sousa & Baptista, 2011).

A investigação científica é considerada como o método de aquisição de novos conhecimentos mais rigoroso, permitindo uma relação estreita da teoria com a prática (Fortin, 2009; Vilelas, 2017). A teoria fornece e fundamenta o quadro de conceitos. A prática que deriva da teoria, é orientada e validada pela investigação (Fortin, 2009). Assim, a investigação é uma atividade intelectual que resulta de um problema da vida prática e que através do seu questionamento e análise, é atualizada face à realidade (Vilelas, 2017).

Fortin (2009), apresenta como etapas desta fase, a escolha de um desenho de investigação, a definição da população e amostra, os princípios de medida e a descrição dos métodos de colheita e análise de dados.

Nesse sentido, é fundamental que o investigador defina qual a metodologia que melhor se aplica aos seus objetivos de investigação.

A metodologia de investigação consiste num “processo de seleção da estratégia de investigação que condiciona, por si só, a escolha das técnicas de recolha de dados, que devem ser adequadas aos objetivos que se pretendem atingir” (Sousa & Baptista, 2011, p.52).

Com a presente investigação, pretende-se comparar qual a abordagem de dois sistemas de saúde distintos, para um mesmo problema: os custos na saúde.

A origem do paradigma qualitativo de investigação, parece ter a sua origem associada ao idealismo de Kant, na Alemanha do século XIX (Bogdan & Biklen, 1994; Sousa, 2005). O surgimento desta nova metodologia de investigação veio revolucionar o campo da investigação sendo que, o seu aparecimento não foi consensual entre a comunidade científica, sendo alvo de críticas e interrogações por parte dos defensores da investigação quantitativa (Bogdan & Biklen,

1994). Contudo, a investigação qualitativa apresenta inúmeras vantagens face ao método quantitativo, sendo variável de acordo com os objetivos da investigação.

Os estudos qualitativos sugerem a existência de uma relação dinâmica e indissociável entre o sujeito e o mundo real, que não pode ser traduzida em números (Vilelas, 2009).

Para Bogdan & Biklen (1994), a investigação qualitativa deve obedecer a 5 características essenciais: (1) A investigação tem como fonte direta de colheita de dados o ambiente natural e o investigador é o principal responsável pela recolha desses dados; (2) Os dados recolhidos pelo investigador possuem, na sua maioria, um carácter descritivo; (3) O processo assume-se como prioritário, em detrimento dos resultados; (4) A análise dos dados é feita de forma indutiva, que parte de factos particulares para uma conclusão geral; (5) O investigador analisa, não só o conteúdo, como também as experiências, factos da vida das pessoas que estão a ser investigadas.

Estas características evidenciam aquela que deve ser a atitude do investigador, no decorrer da sua investigação qualitativa. A investigação qualitativa pretende uma análise muito para além dos dados ou de respostas numéricas. Esta enriquece-se e complementa-se nas experiências, na interação e nas expressões, sendo a observação um dos fortes recursos do investigador.

O método qualitativo baseia-se nos valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, com o objetivo de alcançar um conhecimento mais profundo, não passível de ser mensurável pela estatística (Turato, 2005).

4.2. ENQUADRAMENTO E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

As reformas nos setores públicos de saúde têm sido uma constante dos países desenvolvidos. Pretende-se essencialmente a busca pela maior eficiência dos sistemas, melhorando a sua qualidade e procurando reduzir os custos associados ao seu funcionamento (Carvalho, 2009).

Para que a redução de custos, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados, possa ser uma realidade, é fundamental que os gestores disponham de investigação com forte evidência científica que prove a relação positiva entre a adoção de determinada prática de gestão e o seu impacto (Alexander et al., 2007). Assim, é fundamental que se desenvolva mais investigação no contexto da gestão em saúde, em especial, investigação que fundamente o desenvolvimento de estratégias de eficiência em saúde. Sendo os custos uma das grandes

problemáticas da gestão em saúde, este torna-se um dos principais eixos de atuação com vista a essa mesma melhoria da eficiência.

Ana Escoval (2014) considera que o grande desafio para a saúde do Séc. XXI em Portugal seja “colocá-lo ao serviço dos interesses e necessidades de saúde da população, num contexto de escassez de recursos, de grande exigência na qualidade da resposta e de permanente evolução técnica e tecnológica” (citado em Bernardino, 2017).

Existe uma inter-relação entre os custos dos cuidados de saúde, a sua acessibilidade e a qualidade dos mesmos (Brown, 2018). Contudo, a investigação em torno destes 3 vetores, parece ser ainda muito deficitária e a existente, na sua maioria, é anterior aos desenvolvimentos desta última década, ao nível da gestão e procura pelos cuidados de saúde.

O controlo de custos constitui um dos principais desafios para a gestão no setor da saúde, pelo que, é fundamental que se identifiquem e desenvolvam estratégias. Ainda assim, a investigação existente é escassa e, por vezes, pouco rigorosa (Stadhouders et al., 2019).

Assim surge a base e fundamento para esta investigação a qual pretende contribuir para o preenchimento de lacunas de investigação, bem como servir de “pontapé de saída” para o início de uma investigação mais aprofundada que visa a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, pela redução dos custos, em especial, pela identificação e eliminação ou redução de desperdícios.

Partindo do pressuposto de que existe ainda um défice de evidência científica em diversas áreas que representam o top das prioridades dos gestores, Alexander et al. (2007) consideram ser fundamental que se estabeleçam relações de cooperação entre estes e os investigadores de forma a que se desenvolva investigação pertinente e ajustada a essas necessidades, que auxilie nas suas tomadas de decisão, tendo em vista a melhoria da eficiência no setor da saúde.

Uma condicionante referida pelos gestores, é o difícil acesso a publicações pertinentes sobre esta temática, bem como o elevado tempo decorrido entre a realização dos estudos e a sua publicação, constituindo-se como um entrave no apoio à tomada de decisão com base na evidência científica (Alexander et al., 2007).

4.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

Para Yin (2009), a definição da questão de investigação é provavelmente, a decisão mais importante no processo de investigação. É essencial garantir que esta possui forma e conteúdo, ajudando a decidir o tipo e caminho a seguir no desenvolvimento da investigação.

Investigar envolve sempre a formulação de um problema. Na metodologia qualitativa, esse problema desempenha a função de direcionar a atenção do investigador para o fenómeno em análise. Traduzir um problema de investigação sob a forma de “questão de investigação” é um processo que deve ser feito de forma cuidadosa (Sousa & Baptista, 2011).

Tendo por base a revisão de literatura efetuada e por forma a analisar a relação entre as medidas de controlo de custos e a qualidade dos serviços prestados, elaborou-se a seguinte questão de investigação: **Que estratégias têm vindo a ser adotadas pelos gestores hospitalares Portugueses e Britânicos, para a redução de custos em saúde sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados?**

A definição de objetivos visa direcionar a investigação de acordo com o nível de conhecimentos no âmbito em questão (Fortin, 2009).

Na formulação desses objetivos devem considerar-se os objetivos gerais, mais abrangentes e refletindo o objeto a investigar, e os objetivos específicos, os quais revelam os diversos factos de forma a alcançar o objetivo geral (Vilelas, 2009).

O objetivo geral corresponde ao produto final que se pretende atingir, correspondendo assim a “o que se quer alcançar na investigação a longo prazo, ultrapassando inclusive o tempo de duração do projeto” (Sousa & Baptista, 2011, p.26).

Com base nessas constatações e com o intuito de dar resposta à questão de investigação apresentada, formularam-se 2 objetivos gerais e 8 objetivos específicos:

Primeiro Objetivo Geral: Caraterizar a relação entre a gestão dos custos e a qualidade

Objetivos específicos:

- a. Identificar estratégias para a redução dos custos em saúde
- b. Analisar o impacto da redução de custos sobre a qualidade
- c. Compreender a preponderância do fator qualidade nas análises de gestão de custos
- d. Identificar estratégias para a redução de custos, sem prejuízo da qualidade

Segundo Objetivo Geral: Conhecer as estratégias de atuação para redução de custos.

Objetivos específicos:

- a. Analisar estratégias de redução de custos
- b. Identificar estratégias a desenvolver
- c. Identificar desperdícios
- d. Conhecer estratégias de redução de desperdícios

4.4. TIPOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

A presente investigação é de cariz descritivo, exploratório, desenvolvendo-se segundo uma abordagem qualitativa, por meio da realização de um estudo de caso, com recurso à realização de entrevistas.

A investigação qualitativa constitui-se como uma alternativa fidedigna quando a investigação quantitativa se manifesta ineficaz para a análise e estudo da subjetividade inerente ao comportamento e atividade das pessoas e organizações (Sousa & Baptista, 2011). A pesquisa qualitativa considera a relação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, a qual não pode ser traduzida em números e não requer a utilização de métodos estatísticos (Reis, 2018). O mesmo é defendido por Yin, afirmando que “os questionários podem tentar lidar com fenómeno e contexto, mas a sua capacidade para a investigação do contexto é extremamente limitada” (Yin, 2009, p.18). Assim, assume como seu principal objetivo a exploração intensiva e detalhada de um fenómeno através do comportamento, perspectivas, atitudes e experiências dos participantes, no seu contexto (Fortin, 2009; Sousa & Baptista, 2011; Vilelas, 2009). Este tipo de investigação é indutivo e descritivo, pois o investigador desenvolve conceitos, ideias e entendimentos com base em padrões encontrados nos dados, sendo útil para a compreensão dos fenómenos sociais e sua interação, permitindo desenvolver novo conhecimento sobre a sua variedade e complexidade (Sousa & Baptista, 2011; Vilelas, 2009). Este tipo de investigação caracteriza-se pela predominância de análises mais descritivas, oferecendo uma melhor visão e compreensão do problema (Reis, 2018).

A investigação qualitativa caracteriza-se por: (1) maior foco de interesse no próprio processo de investigação e não apenas nos resultados; (2) papel fundamental do investigador na recolha de dados pois a qualidade dos mesmos, depende também da sua sensibilidade, integridade e conhecimento; (3) requer a sensibilidade do investigador para com o contexto da

investigação; (4) a investigação qualitativa é indutiva ou seja, o investigador desenvolve conceitos e chega à compreensão dos fenómenos a partir de padrões resultantes da recolha de dados; (5) a investigação qualitativa é holística, tendo em conta a complexidade da realidade; (6) o plano de investigação é flexível, pois o investigador estuda processos dinâmicos; (7) utiliza processos interpretativos, não experimentais, com valorização dos pressupostos relativistas e a representação verbal dos dados; (8) privilegia a análise de caso ou de conteúdo; (9) a investigação qualitativa é descritiva. Produz dados descritivos a partir de documentos, entrevistas e da observação e por isso, tem de ser profunda e rigorosa (Sousa & Baptista, 2009). A escolha do paradigma qualitativo é particularmente apropriada para questões de investigação com um estreito domínio, pois permitem uma abordagem mais intensiva dos mesmos (Freitas, 2013).

