



Anabela da Cruz Dias

**Políticas e Gestão dos Profissionais de Saúde  
num hospital universitário**

Mestrado em Gestão

Faculdade de Economia

Setembro de 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Relatório de Estágio Curricular

Políticas e Gestão dos Profissionais de Saúde num hospital universitário

Estudo caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

Orientador da FEUC: Professora Doutora Teresa Carla Oliveira

Orientador da Entidade de Acolhimento: Doutor Rui Moutinho, Administrador

Anabela da Cruz Dias

N.º2006004722

## *Agradecimentos*

O presente relatório de estágio, não seria possível sem a colaboração e apoio de algumas pessoas, de um modo especial:

Aos meus Pais, pelo seu apoio incondicional, durante toda a minha formação académica, OBRIGADO PAI, OBRIGADO MÃE.

Aos meus amigos, que são uma peça fundamental de toda a minha formação, ajudaram-me a crescer, ensinaram-me o valor da Amizade, partilhando momentos de alegria, momentos de festa, momentos de vitória, mas sobretudo foram o meu pilar nos momentos menos bons da minha vida, OBRIGADO A TODOS.

Não posso deixar de agradecer a toda a minha família, que se sempre me apoiaram e acreditaram que eu iria conseguir atingir todos os meus objectivos.

À minha orientadora de estágio Professora Doutora Teresa Carla Oliveira, pelo seu apoio durante a realização do estágio e coordenação durante a elaboração do presente relatório.

Ao meu supervisor, Dr. Rui Moutinho, pela total disponibilidade, preocupação, orientação durante o período de estágio.

Por último não posso deixar de agradecer, a todos os profissionais dos Hospitais da Universidade de Coimbra, que directa ou indirectamente contribuíram para o enriquecimento deste trabalho.

## *Resumo*

O hospital é uma instituição bastante complexa, co-existindo simultaneamente uma estrutura hierárquica médica e uma estrutura administrativa. Com as alterações estruturais que se têm verificado no sector da saúde, nomeadamente a nível hospitalar tem se tornado cada vez mais importante o estudo das suas implicações ao nível da gestão dos profissionais de saúde, nomeadamente no que se refere à motivação e liderança.

O elevado desempenho humano em contexto hospitalar mais do que reflectir a competência e conhecimentos dos seus profissionais é a expressão da cultura organizacional e clima no local de trabalho. Ainda muito falta para melhor compreender a lógica institucional sobre as controvérsias nos processos de tomada de decisão para a implementação de políticas de gestão do desempenho humano muito em particular as que promovem e desenvolvem a identidade organizacional e profissional.

Tendo por base, a experiência curricular num grande hospital universitário português, argumentamos que muito ainda existe por identificar e definir sobre o paradigma de gestão do desempenho humano, para que mais do que lideranças transaccionais, sejam garantidas lideranças transformacionais. A actual implementação do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública é um exemplo das controvérsias da modernização dos serviços públicos.

Palavras-chave: Avaliação de desempenho, Motivação, Gestão do Desempenho Humano, Liderança.

### *Abstract*

The hospital is extremely complex, co-exist in cooperation a medical and a hierarchical administrative structure. With the structural changes that have occurred in the health sector, particularly in hospital has become increasingly important to study their implications for management of health professionals, particularly with regard to motivation and leadership.

The high human performance in the hospital context more than reflect the competence and expertise of its professionals is an expression of organizational culture and climate in the workplace. Although, much remains to better understand the controversies about the institutional logic in the decision-making processes for the implementation of management policies of the human performance in particular to promote and develop the organizational and professional identity.

Based on the curriculum experience in a large Portuguese teaching hospital, we argue that much still exists to identify and define about the paradigm of human performance management, so that more than transactional leaders, transformational leaders are guaranteed. The current implementation of the Integrated Performance Assessment of Public Administration is an example of the controversies of the modernization of public services.

Keywords: Performance, Motivation, Human Performance Management, Leadership

## *Lista de Siglas*

AGI – Área de Gestão Integrada

CA – Conselho de Administração

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CRI – Centro de Responsabilidade Integrada

GRH – Gestão de Recursos Humanos

HUC – Hospitais da Universidade de Coimbra

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

RH – Recursos Humanos

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública

SNS – Serviço Nacional de Saúde

## *Índice de Figuras*

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais de saúde por área geográfica e profissão ....	24
Quadro 2- Evolução do número de diplomados na Saúde.....	25
Quadro 3 - N.º de médicos por 1000 habitantes.....	26
Quadro 4 – N.º de Enfermeiros por 1000 habitantes .....	27
Quadro 5 – Indicadores fundamentais para a Avaliação de Desempenho, segundo o director da AGI Y. ....	39
Quadro 6 – Características de um bom profissional.....	40
Quadro 7 – Avaliação de Desempenho nos diferentes grupos profissionais.....	42
Quadro 8 – Indicadores do sistema de avaliação do CRI A .....	43

## *Índice*

Agradecimentos .....	iii
Resumo.....	iv
Abstract .....	v
Índice.....	9
Introdução.....	10
Parte Um .....	11
O Sistema de Saúde Português .....	11
HUC, EPE – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE .....	12
Missão, Valores e Visão.....	13
Estrutura Organizacional.....	14
Actividades desenvolvidas no estágio.....	18
Parte Dois .....	20
Política e Gestão do Potencial Humano .....	20
Liderança e motivação .....	22
Caracterização dos profissionais de Saúde em Portugal.....	24
Alterações nas condições de trabalho .....	28
Contrato psicológico .....	29
Avaliação de desempenho .....	29
Siadap .....	30
Estudo de caso .....	35
Considerações Finais .....	45
Bibliografia .....	47
Anexos:.....	51
Anexo 1 – Regulamento Interno dos HUC .....	52
Anexo 2 – Organigrama dos HUC.....	87
Anexo 3 – Estatuto do SNS - Lei n.º 22/93, de 15 de Janeiro.....	89
Anexo 4 – Lei de Bases da Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto.....	96
Anexo 5 – Decreto – Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto .....	104
Anexo 6 – Decreto – Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.....	107
Anexo 7 – Decreto – Lei n.º 30/2011, de 2 de Março.....	119
Anexo 8– Portaria 209/2011, de 25 de Maio .....	124



## *Introdução*

O presente relatório foi realizado no âmbito da disciplina Estágio, pertencente ao último semestre do Mestrado em Gestão, ministrado pela Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. O Estágio permite-nos ter uma primeira experiência profissional, criando a possibilidade de uma mais fácil inserção no mercado de trabalho.

O Estágio foi realizado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, na sequência da participação no projecto de investigação “Gestão do desempenho: Alto desempenho e bem-estar psicológico dos profissionais de saúde”, juntamente com dois colegas da mesma Faculdade, permitindo ter a percepção da importância do trabalho em equipa. Os Hospitais da Universidade de Coimbra, permitiram a integração numa grande instituição, ajudando a perceber as dificuldades de gestão existentes numa das maiores instituições do país, essencialmente ao nível da Gestão de Recursos Humanos.

Na primeira parte, é realizada uma contextualização histórica do Sistema Nacional de Saúde e dos Hospitais da Universidade de Coimbra. Ao longo desta parte, será possível conhecer a instituição, a sua estrutura organizacional, a missão, visão e os valores desta instituição.

Na segunda parte, encontra-se a contextualização teórica, subordinada ao tema, Política e Gestão do Desempenho Humano, realçando a importância da liderança e motivação numa grande instituição hospitalar universitária. Antes de reflectir sobre a Avaliação de Desempenho e a gestão por objectivos – SIADAP, torna-se a caracterização dos profissionais de saúde em Portugal. No último capítulo da parte 2, encontra-se um estudo de caso realizado nos HUC, no decorrer do período de estágio, a partir da realização de entrevistas aos administradores, directores de serviço e directores clínicos.

Por fim, as considerações finais, apresentam uma síntese das ideias fundamentais do trabalho elaborado.

## *Parte Um*

### ***O Sistema de Saúde Português***

Em Portugal, o Sistema de Saúde é formado pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS), por todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde e por todas as entidades privadas e profissionais livres, que acordem com o SNS a prestação de todas ou algumas daquelas actividades.

Ao longo dos últimos trinta anos pode ser claramente identificado um esforço sustentado para melhorar a saúde e os seus serviços. Em larga medida, estes esforços consistiram no aumento do financiamento da saúde, na expansão dos serviços de saúde, melhoria do acesso a medicamentos e esforços contínuos de melhorar a organização e gestão do SNS. No entanto, reformas bem-intencionadas foram muito frequentemente implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, resistência à mudança ou descontinuidade política.

O sistema de saúde português foi regulado, a partir de 1990, por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º48/90, de 24 de Agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Lei n.º 22/93, de 15 de Janeiro). Em 1993, Nogueira da Rocha (Almeida, 1999) definiu, em traços gerais, o actual Sistema de Saúde Português como “um grande espaço de convergência e congregação de esforços”, composto por “três segmentos claramente individualizados” e articulados entre si:

- O Serviço Nacional de Saúde (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde);
- Todas as entidades públicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção, e tratamento na área da saúde;
- Todas as entidades privadas e todos os profissionais livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados ou actividades de saúde.

Tendo presente o Estatuto do SNS, podemos defini-lo como sendo “... *um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministro da Saúde.*”

A sua organização é descentralizada, sendo dominada pelas Regiões de Saúde, que estabelecem o contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde. Em Portugal, existem cinco Regiões de Saúde: Norte, com sede no Porto; Centro, com sede em

Coimbra; Lisboa e Vale do Tejo, com sede em Lisboa; Alentejo, com sede em Évora e Algarve, com sede em Faro. Existem ainda 18 sub-regiões, correspondentes a cada um dos distritos do continente. Em cada Região de Saúde há uma Administração Regional de Saúde, “dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, e património próprio, tendo funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde” (Almeida, 1999).

### ***HUC, EPE – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE***

O Hospital “é um estabelecimento de saúde, de diferentes níveis de diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objectivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia. Esta instituição deve ter a capacidade de organização para se adequar às reais necessidades de saúde da população, para que os resultados da sua prestação ou desempenho correspondam a ganhos em saúde.” (“O Hospital”, in O Hospital Português, 1988)

Os Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, adiante designados por HUC, foram criados pelo Decreto-Lei n.º180/2008, de 26 de Agosto, são uma pessoa colectiva de direito público e de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, integrada na rede de prestação de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

A assistência hospitalar em Coimbra tem um passado histórico que vem desde o ano de 1093, com várias designações e reformas introduzidas ao longo dos tempos. Em 1774, no âmbito da Reforma da Universidade, o Marquês de Pombal determinou que os vários Hospitais existentes passassem a ser administrados pela Universidade de Coimbra, conservando contudo os seus nomes. No ano de 1870, o Liceu foi transferido para o edifício do antigo Colégio de S. Bento e os HUC ficaram, finalmente, instalados nos três edifícios (São Jerónimo, Colégio das Artes e Castelo), espaço em que funcionaram até 1961. Neste ano, o Hospital do Castelo foi destruído para dar lugar à construção da cidade universitária, continuando os HUC a funcionar nos outros dois edifícios, até ao dia 6 de Março de 1987, data em que passou a ocupar o actual edifício, construído de raiz, para o efeito. Actualmente, os HUC estão instalados nos edifícios do Bloco Central e em dois estabelecimentos periféricos, a Maternidade Dr. Daniel de Matos e o Bloco de Celas.

