



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

O processo de aquisição de materiais médico – hospitalares

Lúcio Daniel Lima Magalhães

Dissertação de Mestrado submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Administração Pública

Orientador

Conselheiro Mestre José F. F. Tavares, Diretor-Geral e Professor Auxiliar Convidado
Tribunal de Contas e ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador

Doutor Juan Mozzicafreddo, Professor Catedrático Jubilado
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2015



Departamento de Ciência Política e Políticas Públicas

O processo de aquisição de materiais médico – hospitalares

Lúcio Daniel Lima Magalhães

Dissertação de Mestrado submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Administração Pública

Orientador

Conselheiro Mestre José F. F. Tavares, Diretor-Geral e Professor Auxiliar Convidado
Tribunal de Contas e ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa

Coorientador

Doutor Juan Mozzicafreddo, Professor Catedrático Jubilado
ISCTE-Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2015

Agradecimentos

Ao Mestre José Tavares, meu orientador, dirijo um agradecimento muito especial pelo apoio, colaboração, disponibilidade, ensinamento, orientação, paciência e amizade que me dedicou ao longo deste trabalho.

Ao Coorientador, Professor Doutor Juan Mozzicafreddo, pelo contributo e disponibilidade, pelo conhecimento que me transmitiu ao longo do curso e neste trabalho final, mesmo numa altura difícil da sua vida.

Reitero o meu mais sincero agradecimento a Dr.^a Dália Oliveira, Administradora Hospitalar, ao painel de entrevistados, dentre eles os funcionários do serviço de logística, gestão de compras, aprovisionamento, os delegados de informação médica, os chefes do serviço dos blocos operatórios dos hospitais que tive oportunidade de visitar, pela forma como fui recebido.

A minha mãe, Lúcia Afonso Lima pelo seu sempre desinteressado apoio e carinho.

Ao meu querido tio José Luís Reis por toda a minha formação pessoal e incentivo aos estudos, sempre.

A todos, o meu muito obrigado.

RESUMO

O estudo do atual sistema de compras públicas no setor da saúde enquadra-se no interesse que desperta a análise da modernização das práticas administrativas em diferentes setores das compras públicas, considerando a hipótese de maior transparência de procedimentos e melhoria dos processos de compra em termos de política de compras públicas.

As alterações verificadas nos últimos anos na Administração Pública em geral e no Ministério da Saúde em particular resultam de uma mudança estratégica, em que se pretende a aproximação dos serviços aos utentes, a desburocratização de procedimentos e um controlo orçamental superior relativo às despesas públicas com o setor da saúde. O Setor Público da Saúde é pois objeto de diferentes perspetivas de abordagem, tanto políticas como económicas e de acesos debates.

Uma das questões de partida da nossa investigação consiste na interrogação -O modelo de aquisição dos materiais médico- hospitalares deve fazer-se exatamente utilizando o mesmo modelo de compras públicas dos outros setores de serviço público? A gestão nesta atividade encontra-se de facto exposta a decisões difíceis, visto que por um lado é necessário utilizar os recursos económicos da melhor forma e por outro é preciso buscar soluções inovadoras para prestar um serviço de qualidade. Também sabemos que a inovação na área da saúde obriga a despesas elevadas, nomeadamente se os produtos tiverem uma alta componente tecnológica.

Ciente desta preocupação, a Administração Pública busca formas de aumentar a eficiência, diminuir custos e manter a qualidade na prestação dos cuidados de saúde. A questão da sustentabilidade financeira do modelo de prestação de cuidados de saúde, proporcionado pelo Serviço Nacional de Saúde encontra-se no centro das discussões da respetiva tutela, dos profissionais de saúde e dos cidadãos em geral.

O objetivo é também compreender os critérios de análise e as conseqüentes tomadas de decisão na escolha dos produtos e serviços e por isso realizamos entrevistas a profissionais de saúde e fornecedores do setor. A análise de dados foi efetuada através de análise de conteúdo, com utilização de *software* NVivo.

Palavras-chave: Compras públicas, SNS, modernização administrativa

ABSTRACT

The study of the actual process of public purchase in the health sector is a result of the interest about the modernization of administration analysis, the practices in different sectors of public purchase, considering the hypothesis of bigger transparency in the procedures and the improvement in purchase procedures in the public purchase policy.

The changes verified in the last years in the Public Administration in general and in the Health Ministry in particular are the result of a strategic change, which wants to make the services closer to the consumers, make them less bureaucratic and also the achieve a bigger budget control over the public expense in the health sector. The Public Health sector is presently the target of different approaches, both political and economic as well as vibrant discussions.

One of the questions of our research is-Should the purchase of medical hospital equipments use the same model of public purchase exactly as other public purchase?

Management in the health sector is exposed to difficult decisions, once one must use the economic resources in the best possible way and in the other hand it's necessary to search innovative solutions in order to reach a quality service. We also know that innovation in the health sector has a huge level of expense, especially if the products have high technological component.

Considering these types of concerns the Public Administration seeks to higher efficiency levels, decreasing of costs and maintenance of the quality of the service. The financial sustainability of the health care model in the Public Health Care system is being discussed by the related Ministry, the health professionals and the public in general.

Another goal of the research is to understand the analysis procedures and choices for products and services and therefore we used semi-structured, open interviews applied to hospital services professionals and to hospital suppliers. The data analysis will be carried out by content analysis with NVivo software.

Keywords: Public Acquisitions, SNS, administration modernisation.

INDICE DE QUADROS

Quadro 1.1	Componentes principais dos quatro modelos de governo	17
Quadro 2.1	Esperança de vida à nascença	29
Quadro 4.1	Opinião dos fornecedores acerca das comissões de escolha	68
Quadro 4.2	Opinião dos fornecedores acerca da formação específica em plataformas eletrónicas	69
Quadro 4.3	Opinião dos fornecedores acerca da utilização das plataformas eletrónicas	69
Quadro 4.4	Opinião dos fornecedores acerca da venda e divulgação em hospitais públicos	70
Quadro 4.5	Opinião dos profissionais de saúde acerca das comissões de escolha	70
Quadro 4.6	Opinião dos profissionais de saúde acerca das compras hospitalares	71
Quadro 4.7	Opinião dos profissionais de saúde acerca dos critérios de qualificação de um fornecedor	72
Quadro 4.8	Opinião dos profissionais de saúde acerca dos critérios de qualificação de um fornecedor	72
Quadro 4.9	Opinião dos profissionais de saúde acerca da gestão de reclamações	73
Quadro 4.10	Opinião dos profissionais de saúde acerca da receção de informação sobre novos produtos e serviços	73

GLOSSÁRIO DE SIGLAS

ANCP	Associação Nacional de Compras Públicas
AP	Administração Pública
APES	Associação Portuguesa de Economia da Saúde
EPE	Entidade Pública Empresarial
ESPAP	Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública
ERSAR	Entidade Reguladora dos serviços de Água e Resíduos
NPM	New Public Management
NPS	New Public Service
RCM	Resolução do Conselho de Ministros
SNCP	Serviço Nacional de Compras Públicas
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPMS	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
UMC	Unidades Ministeriais de Compras
UMIC	Agência para a Sociedade do Conhecimento, IP

2.6.5.-A análise categorial.....	48
CAPÍTULO III – O Sistema Nacional de Compras Públicas.....	51
3.1.- Evolução do regime jurídico das compras públicas.....	53
3.2.- Código dos Contratos Públicos	56
3.3.-Caraterização do sistema nacional de compras públicas	57
3.3.1.-Acordos-Quadro e os princípios do <i>procurement</i>	59
3.3.2.-Principais objetivos estratégicos do Programa Nacional de Compras Públicas.....	61
3.3.3.-Objetivos para as compras públicas eletrónicas.....	63
3.4.-As comissões de escolha nos hospitais.....	63
CAPÍTULO IV -O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOBRE ATUAL SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS.....	67
Análise dos resultados.....	67
CONCLUSÃO.....	75
BIBLIOGRAFIA.....	73
ANEXOS	
Organograma da ESPAP.....	I
Lista de entrevistados.....	II
Guião de entrevista profissionais de saúde.....	III
Guião de entrevista fornecedores de hospitais.....	IV

INTRODUÇÃO

Propomos uma análise numa área muito específica, complexa e controversa, Aquisições Públicas na Saúde, onde a aquisição de consumíveis clínicos, equipamentos médicos e produtos farmacêuticos atinge valores consideráveis no total do gasto público do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O setor da saúde tem elevado grau de complexidade técnica e tecnológica nas suas aquisições, que justifica a metodologia que em muitos aspetos é diferente da usada em outras áreas de compras públicas. Ciente desta preocupação a Administração Pública busca formas de aumentar a eficiência, diminuir custos e manter a qualidade na prestação dos cuidados de saúde. A questão da sustentabilidade financeira do modelo de prestação de cuidados de saúde, proporcionado pelo Serviço Nacional de Saúde encontra-se no centro das discussões da respetiva tutela, dos profissionais de saúde e dos cidadãos em geral.

Hoje a gestão das aquisições destes produtos é dada a uma organização central, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde usando sistemas uniformes, usando negociação direta e permanente com os maiores fornecedores que negociam os equipamentos médicos e com a indústria farmacêutica, esperando obter descontos de quantidades considerando o volume das compras e as condições de pagamento e baixando os custos.

O objetivo da investigação é compreender os critérios de análise e as consequentes tomadas de decisão na escolha dos produtos e serviços, investigando como são constituídos os Comités de escolha nos hospitais, considerando a existência de equipas multidisciplinares, maioritariamente para a compra de equipamentos médicos, mas também para medicamentos, têxteis, produtos alimentares, contratação exterior de serviços e outras áreas.

A metodologia da nossa pesquisa será diversificada, contemplando a análise qualitativa. No que respeita às técnicas envolvidas executaremos pesquisa documental, entrevistas e pesquisa bibliográfica.

Na tentativa de otimizar as compras no setor Público, apostar na desburocratização e desmaterialização processual tendo em vista o aumento da eficácia e eficiência, medida em tempo e custos, o Estado português criou o programa nacional de compras eletrónicas, seguindo uma orientação da União Europeia e aprovado pela resolução do conselho de ministros nº111/2003 de 12 de Agosto de 2003.

A melhoria do processo de *e-procurement* é objeto de análise em toda a UE, no sentido de pesquisar a hipótese de introduzir melhorias de processo.

O principal objetivo do presente trabalho de investigação subordinado ao tema “Aquisição de materiais médico- hospitalares” será analisar o funcionamento dos processos de compras, avaliar a tramitação dos procedimentos, diagnosticar os eventuais problemas existentes numa área cada vez mais importante, tendo presente a necessidade de efetuar uma utilização cuidada e responsável dos recursos disponíveis. Como os recursos financeiros públicos são escassos, é indispensável que a sua utilização seja o mais eficiente possível, evitando desperdícios e deseconomias. Para tanto, o trabalho será feito com base na explicação de conceitos, enquadramento legislativo, administrativo e de gestão pública atual, com vista à sistematização, qualificação, centralização e padronização das Compras Públicas. Procuraremos ainda compreender o processo de formação e execução desses contratos.

Atualmente, a gestão da aquisição destes produtos está entregue a um organismo central, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), recorrendo a sistemas de codificação uniformes, a negociação direta e permanente, com os grandes fornecedores de material médico-cirúrgico e da indústria farmacêutica com vista à obtenção de descontos de “*rapel*”¹ atentos ao volume de negócio e o prazo de pagamento, permitindo assim a redução de custos.

Pretende-se, ainda, compreender os critérios de análise e a conseqüente tomada de decisão em relação a escolha dos produtos, entender como são constituídas as “Comissões de Escolha” nos serviços hospitalares, que constitui uma parte importante deste estudo, sendo certo que habitualmente apresentam uma formação multidisciplinar, essencialmente para a aquisição de material médico-cirúrgico, bem como a aquisição de serviços em regime de “*outsourcing*” e outras áreas, atenta à complexidade e vastidão dos tipo de aquisições com que um Hospital se depara no seu dia-a-dia. Centraremos no entanto, a nossa atenção na aquisição de materiais médico-hospitalares pela sua complexidade técnica.

É de toda a relevância verificar os interesses em presença, nomeadamente dos utentes, e não meramente as questões económicas dos aprovisionamentos. A abordagem da investigação será composta por análise de conteúdo e a análise será qualitativa, uma vez que iremos recorrer a entrevistas. No que respeita às técnicas utilizadas, faremos pesquisa documental, entrevistas e pesquisa bibliográfica.

¹ Rappel-prémio em forma de devolução de dinheiro ou crédito futuro, estabelecido para quando um cliente atinge determinados objetivos ou condições pré-definidas.

As entrevistas semiestruturadas abertas são realizadas em serviços hospitalares, nomeadamente na área da grande Lisboa, procurando com esse procedimento colher o maior número possível de informações. A análise dos dados será realizada por meio de análise de conteúdo e recorreremos ao *software* NVivo para a concretizar. O estudo procurará trazer mais-valia no sentido de tomar conhecimento da forma como profissionais de saúde e fornecedores de hospitais interagem com a Administração Pública, com o novo sistema de compras públicas e tentará identificar e apresentar soluções práticas para o futuro. Finalmente são expostos os resultados alcançados do estudo, dos pressupostos teóricos e legais e a sua aplicação prática, tendo em atenção a metodologia proposta no projeto: aperfeiçoamento contínuo de processos e obediência aos princípios da Administração Pública, nomeadamente da eficiência, qualidade e transparência na utilização dos recursos públicos.

CAPÍTULO I - AS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Enquadramento teórico - A modernização da Administração Pública

Os últimos anos do século XX representaram um enorme desafio à gestão do setor público, na maioria dos países desenvolvidos. As mudanças e as reformas administrativas surgiram em diferentes contextos, para resolver problemas semelhantes, com estratégias complementares.

Peters (1996) atribui o questionamento acerca das funções do Estado, a partir dos anos 80 do século XX, a um conjunto de fatores: diminuição do crescimento económico, problemas demográficos relacionados com o envelhecimento da população nos países desenvolvidos, necessidade de diminuição dos custos do funcionamento do Estado. Os EUA e o Reino Unido foram os primeiros a chamar a atenção para estas questões, tentando pôr em marcha uma série de políticas, para a modernização da administração pública, com o objetivo de diminuir custos e procurar novas soluções para a prestação de serviços públicos.

O papel do Estado, nas últimas três décadas, tem sofrido profundas alterações, com consequências na Administração Pública, cujo perfil e funções são por ele definidos (Harfouche, 2008). A deslocação de funções e de competências do Estado nacional para organizações internacionais, fruto da globalização e da internacionalização de bens e fatores de mercado (Rego, 2008: 23), são alguns exemplos dessas alterações.

Conforme observa Lechner (1996), a origem da crise estaria não num Estado demasiado forte, mas sim num Estado demasiado débil, chegando a atingir uma situação paradoxal, em que as capacidades de conduzir o Estado diminuem, ao mesmo tempo que aumenta a necessidade de condução de processos sociais por parte dele. Deste modo, embora a crise do Estado possa ser atribuída ao seu crescimento excessivo e distorcido, não aponta para um Estado mais fraco, mas para um Estado mais forte, que recupere a capacidade económica de realizar poupança pública e a capacidade política de orientar a sociedade na direção do desenvolvimento e da democracia (Pereira, 2001). O Estado democrático, tal como o entendemos na atualidade, tem diversas funções, a saber: zelar pela manutenção de um determinado território geográfico; gerir recursos materiais com equidade; aplicar as regras do direito de acordo com uma constituição; prestar um conjunto de serviços públicos. Não poderemos, no entanto, analisar as atribuições do Estado, sem o contextualizar em períodos

históricos bem definidos, atendendo às necessidades das sociedades que também vão evoluindo ao longo do tempo.

A questão que se levanta, atualmente, é saber qual o melhor modelo de prestação de serviço público no séc. XXI. As tendências atuais do modelo neoliberal apontam para um modelo de serviço público, suportado por técnicas de gestão empresarial, que conduzam a um maior controlo orçamental e, por essa razão, o processo de formação de políticas públicas tem vindo a sofrer alterações.

Osborne (2006) refere que “a teoria central para se entender a prestação de serviço público, não é a mais adequada à sua finalidade” pois muito da teoria para analisar a prestação de serviço público foi retirado da gestão industrial, quando deveria ter como referência a teoria da gestão de serviços. Sendo que o serviço é um intangível e simultaneamente um processo, o desempenho de um serviço é analisado pelo seu consumidor, de forma subjetiva (Osborne, 2006:66). Os serviços constituem atos sociais que acontecem quando se processa um contato direto entre um consumidor e um prestador.

Por estes motivos, a análise de custo-benefício relativa ao *output* da intervenção do serviço público (Knapp e Casabates Hita, 2009) deve ser realizada, tendo como objetivo o valor do serviço do Estado para o consumidor em particular e para a sociedade em geral.

A inovação é outra das questões que atualmente se levanta. Passamos por um período histórico caracterizado por grandes mudanças sociais e económicas, que requerem novos processos de prestação de serviços e que não contemplam, apenas, criação de um novo serviço ou de reformulação de um serviço já existente. Atendendo às especificidades do setor dos serviços públicos, será necessário analisar a introdução de inovação neste setor, com mais detalhe. A nova teoria de gestão pública deverá aprofundar a teoria de gestão dos serviços (Osborne, 2006) e preocupar-se, sobretudo, com a gestão intra-organizacional e não apenas com a inter-organizacional. Naturalmente que o Estado é composto por vários departamentos/ministérios que têm como missão proceder à execução de políticas públicas, mas atendendo a que cada área tem características próprias em termos do serviço que deverá prestar, a análise isolada de cada função será imprescindível.

A relação entre a Administração e o poder político é fortemente influenciada, condicionada e estruturada segundo o tempo, o espaço e as características da sociedade em que se insere. A evolução do modelo de Administração Pública, por sua vez, está ligada à evolução do Estado (Mozzicafreddo, 2001:149) e a conjuntura internacional obriga a redução de custos.

Importa, por isso, compreender o processo de evolução do Estado, em termos de realidade sociocultural. Rosenbloom (1998:4,5) define a Administração Pública como a atividade necessária para que a vontade de um governo alcance determinados propósitos ou objetivos em nome da coletividade. A subordinação ao poder político faz surgir uma dicotomia entre política e administração, porque se torna um instrumento do político, executando atividades necessárias para que os objetivos políticos se concretizem e o interesse público seja alcançado.

Partindo do princípio de que o Estado se concretiza através de um poder político interventor, regulador e organizador de um conjunto social, uma das questões a ponderar será a da definição do “interesse público” que tem como base as características desse mesmo conjunto social. Cabe à Administração colocar em prática as medidas que o político definiu como sendo do “interesse público”. Stillman (1997:332-338) afirma que na Europa a Administração se consolidou a partir de um determinado modelo de estado, enquanto nos EUA foi a Administração que fez surgir o modelo do Estado. No presente, teremos de observar qual o modelo organizacional de Estado que mais se adequa ao modelo social atual, uma vez que as sociedades tendem a ser cada vez mais heterogêneas, em termos de grupos de interesses e da elaboração de políticas públicas, que sirvam o “interesse público” e que são cada vez mais difíceis de conseguir (Petersü, 1996). O modelo organizacional do Estado tem um número de público cada vez mais diversificado, e por essa razão, as políticas administrativas não podem ser concebidas, usando os mesmos procedimentos do passado.

A especificidade das funções do Estado e a forma como este, enquanto modelo organizacional, entende a sua interação com a sociedade, determina um modelo de Estado que, tal como outros modelos organizacionais, não poderá ser estático.

Tendo em consideração os modelos sociais no século XXI, interessa compreender não só qual o melhor modelo de Estado, considerando os interesses dos cidadãos, pois é a partir da delegação de poder por parte destes que surge o poder do Estado nas sociedades democráticas. Interessa igualmente projetar a evolução do modelo de Estado para o futuro, tendo em consideração que não existem modelos ideais e que a resolução de parte dos problemas fará surgir, com certeza, outras necessidades de análise.

1.1. Evolução do Estado

A abordagem do Estado obriga-nos a analisar um determinado modelo organizacional e também as funções que este desempenha. O Estado vai evoluindo no tempo e, conjuntamente, o seu papel. De acordo com Zürn e Leibfried (2005), as mudanças transformativas são marcadas pela mudança natural e não por uma origem política definida.

As configurações do papel do Estado necessitam de ser analisadas num determinado contexto, tal como: a experimentação institucional que leva a inovações políticas; a existência de crescimento enquanto realidade; a existência ou não de uma sociedade democrática; a preocupação com reciprocidade (Mozzicafreddo, 2009).

A experimentação institucional permite ao Estado renovar constantemente a sua lógica de funcionamento, de acordo com os resultados que pretende atingir com políticas económicas e sociais. A legitimação do papel Estado necessita de um suporte democrático, para que este possa ser reconhecido. O processo de legitimação acontece, regularmente, tendo em conta conflitos de interesses que se expressam no corporativismo, clientes e certas associações que pressionam o poder do Estado (Zürn e Leibfried, 2005).

Para Mozzicafreddo (2009:2) “a única realidade uniforme é a do seu crescimento” à medida que se verificam alterações de configuração, funções e capacidades. Quanto à reciprocidade expressa-se através da necessidade de prestar e receber ajuda. Podemos, assim, dizer que a evolução do Estado está ligada à sua evolução histórica, à sua forma de crescimento, ao seu modelo de administração, à evolução das suas capacidades e funções e, similarmente, da regulação seletiva das suas disfuncionalidades ao longo do tempo (Mozzicafreddo, 2009).