A investigação científica, em particular a qualitativa, deve obedecer a um conjunto de critérios normativos, de forma a garantir a validade dos seus resultados e conclusões. Assim, identificam-se cinco critérios de avaliação fundamentais: (1) transferência – contextos idênticos devem produzir resultados idênticos; (2) autenticidade – descrição rigorosa e honesta do percurso e dos procedimentos adotados; (3) consistência – entre os resultados e a teoria; (4) encaixe – as teorias devem encaixar nos dados e não o contrário; (5) variação – recurso a diversas alternativas para a compreensão do fenómeno estudado (Freitas, 2013).

Sousa & Baptista (2009), definem como principais métodos de investigação: (1) Estudos etnográficos; (2) *Grounded Theory*; (3) Estudos de Caso; (4) Estudos Fenomenológicos (5) Investigação - Ação.

Os estudos de caso representam o método preferencial quando se pretende estudar eventos atuais, que decorrem temporalmente paralelos à realização da investigação (Yin, 2009). Privilegiam a exploração de um único fenómeno, limitado no tempo, em que o investigador recolhe informação detalhada sobre o mesmo (Sousa & Baptista, 2009). Não podendo, contudo, haver manipulação dos comportamentos ou ações (Yin, 2009). Representam o estudo intensivo e detalhado de determinado problema, bem definido, específico e complexo (Sousa & Baptista, 2009). Segundo Yin (2009), os estudos de caso constituem-se como o método de investigação preferencial quando as questões de investigação são do tipo “como” e “porquê”. Carmo & Ferreira (1998) resumem um estudo de caso qualitativo com base em cinco características fundamentais: (1) particular – foca-se em determinada situação, acontecimento, programa ou fenómeno; (2) descritivo – o produto final é uma descrição do fenómeno em estudo; (3) heurístico – conduz à compreensão do fenómeno que está a ser estudado; (4) indutivo – a maioria destes estudos tem por base o raciocínio indutivo; (5) holístico – tem em conta a

realidade na sua globalidade. Atribui maior importância aos processos do que aos produtos, à compreensão e à interpretação.

De acordo com Yin (2009), deve recorrer-se ao estudo de caso como método de investigação quando pretendemos compreender um fenómeno de “*real life*” em profundidade e esse fenómeno comporta importantes condicionantes contextuais, essenciais para a investigação. Ou seja, em que fenómeno e contexto não devem ser dissociados, sob risco de comprometimento dos resultados alcançados.

Os estudos de caso podem ser exploratórios, descritivos ou explicativos (Yin, 2009).

Yin (2009, p. 18) define 2 pontos essenciais para a defesa do recurso ao estudo de caso como método de investigação, tendo por base a questão de investigação definida: (1) investiga um fenómeno contemporâneo em profundidade e no seu contexto real, em especial quando os limites entre fenómeno e contexto são de difícil delimitação; (2) lida com a distintiva situação técnica em que existem mais variáveis de interesse do que pontos de informação e como tal terá de se basear em múltiplas fontes de informação, exigindo que os dados convirjam num modelo de triangulação, beneficiando do desenvolvimento prévio de preposições teóricas para orientar a recolha e análise dos dados.

A escolha do tipo de estudo de caso a desenvolver dependerá sempre do tipo de questão de investigação definida, da extensão do controlo que o investigador poderá exercer sobre os eventos comportamentais e do grau de relevância dos eventos contemporâneos, face a eventos históricos (Yin, 2009).

No que diz respeito ao seu objetivo geral, esta investigação classifica-se como exploratória e descritiva.

Com base nestes pressupostos, e atendendo à questão de investigação definida ser do tipo “como”, direccionou-se esta investigação para a realização de um estudo de caso entre dois centros hospitalares de características semelhantes ao nível do volume de população que abrangem, número de unidades hospitalares e tipo de serviços prestados. Quanto ao facto da escolha de um hospital Britânico e um hospital Português, esta prende-se com questões inerentes ao investigador que, sendo um profissional de saúde e tendo trabalhado em ambos os sistemas de saúde, lhes reconhece semelhanças e dificuldades comuns. Também pelo carácter de similaridade na sua base de funcionamento, sendo os sistemas de saúde de ambos os países de carácter gratuito e universal.

4.5. CARATERIZAÇÃO DA AMOSTRA

De uma forma geral, as amostras podem ser probabilísticas ou não-probabilísticas, sendo que estas últimas consistem numa seleção, segundo a qual os elementos de determinada população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para formar amostra (Reis, 2018).

A amostra selecionada para análise neste estudo é do tipo não-probabilística, intencional. A razão do recurso a este tipo de amostragem prende-se com o facto de, atendendo à temática em estudo, o investigador querer comparar, em específico, um Centro Hospitalar Português e um Britânico. Na base desta escolha reside a experiência pessoal do investigador, por ter exercido funções como profissional de saúde em ambos os sistemas e pelas similaridades encontradas na base do funcionamento de cada um destes sistemas de saúde. Quanto à seleção dos Centros Hospitalares, no caso Britânico, a escolha do *East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust* teve em conta questões de carácter pessoal do investigador, tendo sido aquando do exercício de funções neste mesmo centro hospitalar que foi tomando forma o desejo de “voltar à escola” para realização de um Mestrado em Gestão, que lhe permitisse aprofundar conhecimentos na área da gestão em saúde. Esta necessidade surgiu do contexto diário da prática profissional em que, com frequência, a necessidade de reduzir custos se esbarra com o acesso e a prestação dos cuidados de saúde. Na escolha do centro hospitalar Português, inicialmente começou-se por fazer uma pesquisa *on-line* por hospitais cujo âmbito de atuação e estrutura se aproximassem do hospital Britânico. Nessa pesquisa, foi também tido em conta o fator geográfico de proximidade à localidade de Viseu. Das unidades hospitalares previamente selecionadas, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro foi aquele que mais se destacou pela positiva, tendo por base a informação disponibilizada na sua página de internet no que concerne à sua missão, valores, inovação e compromisso com a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Pesou ainda a qualidade e o rigor demonstrados na palestra apresentada na Conferência “Conversas sobre: Desafios da Gestão em Saúde”, que decorreu no Polo de Viseu da Universidade Católica Portuguesa, na qual o seu Gestor Financeiro foi palestrante.

Por questões de simplificação da transcrição de conteúdos, bem como pela simplificação da estrutura visual, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro passará a ser designado por “TM” e o *East Kent Hospitals University NHS Foundation Trust* será designado por “EK” na apresentação e discussão dos resultados desta dissertação, bem como em qualquer menção que lhes seja feita a partir deste ponto.

Na Tabela 1 pode observar-se a caracterização de cada um destes centros hospitalares, tendo em conta o número de habitantes que servem, o número de unidades pertencentes a cada um dos centros, respetivas unidades de internamento e número total de camas disponíveis para a admissão de doentes, repartidas por todas as unidades de internamento.

	EK	TM
População Abrangida pelo Centro Hospitalar	+/- 695.000	+/- 500.000
Nº de Unidades que integram o Centro Hospitalar	5	4
Nº de Unidades com internamento que integram o Centro Hospitalar	3	4
Nº de camas disponíveis no Centro Hospitalar	1133	833 (dados de 2018)

Tabela 1. Caracterização da Amostra (elaboração própria)

4.6. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do instrumento de recolha de dados deve ser a mais conveniente, tendo em conta a questão de investigação e os objetivos definidos (Fortin, 2009).

Para a recolha de informação apresentada neste estudo de caso, optou-se pela elaboração de uma entrevista semiestruturada, pelas vantagens que esta apresenta na obtenção da informação associada ao tema em estudo. A entrevista é um método frequentemente utilizado na investigação de temáticas pouco exploradas, em que há necessidade de recolher a maior informação possível (Fortin, 2009). A sua aplicação adequa-se particularmente em análises do sentido que os entrevistados dão às suas práticas e aos acontecimentos com os quais se vêm confrontados (Pocinho, 2012).

A entrevista constitui um dos métodos mais comuns na realização de investigação qualitativa (Minayo, 2012), distinguindo-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e de interação humana (Pocinho, 2012). Esta pressupõe o encontro entre o

investigador e o entrevistado, de forma a possibilitar a recolha de informação por parte do investigador, permitindo conhecer a perceção dos participantes em contexto real, dificilmente observável de fora (Minayo, 2012; Pocinho, 2012; Vilelas, 2009). Esta interação direta e aberta entre investigador e entrevistado, constitui-se como uma das principais vantagens do recurso a entrevistas, em contraponto com a aplicação de questionários (Pocinho, 2012). No que diz respeito à objetividade de condução, as entrevistas não estruturadas e as semiestruturadas são as que mais se adequam ao carácter qualitativo de investigação. Na entrevista não estruturada permite-se, ao entrevistado que fale livremente sobre determinada temática. É um tipo de entrevista indicado para situações em que o investigador possui pouca informação sobre o tema em estudo ou sobre o próprio entrevistado, não requerendo a elaboração prévia de um guião de questões. Já nas entrevistas semiestruturadas, mantém-se o carácter de abertura das questões, contudo, há uma delimitação na temática. Por norma, o investigador possui um conjunto de questões guia, relativamente abertas, correspondendo às questões *major* da investigação, para as quais é mesmo necessário obter uma resposta (Pocinho, 2012). Ou seja, são colocados elementos específicos na construção do enunciado da pergunta, com o intuito de direccionar a resposta no sentido do que se deseja conhecer com maior profundidade, conferindo liberdade ao entrevistado, embora não lhe permitindo que se desvie muito do tema em análise (Trivinos, 1987; Sousa & Baptista, 2009; Vilelas, 2009). A entrevista semiestruturada é a que mais frequentemente se utiliza em investigação social (Pocinho, 2012).

A realização de uma entrevista semiestruturada pressupõe a elaboração de um guião, o qual deve incluir os tópicos ou perguntas a abordar na entrevista. A organização estrutural das perguntas, numa entrevista semiestruturada é apoiada pelos pressupostos e teorias que interessam à investigação, mas também por novos conteúdos que vão surgindo no decorrer da entrevista (Trivinos, 1987). A entrevista semiestruturada apresenta como suas principais vantagens uma vasta recolha de informação, o esclarecimento de aspetos do discurso, não incluídos no guião e a adoção de novas orientações no decorrer da entrevista (Vilelas, 2009).