Ao longo da sua existência, os HUC sofreram transformações e adaptações tanto ao nível da estrutura como da organização, mantendo-se na linha da frente em desenvolvimento e capacidade de resposta às necessidades dos seus utentes, construindo assim, uma imagem consolidada e prestigiada como grande instituição nas áreas dos cuidados de saúde hospitalares, do ensino e da investigação.

### ***Missão, Valores e Visão***

Os HUC apresentam-se como uma referência do Serviço Nacional de Saúde, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua, e na investigação científica, sustentadas no mais atualizado conhecimento científico e técnico dos seus profissionais e na inovação e desenvolvimento de metodologias terapêuticas e tecnológicas próprias.

No cumprimento da sua missão, os HUC e os seus profissionais perfilham os seguintes valores e princípios:

1. Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos direitos dos doentes;
2. Universalidade do acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
3. Colocação do doente no centro dos processos;
4. Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os doentes e com os seus familiares e entre os seus profissionais;
5. Elevados padrões de humanização, de qualidade e de competência técnica e científica dos serviços prestados – excelência;
6. Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
7. A mudança como motor do desenvolvimento, centrada nos profissionais;
8. Respeito pela cultura e pelas tradições fundadoras do hospital, assumindo cada um o dever de acrescentar algo ao capital de cultura herdado;
9. Responsabilidade social;
10. Respeito pelo ambiente;
11. Eficácia e eficiência na utilização dos recursos que a comunidade coloca ao seu dispor.

Tendo como “drivers” da mudança os princípios do primado do utente e da liberdade de escolha, os HUC assumem como seus os desafios mais relevantes do sector da saúde em Portugal: operacionalizar o planeamento estratégico em saúde, promover e

educar para a saúde e para o consumo em saúde, otimizar os gastos em serviços de saúde, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e promover a inovação.

Os HUC têm como predicados naturais a abordagem de questões clínicas e diagnósticas de elevada complexidade. Sendo assim, a visão desta organização constitui-se pelos seguintes aspectos: aprofundar a sua natureza de grande hospital geral, central e aglutinador de um centro hospitalar universitário; ser um centro assistencial de elevada competência, saber e experiência, dotado dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos; ter um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico; e, ser, na área da saúde, uma referência de elevada capacidade e qualidade no ensino superior e universitário e na formação pós-graduada e contínua.

Torna-se importante referir que os HUC, são uma organização extinta, através do Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de Março, resultando assim no nascimento de uma nova organização, o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra – CHUC.

### ***Estrutura Organizacional***

Nos termos do artigo 9º do DL n.º 233/2005, de 29 de Dezembro, a estrutura de gestão dos HUC assenta em três níveis: a gestão estratégica, a gestão intermédia e a gestão operacional. A gestão estratégica é exercida pelo conselho de administração, a nível intermédio, desenvolve-se a acção através de centros de responsabilidade que permitem a realização, “internamente contratualizada, dos respectivos programas de actividades com autonomia e responsabilidade, de modo a possibilitar formas de trabalho centradas prioritariamente no doente, de acordo com as boas práticas de gestão clínica” e, por último, a gestão operacional que é identificada com o serviço clínico. Através do regulamento interno, homologado em 8 de Abril de 2009, pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, foram criadas Áreas de Gestão Integrada (AGI) e Centros de Responsabilidade Integrado (CRI), como pressuposto fundamental do modelo de gestão intermédia dos HUC como entidade empresarial. Em anexo, encontra-se o organigrama referente aos HUC.

As Áreas de Gestão Integrada (AGI) constituem níveis intermédios de gestão, de grande dimensão, agrupando vários serviços e unidades funcionais de acção médica, segundo critérios de homogeneidade ou afinidade funcional. As AGI são estruturas destinadas a melhorar a conceptualização, o planeamento, a gestão e o controlo das actividades e objectivos das partes que as integram, na procura de maior eficiência

através da utilização e partilha dos recursos disponíveis. Estas, poderão criar, internamente, unidades de gestão operacional (UGO), correspondentes a um serviço de acção médica, dotadas de grau adequado de autonomia organizacional, direccionada para resultados estabelecidos pela via da contratualização interna entre o seu director e a AGI e orientando a sua actividade através de um modelo retributivo específico e de incentivos aos profissionais.

As AGI são dirigidas por um médico, que será denominado por director de AGI, e que integra na sua equipa de gestão um administrador hospitalar e um enfermeiro supervisor. O director da AGI é nomeado pelo Conselho de Administração (CA), para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de actividades e de orçamentos anuais e plurianuais. A nomeação do administrador ou administradores e do enfermeiro supervisor compete ao conselho de administração, após consulta ao director da AGI. Na AGI de MCDT's (Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica), poderá ser nomeado um técnico, em lugar do enfermeiro supervisor, com as funções de acompanhar e avaliar aspectos relacionados com o exercício da actividade do pessoal técnico e com a sua formação.

As competências do director, do administrador e do enfermeiro supervisor da AGI, estão enumeradas no art. 36º do Regulamento Interno dos HUC.

São sete as AGI criadas por deliberação do conselho de administração:

- AGI de MCDT's - Integra actualmente, os Serviços de Anatomia Patológica; Radiologia; Serviço de Sangue e Medicina transfusional; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Nuclear; Patologia Clínica; e o Serviço de Radioterapia. A AGI MCDT é administrada pelo Dr. Victor Hugo Bernardo e tem como director de AGI, Prof. Doutor João Pedroso de Lima;

- AGI Médica I - Engloba os Serviços de Endocrinologia; Gastrenterologia; Hematologia Clínica; Imunoalergologia; Medicina Interna; Pneumologia; Reumatologia; e Oncologia Médica. Esta AGI tem como director, Dr. Carlos Jorge Crespo, e é administrada pelo Dr. Gustavo Oliveira;

- AGI Médica II - Aglutina os Serviços de Cardiologia; Infecciosas; Nefrologia; Neurologia; e Psiquiatria. Tanto nesta AGI como na anterior não se operam doentes. É actualmente administrada pela Dra. Diana Breda, e está sob a direcção do Prof. Doutor Meliço Silvestre.

- AGI Urgência/Cuidados Intensivos - Esta reúne, tal como o nome indica, o Serviço de Urgência e o Serviço de Cuidados Intensivos. Nas urgências é utilizado um sistema de triagem de acordo com a urgência do doente, denominado Triagem de Manchester. Existem quatro urgências periféricas: ginecologia, oftalmologia, estomatologia e otorrinolaringologia. Os Cuidados Intensivos requerem toda a assistência hospitalar pois dedicam-se à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica com risco ou falência das funções vitais. É administrada pela Dra. Joana Cunha, e tem como director da AGI o Dr. João Almeida e Sousa.

- AGI Saúde Materno-fetal - Esta AGI tem os seus Serviços distribuídos entre o Bloco Central e a Maternidade Daniel de Matos. São esses serviços a Reprodução Humana; a Ginecologia; a Neonatologia; e a Obstetrícia. Os dois últimos encontram-se na Maternidade, a Ginecologia no Bloco Central e a Reprodução Humana no S. Jerónimo. Actualmente é administrada pelo Dr. Carlos Gante, sob a direcção do Prof. Doutor José Barros

- AGI Cirurgia I - Engloba os Serviços de Cirurgia 1 e transplantes hepáticos; Cirurgia 2; Cirurgia 3; Cirurgia Vasculuar; Urologia e Transplantação Renal. Neste momento a área desta AGI encontra-se em reestruturação. Permanecendo, no entanto, todos os serviços no Bloco Central. É administrada pela Dra. Filomena Monteiro, e tem como director da AGI o Dr. Francisco Rolo

- AGI Cirurgia II - Integra a Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Plástica e Queimados; Dermatologia; Estomatologia; Neurocirurgia; Ortopedia e O.R.L. Muitos destes Serviços encontram-se no Bloco de Celas. Esta AGI, tem como director o Prof. Doutor Fernando Fonseca, e é administrada pela Dr.<sup>a</sup> Marta Bronze.

Os CRI, também constituem níveis intermédios de gestão, dotados de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos. O director do CRI é nomeado pelo CA, preferencialmente de entre profissionais com experiência reconhecida em gestão hospitalar, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de actividades e de orçamentos anuais e plurianuais. Os CRI, sempre que se justifique, integram um profissional com o perfil adequado as tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação, do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados. Inicialmente o CRI tinha um sistema de incentivos, previsto no seu regulamento, sujeito a contratualização anual com o conselho de administração, no entanto, actualmente com as políticas de redução de despesas nos HUC, os CRI



deixaram de ter o sistema de incentivos. As competências do director do CRI, estão consagradas no art. 38º, do Regulamento Interno dos HUC.

São dois os CRI, criados por deliberação do CA: Serviço de Oftalmologia, cujo director clínico é o Prof. Doutor Joaquim Murta; e, o Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de órgãos torácicos, que tem como director clínico o Prof. Doutor Manuel Antunes. Os CRI têm administradora comum, a Dr.<sup>a</sup> Marta Bronze.

As AGI e os CRI, fazem parte dos denominados Serviços de Prestação de Cuidados, assim como as Unidades Partilhadas: Bloco Operatório Central, Unidade de Cirurgia de Ambulatório, Serviço de Anesteseologia, e o Serviço de Apoio Domiciliário.

Ao nível da Gestão Intermédia podemos encontrar ainda, os Serviços de Apoio Geral. Estes serviços, encontram-se divididos em três grandes áreas: Área de suporte à prestação de cuidados; Área de apoio à gestão e logística; e, Área de formação, investigação, inovação e desenvolvimento.

Tal como já foi referido anteriormente, a gestão estratégica é exercida pelo Conselho de Administração.

A composição, nomeação e mandato do conselho de administração é regulado pelo artigo 6.º dos Estatutos constantes no Anexo II ao Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro.

O conselho de administração dos HUC, é composto pelo presidente e quatro vogais:

Presidente: Professor Doutor Fernando Jesus Regateiro

Vogal Executivo: Dr. Pedro José Duarte Roldão

Vogal Executivo: Dr. Nuno Miguel Domingues Duarte

Director Clínico: Dr. Francisco José Pedrosa Parente dos Santos

Enfermeira Directora: Enf.<sup>a</sup> Maria Manuela Pinto Cruz Teixeira

*“Administrar os Hospitais da Universidade de Coimbra, não é para nós, um simples jogo de gestão – é lidar com a saúde como um bem público – pelo que é a nossa primordial preocupação o cumprimento integral da sua tripla missão, assistência ensino e investigação no respeito pelos seus valores e pela sua cultura.”*

Professor Fernando Regateiro

Os órgãos de apoio técnico são estruturas de carácter consultivo que têm por função apoiar o Conselho de Administração, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência.



### ***Actividades desenvolvidas no estágio***

O Estágio decorreu entre os meses de Fevereiro e Junho de 2011, com a realização de actividades, não só dentro do Hospital da Universidade de Coimbra, mas também relacionadas com a participação num projecto de investigação denominado ***“Gestão do desempenho: Alto desempenho e bem-estar psicológico dos profissionais de saúde”***.

Nos HUC, o estágio consistiu na passagem e conhecimento dos diversos serviços de apoio, algumas das comissões hospitalares, AGI's, CRI's, e Centro de Simulação Biomédica.

