

INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

QUALIDADE E SATISFAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE:  
UMA ABORDAGEM DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Susana Gil Nogueira

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Sociologia  
Especialidade em Organizações, Trabalho e Emprego

Orientador:  
Professor Doutor Paulo Pereira de Almeida,  
ISCTE

Julho, 2008

## **RESUMO**

A reforma da Administração Pública em Portugal, orientada pelo modelo de gestão pela qualidade, requer a identificação e desenvolvimento das competências dos funcionários, recorrendo à avaliação do desempenho como um instrumento de promoção de uma cultura de mérito que aumente os níveis de eficiência e qualidade.

Assim sendo, coloca-se a questão de saber se os sistemas de avaliação do desempenho contribuem para a qualidade e satisfação no trabalho em serviços de prestação de cuidados de saúde.

Através de um estudo de caso, o Centro Hospitalar de Caldas da Rainha, procurámos apreender as percepções dos profissionais de saúde, clínicos e não-clínicos, acerca das variáveis que afectam a qualidade e a satisfação no seu quotidiano de trabalho, bem como o impacto dos sistemas de avaliação a nível individual, organizacional e societal, de modo a podermos tirar algumas conclusões acerca desta temática.

Palavras-chave: Qualidade, Satisfação, Motivação, Desempenho, Avaliação

## **ABSTRACT**

The Reform of the Public Service, according to the paradigm of total quality management, requires the identification and development of the professionals' competences through the assessment of performance as an instrument for the implementation of a culture of merit, in order to enhance quality and efficiency levels. Within this setting, the question is to find out whether systems used for the appraisal of the performance of individuals, teams and organizations contribute for the improvement of quality and satisfaction among the Health Care workers.

The Centro Hospitalar das Caldas da Rainha was selected as a case study to apprehend the clinical e non-clinical professionals' notions about the variables that affect the quality and satisfaction in their work environment, as well as the impact of the evaluation systems at the individual, organizational and societal levels, in order to elaborate some conclusions on this subject.

**Key Words:** Quality, Satisfaction, Motivation, Performance, Assessment

## **AGRADECIMENTOS**

Um agradecimento especial ao Professor Doutor Paulo Pereira de Almeida, pela orientação, disponibilidade e paciência.

Quero ainda expressar o meu reconhecimento ao Conselho de Administração do CHCR pela possibilidade de realizar este trabalho, bem como a todos os funcionários que participaram neste processo.

Aos meus pais e ao meu filho, obrigada pelo incentivo, ajuda e compreensão.

## ÍNDICE

ÍNDICE.....	i
ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS.....	ii
INTRODUÇÃO.....	iii
1- A Problemática da Qualidade e da Avaliação do Desempenho no Trabalho.....	1
1.1. Qualidade e Satisfação no Trabalho.....	1
1.2. A Avaliação do Desempenho em Serviços de Saúde.....	4
1.3. Pergunta de Partida.....	6
2- A Qualidade e Satisfação: ponto de vista sociológico.....	7
2.1. A Transformação Organizacional.....	7
2.2. Qualidade e Actividade Produtiva.....	10
2.3. A Gestão da Qualidade e a Satisfação.....	12
3- Metodologia de Pesquisa e Trabalho de Campo: conceitos essenciais.....	14
3.1. Conceitos Operativos.....	14
3.2. Hipóteses Explicativas.....	21
3.3. Métodos Escolhidos.....	22
3.4. O Terreno de Recolha da Informação e Amostra.....	23
4- A Qualidade e Satisfação: estudo de caso e resultados da recolha de dados.....	29
4.1. Análise dos Principais Resultados.....	29
4.2. Confirmação de Hipóteses via Moderação.....	37
5- Conclusões / Considerações finais.....	39
Bibliografia.....	41
Anexos.....	46

## ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Conceitos e Dimensões.....	23
Quadro 2 – Grupos de pessoal do CHCR em 2007, por média etária e sexo .....	25
Quadro 3 – Variações nas percepções por agrupamento sócio-profissional .....	30
Quadro 4 – Grau de Satisfação no Trabalho (1).....	32
Quadro 5 – Grau de Satisfação no Trabalho (2).....	35
Quadro 6 – SIADAP.....	36
Quadro 7 – Pressuposto 1 – resultados.....	37
Quadro 8 – Pressuposto 2 – resultados.....	38
Quadro 9 – Pressuposto 3 – resultados.....	38
Figura 1 – Nos últimos anos foi possível melhorar a qualidade .....	29
Figura 2- Para melhorar a qualidade dos serviços prestados.....	31
Figura 3 – Para melhorar a produtividade nos serviços.....	31
Figura 4 – Sistemas de avaliação .....	33
Figura 5 – Objectivos .....	34

## INTRODUÇÃO

A actividade produtiva tornou-se hoje indissociável da prestação de serviços especializados baseada na relação de troca e co-produção entre servidor e destinatário. Este fenómeno de “servicialização” ou “tercialização” fez com que as características requeridas actualmente aos trabalhadores nas “sociedades de serviços” sejam bem diferentes das necessárias para a produção industrial do passado. Certos traços da personalidade, as capacidades relacionais e intelectuais integram o “modelo da competência”, em que estratégias de gestão qualificante dos recursos humanos visam o desenvolvimento pessoal e profissional orientado para a flexibilização, integração social e cooperação em equipas.

Assiste-se, presentemente, tanto no sector privado como no público, a uma implementação de programas de reforma das estruturas produtivas, procurando adaptá-las às actuais necessidades de qualidade e eficiência. Procura-se a modernização e a inovação não só através da introdução das novas tecnologias, como na adaptação ou reestruturação dos processos operativos e na diversificação de produtos e serviços, ao mesmo tempo que se investe na formação dos recursos humanos, de acordo com modelos participativos de gestão, e se implementam sistemas de avaliação do desempenho a vários níveis.

Este trabalho irá, justamente, debruçar-se sobre o efeito da avaliação do desempenho na qualidade do trabalho e na satisfação dos profissionais dos serviços de saúde. Assim, no capítulo 1 situaremos a problemática da qualidade e do desempenho no trabalho na área da prestação de serviços de saúde, procurando no capítulo 2 abordar a qualidade e satisfação no ponto de vista sociológico, seguindo-se, no capítulo 3, a apresentação da metodologia de pesquisa e de trabalho de campo num estudo de caso destinado a medir o grau de satisfação dos trabalhadores de serviços de saúde com aspectos relativos à organização, produção, qualidade, carreiras e avaliação do desempenho.

Depois de analisar os principais resultados, no capítulo 4 procuraremos relacionar os conceitos e indicadores subjectivos da qualidade do ambiente de trabalho, contexto organizacional e auto-imagem, com o grau de satisfação dos trabalhadores relativamente aos diferentes aspectos estudados e retirar conclusões relevantes para uma abordagem sociológica da problemática da avaliação do desempenho dos profissionais e dos serviços de saúde.

# QUALIDADE E SATISFAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE: UMA ABORDAGEM DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

## 1. A Problemática da Qualidade e da Avaliação do Desempenho no Trabalho

### 1.1. Qualidade e Satisfação no Trabalho

Durante o século XX desenvolveram-se teorias e métodos de trabalho baseados na constatação de que a aposta na qualidade dos produtos permite economizar tempo e reduzir custos na correcção dos defeitos de fabrico e contribui para a satisfação do cliente e para o prestígio das marcas, melhorando o rendimento e a competitividade das empresas. Os esquemas de controlo da qualidade da produção aperfeiçoaram-se com recurso à estatística e à investigação dos factores de variabilidade ao longo do processo produtivo. Entretanto, movimentos sócio-políticos faziam evoluir as condições de trabalho e estudos sociológicos aprofundavam as investigações iniciadas por Mayo, em Hawthorn, nos anos 30, acerca das complexas relações humanas em situações de trabalho, considerando-as um factor determinante na produtividade económica. Enquanto na concepção do *homo economicus* da visão industrialista o comportamento era previsível e racional, centrado no ganho material, a escola das relações humanas afirmou o *homo socius*, mais interessado na sua integração na vida social da organização. Surgia, assim, uma nova concepção de empresa, já não apenas um lugar de produção, mas também um lugar de convívio social. A satisfação dos trabalhadores e o sentimento de pertença a um grupo passaram a ser reconhecidas como condições necessárias à produtividade. Os fenómenos psico-sociológicos das interrelações sociais ganharam relevo nas práticas de gestão empresarial, introduzindo métodos participativos e de organização informal. Uma longa lista de autores, na esteira de Maslow e Herzberg, estabeleceram que a produtividade de um trabalhador depende da motivação para a satisfação das suas necessidades, variando de acordo com a relação entre as suas expectativas e recompensas. Assim, “*o indivíduo estará tanto mais motivado, quanto mais acreditar que a mobilização das competências num momento determinado, dá um contributo positivo para a realização dos seus projectos profissionais*” (Almeida, 2006:75).