Na ausência de instrumentos adequados à realização da investigação que se pretende construir, cabe ao investigador construí-los (Fortin, 2009). Foi com base neste pressuposto que se construiu o guião de entrevista que sustenta esta investigação, o qual pode ser consultado na secção dos Anexos. A construção deste guião teve em conta os objetivos definidos para esta investigação, formulando conjuntos de questões abertas, orientadoras das temáticas a investigar, com vista a facilitar a interpretação e análise da informação.

O propósito da elaboração deste guião atendeu às características de uma entrevista semiestruturada, com carácter meramente orientador, garantindo a abordagem das temáticas pretendidas, tendo, no decorrer da entrevista, havido uma conjugação entre as questões previamente definidas e o discurso do entrevistado, com o intuito de enriquecer a temática tanto mais quanto possível, com a sua própria experiência.

Previamente à realização das entrevistas efetuou-se uma análise documental da informação institucional de cada um dos Centros Hospitalares, disponível nas redes sociais, bem como dos seus Órgãos de Administração, direcionando-se o convite para participação neste estudo, diretamente ao Diretor Financeiro de cada uma das instituições.

Após a aceitação de participação por parte dos Diretores Financeiros, procedeu-se ao agendamento das datas para realização da respetiva entrevista.

A realização das entrevistas apresentadas neste Estudo de Caso decorreu entre os meses de Junho e Agosto de 2020, tendo a sua organização e realização sido condicionada pela presente pandemia causada pelo vírus SARS CoV-2, as quais condicionaram também a data de realização das mesmas, que estava inicialmente previsto acontecer entre os meses de Março e Abril do presente ano. Atendendo às restrições atuais que visam reduzir riscos de contágio e atendendo a que o objeto de estudo sejam unidades hospitalares, a realização das entrevistas decorreu com recurso às tecnologias digitais, por videoconferência, tendo o principal atraso na realização das mesmas sido devido ao período crítico que os hospitais e seus órgãos de gestão atravessaram, na adaptação e combate a esta pandemia, mas também devido ao facto de a investigadora ser, também ela, uma profissional de saúde, a combater na linha da frente desta pandemia o que, perçivelmente condicionou a realização desta investigação. Ultrapassadas estas condicionantes, foram entrevistados os gestores financeiros de cada um dos Centro Hospitalares selecionados.

Pela natureza linguística distinta a cada um dos entrevistados, procedeu-se à tradução prévia do guião de entrevista, originalmente redigido em português, para que pudesse ser aplicado na entrevista ao EK. As entrevistas foram gravadas com a autorização prévia e consentida dos entrevistados. No caso da entrevista realizada ao EK, procedeu-se à sua tradução e transcrição posterior, para a Língua Portuguesa. Apesar das barreiras inerentes ao processo de tradução, o investigador procurou ser sempre o mais rigoroso possível na realização da mesma, mantendo, quando necessário, expressões ou citações na língua original, o Inglês, a fim de evitar a perda de conteúdo ou autenticidade. Para o rigor da tradução, atendendo a que apresenta termos técnicos específicos do contexto hospitalar e da prestação de cuidados de saúde, considera-se como aspeto de valorização e de credibilidade, o facto de o investigador ter

exercido funções como profissional de saúde, no Reino Unido. Este facto permite-lhe, além do domínio da Língua Inglesa na sua generalidade, também o domínio de conceitos técnicos e o conhecimento da estrutura orgânica do funcionamento do Sistema Nacional de Saúde Britânico. Este aspeto permite assim reduzir risco de erros de tradução ou perda de contextualização das respostas fornecidas. Possibilitou ainda a adaptação do guião de entrevista ao contexto real no que confere à prática e enquadramento dos cuidados de saúde no Reino Unido.

4.7. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS

"É o processo de decomposição de um todo nos seus elementos, procedendo posteriormente à sua examinação – de uma forma sistemática – parte por parte" (Sousa & Baptista, 2011, p. 106).

O tratamento dos dados recolhidos decorreu da análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Após a recolha de informação, cabe ao investigador proceder à sua seleção. "Não sendo possível analisar toda a informação recolhida, o investigador terá de seleccionar aquela que tem maior importância e que seja mais relevante para dar resposta às questões de investigação" (Sousa & Baptista, 2011, p. 107).

Van der Maren (1988) define quatro etapas para o tratamento dos dados, comuns tanto à análise de dados qualitativos como quantitativos, sendo estas: (1) resumir; (2) organizar; (3) estruturar; (4) apresentar as relações ou estruturas daí resultantes (citado em Sousa & Baptista, 2011).

Por vezes, a fase de apresentação dos dados tende a ser um pouco negligenciada pelos investigadores, descurando-se a sua extrema importância para a elaboração do relatório final, ao permitirem a organização dos dados fornecidos, que muitas vezes se encontram dispersos, vagamente estruturados e difíceis de reter, na sua narrativa original (Miles & Huberman, 1994).

Nesse sentido, a organização dos dados representa uma fase determinante da análise, pois permite ao investigador: (1) a representação dos dados num espaço visual reduzido; (2) auxiliar a planificação de outras análises; (3) facilitar a comparação entre diferentes conjuntos de dados; (4) garantir a utilização direta dos dados no relatório final (Sousa & Baptista, 2011).

Os dados qualitativos provenientes da recolha por entrevista são dados complexos e de carácter imprescindível para a compreensão do fenómeno em estudo. Apesar de os estudos qualitativos apresentarem uma estrutura não muito definida para a orientação da análise dos dados recolhidos, isso não exclui a necessidade de rigor e de atribuição de critérios para a sua realização (Sousa & Baptista, 2011). Assim, Sampieri, Collado & Lucio (2006) sugerem a

realização das seguintes etapas na análise qualitativa dos dados: (1) rever o material; (2) estabelecer um plano de trabalho; (3) codificar os dados, determinando unidades de análise para categorias de análise; (4) comparar as categorias entre si, agrupando-as em temas e procurando possíveis ligações; (5) interpretar os dados; (6) descrever contextos, eventos, situações e indivíduos de estudo; encontrar padrões, explicar factos, acontecimentos e construir teorias; (7) assegurar a fiabilidade e validade dos resultados; (8) responder, corrigir e voltar ao trabalho de campo.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Sumário

-
- 5.1. De que forma a gestão hospitalar se tem adaptado e transformado com os recentes desafios em saúde**
 - 5.2. Transformações no financiamento em saúde**
 - 5.3. Como é que os gestores lidam com os consecutivos cortes no financiamento**
 - 5.4. Impacto da gestão de custos na qualidade**
 - 5.5. Como fomentar a relação entre o controlo dos custos e a qualidade**
 - 5.6. Melhoria da eficiência pela redução dos custos**
 - 5.7. Desperdícios no setor da saúde**
 - 5.8. Estratégias para reduzir desperdícios**
 - 5.9. Pertinência da investigação como contributo para a melhoria da relação entre redução de custos e qualidade**
 - 5.10. 3 Vetores de atuação para a melhoria da eficiência em saúde**
-

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. DE QUE FORMA A GESTÃO HOSPITALAR SE TEM ADAPTADO E TRANSFORMADO COM OS RECENTES DESAFIOS EM SAÚDE

Pela estrutura organizacional e modelo de financiamento que o Reino Unido apresenta, os efeitos da crise económica iniciada em 2008 tiveram uma repercussão tardia, mais demarcada a partir de 2012. Desde então, foi exigido que se adotassem medidas de eficiência, com cortes na ordem dos 2 a 3% ao ano. Assim, numa ótica de combate aos cortes exigidos, o NHS procedeu à reestruturação dos modelos de gestão dos cuidados de saúde primários, reagrupando unidades, de forma a reduzir infraestruturas e equipas de gestão, sem redução ao nível do número de prestadores de cuidados. Em paralelo, passou a promover-se a cooperação entre hospitais e outras unidades prestadoras de cuidados de saúde, apelando a que trabalhem conjuntamente como um único sistema, no sentido de afastamento de uma visão de competitividade anteriormente vincada. Com esta iniciativa, pretende-se uma melhor coordenação dos cuidados na resposta dada às necessidades dos utentes, permitindo a redução do número de utentes que recorre aos hospitais e serviços de urgência, sem que a sua condição assim o exija.

No caso português, TM salienta a pertinência de se estabelecer uma ligação forte e coesa entre o conselho de administração e os serviços clínicos e não clínicos, como forma de dar uma resposta eficiente às novas necessidades dos utentes. Centrados nas necessidades dos utentes, salienta a importância de “dar respostas céleres e adequadas aos desafios emergentes”.

Quanto ao financiamento, no caso português, verifica-se uma estratégia oposta aquela apresentada pelo Reino Unido, pelo menos nestes anos mais recentes, caracterizada por reforços orçamentais, inclusivamente com injeções pontuais de capital, os quais visam servir de suporte ao acréscimo da despesa e do investimento em saúde, nomeadamente ao nível dos equipamentos.

5.2. TRANSFORMAÇÕES NO FINANCIAMENTO EM SAÚDE

EK realça o investimento realizado no sentido de evitar que as pessoas tenham de recorrer aos serviços de urgência, nomeadamente pelo investimento ao nível dos cuidados na

comunidade. Ainda assim, apesar deste investimento, a sobrelotação dos serviços de urgência é notável, apresentando uma trajetória de crescimento na ordem dos 7% ao ano.

TM destaca a forte ligação entre o Conselho de Administração e os serviços clínicos e não clínicos, no sentido de dar resposta às novas necessidades dos utentes quer ao nível organizativo, estrutural ou de recursos humanos, permitindo um ajuste do financiamento às reais necessidades da organização. Para TM, o foco da sua atuação centra-se na capacidade de dar respostas céleres e adequadas aos desafios emergentes que ocorrem diariamente, num novo paradigma de prestação de cuidados.

5.3. COMO É QUE OS GESTORES LIDAM COM OS CONSECUTIVOS CORTES NO FINANCIAMENTO

Para o exemplo Britânico, EK reitera que tem sido difícil lidar com os consecutivos cortes. A par com os cortes aplicados ao setor da saúde, verifica-se um constante aumento da inflação sobre os produtos, o qual vem aniquilar a maioria das eficiências alcançadas ao nível da gestão. Realça que, muitas vezes, a única opção dos gestores é uma constante revisão dos seus orçamentos para rever áreas em que é possível cortar ainda mais nos gastos. Numa tentativa de combate a esses constrangimentos financeiros, salienta 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 estratégias.

Também Barros (2013) defende a revisão periódica de todos os contratos de prestação de serviços efetuados com entidades externas e conseqüente consulta de mercado para atribuição de novos contratos, bem como a adoção de estratégias e ações de redução de desperdícios que tenham alcançado sucesso noutras organizações de características semelhantes, como mecanismos de ação para a redução de custos.