A visita aos diferentes serviços de apoio, permitiu-me perceber melhor a complexidade de gestão que existe numa organização com o tamanho, quantidade de funcionários, quantidade de utentes que se dirigem aos HUC diariamente. Esta visita foi efectuada nos seguintes serviços: serviço de aprovisionamento, serviços financeiros, serviço de gestão de recursos humanos, serviço de aprovisionamento, serviço de gestão de doentes, gabinete de planeamento e controlo de gestão, serviço social – gabinete do utente, serviço de informática, serviço de medicina do trabalho, gabinete de gestão de projectos e investimentos, serviço de instalações e equipamentos, unidade central de esterilização, centro de documentação, serviços farmacêuticos, serviço de formação e aperfeiçoamento de pessoal, serviços hoteleiros.

No que diz respeito às AGI's e aos CRI's, foram realizadas visitas mais alargadas, normalmente de 3 dias, com vista a conhecer um bocadinho do funcionamento diário de cada uma destas “filiais” da grande empresa que é o Hospital. Nestas visitas, existiu a oportunidade de conhecer os respectivos contratos-programa, discussão de ideias com os seus administradores, e ainda existiu a possibilidade de assistir a uma reunião entre Directores de Serviço, Administradores Hospitalares e Conselho de Administração.

Também houve uma breve passagem pelo Centro de Simulação Biomédica dos HUC demonstrando um potencial de conhecimento e inovação, onde existe uma preocupação no sucesso de desafios de gestão, liderança, oportunidade, crédito científico e resiliência.

O Projecto de Investigação, foi realizado paralelamente com o Estágio. O Projecto é dirigido pela Professora Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira, e decorre nos Hospitais da Universidade de Coimbra em parceria com o Centro de Coimbra para Gestão Inovadora, e tem como objectivo melhor compreender a gestão do desempenho

em relação ao estado do contrato psicológico. Neste sentido foram realizadas entrevistas a profissionais de saúde e administradores com responsabilidades de gestão, participação na formação “Metodologia da Investigação Avançada “ pertencente ao Programa de Doutoramento em Gestão, com o intuito de aprender a trabalhar com o programa “MAXQDA”, para posterior codificação e análise dos discursos elaborados nas entrevistas. Em Maio de 2011, houve a participação no Congresso Nacional de Administradores Hospitalares, para apresentar os dados referentes a codificação de 10 entrevistas realizadas a médicos.

## *Parte Dois*

### ***Política e Gestão do Potencial Humano***

*“para além do braço, o homem é também um coração e uma cabeça”*

(Neves, 2000)

O conceito de organização pressupõe a existência de pelo menos duas pessoas que articulam esforços no sentido de atingir um fim comum, embora nunca esquecendo os objectivos individuais. Neste sentido, inerente a qualquer organização está a necessidade de gerir desempenhos individuais em função de um objectivo organizacional. Para atingir os seus objectivos, a organização tem de saber captar, gerir, conjugar e desenvolver recursos de forma óptima e eficiente. A Gestão de Recursos Humanos (GRH) diz respeito exactamente á gestão de comportamentos individuais em função de objectivos colectivos e organizacionais. (Almeida, 2007)

Para Tyson (1995), a atenção prestada à problemática da GRH resulta de três grandes de razões. Uma de natureza social que consiste no facto do objecto da GRH ser a gestão do emprego, algo determinante para o funcionamento de qualquer sociedade, quer do ponto de vista da vida individual, quer do ponto de vista do relacionamento social. Outra de natureza política e que tem a ver, quer com a forma como as relações de poder inerentes ao trabalho e emprego se reflectem nos problemas sociais, de que as paralisações e greves são exemplos mais evidentes, quer com o sentido da relação entre recompensas (materiais e simbólicas) e trabalho (actividade social que confere recompensas). Por fim, a terceira razão é de natureza cultural, no sentido de que o principal contributo da GRH é estabelecer, e assegurar, a ordem simbólica que possibilite, no contexto da organização, o exercício da autoridade, a definição dos papéis organizacionais e a criação do significado, capaz de possibilitar a partilha dos objectivos e da missão organizacionais entre os diferentes membros da organização.

Segundo David Guest (1990), a sistematização das abordagens à GRH pode estruturar-se em quatro tipos: o tradicional/conservador, com GRH preocupada com a eficiência administrativa e a minimização de custos; a radical/conservadora, caracterizada por programas cirúrgicos numa afirmação de prerrogativas da gestão e da disponibilidade ao uso por parte dos trabalhadores; a pluralista/inovadora, caracterizada por relações de cooperação entre gestão e sindicatos, utilizando a segurança do emprego como moeda de troca para aceitação da mudança; e, a unitária/inovadora, assente no

pressuposto da comunidade de interesses entre a gestão e os trabalhadores, servidos por um conjunto de técnicas e gestão inovadoras.

A GRH assume, uma acrescida importância no desenvolvimento da cultura organizacional direccionada para a inovação e aprendizagem contínua, e também desempenha um papel fundamental ao nível das mudanças que ocorrem a nível interno e externo da organização, provocando alterações nas estruturas organizacionais, nas relações de poder e nas práticas de organização do trabalho.

A Política de Recursos Humanos consiste na orientação geral que define os limites dentro dos quais as acções devem ocorrer. As políticas são elaboradas com base em problemáticas do passado ou naquelas que representam problemas potenciais que a direcção da empresa considere suficientes e importantes para garantir o desenvolvimento de uma política. As políticas livram o gestor de tomar decisões em áreas nas quais eles têm menos competências ou em assuntos com os quais não se deseja envolver, garantindo um certo nível de coerência comportamental e permitindo que se concentre nas decisões nas quais tem mais experiência e conhecimento. Sendo assim, uma Política de Recursos Humanos bem construída, valoriza as pessoas, a história das suas profissões, adequando instrumentos de incentivos a diferentes grupos de interesses, expectativas e motivações identificados.

De acordo com a Lei de Bases da Saúde, a política de recursos humanos para a Saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena, evitando os conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o privado, e procurar uma adequada cobertura no território nacional.

Assim, quando falamos em política de recursos humanos da Saúde temos de ter em atenção que esta é uma declaração formal de prioridades, linhas de acção e procedimentos para garantir, no Sector da Saúde e às pessoas que nele trabalham, a capacidade de resposta necessária para ir, por um lado ao encontro das expectativas de saúde, presentes e futuras da população e, por outro, às expectativas próprias das pessoas que trabalham neste sector. Deste modo, a política de RH da saúde resulta de um conjunto de valores e princípios e traduz-se em estratégias que contemplem, ao longo da vida, o bem-estar e o desempenho das pessoas que trabalham no sistema de saúde, contemplando ainda, a retenção de profissionais para a prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS e a regulação e monitorização de todos estes serviços nas várias áreas da Saúde através de sistemas de informação adequados. A formação deve

ter uma forte componente de gestão eficiente de recursos, de qualidade e de questões éticas. O envolvimento dos profissionais na política do sector é essencial para garantir os resultados.

### **Liderança e motivação**

*“Liderança é a arte e a sensibilidade de ouvir, entender e respeitar o emocional de cada membro de um grupo, no sentido de motivá-lo para a realização de um objectivo, cujo entendimento deve ser único e claro.”*

Osmar Pastore

A liderança é talvez um dos assuntos mais debatidos entre os gestores e cientistas sociais que se dedicam ao estudo da vida organizacional. A liderança começou a ser reconhecida como uma componente importante da actividade económica, durante a revolução industrial no século XIX.

Neste início do século XXI, torna-se cada vez mais relevantes conceitos como a auto-liderança e a liderança partilhada, em que todos os membros da equipa estão activamente envolvidos na liderança da própria equipa (Pearce, 2004; Pearce e Manz, 2005; Keeffe *et al.*, 2008). A auto-liderança é uma construção psicológica normativa que traduz a capacidade individual para, através do recurso a estratégias comportamentais e cognitivas de auto navegação, otimizar a eficácia pessoal e influenciar a organização (Manz & Neck, 2004; Neck & Houghton, 2006). A liderança partilhada pode ser definida como um processo de influência dinâmico e interactivo, levado a cabo por um conjunto de indivíduos, e em que o objectivo será o alcance dos resultados esperados (Bligh e tal, 2006). A liderança partilhada tem vindo a tornar-se uma necessidade, devido à complexidade da maioria dos negócios, a que acresce o facto de pesquisas recentes indicarem que grupos com alto desempenho estarem associados a esta forma de liderança (Pearce, 2004).

O incremento de métodos de trabalho exige uma liderança forte, orientada para os objectivos, onde a capacidade de influenciar um grupo se converte numa acção contínua, perseverante e prioritária, em que o sentimento de bem servir se torna a sua preocupação central. *“Líder não é quem se preocupa em sê-lo, mas quem por tal se tornar como resultado das relações que estabelece com as pessoas. Liderar é, antes de mais, centrar-se no desenvolvimento dos colaboradores como factor de sucesso empresarial e como medida do seu próprio desenvolvimento, estruturar as relações de coordenação das equipas para o conseguir, baseando o trabalho de todas as chefias*

*numa linguagem e metodologia comuns, faz parte da compromisso que qualquer empresa deve estabelecer para realizar a sua visão estratégica”.*(Vargas, 2007 p.79).

Numa instituição hospitalar de grandes dimensões, como o Hospital da Universidade de Coimbra (HUC), onde os grupos profissionais são extremamente heterogéneos, é difícil inculcar sentimentos de pertença, espírito de equipa, sentido de missão ou orientação para o serviço de utente (Guerreiro, 2000). Neste sentido, é necessário que os dirigentes em formação treinem o exercício de uma liderança situacional e compreendam o seu papel enquanto instrumentos de mudança (Neves, 2000).

A par com o conceito de liderança, torna-se importante definir o conceito de motivação.

*“a motivação pode ser algo inerente à própria pessoa, qualquer que seja o ambiente de trabalho em que exerce, mas também inerente aos atributos do meio em que exerce esse trabalho”*

(Fonseca, 2009).

A palavra motivação provém do latim “motivus”, que diz respeito a movimento e descreve o desejo de alcançar elevadas performances (Mana, 2006). Segundo o autor, a dificuldade reside na capacidade para identificar as necessidades específicas de cada indivíduo, no momento certo, e na capacidade para satisfazê-las, tendo em conta os constrangimentos do sistema e da organização

Definir o conceito de motivação no contexto de trabalho implica responder a questões como: o que induz os indivíduos a agir de determinado modo? Quais os factores que os motivam? Por que razão pessoas diferentes reagem de forma distinta em situações semelhantes? Rocha (2007) Júnior e Oliveira (2009) defendem que a motivação “representa o conjunto de factores psicológicos que agem entre si determinando a conduta de um indivíduo.

Compreender a motivação humana é uma condição fundamental e indispensável para o alcance dos objectivos pessoais, do trabalho, das organizações e dos países. Quando um indivíduo se propõe a atingir um determinado objectivo pode não estar necessariamente motivado para o atingir. Por vezes, determinados comportamentos são justificados apenas para evitar uma punição e/ou obter uma recompensa. Nestes casos estão a ser movidos por um aspecto externo a si, ou seja, por um factor extrínseco que estimula esse comportamento. Os factores extrínsecos dizem respeito ao ambiente de trabalho e incluem os salários, os benefícios, as condições físicas de trabalho, a

supervisão, as políticas e os procedimentos. Contudo, os indivíduos também podem ser induzidos por impulsos internos ou factores intrínsecos. As actividades motivadas intrinsecamente são aquelas para as quais não há recompensa aparente para além da actividade em si mesma. A motivação intrínseca está associada a factores como o contexto de trabalho, a realização pessoal, o reconhecimento, o trabalho em si, a responsabilidade e as possibilidades de progressão e crescimento (Christensen, 2002).

