https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11323

Data de receção: 05/11/2021
Data de aceitação: 03/03/2022

ORGANIZAÇÕES HÍBRIDAS E GESTORES HÍBRIDOS

HYBRID ORGANIZATIONS AND HYBRID MANAGERS

Anaísa Reveles[1] *orcid.org/0000-0002-4732-7567*
Ana Abreu[2] *orcid.org/0000-0002-0552-0369*

Resumo:

O termo Hibridismo em organizações é um conceito pouco homogéneo, com múltiplas interpretações.

Segundo Sartirana (2019), este termo é utilizado para relacionar questões sociais com propósitos de mercado, ou para se referir à combinação na mesma organização de diferentes modelos de gestão, verificando-se combinações de contratos e entidades administrativas em que há coordenação de parceiros e ganhos mútuos com esta dependência.

Relativamente ao conceito de gestores híbridos, também não é consensual, contudo podemos defini-los como aqueles profissionais que, além da sua área de intervenção profissional, têm interesse e conhecimento para desempenhar funções de gestão dentro da organização. Em saúde podemos encontrar tanto médicos como enfermeiros nestas funções que incluem o planeamento, organização, supervisão, direção, coordenação, elaboração de relatórios e orçamentos, melhoria contínua e gestão de recursos humanos (Buchanan, 2013).

[1] Hospital Distrital da Figueira da Foz. E-mail: anaisareveles@gmail.com
[2] Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. E-mail: anarpintoeabreu@gmail.com

Os principais objetivos foram conhecer o conceito de organizações híbridas e enquadrá-las no contexto da saúde, perceber a transição de Hospitais Sociedade Anónima (SA) para EPE (Entidade Pública Empresarial), e conhecer o conceito de gestores híbridos na área da saúde. Pretendemos também conhecer vantagens e desvantagens destas organizações e dos seus intervenientes, assim como compreender o papel dos enfermeiros nestas organizações.

Para a elaboração deste trabalho recorremos à pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, nomeadamente na EBSCOhost - Research databases, B-on e Scielo e à pesquisa à pesquisa da legislação que enquadra a temática.

Concluindo, os gestores híbridos na área da saúde enfrentam inúmeros desafios não só relacionados com o aumento da sua carga de trabalho como também com alguma dificuldade na tomada de decisões na área de gestão.

Palavras-chave: Organizações híbridas, Gestores híbridos, Saúde, Enfermagem.

Abstract:

The term hybridism in organizations is a non-homogeneous concept, with multiple interpretations.

According to Sartirana (2019), this term is used to relate social issues with market purposes, or to refer to the combination in the same organization of different management models, verifying combinations of contracts and administrative entities in which there is coordination of partners and mutual gains from this dependence.

Regarding the concept of hybrid managers, it is not consensual either, however we can define them as those professionals who, in addition to their area of professional intervention, have the interest and knowledge to perform management functions within the organization. In healthcare we can find both doctors and nurses in these roles that include planning, organization, supervision, direction, coordination, reporting and budgeting, continuous improvement and human resource management (Buchanan, 2013).

The main objectives were to understand the concept of hybrid organizations and place them in the context of health, understand the transition from Hospitals Anonymous Society (SA) to EPE (Business Public Entity), and learn about the concept of hybrid managers in the health area. We also intend to know the advantages and disadvantages of these organizations and their stakeholders, as well as understanding the role of nurses in these organizations.

For the preparation of this work, we resorted to bibliographical research in scientific databases, namely EBSCOhost - Research databases, B-on and Scielo and to research on legislation that frames the theme.

In conclusion, hybrid managers in the healthcare area face numerous challenges not only related to the increase in their workload but also to some difficulty in decision-making in the management area.

Keywords: Hybrid organizations, Hybrid managers, Health, Nursing.

INTRODUÇÃO

Há já alguns anos que se tem assistido, nas sociedades europeias, a uma mudança de paradigma da governação pública, com o Estado a modificar o desempenho das suas funções na sociedade, tornando-se cada vez mais notória a cooperação entre os setores público e privado (Firmino, 2011).

"O Estado na sua missão de assegurar a prestação de serviços recorre a modelos de contratação pública que assentam essencialmente na colaboração entre o setor público e o setor privado, com a ideia subjacente do provimento dos serviços com benefício da coletividade, tendo como princípio elementar a partilha de riscos entre os parceiros" (Santos, 2014, p.31).

Estas parcerias partiram do conceito de *Private Finance Initiative* (PFI), criado no Reino Unido, pelo governo de Margaret Thatcher, na década de 90, com o objetivo de melhorar a eficiência e fortalecer a administração do Estado (Santos, 2014).

Nesse sentido, iremos abordar a temática das organizações híbridas, tendo como principais objetivos para o desenvolvimento deste trabalho conhecer o conceito de organizações híbridas, nomeadamente as Parceria

Público-Privadas (PPP) e enquadrá-las no contexto da saúde, perceber a transição de Hospitais Sociedade Anónima (SA) para EPE (Entidade Pública Empresarial), e conhecer o conceito de gestores híbridos, também procurando efetuar o seu enquadramento na área da saúde. Pretendemos também conhecer as vantagens e desvantagens deste tipo de organizações e dos seus intervenientes, assim como compreender o papel dos enfermeiros nestas organizações.

Para a elaboração deste trabalho recorremos à pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas, nomeadamente na EBSCOhost - Research databases, B-on e Scielo e à pesquisa da legislação que enquadra a temática.

O presente trabalho encontra-se estruturado em duas partes essenciais: a primeira refere-se às Organizações Híbridas e a segundo aos Gestores Híbridos em Saúde. Por fim, elaboramos uma conclusão onde abordamos o contributo deste trabalho para a nossa formação enquanto futuras enfermeiras em funções de Gestão, seguindo-se a bibliografia.

1. ORGANIZAÇÕES HÍBRIDAS

O termo Hibridismo em organizações é um conceito pouco homogéneo, com múltiplas interpretações, pelo que ainda não reúne consenso.

Segundo a literatura encontrada, o termo é utilizado para relacionar questões sociais com propósitos de mercado, ou para se referir à combinação na mesma organização de diferentes modelos de gestão, verificando-se combinações de contratos e entidades administrativas em que há coordenação de parceiros e ganhos mútuos com esta dependência (Sartirana, 2019).