Durante o século XIX, verificamos a existência de um Estado Liberal, suportado pelo pensamento económico que defende a existência de um Estado mínimo e que apenas deve existir enquanto regulador num modelo capitalista. Este modelo de pensamento, acerca do Estado, irá manter-se até à crise de 1929 no século XX. Este período caracteriza-se pela ausência de protecionismo. A Administração pública era controlada pela vontade dos políticos, não existindo, portanto, com autonomia nem capacidade técnica especializada.

1.2. Modelo burocrático weberiano

Na Europa, o modelo de administração pública consolidou-se com base nos princípios de estruturação do modelo burocrático de Max Weber. A consolidação da ordem democrática, sustentada nos princípios do bem-estar social, foi edificada através da associação entre a burocracia e o conhecimento profissional especializado. Este modelo durou até aos anos 70 do século XX, caracterizando-se pela racionalidade e pela burocracia funcional, que se materializa na hierarquia, estratificação, impessoalidade e pelo distanciamento política-administração.

Max Weber (1971) foi o primeiro autor a estabelecer a ligação simbiótica, entre burocracia e conhecimento profissional, fazendo depender a expansão da burocracia, enquanto projeto de racionalização das sociedades capitalistas, do seu apoio em conhecimento de profissionais altamente especializados (Reed, 1999). Posteriormente, na tentativa de fornecer uma matriz organizacional à gestão, Mintzberg (1999) formalizou esta ligação, ilustrando-a com os exemplos dos hospitais e das instituições de ensino superior. O modelo burocrático *weberiano* compreendia uma dimensão administrativa, à qual cabia o papel de manter a neutralidade e a racionalidade do aparelho governamental.

Este modelo organizacional pode ser representado como um tipo especial de configuração estrutural, traduzida na noção de burocracia profissional. Apesar do carácter funcionalista e estático desta configuração, ela tem o mérito de evidenciar a grande importância do ‘centro operacional’, controlado pelos profissionais, na estruturação das organizações.

A padronização das qualificações configura a forma dominante de controlo dos profissionais que, expressando-se através da autonomia, se sobrepõe às componentes administrativas (tecnoestrutura e apoio logístico) e desvaloriza as posições de gestão intermédia. Para Weber (1971) as organizações burocráticas iriam proporcionar à sociedade estabilidade, rigor e confiança, pois funcionariam com imparcialidade e de acordo com os superiores interesses da organização. Para este teórico, o modelo burocrático, ou de autoridade racional legal (Secchi, 2009) seria aplicável, tanto ao setor público como ao privado, e a sua utilidade confirmada pela superioridade da sua eficiência.

As principais características do modelo burocrático podem ser explicitadas, através de um conjunto de características, conhecidas por: hierarquização e normatividade; especialização; neutralidade e impessoalidade; vínculo institucional.

Uma das características fundamentais do modelo é a hierarquização nos cargos, sendo que cada cargo inferior responde diretamente ao superior hierárquico. Todos os agentes estão sujeitos ao cumprimento rigoroso de normas e regras técnicas, havendo lugar a um controle absoluto por parte do superior, como forma de exercer a disciplina (Weber, 1971). O aparelho administrativo tem como fundamental objetivo e é utilizado para manter a comunicação entre a estrutura do sistema, que se baseia numa hierarquia de autoridade. O elevado grau de padronização das tarefas é conseguido através de um conjunto de normas e de regulamentos e consideramos esta forma como a mais adequada para responder às necessidades de uma administração de massas (Weber, 1971).

O papel do agente resume-se ao cumprimento estrito da legalidade, podendo o funcionário atuar única e exclusivamente com base no que está explicitado na lei. Os funcionários estão sujeitos a um elevado nível de supervisão e fiscalização, por parte dos superiores hierárquicos (Pitschas, 1983). Toda a cadeia hierárquica está sujeita a um controle interno e externo, normalmente abrangida por um diploma orgânico, que explicita a ligação ao respetivo membro do governo que tutela a correspondente área de atuação.

No modelo burocrático podemos verificar uma elevada especialização dos funcionários, uma vez que existe necessidade de responder a inúmeras funções detidas pelo Estado. O *Welfare State* já não se ocupa apenas das questões de soberania, defesa, justiça e relações exteriores do Estado, intervém também em assuntos da esfera privada da vida dos cidadãos.

A diversidade de assuntos tratados pelo Estado obriga a que os funcionários detenham qualificações técnicas especializadas, para um melhor desempenho do seu cargo. É importante frisar que os funcionários, com base na objetividade e racionalidade, devem desempenhar o seu cargo de forma impessoal, para garantir igualdade de tratamento a todos os cidadãos. O profissionalismo do funcionário é recompensado com uma carreira estável, dentro da organização, onde lhe é permitido evoluir de acordo com o mérito e ao longo do tempo, reforçando, neste caso, o sentido de lealdade para com a organização. No modelo burocrático, a antiguidade na carreira é um elemento importante para todos os funcionários, a quem, em igualdade de funções, é garantido o mesmo tratamento.

A elevada especialização do funcionário, observando o seu lado positivo, pode contribuir para que este utilize o poder que a informação especializada lhe confere, criando disfuncionalidades, não só à estrutura a que pertence, mas também face ao cidadão que necessita de utilizar um dado serviço.

O modelo centralizado de decisão retira ao funcionário capacidade de intervenção, contribuindo para que este não se sinta responsável pela sua atividade e faz com que os cidadãos se afastem de qualquer interação com decisões administrativas (Pitschas, 1993). A excessiva especialização e divisão de tarefas contribuem para uma falta de coordenação entre os serviços e pode levar a duplicação de tarefas, por falta de mecanismos de comunicação.

Por todas as razões anteriormente apontadas, o modelo burocrático é suspeito de contribuir para a morosidade nas decisões, para a falta de eficiência e ausência de resposta, para as reais necessidades dos cidadãos, mas até à atualidade ainda não foi possível encontrar, de acordo com Pitschas (1993) outro modelo organizacional que mantenha iguais características de legalidade e normatividade, não se pondo em causa a necessidade de simplificação de muitos dos procedimentos da Administração Pública, que hoje nos são proporcionados pelo uso de novas tecnologias.

1.3. A Nova Gestão Pública- *New Public Management*

O discurso sobre a imperiosa e inevitável necessidade de mudança nas concepções do Estado de bem-estar social encontra as suas raízes, não só nas profundas transformações dos contextos globais e locais (a economia global, a reestruturação produtiva, o desenvolvimento tecnológico e as transformações da sociedade) mas, sobretudo, nas limitações estruturais da burocracia profissional. Esta é narrada como um conjunto de limitações intransponíveis, entre as quais são particularmente enfatizadas: a incapacidade de assegurar a isenção face a interesses particulares, o movimento tendencial para definir prioridades em função de interesses próprios, as limitações na produção dos resultados esperados, a excessiva hierarquização e a aversão à avaliação e controlo externo (Clarke e Newman, 1997) nas limitações estruturais da burocracia profissional.

A crescente falta de recursos financeiros dos Estados, associada a despesas e receitas do setor público; a conjuntura globalizada que condicionou a adaptabilidade das novas tecnologias de informação e comunicação; as mudanças culturais e sociais que induziram nos cidadãos a exigência de um melhor setor público e a necessidade de desconcentrar os serviços públicos, levaram a necessidade da reforma da A. Pública (Rego, 2008).

Com vista a responder aos problemas com que os Estados se confrontavam, surge o *New Public Management*, apontado como caminho necessário, dada a indispensabilidade da

reforma da Administração Pública. Neste contexto, em grande parte decorrente das consequências do processo de globalização, em cada país, a estratégia reformista tem sido influenciada pelas especificidades históricas da construção do respetivo sistema de Administração Pública, do poder de influência dos sindicatos, da capacidade de intervenção dos cidadãos, quer face à tomada de decisão política, quer na avaliação da qualidade do desempenho e das formas de organização dos serviços públicos, além da situação conjuntural político-económica e subsequente prevalência de uma perspetiva ideológica mais ou menos liberal.

O movimento da nova gestão pública teve o domínio da gestão privada nos países anglo-saxónicos, em meados da década de 1980. Tratava-se de procurar fazer gestão pública com mais pragmatismo, tendo como objetivo principal o controlo de custos e o aumento da eficiência, introduzindo uma visão diferente à organização e às responsabilidades do setor público, privilegiando os resultados em detrimento dos processos. Sendo que o serviço público é um processo, como podemos então avaliar a qualidade da formação desse processo e os benefícios (*outputs*) ou satisfação dos utentes do serviço público?

Os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (OCDE), à qual Portugal pertence, aderiram a esse modelo, nas áreas da economia, das finanças e também da saúde, que constitui o nosso objeto de estudo. A agenda da Reforma Administrativa centra-se no Modelo Gestionário, tanto em Portugal como noutros países da UE, sendo que se registam abordagens e interpretações distintas e diversificadas das ideias da nova Gestão Pública.

A fim de responder ao problema de excessivo gasto nas políticas sociais, os países Europeus tentaram redefinir o papel do Estado na economia. Para tanto, e uma vez que o modelo burocrático Weberiano não estaria a resultar, introduziram-se padrões empresariais na Administração Pública. Evolui-se de um modelo burocrático, caracterizado pela neutralidade e racionalidade, para uma Administração Pública que inclui algumas características das organizações empresariais (Escoval, 2003). A Administração Pública conhecia, desta forma, um novo modelo: o “modelo empresarial” que se estendeu a grande parte da Administração Pública., incluindo o setor da Saúde.

Carateriza-se este modelo pela avaliação de desempenho e dos métodos característicos da empresarialização, que são temas fundamentais para a alteração das estruturas administrativas.

Segundo Rocha (2001), em Portugal, o modelo baseado no Estado Providência teve a sua implementação após a revolução de 1974. A preferência por este modelo encontrou a mesma justificação que nos restantes países da Europa, quando o adotaram três décadas mais cedo. No caso português: instabilidade governamental, fraqueza dos partidos políticos e expansão das políticas sociais do Estado. O mesmo autor refere que a “máquina” estava cada vez mais pesada. Verificou-se a subida de custos, a desumanização da burocracia, decorrente das disfunções do modelo apresentado por Weber, que tornou os serviços mais rígidos e distantes dos cidadãos, e ainda o “falhanço” na filosofia do Estado Providência que pretendia maior igualdade, o que não veio a concretizar-se.

Inevitavelmente, as críticas surgiram, dando lugar a outros paradigmas, baseados no pressuposto de que o Estado não deveria intervir na atividade económica e que deveria proceder à privatização de serviços. Ainda na mesma linha de pensamento, tudo o que não fosse privatizável deveria fazer parte de um modelo de gestão empresarial.

Segundo Simões (2004) e Rego (2008), o Estado assume cada vez menos uma postura intervencionista, reduzindo significativamente as tarefas que lhe estão atribuídas no plano social e assume particular relevância no âmbito das atividades de gestão, de controlo e de regulação. As funções tradicionais de produção e de distribuição de bens e serviços têm vindo a ser, progressivamente, substituídas pelas funções de financiamento, de prestação e de regulação.

Simões (2004) sugere que no modelo que progressivamente se desenha, o Estado deixa de ser produtor e empresário e principal prestador de serviços públicos, os quais passam a ser dirigidos por empresas privadas ou por organizações não lucrativas, por delegação do Estado ou em parcerias público-privadas. Assim, o Estado assume, sobretudo, um papel de regulador e de organizador de serviços públicos.

Passa a figurar nas preocupações do Estado, no contexto atual, procurar combinar e concertar da melhor forma as suas funções de Estado de Direito, com as novas orientações de gestão na A. Pública fundadas a partir de uma lógica de mercado.

As transformações do meio envolvente refletem-se nos sistemas de gestão (financeira, estratégica, de recursos humanos, de qualidade dos serviços) e na natureza jurídica das instituições que lhe estão associadas (Rego, 2008).

Quais foram as influências das ideias da Nova Gestão Pública na Reforma Administrativa em Portugal? Que resultados produziram no cenário do Sistema Administrativo Português?

As características do Modelo de Gestão orientada pelos Resultados.

As décadas de oitenta e noventa caracterizam-se por uma profunda alteração da Administração Pública, da qual o sistema de saúde português também se ressentiu. Na generalidade dos países da UE, têm resultado das crises fiscais, na retração do Estado Providência (*Welfare State*), (Zita Espírito Santo, 2011) atitudes e crenças de gestores e clínicos na governação dos hospitais: *Um estudo exploratório em três hospitais portugueses. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde* -Universidade de Coimbra).

O Estado Providência surgiu como consequência de uma crise profunda sofrida a nível mundial e impôs-se definitivamente na Europa na fase posterior à II Grande Guerra (Rocha, 2001), provocando um aumento substancial das despesas públicas e do pessoal administrativo, justificado pelo crescente aumento da dimensão e papel do governo (Rocha, 2001), por meio da sua intervenção na vida económica e social.

De facto, e após a tomada de consciência de que o modelo de Administração Pública assente no Estado Social era fortemente hierarquizado e burocrático, os governos adotaram novas formas de governação, baseadas em modelos mais liberais, cujas intervenções apontavam para a introdução de “mecanismos de mercado” no modelo de funcionamento dos prestadores e na sua relação com os financiadores. A reforma do setor da saúde passou, assim, a ser influenciada pelas reformas organizacionais propostas pela *New Public Management* (NPM), que preconiza a adoção de regras de gestão empresarial e assenta na clarificação da responsabilidade, na melhoria do desempenho e na responsabilização/prestação de contas aos utilizadores – *accountability* –, como instrumento de controlo da despesa pública e de equilíbrio orçamental. (Reis, 2011). Por sua vez, os serviços públicos têm vindo a sofrer remodelações: reestruturações organizacionais que assentam no pressuposto da racionalização, associam-se a reformas da Administração Pública, cujos objetivos se resumem ao lema “menos Estado, melhor Estado”, ou seja, uma procura de delimitar as funções do Estado, com a intenção discursiva de melhorar a qualidade do serviço e aumentar a transparência no seu funcionamento, através da “modernização” não burocrática da sua gestão.

1.4. A visão do *New Public Service*

É inquestionável que os hospitais são organizações muito complexas, pelo facto de existirem duas linhas fundamentais de autoridade: o corpo clínico e a gestão. Por tal motivo, a utilização de um modelo de gestão privada no setor público, não pode ser feita de uma forma rígida, pois em alguns setores como o da educação e o da saúde, existem especificidades na finalidade da prestação de serviço, que não são adaptáveis, de forma rígida, à simples concretização de lucro económico, que é o principal objetivo das empresas privadas.

No modelo do *New Public Management* procura-se desempenho, resultados e orientação para o cliente. Nem todos os investigadores da área do serviço público subscrevem esta linha de pensamento estratégico. Por esse motivo, surge um novo modelo de gestão pública que pretende ligar o modelo burocrático à sociedade civil. Pretende-se introduzir transparência, responsabilização na prestação de contas e uma forma de aproximar os serviços ao público utente. A conceção de *New Public Service* (Denhardt, 2003) acrescenta conceitos como autointeresse e defende que os administradores dos serviços públicos devem exercer a atividade ao serviço dos cidadãos, conferindo dignidade ao serviço público e voltando a dar importância aos valores éticos na prestação do serviço (Pitschas, 2007).

O *New Public Service* defende a ideia de um Estado-Parceiro, em que o poder não assente num estado central, mas repartido por várias entidades e pela sociedade civil, atuando o Estado como interlocutor e coordenador da multiplicidade de interesses particulares, o que se apresenta como uma tarefa difícil (Mozzicafreddo, Gomes 2001).

O conceito de *New Public Service* realça a necessidade do funcionamento em rede e da sua capacidade para conseguir apoios, o que motiva uma constante prática de negociação com grupos de interesses. Denhardt aponta sete princípios orientadores para a concretização do *New Public Service*, a saber:

- Servir cidadãos e não clientes
- Procurar o interesse público
- Valorizar a cidadania e o serviço público
- Pensar estrategicamente e agir democraticamente
- Prestar contas

- Servir mais do que mandar
- Valorizar as pessoas e não apenas a produtividade

A posição de Denhardt vem reforçar as ideias já anteriormente expressas por Pollit e Bouckaert (1995), em que se procura evidenciar que o “cliente é parte, mas apenas uma parte do cidadão” e Mozzicafreddo (2001). Este último autor reforça a ideia de que o cidadão, na sua interação com o governo, representa o seu interesse individual, mas também tem noção das consequências sociais dos seus atos - o cidadão não poderá ser discriminado no acesso ao serviço público, em função da sua capacidade económica e, por isso, terá igualdade de tratamento. A gestão pública define-se na interação com o cidadão, pois na sociedade democrática o indivíduo é um “acionista “ do Estado. Ao consumidor não é permitido ter opinião sobre o modelo de funcionamento de uma organização, enquanto ao cidadão é permitido emitir opinião acerca do que considera ser importante para a definição da política pública e, consequentemente, opinar sobre o que é importante para que seja contemplado em termos de despesa pública. A organização que serve cidadãos é diferente da organização que serve clientes, pois a primeira apoia interesses coletivos e a segunda tende a servir os interesses individuais, logo, a gestão pública e a gestão empresarial terão de utilizar diferentes modelos (Ranson e Stewart, 1989).

O paradoxo da atualidade constitui-se na forma como se pretende diminuir o peso do Estado nas sociedades, ao mesmo tempo que os processos sociais se tornam mais complexos, e que a globalização das sociedades proporciona uma interação que exerce pressão sobre o desenho das economias e das estruturas sociais.

O Estado moderno e democrático tem de desempenhar, cada vez mais, um papel de equilibrador de diferentes subsistemas e as políticas públicas terão de refletir uma sustentabilidade desses subsistemas, pois essa é uma das suas múltiplas funções.

As alterações sociais provocadas pela globalização da economia, pelo uso das novas tecnologias, mudanças geoestratégias de equilíbrio de poderes a nível mundial, o surgimento das potências emergentes, o multilateralismo nas relações internacionais, obrigam a que se pense qual virá a ser a melhor configuração do Estado democrático do futuro, sendo que as melhores práticas administrativas irão refletir o novo modelo que venha a surgir. As sociedades hoje são mais heterogéneas, os grupos de interesses mais diversificados e os

processos de diálogo para a concertação apresentam um número cada vez maior de interlocutores, logo, a elaboração de políticas públicas apresenta-se mais complexa e a necessidade de conhecer a realidade do ponto de vista da sociedade civil passa por processos de constante negociação e gestão de conflitos.

Peters (1996) coloca-nos perante quatro possibilidades, cada uma com uma visão diferente de modelo de gestão, de elaboração de políticas e definição de interesse público.

Quadro 1.1 Componentes principais dos quatro modelos

	Governo de Mercado	Governo participativo	Governo flexível	Governo desregulado
Diagnóstico	Monopólio	Hierarquia	Permanência	Regulamento interno
Estrutura	Descentralização	Organizações com menos níveis hierárquicos; equipas	Organizações virtuais	Sem recomendação
Gestão	Pagamento pela performance	Total Quality management	Pessoal temporário	Liberdade de gestão
Elaboração de políticas	Mercados internos	Consulta e negociação	Experimentação	Governo empreendedor
Interesse público	Baixo custo	Envolvimento/consulta	Baixo custo/coordenação	Criatividade e ativismo

Fonte: Peters (1996)

De cada um destes tipos de governo surgirão novas práticas administrativas que irão fazer sentido em resultado das opções realizadas.

1.5. Entidades reguladoras de políticas públicas

O modelo tradicional da Administração Pública é o modelo burocrático weberiano, assente num modelo organizacional vertical, hierarquizado, que concentra no topo a liderança e a responsabilidade. Partindo do princípio que o controlo hierárquico confere imparcialidade e conformidade com regras e regulamentos, o modelo foi facilmente aceite pela maioria dos países ocidentais depois da II Guerra Mundial (Araújo, 1998).

A teoria sobre a origem e desenvolvimento da regulação leva-nos a observar a teoria do interesse (*Public Choice*) que podemos subdividir em diferentes áreas:

- o interesse público, por oposição ao interesse privado e, por isso, regulação sem interesse específico e com carácter especializado;

- o interesse do grupo, considerando a ligação entre os grupos e o estado;

- o interesse privado, em que a regulação se destina a salvaguardar interesses económicos privados e legisla para garantir o acesso das empresas a certos benefícios.

A partir dos anos oitenta do século XX verificamos, então, uma crescente incapacidade do Estado para prover a certos serviços públicos, bem como a forma de os regular e inicia-se um período de preocupação com a necessidade de reduzir a dimensão do setor público, principalmente com o objetivo de redução de despesa. A reforma do setor público será apoiada pela teoria da *Public Choice* e na teoria do *Novo Institucionalismo Económico* e os principais objetivos a atingir seriam a passagem de certos serviços públicos para o setor privado, pois estes seriam capazes de os desempenhar a um custo inferior (Araújo, 1997).

Neste contexto, surgem formas de regulação proporcionadas por agências independentes, nacionais, europeias e internacionais, desempenhando uma função de autorregulação (e.g. Organização Mundial do Comércio). Giauque (2003) aborda a regulação como um controlo constante e indispensável de conflitos, pois toda a organização pressupõe a existência dos mesmos. Esta nova perspetiva de proporcionar um bem ou serviço público pretende incentivar a concorrência e garantir o princípio do serviço público, combatendo a existência de monopólios e abuso de posição dominante. Quanto ao objetivo de continuidade de prestação de serviço público, pretendia-se que continuasse a ser prestado em condições de igualdade de acesso e universalidade (Rocha, 2010). A necessidade de regulação constante surge do facto de ser necessário intervir no caso de falhas de mercado. Majone (1997) aborda igualmente a necessidade de regulação quando se passa a recorrer ao setor privado, para a prestação de serviços anteriormente prestados pelo setor público.

A regulação das organizações no sector público implica a análise em três dimensões: o carácter político, o legal e a cultura organizacional (Giauque, 2003). O sistema de regulação em termos institucionais é de carácter político, e terá de ser suportado por uma base legal de acordo com a legislação em vigor, que lhe confere legitimidade e assume um carácter simbólico de acordo com a cultura organizacional, demonstrando os valores da organização.