A grande questão que se coloca à gestão, seja ela pública ou privada, nos dias de hoje, é identificar a fórmula ideal para garantir um nível de motivação elevado e sustentável, procurando compatibilizar e otimizar a interacção entre os objectivos organizacionais e os objectivos pessoais dos seus funcionários.

Haslam et al. (2000), para referirem a importância, para a motivação, de conhecer as necessidades individuais, afirmam que: “Para compreendermos motivação, temos que entender as auto-aspirações que existem na hierarquia”.

### ***Caracterização dos profissionais de Saúde em Portugal***

À luz da definição de sistema de saúde do Relatório de 2006 da Organização Mundial de Saúde, “profissionais de saúde são pessoas cujo trabalho é proteger e melhorar a saúde de suas comunidades. Juntos, esses profissionais de saúde, em toda a sua diversidade, compõem a saúde global força de trabalho.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, o Ministério da Saúde organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, excluindo aqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público, como é o caso da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros. Contudo, estes dados serão fornecidos ao Ministério da Saúde sempre que sejam solicitados.

	2002				2006				2009			
	Médicos	Enfermeiros	Outros	Total	Médicos	Enfermeiros	Outros	Total	Médicos	Enfermeiros	Outros	Total
Portugal	21.030	33.163	58.133	112.326	20.666	34.948	61.241	116.855	21.472	39.957	69.439	130.868
Continente	20.223	31.434	54.216	105.873	19.928	33.104	57.052	110.084	20.682	37.906	63.752	122.340
Norte	6.446	10.123	16.661	33.230	6.520	11.036	18.125	35.681	7.361	11.836	18.606	37.803
Centro	3.919	7.566	11.802	23.287	3.880	7.700	12.186	23.766	4.020	8.395	12.307	24.722
Lisboa e Vale do Tejo	8.678	11.173	21.551	41.402	8.284	11.390	21.730	41.404	8.165	12.272	22.944	43.381
Alentejo	727	1.580	2.429	4.736	764	1.843	3.013	5.620	770	1.991	3.273	6.034
Algarve	453	992	1.773	3.218	480	1.135	1.998	3.613	546	1.361	2.250	4.157
Região Autónoma dos Açores	340	759	1.907	3.006	391	825	1.925	3.141	374	941	3.319	4.634
Região Autónoma da Madeira	467	970	2.010	3.447	347	1.019	2.264	3.630	416	1.110	2.368	3.894

**Quadro 1 – Distribuição dos profissionais de saúde por área geográfica e profissão**

Ao analisar estes dados, verificamos que o número de profissionais de saúde tem vindo a aumentar, ao longo dos anos, sendo que os acréscimos mais acentuados se têm verificado na Região Norte, distribuído pelos diversos grupos profissionais.

A autorização de abertura de cursos ligados à área da saúde, nos sectores público e privado, assim como o estabelecimento do *numerus clausus* para formação universitária ou das vagas para especializações médicas e de enfermagem em Portugal, não são geralmente compreensíveis ou enquadráveis numa estratégia para o Sector da Saúde.

A ausência de planeamento deu origem à necessidade de promover o recrutamento de profissionais de saúde de outros países. Em 2000 o número de profissionais de saúde estrangeiros era nove vezes superior ao de 1994. A maioria vem da União Europeia, sobretudo de Espanha, mas há, ainda, uma grande percentagem que vem dos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP), na sua maioria médicos e enfermeiros. Para além da discriminação negativa que isto representa de oportunidade de formação e realização profissional para uma geração de portugueses, o elevado recrutamento entre profissionais dos PALOP, representa uma falha na obrigação de protecção dos serviços de saúde de países em via de desenvolvimento. Resolve-se o problema da escassez de profissionais acentuando as já gravíssimas carências desses países, ao utilizarem os seus profissionais para colmatar as necessidades portuguesas.

	1994	1999	2004	2009
Médicos	426	608	885	1.545
Enfermeiros	1.804	2.411	4.813	5.673
Técnicos de diagnóstico e Terapêutica	-	223	1.807	1.752
Restante	4.996	7.144	13.771	19.690
Total	2736	4.348	9.880	14.224

**Quadro 2- Evolução do número de diplomados na Saúde**

O quadro nº 2 demonstra-nos a evolução dos diplomados na área da saúde no período entre 1994-2000. Assim, podemos concluir que existiu um acréscimo em todas as profissões. O grupo profissional que cresceu de forma mais significativa foi os enfermeiros.



Uma situação cada vez mais complicada é a sobreposição de competências entre as várias profissões resultante da criação de múltiplos cursos universitários no domínio da saúde (especialmente no sector privado), da passagem a licenciatura de Enfermagem para Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e da evolução não regulada das diferentes profissões. Áreas como a prevenção, a reabilitação e a saúde mental são só alguns exemplos de campos onde estas questões são prementes e onde o debate é incipiente. A determinação dos melhores arranjos de competências (skill-mix) através dos grupos profissionais existentes e definição de novos papéis/novas profissões continuará a representar um desafio maior para os profissionais, gestores e políticos. Na ausência de evidência consistente nesta matéria dever-se-ia ir ensaiando soluções de forma controlada: por exemplo: estabelecendo parâmetros em observação ou em comparação entre grupos diferentes, envolvendo os profissionais na definição de funções, monitorizando a satisfação dos utentes.

A colocação dos profissionais de saúde faz-se, de acordo com o Departamento de Modernização e Recursos da Saúde, segundo dois critérios: a distância mais longínqua dos três pólos de atracção e a densidade populacional. A realidade demonstra que ou estes critérios são insuficientes para a correcção do problema ou devem existir outros factores que, na prática, têm contribuído para as assimetrias regionais de colocação dos profissionais de saúde.

	2002	2006	2010
Portugal	3,2	3,5	3,9
Continente	3,3	3,6	4,0
Norte	2,9	3,2	3,7
Centro	3,2	3,5	4,0
Lisboa e Vale do Tejo	4,1	4,2	4,6
Alentejo	1,8	2,0	2,3
Algarve	2,5	2,8	3,2
Região Autónoma dos Açores	1,7	1,9	2,2
Região Autónoma da Madeira	2,0	2,3	2,8

Quadro 3- N.º de médicos por 1000 habitantes

Se analisarmos a densidade dos médicos no SNS, por habitante, verificamos que existe ainda uma grande assimetria nas diferentes regiões de saúde. Sendo que, a região com o maior número de médicos por habitante é a região de Lisboa e Vale do Tejo, com 4,6 médicos por 1000 habitantes, e, por outro lado, a região mais desfavorecida é a

Região Autónoma dos Açores, em que apresenta uma média de 2,2 médicos por 1000 habitantes, relativamente ao ano de 2010. Apesar das discrepâncias verificadas a nível regional a média nacional, 3,9 médicos por 1000 habitantes, é superior á média da União Europeia (UE), que apresenta uma média de 3,3 médicos por 1000 habitantes, em 2010.

	2002	2006	2010
Portugal	4,0	4,8	5,9
Continente	3,9	4,7	5,8
Norte	3,5	4,4	5,8
Centro	4,0	4,8	5,7
Lisboa e Vale do Tejo	4,6	5,4	6,1
Alentejo	3,3	3,8	5,0
Algarve	3,6	4,0	5,1
Região Autónoma dos Açores	5,1	6,1	7,3
Região Autónoma da Madeira	6,0	7,0	8,3

Quadro 4 – N.º de Enfermeiros por 1000 habitantes

No que diz respeito, à densidade de enfermeiros do SNS por habitante, as discrepâncias a nível nacional não são tão acentuadas, sendo as Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, aquelas que apresentam médias mais elevadas, (7,3 e 8,3 enfermeiros por 1000 habitantes, respectivamente) e com as médias mais baixas estão as Regiões do Alentejo e do Algarve, com 5,0 e 5,1 enfermeiros por 1000 habitantes, respectivamente, no ano de 2010. De acordo com o Health at a Glance – Europe 2010, o número médio de enfermeiros por 1000 habitantes nos países da UE era, em 2010, de 9,8, sendo que em Portugal esse valor se situava em 5,9. Por outro lado, o rácio de enfermeiro por médico – que na UE se situa nos 2,6 enfermeiros por médico – em Portugal é de 1,5, o sexto mais baixo dos países considerados pela OCDE.

Tal como podemos observar, os números de médicos em Portugal está acima da média da UE, e o número de enfermeiros encontra-se bastante abaixo da média da UE, não chegando a existir dois enfermeiros por médico. Assim, algumas perguntas poderão surgir: Em Portugal, teremos carência de médicos ou de enfermeiros? Porque estarão os nossos enfermeiros recém-licenciados a sair do país quando afinal, são necessários ao nosso país? Porque razão, o SNS não consegue contratar mais enfermeiros?

Na verdade, a atenção mantém-se centrada no conhecido “deficit financeiro” da Saúde que alguns reclamam dever-se ao sistemático sub-financiamento do Sector. Em Portugal, como noutros países da União Europeia (com as excepções da Suécia, Irlanda, Reino Unido) o Sector da Saúde é um empregador cada vez com maior dimensão. A redução desta despesa está bloqueada porque não é possível despedir pessoal nem antecipar aposentações. O sistema remuneratório não está associado ao desempenho e, para as profissões mais diferenciadas, reduzidas obrigações de presença e correspondentes baixos pagamentos incentivam a acumulação de funções fora do SNS, com inevitáveis conflitos de interesse. Do arsenal de medidas previstas na lei só ainda não foram tentados o congelamento de admissões de médicos, enfermeiros e paramédicos e a gestão previsional de efectivos, com planeamento de passagens à aposentação. Medidas como a contratualização, o encerramento de serviços, a criação de quadros de reconversão profissional, a avaliação objectiva associada a prémios de desempenho excepcional, não são possíveis na função pública e deparam com fortíssimas objecções sindicais.

### ***Alterações nas condições de trabalho***

Recentes alterações legais permitem contratar profissionais, no SNS, sem integração nas carreiras públicas de Saúde. Estas, nomeadamente a médica e a de enfermagem, são as únicas estruturas, até ao momento, que asseguram a existência de marcos de avaliação da qualidade técnica do trabalho desenvolvido para permitir passar a patamares de responsabilização técnica e de remuneração superiores e permitem algum grau de hierarquia técnica entre os profissionais.

As novas formas organizacionais actualmente em implementação não têm contemplado o impacto que poderão produzir nas pessoas por elas envolvidas, no entanto, é fundamental que iniciativas desta natureza sejam sempre acompanhadas por estudos de impacto nos recursos humanos como, por comparação, se faz em termos de estudo de impacto ambiental antes de avançar com grandes obras como pontes ou aeroportos.

Outro aspecto a ter em conta é a precarização do trabalho conduz a uma erosão de valores de serviço público que são a base do bom funcionamento desses mesmos serviços públicos. A resposta adequada deverá levar em conta a necessidade de um outro tipo de contrato psicológico e social que corresponda às expectativas associadas com novas formas de relacionamento laboral. Estas novas formas de relacionamento

deverão valorizar o capital humano representado pela comunidade dos profissionais de saúde.