Menegassi e Barros (2019, p.225) referem que independentemente do conceito, numa organização híbrida "coexistem duas ou mais forças motrizes, propósitos, missões ou estilos de gestão" que irão resultar em diferentes combinações de resultados.

Complementando, Thomaz Wood Jr. (2010) afirma que as organizações híbridas surgem de processos de mudança que, embora conservem o mesmo locus organizacional, podem conservar ou não as mesmas estratégias organizacionais, com culturas distintas, que advêm das matrizes que as constituíram e que podem até ser antagónicas.

As organizações híbridas distinguem-se de outros tipos de organização pela diferença na missão, nos benefícios e nos impactos

pretendidos. Desenvolvem formas de atuação que transformam a vida das pessoas expostas à atividade organizativa, mas também garantem a sustentabilidade da organização do mercado. A versatilidade associada a estas organizações reflete-se nos modelos de negócio que demonstram ser sustentáveis tanto em termos de negócio como de mercado (Norato & Duarte, 2020).

Contextualizando o surgimento das organizações híbridas, em Portugal, tal como na Europa, também tem sido possível verificar a influência da Nova Gestão Pública (NGP).

Este modelo foi criado no Reino Unido, no início da década de 1980, por Margaret Thatcher e pretendia aproximar o modelo de gestão pública ao modelo de gestão privada (Dunleavy como referido por Santos, 2014).

Os principais ideais deste modelo passam por referir que o sector público cresceu demasiado, tornando-se muito dispendioso e ineficiente, inibindo a capacidade para a iniciativa privada (Firmino, 2011).

A mesma autora refere ainda que as principais características da NGP são: ênfase nos resultados (em detrimento dos processos) e na mensuração (avaliação dos resultados em função dos objetivos formulados; promoção da qualidade através do foco no cidadão; promoção dos mecanismos de concorrência (público-público e público-privado); descentralização como forma de proporcionar maior autonomia e independência aos organismos públicos; adoção de práticas de gestão mais flexíveis, oriundas do sector privado (gestão por objetivos, gestão da qualidade total e aposta nas tecnologias de informação e comunicação); privatização em sentido lato (privatização material, liberalização de algumas áreas da economia); racionalidade nos gastos (preocupação com a eficiência e eficácia); existência de uma gestão profissional, com elevada autonomia e discricionariedade.

Em Portugal, a constituição das Organizações Híbridas, apresentou o objetivo primordial de beneficiar o Estado, gerando poupança nos recursos públicos, devido à repartição de encargos e riscos entre os setores privado e público. Deste modo, a Gestão Pública passa a apresentar novos contornos, com características inspiradas nas técnicas de gestão do setor privado, destacando-se as formas híbridas como as PPP (Santos, 2014).

1.1. O exemplo das parcerias público-privadas

As PPP começaram a surgir na segunda metade da década de 90 e Portugal implementou fortemente este instrumento na governação

pública, sendo considerado o caso mais emblemático de adoção das PPP pelos governos (OCDE referida por Firmino, 2011).

A insustentabilidade da despesa pública e a exigência de melhores serviços pelos cidadãos (eficácia e eficiência do setor público) conduziram à adoção de medidas no sentido da redução dos gastos e da sustentabilidade do próprio sistema de saúde. Os ideais da NGP, pelas suas características de contratualização e do efeito de junção de recursos, conduziram ao desenvolvimento destas novas identidades organizacionais híbridas: as PPP (Santos, 2014).

Nos últimos anos, as PPP tornaram-se um mecanismo de uso corrente em muitos países europeus (OCDE referida por Firmino, 2011), podendo assumir diferentes tipologias e promovendo diversas finalidades, em vários sectores de atividade.

Na revisão da literatura encontram-se várias definições de PPP. De acordo com um estudo elaborado pela União Europeia, por Renda e Schrefler em 2005, uma PPP, é um acordo contratual entre os sectores público e privado, em que o operador privado se compromete a providenciar serviços públicos que tradicionalmente são fornecidos ou financiados por instituições públicas (Santos, 2014).

Melo-Silva et al (2021) abordam o conceito de PPP como uma forma de cooperação duradoura, entre pelo menos um ator público e um ou mais privados, para a obtenção de determinados bens ou serviços, numa partilha de recursos, benefícios e riscos entre os parceiros.

Por seu lado, Azevedo (2009) e Cabral (2009) definem as PPP como um contrato duradouro, com financiamento e transferência do risco pelos investimentos e pela exploração para o parceiro privado, com o objetivo de desenvolver uma atividade que pretende satisfazer uma necessidade coletiva.

Siza Vieira (2004) acrescenta à definição aspetos relacionados com a forma de remuneração do parceiro privado, que pode ocorrer diretamente pelos utentes ou pela entidade pública contraente.

Em termos legais, o Regime Jurídico das Parcerias Público Privadas (RJPPP) define, no n.º 1 do artigo 2º uma PPP como um contrato através do qual "uma entidade privada, designada por parceiro privado, se obriga de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar, mediante contrapartida, o desenvolvimento de uma atividade tendente à satisfação de uma necessidade coletiva, em que a responsabilidade pelo investimento, financiamento, exploração, e riscos associados, incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado".

Também é possível caracterizar as PPP, quanto à sua tipologia, podendo ser do tipo puramente contratual ou institucionalizado. A distinção encontra-se no facto de as primeiras se basearem na celebração de um contrato e as segundas darem origem à criação de uma entidade distinta, com capitais dos parceiros públicos e privados (Comissão das Comunidades Europeias, 2004).

Conforme referido por Firmino (2011), um dos modelos mais utilizados para as parcerias de tipo contratual é a concessão, em que o parceiro privado presta diretamente um bem ou serviço ao cidadão, em nome do Estado, cobrando aos utilizadores um pagamento (taxa), que poderá ser complementado pela atribuição de subvenções pelo parceiro público. Em Portugal, um exemplo, desta modalidade, são as SCUT.