A questão fundamental é verificar que entre organizações públicas e privadas existe uma diferença substancial, pois as organizações públicas refletem o exercício da autoridade política, mesmo que democraticamente eleita, devem exercer a sua gestão de acordo com um orçamento previamente aprovado e existem para concretizar políticas públicas.

No aspeto legal, sendo que as autoridades políticas representam os interesses de todos os cidadãos, nas sociedades democráticas, a gestão das organizações públicas tem como função garantir a igualdade de acesso a todos os bens e serviços. No setor privado, as organizações existem para proporcionar serviços e bens, de acordo com as necessidades do mercado, enquanto no setor público as condições de acesso se encontram ligadas ao exercício da cidadania. Quanto ao carácter simbólico, a organização pública tem como missão a prestação de um serviço público e os seus elementos são tratados de forma igualitária, em termos de carreira e de níveis salariais (Giauque, 2003).

A prática da regulação pretende focar e sustentar o controlo das atividades exercidas pelas agências públicas, contribuindo para a sua valorização social. No setor público, a separação entre propriedade e gestão levou à separação entre entidades formuladoras de políticas e entidades incumbidas da execução. O fornecimento do serviço público deixa de ser proporcionado por uma única estrutura hierárquica e passa a ser executado por um conjunto de organizações que podem ser governamentais, não-governamentais e até privadas. Este modelo de prestação conduz à existência de diferentes tipos de culturas organizacionais, que acabam por dificultar a implementação das políticas públicas.

Uma das críticas a que este modelo está sujeito, utilizando a perspetiva da teoria da agência, consiste em que, na delegação do principal ao agente, o primeiro fica em situação de desvantagem, considerando a assimetria de informação, o conhecimento tecnológico superior do agente e o facto de que o agente irá, naturalmente, proteger os seus interesses. Tendo estas realidades em consideração, conseguir uma diminuição dos custos de transação pode ter como resultado não atingir os objetivos pretendidos, pois o principal pode não conseguir acompanhar a qualidade do desempenho do agente.

1.6. Avaliação e metodologia de políticas públicas

A avaliação das políticas públicas implica a utilização de um processo multidisciplinar, que envolve a aplicação de teorias no âmbito da sociologia, da ciência política e da economia. A interseção destes três conjuntos de análise científica possibilita-nos avaliar o resultado das políticas.

As políticas públicas têm resultados evidentes na economia e na sociedade em geral, razão pela qual os resultados destas necessitam de ser avaliados, tendo como referência conceitos da teoria do estado, da economia, bem como de teorias sociais.

O interesse pelo desenvolvimento de políticas públicas tem a ver com o interesse geral da sociedade em aferir os *outputs* dessas políticas, seja em termos estritamente económicos, seja em termos do nível de bem-estar dos cidadãos, isto é, um modelo de avaliação baseado nos resultados e não na lógica das instituições, tendo como base as decisões tomadas e as técnicas utilizadas (Schmidt, 2008).

A análise das políticas públicas, enquanto “questões da *polis*”, é uma análise de questões coletivas e da forma como estas são abordadas pelo modelo organizacional do Estado e das tensões que se verificam entre este e as restantes instituições e grupos sociais. O Estado, numa sociedade democrática, tem a difícil tarefa de gerir diferentes grupos de interesses, crenças e valores, que geram inúmeras tensões, mas que devem coexistir num dado momento histórico.

Quando analisamos políticas públicas, estamos a instrumentalizar o conceito anglo-saxónico de *policy*, isto é, os conteúdos e a materialização da política. Não podemos, no entanto, esquecer que estes resultam de um modelo de funcionamento das instituições (*polity*), que deve também ser estudado. Na presente investigação é nosso objetivo analisar a política de compras públicas, particularmente no setor da saúde, no seguimento da modernização administrativa e da utilização das ferramentas de *e-procurement*, bem como avaliar os resultados alcançados, sob o ponto de vista dos profissionais do sector, uma vez que o comum cidadão não dispõe de conhecimentos técnicos especializados que o habilitem a opinar, podendo apenas avaliar o resultado global da intervenção e a qualidade do serviço prestado.

A importância da avaliação das políticas públicas não se pode ficar apenas pela análise custo-benefício, como é objetivo da opção do *New Public Management*, que se apresenta

demasiado redutora. Será necessário enquadrar a política num quadro mais vasto de objetivos, embora o controlo de custos seja necessário em qualquer modelo de Administração Pública.

Para além da simples avaliação do impacto das políticas, será também indispensável avaliar a metodologia da sua conceção e as variáveis que se pretendem analisar.

Na década de 70 do século XX pressupunha-se que os indicadores de avaliação deveriam ser utilizados como auxiliares de tomada de decisão. No início da criação destes instrumentos, supunha-se que os resultados das avaliações eram utilizados pelos atores das decisões para alcançar melhorias, e pretendia-se que tivessem um carácter instrumental. O uso continuado destes instrumentos mostrou que nem sempre os objetivos pretendidos eram atingidos e que entre os obstáculos encontrados era possível verificar a existência de interesses conflituais na organização que geria o programa; mudanças nas condições da envolvente externa; cortes de orçamento; alterações no ambiente político e falta de divulgação dos resultados alcançados.

Concluiu-se, assim, que as avaliações das políticas públicas não são utilizadas de forma imparcial e podem ser utilizadas para diversos objetivos, além da perspetiva da gestão.

Em termos metodológicos, a avaliação em trâmites temporais, pode ser classificada de acordo com um quadro *ex ante*, *de acompanhamento de implementação* e *ex post* e refere-se ao período exatamente anterior à implementação, ao acompanhamento do processo de execução e ao período pós-implementação. Para Bilhim (1998), a avaliação deve ser realizada tendo em conta a criação de dois importantes indicadores: a avaliação do resultado e a avaliação do processo. A avaliação do resultado pretende medir a diferença entre objetivos previamente fixados e objetivos alcançados, enquanto a avaliação de processo pretende verificar como os programas são desenvolvidos no terreno. A vantagem da avaliação do processo, quando devidamente divulgada, é proporcionar acumulação de conhecimentos, tanto para a organização que executa um determinado programa, como para outros serviços da AP que possam vir a ter necessidade de executar programas semelhantes.

De acordo com Faria (2005), os procedimentos de avaliação devem considerar diferentes perspetivas: em função do tempo em que é realizada (antes, durante ou depois da implementação da política); da posição do avaliador em relação ao objeto avaliado (interna, externa ou semi-independente) e da natureza do objeto avaliado (contexto, *inputs*, processo e resultados). Weiss (1998) distingue quatro tipos de avaliação de políticas públicas: instrumental; conceptual; como instrumento de persuasão; e com objetivo de esclarecimento.

O uso da avaliação a nível instrumental destina-se a ser aplicado em processos de tomada de decisão, mas também depende da capacidade de divulgar resultados, da sua inteligibilidade e da capacidade de gerar propostas realizáveis.

A utilização de tipo concetual destina-se a uso de técnicos que, normalmente, não detêm poder de decisão sobre um dado programa. Neste caso, os resultados poderão ser utilizados para conferir uma nova visão aos técnicos, sobre um dado problema, e pode ser uma excelente forma de aquisição de conhecimento. Do ponto de vista das organizações (Senge, 1990), a organização só irá aprender através de indivíduos que adquiriram conhecimento, pelo que, a divulgação e discussão construtivas acerca dos processos de avaliação podem ajudar à melhoria da performance de processos das administrações e contribuir para mudanças incrementais no futuro.

Como instrumento de persuasão, o tipo concetual pode ser utilizado como forma de mobilizar o apoio dos tomadores de decisão sobre um dado problema e, finalmente, o uso para esclarecimento pretende produzir impacto sobre redes de profissionais e sobre os *opinion makers*.

Quanto aos elementos de avaliação, Weiss (1998) menciona o uso de quatro elementos: ideias e generalizações resultantes da avaliação; o foco do estudo; a divulgação da avaliação; e o desenho do estudo. A escolha das variáveis a analisar, as categorias de análise e a escolha da metodologia de avaliação podem vir a ter grande influência na gestão da política.

Para a investigadora acima referida, a utilização dos resultados da avaliação pode ser empregada por um vasto número de utilizadores, que vão desde agentes de poder local, representantes de fundações, divulgação dentro da própria organização que administra o programa avaliado e o público em geral. Esta abordagem ultrapassa a mera utilização da avaliação para uso de tomada de decisão e comporta um fator de aprendizagem e acumulação de conhecimento para a própria organização.

Em síntese, podemos afirmar que as reformas introduzidas na Administração Pública, desde o início do século XXI, com vista à modernização dos serviços e à aproximação dos serviços às necessidades dos cidadãos, foram um processo realizado em todos os países da EU, com vista à obtenção de uma melhor qualidade de serviço. A simplificação de procedimentos através de desregulamentação e de desburocratização pretendeu ir ao encontro das necessidades do cliente, ou do utente, e trouxe benefícios para a sociedade em geral, aproximando os serviços daqueles que deles necessitam. Embora o objetivo inicial tenha sido

trabalhar para o cliente, numa lógica de mercado, a verdade é que esta lógica de proximidade ainda não atingiu todos os setores mais sensíveis para a população, devendo o processo de modernização ser continuado, para que a maioria da população possa ter acesso a estas funcionalidades. O setor da saúde é, precisamente, um dos setores em que a boa gestão dos recursos humanos e a proximidade aos cidadãos precisam de melhorias continuadas.

Ao analisarmos os diferentes modelos de gestão utilizados pelo Estado e os processos a que estes conduzem, não podemos deixar de notar os objetivos que pretendem alcançar.

Para Peters (2001), a reforma administrativa tinha como principais objetivos:

Eficácia- o desempenho das funções deve ser avaliado e os gestores devem responsabilizar-se pela qualidade do que produzem;

Re-regulamentação – regulamentação do serviço público, para avaliação e acompanhamento de políticas;

Coordenação- necessidade de coordenação das práticas governativas;

Responsabilidade- reforço da responsabilização dos organismos públicos.

Verificamos, no entanto, processos dialécticos de convergência de reforma administrativa, no que respeita à tradicional organização weberiana, o modelo de nova gestão pública e o novo serviço público (Mozzicafreddo, 2010) devendo ser salientadas as seguintes perspetivas: desburocratização, extinção e reorganização de organismos; aplicação de lógica de mercado com contratualização e surgimento de agências independentes de regulação; regulação organizacional com focalização no cliente/utente/beneficiário, com consulta ao cidadão sobre qualidade do serviço prestado, prestação de contas. Considerando os benefícios de aproximação do serviço ao utente, pensamos que um novo modelo de gestão pública continuará a necessitar de apresentar características fundamentais que aproximem o cidadão dos serviços, enquanto um modelo de gestão privada pode apresentar tendências para diminuir a igualdade de acesso, pela necessidade de aplicação constante do ratio custo-benefício.

O exercício da ética necessária à função da gestão pública confere ao cidadão maior capacidade de verificar se está a exercer plenamente os seus direitos, enquanto a gestão empresarial tenderá sempre a olhar de forma diferente para o cliente com maior capacidade económica.

CAPÍTULO II - AS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E DO SETOR DA SAÚDE

Os serviços públicos têm vindo a sofrer remodelações: reestruturações organizacionais, que assentam no pressuposto da racionalização e que se associam a reformas da Administração Pública, cujos objetivos se resumem no lema “menos Estado, melhor Estado”, ou seja, uma procura de delimitar as funções do Estado com a intenção discursiva de melhorar a qualidade e aumentar a transparência no seu funcionamento, através da “modernização” não burocrática da sua gestão. Foi neste contexto que surgiu o paradigma de gestão do *New Public Management* (NPM), utilizado pelos Governos desde 1980 para modernizar o setor público.

Para além da questão orçamental, em que o Estado pretende ter um maior controlo sobre a despesa com o setor da saúde, aplicando assim um princípio de boa gestão, há igualmente necessidade de aferir a qualidade do serviço prestado.

Para situar as remodelações verificadas, teremos de referir a importância do PRACE (Programa de Reestruturação da Administração do Estado), resultado da Resolução do Conselho de Ministros 124, de 4 de Agosto de 2005.

O PRACE tinha vários objetivos, entre os quais desenvolver serviços de partilha e de funções e atividades comuns, com base em especialização de serviços, possibilitando economias de escala, o que possibilitou a promoção da concorrência com outras entidades prestadoras do mesmo tipo de serviços (Carvalho, 2008).

A abordagem das mudanças referidas e experimentadas na AP em Portugal, e em concreto na área da Saúde, pode ser estudada com base na denominada “Nova Gestão Pública”, pelo que importa percebê-la e aos seus fundamentos teóricos, para que possamos entender, empiricamente, nos capítulos subsequentes, a nova realidade do setor da saúde em Portugal.

Neste sentido, importa perceber a necessidade da redução do papel do Estado na AP, sendo este assunto considerado na secção 2.1. As secções 2.2. e 2.3. integram uma abordagem à denominada “Nova Gestão Pública” e ao Novo Serviço Público, respetivamente. A secção

2.3. aborda o sentido geral das reformas no sector da saúde, enquadrado nos conceitos desenvolvidos nas secções anteriores.

2.1. Enquadramento histórico

A história recente da saúde em Portugal está intimamente relacionada à história do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Atendendo à sua importância, muito dificilmente se consegue falar da reforma da saúde em Portugal, sem fazer referência ao SNS. Tendo em conta o tema que nos ocupa, dar-se-á uma especial atenção às alterações que ocorreram no campo da saúde, sendo certo que estiveram na origem de toda essa evolução outros pilares, como seja, a educação e o Estado-Providência (onde o Estado passa a garantir o mínimo de sobrevivência condigna em todas as situações de carência). O SNS tornou-se um dos pilares mais sólidos do Estado Social Português, concomitantemente, com a educação e com o Estado Providência, tal como atrás foi referido (Campos, 2012).

Qual era afinal a situação de Portugal antes de 25 de Abril?

Com base nos dados que estão disponíveis no portal da (PORDATA www.pordata.pt), em 1974 a principal rubrica de despesa do Estado era a defesa nacional, onde o investimento representava cerca de 15 vezes mais do que aquilo que se gastava com a saúde. Hoje, verificamos uma realidade completamente distinta, em que o investimento com a saúde ultrapassa 10 vezes mais a despesa do Estado com a defesa, de acordo com a mesma fonte.

Importa, no entanto, dizer que essa despesa não é totalmente suportada pelo Estado, embora tenha uma participação muito significativa. Segundo o Professor Correia de Campos (2012), antes do 25 de Abril, e pese embora o facto de a economia estar a crescer a 7%, as despesas com a saúde eram inferiores, quando comparadas com as despesas no setor da defesa nacional. O que significa, tendo em conta o contexto de guerra em que Portugal se encontrava inserido, ao poder político interessava muito mais a defesa nacional do que a saúde.

Com a revolução de 1975, Portugal iniciou um período de evolução positiva, em resultado de enormes progressos económicos e socioculturais. Desde logo, o número significativo de portugueses que deixaram o país, quer fosse a fugir da guerra, quer em busca de melhores

condições de vida, sobretudo os jovens, cerca de 140 mil regressaram. Um ano após a revolução, apenas tinham saído do país cerca de 40 mil. Significa isso, que cerca de 100 mil portugueses preferiram permanecer no país, pois passou a haver maior otimismo, resultante da revolução.

Não é por acaso que a partir daquele ano se regista um aumento demográfico, tendo a taxa registado ganhos significativos, (jovens regressados das ex-colónias), quer em resultado de novos nascimentos, quer pela entrada no país de cerca de 800 mil pessoas, vindas das ex-colónias (Angola, Moçambique, Cabo-Verde, Guiné-Bissau e S.Tomé e Príncipe). Acresce a tudo isso, a melhoria das condições habitacionais, alimentares, dos cuidados de higiene, distribuição de energia elétrica por lares que passou para cerca de 99.9%, da água potável, do acesso à educação e informação, da rede de saneamento básico. Os hábitos das famílias, sobretudo as famílias rurais, sofreram uma enorme alteração, com consequências profundas nas doenças que outrora tinham um campo livre de proliferação.

A configuração do sistema político no pós 25 de Abril de 1974, permitiu uma melhoria das condições de vida das populações, tanto rurais como urbanas, com resultados positivos a diferentes níveis. A melhoria das condições económicas da vida da população, o esclarecimento dos cidadãos, a melhoria geral das infraestruturas de cuidados de saúde básicos, conduziu a mudanças nos hábitos pessoais, com enorme influência no nível da saúde pública.

Em síntese, não podemos esquecer que o aumento da despesa pública em saúde, tanto como em educação, reforça os direitos de cidadania dos portugueses, enquanto parte integrante de um modelo de Estado-Providência, tal como é referido por Mozzicafreddo (2000).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Em 1979, a Lei nº. 56/79, de 15 de Setembro cria o Serviço Nacional de Saúde, no âmbito do Ministério dos Assuntos Sociais, enquanto instrumento do Estado, para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição.

Diz a lei que o acesso a saúde é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, bem como aos estrangeiros em regime de reciprocidade, apátridas e refugiados políticos. Estabelece esse documento que o SNS envolve todos os

cuidados integrados de saúde, compreendendo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico e tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social.

Define que o acesso é gratuito, mas contempla a possibilidade de criação de taxas moderadoras, a fim de racionalizar a utilização das prestações (artigo 7º. da Lei nº. 56/79 de 15 de Setembro). O diploma estabelece que o SNS goza de autonomia administrativa-financeira e que se estrutura numa organização descentralizada, compreendendo órgãos centrais, regionais e locais, dispondo de serviços prestadores de cuidados de saúde primários (centros comunitários de saúde) e de serviços prestadores de cuidados diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas).

Atualmente, o SNS Português é citado por diversos estudos internacionais (Dixon, Mossialos, 2000) como sendo um caso de sucesso, um sistema de excelência, que tem dado frutos, um exemplo de um bom serviço público. Podemos dizer que, na área da saúde, o país está claramente irreconhecível, pese embora os desafios que tem para o futuro, sendo de realçar que a própria população está muito mais capacitada para lidar com os problemas de hoje. Pode afirmar-se que o SNS é, claramente, uma aposta ganha (Campos, 2012).

Até à criação do SNS, a assistência médica competia às famílias, a instituições privadas e aos serviços médico-sociais da previdência. Importa dizer que o SNS não trouxe todas as soluções, todavia, verificou-se uma melhoria nas condições de vida das populações. De entre as alterações fundamentais nas condições de vida, podemos destacar o fornecimento regular de água canalizada, sendo que muito da água que parte da população usava ou bebia até então estava poluída e era responsável por inúmeras doenças e epidemias. Veja-se, por exemplo, o que ainda hoje se passa em grandes áreas de sociedades menos desenvolvidas, onde não há água canalizada e tratada, e onde as populações recolhem água todos os dias num poço ou numa nascente, expondo-se a bactérias que espalham doenças.

Nesse capítulo, Portugal fez enormes progressos, as autoridades de saúde pública controlam esse processo, examinando cuidadosamente a água para consumo, em busca de agentes de contaminação (Fernandes, 2013). A este propósito, um estudo tornado público recentemente pela ERSAR (Entidade Reguladora dos Serviços de Águas e Resíduos), correspondente ao relatório anual sobre o controlo de qualidade da água para consumo humano, em Portugal, referente ao ano de 2013, conclui que essa qualidade continua a melhorar consistentemente, revelando os resultados uma percentagem de água controlada e de boa qualidade na torneira do consumidor de 98%.

Por tudo isso, é inegável que houve uma evolução muito positiva na vida dos portugueses. Hoje vivemos muito mais tempo do que vivíamos há 40 anos, a esperança de vida à nascença aumentou 12 anos, atualmente uma mulher quando nasce pode esperar viver em média 83 anos e um homem 77. Mesmo as pessoas de idade mais avançadas podem viver mais tempo, em média 17 anos para os homens e 20 anos para as mulheres (INE, PORDATA, 2014).

Conforme o quadro em anexo, entre 1970 e 2012, a esperança média de vida aumentou de forma significativa, fruto das várias políticas que foram implementadas nesse período.

Quadro 2.1. Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001) - Portugal

Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades, observadas no momento de referência.

Ano (idade) - Média

Anos	Sexo		
	Total	Masculino	Feminino
+ - 1960	x	60,7	66,4
+ - 1970	67,1	64,0	70,3
+ - 1980	71,1	67,8	74,8
+ - 1990	74,1	70,6	77,5
2000	76,4	72,9	79,9
2001	⊥76,7	⊥73,3	⊥80,1
2002	77,0	73,6	80,2
2003	77,4	74,1	80,6
2004	77,7	74,4	80,9
2005	78,2	74,8	81,3
2006	78,5	75,2	81,6
2007	78,7	75,5	81,8
2008	78,9	75,8	81,9
2009	79,3	76,2	82,2
2010	79,6	76,5	82,4

1970 2012

67,1 80,0

Anos (idade)Anos (idade)

2011	79,8	76,7	82,6
2012	80,0	76,9	82,8

Fontes/Entidades: INE, PORDATA
Última atualização: 2014-06-02

Observamos, aqui, um aumento dos horizontes de vida e esse é um dado que vale a pena e é importante referir. Presentemente, todos vivemos muito mais tempo. Grande parte dessa evolução acontece em resultado dos melhores cuidados médicos, uma maior abertura desses serviços aos cidadãos e, sobretudo, uma enorme mudança quanto ao seu acesso, que passou a ser universal, o que permitiu que tais progressos não beneficiassem só alguns em detrimentos de outros (Campos, 2012).

Pergunta-se se essa evolução se deveu única e exclusivamente ao forte investimento que se fez na área da saúde? Quais as razões de tanto sucesso?