Já no caso Português, parece vivenciar-se uma realidade diferente em que, ao invés de combater com uma estratégia de diminuição do financiamento, TM afirma que, como resultado de uma constante exigência junto das tutelas, têm-se verificado reforços orçamentais e injeções pontuais de capital para fazer face ao acréscimo da despesa.

5.4. IMPACTO DA GESTÃO DE CUSTOS NA QUALIDADE

No exemplo do hospital português, salienta-se o aumento dos custos anuais como motor de impacto positivo para a qualidade e quantidade dos cuidados prestados, estabelecendo assim uma relação de proporcionalidade direta entre o aumento dos custos e a qualidade dos cuidados prestados. Esta perspetiva de atuação é corroborada por Lopes & Capricho (2007), que defendem a importância das organizações compreenderem que o acréscimo de custos provocado pelo acréscimo de qualidade será, quando analisado no longo prazo, sempre inferior ao acréscimo de custos associados a desperdícios desnecessários, erros de não conformidade e eliminação de defeitos sobre os quais uma aposta na melhoria da qualidade irá atuar, eliminando as suas causas.

Já no caso do hospital inglês, o poder da retórica centra-se na essência de manter os padrões de qualidade anteriores apesar da necessidade de reduzir custos pois, a perda de qualidade acarreta custos demasiados elevados “os erros custam sempre mais e cometer erros no NHS é muito caro”, defende EK.

Assim, embora a qualidade seja um ponto central para ambos os entrevistados, o ângulo de observação que cada um apresenta parece ser diferente, para um mesmo prisma. Se para TM, a manutenção dos padrões de qualidade parece estar dependente do nível de investimento efetuado, sendo crucial que haja investimento, sob custo de perda de qualidade dos serviços prestados, no caso do EK, admite a necessidade de se efetuar cortes ao nível da despesa, de forma a garantir a sustentabilidade do sistema, todavia, esses cortes devem ser ponderados e avaliados, para que não afetem negativamente a qualidade dos serviços prestados.

Embora as estratégias de atuação possam ser distintas à medida que analisamos comparativamente diferentes países, a centralidade das questões relacionadas com custos e qualidade parece ser indiscutível. Globalmente, os sistemas de saúde evoluem em torno de três eixos fundamentais: a redução dos custos, o aumento da qualidade assistencial e a melhoria da acessibilidade (Batista, Magalhães & Chaves, 2015).

5.5. COMO FOMENTAR A RELAÇÃO ENTRE O CONTROLO DOS CUSTOS E A QUALIDADE

O testemunho português indica que o aumento dos custos verificado em saúde reflete o aumento dos níveis de qualidade e volume de atividade dos serviços de saúde. Portanto,

gastando-se mais porque se prestam mais e melhores cuidados. Esse aumento de custos é também induzido pelo aumento do investimento em inovação em saúde, tanto pelo investimento tecnológico como na capacitação e qualificação dos profissionais de saúde. Considerando que o fator humano é decisivo para a qualidade do resultado em saúde, neste Centro Hospitalar, os gastos com pessoal representam 60% dos seus custos totais. Ainda assim, admite a possibilidade de melhoria da relação entre controlo de custos e qualidade, mas salienta a necessidade de se considerar o aumento da procura por cuidados e tratamentos mais inovadores, os quais são tendencialmente mais caros, reforçando o conceito de que “mais qualidade é sinónimo de mais gastos”.

TM afirma que, contrariamente ao verificado no setor industrial em que mais tecnologia significa menores custos, no caso da saúde, mais tecnologia representa mais custos pois a evolução tecnológica vem permitir o tratamento de novas patologias, com melhores resultados, pelo recurso a novas abordagens terapêuticas e cirúrgicas.

O investimento numa capacitação apropriada dos prestadores de cuidados, bem como a introdução e utilização de progressos tecnológicos, são alguns dos fatores que contribuem persistentemente para a despesa em saúde (Smith, Newhouse & Freeland, 2009). Contudo, Alexander et al. (2007), salientam a unanimidade de opinião dos gestores em afirmar as vantagens da implementação das tecnologias de informação para o controlo dos custos e melhoria da qualidade.

TM reitera ainda que o SNS português apresenta uma trajetória de atuação mais centrada nas necessidades dos utentes do que na gestão dos recursos. Contudo, Alexander et al. (2007), defende que a preocupação com uma gestão eficiente dos custos inerentes aos padrões de qualidade esperados pelos clientes, quando associado à escassez de profissionais é um fator de preocupação mencionado, com frequência, pelos gestores, salientando assim a necessidade de uma análise equilibrada entre a satisfação das necessidades dos utentes e a gestão dos recursos disponíveis. Não será possível cumprir com as necessidades e requisitos dos utentes, se não dispusermos de recursos humanos disponíveis.

EK defende que é fundamental que, independentemente das medidas adotadas para o controlo dos custos, estas não afetem a qualidade dos cuidados prestados. Assim, para cada plano de redução de custos estabelecido, é feito um “Quality Impact Assessment” o qual tem de ser revisto e aceite pelos diretores médico e de enfermagem, de forma a garantir que mantém a segurança dos cuidados prestados. A incorporação dos profissionais de saúde nas decisões da gestão são cruciais para o sucesso e até mesmo a segurança das medidas adotadas, pela especificidade inerente a este setor. O sucesso da adoção e implementação de medidas de

redução do desperdício exige que os profissionais de saúde exerçam uma participação ativa, em especial aqueles que exercem funções dirigentes, pois são estes quem melhor poderá identificar o que é ou não um desperdício na prestação de cuidados (Berwick & Hackbarth, 2012; Antunes, 2001). A especificidade do conhecimento médico e dos procedimentos técnicos e científicos dos profissionais de saúde não pode nunca ser posta em causa.

EK defende que é possível investir ainda mais na melhoria da relação “controlo de custos/qualidade”, considerando alguns aspetos a intervir nesse sentido. Uma dessas intervenções seria ao nível da relação entre o NHS e o setor social, de forma a que facilitasse a transferência dos utentes internados em contexto hospitalar para as áreas que melhor se adequem às suas necessidades, fora dos hospitais. Defende a criação de incentivos para que o setor social encaminhe estes utentes para as respostas necessárias de forma célere, permitindo assim a libertação de camas hospitalares para quem delas necessita. Embora esta represente uma relação tendencialmente difícil, salienta a diferença sentida durante a primeira vaga deste “período COVID-19”, no qual foi possível estabelecer uma relação de cooperação eficaz, encontrando respostas em tempo útil, o que possibilitou uma melhoria dos níveis de eficiência do serviço de urgência, na ordem dos 97%. Em resultado, verificou-se um tratamento e encaminhamento imediato dos doentes críticos.

Apesar das condições excecionais causadas por esta pandemia, considera que há imensas reflexões e aprendizagens que devem ser retiradas deste período, reforçando a eficiência do funcionamento do sistema como agente de melhoria da qualidade.

O problema desta ineficaz distribuição dos utentes pelas respostas necessárias, fora do contexto hospitalar e conseqüente libertação de camas intra-hospitalares, tem ainda outro efeito na eficiência e qualidade dos cuidados, obrigando muitas vezes ao cancelamento de procedimentos cirúrgicos pela falta de camas para admissão destes pacientes. Como consequência, verifica-se o aumento das listas de espera cirúrgicas e o agravamento do estado de saúde destes utentes, com o surgimento de novas complicações, agravadas por esse tempo de espera. Tudo se torna menos eficaz e, associado a estes constrangimentos, verifica-se ainda o aumento do risco de incidentes, consequência da pressão excessiva exercida sobre os profissionais de saúde.

5.6. MELHORIA DA EFICIÊNCIA PELA REDUÇÃO DOS CUSTOS

Neste ponto, TM evidencia o esforço dos profissionais de saúde para fazer “mais com menos”, salientando que os resultados em saúde do nosso país provam isso mesmo. A

valorização dos profissionais de saúde e da sua capacitação é preponderante para a melhoria da qualidade e da eficiência em saúde. O mesmo é defendido por Alexander et al. (2007), que salientam a existência de uma forte relação entre a quantidade de profissionais de saúde disponíveis e o aumento da qualidade.

TM é perentório em afirmar que uma redução nos custos, só por si, não é a solução pois “um corte nos custos no presente vai gerar novos gastos no futuro, pela agudização da doença e pelo impacto na saúde das populações”. Em oposição a uma redução nos custos, salienta a importância de uma abordagem atempada e preventiva, que vise prevenir agudizações e consequente necessidade de tratamentos ou abordagens mais onerosas.

Contrariando esta perspectiva, EK, assente no pressuposto de que “o setor da saúde tem de, ou reduzir custos, ou começar a racionalizar os cuidados prestados”, defende que o foco na redução dos custos é uma boa ferramenta de perceção do processo dos acontecimentos e de melhoria da eficiência. Defendendo assim uma redução de custos calculada, com base em conhecimento de factos pertinentes de apoio à decisão de onde e como reduzir custos. A ausência de conhecimento por parte dos gestores, destas questões, potencia que se desperdicem oportunidades de resolver problemas que impedem a melhoria da qualidade.

Havendo a necessidade de reduzir custos em contexto hospitalar, TM defende que essa redução não deve ser feita pela redução dos consumos, mas sim, através da negociação de melhores condições de aquisição de bens e serviços, a par com uma redução do desperdício. Para Barros (2013), essa redução dos preços de bens e serviços fornecidos aos hospitais, pode ser alcançada através de processos negociais com os fornecedores. Na sua perspectiva, esta redução pode ser alcançada através da renegociação dos preços com os fornecedores, pelo desvio da procura para outras formas alternativas, ou pela introdução de maior concorrência, como formas de influenciar essa redução de preços. Contudo, o mesmo autor recomenda alguma prudência na adoção destas estratégias, pois estas podem ser ambíguas, conduzindo a efeitos contraditórios. Assim, é essencial ser-se consciente nos limites impostos para essa redução de preços sob o risco de se empurrar os próprios fornecedores para situações de insustentabilidade, impondo preços de venda muito aproximados dos custos de produção. Se tal se verificar, corre-se o risco de abandono da atividade por parte de alguns fornecedores. Na eventualidade deste cenário, em última análise, existe o risco de perda da capacidade de fornecer determinado bem ou serviço aos utentes que dele necessitem, provocado pela saída de fornecedores do mercado. Tal acontecimento, resultaria em custos mais elevados ou na própria suspensão do procedimento ou tratamento.

TM considera ainda que a eficiência da gestão depende do desenho e dimensão da instituição e da descentralização e coordenação do seu modelo de gestão, favorecendo a criação de unidades de gestão intermédias, baseadas numa contratualização interna por serviço e capazes de informar sobre os níveis de atividade e gastos, permitindo a monitorização de desvios face ao contrato programa tanto em termos qualitativos, quantitativos, ou de gastos. Acresce ainda a existência de serviços de apoio clínico e não clínico que garantam e promovam o normal funcionamento dos mesmos.