### ***Contrato psicológico***

Um Contrato Psicológico é um contrato não palpável, subentendido pela pessoa e pela organização, que vai muito além do contrato escrito em papel, pois este contrato, se for cumprido, trará inúmeras vantagens, tanto para o recurso humano, na medida em que a organização se compromete a cumprir as suas expectativas, como para a organização, pois uma das vantagens a destacar é a alta taxa de retenção, ou seja, o recurso humano sentir relutância em demitir-se.

Em (1995), Rousseau refere que o Contrato Psicológico representa a perspectiva que o indivíduo tem da relação com a sua organização, e que é iniciado a partir do momento em que o indivíduo assume promessas que levam a um entendimento que implica a existência de obrigações recíprocas entre ele e a entidade empregadora. Rousseau (1995) destaca ainda que um aspecto chave do Contrato Psicológico é o voluntarismo em aceitar e cumprir promessas, quando entendidas.

Guest (1998) defende que a percepção do Contrato Psicológico pode ser alterada, de forma arbitrária e secreta, por qualquer uma das partes, ou seja, o Contrato Psicológico não é imutável.

### ***Avaliação de desempenho***

Ao nível da gestão de recursos humanos, a avaliação de desempenho tem tido um papel de destaque na medida em que pode ter consequências significativas sobre a produtividade, quer directamente, enquanto processo de controlo do desempenho, quer indirectamente, através das suas relações com a selecção, formação, desenvolvimento profissional, promoção e remuneração da organização.

A avaliação de desempenho é um sistema formal e sistemático que permite apreciar o trabalho desenvolvido pelos colaboradores de uma organização. Em termos gerais, qualquer sistema de avaliação de desempenho pode ser conceptualizado como integrando um conjunto de três componentes: os objectivos, os instrumentos e os procedimentos. A avaliação de desempenho permite manter um controlo sobre a evolução da actividade, constituindo um instrumento fundamental de desenvolvimento da relação entre a organização e os seus trabalhadores, através do momento de auto

reflexão e discussão crítica de resultados que proporciona entre supervisores e subordinados.

Ao referir a importância da avaliação e gestão do desempenho, Caetano (1996) afirma que “numa época em que os recursos humanos são generalizadamente considerados como um dos principais factores determinantes da competitividade das organizações, a avaliação de desempenho profissional emerge como um dos problemas mais críticos que os processos de gestão devem resolver”.

McGregor (1957) considera que os principais objectivos que levam as organizações a implementar um sistema de avaliação de desempenho se prendem com a satisfação de três necessidades, sendo uma da organização e duas do indivíduo. Ao nível da organização, a avaliação de desempenho ajuda as decisões administrativas ligadas às transferências, às remunerações, etc. Ao nível do indivíduo, permite que o avaliado conheça a apreciação que é feita acerca do seu desempenho e permite ao avaliador aconselhar o colaborador no seu percurso profissional.

Nesta linha de investigação, Jacobs et al. (1980) indicaram que a avaliação de desempenho permite apoiar as decisões de acção disciplinar, dar feedback, desenvolver o empregado, servir de critério para as promoções, para a selecção, para a formação/supervisão e para o diagnóstico e desenvolvimento organizacional.

Segundo David Guest, numa conferência realizada em Portugal, em 2007, a avaliação do desempenho do potencial humano, passa por medir o trabalho individual, o trabalho em equipa, a interacção entre as equipas, assim como o conjunto das práticas de gestão dos RH. É fundamental que as práticas internas estejam adequadas ao ambiente externo da empresa.

Quando nos concentramos no caso específico do sector da saúde, o sistema de avaliação de desempenho visa detectar os factores que influenciam o rendimento profissional e recolher as necessidades de formação, ao mesmo tempo que é utilizado como uma das bases para fundamentar as promoções dos trabalhadores.

### ***Siadap***

A Lei n.º 66-B/2007, de 28 de Dezembro, institui o sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública (SIADAP), aplicando-se aos desempenhos dos serviços públicos, dos respectivos dirigentes e demais trabalhadores, concretizando uma concepção integrada dos sistemas de gestão e avaliação, permitindo

alinhar, de uma forma coerente, os desempenhos dos serviços e dos que neles trabalham.

O SIADAP concretiza -se nos princípios, objectivos e regras definidos na Lei n.º 66 – B/2007, no entanto, podem ser aprovados sistemas alternativos ao SIADAP adaptados às especificidades das administrações em causa. As adaptações ao SIADAP são feitas respeitando o disposto na presente na lei em matéria de: princípios, objectivos e subsistemas do SIADAP; avaliação do desempenho baseada na confrontação entre objectivos fixados e resultados obtidos; diferenciação de desempenhos, respeitando o número mínimo de menções de avaliação e o valor das percentagens máximas previstas na lei.

O SIADAP articula -se com o sistema de planeamento de cada ministério, de acordo com o seu ciclo de gestão, constituindo um instrumento de avaliação do cumprimento dos objectivos estratégicos plurianuais determinados superiormente e dos objectivos anuais e planos de actividades, baseado em indicadores de medida dos resultados a obter pelos serviços.

A avaliação e gestão do desempenho enquadram-se no processo de modernização da Administração Pública, com o objectivo da melhoria contínua dos serviços. Para que esta melhoria contínua seja possível será necessário desenvolver uma cultura de gestão orientada para resultados com base em objectivos previamente estabelecidos, mobilizando os trabalhadores em torno da missão essencial do serviço, orientando a sua actividade em função de objectivos claros e critérios de avaliação transparentes.

O SIADAP encontra-se dividido em três subsistemas de avaliação de desempenho: SIADAP 1, direccionado para os serviços; SIADAP 2, direccionado para os dirigentes; e, por ultimo, o SIADAP 3, direccionado para os trabalhadores.

O SIADAP 1 - sistema de avaliação dos serviços públicos, visa reforçar na Administração Pública uma cultura de avaliação e responsabilização, vincada pela publicitação dos objectivos dos serviços e dos resultados obtidos, em estreita articulação com o ciclo de gestão. A auto-avaliação é obrigatória, evidenciando os resultados alcançados e os desvios verificados de acordo com o QUAR, (Quadro de Avaliação e Responsabilização) sendo parte integrante do relatório anual de actividades acompanhada de informação respeitante a: apreciação, por parte dos utilizadores, da quantidade e qualidade dos serviços prestados; avaliação do sistema de controlo interno; causas de incumprimento de acções ou projectos não executados ou

com resultados insuficientes; medidas que devem ser tomadas, evidenciando as condicionantes que afectem os resultados a atingir; comparação com o desempenho de serviços idênticos; audição de dirigentes intermédios e dos demais trabalhadores. Na hetero-avaliação, que pode ser realizada por entidades internas da administração (por exemplo inspecções-gerais), ou por entidades externas (por exemplo associações de consumidores ou outros utilizadores), pretende obter-se um conhecimento aprofundado das causas dos desvios evidenciados na auto-avaliação ou de outra forma detectados e apresentar propostas para a melhoria dos processos e resultados futuros.

O QUAR (Quadro de Avaliação e Responsabilização) serve de base à avaliação dos Serviços, e tem como objectivo fornecer ao utilizador orientações acerca das fases que compõem o processo de Avaliação do seu Serviço apresentando os 8 passos do Administrador do QUAR que permitem percorrer o processo de avaliação no Sistema do início ao fim.

No que diz respeito ao SIADAP 2 – avaliação global dos dirigentes da Administração Pública é feita no fim das comissões de serviço, sendo que anualmente se procederá a uma avaliação intercalar. A avaliação de dirigentes superiores assenta nas cartas de missão, com base nos parâmetros "grau de cumprimento dos compromissos" e de "competências" de liderança, de visão estratégica, de representação externa e de gestão demonstradas, essenciais para um bom desempenho nos mais altos cargos da Administração Pública. Os resultados da avaliação dos dirigentes superiores têm efeitos na atribuição de prémios e na renovação ou cessação da comissão de serviço. Por outro lado é introduzida uma percentagem máxima de 5% do total dos dirigentes superiores para a atribuição de distinção de mérito com reconhecimento de *Desempenho Excelente*. Considera-se um *Desempenho Excelente*, quando o avaliado atingiu e ultrapassou todos os objectivos, no caso dos dirigentes superiores, demonstrou em permanência capacidades de liderança, de gestão e compromisso com o serviço publico que podem constituir exemplo para os restantes trabalhadores. A avaliação dos dirigentes intermédios centra-se nos "resultados" obtidos nos objectivos da respectiva unidade orgânica e nas "competências" demonstradas, as quais integram a capacidade de liderança e competências técnicas e comportamentais. Também na avaliação dos dirigentes intermédios foi introduzida uma percentagem de 25% do total de dirigentes intermédios para a atribuição da classificação de *Desempenho Relevante*.

O SIADAP 3, diz respeito à avaliação de desempenho dos trabalhadores, e é realizado com uma periodicidade de uma ano. Se o avaliado, se encontrar no serviço à menos de seis meses a sua avaliação será realizada em conjunto com a avaliação do ano seguinte.

A avaliação do desempenho dos trabalhadores é efectuada com base nos parâmetros de Resultados e Competências. Os resultados são fixados, anualmente, pelo menos três objectivos para cada trabalhador, sendo que para cada objectivo deve ser estabelecido o indicador de medida de desempenho. Os objectivos a fixar devem ser, designadamente:

- De produção de bens e actos ou prestação de serviços;
- De qualidade, orientada para a inovação, melhoria do serviço e satisfação das necessidades dos utilizadores;
- De eficiência, no sentido da simplificação e racionalização de prazos e procedimentos de gestão processual e na diminuição de custos de funcionamento;
- De aperfeiçoamento e desenvolvimento das competências individuais, técnicas e comportamentais do trabalhador.

As competências são escolhidas de entre as constantes da lista aprovada para o respectivo grupo profissional em número não inferior a cinco para cada trabalhador.

É instituída a Comissão Paritária (artigo 59º), a funcionar junto do dirigente máximo de cada serviço, com competência consultiva e tendo por objectivo apreciar propostas de avaliação dadas a conhecer a trabalhadores avaliados antes da homologação. É composta por 4 vogais: 2 em representação da Administração (sendo um membro do Conselho Coordenador da Avaliação); e, 2 representantes dos trabalhadores.

Até agora, os médicos do SNS não tinham um regime comum de avaliação do desempenho. Ou seja, cada instituição de saúde aplicava as suas regras. No entanto com a Portaria 209/2011, de 25 de Maio, esta lacuna foi corrigida aplicando as regras do SIADAP, também aos médicos, quer trabalhem no sector público administrativo ou em hospitais-empresa.



Esta portaria define como objectivos do processo de avaliação dos trabalhadores médicos:

- Contribuir para a melhoria da gestão e do desempenho das unidades prestadoras de cuidados de saúde;
- Promover a eficiência e eficácia dos serviços;
- Desenvolver uma cultura de gestão orientada para resultados com base em objectivos previamente estabelecidos, promovendo também o trabalho em equipa;
- Identificar as necessidades de formação e desenvolvimento profissional com vista à melhoria do desempenho dos trabalhadores médicos;
- Promover a motivação e o desenvolvimento das competências comportamentais e qualificações dos trabalhadores médicos;
- Reconhecer o mérito, assegurando a diferenciação e valorização dos níveis de desempenho.