Certamente que as respostas a essas questões passarão por um conjunto de fatores que vão muito para além do investimento forte e bem-sucedido que se fez na área da saúde, porque, como se sabe, existem outras áreas onde o Estado também fez investimentos, sem contudo se verificar o mesmo sucesso que conseguiu nesta área. Ressalve-se que, o investimento feito, seguramente contribui em muito para o sucesso, mas não esgota ou afasta outras razões igualmente importantes e indissociáveis a essa evolução.

Como acima já foi referido (Campos, 2012), fatores como o fim da guerra colonial, a capacitação da população através da educação e melhor informação/formação para lidar com os problemas da saúde, nomeadamente, a sensibilização para a questão da higiene pessoal, água potável, rede de saneamento básico e a mudança de hábito nas famílias, terão certamente influenciado essa alteração. Não podemos deixar de mencionar que, em 1974, a rede hospitalar estava praticamente reduzida aos centros urbanos de Lisboa, Porto e Coimbra, e a maioria da população fora desses centros urbanos não tinha acesso aos cuidados de saúde primários. Na Europa, Portugal dispunha dos piores indicadores de saúde, só ultrapassados pela Turquia.

Baganha, Ribeiro e Pires (2002) referem que antes do 25 de Abril de 1974 a proteção na saúde apresentava várias vias: as misericórdias, entidades privadas de solidariedade social; os Serviços Médico-Sociais, que prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixa de Previdência; os Serviços de Saúde Pública vocacionados para a vacinação, proteção

materno infantil e saneamento ambiental; os Hospitais Públicos e os serviços privados dirigidos para os estratos socioeconómicos mais elevados.

A atuação do Serviço Nacional de Saúde teve consequências a nível de uma série de indicadores, tais como, a mortalidade infantil de 37,9 óbitos por 1000 nascimentos em 1974, para 11 óbitos por cada 1000 nascimentos em 1990, na mortalidade perinatal e na esperança média de vida de 68,9 anos de vida para Homem e Mulher em Portugal em 1975, passamos para uma esperança média de vida de 73,8 anos em 1990 (OCDE, 2001).

No que respeita à taxa de cobertura da população, entre 1974 e 1978 houve um aumento de quase 100% na população coberta. No que toca à evolução do PIB gasto em cuidados de saúde, passamos de 4,1% do PIB em 1974, para 6,5% em 1990. Entre 1974 e 1980, Portugal aumentou os gastos totais em saúde em cerca de 40%.

2.2. A situação atual

A despesa pública em saúde representa uma parcela relevante no total da despesa pública. Paralelamente, tem vindo a registar aumentos significativos nos últimos anos em Portugal, numa altura em que os sistemas de saúde se confrontam com sérios problemas de sustentabilidade económica e financeira e onde se discute, cada vez mais, a necessidade de introduzir profundas alterações na prestação e financiamento do setor da saúde (Fernandes, 2013). Assim, tem toda relevância este trabalho que pretende ser mais um instrumento que procura contribuir para a busca de soluções devidamente informadas e não meramente baseadas na retórica ou teorização incompleta. De entre as várias razões que se podem apontar, contam o aumento das necessidades em saúde, decorrentes da evolução demográfica e do incremento das expectativas do cidadão e, sobretudo, à exposição a um mercado global de inovação de difícil controlo (Fernandes, 2013).

2.3. Racionamento *versus* Racionalização em saúde

Segundo Adalberto Fernandes, o problema de sustentabilidade económica e financeira que Portugal enfrenta não se deve apenas ao aumento das necessidades em saúde, decorrentes da

evolução demográfica e do incremento das expectativas dos cidadãos, mas, sobretudo, à exposição a um mercado global de inovação.

Em circunstâncias extremas de restrição orçamental, existe o risco da ocorrência de comportamentos defensivos e desiguais, que podem contribuir para o agravamento das desigualdades no acesso. De outro modo, a ausência de explicitação uniforme de critérios ou a sua falta de transparência podem comprometer a equidade, quer ao nível geográfico quer ao nível institucional, para o mesmo tipo de doentes e de doenças.

A questão fundamental coloca-se em torno da legitimidade ética do termo racionamento, em saúde, por oposição à consensual racionalização numa oposição a uma certa ideia de justiça, atribuída em tese geral a John Rawls, que preconiza o incremento máximo de todos os direitos dos doentes. No centro da polémica está a diferença entre a distribuição controlada de recursos, bens e serviços escassos (racionamento) e a utilização inteligente e eficiente dos mesmos tendo em vista a melhoria da relação de custo benefício (racionalização).

Existe, aqui, uma dimensão ética profundamente ligada à qualidade das escolhas, à sua natureza e critérios. A natureza das escolhas não deverá contrariar a dimensão ética subjacente ao direito à saúde, não utilitarista e baseado na igual e máxima dignidade da pessoa. Segundo Adalberto Fernandes (2012), a gestão ativa da relação entre o custo e a qualidade dos cuidados de saúde e as respetivas condições de acesso deverá, por isso, ter em conta o indispensável equilíbrio entre o desenvolvimento do sistema de saúde, os direitos dos cidadãos e a necessária sustentabilidade económica e financeira do sistema de saúde. Concretiza que a racionalização da oferta de tecnologias da saúde constitui, por essas razões, um imperativo ético na utilização de recursos públicos, devendo ser sempre suportada em critérios científicos, técnicos e económicos, no sentido de ser aferida com justiça, rigor e independência moral a relatividade do custo alternativo terapêutico e do valor social e individual implícito que comportam as escolhas realizadas.

É indispensável que exista uma orientação estratégica, de médio prazo, relativamente às questões do financiamento e da sustentabilidade, que deve ter em conta o papel fundamental do sistema de saúde na coesão social. Assim, a emergência orçamental não deverá servir para justificar a introdução de medidas ou de incentivos desadequados, que promovam desigualdades no acesso e na qualidade dos cuidados de saúde (Fernandes, 2013).

Atendendo a que as políticas públicas de saúde se destinam a proporcionar respostas a uma necessidade fundamental da vida dos cidadãos e não devem perder de vista os seus objetivos fundamentais.

- ✓ Equidade no acesso – proporcionar acesso aos cuidados independentemente da situação socioeconómica, idade ou localização geográfica
- ✓ Eficiência-tratamento efetuado com os menores custos
- ✓ Correspondência às exigências e expectativas dos consumidores-adequação do tratamento à doença, informação de qualidade e acessível, cortesia do pessoal de saúde;
- ✓ Resultados-redução de fatores de risco, melhoria da qualidade de vida dos doentes, redução de custos prematuros
- ✓ Melhoria da saúde pública no geral

2.4. As novas tecnologias e a inovação no setor da saúde

Nos tempos atuais, as novas tecnologias desempenham um papel de suma importância nas questões de saúde. Hoje, a medicina precisa das tecnologias e usa-as como um importante instrumento de apoio à descoberta e tratamento de doenças. Exemplos disso são os meios de diagnóstico e terapêutica, muitos deles indispensáveis no dia a dia dos diversos serviços de saúde. No entanto, nem sempre será possível acompanhar tais avanços. O investimento no setor da saúde nem sempre consegue dar resposta às atuais mudanças, provocadas pela celeridade com que estas vão sendo criadas pela inovação e difundidas no mundo globalizado e moderno.

Para fazer face a esse problema, a sociedade portuguesa depara-se com a necessidade de repensar o futuro, discutir a maneira como pretende novas formas de gestão. (Barros, 2003).

A inovação tecnológica é considerada essencial para o desenvolvimento económico e social das nações. A inovação torna-se fator-chave para as políticas e estratégias de desenvolvimento, assim como a capacidade de gerar e absorver inovações se vem configurando como um fator primordial para que os agentes económicos se tornem competitivos. No setor da saúde passa-se o mesmo, é hoje inegável que a medicina precisa das novas tecnologias para melhor desempenho do seu trabalho (Campos, 2012).

Segundo Cunha (2009), nos últimos anos, Portugal conheceu ganhos substanciais na qualidade de prestação de cuidados da saúde e, obviamente, pretende-se mais e melhor. Todavia, tudo isso exige recursos económicos e, tendo em conta as dificuldades orçamentais que muitos estados europeus atravessam, trata-se de uma questão complexa, a nível das políticas de financiamento estatais do setor da saúde. Por um lado, a necessidade de apetrechar os serviços com melhores meios, por outro, a necessidade de cortar nas despesas com a prestação de serviços na área da saúde. Essa equação, aparentemente impossível, exige que se tenha de tratar de mais pessoas, também elas cada vez mais exigentes e em contraposição, utilizando menos recursos. Porventura, a inovação pode ser uma das armas para responder a esse desafio, não só nas questões do diagnóstico, do prognóstico, do tratamento mas, sobretudo, em áreas como a gestão (Cunha, 2009 – Debate sobre os novos desafios do Estado na Saúde).

Nos últimos anos assistimos a muitas alterações no campo da inovação a vários níveis, nomeadamente, no processo de aquisição de materiais de dispositivos médico-hospitalar. As novas tecnologias representam, atualmente, uma parte muito significativa do investimento que se faz na área da saúde, sendo certo que as instituições de saúde dependem hoje das novas tecnologias para o exercício das suas atividades. Acontece, porém, que na aquisição das tecnologias, a questão custo deverá também ser objeto de duras negociações.

As plataformas de compras eletrónicas

A APES, criada em 1987, tem promovido o estudo e discussão de problemas do setor da saúde e muito particularmente da aplicação da ciência económica a esse setor. Para além duma atividade editorial regular, a Associação tem organizado diversos congressos e reuniões.

Vivemos períodos de grandes mudanças na sociedade e no setor da saúde e, particularmente, o subsector hospitalar tem sido alvo de mudanças ao nível da gestão, essencialmente fundamentadas pela necessidade de melhorar a eficiência e a qualidade dos serviços preconizadas pelo *New Public Management* (NPM) e que se consubstanciaram, quer na introdução de mudanças organizacionais dos hospitais pertencentes ao SNS, quer na introdução de novas formas de gestão, estas últimas suportadas pela empresarialização dos hospitais. Saliente-se que estas mudanças se inserem num movimento mais amplo de reforma

dos sistemas de saúde europeus, que se caracteriza pela alteração do papel do Estado nos sistemas de saúde, acompanhado do aparecimento do setor privado na prestação de cuidados de saúde (Saltman e Figueras, 1998), não refletindo, necessariamente, uma privatização do setor da saúde (Saltman e Busse, 2002).

As reformas pretendem introduzir mecanismos de mercado, ao nível da gestão das organizações e criar sistemas de incentivos, relacionados com desempenho e produtividade, assim como alterar os mecanismos de financiamento. Para além destas questões, pretende-se igualmente, incentivar a autonomia das organizações prestadoras de serviços, incentivar competências de gestão e racionalizar os financiamentos, ao mesmo tempo que se procura reduzir custos, através de mecanismos de melhorias nos procedimentos de aquisição.

Do ponto de vista do utente dar-se-á mais importância à prevenção, à promoção dos cuidados de saúde primários, procurando saber, assiduamente, o grau de satisfação deste.

De acordo com o NPM, os serviços são prestados a um utente-cliente.

Embora o hospital pertença ao setor público, a sua empresarialização pretende conseguir autonomia na gestão, mas também a capacidade de assumir risco financeiro, ao mesmo tempo que se incrementam os mecanismos de regulação.

2.5. Os hospitais Entidades Públicas Empresariais

Tendo em atenção a relevância deste setor no panorama da saúde, importa tecer algumas considerações:

Os hospitais são organizações extraordinariamente complexas (Glouberman e Mintzberg, 2001), representando a forma mais difícil de organização humana, que alguma vez se tentou gerir (Drucker, 1989). De forma a proporcionarem um contributo de maior eficiência, os hospitais foram, nas últimas décadas, alvo de uma intensa procura de novos e inovadores modelos de gestão.

Uma das razões que tem sido muitas vezes apontada como de relação difícil é a coexistência de duas linhas de autoridade nas organizações prestadoras de cuidados de saúde e o controlo de agentes, em particular os médicos com autonomia técnica, que tomam as decisões, tendo presente o exercício da sua profissão, e os gestores preocupados com medidas com maior impacto nas despesas.

A classe médica e os gestores são profissionais e atores sociais com formações de base distintas. Os médicos refletem no exercício da sua profissão uma formação de base que pretende evitar a deterioração do estado de saúde de um paciente/utente, ou até salvar-lhe uma vida; o profissional de gestão aplica no exercício da profissão um conjunto de conhecimentos, em que se pretende que sejam controladas despesas e é essa a sua principal função.

Tem-se assistido a uma nova perspetiva nas políticas de saúde e na gestão dos sistemas públicos de saúde, que antecipam mudanças importantes na gestão das organizações que os integram e na participação dos profissionais de saúde nessa gestão, nomeadamente, e como já referido atrás, os médicos. A esse propósito, Adalberto Campos Fernandes enfatizou na sua obra “Racionalidade v/s Racionalização” que o problema de sustentabilidade económica e financeira que Portugal enfrenta não se deve, apenas, ao aumento das necessidades em saúde, decorrentes da evolução demográfica e do incremento das expectativas dos cidadãos, mas, sobretudo, à exposição a um mercado global de inovação.

A evolução tecnológica a nível de equipamentos hospitalares comporta benefícios na qualidade da prestação do serviço, mas esses benefícios contêm custos, que são suportados pelo orçamento da entidade prestadora de cuidados de saúde.

Presentemente, grande parte do financiamento da saúde é absorvida pelos hospitais, representando em 2007 cerca de 52,5% (Ministério da Saúde, 2009). Atendendo a que os hospitais são as organizações que determinam maior nível de custos incorridos no sistema, resultantes do papel preponderante que desempenham no Serviço Nacional de Saúde (SNS), são responsáveis pela disponibilização de meios com interferência direta na qualidade de vida das populações, por disporem de recursos humanos especializados e recursos técnicos sofisticados para a prestação de cuidados de saúde. Deste modo, devem merecer uma especial atenção, constituindo-se como campos obrigatórios de aplicação de novos modelos e instrumentos de gestão que permitam obter a máxima utilidade social dos elevados recursos que lhes estão afetos.

Os hospitais EPE são definidos por lei como instituições públicas, dotadas de personalidade jurídica, administrativa, financeira e patrimonial de autonomia e natureza empresarial (Harfouche, 2012). Segundo esta autora, estas novas EPE são pessoas coletivas de direito público de natureza empresarial, dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial nos termos do Decreto-Lei n.º 558/99, de 17 de Dezembro e do artigo 18.º do anexo da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Os hospitais regem-se por regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, bem como nos respetivos regulamentos internos e nas normas em vigor para o Serviço de Saúde que não contrariem as normas previstas.

O hospital EPE é constituído por tempo indeterminado e tem por objetivo principal a prestação de cuidados de saúde à população, designadamente, aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde e aos beneficiários dos subsistemas de saúde ou de entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde e a todos os cidadãos em geral. Segundo a mesma autora, o hospital EPE tem ainda por objeto desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de CP em que se definam a respetivas formas de financiamento.

As atribuições do hospital EPE constam nos seus regulamentos internos, são fixados de acordo com a política de saúde a nível nacional e regional e com os planos estratégicos superiormente aprovados, sendo desenvolvidas através de CP em articulação com as atribuições das demais instituições do sistema de saúde.

São órgãos do hospital EPE:

- a) O conselho de administração
- b) O fiscal único
- c) O conselho consultivo

A superintendência compete ao Ministro da saúde, o qual deve:

- Aprovar os objetivos e estratégias dos hospitais EPE;
- Dar orientações, recomendações e diretivas para a prossecução das atribuições dos hospitais EPE, designadamente nos seus aspetos transversais e comuns;
- Definir normas de organização e de atuação hospitalar;
- Homologar os regulamentos internos dos hospitais EPE;
- Exigir todas as informações julgadas necessárias ao acompanhamento da atividade dos hospitais EP, bem como determinar auditorias e inspeções ao seu funcionamento.

Apesar desse poder de superintendência, o Ministério da Saúde pode delegar os poderes acima referidos, nos respectivos conselhos de administração das Administrações Regionais de Saúde.

A capacidade jurídica dos hospitais EPE abrange todos direitos e obrigações necessários ou convenientes à prossecução do seu objeto e das suas atribuições, sendo que é da exclusiva competência dos hospitais EPE a cobrança das receitas e das taxas provenientes da sua atividade. A tutela dos Hospitais EPE compete aos Ministérios das Finanças e da Saúde, os quais devem:

- Aprovar os planos de atividade e de orçamentos;
- Aprovar os documentos de prestação de contas;
- Autorizar as aquisições de venda de imóveis, bem como a sua oneração, mediante parecer prévio do fiscal único;
- Autorizar a realização de investimentos, quando as verbas globais correspondentes não estejam previstas nos orçamentos aprovados e sejam superiores a 2% do capital estatutário, mediante parecer favorável do fiscal único;
- Determinar os aumentos e reduções do capital estatutário;
- Autorizar a contratação de empréstimos de valor, individual ou acumulado, igual ou superior a 10% do capital estatutário;
- Autorizar cedências de exploração de serviços hospitalares, bem como a constituição de associações com outras entidades públicas para a melhor prossecução das atribuições dos hospitais EPE;
- Autorizar a participação dos hospitais EPE em sociedades anónimas que tenham como objeto a prestação de cuidados de saúde cujo capital social seja maioritariamente detido;
- Autorizar, sem prejuízo do disposto na alínea anterior, para a prossecução dos pertinentes objetivos estratégicos, a participação do capital EPE no capital social de outras sociedades;
- Autorizar os demais atos que, nos termos da legislação aplicável, necessitem de aprovação tutelar.

O pagamento dos atos e atividades dos hospitais EPE pelo Estado é feito através de Contrato Programa, a celebrar com o Ministério da Saúde, no qual se estabelecem os objetivos e metas qualitativas e quantitativas, a sua calendarização, os meios e os instrumentos para o prosseguir, designadamente de investimento, os indicadores para a avaliação do desempenho dos serviços e do nível de satisfação dos utentes e as demais obrigações assumidas pelas partes, tendo como referencial os preços praticados no mercado para os diversos atos clínicos.

O endividamento dos hospitais EPE não pode exceder em qualquer momento o limite de 30% do respetivo capital estatutário. A aquisição de bens e a contratação de empreitadas pelos hospitais EPE regem-se pelas normas de direito privado, sem prejuízo da aplicação do regime do direito comunitário, relativo a contratação pública.

Devem os regulamentos internos dos hospitais EPE garantir também o cumprimento dos princípios gerais da livre concorrência, transparência e boa gestão, designadamente a fundamentação das decisões tomadas.

Os trabalhadores dos hospitais estão sujeitos ao regime do contrato de trabalho, de acordo com o código de trabalho, demais legislação, normas imperativas sobre títulos profissionais, instrumentos de regulamentação coletiva de trabalho e regulamentos internos. Os hospitais EPE devem anualmente prever uma dotação global de pessoal, através dos respetivos orçamentos, considerando os planos de atividade.

2.6. A investigação

O trabalho de investigação apresenta-se, assim, como um caminho de dificuldades e obstáculos, inerentes ao próprio processo criativo que este implica, sendo por isso necessário alicerçar-se desde o início nas orientações epistemológicas, que permitam conduzir os trabalhos de investigação, uma vez que (...) o método é o conjunto das atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo - conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detetando erros e auxiliando as decisões do cientista.” (Marconi, 1983:83)

É de salientar, que o pensamento científico faz parte integrante do método científico. Este processo inicia-se com a perceção da realidade e dos dados recolhidos pelos sentidos, com a intenção de criar um modelo teórico geral para a problemática. Segue-se a verificação do

problema de investigação que se obtém através da comprovação de um conjunto de factos, previamente delimitados.

Segundo Vilelas (2009), existem vários métodos específicos das ciências sociais, como o método histórico, método comparativo, método monográfico, método fenomenológico e método estatístico.

Tendo isto em consideração, mais adiante iremos abordar, pormenorizadamente, a análise de conteúdo, uma vez que é o procedimento que iremos utilizar na nossa investigação.

Paradigmas de investigação:

Um investigador exigente procura, através dos diversos procedimentos organizados e espírito científico, obter um novo conhecimento científico e é a partir do paradigma que este desenvolve o seu trabalho, e do qual emergem as orientações metodológicas, adotadas ao longo da pesquisa que realiza. Afirma Coutinho (2013) que “A investigação é uma atividade de natureza cognitiva, que consiste num processo sistemático, flexível e objetivo de indagação e que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais.”

Segundo a mesma autora, a investigação em Ciências Sociais caracteriza-se pela “multiplicidade” de modelos e/ou paradigmas e pela “dependência contextual” pelo facto de o investigador social atual estar fortemente imbuído no contexto sociocultural em que está inserido, o que, inevitavelmente, influencia o rumo da investigação.

Embora o termo “paradigma” não seja comumente utilizado ao nível das ciências sociais de forma consensual, vamos optar por privilegiá-lo, uma vez que é o termo mais adotado pelos autores consultados. Tendo em consideração o referido anteriormente, procuraremos neste capítulo definir as opções paradigmáticas, com base nas quais se vai constituir todo o estudo que aqui se apresenta.

Coutinho (2005) define paradigma de investigação como um conjunto articulado de postulados, de valores conhecidos, de teorias comuns e de regras aceites por todos os elementos de uma comunidade científica num dado momento. Acrescenta Coutinho (2006), que os trabalhos de investigação em ciências sociais devem ter como referência os paradigmas vigentes, tendo em conta a natureza do objeto de estudo. Os paradigmas constituem formas diferentes de compreender a realidade e de trabalhar os problemas e as suas questões educativas. Conforme clarifica Serrano (2006), o paradigma é um sistema de crenças, princípios e postulados que informam, dão sentido e rumo às práticas de investigação.