Quanto às parcerias de tipo institucional, a mesma autora refere que envolvem a criação de uma entidade formada com capitais públicos e privados, à qual caberá a prestação do bem ou serviço ou a construção da infra-estrutura. A modificação da estrutura acionista de uma empresa pública, com o seu controlo pelo sector privado, constitui um exemplo deste tipo de parceria institucionalizada.

Em Portugal, as PPP são essencialmente de dois tipos: para a gestão de estabelecimentos públicos por entidades privadas ou sociais, com contratualização de resultados; ou para a construção, financiamento e operação de novos hospitais por entidades privadas ou sociais (Firmino, 2011).

Neste sentido, tornou-se evidente a necessidade de contenção da despesa pública e de controlo do défice orçamental. As PPP permitem ao Estado ter acesso a mais recursos financeiros, podendo realizar projetos de maior envergadura ou novos projetos com a libertação dos recursos que teriam que ser despendidos, caso a parceria não se celebrasse. A realização das parcerias deve ser, por isso, acompanhada de estudos económico-financeiros, comparando-as com outras modalidades (Matos e Nunes, 2019).

Firmino (2011) reforça que a escolha pela alternativa mais eficiente deve fazer-se no sentido de garantir o interesse público. No que concerne às PPP, debate-se a possibilidade do seu uso em áreas como a saúde (prestação de cuidados de saúde e gestão hospitalar), a educação e as prisões, colocando-se várias hipóteses quanto ao nível de envolvimento dos privados. Desta forma, a sua participação pode variar desde a responsabilidade pela construção da infra-estrutura até à resposta pela

totalidade dos serviços prestados à comunidade, desde a construção à gestão da infra-estrutura.

No entanto, surgem algumas situações que poderão questionar a solidez deste tipo de organização. Por definição, as PPP implicam o contacto entre culturas distintas dentro da mesma organização, contrastando os objetivos comerciais e de realização de lucro dos atores privados, com os valores de promoção do bem-estar social dos serviços públicos. Alguns autores dividem em dois tipos as dificuldades que podem surgir na consecução das PPP: as de tipo processual e as de natureza estrutural. No primeiro conjunto, destacam-se os aspetos relacionados com os objetivos, a cultura e a gestão da confiança e do equilíbrio de poderes entre os parceiros. No segundo, destacam-se a ambiguidade, a complexidade e a dinâmica das parcerias (Huxham e Vangen referidos por Firmino, 2011).

No sentido de minimizar estas dificuldades, é essencial, no estabelecimento de uma PPP, uma definição clara e precisa das metas e objetivos a cumprir, de modo a que não existam múltiplas interpretações. É essencial perceber que os atores envolvidos na parceria possuem motivações, crenças e valores próprios, pelo que os incentivos à ação divergem, podendo estes aproveitar-se da existência da PPP para prosseguir estratégias e objetivos particulares, o que poderá ser crítico numa situação de assimetria de poder entre os parceiros (McQuaid referido por Firmino, 2011; Melo-Silva et al., 2021).

O funcionamento da parceria pode ficar condicionado pela indefinição das responsabilidades e pela discórdia em relação aos contributos e ao tipo de envolvimento de cada um, sendo essencial a identificação clara das linhas de comunicação e de decisão, assim como dos recursos a empregar por cada parceiro. Em causa está também a transferência de riscos para o sector privado, o que implica oferecer um retorno adequado pelo investimento (Grimsey e Lewis referidos por Firmino, 2011; Melo-Silva et al., 2021).

Além dos entraves resultantes de dificuldades de organização e de problemas técnicos, acrescem as limitações decorrentes do enquadramento legal e político (Cabral, 2009). Em alguns países ainda persiste um vazio legal em torno da matéria, quando se requer uma regulação adequada. O enquadramento legal das PPP tende a situar-se numa zona turva entre as fronteiras do Direito Público e Privado, podendo aplicar-se diversos dos seus ramos (Firmino, 2011).

Na Europa, o recurso e o sucesso das PPP tem sido divergente. Como afirmam Renda e Schrefler (2006), o Reino Unido, França, Alemanha e Irlanda são "utilizadores avançados" das PPP; Espanha, Portugal e a Holanda são "utilizadores intermédios"; Suécia e Luxemburgo, entre outros, são considerados *latecomers*, estando a dar os primeiros passos na adoção das PPP.

Em Portugal, o surgimento das PPP ocorreu num tempo em que ainda não existia legislação específica para as enquadrar, pelo que assentavam numa forte base negocial, alicerçando-se na legislação sobre contratos públicos e na elaboração de diplomas específicos para cada projeto (Cabral, 2009).

No sentido de alcançar os objetivos propostos foi definida na legislação (RJPPP, art.º 5º) a forma de repartição de responsabilidades entre o parceiro público, a quem compete realizar o acompanhamento, avaliação e controlo da execução do objeto da parceria, de forma a garantir que são alcançados os objetivos de interesse público; e o parceiro privado, a quem compete o exercício e a gestão da atividade contratada, de acordo com os termos contratados, bem como o financiamento, no todo ou em parte.

Pretende-se uma efetiva transferência de riscos do sector público para o privado, sendo a partilha dos mesmos definida claramente no contrato de parceria, tendo em conta a capacidade de cada ator para lidar com os mesmos (RJPPP, art.º 7º).

Em Portugal a aposta mais forte em PPP ocorreu nos sectores das águas e resíduos e energético, tendo o setor da saúde surgido como uma aposta mais recente dos governos (Firmino, 2011).

1.1.1. As Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde

A primeira experiência de gestão privada de um hospital público, em Portugal, data de meados dos anos 90, e refere-se ao Hospital Fernando Fonseca (Amadora-Sintra) e surge como a solução para os desafios colocados aos governos no que concerne ao crescimento e envelhecimento populacional, a maior exigência por parte dos utentes, o aumento das doenças crónicas e o desenvolvimento tecnológico e exigências associadas às restrições orçamentais, que se tornaram obstáculos para a sustentabilidade do sistema de saúde.

Como já foi referido, uma das principais vantagens para o Estado na adoção das PPP consistia na economia de recursos e na eficiência. Em 2002, a lei de 27 de 2002 veio promover a reforma dos hospitais, e

permitiu que 8 hospitais fossem construídos ou reconvertidos em PPP (Vaitsman, Ribeiro & Motta, 2019; Kostyak et al. referido por Sarmento & Silva, 2020).