Tal como acontece com o SIADAP para os restantes trabalhadores, também a avaliação dos médicos é realizada anualmente e efectua-se através dos seguintes parâmetros:

- «Objectivos individuais», devem ser estabelecidos em articulação com os objectivos da respectiva unidade orgânica, e deverão abranger, pelo menos três dos seguintes âmbitos: Assistencial ou produtividade; Formação; Investigação; Organização; Atitude Profissional e comunicação;
- «Competências de desempenho», que visam avaliar a adequação da conduta às boas práticas médicas e comportamentais compatíveis com o exercício das funções do avaliado, tendo por base critérios de avaliação e padrões de desempenho profissional previamente fixados pelo conselho coordenador da avaliação.

A auto – avaliação, é apenas mais uma semelhança com o SIADAP para os restantes trabalhadores e tem como objectivo envolver o trabalhador médico no processo de avaliação, promovendo a reflexão sobre a sua prática médica, desenvolvimento profissional e condições de melhoria do desempenho.

No entanto, apesar da existência desta nova decisão, nem todos os trabalhadores médicos, concordam com a sua implementação, apresentando como principal falha, a continuação de existência de quotas de avaliação.

### **Estudo de caso**

Hoje em dia, em qualquer serviço dos HUC, deparamo-nos sempre com o mesmo problema, atender o maior número de utentes, no mesmo período de tempo e utilizando cada vez menos recursos.

Para este estudo de caso, iremos analisar duas AGI's (AGI X e AGI Y) e uma CRI (CRI A), na tentativa de perceber as diferenças nas suas Políticas de RH. Certamente que cada unidade orgânica a analisar terá as suas particularidades, uma vez que terão pessoas diferentes a dirigir o serviço, e pessoas diferentes a serem geridas. No entanto não nos poderemos esquecer que todas estas unidades gerem pessoas, neste caso profissionais de saúde, que actuam sempre, tendo em vista o cumprimento da missão dos HUC, já referida anteriormente.

Na AGI X, iremos analisar a opinião de três directores de serviços diferentes, através da análise a entrevistas que foram efectuadas durante o período de estágio.

*“Cada um sabe o que tem de fazer e faz”*

O Serviço 2, é um serviço cuja especialidade tem alguma carência de profissionais devido à especificidade do mesmo, tornando-o envelhecido, onde apenas existe uma médica com idade inferior a 35 anos.

De acordo com o director deste serviço, é fácil gerir os profissionais que nele se encontram, uma vez que já se conhecem há muitos anos, trabalham juntos há muitos anos, respeitam-se e cada um tem as suas áreas de referência. Existe a preocupação por parte de todos de se manterem actualizados cientificamente, frequentando cursos, lendo diariamente, porque tal como nos disse a directora de serviço *“todos os dias temos que estudar um pouco, porque todos os dias há coisas novas. Temos uma boa biblioteca, o hospital tem-nos fornecido isso.”* *“Deixamos de ter revistas devido a política hospitalar, centralizaram tudo na biblioteca central e a biblioteca é excelente. Tem uma directora muito para a frente, muito activa, percebe muito da parte da biblioteca. Tem tudo online. Nos podemos receber inclusivamente os artigos em casa. E portanto é assim que vamos gerindo o nosso tempo, o nosso trabalho. Cada um sabe o que tem a fazer e faz.”*

Na opinião deste director de serviço, o ideal seria que todos os profissionais trabalhassem em exclusividade para o Hospital, evitando assim promiscuidades *“o ideal é estar em exclusividade.”*

A avaliação dos profissionais é realizada pela directora do serviço que considera o SIADAP, um sistema injusto, principalmente por este ser realizado através de quotas que são desonestas, afirmando peremptoriamente *“SIADAP para médicos não, a avaliação curricular vai sempre existir. O problema da progressão na carreira... é só por uma questão de ordenado. Porque o problema é unicamente a questão do ordenado. Mas as pessoas realmente têm que desenvolver o seu trabalho, evoluir, não têm outra solução. Essa evolução é feita diariamente.”*. O director do Serviço 2, apenas aceitaria a avaliação de desempenho dos médicos, se esta se realizasse sem quotas, devido à sua complexidade, dando um exemplo explicativo *“Eu posso chegar ao fim do mês e ver quantas análises fez uma medica e as outras, mas para já as análises são diferentes, o esforço que uma desempenhou é totalmente diferente. Portanto, há situações na medicina que não podem ser comparáveis. E que nos ainda por cima na contratualização estamos dependentes de outros. Nós somos intermediários entre os clínicos e os doentes. Só fazemos o que nos é pedido. Produzimos o que nos é encomendado. E mais a tutela está a descorar especialidades que são muito importantes, há muita gente para ir embora nestes serviços.*

### Serviço 3

*“...aqui vou-lhe já dizer que não vai encontrar nada de bom, as pessoas estão esgotadas, fartas, cansadas, desmotivadas, ganham pouco, não sentem, não estão de maneira nenhuma disponíveis para continuar num sistema destes, e se pudessem sair saiam amanhã, é mais ou menos esta a situação.”*

Por fim, o serviço que irei analisar dentro da AGI X, é um serviço cujo director considera que os seus profissionais se encontram totalmente desmoralizados, onde existe carência de RH, agravada com a política de restrição a novas entradas.

Tal como referia no início do estudo de caso, o lema tem sido, *“faça cada vez mais, com cada vez menos”* existindo como nos diz o Director do Serviço 3 *“Controlo de custos... fazer mais ou fazer o mesmo com os meus custos, se possível reduzir e se isso atrasar os doentes paciência... é uma situação muito difícil, muito dura, e acho que não vai melhorar nada, os prejudicados vão ser os doentes, mas nota-se também nos profissionais que eles não se sentem felizes, ganham mal, como digo, não sentem minimamente acarinhados, as carreiras médicas foram paradas, portanto não há nenhuma motivação...”*.

Quando questionado de qual seria o quadro ideal para o bom funcionamento do serviço, o director afirma que passa pela exclusividade hospitalar, pelo comportamento de vestir a camisola, levando a que os profissionais tenham maior disponibilidade mental para

equacionar os problemas e encontrar as melhores soluções. O director do serviço considera igualmente importante que as AGI's fossem transformadas em estruturas idênticas aos CRI, para que existisse uma responsabilização para o orçamento e a possibilidade de incentivos no caso da produção ir além do orçamento. O director do serviço salienta que existe no hospital um serviço que funciona bem, resultado de terem sido atribuídas, ao director de serviço, *“delegações de competências que lhe permitem gerir bem o seu serviço... ele consegue medir o esforço dos profissionais, ele tem delegação de competências para contratar quem quer para aquela função, ele é responsável pelo orçamento e chega ao fim, se o desvio orçamental for positivo ele pode-o distribuir pelos seus colaboradores, que ele quer em exclusividade e que estão em exclusividade de funções, portanto não é só dizer que o Professor AB é um iluminado que apareceu aqui, pode ser um excelente profissional mas não é nenhum iluminado, ele tem condições que negociou politicamente quando veio que nunca foram mais dadas a ninguém”*.

O Administrador da AGI X considera que uma equipa Sá funciona com a máxima produtividade se estiver motivada. Mas o que fazer para motivar uma equipa? Segundo este Administrador, *“só se motiva se tiver objectivos, se tiver prémios de desempenho, não têm necessariamente que ser monetários, se tiverem uma determinada satisfação profissional e pessoal naquilo que fazem”*, considerando que, *“o mais difícil de gerir numa instituição deste tamanho é, exactamente, gerir as pessoas, as relações, em termos profissionais, em termos pessoais, porque cada pessoa tem o seu método de trabalho, cada pessoa tem a sua forma de lidar com outras, e gerir isto tudo, numa organização onde há 5500 pessoas, a trabalhar ao mesmo tempo”*.

No que diz respeito à avaliação de desempenho, o administrador da AGI X considera-a necessária, pois os profissionais de saúde sentem necessidade de saber qual o seu desempenho, referindo que um sistema de avaliação poderá ser positivo, pois ajudará a produtividade, eficiência, eficácia, e em parte também a própria motivação dos profissionais. Sendo assim, pensa que o SIADAP *“foi o possível nas condições que tínhamos, agora requer muitas melhorias, muitas alterações, requer que se pense um bocadinho mais, que se faça muitas reuniões das pessoas competentes para perceber o que é que está mal neste sistema, o que é que está bem, o que é que pode ser melhorado, mas pronto acho que é um primeiro passo, e um bom passo, porque não existia nada disto em Portugal”*.

Na AGI Y, foram realizadas entrevistas ao director da AGI, ao director de um serviço e ao Administrador da AGI.

O Director da AGI Y, considera que actualmente os profissionais de saúde têm muito pouca autonomia, e pouco poder de influência no modelo organizativo em que se encontram.

Na sua opinião para que os profissionais de saúde possam exercer a sua profissão em pleno, necessitam de se sentirem identificados/ integrados no modelo organizativo.

Segundo o Director da AGI Y, o director de um Serviço, de uma AGI, deverá ser a pessoa mais diferenciada da equipa, deve saber dialogar com os diferentes grupos profissionais, tendo em atenção as suas características específicas. No entanto a estratégia adoptada por cada director depende da sua própria personalidade, não sendo obrigatório que o director consulte o seu administrador e o seu enfermeiro-chefe para a tomada de decisões.

O director da AGI Y, explicita o seu ponto de vista dizendo *“Se o director dessa área quiser tomar uma atitude de definir o cargo e de o exercer de modo unipessoal, ou seja, eu tenho uma estratégia, tenho os meus objectivos, delineei as coisas e agora digo, meus caros senhores isto é para fazer assim. Tenho uma decisão para tomar, tenho um problema que eu próprio procurei a solução e digo a solução é esta. Esta é uma via, mas não é a via que, eu por exemplo, acho boa. Porque vai-me trazer mais problemas do que aqueles que eu quero resolver.”*

No que diz respeito à Avaliação do Desempenho, o Director da AGI Y, defende que esta avaliação deverá ser realizada pelos pares, fundamentalmente, uma vez que *“Só os profissionais de saúde é que conseguem ver onde estão determinadas falhas...”*

Relativamente, à Avaliação de Desempenho, foi-me possível perceber quais os indicadores que o Director da AGI, considera mais relevantes, apresentadas no quadro seguinte:

Indicadores	Discurso
Produtividade	<i>“um profissional de saúde pode avaliar-se pela produção, faz muitas consultas, faz poucas consultas, ou seja, pela quantidade. Se faz muitas intervenções cirúrgicas, se faz poucas intervenções cirúrgicas, este pode ser um índice.</i>
Avaliação diferenciada	<i>“O modelo de avaliação na saúde tem que ser adaptado a cada área, eu não posso avaliar normalmente com os mesmos índices um cirurgião cardiovascular com um médico de clínica geral. A complexidade é totalmente diferente.”</i>
Erros	<i>“Os erros também devem ser avaliados. Qualquer coisa correu mal, um registo de erros, mas não é só registá-los, é registá-los e saber porque é que aconteceram.”</i>

Atitudes	<i>“São atitudes, e que podem ser avaliadas pelos pares. Os pares podem conseguir avaliar atitudes, ver currículos escondidos. Porque, lá está, quem trabalha em paralelo consegue ver. Este pode ser outro índice a tentar identificar.”</i>
Experiência	<i>“As pessoas ao longo da sua actividade profissional na saúde foram ganhando alguma experiência. Os que foram ganhando experiência foram os que vão fazendo as coisas de modo inconsciente mas competente, e isto também deveria ser avaliado.”</i>
Qualidade	<i>“A qualidade é outro factor que deve ser avaliado. Se qualquer profissional de saúde, um médico, tem um consultório, quer lá os clientes, portanto ou os trata bem ou não vai ter clientes. Sempre esteve a ser avaliado.”</i>

**Quadro 5 – Indicadores fundamentais para a Avaliação de Desempenho, segundo o director da AGI Y.**

Relativamente à exclusividade, o director da AGI Y, considera que o modelo organizativo influencia a vontade dos profissionais de saúde trabalharem ou não em exclusividade, ou seja, quando um profissional tem capacidade de colaborar num modelo organizativo, tem autonomia para organizar o seu trabalho, sentindo-se de certa forma motivado para trabalhar em exclusividade para a organização. Outro factor importante, será a percepção que o profissional terá acerca da evolução da sua carreira dentro da organização para a qual trabalha.