A determinação do paradigma que vai orientar a investigação no âmbito das Ciências Sociais não é linear nem consensual, sendo, conforme refere Coutinho (2006), impossível encontrar um “modelo”, consenso ou visão dominante. Contudo, embora exista uma ampla discussão em torno desta questão, Coutinho (2010), refere três paradigmas em Ciências Sociais e Humanas, que se destacam na atualidade: a) paradigma positivista/quantitativo; b) paradigma interpretativo/qualitativo; e c) socio crítico/hermenêutico.

A visão positivista, também denominada de quantitativa, empírico-analítica, racionalista ou empiricista, foi buscar as suas raízes ao positivismo de Augusto Comte e ao empirismo de Locke e Stuart Mill.

Esta abordagem foi tradicionalmente utilizada pelas Ciências Sociais e incide numa metodologia quantitativa, baseando-se, fundamentalmente, no modelo utilizado nas Ciências Naturais.

O positivista considera uma só realidade objetiva, determinada pelas “leis universais da ciência, interpretável mediante processos lógicos” (Vilelas, 2009, p. 99).

Segundo Vilelas (2009), o positivista procura a objetividade, factos, ou causas do fenómeno, e o método experimental é um caminho de lógica para encontrar as respostas. A sua característica principal é a formulação de hipóteses que serão testadas através de processos estatísticos e baseia-se no paradigma hipotético-dedutivo.

Para os defensores destas perspetivas, a teoria orienta e assume o papel fundamental na investigação, sendo a sua verificação o principal objetivo (Crotty, 1998, Mertens, 1998, Oldroyd, 1986 e Shaw, 1999, citados por Coutinho 2013: 12).

O movimento do positivismo lógico ou neopositivismo nasce no século XX, composto por um conjunto de figuras ilustres que compunham o círculo de Viena.

Para este movimento, a tónica assenta na explicação, previsão e controlo. O método científico é a única garantia de objetividade na obtenção do conhecimento, e o investigador deveria permanecer “objetivo”, evitando juízos subjetivos.

Segundo Coutinho (2013), o positivismo é um paradigma de investigação que salienta o “determinismo (há uma verdade que pode ser descoberta)”, a racionalidade (a não aceitação de explicações contraditórias), a impessoalidade (privilegia a objetividade), a previsão (o objetivo da investigação é a generalização controlo e previsão de fenómenos) e ainda, acrescenta Usher (1996, citado em Coutinho, 2013:14), irreflexividade (a validade dos resultados depende da correta aplicação de métodos). Durante muito tempo, a investigação na

área das ciências sociais foi dominada pela visão positivista, sendo para muitos setores da comunidade científica o único referencial válido e aceite para a investigação na área.

Segundo (Vilelas, 2009), os “antipositivistas”, movimento que surgiu no século XX, determinou o surgimento do paradigma interpretativo também designado por hermenêutico, naturalista, qualitativo ou construtivista. As suas origens baseiam-se na perspectiva fenomenológica nos trabalhos dos filósofos Edmund Husserl (1980) e Alfred Schutz (1970), no interacionismo simbólico de Herbert Mead (1934) e a etnometodologia de Harold Garfinkel (1967).

A tônica dominante do paradigma interpretativo assenta na compreensão, significado e ação. O paradigma interpretativo na perspectiva de Olabuénaga (2003) apresenta um conjunto de características consensuais entre os seus seguidores, nomeadamente: a) na importância da natureza subjetiva do conhecimento; b) na consciência dinâmica e ativa de grande importância para o indivíduo; c) na crença na intuição e reflexão para atingir o conhecimento.

Nesta abordagem valoriza-se o sujeito ou grupos de sujeitos, tendo em conta os seus valores crenças, opiniões, atitudes, hábitos, adotando assim uma abordagem subjetiva, uma vez que admite a existência de diferentes realidades que dependem dos sujeitos e seu contexto, experiências e ambiente sociocultural.

Latorre *et al.* (1994) clarifica que nesta abordagem o investigador foca-se na descrição e compreensão do sujeito como algo único e particular, questionando uma realidade externa e importante a ser analisada.

Segundo Coutinho (2013), o investigador e o investigado procuram interpretar os significados numa “dupla hermenêutica”, em que a produção do conhecimento se efetua a partir da interpretação das interpretações do sujeito, que se transforma num “círculo hermenêutico” quando existe uma dupla dependência da interpretação entre o todo e as partes.

Embora os dois paradigmas supracitados apresentem naturezas distintas e aparentemente antagónicas, existem autores como é o caso de Serrano (2006) e Coutinho (2006), que referem a existência de um terceiro grupo de estudos que, por possuírem características “híbridas”, ou por não compreender nenhum dos dois paradigmas, não se podem vincular apenas a uma das categorias anteriores. Estes estudos enquadram-se no âmbito do paradigma socio crítico/hermenêutico ou crítico/emancipatório. Este paradigma rejeita a possibilidade de um conhecimento objetivo, uma vez que todo o investigador se encontra condicionado por um grupo social.

Após o referido, podemos concluir que o paradigma de investigação legitima a investigação, tanto ao nível conceitual como metodológico, cabendo ao investigador decidir o enquadramento do seu estudo no âmbito de um determinado paradigma. Desta forma, para prosseguir neste ponto da nossa investigação, é fundamental enquadrá-la no âmbito das orientações paradigmáticas que a sustentam. Para tal, consideramos mais adequado, classificá-la quanto ao modo de abordagem nos estudos quantitativos e exploratórios, pois considerou-se mais relevante para responder às questões inerentes à problemática da nossa investigação.

2.6.1. A entrevista como método de investigação

O objetivo da entrevista é recolher informação através de questões colocadas ao inquirido pelo investigador. As questões podem ser abertas, fechadas ou dos dois tipos.

As entrevistas possibilitam interação entre a pessoa entrevistada e o investigador e esta interação pode revelar-se importante, na eventualidade de possibilitar informações que um inquérito nunca conseguiria. Pode levantar tópicos novos para a investigação, que de outra forma o investigador não conseguiria obter (Teddlie & Tashakorri 2009, citados por Coutinho).

De uma forma geral as entrevistas são presenciais, mas também podem ser realizadas por telefone ou ainda recorrendo a novas tecnologias, por exemplo, via Skype.

Normalmente, a preparação para a entrevista obriga a que o investigador insista com o potencial entrevistado, o que obriga a um tipo de contato repetido e mais intenso com este.

Coutinho cita Patton (2002) que menciona três tipos de entrevista que partem da mais informal, até ao modelo mais estruturado em que as perguntas são fixas e pré-determinadas, assemelhando-se a um questionário. Este modelo não se recomenda na prática de investigação em Ciências Sociais.

As entrevistas necessitam de ser transcritas para serem objeto de análise de conteúdo e os entrevistados devem ter acesso ao conteúdo das mesmas, se assim o desejarem.

Na nossa investigação iremos utilizar entrevistas individuais e com perguntas abertas.

A escolha dos participantes foi realizada de forma intencional, pretendendo abranger a comunidade dos profissionais ligada à área da saúde, nomeadamente médicos, enfermeiros, técnicos da função logística nos hospitais, elementos das comissões de escolha, bem como profissionais de empresas que fornecem habitualmente os hospitais.

Após realização das entrevistas será efetuada análise de conteúdo das mesmas, no sentido de tentar responder às nossas hipóteses de trabalho.

Análise de conteúdo

Berelson, citado por Bardin (1994:18), descreve a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo da comunicação.

Posteriormente, a análise de conteúdo passa a ser definida como um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis) dessas mensagens (Bardin, 1994).

Esta definição de Bardin dedica-se ao estudo das “comunicações” entre indivíduos, dando importância ao conteúdo das mensagens e aos aspectos quantitativos do método.

A análise de conteúdo pode ser aplicada em pesquisa qualitativa de conteúdos de mensagens, buscando-se a presença ou ausência de determinados fragmentos das mensagens. Entendemos, neste contexto, a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O método de análise de conteúdo aparece como uma ferramenta para a construção de um significado que os atores sociais pretendem exteriorizar no seu discurso. Estes, através das respostas dadas na entrevista, procedem a uma visão interpretativa da realidade de acordo com o seu ponto de vista. Bardin (1994) apresenta a análise de conteúdo em três fases fundamentais: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

Na presente investigação elaboramos inicialmente um modelo de entrevista para profissionais da área da saúde e outro para profissionais fornecedores dos hospitais.

Na segunda fase, iremos tentar dar resposta às nossas hipóteses de trabalho e, por último, iremos tentar dar significado aos resultados brutos das entrevistas.

Para concretizar a análise de conteúdo optamos pela utilização do *software* NVivo.

Os procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens buscam obter:

- Análise dos significados (Ex.: análise temática);
- Análise dos significantes (análise léxical, análise dos procedimentos).

A análise de procedimentos pressupõe a utilização de procedimentos descritivos - regras para definir as categorias da fragmentação da comunicação que devem ser homogêneas; exaustivas; exclusivas; objetivas e adequadas.

O *software* permite-nos quantificar no texto:

Unidades de codificação – palavra ; frase ; minuto ; centímetro quadrado;

Unidades de contexto – em função das possíveis ambiguidades.

O objetivo fundamental da utilização do *software* na análise de conteúdo é a realização de análise categorial, a partir das unidades de codificação e de contexto. Trata-se de um processo de classificações em gavetas.

O método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas permite a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem.

A técnica utilizada para recolha de dados foi a entrevista semiestruturada. Segundo Fortin (2009), a entrevista semiestruturada é especialmente utilizada em estudos qualitativos, quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes. O método da entrevista semiestruturada tem por base um guião construído com vista a dar resposta aos objetivos do estudo. Este guião constitui-se como a parte estruturada da entrevista, mas é suficientemente flexível para permitir a alteração da ordem das questões, ou mesmo a introdução de outras, com o objetivo de otimizar a recolha de dados.

Para De Wever, Schellens, Valcke e Van Keer (2006), ao fazer uso da entrevista semiestruturada, o investigador tem uma base onde se encontram os tópicos a ser abordados, mas possui margem de manobra para enfatizar ou sublimar, tomando em mãos o curso da entrevista. A entrevista semiestruturada é uma técnica muito utilizada nas análises qualitativas, em particular na recolha de material a utilizar na análise de conteúdo. Esta técnica utiliza como objeto de análise o discurso de um ou mais entrevistados, ou mesmo de textos provenientes de outras fontes documentais. A análise de conteúdo tem a vantagem de transformar discurso livre em unidades de análise, passíveis de contagem da sua frequência e,

assim, do estabelecimento da sua importância, de forma quantificável (Hsieh & Shannon, 2005).

Para Bardin a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.” (Bardin 1977, 2006: 16).

A INFERÊNCIA

O interesse do método não se restringe à descrição dos conteúdos. Pretende inferir-se sobre o total da comunicação. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a indicadores quantitativos ou não. Buscam-se causas ou antecedentes da mensagem ou os seus efeitos ou consequências. A análise do discurso trabalha, tal como a análise de conteúdo, com unidades linguísticas superiores à frase (enunciados).

2.6.2. Hipóteses de trabalho

A interrogação inicial que tínhamos realizado quando iniciámos a investigação foi se as aquisições de materiais médico- hospitalares no setor da saúde deveriam seguir os critérios que são seguidos em outros setores da Administração Pública.

Para a interpretação e investigação do setor das Compras nesta área, resolvemos realizar entrevistas com profissionais de saúde e fornecedores do setor e elegemos, como hipóteses de trabalho, as seguintes questões:

Hipótese 1 -Os profissionais de saúde consideram que o atual sistema de compras públicas dos hospitais cumpre cabalmente os objetivos a que se propõe?

Hipótese 2 -Os fornecedores dos hospitais públicos consideram que o atual sistema de compras públicas dos hospitais cumpre cabalmente os objetivos a que se propõe?

Hipótese 3 -Os profissionais de saúde dos hospitais públicos conseguem manter com este novo sistema de aprovisionamentos um relacionamento eficaz?

Hipótese 4 -Os fornecedores dos hospitais públicos conseguem manter com este novo sistema de aprovisionamentos um relacionamento eficaz?

Decerto que a análise de conteúdo pode ser utilizada como ferramenta para a compreensão da construção de um significado que os atores sociais exteriorizam através de um discurso. Tendo em conta esta asserção, iremos proceder à análise de conteúdo *das entrevistas*, com o objetivo de produzir os significados das mensagens que recebemos através das mesmas.

Depois de realizadas as entrevistas, procedemos a uma leitura flutuante, que corresponde à primeira fase da investigação, tratando em seguida de proceder a uma descrição analítica do material, para posterior interpretação referencial. Embora a análise de conteúdo não seja objeto de etapas rígidas, será necessário produzir o significado do discurso que nos foi transmitido pelos entrevistados, para que possamos dar resposta às nossas hipóteses de trabalho.

Iremos proceder à análise de conteúdo das entrevistas com o *software* NVivo, para identificar categorias no discurso dos entrevistados que nos permitam, eventualmente, considerar se encontramos ou não direções específicas nas respostas dos entrevistados que nos ajudem a concretizar inferência. Temos consciência da pequena dimensão da nossa amostra, que por questões temporais não nos foi possível alargar e apostamos numa repetição desta investigação com um número de entrevistados superior, relacionados com o maior número possível de unidades hospitalares no país.

2.6.3. Os objetivos

Na conceção e estruturação das entrevistas procuramos focar-nos na opinião dos entrevistados sobre o papel das comissões de escolha dos hospitais, como instrumento fundamental da decisão de compra de equipamentos hospitalares. Em nosso entender, a primeira questão a esclarecer será se os intervenientes:

- entendem a comissão de escolha no sistema de compras públicas, por ser eficaz e, por isso, lhe reconhecem UTILIDADE;
- entendem a comissão de escolha no sistema de compras públicas por resignação, e o reconhecem apenas na categoria de INSTRUMENTALIDADE .

Queremos, então, com isto, dizer que procuramos inferir a existência destes dois conceitos, subjacentes ao discurso dos entrevistados.

Entendemos aqui a UTILIDADE como um conjunto de instrumentos eficazes, capazes de concretizar uma ação previamente definida e INSTRUMENTALIDADE como um conjunto de tarefas necessárias à concretização de uma ação.

A nossa opção metodológica baseia-se no facto de que procuramos ÍNDICES, isto é, palavras com um determinado valor e não apenas a frequência com que as mesmas possam aparecer (Bardin, 2006:142).

2.6.4. A escolha das variáveis

-Os profissionais de saúde preferem contacto presencial com potenciais Fornecedores para escolha de material?

-Os fornecedores preferem contacto presencial com profissionais de saúde para apresentação dos equipamentos hospitalares?

Segundo Bardin (2006 p.122), o conjunto das entrevistas realizadas constituem o *corpus* da investigação. A nossa amostra é representativa dos profissionais de saúde e dos fornecedores dos hospitais públicos, embora não seja de grande dimensão. Pretendemos proceder à codificação, tendo como referência o léxico utilizado quando questionamos os entrevistados acerca das comissões de escolha. A análise das entrevistas realizada com *software* NVivo pretende concretizar uma análise categorial das mesmas.

2.6.5. A análise categorial

O procedimento na análise categorial pretende classificar elementos do texto que se produziu com as respostas às entrevistas. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos.

O critério de categorização pode ser semântico, sintático ou de léxico (Bardin, 2006:145). Nesta dissertação iremos optar por categorização lexical.

Todos os entrevistados têm em comum:

Um tema - as compras de equipamentos hospitalares;

Uma unidade de contexto - as comissões de escolha.

É nosso objetivo analisar as mensagens destes “EMISSORES” nos diferentes relacionamentos com a unidade de contexto (Bardin, 2006:130-131).

Pretendemos, no final do tratamento dos resultados, verificar se existem possibilidades de inferência estatística, para nos possibilitar comprovar ou não as nossas hipóteses de trabalho.

O objetivo da investigação é “desocultar” o que se encontra por detrás do discurso dos entrevistados, no que respeita à forma de contratação pública de equipamentos hospitalares e também como funciona a interação de profissionais de saúde e fornecedores com as plataformas eletrónicas, bem como com as ferramentas digitais inerentes, ao processo de compra e venda.

CAPÍTULO III - O Sistema Nacional de Compras Públicas

Numa altura em que as estruturas de saúde vivem cada vez mais condicionadas pelos constrangimentos orçamentais, a qualidade dos serviços oferecidos à população, no âmbito social e da saúde, assume hoje em dia uma acuidade particular que se deve a múltiplas razões. Saliente-se, entre outras, a importância dos recursos atribuídos a esse setor e os custos que eles representam para a sociedade que os suporta (Hesbeen, 1998). Segundo o autor referido, esses recursos, que alguns consideram já muito importantes, são para outros ainda insuficientes, inadequados ou mal distribuídos.

Esse tema tem sido, cada vez mais, objeto de debates públicos e de decisões políticas, cuja intenção, na maior parte das vezes, é controlar a contabilidade das chamadas despesas públicas. Portugal atravessa períodos difíceis do ponto de vista económico-financeiro, o que condiciona o investimento nos setores do Estado, incluindo o da saúde.

Essas restrições fomentam as negociações internas nas próprias estruturas, onde as discussões e as decisões a que dão origem procedem de um certo equilíbrio entre as necessidades reais, os jogos de poder e a pressão de diversas influências. Ontem, tal como hoje, e perante a circunstância de menor investimento, os profissionais de saúde têm em mãos a responsabilidade de responder com zelo e dedicação às suas responsabilidades de trabalho.

É cada vez mais frequente ouvirem-se queixas por parte de quem procura a instituição de saúde. Esta situação deve-se ao facto de a população ser muito mais exigente e exigir mais e melhor informação.

A necessidade de existência de uma medicina competente manifesta-se, quer nos cuidados de saúde primária e meios complementares de diagnóstico, quer no tratamento e até na transformação do corpo (nos casos de reconstrução mamária em virtude de neoplasia da mama) não fossem os elevados custos inerentes ao tratamento. Hoje, discute-se da necessidade ou não desses procedimentos, até que ponto ou até onde deve ir a medicina e quais os seus limites. É consensual que a medicina deva prestar cuidados a um corpo atingido pela doença, no entanto, não é pacífica a maneira como se devem prestar esses cuidados.

Seguindo esse pensamento, caímos numa espécie de representação medicalizada, redutora, que priva a população de procedimentos mais ambiciosos, ainda que mais complexos e ou dispendiosos, mas mais adequados à promoção da saúde. Mais adiante tentaremos demonstrar qual a relação entre a gestão de compras e a qualidade na saúde.

O uso de tecnologias de informação veio desenvolver novas formas de compras públicas, permitindo às organizações grandes benefícios, nomeadamente, com a eliminação do uso de suporte de papel e possibilitando redução de custos, ou ainda a redução dos ciclos de aquisição (Batista, 2006). Na sequência da globalização da economia e com a diminuição de fronteiras em virtude do uso da Internet, as relações contratuais públicas têm possibilidade de se internacionalizar mais frequentemente e, desta forma, o universo dos contratos públicos passa a ultrapassar as fronteiras dos Estados.

Enquanto o Estado repensa a forma de exercer as suas funções, surgem novas formas de trabalhar que incluem muitas vezes parcerias público-privadas.

O recurso às novas tecnologias tornou-se uma nova ferramenta nos procedimentos pré-concursais, pois os meios eletrónicos permitem abranger a possibilidade de atrair novos potenciais fornecedores, embora existam também riscos de quebras de sigilo e a prática de crimes informáticos (Estorninho, 2006:7). A contratação pública passa a estar sujeita ao Direito Europeu dos Contratos Públicos, que acompanhou também a consolidação do mercado europeu.

A regulamentação dos mercados liberalizados, em determinados setores, foi fundamental para reforçar os objetivos gerais das políticas europeias que pretendiam ser de coesão económica e social.

A expressão “compras públicas por via eletrónica” tem, por isso, a ver com a necessidade de se providenciar um conjunto de soluções, baseadas em tecnologia e que permitam que as relações entre organizações que compram e as que vendem possam ser mais rápidas e simultaneamente mais transparentes. É possível assim proceder a fornecimentos para organizações compradoras que têm um catálogo eletrónico de compras, pesquisar novos fornecedores através de bases de dados de produtos e serviços, bem como proceder a consultas através de meios eletrónicos (Serra, 2005:1).

A contratação pública por via eletrónica é consequência da explosão mundial do comércio por via eletrónica e permite ao Estado desmaterializar uma série de procedimentos. Estas novas formas de realizar levantamento de fornecedores, proceder a consultas, realizar

concursos e proceder ao acompanhamento da execução de contratos assumem novas designações, tais como, *Electronic Public Procurement* ou de forma mais simples *e-procurement*, isto é, novas formas de realizar aprovisionamento público por via eletrónica.

Se é verdade que a contratação pública sempre foi consumidora de grandes quantidades de papel, pela quantidade de documentação necessária para iniciar a fase pré-contratual, então as novas ferramentas de trabalho assumiam grande relevo para a redução de custos, facilitação de tarefas de arquivo e facilidade de encontrar documentos.

3.1. Evolução do Regime Jurídico de Compras Públicas

Até à publicação do Decreto-Lei 278/2009, as compras públicas eram reguladas pelas cláusulas e condições gerais publicadas em 28 de Abril de 1987 e pelas instruções de 18 de Julho do mesmo ano. O regime contido nestes diplomas ainda que constituindo a base fundamental para a adjudicação, celebração de contratos, execução e contabilidade das empreitadas e fornecimentos de obras públicas, foi sendo completado por inúmeros outros, alguns dos quais de natureza transitória.