As PPP têm como características mais significativas a cooperação, o relacionamento de longa duração, o desenvolvimento de produtos ou serviços mútuos, a partilha do risco, custos e benefícios, e a adição de valor para ambos os parceiros (Kostyak et al. citado por Sarmento & Silva,2020), além dos benefícios relativos ao aumento de eficiência comparativamente com os modelos tradicionais, obtendo vantagem da experiência da gestão privada, da competitividade da alocação dos contratos e da transferência da maioria do risco de investimento para o sector privado (Comendeiro-maaløe et al. citado por Sarmento & Silva, 2020; Marques, 2008).

O sistema de saúde português encontra-se estruturado num Serviço Nacional de Saúde (SNS) financiado por impostos, que combina financiamento público e prestação de cuidados. Historicamente, a estrutura de governação dos hospitais tem sido excessivamente centralizada nos médicos, independentemente de terem ou não competências formais de gestão (Correia & Denis, 2016).

A crescente preocupação com a qualidade do atendimento e a transparência na tomada de decisão levou a várias mudanças de política nas premissas gerais da NGP, pretendendo garantir aos hospitais maior autonomia relativamente aos níveis nacional e regional, e uma divisão entre funções clínicas e de gestão (Correia & Denis, 2016).

Conforme referido pela Inspeção-Geral de Finanças (IGF) (sd), na experiência com o Hospital Fernando Fonseca, a retribuição teve por base o preço global anual resultante da proposta apresentada a concurso, sendo possível atualizar o preço de acordo com o caderno de encargos e os normativos aplicáveis. Foi contratualizado um número de doentes/atos por ano, nas áreas de urgência, consulta externa/ambulatório e internamento, tendo o contrato inicial sido objeto de profunda negociação, devido a divergências entre a sociedade gestora e o Ministério da Saúde, tendo-se melhorado o modelo de pagamento e acompanhamento da atividade do Hospital.

Quanto à capacidade produtiva, é importante referir a possibilidade do parceiro público a negociar anualmente, dentro de determinados parâmetros previamente estabelecidos e sempre que ocorram situações não previstas contratualmente em que tal se justifique por razões de superior interesse público (Rebelo, 2014).

Ainda de acordo com a IGF, para a concretização das PPP na saúde em Portugal, foi definido um modelo de partição de responsabilidades baseado nos seguintes pressupostos: planeamento e financiamento público; investimento e gestão privada; controlo e titularidade pública; globalmente financiado pelo SNS. É ainda exigido que estas parcerias sejam competitivas e demonstrem a sua economia, eficiência e eficácia, pretendendo-se importar para a saúde as várias vantagens da gestão privada (capacidade de gestão, financiamento competitivo e assunção de riscos) sem condicionar a qualidade e universalidade dos serviços prestados.

Em termos legais existe um enquadramento apropriado, através do regime jurídico das parcerias para o sector da saúde (Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de Agosto), tendo sido também nomeada a Estrutura de Missão Parcerias-Saúde, para a montagem, lançamento e acompanhamento dos projetos de PPP.

Apesar de todas as possíveis vantagens com este modelo de gestão não existe consenso dentro da comunidade científica de que a gestão PPP é realmente mais eficiente (Sarmento & Silva, 2020). No entanto, este autor refere no seu estudo sobre " A eficiência dos hospitais em regime de PPP em Portugal" que os hospitais em regime PPP foram, em média, mais eficientes que os EPE no período estudado. Corroborando esta ideia, o estudo apresentado por Matos e Nunes (2019) demonstra que na área cirúrgica e de internamento os hospitais PPP têm resultados mais positivos, enquanto os hospitais EPE apresentam resultados mais positivos na área da consulta.

1.2. De Hospitais SA a Hospitais EPE

Em 2002 foi publicada a Lei 27/2002, de 8 de Novembro, que estabelece as possíveis figuras jurídicas para os hospitais integrados na rede de prestação de cuidados de saúde (Dias & Neves, 2006; Vaitsman et al., 2019):

- Estabelecimentos públicos, com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial (Hospitais do Sector Público Administrativo – SPA);
- Estabelecimentos públicos, com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, em que as aquisições de bens e serviços passam a ser reguladas pelo Direito Privado e a nível laboral torna-se possível recrutar

pessoal com contrato individual de trabalho (Entidades Públicas Empresariais – EPE);

- Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos (Hospitais SA);
- Estabelecimentos privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos (Hospitais Privados).

Dias e Neves (2006, p.8) afirmam que "a empresarialização pode constituir o motor da mudança no sector da Saúde em Portugal, permitindo atingir a sustentabilidade económico-financeira do SNS". A reforma foi progressiva e pretendia transformar os hospitais públicos, geridos pelo Ministério da Saúde em hospitais cada vez mais independentes, numa lógica empresarial (Vaitsman et al., 2019).

Como vantagens dos hospitais SA salienta-se o facto de se tratar de um modelo empresarial de Direito Privado que permitia maior racionalidade na gestão, autonomia na administração e a sua maior responsabilização. Para além disso, a diminuição das burocracias e a facilidade na aquisição de bens e serviços, bem como a contratação de pessoal com base no Direito Laboral foram outros fatores vantajosos dos Hospitais SA.

Como aspectos negativos, destaca-se o facto de se tratar de um modelo construído provavelmente para servir uma estratégia de desorçamentação e de diminuição formal do défice das finanças públicas. Outro ponto negativo refere-se aos custos administrativos associados à passagem a SA, nomeadamente custos com descontos para a Caixa Geral de Aposentações e com seguros para infra-estruturas, instalações e pessoal com contrato individual de trabalho (custos que não existiam quando o hospital pertencia ao SPA). O possível afastamento da responsabilidade política e diminuição da responsabilidade do Ministro da Saúde é outro aspecto negativo dos Hospitais SA. Constituiu um modelo de financiamento que poderia levar à limitação da oferta, onde dominava a eficiência económica sobre a efetividade (resultados financeiros a sobreporem-se aos resultados em saúde). A possível perda do sentido de rede e de sistema de saúde, assim como o agravamento da inequidade em saúde constituíram outros pontos fracos dos Hospitais SA (Dias & Neves, 2006).