#### Serviço 3

*“...o que distingue um bom profissional é o sentido de responsabilidade, a disponibilidade, por ordem, o sentido de responsabilidade, competência e depois disponibilidade.”*

A gestão dos profissionais de saúde, para o director do serviço 4, não é uma tarefa fácil, principalmente, quando são atribuídas quotas de avaliação. *“Há uma avaliação subjectiva que é relativamente fácil quando é necessário utilizar metas, objectivos, qualificar competências torna-se complicado e é um desafio difícil, torna-se ainda mais difícil porque temos naturalmente quotas, que é um problema, quotas que nos levam por vezes a ficar menos motivados, porque quando fazemos um esforço sério de avaliar os profissionais objectivamente e com rigor podemos chegar à conclusão e já aconteceu, que temos um funcionário que se destaca dos outros, que seria qualificado de excelente mas não podemos classificar como tal porque não temos quota para isso, portanto acaba por ficar com a mesma classificação do outro que é bom ou*

*muito bom e isso não é muito motivador nem para os profissionais nem para quem avalia.*

Segundo o director deste serviço são, características de um bom profissional:

Responsabilidade	<i>“Porque não basta ter muitos conhecimento se não se tiver sentido de responsabilidade, responsabilidade de uma forma lata, para com a pessoas, para com a instituição, com os recursos que se consomem, tudo isso é sentido de responsabilidade, não é só estar e cumprir horários”</i>
Disponibilidade	<i>“têm que estar sobretudo disponíveis e não estar a pensar que deviam estar noutro lado e têm de ir a correr para ir ganhar dinheiro para outro sítio”</i>
Ordem	<i>“as pessoas têm que saber que têm de fazer mas têm de fazer quando é preciso, ao ritmo que é preciso e têm que estar sobretudo disponíveis e não estar a pensar que deviam estar noutro lado e têm de ir a correr para ir ganhar dinheiro para outro sítio</i>
Competência	<i>“A competência é fundamental”</i>

#### **Quadro 6 – Características de um bom profissional**

A motivação, segundo este director de serviço *“...passa por dar alguns prémios de desempenho mas passa sobretudo por reconhecer as qualidades e os serviços prestados, e esse reconhecimento tanto pode vir das chefias e das pessoas os responsáveis através eventualmente dos prémios de desempenho, quer através dos utentes, porque é muito gratificante uma pessoa receber um elogio, um obrigado dos utentes.”*

Para que seja possível atrair e reter bons profissionais é necessário que eles se sintam integrados na equipa. Na equipa deste serviço, de acordo com o seu director, não existem pedidos de transferências, não existem saídas, existe espírito de inter-ajuda, *“até porque temos necessidade de trabalhar ao fim de semana e fora de horas, portanto, não é com as compensações monetárias que as pessoas vêm, é porque se sentem a trabalhar por um objectivo comum, e se sentem recompensadas pelo menos de vez em quando com os agradecimentos, com a minha postura, com o agradecimento pessoal.”*

Quando questionado se o director da AGI terá de ser médico, o director de serviço afirma que *“Não tem que ser médico. Tem que conhecer bem o meio, isso é*



*fundamental porque pode ser médico e não conhecer bem a realidade que o rodeia”, “o ideal é ter um gestor, mas tem que ter próximo dele conselheiros que conheçam muito bem a realidade.”*

No que diz respeito à avaliação de desempenho, esta deve ser realizada pelas pessoas que lidam de perto com os profissionais de saúde, sendo assim, a directora do serviço 3, delega a avaliação de desempenho dos enfermeiros, na enfermeira chefe, uma vez que considera que o conhecimento que detém sobre estes profissionais é muito superficial, ao contrário do que acontece com a enfermeira chefe.

O ponto fundamental para que uma equipa funcione bem, na opinião da directora deste serviço, reside na construção de uma relação de confiança, *“acho que essa é fundamental. E acho que uma pessoa só é um bom líder, um bom gestor, se quisermos, se tivermos a confiança das pessoas.”*

Para o administrador da AGI Y, antes de se analisar a gestão dos profissionais de saúde e a avaliação do desempenho realizada nos HUC, considera importante referir que apesar de actualmente, os hospitais terem uma estrutura empresarial, não foram criadas assim, inicialmente existiam num contexto de administração pública, com acentuadas diferenças.

No que diz respeito à GRH, na antiga estrutura hospitalar era denominada de secção do pessoal, onde as principais tarefas eram: processamento de salários, marcação de faltas, contabilização de horas extraordinárias. Actualmente, alterou-se a designação mas na realidade ainda existe um longo caminho a percorrer para que se possa fazer uma verdadeira GRH, *“a maior parte dos hospitais não sentem sequer a preocupação de ter uma política de gestão com as pessoas, eu diria que nem sequer tem uma política de pessoal explicitada, que seja do conhecimento dos profissionais que nele trabalham”*.

No sector da Saúde, existe cada vez mais, a preocupação com a avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, no entanto, existem diferenças consoante o grupo profissional a que pertencem:

Médicos	<i>“os médicos não são avaliados relativamente ao seu desempenho, nunca foram, essa é uma questão importante, no entanto na semana passada fez-se um acordo pela primeira vez, que vai permitir a avaliação dos médicos nas instituições hospitalares”</i>
---------	--



<p>Enfermeiros e Técnicos de Diagnóstico</p>	<p><i>“Os enfermeiros e os técnicos de diagnóstico e terapêutica está a negociar um processo de reestruturação do seu processo de avaliação porque ele era aferido ao triénio e se formos ver a menção, que resulta da avaliação dos enfermeiros, por ex., é uma menção tão só, de Satisfaz ou Não Satisfaz, não mede o mérito de ninguém, não diferencia o desempenho e provavelmente tínhamos instituições em noventa e muitos para não dizer 100 era satisfaz, e portanto se pensarmos pelo lado do resultado da avaliação daquelas pessoas, não existia reconhecimento do desempenho e do mérito.”</i></p>
<p>Assistentes Administrativos e Técnicos Superiores</p>	<p><i>“passaram a ser avaliados em 2004 pelo SIADAP. O SIADAP veio substituir um sistema que já existia para estes profissionais que funcionava desde 84, e funcionou portanto durante 20 anos, foi mau nos resultados”</i></p>

**Quadro 7 – Avaliação de Desempenho nos diferentes grupos profissionais**

Actualmente falamos de *“avaliação de profissionais individualmente e nos hospitais não se trabalha pessoa a pessoa, cada uma não trabalha para si, ou seja, o trabalho dos hospitais é sobretudo um trabalho de equipas, e estes sistemas de avaliação, com excepção provavelmente dos médicos que vai ter um toquezinho de diferença, não vamos ter ali uma avaliação de 360º, mas vamos ter ali um toquezinho de diferença. Todos os outros sistemas de avaliação referem a profissionais individualmente, está-se a avaliar a pessoa, em concreto e isto é um pouco mais que a pessoa, isto é o conjunto das equipas”*

Para o administrador da AGI Y, nem sempre o melhor profissional é o mais inteligente, tal como nos dizia, quando nos contava a sua experiência na área de Recrutamento e Selecção, *“ O mais inteligente de todos não, alguém que de preferência tivesse um bom feitio, mas era exactamente isso, a preocupação de colocar as pessoas numa área em que eles possam ter um excelente desempenho, não quer dizer que as equipas estejam certinhas, mas procurar a maneira de as pessoas funcionarem em equipa, nunca funcionam isoladamente, nos hospitais não funciona, os hospitais para além de funcionarem em equipa, funcionam com outras equipas, isto é uma rede é uma teia que não há hipótese de ver isto como uma pessoa ou um sector.”*

CRI A

*“Tenho um certo tipo de horror a este tipo de avaliação”*

A entrevista ao director da CRI A, centrou – se essencialmente na avaliação de desempenho. O director clínico desta CRI, admitiu que ainda não leu o diploma do SIADAP para os médicos, classificando-o como uma “chinesise” e identificando duas grandes falhas:

- Auto – avaliação – *“Aqui nunca vi ninguém a auto-avaliar-se mal. Nos fazemos essa avaliação aos nossos secretariados e elas avaliam-se sempre no máximo.”*
- Existência de quotas – *“Tanto faz ter uma equipa boa ou uma equipa má, a gente só pode dar x muito bons, x excelentes, x bons e portanto esta avaliação acaba por ser uma coisa “faz de conta” muitas vezes.”*

Na CRI A, foi adoptado um sistema de avaliação, tendo por base os seguintes indicadores:

Pontualidade	<i>“...nós chegamos todos às 7h30 da manha e todos vão ver todos os doentes, não há doentes para A nem para B e portanto eu não posso classificar alguém por x consultas e cada consulta vale x pontos, porque vai dar consulta quem está livre, quem não está na sala de operações.”</i>
Assiduidade	<i>“Para nós um indivíduo que no ano todo conseguiu usar 11 dias de casamentos, 4 dias de nojo porque morreu o tio, mais 8 faltas porque teve que ir com o menino ao pediátrico, mais aquelas faltas é um mau funcionário. E quando tivemos incentivos penalizados essas coisas todas”</i>
Competência Técnica	<i>“Qualquer avaliação de desempenho só tem valor se houver consequência visível e que seja suficientemente discriminativa para separar os bons dos maus. Há muita gente que se esta nas tintas de ter excelente ou não.”</i>
Relações humanas inter-pessoais	<i>“...não operamos apenas os doentes na sala de operações, depois temos que lidar com eles na enfermaria e na consulta.”</i>

**Quadro 8 – Indicadores do sistema de avaliação do CRI A**

Com o término dos incentivos, o director clínico da CRI A, já se começou a aperceber que existe alguma desmotivação por parte dos seus profissionais, admitindo que ele próprio se sente desmotivado, dizendo *“tenho um edifício muito grande, mas agora ele treme por todos os lados”*.