Decreto-Lei n.º 235/86 de 3 de Março

Este diploma consagrou um novo regime, onde se contemplaram as disposições da Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/86, de 3 de Março, pela consagração dos seguintes princípios:

- Reformulação das normas relativas aos prazos e regras de publicidade dos concursos;
- Eliminação de discriminações em razão da nacionalidade e da preferência pela utilização de materiais de origem nacional;
- Garantia da maior isenção das partes, definindo situações de impedimento e sanções para atuações que ponham em causa o funcionamento da concorrência;
- Eliminação da exigência de caução provisória, passando em seu lugar a exigir-se, em sede própria, um maior rigor no controlo das condições de acesso e permanência na atividade;
- Adoção do critério da proposta mais vantajosa como critério normal de adjudicação, prevendo-se, conjuntamente, a possibilidade de recurso a um critério que vise proteger o dono da obra contra as baixas artificiais de praça;

- Resolução das dúvidas de interpretação suscitadas, na vigência do regime anterior, pelos preceitos relativos à prova do pagamento da contribuição industrial e à contagem do prazo de mora nos atrasos dos pagamentos;
- Obrigatoriedade da tentativa de conciliação antes do recurso à via contenciosa para dirimir os conflitos emergentes;
- Obrigatoriedade de revisão de preços por alteração das circunstâncias nos contratos de empreitada de obras públicas, possibilitando-se, contudo, o afastamento do regime legal em casos especiais;
- Acesso dos concorrentes preteridos ao relatório da comissão de apreciação das propostas, com vista a tornar mais transparente o processo de escolha da proposta preferida.

Pelo acima exposto, facilmente se depreende que com o Decreto-Lei n.º 235/86 de 3 de Março se iniciou o processo tendente a dotar o setor das obras públicas de um enquadramento jurídico conforme à nova realidade, decorrente da adesão de Portugal à Comunidade Europeia, nomeadamente, face à necessidade de iniciar a transposição para a ordem jurídica interna de duas diretivas comunitárias acima referidas.

Com a entrada em vigor deste diploma a solução de Contratação Pública permite às entidades públicas gerir todo o processo aquisitivo até à formação do contrato. A aposta do novo Código dos Contratos Públicos (D.L. 278/2009) na desmaterialização dos procedimentos de contratação pública, e consequente utilização de meios eletrónicos na formação dos contratos, veio impor a necessidade de utilização de plataformas eletrónicas por parte das entidades adjudicantes, peça essencial à arquitetura global do processo agora previsto. A plataforma possibilita às referidas fornecedoras ter acesso a uma área exclusiva que lhe permitirá gerir todos os procedimentos das diversas entidades públicas, quer sejam convites ou concursos.

Esta ferramenta cumpre todos os requisitos do D.L. 278/2009 e do D.L. 143-A/2008, que estabelecem os princípios e regras gerais que as plataformas deverão contemplar, bem como, todas as especificações técnicas que estão previstas na Portaria n.º 701-G/2008. A solução de Agregação permite às entidades públicas e privadas agregar as necessidades dos vários departamentos e/ou divisões, melhorando o *sourcing* estratégico de forma a permitir otimizar o processo de compra.

Portaria n.º 701-G/2008, 29 de Julho de 2008

Define os requisitos e condições a que deve obedecer a utilização de plataformas eletrónicas pelas entidades adjudicantes, na fase de formação dos contratos públicos.

Decreto-Lei n.º 34/2008/A, 28 de Julho de 2008

O diploma estabelece regras especiais a observar na Região Autónoma dos Açores, na contratação pública definida no Decreto-Lei n.º 278/2009, de 2 de Outubro, doravante designado Código dos Contratos Públicos.

Decreto-Lei n.º 143-A/2008, 25 de Julho de 2008

Estabelece os princípios e regras gerais a que devem obedecer as comunicações, trocas e arquivo de dados e informações, previstos no Código dos Contratos Públicos.

Decreto-Lei n.º 278/2009, 2 de Outubro de 2009

Retifica o Decreto-Lei n.º 18/2008 de 29 de Janeiro (Código dos Contratos Públicos), que pretende sistematizar, uniformizar e consolidar num só texto legal todas as matérias relativas à formação e execução dos contratos públicos, designadamente os de: Empreitadas de Obras Públicas (Decreto-Lei 59/99); Aquisição de Bens e Serviços (Decreto-Lei 197/99), bem como, transpor para o ordenamento jurídico português as Diretivas Comunitárias 2004/17/CE e 2004/18/CE.

Despacho n.º 10563/2014 - Selos Temporais

Determina que "as plataformas eletrónicas a operarem no mercado nacional de contratação pública são obrigadas a aceitar os certificados de validação cronológica que sejam emitidos por qualquer entidade de certificação eletrónica, que possua esse mesmo serviço registado, credenciada e publicado na *Trusted – Service Status List* (TSL) emitida pela Autoridade Credenciadora Nacional (Autoridade Nacional de Segurança)."

A obrigatoriedade de aceitação dos selos temporais não impede que as plataformas eletrónicas de contratação pública possam, elas próprias, continuar a disponibilizar a prestação deste serviço.

3.2. Código dos Contratos Públicos

Encontra-se previsto no Código dos Contratos Públicos (CCP) que as entidades adjudicantes possam constituir centrais de compras, para concentrar a contratação de empreitadas de obras públicas, de locação e de aquisição de bens móveis e de aquisição de serviços. As principais atividades das centrais de compras residem na adjudicação de propostas, a pedido e em representação das entidades compradoras, na locação ou aquisição de bens e serviços destinados às entidades compradoras, bem como na celebração de acordos quadro.

Relativamente à centralização de compras do Estado, à data da aprovação do Código, encontrava-se já em implementação o sistema nacional de compras públicas (SNCP), aprovado pelo Decreto-Lei n.º 37/2007, de 19 de Fevereiro, assente em dois núcleos orgânicos principais: a Agência Nacional de Compras Públicas, E.P.E. (integrada na ESPAP desde 2012) criada pelo diploma e as unidades ministeriais de compras (UMC). Integram também o SNCP as entidades compradoras vinculadas os “serviços da administração direta do Estado e os institutos públicos”, bem como entidades compradoras voluntárias, isto é, “entidades da administração autónoma e do sector empresarial público, mediante a celebração de contrato de adesão com a ANCP”.

Nos termos do referido decreto-lei, a contratação de bens e serviços destinados às entidades compradoras é efetuada preferencialmente pela ANCP ou pelas UMC, segundo as categorias de bens e serviços, abrangidos nos acordos quadro. A contratação, nestes termos, é imperativa para as entidades compradoras vinculadas, sendo aplicável para as voluntárias apenas em relação aos bens e serviços que tenham sido objeto da sua adesão ao SNCP e de acordo com as condições definidas no contrato de adesão.

A lista das categorias de bens e serviços, “cujos acordos quadro e procedimentos de aquisição são celebrados e conduzidos pela ANCP (...) designadamente a adjudicação das propostas em representação das entidades compradoras”, foi inicialmente aprovada pela Portaria n.º 772/2008, de 6 de Agosto.

Após a celebração dos acordos quadro seguem-se os procedimentos de contratação da aquisição. A condução do processo de aquisição pode ser cometido à ANCP, mediante despacho do Ministro das Finanças ou, quando não se verifique essa centralização, compete à UMC respetiva efetuar os procedimentos de contratação, nos termos de despacho conjunto do Ministro das Finanças e do membro do Governo competente.

De salientar que, até à efetiva assunção pela ANCP da função de contratação da aquisição, podem as entidades compradoras efetuar a aquisição de cada uma das categorias de bens e serviços abrangidos por acordos quadro “através das UMC, caso estas unidades assumam essa competência, ou diretamente, quando assim não suceda”, constituindo uma situação de exceção face ao modelo de funcionamento do SNCP.

De acordo com os seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 37/2007, a ANCP está sujeita aos poderes de superintendência e tutela do Ministro das Finanças e tem por objeto, designadamente, conceber, definir, implementar, gerir e avaliar o SNCP “com vista à racionalização dos gastos do Estado, à desburocratização dos processos públicos de aprovisionamento, à simplificação e regulação do acesso e utilização de meios de suporte e à proteção do ambiente”.

Conforme previsto no Decreto-Lei n.º 37/2007, o funcionamento do SNCP encontrava-se definido em regulamento aprovado pelo Conselho de Administração da ANCP, atualmente integrada na ESPAP. Em suma, as entidades que integram o SNCP adotam um modelo de funcionamento em rede segundo o qual a aquisição (adjudicação) de bens e serviços para as entidades compradoras é efetuada de forma centralizada, no contexto de acordos-quadro, segundo categorias de bens e serviços, sendo obrigatória para as entidades compradoras vinculadas.

Neste sistema, assumem um papel relevante os meios eletrónicos, designadamente na fase de formação dos contratos. De salientar que, nos termos do CCP, a partir de 1 Novembro de 2009 cessou a possibilidade de a entidade adjudicante poder “fixar, no programa do procedimento, que os documentos que constituem a proposta ou a candidatura possam ser apresentados em papel”. Ou seja, a partir dessa data, a fase de formação dos contratos públicos (o que inclui os celebrados no âmbito do SNCP) passou a ser, obrigatoriamente, por via eletrónica, através de plataformas eletrónicas de contratação.

3.3. Caracterização do sistema nacional de compras públicas

A aquisição de bens e serviços, no âmbito do SNCP, tem por base acordos quadro celebrados pela ESPAP e passou a integrar a atividade da Agência Nacional de Compras Públicas, a partir de 2012.

A criação da ESPAP, I.P., permitiu assumir a missão e atribuições do Instituto de Informática, da Empresa de Gestão Partilhada de Recursos da Administração Pública, E. P. E. (GERAP), e da Agência Nacional de Compras Públicas, E. P. E. (ANCP), extintos, por fusão, em 2012.

Contratação Pública:

1. Peças Procedimentais.

1.2. Tipos e caracterização das peças do procedimento.

Artigo 40.º CCP

- Ajuste direto - Convite à apresentação de propostas - Caderno de encargos.
- Concurso público - Programa de procedimento - Caderno de encargos.
- Concurso limitado por prévia qualificação - Programa de procedimento - Convite à apresentação de propostas - Caderno de encargos.

1.3. Tipos e caracterização das peças do procedimento

- Procedimento por negociação - Programa de procedimento - Convite à apresentação de propostas - Caderno de encargos.
- Diálogo concorrencial - Programa de procedimento - Convite à apresentação de soluções - Convite à apresentação de propostas - Memória descritiva - Caderno de encargos.

A competência para “aprovar” as peças cabe ao órgão competente para a decisão de contratar (art. 40.º/2), ou seja, para decidir qual é o despectivo conteúdo, cabendo ainda a supervisão da tarefa de elaboração das peças pelos serviços ou por terceiros contratados para o efeito (cfr. arts. 55.º/j) e 20.º/4).

Contudo, essa competência pode ser delegada no Júri (cfr. arts. 69.º/2 e 109.º/2).

2.1. Divulgação

Divulgação: as peças não são objeto de publicação (exceção: art. 157.º/2) – apenas os anúncios o são (cfr. arts. 130.º e 131.º, 167.º, 197.º e 208.º), através dos modelos comunitários (cfr. Regulamento da Comissão n.º 1564/2005, de 7.9, alterado pelo Regulamento n.º 1150/2009, de 10/11) – mas de mera divulgação, nos termos previstos no art. 133.º/1e2 (cfr. aplicável a outros procedimentos *ex vi* arts.162.º, 193.º, 204.º), e, no caso do ajuste direto, apenas às entidades convidadas, nos termos do art. 115.º/4.

2.2. Consulta

Consulta: um exemplar em papel deve estar disponível para consulta durante todo o prazo de apresentação das propostas (cfr. art. 133.º/1) ≠ na plataforma eletrónica, durante todo o procedimento (cfr. 133.º/2).

3. Divulgação e consulta

Proibição de condicionamento à participação num procedimento resultante do não pagamento das peças (art. 133.º/5):
disponibilização *para consulta* pelos interessados é sempre livre e isenta de custos (apenas condicionada pela demonstração do interesse, cfr. arts. 61.º e 62.º CPA)

3.1. O regime dos esclarecimentos e retificações

Esclarecimentos sobre *as propostas* (cfr. art. 72.º)

Quem pode pedir? Os interessados que estejam registados na plataforma eletrónica (cfr. arts. 11.º e 12.º Portaria 701-G/2008)

Quem pode prestar? O órgão indicado no convite ou no programa do procedimento (cfr. art. 50.º/2)

2.º *Princípio da prossecução do interesse público* (embora interpretado em sentido diverso daquele que comumente é utilizado a este propósito para fundamentar um hipotético direito de *não* adjudicar por parte da entidade adjudicante): “se o contrato a celebrar visava o suprimento de uma determinada necessidade coletiva, e se o procedimento pré-contratual permitiu identificar pelo menos um particular com capacidade para satisfazer essa mesma necessidade (o que se comprova pelo facto de não terem sido excluídas todas as propostas apresentadas [...]), neste caso a não adjudicação (...) consubstanciaria (...) uma autêntica renúncia da entidade adjudicante à prossecução do interesse público que se encontra (...) incumbida de assegurar. Pelo que, sendo a competência uma matéria de ordem pública – e, portanto, insusceptível de renúncia, conforme resulta inequivocamente do artigo 29.º, n.º 1 do CPA –, o seu não exercício num caso concreto em que a atuação da entidade adjudicante se impunha, com vista a garantir a satisfação do interesse público, não pode deixar de ser visto como uma clara violação do disposto no artigo 266.º, n.º 1 da CRP e no artigo 4.º do CPA” (MARCO CALDEIRA).²

3.3.1. Acordos-quadro e os princípios da Contratação Pública

A ANCP acabaria em 2012 por ser integrada noutra entidade pública – o ESPAP- Entidade de Serviços Partilhados da Administração Pública, I.P.

Os acordos-quadro são instrumentos de pré-qualificação de fornecedores para o fornecimento de bens e serviços à Administração Pública e estabelecem condições e requisitos que estes são obrigados a cumprir em termos de preços máximos/descontos mínimos e qualidade dos serviços.

² Jurista especializado em Contratação Pública.

O Catálogo Nacional de Compras Públicas disponibiliza a lista de bens e serviços disponíveis para contratação. O CNCP é uma das aplicações disponibilizadas pelas entidades que integram o SNCP e a lista de bens e serviços para contratação (<http://www.espap.pt>).

Para permitir uma aproximação aos montantes das despesas potencialmente abrangidas por cada acordo quadro, evidenciam-se as classificações económicas correspondentes, em conjunto para os serviços integrados e serviços e fundos autónomos. De notar que os valores do quadro se reportam a “universos ajustados”, ou seja, em cada ano foram consideradas apenas as despesas dos organismos que apresentavam execução orçamental nos três anos, uma vez que se pretendia evidenciar também os potenciais efeitos de cada acordo quadro na variação da despesa. Note-se, também, que um acordo-quadro pode não abranger todas as categorias de bens ou serviços que são processadas por conta da correspondente rubrica de classificação económica e que, por outro lado, foi necessário em alguns casos agregar ou estimar os valores quando as despesas abrangiam mais do que um acordo-quadro.

Considerando os princípios que norteiam o SNCP-Serviço Nacional de Compras Públicas – a racionalização dos gastos do Estado, a desburocratização dos processos públicos de aprovisionamento, a simplificação e regulação do acesso e utilização de meios de suporte e a proteção do ambiente – fica por explicar a discrepância entre os diferentes Ministérios quanto à centralização das aquisições de produtos e serviços ao nível da respetiva UMC, uma vez que a aquisição diretamente pelos serviços compradores se encontra prevista apenas a título excecional.

Os acordos-quadro pré-qualificam os fornecedores para realizarem vendas de bens e serviços à Administração Pública e estabelecem as condições e requisitos que aqueles são obrigados a cumprir, em termos de preços, prazos, níveis de serviço e qualidade de serviço, entre outros aspetos. Mediante este instrumento, os fornecedores ficam qualificados para fornecer todos os organismos do Estado de acordo com as regras definidas no respetivo acordo quadro. Apenas os fornecedores que celebrarem cada acordo quadro (co-contratantes) poderão ser consultados para fornecer os bens ou serviços pretendidos em cada categoria.

Será ao abrigo destes acordos-quadro que as Unidades Ministeriais/Entidades Adjudicantes comprarão os bens e serviços de que necessitam, nos termos definidos nesses acordos, sendo que, nessa altura, as condições de fornecimento poderão ser ainda melhoradas, elevando o nível de competitividade entre, por um lado, e o potencial de poupanças do Estado, por outro.” Em ESPAP www.espap.pt/servicos/paginas/spcp.aspx

3.3.2. Principais objetivos estratégicos do Programa Nacional de Compras Eletrónicas (PNCE)

O SNCP constituiu um sistema complexo com virtualidades, mas também com defeitos, equacionando-se um conjunto de problemas e de medidas de melhoria.

Considerando a relevância do tema Compras Públicas Hospitalares para a Administração Pública e, em especial, para o setor da saúde, por se tratar de uma instituição cuja missão está voltada para serviço público num setor tão delicado como é o da saúde da população, o Ministério da saúde e, particularmente, o setor hospitalar vêm promovendo diversas medidas de controlo do desperdício, quer na aquisição do material, quer na sua utilização.

Este estudo tem como objetivo analisar e tentar compreender os critérios utilizados nos processos de compra e aquisição de materiais Médico-Hospitalares, tendo em atenção a sustentabilidade dos recursos públicos. Pretende-se, ainda, compreender o funcionamento e formação dos processos de compras públicas, os possíveis entraves para a adoção ou não desses critérios, identificar as melhores práticas e verificar caso existam, as razões que expliquem o que de menos bom ocorre nesses processos. O trabalho procura identificar a perceção dos atores envolvidos no processo de compras, e as estratégias seguidas pelos mesmos e investigar e compreender as tomadas de decisões, os fatores de maior e menor relevância.

Nesse contexto, um estudo realizado pela Unidade de Missão Inovação e Conhecimento, realizado em 2003, demonstra que o grau de generalização das compras públicas eletrónicas nos países europeus evidencia que Portugal está relativamente atrasado face ao objetivo da União Europeia de assumir uma posição de liderança mundial. Nesse contexto, o setor público Português, ocupa uma posição preponderante na economia, as compras ao estado representa 20 % do PIB, segundo os dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2002). Ainda, segundo o mesmo estudo, Portugal era o país com menor percentagem de empresas que realizavam compras públicas através de meios eletrónicos (8%). A não inversão desta situação traduzir-se-ia numa desvantagem ainda maior ao nível da competitividade e produtividade da economia nacional. Neste sentido, o estado Português assumiu o compromisso de impulsionar as compras eletrónicas nacionais com o intuito de proporcionar o ambiente favorável para que o investimento privado e as competências dos portugueses se mobilizem, de forma a adotarem mecanismos eletrónicos na

gestão da cadeia de compras, em prol da competitividade das empresas e do bem-estar dos cidadãos.

Assim, de acordo com a RCM-Resolução do Conselho de Ministros 36/2003 a UMIC é responsável pela coordenação de um Programa Nacional com os seguintes objetivos:

- Liderar o processo de adoção das compras eletrónicas através da implementação de uma Estratégia Nacional de Compras Públicas Eletrónicas;
- Promover a confiança dos cidadãos e das organizações nos mecanismos de contratação eletrónica;
- Sensibilizar, instruir e apoiar as empresas e os cidadãos na adoção da contratação eletrónica utilizando os meios necessários;
- Garantir uma infraestrutura tecnológica de suporte às necessidades nacionais, nomeadamente através da criação de um Portal Nacional de Compras Eletrónicas;
- Fortalecer o mercado, promovendo a qualidade da oferta de serviços de suporte às compras eletrónicas;
- Assegurar a atualização do enquadramento legal necessário ao desenvolvimento das compras eletrónicas;
- Dinamizar as compras públicas eletrónicas;
- Generalizar as compras eletrónicas no tecido empresarial Português e em particular nas PME.

Quais os benefícios da Utilização de tecnologias de informação e processos eletrónicos nas compras públicas?

- Gera ganhos de eficiência consideráveis e poupanças significativas no aparelho do Estado, facilitando, simultaneamente, as tarefas a realizar pelos funcionários públicos;
- Contribui decisivamente para aumentar a eficácia do processo de compras e, conseqüentemente, a qualidade do serviço prestado às empresas e aos cidadãos;
- Aumenta significativamente a transparência das compras públicas do Estado;
- Estimula a estruturação da procura e, concomitantemente, estabelece condições de maior equidade em relação a potenciais fornecedores;

- Generaliza o acesso ao mercado de compras públicas à grande maioria das empresas, nomeadamente às PME;
- Dinamiza oportunidades económicas para as empresas tecnológicas;
- Promove a competitividade e produtividade da economia em geral e das empresas aderentes em particular.

3.3.3. Objetivos para as compras públicas eletrónicas

Reduzir os custos totais das compras do Estado, abrandando os custos unitários através da agregação de compra e dos custos das transações (globais); reduzir o custo do processo de consulta ao Mercado; otimizar a eficiência e produtividade do processo de compras utilizando os recursos humanos de compras de forma efetiva (tempo afeto a transações em contratos normais); reduzir compras fora de contrato (% *Majerico buying*); melhorar a transparência e a informação de gestão; aumentar a disseminação da informação sobre compras públicas (% compras publicadas on-line); aumentar a capacidade de auditar processos de compras públicas (% compras adjudicadas on-line); melhorar o serviço e o relacionamento com os fornecedores e, com isso, agilizar também as condições de pagamento do Estado (% pagamentos realizados eletronicamente).