Também EK reforça esta ideia, afirmando que é essencial que um gestor entenda onde e como é gasto o seu financiamento. Indo mais além, defende que a gestão entenda os conceitos da prática clínica, nomeadamente ao nível dos equipamentos, da sua função e necessidade, nomeadamente, aquando da aquisição de novos equipamentos, para que possa estabelecer uma relação clara e objetiva do seu custo/benefício. É fundamental que o gestor entenda o que se passa na sua área de controlo e que procure respostas para o que não entende, afirma.

Ambos os entrevistados parecem concordar no investimento ao nível dos cuidados de saúde primários e na comunidade como estratégia para a redução de custos em saúde. TM afirma que “a prevenção e a saúde pública são estratégias na definição dos gastos em saúde”. Já EK, realça a reestruturação realizada ao nível dos cuidados na comunidade, com vista à redução da sobrelotação dos serviços de urgência e consecutiva melhoria da qualidade do atendimento quer pela melhor resposta dada a cada necessidade quer pela melhoria da qualidade da resposta dada a quem de facto requer um atendimento nos serviços de urgência, pela redução da sua sobrelotação. Embora a ausência de resultados imediatos, é perentório em afirmar que os resultados irão surgir à medida que se invista mais nos cuidados centrados na comunidade, reforçando esta ideia com o exemplo dado a nível nacional, para fazer frente às dificuldades extra inculcadas por esta crise resultante da pandemia causada pelo vírus da COVID-19. Numa ótica de continuidade, procedeu-se a uma nova reorganização dos serviços e consequente redução de unidades de gestão, fomentando-se a colaboração entre hospitais e unidades de cuidados de saúde primários através de uma gestão conjunta. A intenção é de racionalização dos cuidados, pela sua congregação em determinado local específico em vez de dispersos e repetidos por diversas unidades. Verifica-se um reforço do conceito de trabalho conjunto, unindo esforços por um objetivo comum, em que, segundo o próprio entrevistado, “quanto mais trabalharmos em conjunto, como um sistema, maior poder teremos para ajudar cada um a melhorar” reforçando que, se todo o sistema trabalhar em conjunto, com um mesmo objetivo comum, é possível alcançar a eficiência, reduzir custos e melhorar a qualidade dos cuidados.

No que diz respeito aos órgãos de gestão, no caso português, sendo este um centro hospitalar, apresenta uma organização centrada no seu Conselho de Administração, incorporando diversos departamentos de gestão clínica, dispersos pelas diversas unidades, os quais dependem do Conselho de Administração. São estas unidades de gestão que vão contratualizar com os serviços clínicos as atividades programadas anualmente em função do contratualizado com a tutela em termos de produção e orçamento. Esta equipa de gestão é intrínseca ao centro hospitalar e independente da gestão ao nível dos cuidados de saúde primários, os quais têm uma gestão própria.

No que respeita ao controlo de custos, o entrevistado EK vai mais além defendendo também a importância em reduzir custos associados à prática clínica, pela redução da contratação de trabalhadores temporários ou subcontratados a agências de recrutamento, representando custos mais elevados. Salienta ainda a importância e pertinência da colaboração de pessoal clínico na tomada de decisão sobre estratégias e medidas a implementar para a redução de custos pois, recorrendo aos seus conhecimentos da prática profissional, em contrapartida com a informação fornecida pela gestão, permitem-lhes tomadas de decisão mais conscientes e balanceadas entre custo e qualidade. EK é perentório em afirmar que a incorporação de profissionais clínicos na coordenação dos processos de controlo de custos é um *“breaking point forward”*, considerando que estes têm, por vezes, sido demasiado desvalorizados nesta matéria.

Apesar de diferentes abordagens na estratégia de contenção de custos, ambos os entrevistados parecem unânimes na defesa de uma aposta na prevenção da doença ou da sua agudização, pelo reforço dos cuidados de saúde primários e na comunidade como um dos caminhos para a melhoria da qualidade e da eficiência em saúde.

Uma parte muito significativa dos recursos em saúde são gastos no tratamento de complicações ou agudizações do estado de saúde dos doentes, muitas das vezes, doentes crónicos. Investir na melhoria da qualidade da saúde implica atuar na prevenção destas complicações e para tal, é fundamental considerar-se a mudança de metodologias de promoção da qualidade de saúde dos cidadãos (Melo, 2015).

5.7. DESPERDÍCIOS NO SETOR DA SAÚDE

Ambos os entrevistados partilham da aceitação de que existe desperdício no setor da saúde e que o seu combate é uma das formas de reduzir custos em saúde, através da melhoria da sua eficiência. Ou seja, sem perda da qualidade dos cuidados prestados. Em concordância

com estas afirmações, a OMS considera que 20 a 40% dos gastos anuais em saúde são desperdícios (Batista et al., 2015).

TM, defende que o desperdício é inerente a qualquer atividade humana sendo que, o setor da saúde é-lhe particularmente propenso, dada a imprevisibilidade e especificidade que o caracterizam. Admite a existência de desperdício em especial ao nível da organização e modelo de trabalho dos recursos humanos.

Para EK, desperdício é “tudo o que não acrescenta valor ao sistema”. É nesta ótica de pensamento que defende ser imperativo que a gestão se foque nas causas do desperdício. Dá como exemplo os blocos operatórios, onde considera haver desperdício tanto ao nível do tempo como dos recursos, com consequentes atrasos nos procedimentos. Considera que é fundamental que se identifiquem os motivos desse desperdício de tempo, seja este devido a atrasos na chegada dos profissionais e início dos procedimentos cirúrgicos, ou pela avaria recorrente de determinado equipamento, pela falta de stock, ou pelo atraso na disponibilização/entrega de determinados equipamentos. Seja qual for a razão desses atrasos, culminam no atraso dos procedimentos, levando por vezes ao adiamento de cirurgias ou até mesmo à necessidade de pagamento de horas extra aos profissionais. Tudo isto, representa ineficiências e desperdícios que se traduzem num aumento de custos absolutamente desnecessários e prejudiciais para a gestão.

Já no caso português, TM considera que os desperdícios no setor se denotam essencialmente ao nível dos recursos humanos dando como exemplo os Serviços de Urgência, os quais exigem a permanência de recursos, independentemente do volume de ocorrência de episódios. Realçando, contudo, a necessidade de se considerar as diversas atividades de saúde em que, a rapidez da resposta ao nível do diagnóstico e terapêutica são decisivos para o seu sucesso, bem como o seu caráter de irreversibilidade, tanto dos atos, como dos potenciais erros.

TM acrescenta ainda na contabilização de desperdícios, os serviços clínicos e não clínicos de prevenção, realçando a dificuldade sentida pela gestão no sentido de ajustar a oferta de recursos à sua procura real. Esta questão da adequação do número de profissionais à necessidade dos serviços encontra fundamentação na literatura científica, considerando-se que a identificação e definição de rácios de profissionais adequados são apontados, pelos gestores, como fatores fundamentais para a promoção da qualidade dos serviços enquanto reduzindo custos (Alexander et al., 2007).

TM faz ainda referência a desperdícios de difícil controlo relacionados com a disponibilização de fármacos ou kits de análise, bem como a existência de desperdícios ao nível dos alimentos, energia elétrica, água e gás.

No caso da organização representada por TM, também o absentismo representa um sério problema ao nível do desperdício dos recursos humanos. Nesta organização, a percentagem de absentismo dos profissionais encontra-se na ordem dos 10%, representando um custo aproximado de 10 milhões de euros ao ano. TM questiona mesmo quanto à necessidade e pertinência de se refletir mais em pormenor sobre esta questão, no sentido de se encontrar resposta para as seguintes questões: “quanto do gasto com os recursos humanos se traduz em resultados, e quanto é desperdício?”, “qual será o montante da inatividade em presença física?”, “qual o efeito da interação da inatividade de um profissional, na inatividade de uma equipa ou de toda a organização?”. Encontrar respostas a estas questões implica investigar e refletir sobre o papel dos recursos humanos, da sua formação e adequação ao papel que desempenham, mas implica também investigar acerca da motivação dos profissionais, que fatores a afetam, como a potenciar, qual o papel das chefias nessa motivação?

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. Isso mesmo é defendido por Alexander et al. (2007) e corroborado por Song et al. (2014), que defendem que a atribuição de incentivos afetos à melhoria da qualidade revela ser um método válido na promoção de mudanças ao nível da prática dos profissionais de saúde, e com repercussão positiva na redução de custos e melhoria da qualidade dos serviços prestados. 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.

EK, na sua abordagem salienta os excessivos tempos de espera do serviço de urgência, como um dos grandes agentes de desperdício em saúde. Uma das principais causas desta demora, prende-se com a ausência de camas disponíveis para a admissão dos utentes que de tal necessitem. Num efeito de bola de neve, estes doentes aguardam tempos inesgotáveis no serviço de urgência, absorvendo os profissionais para a execução de atividades não urgentes, atrasando, por consequência, o atendimento de casos urgentes. Em paralelo, estes utentes esgotam a capacidade física do serviço, roubando assim a capacidade em admitir novos casos. A principal causa apontada para este problema prende-se com a falta de resposta no encaminhamento dos utentes para unidades extra-hospitalares, quando já não requerem uma admissão de agudos, em hospital. Esse tempo de resposta excessivo, além do efeito nefasto que representa ao nível das admissões, vai ainda exercer um impacto negativo sobre a própria condição física e qualidade da saúde destes utentes, que se vê agravada por esta longa demora.

Apesar de apresentarem contextos de atuação distintos, tanto TM como EK apresentam mecanismos e estratégias de combate ao desperdício. Para ambas as organizações, o desperdício é encarado como uma realidade que é necessário combater, reforçando a transversalidade deste problema.

Salienta-se, assim, o caráter imprescindível da redução de desperdícios como fator de promoção de eficiência e de redução dos gastos em saúde.

5.8. ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR DESPERDÍCIOS

TM partilha, da sua experiência, que uma das formas de combate ao desperdício deve passar pela motivação dos profissionais de saúde, sendo estes potenciais geradores de despesa e desperdício, desde logo pelo seu tempo de trabalho, referindo-se ao tempo pago e que não produz atos ou ganhos em saúde. Considera que, sendo este o recurso que gera maior gasto, será também aquele onde provavelmente, se verifica maior desperdício.