Na sequência da lei publicada em 2002, 36 hospitais públicos foram convertidos em SA e em 2005, com a publicação do Decreto-Lei n.º233/2005, de 29 Dezembro, verificou-se uma nova orientação política

decorrente da mudança de governo, que transformou os hospitais SA em Hospitais EPE (Vaitsman et al., 2019).

Assim, os Hospitais EPE passaram a reger-se pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS, pelas normas especiais cuja aplicação decorreu do seu objecto social e regulamentos, e o pessoal em exercício de funções nas SA transformadas em EPE mantiveram o respectivo estatuto jurídico. Deste modo, verificou-se a correcção do risco de privatização (capital estatutário público e impossibilidade de extinção por falência) e os Hospitais EPE passam a contribuir para a existência de mais serviço público em detrimento do lucro e para maximizar a equidade no acesso, não permitindo a discriminação negativa de doentes (Dias & Neves, 2006).

A negociação entre o Hospital e o Ministério da Saúde (representado pela respectiva ARS) é efetuada através do contrato-programa, que formaliza o acordo e tem por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos com uma vigência de três anos (Despacho nº 721/2006, de 11 de janeiro).

Conforme estabelecido no Decreto-Lei 233/2005, o Conselho de Administração é composto pelo presidente e um máximo de seis vogais, consoante a dimensão e a complexidade do Hospital EPE, que são nomeados pelos Ministros da Finanças e da Saúde, com um mandato de três anos renovável por igual período. A direção técnica, integra o Conselho de Administração, e é constituída pelo diretor clínico e pelo enfermeiro-diretor, que são obrigatoriamente um médico e um enfermeiro.

2. GESTORES HÍBRIDOS NA SAÚDE

O conceito de híbridos surgiu no final de 1980, no SNS britânico (Buchanan, 2013).

A exigência social de cuidados de qualidade, com a utilização da tecnologia mais recente, o aumento das doenças crónicas e comorbidades, a multidisciplinaridade e os cuidados centrados no doente, a contenção de custos e a necessidade de eficiência vai de encontro à especialização das organizações de saúde, onde o fornecimento de cuidados de saúde é organizado de acordo com uma disciplina rígida e com limites. A disseminação da medicina baseada na evidência e a

responsabilidade pelos resultados exigem dos gestores uma medição e relatórios transparentes dos resultados, em contraste com a gestão de desempenho tradicional e dos sistemas de gestão de pessoas baseados em relacionamentos informais dentro do grupo profissional, o que conduziu os profissionais de saúde para cargos de gestão (Sartirana, 2019).

Buchanan (2013) refere que um menor número de "gestores puros" podem significar custos mais baixos, no entanto aumenta a carga sobre os híbridos, reduzindo o tempo para os doentes, para o desenvolvimento profissional e implementação de melhorias no serviço, o que conduz também à nomeação de mais pessoal clínico para compensar, anulando a vantagem de custo de ter menos gestores.

Assim sendo, importa clarificar o conceito de gestores híbridos. Segundo a literatura, não há consenso para esta definição, mas numa tentativa de o realizar, podemos referir que gestor híbrido é aquele profissional que, além da sua área de intervenção profissional, tem interesse e conhecimento para desempenhar funções de gestão dentro da organização. Em saúde podemos encontrar tanto médicos como enfermeiros neste tipo de funções que incluem o planeamento, organização, supervisão, direção, coordenação, elaboração de relatórios e orçamentos, melhoria contínua e gestão de recursos humanos (Buchanan, 2013).

Complementando, o termo "híbrido" é usado para se referir aos profissionais que assumem funções de liderança na equipa e/ou de gestão geral. Como todos os gestores, os gestores na área da saúde têm lutado para desenvolver uma base de conhecimento e uma identidade profissional distintas. A gestão em saúde permanece altamente diferenciada, o que impede a identidade da gestão coletiva. Além disso, os gestores em saúde também enfrentam desafios associados à mudança de políticas e discursos em torno das expectativas do seu papel, bem como o domínio da profissão (Bresnen, Hodgson, Bailey, Hassard & Hyde, 2018).

Atualmente espera-se que os híbridos tenham competências em gestão, e espera-se que a cadeia de comando resulte em mudanças reais nos modelos de trabalho e na responsabilidade dos profissionais. Por outro lado, verifica-se que, por vezes, os "híbridos" confundem valores profissionais e de gestão (Correia & Denis, 2016).

2.1. Gestores "Puros" VS Gestores Híbridos

No Reino Unido, o número de gestores híbridos facilmente supera os gestores não clínicos ("puros"). Este aspecto poderá ser decorrente de uma série de vantagens que os híbridos possuem, nomeadamente: serem mais eficazes a conciliar as necessidades profissionais com os requisitos de gestão; apresentarem maior capacidade para construir relacionamentos e intermediar conhecimento; e gozarem de maior legitimidade, credibilidade e, consequentemente, maior influência na gestão de colegas de profissão (Bresnen et al., 2018).

Os mesmos autores reforçam que estas vantagens garantem que o hibridismo na gestão seja generalizado na área da saúde. No entanto, essa difusão também chama a atenção para os desafios implícitos na supressão de identidades clínicas e gestoras. Os gestores híbridos enfrentam o desafio de recorrer a uma variedade de discursos, narrativas e estratégias retóricas para criar um senso de identidade e estabilizar o seu papel. Eles apresentam um intenso trabalho de construção de identidade, uma vez que a identidade de gestor é um fenómeno difuso, instável e ambíguo, que se baseia em múltiplos discursos que podem mudar ao longo do tempo.

Segundo o descrito na literatura, estes profissionais melhoram a clínica e os resultados da gestão, uma vez que se tornam participativos e interessados na melhoria da qualidade, da inovação e do desempenho da organização. Por este motivo, acabam por alterar dinâmicas e modelos de trabalho dentro da própria organização (Correia & Denis, 2016). Há ainda autores que consideram vários benefícios neste tipo de gestão, uma vez que os "gestores puros" desempenham exclusivamente funções de gestão, enquanto os "gestores híbridos" desempenham funções de gestão, para além do seu papel clínico.