3.4. As comissões de escolha nos hospitais

Tendo em conta a necessidade de melhor avaliar as propostas apresentadas pelas empresas fornecedoras de materiais médico-hospitalares, os hospitais criaram comissões orientadas para esse efeito. Essas comissões são constituídas por profissionais de saúde, nomeadamente, por gestores e administradores, médicos e enfermeiros e membros da comissão de ética para as boas práticas. Por exemplo, o hospital pretende adquirir um determinado tipo de material, organiza um caderno de encargo, onde expõe os requisitos pretendidos, com base nas informações disponíveis no catálogo do SPMS e tendo em atenção os elementos fornecidos pelos operadores económicos à infarmed.

Uma vez, abertos os concursos, as empresas fornecedoras apresentam as suas propostas com máximo de informação disponível respeitante às exigências referidas nos cadernos de encargo.

Por norma, nas propostas apresentadas pelas empresas, contém dentro outras, amostra, o preço e também uma ficha técnica, com informações gerais sobre o produto. Importa dizer que só entram nos concursos públicos, as empresas cujo seu produto tenha sido previamente autorizado pelo organismo que emite a certificação para a sua livre comercialização na União Europeia.

Essas materiais devem obedecer a um sem número de critérios, como sejam, testes contra incêndio, impermeabilidade, ausência de substâncias alérgicas ou nocivas quer para os doentes, quer para os funcionários/utilizadores. Mediante as propostas apresentadas, a entidade adjudicante ordena-as por “posições”, sendo que, aquelas que apresentam preços mais baixos, ocupam as primeiras posições, em detrimento das mais caras.

Uma vez convocadas as comissões de escolha, o seu trabalho versa essencialmente sobre a apreciação do material apresentado, pelos fornecedores, tendo em conta as necessidades do serviço e do interesse da entidade adjudicante.

É a própria comissão que delibera, consoante a especificidade do material em presença.

Sempre que algum membro da respetiva comissão tenha dúvidas sobre a qualidade de um determinado material, deve consultar quem esteja mais próximo do produto, o habitual utilizador, a fim de esclarecer a dúvida e com isso encontrar o melhor caminho a seguir. Dadas as características da especialidade, é o próprio cirurgião pediatra que normalmente escolhe as agulhas e suturas, para a cirurgia.

Verificados os materiais e feitas as escolhas com relação aos materiais específicos, a comissão emite o seu parecer e escolhe o material pretendido. O fornecimento tem lugar depois de contactada a empresa vencedora do concurso e a respetiva assinatura do contrato de fornecimento que, geralmente é feito por parcelas, consoante a necessidade dos serviços.

Na atual situação do país e, as respetivas posições adotadas pelo Ministério da Saúde, o fator preço é hoje determinante no momento de decisão. No entanto e, de forma excecional, os serviços podem optar por um material que não esteja na primeira posição, devendo para tanto, fundamentar essa escolha com um parecer técnico. Por norma, os materiais que se encontram no fim da tabela são os mais caros e como tal quase sempre excluídos à partida.

CAPÍTULO IV- O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O NOVO SISTEMA DE COMPRAS PÚBLICAS

O modelo atual de atuação nas políticas públicas de saúde tem vindo a alterar-se para um formato híbrido com alguma complexidade, no que toca ao funcionamento do mercado.

Desde 2010 que se aceleram as contenções de custos, que se manifestam através de incentivo a medicamentos genéricos, diminuição de comparticipação em medicamentos, aumento de taxas moderadoras e limitação ao uso de meios complementares de diagnóstico.

O Estado Português tem vindo a incentivar o surgimento de hospitais privados e contratualiza com estas parcerias, promove um modelo de competição entre prestadores públicos e privados e tem vindo a alterar o sistema remuneratório dos médicos equiparando-os a profissionais liberais.

Todo este ambiente de mudança tem consequências a nível da postura dos profissionais, bem como do modelo de acesso aos serviços, por parte dos utentes.

Por estes motivos levamos a cabo diversas entrevistas, com profissionais do setor, e fornecedores de hospitais, para saber a sua opinião acerca do modelo de Compras Públicas da saúde. O objetivo da análise seria verificar a necessidade de inovação incremental urgente no processo de compra eletrónica e verificar o papel das Comissões de Escolha dos Hospitais.

Análise dos resultados

Partimos das hipóteses de trabalho

Hipótese 1 -Os profissionais de saúde consideram que o atual sistema de compras públicas dos hospitais cumpre cabalmente os objetivos a que se propõe?

Hipótese 2 -Os fornecedores dos hospitais públicos consideram que o atual sistema de compras públicas dos hospitais cumpre cabalmente os objetivos a que se propõe?

Hipótese 3 -Os profissionais de saúde dos hospitais públicos conseguem manter com este novo sistema de aprovisionamentos um relacionamento eficaz?

Hipótese 4 -Os fornecedores dos hospitais públicos conseguem manter com este novo sistema de aprovisionamentos um relacionamento eficaz?

e construímos dois modelos-tipo de entrevistas para endereçar a profissionais do setor da saúde e a fornecedores dos hospitais.

A análise de conteúdo assenta em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação (Santos, 2005).

A primeira etapa corresponde à fase de organização, onde várias soluções são aceites como leitura, entrevista, entre outros. Na segunda etapa, os dados são codificados a partir das unidades de registo que correspondem a palavras ou expressões. Na última etapa, ocorre a categorização que consiste na classificação dos elementos segundo as suas semelhanças.

As tabelas de análise apresentadas em seguida são constituídas pelas categorias-mãe, subcategorias e sub-subcategorias (estas apenas presentes numa tabela), pelo número de entrevistados que referenciaram cada categoria e pelo número de referências (número de vezes que cada categoria surge ao longo de todas as entrevistas). Foram analisadas as entrevistas de nove fornecedores de produtos e equipamentos diversos e 12 entrevistas de profissionais de saúde.

A opinião dos fornecedores (5), acerca das comissões de escolha, inclui a sua importância (e.g. “Faz toda a diferença. São as pessoas que conhecem os materiais”), a inclusão de pessoas com *know-how* na constituição das comissões de escolha (4) (e.g. “Devem envolver especialistas na área com *know how* suficiente para a correta tomada de decisão”) e ainda entrevistados (3) que consideram quem estas têm pouco poder decisão (e.g. “...as comissões hoje não têm qualquer importância, pelo menos no que respeita a tomada de decisões”). Apenas um entrevistado consideram que estas eram medíocres.

Quadro 4. 1- Opinião dos fornecedores acerca das comissões de escolha

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Comissões de escolha	Deviam ser constituídas por pessoas com <i>know-how</i>	4	4
	Medíocres	1	1
	Têm pouco poder decisão	3	4
	São importantes	5	5

No que se refere à opinião dos fornecedores, acerca das comissões de escolha, a maior parte dos entrevistados (7) considera que existe necessidade de formação específica (e.g. “sim, obviamente”). A promoção de formação por parte das plataformas (5) (e.g. Sei que as próprias plataformas costumam promover essas formações) e a formação a cargo das empresas (5) (e.g. “As empresas proporcionam formação de base aos seus profissionais”) foram também categorias com elevada frequência. De seguida surge a formação dada pela própria empresa (4) (e.g. “...no meu caso é a minha empresa que o faz”) e ainda por outras entidades (3) (e.g. “...universidades”).

Quadro 4.2- Opinião dos fornecedores acerca da formação específica em plataformas eletrónicas

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Formação em plataformas eletrónicas	A empresa tem formação sobre o uso das plataformas eletrónicas	4	4
	As plataformas promovem as formações	5	5
	Formação a cargo das empresas	5	5
	Formação dada por outras entidades	3	3
	Necessidade de formação específica	7	7

Para quase todos os representantes dos fornecedores (8) as plataformas eletrónicas são eficazes, embora passíveis de melhoria (e.g. “Há sempre melhorias a fazer mas funciona e parece-me que não causa grandes problemas”). Uma parte significativa destes (5) entende que exigem um período de adaptação, antes de se mostrarem úteis (e.g. “Sim, de início foi um bocadinho complicado, estranho talvez mas depois adaptamo-nos bem”). Três dos fornecedores não referiram qualquer complicação ou dificuldade de adaptação (e.g. “Sim, estamos completamente integrados”). Apenas um dos fornecedores aponta ineficácia. O mesmo resultado foi encontrado ao nível dos problemas no enquadramento legal.

Tabela 4. 3- Opinião dos fornecedores acerca da utilização das plataformas eletrónicas

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Utilização das plataformas online	Boa adaptação das empresas fornecedoras	3	3
	É eficaz mas passível de melhoria	8	8
	Não é eficaz	1	1
	Problemas verificam-se ao nível do enquadramento legal	1	1
	Útil após ultrapassar alguns problemas de adaptação	5	5

No que toca à venda e divulgação dos produtos em locais públicos todos os nove fornecedores concordam que é preferível o contacto personalizado (e.g. “Para mim, nada substitui o contato pessoal com o delegado o representante da empresa”). Mais de metade (5) refere que é difícil agendar compromissos (e.g. “não faz ideia da dificuldade que é agendar encontros no hospital, anda toda a gente muito ocupada, primeiro que se consiga por exemplo falar com um médico, falar com alguém da logística, é uma chatice”). O preço (3) e o suporte digital, apoios de venda (3) foram também categorias que surgiram aquando da reflexão acerca deste tema. Os entrevistados abordaram ainda a falta de conhecimento dos interlocutores (2).

Quadro 4. 4- Opinião dos fornecedores acerca da venda e divulgação em hospitais públicos

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Venda e divulgação em hospitais públicos	Difícil agendar compromissos	5	5
	Dificuldade do preço	3	3
	Falta de conhecimento dos interlocutores	2	2
	Privilegiar contacto personalizado	9	17
	Suporte digital, apoios de venda	3	3

De seguida são apresentados os resultados relativos aos profissionais de saúde. As comissões de escolha foram categorias coincidentes entre estes e os fornecedores. Na generalidade os resultados foram aproximados. Os profissionais (6) entendem que as comissões são importantes (“Acho bem que existam comissões de escolha”), mas têm pouco poder de decisão (2) (e.g. “...força das comissões, que têm um papel cada vez mais insignificante na medida em que conta muito pouco para a decisão”) e deviam ser constituídas por pessoas com know-how (1) (e.g. “Por pessoas que conhecessem bem, quer quanto aos gestores, quer os profissionais de saúde, quer da parte dos fornecedores”).

Quadro 4. 5- Opinião dos profissionais de saúde acerca das comissões de escolha

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Comissões de escolha	Deviam ser constituídas por pessoas com know-how	1	1
	Têm pouco poder decisão	2	2
	São importantes	6	6

Relativamente às compras hospitalares, todos os profissionais reconhecem que é uma área que carece de conhecimento (e.g. “Sim. Bons conhecimentos do uso de novas tecnologias, domínio dos processos de compra públicas/compras eletrônicas, algum conhecimento da legislação sobre a matéria”). Cinco destes apontam conhecimento global do processo de compra, quatro referem conhecimento sobre a legislação e três indicam conhecimentos informáticos. A sensibilidade (5) foi também uma componente importante (e.g. “o processo de decisão tenha de ser mais ponderado, afinal estamos a falar da nossa saúde, da nossa vida”), com oito referências, repartidas por cinco entrevistados. Foram ainda feitas referências à importância de ouvir todos os intervenientes no processo (2), relação qualidade preço (2), ética (1), responsabilidade (1) e qualidade dos materiais como fator de decisão (1).

Quadro 4. 6- Opinião dos profissionais de saúde acerca das compras hospitalares

Categoria mãe	Sub-categorias	Sub-sub categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Compras hospitalares	Área que requer sensibilidade		5	8
	Conhecimento, formação e preparação	Conhecimento global do processo de compra	5	5
		Conhecimentos informáticos	3	4
		Legislação	4	4
	Ética		1	1
	Ouvir todos os intervenientes no processo		2	2
	Qualidade dos materiais como fator de decisão		1	1
	Relação qualidade preço		2	2
Responsabilidade		1	1	

Os critérios de qualificação de um fornecedor passam pela qualidade que emprestam aos materiais (7) (e.g. “produtos que preencham os requisitos de escolha e de validação, que cumpram os critérios de segurança de durabilidade e de fiabilidade”), pela prática de bons preços (6) (e.g. “...especial no que respeita aos preços”), flexibilidade no processo negocial (5) (e.g. “...flexibilidade da parte do fornecedor”), seriedade (5) (e.g. “...da seriedade das decisões”), assistência e acompanhamento (4) (e.g. “devem fazer bem o acompanhamento, a manutenção e responder com brevidade necessária”), resposta em tempo útil (3), boa informação e divulgação dos produtos (2), certificação pela SPMS (2) e experiência (1).

Quadro 4. 7- Opinião dos profissionais de saúde acerca dos critérios de qualificação de um fornecedor

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Critérios de qualificação de um fornecedor	Assistência e acompanhamento	4	4
	Boa informação e divulgação dos produtos	2	2
	Bons preços	6	7
	Certificação pela SPMS	2	2
	Experiência	1	1
	Flexibilidade no processo negocial	5	5
	Qualidade (segurança, fiabilidade) dos produtos	7	8
	Resposta em tempo útil	3	3
	Seriedade	5	6

Relativamente ao papel do gestor, os profissionais de saúde apontam a necessidade de atender aos números (6) (e.g. “Os gestores estão demasiado focados em resultados”) e a dificuldade do momento atual (6) (e.g. “Nos dias que correm, deve muito complicado”) como as principais características do papel do gestor. Para além destas referem ainda que os gestores cumprem o seu papel (2), desconhecem a realidade (1), estão muito dependentes da tutela (1) e devem dar atenção ao controlo de qualidade (1).

Quadro 4. 8- Opinião dos profissionais de saúde acerca do papel do gestor

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Papel do gestor	Atenção dada ao controlo de qualidade	1	1
	Cumprem o seu papel	2	2
	Desconhecimento da realidade	1	1
	Excessiva dependência da tutela	1	1
	Momento atual é difícil	6	6
	Necessidade de atender aos números	6	6

Na gestão das reclamações, é opinião dos profissionais que se devem utilizar os procedimentos legais (5) (e.g. “...tudo se passa no quadro das regras próprias estabelecidas pela lei”), deve ser verificado o cumprimento das regras (3) (e.g. “cumpriu ou não as regras pré-estabelecidas”), ter em conta a questão política dos preços (3) (e.g. “O problema de fundo hoje, prende-se com a política dos preços”). Foram ainda encontradas referências feitas à necessidade de uma justificação muito forte para a reclamação (1) e à necessidade de verificar os motivos da reclamação.

Quadro 4.9- Opinião dos profissionais de saúde acerca da gestão de reclamações

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Gestão de reclamações	Necessidade de uma justificação muito forte	1	1
	Questão da política dos preços	3	3
	Utilizar os procedimentos legais	5	5
	Verificar o cumprimento das regras	3	3
	Verificar os motivos da reclamação	1	2

Por fim, foi avaliada a opinião dos profissionais dos hospitais acerca da receção de informação sobre novos produtos e serviços. Os profissionais têm preferência pelo contacto pessoal (4) (e.g. “...de qualquer forma é sempre preferível a abordagem pessoal”) ou então entendem a importância da análise documental, embora esta não substitua o contacto pessoal (4) (e.g. “A utilização de informação digital é hoje incontornável mas tenho a percepção que não são tão eficazes como a forma tradicional ou seja, o contato pessoal”). Alguns profissionais dos hospitais (2) entendem que é indiferente utilizar a via pessoal ou digital, outros preferem a via digital (2). Por último foi ainda encontrada uma resposta de natureza casuística, em que o profissional referiu que a escolha da via digital ou contacto pessoal depende dos produtos.

Quadro 4.10- Opinião dos profissionais de saúde acerca da receção de informação sobre novos produtos e serviços

Categoria mãe	Sub-categorias	Nº entrevistados	Nº referências
Receção de informação sobre novos produtos e serviços	A análise documental digital é importante mas não substitui o contacto pessoal	4	4
	A escolha da via digital ou contacto pessoal depende dos produtos	1	1
	É indiferente a via digital ou pessoal	2	2
	Preferência pela via digital	2	2
	Preferência pelo contacto pessoal	4	4

Dos dados acima apresentados podemos concluir que, no que respeita à Hipótese de Trabalho 4, os fornecedores assumem que a utilização das plataformas de compras públicas é eficaz, embora passível de melhorias e que existe necessidade de formação específica para a sua utilização, respondendo assim à nossa questão sobre o relacionamento eficaz.

No que respeita à Hipótese de Trabalho 2, em que nos interrogávamos sobre se reconheciam que o atual sistema de compras cumpria os seus objetivos, concluímos que embora se reconheça a importância das comissões de escolha e do uso das plataformas, a maioria das empresas preferiria o contato personalizado para apresentação dos materiais, embora reconheça a extrema dificuldade em agendar compromissos nos hospitais, para apresentação dos seus produtos.

Quanto aos profissionais de saúde a quem foram colocadas as mesmas questões, estes reconhecem que as compras na área da saúde exigem dos atuais gestores um elevado nível de responsabilidade, uma vez que os serviços passam por momentos difíceis e existe uma necessidade constante de atender aos números. Reconhecem a importância das comissões de escolha, mas também chamam a atenção para o facto de que além dos conhecimentos, formação e preparação para a área das compras, a função requer também alguma sensibilidade. Desta forma, no que diz respeito à Hipótese de Trabalho nº 1, quanto ao cumprimento dos objetivos, os profissionais, embora reconheçam a complexidade da tarefa, demonstram algum conformismo, pelo peso excessivo da preocupação com os números.

A abordagem da Hipótese de Trabalho 3, no que respeita à eficácia do sistema de aprovisionamentos, os profissionais realçam a importância de critérios de qualificação de fornecedores ao nível de preços, qualidade do produto e seriedade. Encontramos alguma contradição quando se manifestam pela continuação da necessidade de contato personalizado com os fornecedores, uma vez que a apresentação por via digital sobre novos produtos poderá não ser considerada suficiente, ao mesmo tempo que verificamos, por parte dos fornecedores, bastante dificuldade em agendar compromissos para contato presencial e apresentação de produtos.

CONCLUSÃO

Em 2002, Portugal era o país europeu com menor percentagem de empresas que realizavam compras públicas através de meios eletrónicos. A utilização das plataformas de compras eletrónicas pelos serviços públicos tem como principal objetivo reduzir custos e concretizar a compra com mais transparência e equidade.

Face aos resultados das entrevistas, verificamos que os profissionais de saúde, embora compreendendo as dificuldades que o país atravessa, se manifestaram algo apreensivos, quando o princípio orientador das compras dos hospitais públicos for regido, sobretudo, por princípios em que o critério com maior peso na análise de propostas seja o fator preço.

Muitos profissionais mostraram-se receosos quando a utilização do princípio fundamental da aquisição seja feita pelo mais baixo preço, e que essa escolha possa vir a afetar a qualidade dos produtos oferecidos. Também verificamos que, embora usem meios digitais para consulta de apresentação de materiais, continuam a considerar a apresentação presencial como fator importante para esclarecimento sobre os produtos com características mais especializadas e com fichas técnicas mais complexas.

A importância que conferem às comissões de escolha dos hospitais públicos é relevante, tendo mostrado dúvidas relacionadas com as especificidades do setor, quanto à significância e resultado da intervenção das comissões nas compras. Foram observadas algumas dúvidas no discurso dos profissionais do setor da saúde, no que respeita ao papel do gestor hospitalar.

No que respeita aos fornecedores, parece já terem atingido uma fase de perfeito manuseamento das necessidades do Portal das Compras Públicas da saúde, atendendo a que, quem fornece o portal proporciona também formação especializada para os utilizadores. Verificamos a existência de formação complementar para as empresas que acharem ter necessidade de providenciar aos seus colaboradores.

Os fornecedores afirmaram ter dificuldade em estabelecer diálogo com os profissionais de saúde, cuja opinião é importante para as decisões de compra, mas não manifestaram particular dificuldade na utilização da plataforma.

A utilização das novas tecnologias no modelo de gestão de serviço público enquadra-se na necessidade de modernização administrativa, que tem como objetivo mais transparência e redução de custos. Atendendo à especificidade do serviço público de saúde pensamos que este

deve ser objeto de construção de indicadores de desempenho periódico, para assegurar a manutenção da qualidade do serviço.

Por essa razão, consideramos que deverão ser realizados estudos sobre o impacto da utilização das ferramentas eletrônicas nos procedimentos de compras, particularmente, no que diz respeito à sua interação com o exercício da função das Comissões de escolha dos hospitais, uma vez que são estas que possuem o conhecimento técnico necessário que permite as melhores decisões qualidade/preço no que respeita aos equipamentos médico-hospitalares.

Face às especificidades das compras dos materiais médico-hospitalares, comprovámos a utilidade da existência de uma comissão técnica de fiscalização das decisões das compras, para ser possível acompanhá-las e verificar em que famílias de materiais o fator preço é o mais importante critério a ter em conta, e em que situações o fator qualidade poderá ter um peso superior nos critérios de decisão de compra. Estas avaliações periódicas poderiam, também, contribuir para uma melhoria de processos, no que respeita ao *procurement*, e auxiliar os técnicos com conhecimentos mais aprofundados sobre a melhor forma de proceder às compras públicas hospitalares.

Ciente das dificuldades e especificidade deste assunto, julgámos que seria muito útil que as entidades adjudicantes se expressassem com maior clareza quanto aos critérios definidos nos cadernos de encargos, permitindo desta forma uma melhor compreensão por parte das empresas fornecedoras no momento de responderem os concursos/consultas. Seria útil uma uniformização de linguagem entre os vários interlocutores, nomeadamente entre as terminologias utilizadas pela infarmed e as entidades adjudicantes.

Como foi notado, os países nórdicos têm vindo a realizar um esforço no sentido de melhorar as práticas de *procurement* hospitalar, sendo os objetivos a alcançar divulgados através do relatório *Innovative Public Procurement and Health Care* de 2011, editado pelo *Nordic Council of Ministers*, no âmbito do *Nordic Lighthouse Project*. Este projeto apoia-se na perspetiva de Rolfstam (2010), que realça a importância do papel do *procurement* como estímulo à inovação na área da saúde.