Uma outra forma de redução de desperdício apontada por TM, centra-se nos mecanismos de monitorização e controle através de indicadores adequados e de *benchmarking* entre serviços e organizações comparáveis, com análise e objetivos ao longo do tempo. Também Melo (2015) realça a importância do *Benchmarking* para a redução de problemas ou complicações associadas à prestação dos cuidados de saúde e consequente melhoria da sua qualidade e suas repercussões na otimização financeira afirmando que “não é possível avaliar o resultado de tratamentos sem saber se os mesmos produziram os efeitos desejados, e de forma estável”. Parece seguro afirmar que o *Benchmarking* se constitui como uma importante estratégia no caminho da identificação e redução do desperdício em saúde e consequente redução dos custos em saúde. Isso mesmo é também defendido pelo entrevistado EK no ponto 3 deste capítulo em que faz referência ao *Benchmarking* como mecanismo de combate aos constrangimentos financeiros que experiência.

Já no que concerne à redução de desperdício, EK centra a sua retórica de atuação no acesso aos serviços de urgência. Considera que há um exagero no recurso aos mesmos, por estes serem demasiado acessíveis. Afirma que há uma tendência para se recorrer aos serviços de urgência por qualquer motivo, sem se pensar se é mesmo necessário ou não. Como mecanismo de combate a esta utilização exagerada e danosa dos serviços, defende a criação de unidades de triagem externas, por telefone, as quais, através da atribuição de um número de acesso “*coding system*” definem a necessidade de recorrer ao serviço de urgência, ou

encaminham para uma resposta mais adequada, numa perspetiva de retirar alguma da pressão destes serviços. No sentido de diminuir a pressão sobre os Serviços de Urgência, também Barros (2013) sugere a possibilidade de criação de uma linha telefónica para triagem de situações. Também do lado da oferta, o autor sugere que o valor por episódio pago pelo SNS a determinado hospital, diminua a partir de um número pré-estabelecido de atendimentos, influenciando assim a atuação das equipas hospitalares no sentido de dissuadir o utente a recorrer aos mesmos para situações menores, que podem e devem ser resolvidas em contexto de cuidados de saúde primários.

Na sequência dos desperdícios anteriormente identificados, TM indica os mecanismos adotados, na sua organização, para combater esses mesmos desperdícios. Assim, com vista à redução do desperdício energético, a organização está a fazer um investimento de 5 milhões de euros que permitirá uma melhoria da eficiência energética, e conseqüente redução de 20% da fatura elétrica. Também a implementação do sistema de uni-dose para a distribuição de fármacos aos doentes internados veio permitir ganhos ao nível da eficiência, reduzindo o desperdício de fármacos não utilizados.

EK salienta o recurso ao “*quality improvement methodology*” para análise e gestão da melhoria da qualidade. Partindo do pressuposto de que já foram efetuados todos os “*easy savings*”, a estratégia atual terá de passar por colaborar com os profissionais de saúde na elaboração de uma análise conjunta de cada etapa e procedimento a que um utente é submetido desde a sua admissão no hospital, de forma a identificar quais os elementos desse processo que não acrescentam valor, atuando na sua eliminação.

Esta metodologia de atuação encontra fundamento na investigação, em especial em estudos realizados nos EUA, os quais se focam na análise e identificação do “*Low-Value Care*” ou seja, pretende-se a identificação de cuidados prestados que representem um baixo benefício para a condição do utente. Para Miller, Rhyon, Beaudin-Seiler, Hughes-Cromwick (2018), o “*Low-Value Care*” representa uma parte muito significativa do desperdício em saúde pelo que é fundamental o desenvolvimento de estratégias para a sua identificação e combate. Para estes autores, o “*Low-Value Care*” é, não só responsável por um aumento desnecessário dos custos em saúde, como também do aumento dos riscos associados à prática clínica.

Também a racionalização dos cuidados, nomeadamente cirúrgicos, é apresentado por EK como um mecanismo de atuação para a redução de custos, dando como exemplo a eliminação de procedimentos cirúrgicos de caráter meramente estético. Também Margaret Chan (2011), citada por Melo (2015), defende que “se racionalizássemos a forma como prestamos os cuidados não seria necessário efetuar cortes na prestação”. Esta medida é também

corroborada por Barros (2013), que defende que a determinação do volume de cuidados a serem prestados pelo SNS constitui um importante mecanismo de controle de custos em saúde, considerando existirem diversas situações de consumo excessivo, apresentando como principais exemplos, o excessivo recurso aos serviços de urgência hospitalares, em detrimento do recurso aos cuidados de saúde primários, o recurso a fármacos de elevado preço e baixo efeito terapêutico adicional, e a não avaliação da justificação clínica para os procedimentos cirúrgicos colocados em lista de espera.

Seguindo esta linha de ação, também TM defende a atuação sobre o desperdício como o caminho que deve ser seguido, salientando a necessidade de se encontrarem formas de evidenciar quais os desperdícios na saúde, identificando-os e quantificando-os.

O recurso a estratégias baseadas no valor “*value-driven*” para eliminar ineficiências, em contraposição a medidas de controlo de custos mais tradicionais, permite promover a implementação de serviços de inovação e alavancar a identificação de medidas de redução de desperdício (Miller et al., 2018). A informatização dos registos clínicos constitui um desses exemplos, pelos benefícios que apresenta ao nível da eficiência da gestão do fluxo de pacientes, da redução dos tempos de espera e da diminuição da percentagem de doentes que são omitidos acidentalmente (Alexander et al., 2007).

5.9. PERTINÊNCIA DA INVESTIGAÇÃO COMO CONTRIBUTO PARA A MELHORIA DA RELAÇÃO ENTRE REDUÇÃO DE CUSTOS E QUALIDADE

TM considera que a investigação em gestão da saúde é, não só necessária e pertinente, como urgente, salientando que “travar o crescimento dos gastos em saúde é, antes de mais, atuar sobre os determinantes que promovem esse crescimento”. O envelhecimento das populações a par com a evolução tecnológica, o aumento do rendimento, estilos de vida e a alimentação, a qualidade do ar, da água e dos alimentos, bem como o aparecimento de novas doenças e pandemias, representam as principais condicionantes para o aumento dos gastos em saúde. Contudo, salienta a dificuldade em atuar sobre os mesmos, considerando “o binómio redução de custos/qualidade uma equação quase impossível porque, tendencialmente, a qualidade induz custos”.

Para Hvenegaard, et al. (2011), é importante que se desenvolva investigação científica sobre a relação entre custos e a qualidade de forma a permitir a sua abordagem como um fator de eficiência, mais do que uma consideração tradicional da qualidade como indicador de

“*benchmarking*”. Para os mesmos autores, se consideramos a qualidade como um resultado importante da prestação de cuidados e, assumindo a existência da relação entre custos e qualidade, há que considerar as diferenças na qualidade como um resultado, de forma a beneficiar os hospitais que produzam melhores níveis de qualidade. Não se pode quantificar qualidade sem se conhecerem os resultados de determinado processo, sendo estes o verdadeiro objetivo das instituições de saúde e, se os resultados não forem bons, as estruturas e os processos, revelam-se ineficientes (Melo, 2015).

5.10 3 VETORES DE ATUAÇÃO PARA A MELHORIA DA EFICIENCIA EM SAÚDE

No que respeita aos principais eixos de atuação indicados para a melhoria da eficiência em saúde, os entrevistados apresentam alguma variação nos seus mecanismos e atuação.

No exemplo português, TM defende o desenvolvimento de estratégias relacionadas com a organização e a gestão dos serviços numa perspetiva mais intrínseca à própria organização e ao seu próprio âmbito de atuação, numa ótica de reestruturação e inovação assente nas inter-relações de proximidade e de cooperação entre setores e hierarquias.

Assim, indica os seguintes focos de atuação:

1. “Organização dos serviços clínicos centrados em diretores de serviços comprometidos com a direção clínica, pois são estes os responsáveis diretos pela atividade da instituição.”
2. “Contratualização interna em termos de produção clínica e indicadores de eficiência e qualidade. Garantir o cumprimento do Contrato Programa anual assinado com a Tutela e conseqüentemente o financiamento.”
3. “Gestão de proximidade entre o Conselho de Administração e os diretores dos serviços clínicos e não clínicos, com mecanismos transparentes de avaliação, monitorização e controlo. Nesta forma participada existe partilha e agilidade na correção atempada de aspetos que podem obstaculizar a operação.”

No testemunho apresentado por EK, verifica-se uma perspetiva de atuação mais para fora do contexto organizacional, colocando o seu enfoque de atuação numa triangulação inter-relacional entre populações, organizações e profissionais. Assim, considera que esses eixos de atuação devem incidir sobre:

1. Comunicação – pela criação de mecanismos de esclarecimento e ensino, que visem promover o entendimento sobre a correta utilização dos recursos de atendimento em saúde, de acordo com a necessidade de cada indivíduo. Assim, evitar-se-ia o recurso desajustado aos Serviços de Urgência. Contudo, reconhece que esta é uma estratégia difícil de alcançar pela excessiva relutância e medo em fazer ou dizer algo de errado. Dá como exemplo um episódio simples de dor de cabeça, em que, o mais sensato seria tomar Paracetamol, descansar e aguardar que a dor passe. Contudo, existe sempre a possibilidade de esta dor significar algo mais severo, como um tumor cerebral. Assim, agravado pelo medo excessivo de processos litigiosos contra profissionais de saúde, é mais seguro pedir que se realizem exames complementares de diagnóstico.

2. Eficiência – através da standardização de procedimentos no NHS. Dá como exemplo os casos cirúrgicos, em que existem ainda muitas técnicas, estilos, e tipos de cirurgias distintos, que variam de hospital para hospital. Tal, leva a muitas variações nos procedimentos entre cirurgiões, até mesmo dentro do mesmo hospital. Reduzir essas variações de procedimentos representa um passo muito importante no que toca à melhoria da eficiência.

3. “*Work Force*” – é necessário garantir a contratação de trabalhadores capacitados e adequados às necessidades do país. É urgente que se estabeleça um plano organizacional que treine os profissionais, os recrute no mundo inteiro, de forma a garantir um número suficiente, e que garanta condições para contratar mais profissionais de forma permanente. É fundamental que se consiga tornar a profissão médica e de enfermagem mais atrativa, comparativamente a outras indústrias mais favoráveis economicamente.

EK acrescenta ainda que é imprescindível que se promova uma mudança cultural no NHS, afirmando que “existem grandes diferenças culturais e geracionais entre profissionais”. Destaca as diferenças entre profissionais mais “*old school*” e os profissionais mais jovens, com diferentes perspectivas laborais. Considera que se deve estar alerta e recetivo para os interesses individuais de cada trabalhador e as suas expectativas quanto às condições laborais e até mesmo a sua ambição pessoal. Dá como exemplo os trabalhadores que preferem trabalhar vários dias seguidos para poderem depois gozar de mais dias de folga conjuntos, o que lhe permita sair para algum lado ou organizar algo diferente. É essencial conseguir-se este balanço e que se possam oferecer condições aliantes para cada profissional. É também muito importante que se criem oportunidades para corresponder às expectativas de carreira que o trabalhador espera e deseja.