Além disso, este tipo de gestores foram considerados importantes para reduzir a divisão entre a gestão e a clínica e intermediar o conhecimento entre equipas multidisciplinares. Deste modo, pretendem conectar as comunidades de prática clínica e administrativa. Os gestores híbridos também desempenham um papel importante na tradução de iniciativas de gestão para a prática clínica (Bresnen et al., 2018).

No entanto, os gestores híbridos enfrentam muitos desafios pessoais e profissionais. Além da comparativa falta de experiência em gestão e das dificuldades práticas para combinar as cargas de trabalho clínica e de gestão, assumir responsabilidades de gestão implica uma atenuação do status e da identidade profissionais. Podem achar difícil conciliar as normas/valores profissionais com as expectativas da gestão e metas da

organização. A escolha para eles pode ser entre manter uma identidade clínica (evitando responsabilidades de gestão) ou integrar a gestão no desenvolvimento da sua carreira (Bresnen et al., 2018; Duffield, Gardner, Doubrovsky & Wise, 2019).

As diferenças no status profissional e poder entre médicos e enfermeiros gestores, embora muitas vezes encobertas nas investigações, têm efeitos importantes na sua representação de papéis híbridos. Os médicos, especialmente aqueles que ocupam posições organizacionais poderosas, são adeptos de reconciliar e canalizar bases concorrentes de identidade e influência para responder de forma flexível e criativa a diferentes contextos como gestores híbridos, conciliando as necessidades clínicas e de gestão, mas também na forma como podem criar novas identidades enquanto gestores médicos (Bresnen et al., 2018).

Os gestores híbridos de enfermagem também dependem da sua formação clínica para ajudar a superar a divisão entre a clínica e a gestão, envolvendo-se num trabalho estrategicamente importante. No entanto, o *status* inferior significa que tendem a confiar em bases de influência mais informais, podendo recorrer ao discurso de gestão para ajudar a reforçar o seu papel e influência. Ao mesmo tempo, os gestores híbridos de enfermagem podem parecer menos dispostos do que outros gestores a abraçar os aspectos comerciais ou empresariais do seu papel. Eles também podem lutar para conter conflitos internos associados à conciliação de interesses clínicos e administrativos (Bresnen et al., 2018).

Os mesmos autores, referindo-se a outra investigação sobre híbridos, identificam uma maior variação na sua tipologia e tentam perceber a heterogeneidade do hibridismo na prática. McGivern et al. (2015), em particular, destacam diferenças de atitude entre “híbridos incidentais", cujo interesse principal é o trabalho clínico, e “híbridos voluntários”, que estão mais propensos a abraçar o seu papel e identidade de gestor. Embora essa diferenciação forneça uma maior apreciação da diversidade de gestores híbridos, ainda é limitada porque apenas subdivide o seu papel em duas categorias.

O papel de gestor híbrido não acarreta apenas vantagens, dos aspectos anteriormente referidos é possível já antever algumas desvantagens deste cargo.

Para os gestores híbridos, pelo facto de diariamente terem a necessidade de conciliar o seu trabalho clínico com o trabalho de gestão, verifica-se uma tensão permanente e um intenso trabalho de identidade para criar uma auto imagem coerente. Este aspecto requer um trabalho de

identidade constante e intenso, e muitos podem lutar para conciliar exigências concorrentes, tanto na sua conduta diária quanto na procura de um senso coerente de identidade. Os gestores podem responder de várias maneiras: privilegiando um aspecto da identidade em detrimento de outro ou tentando conciliar diferentes suposições e significados (Bresnen et al., 2018).

Na Nova Zelândia, na década de 1990, os gestores "puros" substituíram gestores híbridos de enfermagem em enfermarias e departamentos hospitalares para gerir finanças, pessoal e logística. Verificou-se uma associação entre essas reformas e os resultados adversos para o doente, incluindo aumento nas taxas de infeção do trato urinário, pneumonia adquirida no hospital, trombose venosa profunda e sepsis. A provável explicação prende-se com o facto de os gestores com experiência clínica serem mais propensos a ver e compreender as consequências de políticas organizacionais concorrentes e o impacto prejudicial de algumas decisões de gestão nos recursos para prestação de cuidados ao doente. No entanto, do ponto de vista da liderança, encontraram melhoria no desempenho do trabalho e aumento do nível de compromisso dos profissionais, melhorando a qualidade do atendimento (Duffield et al., 2019).

Buchanan (2013) também refere que os cortes nos "gestores puros" afetam adversamente as cargas de trabalho dos híbridos que têm que preencher as lacunas resultantes, colocando em risco a implementação de reformas estruturais, regulatórias e financeiras e, potencialmente, comprometendo a segurança do doente ao aumentar as pressões de gestão. Reduzir os números dos "gestores puros" tem impacto na capacidade de gestão assim como na redistribuição da carga de trabalho (Buchanan, 2013).

2.2. Os enfermeiros em cargos de gestão híbrida

Na literatura consultada é possível encontrar estudos que abordam o profissional médico em funções de gestão, no entanto, o papel do enfermeiro em funções de gestão ou de direção, não se encontra muito descrito. No entanto, encontramos referência ao papel crucial desempenhado pelos enfermeiros na organização e prestação de cuidados no estudo de Duffield et al. (2019), onde é referido que estes profissionais criam ambientes onde os enfermeiros podem promover um atendimento de qualidade ao doente, garantindo que os princípios organizacionais também são atendidos.

No entanto, os mesmos autores referem que o desempenho destas funções é acompanhado por tensões e situações de stress. A maioria dos enfermeiros híbridos inicia a sua trajetória profissional na área da enfermagem, antes de passarem para a gestão. Essa progressão foi frequentemente associada ao ganho de experiência numa variedade de domínios clínicos e/ou de serviço. Para além disso, o envolvimento dos enfermeiros na investigação e ensino foram caminhos adicionais para a gestão. As motivações para a mudança para cargos de gestão foram diversas, assim como as oportunidades disponíveis para esses enfermeiros no desenvolvimento da sua carreira profissional.