Como conclusão, e no sentido de motivar futuras investigações, pensamos que seria importante proceder à comparação entre os procedimentos de compras dos equipamentos médico-hospitalares de última geração em diferentes países da União Europeia e os procedimentos de compras nos Estados Unidos da América.

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, Filipa B. (2010), *Novos Modelos de Gestão Hospitalar em Gestão da Saúde*, Rego, Guilhermina & Rui Nunes, Lisboa, Prata & Rodrigues Publicações, Lda, pp. 199-216.
- Araújo, J. Filipe (1998), “Hierarquia, mercado e networks: uma mudança institucional, controlo e avaliação no Reino Unido”, in *A avaliação na Administração Pública*, Ata Geral do 1.º Encontro do INA, Instituto Nacional de Administração.
- Bardin, Laurence (2009), *Análise de Conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- Barros, Pedro Pita (2003), “Special issue on Health Economics: Introduction”, *Portuguese Economic Journal*, 2, 2, 69-70.
- Barros, Pedro; Sara Machado e Jorge Simões (2007), “Health Systems in Transition, Portugal, Health System Review, 2007”. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 9, 5.
- Barros, Pedro; Sara Machado e Jorge Simões (2011), “Health Systems in Transition, Portugal, Health System Review, 2007”. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 13, 4.
- Barros, Pedro Pita (2013), *Economia da Saúde*, Coimbra, Editora Almedina.
- Batista, Marco A. (2006), *Modelo de gestão de Informação: uma proposta para acompanhamento de compras públicas em instituições públicas de Ciência e Tecnologia da Saúde*, Recife, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde.
- Berelson, Brian (1952), *Content Analysis in communication research*, N.Y., University Press.
- Campos, António Correia e Jorge Simões (2011), *O percurso da saúde: Portugal na Europa*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Campos, Luís; Margarida Borges e Rui Portugal (editores) (2009), *Governança dos Hospitais*. Alfragide, Casa das Letras.
- Carvalho, Elisabete (2007), “Políticas de Reforma Administrativa em Portugal”. *Working Paper CAPP*, Lisboa, CAPP/ISCSP.
- Carvalho, Maria João (2009), *Gestão em saúde em Portugal*, Porto, Editora Vida Económica.
- Carvalho, Mariana Torres (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Carvalho, José e Tânia Ramos (2013), *Logística na Saúde*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Coutinho, Clara (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Editora Almedina.

- Crotty, Michael (1998), *The foundations of Social research: meaning and perspective in the research process*, London, Sage Publications, citado por Clara Coutinho, (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Editora Almedina.
- .De Wever, Bram *et al.* (2006), “Content analysis schemes to analyse transcripts of online asynchronous discussion groups: A review” *Computer & Education*, 46, pp. 6-28.
- Denhardt, Janet V. e Robert B. Denhardt (2003), “The New Public Service: Serving, not Steering” *Public Administration Review*, 60, 6 , pp. 549-559.
- Drucker, Peter (1989), *The New Realities: In Government and Politics, in Economics and Business, Society and World View*, New York, Harper & Row.
- Escoval, Ana M. (2003), *Evolução da Administração Pública da Saúde: o papel da contratualização. Factores críticos do contexto português*. Tese de Doutoramento, ISCTE, Lisboa.
- Escoval, Ana M. e Tânia Matos (2009), *A Contratualização e regulação nos Hospitais*, Campos, Luís; Margarida Borges e Rui Portugal (editores) Governação dos Hospitais, Alfragide, Casa das Letras, pp.149-186.
- Estorninho, Maria João (2006), *Direito Europeu dos Contratos Públicos*, Coimbra, Editora Almedina.
- Faria, Carlos A. (2005) “A política de avaliação de políticas públicas”, *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 20 (59), pp. 97-109.
- Fernandes, Adalberto C. (2012), *Reflexos e Contributos para a Reforma da saúde em Portugal*, Loures, Editora Diário de Bordo.
- Fernandes, Adalberto C. (2013), *Racionamento versus Racionalização em saúde*, Loures, Editora Diário de Bordo.
- Ferrera, Maurizio (2008), “The European Welfare State: golden achievements, silver prospects” *Western European Politics*, 31, 1-2, pp. 82-107.
- Flora, Peter e Alber Jens (1981) “Modernization, democratization and the development of Welfare States in Western Europe” in Peter Flora e Arnold Heidenheimer (org.) *The Development of Welfare States in Europe and America*, 37-80, London, Transaction Books Publishers.
- Fortin, Marie-Fabienne (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Loures, Editora Lusodidacta.
- Freixo, Manuel João (2010), *Metodologia Científica- Fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa, Editora Instituto Piaget.
- Galliano, António Guilherme (1986), *O método científico: teoria e prática*, S. Paulo, Editora Harbra.
- Garfinkel, Harold (1967), *Studies in ethnomethodology*, NY, Wiley & Sons. Ltd.
- Giauque, David (2003), “New Public Management and Organizational Regulation: the Liberal Bureaucracy”, *International Review of Administrative Sciences*, 69, 4, pp. 567-592.
- Glouberman, Sholom e Henry Mintzberg (2001), “Managing the care of health and cure of disease”, *Health Care Management Rev.*, 26, 1, pp. 56-69.
- Golden, Brian (2006), “Transforming Healthcare Organizations”, *Healthcare Quarterly*, 10 (special issue), pp. 10-19.
- Graham, Lawrence S. (1975), “Portugal: the decline and collapse of an authoritarian order”, 5, Sage Publications (CA).

- Harfouche, Ana Paula (2008), *Hospitais transformados em empresas. Análise do impacto na eficiência Estudo comparativo*, Tese de Doutoramento UTL, ISCSP, Lisboa.
- Head, Brian W. (2008), “Three lenses of Evidence-Based policy”, *Australian Journal of Public Administration*, 67, 1, pp. 1-11.
- Hesbeen, Walter (1998), *Cuidar no Hospital-Enquadrar os cuidados de enfermagem, na perspectiva de cuidar*, Loures, Edições Lusodidacta.
- Hsieh Hsiu-Fanf e Sarah Shannon (2005), “Three approaches to qualitative content analysis”, *Qualitative Health Research*, 15, pp. 1277-1288.
- Husserl, Edmund (1980), “Investigações lógicas sexta investigação”. São Paulo: Abril,[20--].(Coleção *Os Pensadores*).
- Knapp, Martin e Juan Cabases Hita, (2009), “Economics and new strategies for funding and financing”, *International Journal of Integrated Care*, 9.
- Latorre, Saturnino (1974), *Aprender com os erros. O erro como estratégia de mudança*, S. Paulo, Editora Artmed.
- Lechner, Norbert (1996), Estado y sociedad en una perspectiva democrática, apresentação no *VI Colóquio de Sociologia*, (Janeiro) Universidad del Valle, Cali, Colômbia.
- Mead, George Herbert e Herbert Mind (1934), “Self and society”. *Chicago, University of Chicago*, pp. 173-175.
- Maceirinha, Tiago e Maria João Estorninho (2014), *Direito da saúde*, Lisboa, Editora Universidade Católica.
- Majone, Giandomenico (1996), *Regulating Europe*, London, Routledge.
- March, John G. e Johan P. Olsen (1989), *Rediscovering institutions: The organizational basis of politics*, London, Free Press.
- Marconi, Marina (1983), *Fundamentos da metodologia científica*, São Paulo, Editora Atlas.
- Mertens, Donna (1998). “Research methods” in *Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative and qualitative approaches*, London, Sage Publications citado por Clara Coutinho, (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Editora Almedina.
- Mintzberg, Henry (1996), “The entrepreneurial organization - Mintzberg, Henry & James Brian Quinn”, Eds *The Strategy Process*, New Jersey, Ed. Prentice Hall.
- Mintzberg, Henry (1999), *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa, Publicações D. Quixote.
- Moreira, José Manuel et al. (2008), *Estado, Sociedade Civil e Administração Pública*, Coimbra, Editora Almedina.
- Mozzicafreddo, Juan (1998), “Estado, modernidade e cidadania” em José M.P. Leite Viegas e António Firmino da Costa (orgs.) *Portugal, que modernidade?*, Oeiras, Celta Editora, pp. 245-283.
- Mozzicafreddo, Juan (2000), *Estado-Providência e Cidadania em Portugal*, Oeiras: Celta Editora.
- Mozzicafreddo, Juan (2001 a), “Modernização da administração pública e poder político”, em Juan Mozzicafreddo e João Salis Gomes (orgs.) *Administração e política: perspectivas de reforma da administração pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras, Celta Editora, pp. 1- 33.

- Mozzicafreddo, Juan (2001 b) “Responsabilidade e cidadania: uma perspectiva sociológica” comunicação apresentada no *Seminário As Responsabilidades na Gestão Pública*, organizado pelo Centro de estudos para o Desenvolvimento Regional, 18/19 Abril de 2001, Lisboa.
- Mozzicafreddo, Juan *et al.*(org.) (2007), *Interesse Público, Estado e Administração*, Oeiras, Celta Editora.
- Mozzicafreddo, Juan e Carla Gouveia (2011), “Contextos e Etapas de Reforma na Administração Pública” em Juan Mozzicafreddo e João Solis Gomes (orgs.) *Projetos de Inovação na Gestão Pública*, Lisboa, Editora Mundos Sociais, pp. 5-62.
- Nunes, Rui e Guilhermina Rego (2013), “Governança de Sistema de saúde”, em G. Rego; R. Nunes, *Gestão da Saúde*. Lisboa, Prata & Rodrigues Publicações, pp. 3-12.
- Olabuenaga, José Ignacio (2003), *Metodología de la investigación cualitativa*, Bilbao. Universidad de Deusto.
- Oldroyd, David (1986), *The arch of knowledge: an introductory study of the history of the Philosophy and methodology of Science*, New York, Methuen, in Clara Coutinho, (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Editora Almedina.
- Osborne, Stephen (2006), “The New Public Governance?” *Public Management Review*, 8, 3, 377-388
- Patton, Michael Q. (2002) “Qualitative interviewing. Qualitative research and evaluation methods”, Sage Journals, *Qualitative Social Work*, 3, pp. 344-347.
- Pereira, Luís Carlos (2001), “Uma nova gestão para um novo estado: liberal, social e republicano”, *Revista do Serviço Público*, 52, 1, Janeiro, pp. 5-24.
- Peters, B.Guy (1996), *The future of Governing (Studies in Government and Public Policy)*, Lawrence, University Press of Kansas.
- Peters, B. Guy (2001), *The Politics of Bureaucracy*, London, Routledge.
- Pitschas, Rainer (2007), “Gestão do valor público. Um conceito de governação pública baseado no valor entre a economização e o bem comum” in Juan Mozzicafreddo *et al.* (2007), *Interesse Público, Estado e Administração*, Oeiras, Celta Editora.
- Pitschas, Rainer (1993), “Aspects of Max Weber’s theory on bureaucracy and new public management”, em *The Indian Journal of Public Administration*, 39, 4, pp. 643- 651.
- Pitschas, Rainer (2001), “As administrações públicas europeia e americana na atualidade e o modelo alemão”, em Juan Mozzicafreddo e João Salis Gomes, *Administração e Política: Perspectivas de Reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras, Celta Editora.
- Pitschas, Rainer (2003), “Reformas da Administração Pública da União Europeia: porque necessitamos de mais ética no serviço público?”, em Juan Mozzicafreddo, João Salis Gomes e João Silva Batista (orgs.), *Ética e administração: como modernizar os serviços públicos*, Oeiras, Celta Editora, pp. 31-46.
- Pollitt, Cristopher e Geert Bouckaert (2000), *Public management reform: comparative analyses*, Oxford. Oxford University Press.
- Popper, Karl (1980), *The Logical of Scientific Discovery*, London, Routledge.
- Ranson, Stewart e John Stewart (1989), “Citizenship and Government: The challenge for management in the public domain”, *Political Studies*, 37, 1, 5-24.

- Raposo, Vítor (2007), *Governança Hospitalar-Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Tese de Doutoramento em Organização e Gestão de Empresas, especialidade em Ciências dos Sistemas das organizações, Coimbra, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.
- Rawls, John (2000), *Uma teoria da justiça*, S. Paulo, Editora Martins Fontes.
- Reed, Michael (1999), “Organizational Theorizing: a historically contested terrain”, *The Sage Handbook of Organization Studies-* (Ed) Stewart Clegg; Cynthia Hardy; Thomas Lawrence, Walter Nord, London, Sage Publications.
- Rego, Guilhermina (2008), *Gestão empresarial dos serviços públicos-uma aplicação ao sector da saúde*, Porto, Vida Económica.
- Ribeiro, José Mendes (2009), *Saúde-A liberdade de escolha*, Lisboa, Editora Gradiva.
- Rocha, José Oliveira (2001), *Gestão Pública e Modernização Administrativa*, Lisboa, INA.
- Rocha, José Oliveira (2010), *Gestão Pública-Teorias, modelos e prática*, Lisboa, Escolar Editora.
- Rodrigues, Maria de Lurdes e Paulo Silva (2013), *Políticas Públicas para a Reforma do Estado*, Coimbra, Editora Almedina.
- Rolfstam, Max (2010), “A tentative model of a demand system for public procurement of innovation” em *Proceedings of the International Public Procurement Conference*, 2010, pp. 6-28
- Rosenbloom, David (1998), *Public Administration: understanding management politics and law in the Public Sector*, New York, McGraw-Hill.
- Saltman, Richard, Josep Figueras e Reinhard Busse (1998), “Social health insurance systems in Western Europe in European Observatory” on *Health Systems and Policies Series-UE*
- Schutz, Alfred (1970), *Alfred Schutz on phenomenology and social relations*. USA. University of Chicago Press.
- Schimdt, João Pedro (2008), “Para entender as políticas públicas: aspectos conceituais e metodológicos”, Jorge Renato dos Reis e Rogério Gesta leal (org.) *Direitos sociais e Políticas Públicas: desafios contemporâneos*, Santa Cruz do Sul, EDUNISC.
- Secchi, Leonardo (2009), “Modelos organizacionais e reformas da administração pública”, *Revista da Administração Pública*, 43, 2, pp. 347-369, Mar-Abril.
- , Peter (1990), *The fifth discipline. The art and practice of the learning organization*, New York, Currency Doubleday.
- Serrano, Gloria Perez (2006), *Investigacion cualitativa Retos e interrogantes*, Madrid, Editora La Muralla.
- Shaw, Ian (1999), “Qualitative evaluation”, London, Sage Publications em Clara Coutinho, (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Editora Almedina.
- Silva, Mariana (2012), “Políticas públicas de saúde: tendências recentes”. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, Oeiras, Maio 2012.
- Silva, Mariana (2013), *Gestão da Qualidade em cuidados da saúde*, Lisboa, Edições Monitor.
- Simmons, Richard, Johnston Birchall & Alan Prout (2007), “Hearing Voices: User Involvement in Public Services”, *Consumer Policy Review*, 17, 5, pp. 234-9.

- Simões, José (2004), *Retrato Político da Saúde. Dependência do percurso e Inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*, Coimbra, Editora Almedina.
- Stillman, Richard (1997), *American Bureaucracy*, USA, Wadsworth Publishing.
- Tavares, António F. (2006), *Estudo e ensino da administração pública em Portugal*, Lisboa, Escolar Editora.
- Usher, Robin (1996), *A critique to the neglected epistemological assumptions of educational research*, London, Routledge em Clara Coutinho, (2014), *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Coimbra, Editora Almedina.
- Vilar, Emílio Rui (2008), Prefácio em Escoval, A. (coord.) “Financiamento: Inovação e Sustentabilidade”, Lisboa Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, pp.5-8.
- Vilelas, José (2009), *O processo de construção do conhecimento*, Lisboa, Editora Sílabo.
- Weber, Max (1971), *Perspectives in Political Sociology*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Weber, Max (2000), *Ciência e Política: duas vocações*, S. Paulo, Editora Cultrix.
- Weiss, Caroline H. (1998), “Have we learned anything new about the use of evaluation?” *American Journal of Evaluation*, 19, 1, pp. 21-34.
- Wright, Erik Olin (1994), *Clases*, Madrid, Editora Siglo XXI.
- Zürn, Michael e Stephan Leifried (2005), “A new perspective on the state-reconfiguring the national constellation”, em *Transformations of the State?*, Cambridge, Cambridge University Press.

Webgrafia

- Baganha, M.I, Joana Sousa Ribeiro e Sónia Pires (2002) O setor da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional” in <http://www.dge.ubi.pt/alameida/Gestão-medicina-11-12/Baganha20%saúde20%> acedido em 1 de Junho de 2015
- Cunha, Joaquim (2009), Debate sobre os novos desafios do Estado na Saúde <https://www.youtube.com/playlist?list=PLD7ABF5CED11ACDCF> acedido em 3 de Janeiro 2014.
- Saltman, Richard & Reinhardt Busse (2002), Balancing regulations and entrepreneurialism. *Europe's health sector: theory and practice (org)* R. Saltman, R. Busse e E. Mossialos European Observatory for Health Care Systems series. <http://www.euro.who.int/-data> acedido em 2 de Maio 2014.

Fontes

- Decreto-Lei 235/86
- Decreto-Lei 59/99
- Decreto-Lei 197/99
- Decreto-Lei 558/99
- Decreto-Lei 233/05
- Decreto-Lei 37/07
- Decreto-Lei 18/08
- Decreto-Lei 34/08

Decreto-Lei 143-A/08

Decreto-Lei 10563/14

ANEXOS

ANEXO I

Orgânica e serviços da esPap



Fonte: <http://www.espap.pt>

ANEXO II

LISTA DE ENTREVISTADOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dr. Carlos Madeira	Entrevista presencial
Dr. Rui Esteves	Entrevista presencial
Dr. Tito Bragança	Entrevista presencial
Dr. Henrique Vasconcelos	Entrevista presencial
Dr. Tiago Mendonça	Entrevista presencial
Dr. Pedro Caldas	Entrevista presencial
Dr. Lucas Batista	Entrevista presencial
Dr. Nuno Albuquerque	Entrevista presencial
Enf ^a . Ângela Moreno	Entrevista presencial
Dr. José Girão	Entrevista presencial
Dr. Luís Miranda	Entrevista presencial
Dr. José Marques	Entrevista presencial

LISTA DE ENTREVISTADOS FORNECEDORES

Hartmann	Entrevista presencial
Medicinália	Entrevista presencial
Mundixter	Entrevista presencial
Baxter	Entrevista presencial
Smith & Nephew, Lda.	Entrevista presencial
Johnson & Johnson	Entrevista presencial
Aesculap Consulting	Entrevista presencial
B. Braun Medical	Entrevista presencial
Factor Plus	Entrevista presencial

ANEXO III

Guião de entrevista

PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Introdução

Esta entrevista tem como objetivo recolher opiniões de pessoas ligadas ao setor da saúde sobre compras públicas neste setor e será referenciada como parte de um trabalho académico-dissertação de mestrado- do Curso de Sociologia e Políticas Públicas do ISCTE-IUL. O tema da dissertação está ligado à Sistematização, centralização e standardização das Compras Públicas.

Agradecemos a sua colaboração e o tempo dispensado. Não despendará mais de 15 minutos a responder!

Muito obrigado

- Na sua opinião, a forma de proceder às compras públicas hospitalares tem muitas especificidades? Quais são as mais importantes?
- Na sua opinião, as compras hospitalares obrigam a que haja uma formação específica, para o exercício da função? Em caso positivo, qual deveria ser o conteúdo formativo?
- Se estivesse envolvido ou se está envolvido num processo de aquisição, quais os critérios que lhe parecem mais adequados para qualificar um fornecedor?
- Na sua opinião, qual a forma mais adequada para receber a informação sobre novos produtos, novos serviços, novos materiais? Prefere receber a informação por via digital ou pessoalmente?
- Em termos de compras hospitalares qual é, em sua opinião, a forma mais eficaz de gerir as reclamações?
- Qual é a sua opinião em relação as comissões de escolha. Como deveriam ser constituídas?
- Para finalizar, gostaria de saber quais são na sua opinião as principais dificuldades por que passa um gestor de compras hospitalares?
- Como é que os médicos convivem com essa mudança de paradigma, como é que convivem com o facto de terem de trabalhar com produtos muitas vezes diferentes daqueles que escolheram?

PARA ENTIDADES FORNECEDORAS

Introdução

Esta entrevista tem como objetivo recolher opiniões de pessoas ligadas ao setor da saúde sobre compras públicas neste setor e será referenciada como parte de um trabalho académico-dissertação de mestrado- do Curso de Sociologia e Políticas Públicas do ISCTE-IUL. O tema da dissertação está ligado à Sistematização, centralização e standardização das Compras Públicas.

Agradecemos a sua colaboração e o tempo dispensado. Não despendará mais de 15 minutos a responder!

Muito obrigado

- Em sua opinião, para vender produtos e serviços para os hospitais públicos é necessário ter uma formação específica? Tem conhecimento dessa formação em Portugal?
- A sua empresa iniciou algum processo de formação específica para o uso das plataformas eletrónicas nos processos de fornecimento?
- A sua empresa adaptou-se facilmente ao uso das plataformas eletrónicas?
- Em sua opinião, qual é a forma mais eficaz de divulgar a existência de novos produtos junto dos hospitais públicos?
- Acha que o interface entre vendedor e comprador de Hospital Público deveria passar por um contacto mais personalizado?
- Quais as principais dificuldades que sente quando está em procedimento de venda para um hospital público?
- Em sua opinião, o sistema de catálogo eletrónico para compras públicas hospitalares parece-lhe eficaz?
- Qual é a sua opinião em relação as comissões de escolha? Como deveriam ser constituídas?