Ambas as organizações demonstram o seu enfoque e preocupação com a melhoria da eficiência em saúde, contudo, variam na identificação dos pilares de atuação para operar essa melhoria. TM apresenta uma perspectiva mais direcionada para o interior da organização, sugerindo mudanças e melhorias ao nível da articulação interna e entre setores. EK, por seu lado, defende uma atuação ao nível do contexto envolvente à organização, no seu exterior e de cariz mais generalizado, mas cuja atuação produzirá impacto ao nível da organização.

Sendo ambas as perspectivas bastante válidas e merecedoras de reflexão, considera-se pertinente, para o futuro, o aprofundar destas estratégias e até da possibilidade de combinação de ambas, na definição de estratégias de eficiência em saúde.

Capítulo VI

Considerações Finais

Sumário

6.1. Conclusões

6.2. Desafios para o futuro

6.3. Limitações do estudo

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.1. CONCLUSÕES

Uma das primeiras conclusões a apresentar após a realização deste estudo, prende-se com a falta de investigação publicada nesta área. Sendo relativamente fácil obter artigos científicos publicados que abordam as questões da gestão de custos no setor empresarial, o mesmo não se verifica quando a temática em causa é o setor da saúde. Por outro lado, da investigação publicada, frequentemente, esta relaciona-se com estudos Americanos os quais refletem as suas próprias necessidades e objetivos, o que nem sempre corresponde às necessidades dos sistemas de saúde de carácter público e universal.

De uma forma geral, os resultados desta investigação corroboram a literatura existente sobre a temática, salientando que a preocupação com a gestão dos custos em saúde, a par com a importância de cumprir com padrões de qualidade cada vez mais exigentes, é uma questão transversal aos diferentes sistemas de saúde, sendo patente em ambos os hospitais aqui representados.

Assim, atendendo à questão de investigação previamente definida para esta investigação, considera-se que se deu resposta aos objetivos inicialmente definidos.

Comprova-se que, tanto TM como EK apresentam compromisso com a definição e implementação de estratégias para o controlo dos custos em saúde e que, em ambas, a qualidade é um fator preponderante, presente em todas as decisões estratégicas apresentadas.

Salienta-se ainda o esforço permanente demonstrado por ambos os gestores, no sentido de promover cuidados direcionados às exigências dos seus utentes.

No exemplo da organização Portuguesa, salienta-se a maior preponderância dada à qualidade do serviço e satisfação das necessidades dos utentes, em detrimento dos gastos associados a essa necessidade. Ou seja, a qualidade ganha ênfase em relação à necessidade de controlar custos.

Já no exemplo dado pela organização Inglesa, a centralidade de atuação parece estar mais concentrada em encontrar novas estratégias que permitam reduzir custos, contudo, sem prejuízo da qualidade oferecida.

A par com a literatura, também ambos os gestores reforçaram a importância de atuar sobre os desperdícios neste setor. Denota-se, contudo, alguma ambivalência na definição do que são desperdícios e como os reduzir ou eliminar. Assim, considera-se de elevada pertinência

o desenvolvimento de linhas de investigação aprofundadas, que visem definir e identificar de forma clara e precisa formas de desperdícios, apontando caminhos para a sua redução, ou eliminação.

Da análise deste estudo de caso, identificam-se 4 setores *major* de reflexão e eventual atuação aquando da definição de estratégias de controlo de custos, sendo eles:

1. Os profissionais de saúde
2. A tecnologia
3. A reorganização dos serviços, nomeadamente de Urgência e Cirúrgico
4. O desperdício

6.2. DESAFIOS PARA O FUTURO

O grande desafio para o futuro será, sem dúvida, o desenvolvimento de correntes de investigação sobre a temática. Conscientes da necessidade de melhorar a eficiência dos serviços de saúde, a qual se traduz em grande parte na redução dos gastos, é inquestionável esta necessidade de desenvolver investigação que possa servir de suporte às mudanças que serão necessárias operar e até mesmo, na sua própria definição e formulação.

Assim, partindo dos 4 setores de atuação identificados neste estudo, sugere-se que se desenvolvam eixos de investigação que partam destes:

1. Os profissionais de saúde - a centralidade do seu papel para a eficiência da gestão é indiscutível, sendo corroborada tanto pelos investigadores, como pelos aspetos apresentados nesta investigação. A pertinência do seu papel é transversal a diversos momentos e áreas de atuação, sendo cruciais tanto para a definição de estratégias como para o garante da eficácia da sua implementação, sendo também eles próprios, agentes dessa mudança. Também a sua capacitação e motivação são fatores essenciais para o sucesso da gestão em saúde.

2. A tecnologia - esta parece apresentar um papel um tanto ou quanto contraditório na análise apresentada. A sua relação com a redução dos custos não é linear sendo, o investimento tecnológico, muitas vezes apontado como um dos fatores de aumento da despesa. Contudo, vê a sua recompensa ao nível dos ganhos em qualidade. Salienta-se a pertinência de estudos mais aprofundados sobre esta temática nomeadamente, no seu impacto a longo prazo, no sentido de comprovar estudos que defendem que numa perspetiva mais alargada, o

investimento tecnológico, além do seu contributo para a melhoria da qualidade, contribui também para a redução dos gastos gerais.

3. A reorganização dos serviços - este aspeto, embora sem grande fundamento na revisão literária que sustenta este estudo, é um fator referido por ambas as organizações aqui estudadas, em especial no que concerne aos serviços de urgência e cirúrgicos. Assim, seria pertinente o desenvolvimento de investigação neste sentido, que permitisse identificar e apontar novos caminhos para a gestão, no sentido de promover o uso eficiente e sustentado dos mesmos.

4. O desperdício - este parece ser o grande foco de atuação na gestão e eficiência dos serviços de saúde. Segundo a Infopédia (2020), desperdício é um ato ou efeito de desperdiçar, esbanjar, perder ou desaproveitar; despesa inútil. Partindo da sua definição, parece pertinente que este se desenvolva como o foco da redução de custos neste setor. A investigação mais recente denota isso mesmo, mas, sendo fácil definir desperdício gramaticamente, o mesmo não parece ser na sua conceptualização. Passado o desafio da conceptualização, surge o desafio da sua eliminação: "como, onde e quando?". Assim, é imprescindível que se continue a investigar a problemática do desperdício em contexto de saúde, como forma de melhoria da eficiência, da redução de custos e até mesmo como mecanismo de melhoria da qualidade.

6.3. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Sendo este um Estudo de Caso, comparativo entre dois hospitais, as suas conclusões são limitadas ao contexto, não podendo ser generalizadas ao âmbito nacional ou representativo de todo o setor da saúde. Sugere-se assim a pertinência de realizar estudos mais abrangentes, que englobem mais organizações e até mesmo outros sistemas de saúde, permitindo conclusões mais generalizadas e inequívocas.

O contexto que vivenciamos atualmente, fruto desta Pandemia causada pelo vírus da COVID-19, foi também ele uma condicionante para este estudo. As suas condicionantes prendem-se essencialmente com a realização da entrevista, e a limitação do acesso a material complementar, proveniente dos próprios hospitais estudados. Ao nível da realização das entrevistas, não tendo estas podido ser realizadas presencialmente, assumem-se as condicionantes inerentes ao contexto digital e barreiras de proximidade, as quais podem causar impacto na perceção e observação do investigador. Por outro lado, podem também condicionar a própria atuação do entrevistado. Quanto ao acesso a material de suporte, não tendo sido possível a deslocação do investigador à infraestrutura física de cada um dos hospitais, limitou-

se a possibilidade de observação e análise do contexto, tão importante para a investigação qualitativa.

Esta limitação encaminha para uma outra que se prende com as condições inerentes ao investigador. Tendo este exercido funções como profissional de saúde no EKHUFT, existe um maior conhecimento quanto à estrutura e organização do mesmo, comparativamente ao CHTMAD. Assim, a sua perceção poderá apresentar alguma influência pelo conhecimento intrínseco de uma organização face à outra, admitindo-se alguma influência dos factos, pelo desconhecimento de fatores intrínsecos ao CHTMAD, os quais poderiam auxiliar na interpretação das respostas dadas no decurso da entrevista.

Salienta-se, contudo, a preocupação de isenção e imparcialidade presente no investigador ao longo da realização desta investigação, abstraindo-se dos seus juízos de valor pessoais e mantendo-se circunscrito aos factos apresentados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M. J. (2001). *A Doença da Saúde – Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e Desperdício*. Lisboa, Portugal: Quetzal Editores.
- Assembleia da República. (2019). Lei nº 95/2019: Lei de Bases da Saúde. *Diário da República n° 169/2019, Serie I de 2019-09-04, pp 55-66*.
Retirado de: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
- Alexander, J. A., Hearld, L. R., Jiang, H. J., & Fraser, I. (2007). Increasing the relevance of research to health care managers: Hospital CEO imperatives for improving quality and lowering costs. *Health Care Management Review*, 32 (2), 150-159.
DOI: 10.1097/01.HMR.0000267792.09686.e3
- Baptista, C., Magalhães, T., Chaves, I. (2015). A Identificação de Desperdício de Medicamentos Em Ambiente Hospitalar, *Gestão Hospitalar*, 6, 4-11
ISSN:0871-0767
- Barros, P. P. (2013). *Pela Sua Saúde*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
ISBN 9789898424785
- Bernardino, M. (2017). *Gestão em Saúde: Organização Interna dos Serviços*. Coimbra, Portugal: Almedina.
ISBN: 978-972-40-7121-3
- Berwick, D. M., Hackbarth, A. D. (2012). Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA*, 307 (14), 1513-1516. DOI: 10.1001/jama.2012.362
Retirado de: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/1148376>
- Bogdan, R. C., Biklen, S. K. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto, Portugal: Porto Editora.
ISBN: 0-205-13266-9
- Brown, E. C. F. (2018). Health Reforms and Theories of Cost Control. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 46, 846-856.
DOI: 10.1177/1073110518821978
- Caiado, A. C. P. (2012). *Contabilidade Analítica e de Gestão*. Lisboa, Portugal: Áreas Editora.
ISBN: 978-989-901-001-7