Para o director da CRI A, *“Só pode ser o director de serviço, porque tem autonomia total e depois tem que ser responsabilizado por isso. Ele é o responsável pelos resultados da equipa. Essa responsabilização tem que ser para o bom e para o mau. Se um indivíduo pode ser punido por não atingir determinado parâmetro de qualidade também tem que ser premiado de ultrapassar esse parâmetro de qualidade.”*, *“Eles não vão saber se eu fiz muitas consultas, se fui eu que fiz mais operações, o que interessa é se a equipa funcionou, se não tem lista de espera, se a mortalidade esta abaixo da média internacional, se houve reinternamentos nos próximos 5 dias...no fim de contas não estão a avaliar uma amostra pequenina, mas o somatório das amostras todas. Eu sou responsável por isso.”*

## *Considerações Finais*

A gestão dos sistemas de saúde é cada vez mais desafiadora. Ao mesmo tempo deparam-se como uma gama crescente de necessidades de saúde e restrições financeiras que limitam o potencial dos serviços para fortalecer as infra-estruturas e os recursos humanos no sector da saúde. Toda esta mudança tem como consequência um impacto negativo no recrutamento, motivação e retenção de profissionais de saúde, existindo uma maior rotatividade dos mesmos, podendo comprometer o desempenho profissional.

A evolução do Sistema de Saúde Português não tem valorizado os profissionais de saúde. A falta de pensamento estratégico tem resultados em grandes deficiências que colocam em risco o futuro de algumas instituições, e até mesmo do Serviço Nacional de Saúde. Uma das áreas mais afectada com esta deficiência no pensamento foi a área do RH, reflectindo-se, na inadequação dos quadros, na sua má distribuição, na falta de incentivos, na falta de motivação, na ausência de especificações do desempenho individual.

A avaliação de desempenho é uma importante ferramenta na gestão de RH, no entanto, é preciso que o processo seja conduzido de maneira correcta e ética. A avaliação pode ser usada como forma de motivar os profissionais a melhorar o seu desempenho através da criação de objectivos claros para o futuro. Seria importante conseguir integrar os procedimentos existentes pela autoregulação profissional (processos de certificação e da Ordem dos Médicos e processos de progressão na carreira médica pública e agora do SIADAP) com processos de melhoria contínua da qualidade do serviço (clinical governance) e com processos de desenvolvimento profissional contínuo.

O Estudo Caso, focalizou-se essencialmente em duas questões: Como gerir Profissionais de Saúde? Como avaliar o desempenho dos Profissionais de Saúde?. No que diz respeito, à gestão de profissionais de saúde as respostas nem sempre são unânimes, existem directores de serviço que classificam esta tarefa como sendo fácil, justificando-se essencialmente pelo facto de conhecerem bem a equipa que estão a gerir, tentando manter todos os profissionais motivados para o excelente desempenho. Por outro lado, existem directores de serviço, para quem a gestão de profissionais de saúde, é uma questão bastante complexa e difícil, sobretudo a partir do momento em que tiveram de realizar a avaliação de desempenho, respeitando as quotas de avaliação que lhes foram atribuídas.

Para que se possa proceder a uma boa avaliação de desempenho dos profissionais de saúde, é necessário perceber quais as características que ele deve ter, e quais os indicadores que deverão ser avaliados. Neste sentido, e durante a realização do estudo de caso, pode-se dizer que um bom profissional é aquele que tem sentido de responsabilidade, disponibilidade, ordem, e claro está, competência técnica. O factor da disponibilidade, foi várias vezes referido ao longo das entrevistas, no sentido de reforçar a ideia que os médicos, enfermeiros e restantes profissionais deveriam trabalhar em exclusividade para o hospital, de forma a ter uma disponibilidade total, não só a nível de horários de trabalho, mas sobretudo ao nível mental.

Quanto aos indicadores que deveriam servir como parâmetros de avaliação, referenciados ao longo do Estudo Caso, torna-se importante salientar os seguintes: produtividade; avaliação diferenciada; erros; atitudes; experiência; qualidade. A produtividade e a avaliação diferenciada, devem ser analisadas em conjunto, ou seja, um profissional de saúde deverá ser avaliado pela sua produtividade comparativamente com um profissional da mesma área, por exemplo a nível médico, é muito diferente o número de consultas de um médico cirurgião de oftalmologia, para o número de consultas de um médico cirurgião de cardiotorácica. Os erros devem ser avaliados, não só para que se tenha registo que determinado profissional errou, mas sobretudo, para que se possa evitar erros futuros. As atitudes, tal como os erros devem ser avaliadas pelos pares, pois eles melhor que ninguém conhecem o serviço, os procedimentos correctos, conseguindo ter uma perspectiva para diferenciar o erro da negligência médica, e as boas e más atitudes. Por fim, a experiência e a qualidade, também podem ser avaliadas simultaneamente, no sentido de perceber a evolução da qualidade do serviço prestado à medida que a experiência vai aumentando.

## *Bibliografia*

- Almeida, Filipe (2004). *A Gestão de Recursos Humanos*. In. Lisboa, J., et al. INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES. Porto, Vida Económica.
- Bilhim, João (2006). *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Biscaia, André; Conceição, Cláudia; Martins, José; Ferrinho, Paulo (2003). *Política e Gestão dos Recursos Humanos na Saúde em Portugal – Controvérsias*. Revista Portuguesa Clínica Geral.
- Biscaia, André; Conceição, Cláudia; Martins, José; Ferrinho, Paulo (2003). *Caracterização dos Profissionais de Saúde em Portugal. Parte I – Quantos somos e quem somos*. Revista Portuguesa Clínica Geral.
- Biscaia, André; Conceição, Cláudia; Martins, José; Ferrinho, Paulo (2003). *Caracterização dos Profissionais de Saúde em Portugal. Parte II – Como estamos, onde estamos e como nos sentimos*. Revista Portuguesa Clínica Geral.
- Caetano, António; Vala, Jorge (2000). *Gestão de recursos humanos: contextos, processos e técnicas*. Lisboa, Editora RH.
- Camara, Pedro; Guerra, Paulo; Rodrigues, Joaquim (2005). *Humanator, Recursos Humanos e Sucesso Empresarial*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Carriço, Marlene (2011). *A Saúde e a troika: as 12 medidas mais difíceis*. Negócios blogues. Blogue massa monetária.
- Chiavenato, Idalberto (2008). *Gestão de Pessoas*. Editora Elsevier – Campus, 3ª edição.
- Coleção Economia e Empresa (2000). *Os sistemas de recompensas e a Gestão Estratégica de Recursos Humanos*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Decreto-lei nº 233/2005 de 29 de Dezembro.
- Decreto-lei nº 30/2011 de 2 de Março.
- Decreto-lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto
- Escoval, Ana; Matos, Tânia (2009). *A contratualização e a regulação nos hospitais*. In Campos, Luís et al. *Governança dos Hospitais*. Lisboa, Casa das Letras, pp. 149-186.
- Guest, David (1998). *Is the psychological contract worth taking seriously?*. Journal of Organizational Behavior, vol. 19, pp. 649-664.

- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas (2004). *Teoria Organizacional: Estrutura e Pessoas*. Lisboa, 3ª Edição
- Ivancevich, John (2008). *Gestão de recursos humanos*. São Paulo, McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 10ª edição, Universidade Técnica de Lisboa.
- Lisboa, João (2004). *Aspectos Gerais da Empresa*. In. Lisboa, J., et al. INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES. Porto, Vida Económica.
- Lei nº 48/90 de 24 de Agosto
- Lei nº 22/93 de 15 de Janeiro.
- Matos, Florinda; Lopes, Albino (2008). *Gestão do Capital Intelectual: A nova vantagem competitiva das organizações*. Revista Comportamento Organizacional e Gestão.
- Marques, Carlos Alves; Cunha, Miguel Pina e (1996). *Comportamento Organizacional e gestão de empresas*. Biblioteca de Economia § Empresa, Publicações Dom Quixote.
- Martin, Vivien (2004). *Gestão das unidades de saúde e de serviços sociais*. Editora Monitor.
- Miguel, Susana (2009). *Desempenho Profissional numa organização de Saúde: um modelo de análise*. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão.
- Mintzberg, H. (1995). *Estrutura e dinâmica das Organizações*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Neves, Joaquim (2000). *Clima organizacional, cultura organizacional e gestão de Recursos Humanos*. Lisboa, RH Editora.
- Neves, José; Gonçalves, Sónia (2009). *A investigação em Gestão de Recursos Humanos em Portugal: Resultados e Tendências*. Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão.
- Observatório do Emprego e Formação Profissional (1999). *Mudança Organizacional e Gestão de Recursos Humanos*.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2009). *Relatório de Primavera 2009, 10/30 anos: Razões para continuar*.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2011). *Relatório de Primavera 2011, Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*.
- Oliveira, Teresa. *A Organização que Aprende*. In. Lisboa, J., et al. INTRODUÇÃO À GESTÃO DAS ORGANIZAÇÕES. Porto, Vida Económica.

- Oliveira, Teresa; Holland, Stuart (2007). *Alternative paradigms of hospital work organization and health provision*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol. 25, pp. 19-37.
- Paauwe, Jaap (2011). *HRM and Performance: in search for sustainable High Performance Work systems*. MBA/practitioners' session. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia, May, 2011.
- Peretti, J.M. (1997). *Recursos Humanos*. Sílabo Gestão.
- Portaria n.º 209/2011 de 25 de Maio.
- Raposo, Vítor (2007). *Governança Hospitalar. Uma proposta conceptual e metodológica para o caso português*. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.
- Regulamento Interno dos HUC.
- Santos, Maria João Heitor dos; Miguel, José Manuel Pereira (2009). *Avaliação do impacte de politicas de diferentes sectores na saúde e nos sistemas de saúde: um ponto de situação*. Revista Portuguesa de Saúde Pública.
- Silva, Pedro Marques (2009). *Auto liderança e inovação de papel: Relações de mediação com a orientação dos objectivos e motivação*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Sousa, M.<sup>a</sup> José; Duarte, Teresa; Sanches, Pedro; Gomes, Jorge (2006). *Gestão de Recursos Humanos – Métodos e Práticas*. 5ª Edição, Lidel



**Sites consultados:**

- Site da Direcção Geral de Saúde - [www.dgs.pt/](http://www.dgs.pt/)
- Site do Centro de Simulação Biomédica - [www.simcoimbra.org/](http://www.simcoimbra.org/)
- Site dos Hospitais da Universidade de Coimbra - [www.huc.min-saude.pt/](http://www.huc.min-saude.pt/)
- Site da Entidade Reguladora da Saúde - [www.ers.pt](http://www.ers.pt)
- [www.siadap.gov.pt/PaginasPublicas/Servicos.aspx](http://www.siadap.gov.pt/PaginasPublicas/Servicos.aspx)
- <http://www.arscentro.min-saude.pt/Paginas/Inicio.aspx>

# ***Anexos:***

## *Anexo 1 – Regulamento Interno dos HUC*

## *Anexo 2 – Organigrama dos HUC*

***Anexo 3 – Estatuto do SNS - Lei n.º  
22/93, de 15 de Janeiro***

***Anexo 4 – Lei de Bases da Saúde – Lei  
n.º 48/90, de 24 de Agosto***

***Anexo 5 – Decreto – Lei n.º 180/2008,  
de 26 de Agosto***

***Anexo 6 – Decreto – Lei n.º 233/2005,  
de 29 de Dezembro***



***Anexo 7 – Decreto – Lei n.º 30/2011, de  
2 de Março***

*Anexo 8– Portaria 209/2011, de 25 de  
Maio*