Segundo a literatura consultada estão descritos três tipos de gestores híbridos: o gestor híbrido aspiracional, o ambivalente e o agnóstico que compartilham narrativas de carreira semelhantes (Bresnen et al., 2018).

O Gestor híbrido aspiracional é aquele que enfatiza a importância da formação clínica e da identidade, sendo que a mudança para a gestão sempre foi uma ambição orientadora. Os enfermeiros entrevistados referem ter começado com interesse em desempenhar funções de gestão ou decidiram que era um objetivo de carreira que os ajudaria a ter um impacto maior no cuidado dos doentes. O foco na melhoria do cuidado ao doente foi, para o gestor de enfermagem, o fator motivador para a mudança da sua experiência clínica para o cargo de gestão (Bresnen et al., 2018).

Outro tipo de gestor, definido por Bresnen e colaboradores (2018) são os Gestores híbridos ambivalentes: Estes caracterizam-se pelo facto da sua progressão para cargos de gestão não ter sido intencional mas acidental. Consideraram ter estado no "lugar certo na hora certa" e, portanto, conseguiram desenvolver as suas carreiras através de uma série de etapas incrementais ou oportunidades. Embora esta transição não tenha sido intencional, a identificação profissional com a gestão foi bastante forte. No entanto, para alguns gestores de enfermagem, inicialmente mais relutantes, a identificação foi mais complexa, envolvendo bastante ponderação e racionalização.

Em relação ao terceiro tipo de gestores, os Gestores híbridos agnósticos, são aqueles que declinavam fortemente o desempenho de cargos de gestão, pois consideravam existir discrepância entre a identidade clínica e as expectativas de gestão, ou devido a experiências negativas de gestão que criaram um desejo de retornar às competências clínicas essenciais (Bresnen et al., 2018).

Os mesmos autores reforçam que existe uma fluidez inerente à formação da identidade gestora híbrida, devendo ter-se em consideração que as orientações para a gestão evoluem ao longo do tempo e que existem mudanças nas circunstâncias, pelo que os híbridos cujas orientações iniciais para a gestão eram mais relutantes e críticas podem passar a abraçar o seu papel e influência como gestores.

Independentemente do tipo de gestor, Oliveira e Furukawa (2011) defendem que para o desempenho competente e consciente do seu papel, o enfermeiro em funções de gestão deve adquirir competências nas áreas de liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipa, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, planeamento e organização.

CONCLUSÃO

A sustentabilidade financeira do SNS depende das políticas de saúde e, como foi descrito ao longo do trabalho, a alteração do governo muitas vezes é acompanhada por uma ruptura na organização existente levando muitas vezes à não conclusão das reformas efetuadas e à opção por outra estratégia. A falta de avaliação das reformas implementadas, acompanhada pela mudança política, o envelhecimento populacional e a exigência dos consumidores tem acarretado custos que se tornam intangíveis para o Estado e para a sociedade em geral, levando à necessidade de otimização das políticas de saúde.

Atualmente, o sistema nacional de saúde é considerado um sistema híbrido, em que há predominância do setor público, tanto no financiamento como na prestação de cuidados de saúde, no entanto verifica-se uma presença crescente e significativa do setor privado (Vaitsman et al., 2019). Como intervenientes do sistema nacional de saúde, os autores referem o SNS, os subsistemas públicos de seguros de saúde, que beneficiam servidores do estado e alguns grupos profissionais, e o setor privado que inclui um subsetor social, as Misericórdias, e outro de natureza empresarial, que oferece seguros e serviços de saúde de natureza voluntária e privada.

A transformação das empresas em organizações com gestão híbrida foi, como vimos, um passo importante para a economia e para as políticas de saúde. O conceito de PPP pesquisado durante a realização deste trabalho trouxe-nos contributos para o nosso desempenho como futuras

enfermeiras gestoras para percebermos o contexto de governação em que estamos inseridas.

Por sua vez, a transição de Hospitais SA para Hospitais EPE conduziu à correcção do risco de privatização dos Hospitais SA e contribuiu para a existência de mais serviço público em detrimento do lucro. Para além disso, os Hospitais EPE permitiram maximizar a equidade no acesso aos serviços de saúde e eliminar a discriminação negativa de doentes.

A negociação entre o Hospital e o Ministério da Saúde (representado pela respectiva ARS) é efetuada através do contrato-programa, que formaliza o acordo e tem por objeto a realização de prestações de saúde aos utentes do SNS mediante o pagamento de contrapartidas financeiras em função das condições previstas e resultados obtidos.

Fazer parte da gestão e organização de uma empresa enquanto gestoras híbridas, uma vez que a nossa formação base é centrada no doente, pode contribuir não só para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados como para a maior satisfação do próprio doente, assim como para uma melhor organização e controlo de custos e redução de possíveis conflitos entre os órgãos de gestão máxima e os profissionais.

Concluindo, os gestores híbridos na área da saúde enfrentam inúmeros desafios não só relacionados com o aumento da sua carga de trabalho (adicionando trabalho de gestão à sua componente clínica), como também com alguma dificuldade na tomada de decisões na área de gestão. Contudo, parece-nos essencial a sua existência uma vez que, conhecendo os contextos de prática clínica diária conseguirão apresentar opiniões devidamente fundamentadas e que conseguirão equilibrar o interesse económico da organização com a garantia da qualidade dos cuidados prestados, assim como da segurança do doente.

FONTES E BIBLIOGRAFIA

Azevedo, M. (2009). *As Parcerias Público-Privadas: Instrumento de uma Nova Governação Pública*. Coimbra, Portugal: Almedina.

Bresnen, M., Hodgson, D., Bailey, S., Hassard, J. & Hyde, P. (2018). Hybrid managers, career narratives and identity work: a contextual analyses of UK healthcare organizations. *Human relations*, 00(0), 1-28. doi: 10.1177/0018726718807280.

Buchanan, D. (2013). Pure plays and hybrids: acute trust management profile and capacity. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(2), 90-97. doi: 10.1177/1355819613480350.

Cabral, N. (2009). *As Parcerias Público-Privadas.* Coimbra, Portugal: Almedina.