- Carmo, H., Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da Investigação – Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa, Portugal: Universidade Aberta
ISBN: 972-674-231-5
- Carvalho, M. T. G. (2009). *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde – O Profissionalismo numa Encruzilhada*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
ISBN: 978-972-618-546-8
- Cociorva, A., Saraiva, M., Ferreira, O., Novas, J. C. (2009). Planeamento e Controlo dos Custos da Qualidade nas Empresas Portuguesas Certificadas. In J.A.C. Santos (eds.), *Turismo e Gestão: Inovação e Empreendedorismo no Contexto da Economia Empresarial* (344-354). Faro, Portugal: Fundação para o Desenvolvimento da Universidade do Algarve
ISBN: 978-972-9341-89-2
- Colombo, F. (2018). “Healthcare systems: Tackling waste to boost resources”. *OECD Observer*, 7, 1-4
DOI: <https://doi.org/10.1787/f5719ebb-en>
- Constituição da República Portuguesa. (1976).
Retirado de:
<https://www.parlamento.pt/Legislacao/paginas/constituicaoerepublicaportuguesa.aspx>
- Correia, E. (2019, Maio). Custos da Qualidade nas Pequenas e Médias Empresas Industriais Portuguesas. *XII Jornadas Luso-Espanholas de Gestão Científica*, Covilhã, Portugal.
Retirado de:
https://www.researchgate.net/publication/333039824_CUSTOS_DA_QUALIDADE_NAS_PEQUENAS_E_MEDIAS_EMPRESAS_INDUSTRIAIS_PORTUGUESAS
- CQI. (2020). Portal do Chartered Quality Institute.
Retirado de: <https://www.quality.org/what-quality>
- Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*. 114 (11), 1115-1118
Retirado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>
- 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.
ISBN: 978-989-8305-60-2
- Ferrinho, P., Simões, J., Miguel, J. P., Beja, A., Cortes, M., Hartz Z. (2013). Da Gestão Estratégica do Sistema de Saúde Português à Avaliação do seu Desempenho – Um Percurso em Construção, *Anais do IHMT*, 12, 76-87.
DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.195>

- Figueroa, J. F., Wadhera, R. K., Jha, A. K. (2020). Eliminating Wasteful Health Care Spending – Is the United States Simply Spinning Its Wheels?. *JAMA Cardiology*, 5 (1), 9-10
DOI: 10.1001/jamacardio.2019.4339
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação (5ª)*. Loures, Portugal: Lusociência
ISBN: 9789728383107
- Freitas, M. C. V. (2013). Investigação Qualitativa: Contributos para a sua melhor compreensão e condução. *Indagatio Didactica*, 5(2), 1080-1101.
ISSN: 1647-3582
- Ganhão, F. (1993). Ignorar é mais caro do que formar. *Revista Exame*, 49.
- Garvin, D. A. (1984). What does “Product Quality” Really Means. *Sloan Management Review*, 26(1), 23-43.
Retirado de: http://www.oqrm.org/English/What_does_product_quality_really_means.pdf
- Gronroos, C. (1990). *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*. Lexington, EUA: Lexington Books.
ISBN: 978-066-9200-35-5
- Howard, J. A. (1977). *Consumer Behavior: Application of Theory*. New York, EUA: McGraw-Hill.
ISBN: 978-007-030-5205
- Haguette, T. M. F. (1997) *Metodologias Qualitativas na Sociologia (5ª)*. Petrópolis, Brasil: Vozes
ISBN: 853260854X
- Harfouche, A. P. (2016). *Políticas de Saúde: Fundamentação, Prioridades, Opções e Resultados*. Lisboa, Portugal: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
ISBN: 978-989-646-098-3
- HOPE, (2019). Evidence-Informed Decision-Making in Healthcare Management. *Report on HOPE Agora*
Retirado de: http://hope.be/wp-content/uploads/2019/09/HOPE-AGORA-2019_Final-1.pdf
- HOPE, (2015). Out-of-pocket payments: In Healthcare Systems in the European Union. *European Hospital and Healthcare Federation*.
Retirado de: http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/99_2015_HOPE-REPORT_Out-of-pocket-payments-in-healthcare-systems-in-the-European-Union.pdf

- Hvenegaard, A., Arendt, J. N., Street, A., Gyrd-Hansen, D. (2009). Exploring the relationship between costs and quality – Does the joint evaluation of costs and quality alter the ranking of Danish hospital departments? *The European Journal of Health Economics* 12 (6), 541-551
DOI: 10.1007/s10198-010-0268-9
- Infopédia. (2020). Portal Infopédia: Dicionários Porto Editora
Disponível em:
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/linguaportuguesa/desperd%C3%ADcio>
- Lopes, A., Capricho, L. (2007). *Gestão da Qualidade*. Lisboa, Portugal: Editora RH.
- Lewandowski, R. (2014). Cost Control of Medical Care in Public Hospitals: a Comparative Analysis. *International Journal of Contemporary Management*, 13(1), 125-136
Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/265207468_COST_CONTROL_OF_MEDICAL_CARE_IN_PUBLIC_HOSPITALS_A_COMPARATIVE_ANALYSIS
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. São Paulo, Brasil: Manole.
ISBN: 9788520412633
- Melo, J. Q. (2015). Sustentabilidade em Saúde – Um Novo Paradigma de Cuidados. Que Caminhos para o Futuro?. *Gestão Hospitalar*, 5, 30-33.
ISSN: 0871-0767
- Miles, M. B.; Huberman, A. M. (1994). *Qualitative Data Analysis* (2ª). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
ISBN: 0-8039-4653-8
- Miller, G., Rhyan, C., Beaudin-Seiler, B., Hughes-Cromwick, P. (2017). A Framework for Measuring Low-Value Care. *Value In Health*, 21 (4), 375-379.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.10.017>
- Minayo, M. C. S. (2012). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (28ª) Petrópolis, Brasil: Vozes
ISBN: 978-85-326-1145-1
- Ministério da Saúde. (2018). Retrato da Saúde. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde.
ISBN: 978-989-99480-1-3
- Moreira, I. L. B. (2016). *O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal*. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e

- Empreendedorismo. Faculdade de Economia e Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade de Coimbra, Coimbra. 72pp
- Nabais, C. & Nabais, F. (2016). *Prática de Contabilidade Analítica e de Gestão*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- New England Healthcare Institute. (2008). Waste and Inefficiency in the U.S. Health Care System – Clinical Care: A Comprehensive Analysis in Support of System-Wide Improvements.
Disponível em:
https://www.nehi.net/writable/publication_files/file/waste_clinical_care_report_final.pdf
- Northcott, D., Llewellyn, S. (2002), Challenges in costing health care services. *International Journal of Public Sector Management*, 15 (3), 188 – 203
Disponível em:
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09513550210423361/full/html>
- 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, 94-105.
Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/322385714_Evaluation_of_quality_management_practices_in_the_public_hospitals_a_questionnaire_survey
- Patel, G. (2009). Total Quality Management in Healthcare. *The MIDAS Journal – medical Imaging and Computing*. Consultado em 16 maio. 2020.
Disponível em: <http://hdl.handle.net/10380/3062>
- Pinho, M. (2010). *O Racionamento dos Recursos da Saúde através do estabelecimento de prioridades: Uma perspetiva Social*. Lisboa, Portugal: Universidade Lusíada Editora.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa, Portugal: Lidel.
ISBN: 978-972-757-916-7
- Reis, F. L. (2018). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
ISBN: 978-972-618-956-5
- Righi, A. W., Schmidt, A. S., Venturini, J. C. (2010). Qualidade em Serviços Públicos de Saúde: Uma avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Revista Produção Online*, 10(3), 649-669.
ISSN: 1676-1901

- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa (3ª)*. São Paulo, Brasil: McGrawHill.
ISBN: 9788586804939
- Shrank, W. H., Rogstad, T. L., Parekh, N. (2019). Waste in the US Health Care System: Estimated Costs and Potential for Savings. *JAMA*, 322(15), 1501-1509
DOI: 10.1001/jama.2019.13978
- Smith, S., Newhouse, J. P., Freeland, M. S. (2009). Income, Insurance, And Technology: Why Does Health Spending Outpace Economic Growth?. *HEALTH AFFAIRS*, 28(5)
DOI: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.5.1276>
- Song, Z., Rose, S., Safran, D. G., Landon, B. E., Day, M. P., Chernew, M. E. (2014). Changes in Health Care Spending and Quality 4 years into Global Payment. *New England Journal of Medicine*, 371, 1704-1714.
DOI: 10.1056/NEJMsa1404026
- Sousa, A. B. (2005) *Investigação em Educação*. Lisboa, Portugal: Livros Horizonte
ISBN: 9789722413862
- Sousa, M. J., Baptista, C. S. (2011) *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios: Segundo Bolonha*. Lisboa, Portugal: Lidel.
ISBN: 978-989-693-001-1
- Stadhouders, N., Kruse, F., Tanke, M., Koolman, X., Jeurissen, P. (2019). Effective Healthcare Cost-containment Policies: A Systematic Review. *Health Policy*, 123, 71-79
Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851018306341>
- Trivinos, A. N. S. (1987). *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação (1ª)*. São Paulo, Brasil: Atlas.
ISBN: 85-224-0273-6
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
DOI:10.1590/S0034-89102005000300025
- Urdan, A. T. (2001). A Qualidade de Serviços Médicos na Perspetiva do Cliente. *RAE- Revista de Administração de Empresas*, 41(4), 44-55.
ISSN: 0034-7590
- Vaz, S. (2015). Sistemas de Avaliação de Qualidade em Saúde em Portugal: Que caminho seguir?. *Gestão Hospitalar*, 6, 12-19
ISSN:0871-0767

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo
ISBN: 9789726185574

Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods* (4ª ed.) In L. Bickman, & D. J. Rog. *Applied Social Research Methods Series* (Vol.5). California, USA: Sage

ANEXOS

ANEXO I: Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

1. De que forma, a gestão hospitalar se tem adaptado e transformado com os recentes desafios em saúde?
2. Como é que os gestores lidam com os consecutivos cortes no financiamento?
 - 2.1. Que estratégias têm adotado para combater esse desinvestimento?
3. Qual o impacto da redução de custos na qualidade dos cuidados de saúde?
4. O controlo dos custos em saúde, a par com a melhoria da qualidade, são os grandes desafios para a gestão em saúde. Considera ser possível uma melhor relação entre ambos?
 - 4.1 Na sua opinião, como é que ambos se influenciam e qual o caminho para o sucesso desta temática?
 - 4.2 Considera que o SNS tem apresentado um esforço real neste sentido? Como?
5. Considera que é possível melhorar a eficiência da gestão, pela redução dos custos?
 - 5.1 Como?
 - 5.2 Que exemplos me pode dar desta instituição?
6. Considera que existem desperdícios na saúde?
 - 6.1 A que níveis?
 - 6.2 Como podemos reduzir esses desperdícios?

7. Considera que há ainda necessidade de desenvolver a investigação em gestão da saúde, no sentido de melhoria da relação entre redução de custos e qualidade?

8. Se tivesse de indicar 3 vetores de atuação essenciais para a melhoria da eficiência em saúde, quais seriam e porquê?