Comissão das Comunidades Europeias. (2004). *Livro Verde sobre as parcerias público-privadas e o direito comunitário em matéria de contratos públicos e concessões*. Bruxelas, Bélgica: Autor.

Correia, T & Denis, J.L. (2016). Hybrid management, organizational configuration, and medical professionalism: evidence from the establishment of a clinical directorate in Portugal. *BMC Health Services research*, 16(suppl 2), 73-83. doi: 101186/s12913-016-1398-2.

Dias, A. & Neves, M. (2006). *Hospitais SA/EPE: a procura de um modelo*. Revista Portuguesa de Gestão e Saúde, 0, 6-13. https://jornalmedico.pt/wp-content/uploads/rpgs/rpgs000/files/downloads/rpgs000.pdf

Duffield, C., Gardner, G., Doubrovsky, A. & Wise, S. (2019). Manager, clinician or both? Nurse managers´ engagement in clinical care activities. *Centre for Health Economics Research and Evaluation, Faculty of Business, University of Technology*. doi: 10.1111/jonm.12841.

Decreto-Lei 233/2005 de 29 de dezembro.

Despacho nº 721/2006, de 11 de janeiro.

Firmino, S. (2011). Os novos arranjos institucionais na governança pública: o caso das parcerias público-privadas. Estudo comparativo entre o sul e o norte da europa. *Sociologia Online*, 2, 389-422.

IGF (Inspeção-Geral de Finanças) (sd). Disponível em https://www.igf.gov.pt/inftecnica/75_anos_IGF/fausto/fausto_cap04.htm. Acesso em 05 maio 2021.

Jr., Thomaz Wood (2010). Organizações Hibridas. *ERA*, 50(2), 241-247.

Korlén, S., Amer-Wahlin, I., Lindgren, P. & Schwarz, U. (2019). Exploring staff experience of economic efficiency requirements in health care: a mixed method study. *Int. J Health Plann Mgmt*, 34, 1439-1455. doi: 10.1002/hpm.2813.

Lei 27/2002, de 8 de Novembro.

Marques, R. & Silva, D. (2008). As Parcerias Público-Privadas em Portugal. Lições e Recomendações. *Revista de Estudos Politécnicos*, 10, 33-50.

Martens, J., Motz, J. & Stump, L. (2018). A certified Registered nurse anesthetist's transition to manager. *AANA Journal online*, 86(6), 447-454.

Matos, A & Nunes, A. (2019). Gestão Hospitalar em Portugal: resultados comparados entre hospitais com gestão pública e em parcerias público-privadas. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 8(1), 1-12.

McGivern, G., Currie, G., Ferlie, E., Fitzgerald, L. & Waring, J. (2015). Hybrid manager professionals' identity work, the maintenance and hybridization of professionalism in managerial contexts. *Public Adm*., 93, 412–32.

Melo-Silva, G., Lourenço, R. & Angotti, M. (2021). Parcerias Público-Privadas: modernização administrativa e relacionamento económicos imersos em conflitos de interesse e corrupção. *Revista de Administração Pública*, 55(3), 538-558. http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220190479.

Menegassi, C. & Barros, S. (2019). Conhecimento académico no campo das organizações híbridas e das empresas de economia de comunhão. *Revista Cadernos de Campo*, 26, 217-238.

Norato, H. & Duarte, A. R. (2020). Associações entre características de organizações híbridas e elementos contextuais de resiliência organizacional. *RECADM*, 19(3), 417-443.

Oliveira, P. & Furukawa, I. C. (2011). Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*., 19(1), 106-114.

Rebelo, C. (2014) As parcerias público-privadas na saúde em Portugal: uma análise crítica (Dissertação de mestrado) Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Portugal.

Regime Jurídico das Parcerias Público Privadas (RJPPP) - Decreto-Lei nº170/2019 de 4 de dezembro, Procede à décima primeira alteração ao Código dos Contratos Públicos, aprovado em anexo ao Decreto-Lei n.º 18/2008, de 29 de janeiro, e à segunda alteração ao Decreto-Lei n.º 111/2012, de 23 de maio.

Renda, A. & Schrefler, L. (2006). *Public-Private Partnerships: National experiences in the European Union*. Bruxelas, Bélgica: Parlamento Europeu.

Santos, M. (2014). *A gestão das pessoas nas organizações híbridas: O impacto do clima organizacional no comprometimento dos*

trabalhadores (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Portugal.

Santos, L. (2016). Organizações híbridas: construindo pontes entre lucratividade e impacto social (Trabalho de especialização). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Brasil.

Sarmento, J. M & Silva, D. N. (2020). A eficiência dos hospitais em regime PPP em Portugal. *Revista Concorrência Regulação*. (42), 25-58. Recuperado em http://www.concorrencia.pt/vPT/Estudos_e_Publicacoes/Revista_CR/Documents/CR42_Joaquim_Diogo_Efici%C3%AAncia%20dos%20hospitais%20PPP%20em%20PT.pdf.

Sartirana, Marco. (2019). Beyond hybrid professionals: evidence from the hospital sector. *BMC Health Services Research*. https://doi.org/10.1186/s12913-019-4442-1

Siza Vieira, P. (2004). *Os tipos contratuais subjacentes à parcerias público-privadas em Portugal*. In Manual Prático de Parceria público privadas. Lisboa, Portugal: Pesquisa e Formação.

SNS Parcerias Público-Privadas no setor da Saúde. Disponível em https://www2.acss.min-saude.pt/Default.aspx?TabId=1222&language=en-US. Acesso em 05 maio 2021.

Tavares, S. L. (2013). Liderança e Governação em contextos Plurais - O caso da Bélgica. (Dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências Socias, Políticas e do Território, Portugal.

Vaitsman, J., Ribeiro, J. & Motta, J. (2019). *Sistemas híbridos de saúde. Uma análise comparada internacional de políticas de proteção e equidade*. Brasil: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES).

Creative Commons Attribution License | This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC BY). The use, distribution or reproduction in other forums is permitted, provided the original author(s) and the copyright owner(s) are credited and that the original publication in this journal is cited, in accordance with accepted academic practice. No use, distribution or reproduction is permitted which does not comply with these terms.