A partir de meados do século passado, incontornáveis avanços na investigação em ciências sociais resultaram em maior atenção aos aspectos comportamentais, relacionais e comunicacionais, tanto no interior das empresas como nas trocas com a envolvente sócio-cultural. A centralidade das referências simbólicas e dos valores culturais fez inflectir a

abordagem da problemática da qualidade e da satisfação no trabalho para áreas multidisciplinares. O próprio conceito de qualidade deixou de se circunscrever aos aspectos gestionários e produtivos e tornou-se um “*conceito complexo e multifacetado que escapa a uma definição definitiva. A qualidade tem significados múltiplos e contraditórios que advêm de processos de comunicação intersubjectiva. Assim, a qualidade é mais um processo político, cultural e social do que um problema técnico e operacional.*” (Kelemen, 2003:7).

A avaliação da qualidade no trabalho passou a ter de incluir várias perspectivas, uma vez que o conceito de qualidade comporta significados diferentes para diferentes entidades. Do ponto de vista dos empresários e dos administradores de serviços públicos, “*a qualidade é ir ao encontro das necessidades do cliente – quer estas sejam explícitas ou implícitas*” (Martin; Handerson, 2004:172). O conhecimento dessas necessidades torna-se, pois, essencial para atingir o objectivo último da satisfação do destinatário do produto/serviço. A adequação dos recursos disponíveis aos objectivos da organização e a sua gestão dentro de constrangimentos orçamentais e logísticos enquadram-se nas funções de direcção, administração e coordenação dos serviços, cujo organograma representa as ligações entre os diferentes elos na cadeia de produção. “*Cada uma das pessoas ou serviços da organização é ao mesmo tempo cliente da pessoa ou serviço anterior e fornecedor da pessoa ou serviço seguinte*” (*idem*:174-175). A qualidade de uma única prestação de serviço é função do conjunto de prestações correspondendo a diferentes necessidades de entidades diversas. A cadeia de qualidade engloba os contributos de várias organizações fornecedoras de produtos, equipamentos ou serviços subsidiários, dependendo a qualidade final de uma vasta rede integrada de fornecedores-clientes, em que a responsabilidade por eventuais falhas é localizável numa estrutura hierárquica e numa rede de relações internas e externas à organização, as chamadas “*linhas de responsabilidade e de responsabilização*” (*idem*:264).

Só uma perspectiva pluridisciplinar é que se poderá abordar a relação triangular qualidade-satisfação-productividade. A produtividade é um indicador do desempenho económico de uma organização ou de uma comunidade, cuja variabilidade depende de múltiplos factores internos e externos às organizações (Putnam, 2000). Para os sociólogos, pode ser um “*indicador indirecto da variação do moral, ou do clima social de um trabalhador ou de uma secção da empresa*” (Freire, 2002:119). Inúmeras investigações e teorias estabeleceram a importância da motivação no trabalho para a melhoria dos resultados da actividade profissional, relacionando-a não só com a satisfação das necessidades de realização pessoal, como com os jogos de poder e o capital social (Crozier, 1971; Bourdieu, 1991).

As exigências do mercado levaram as empresas a competir pelo reconhecimento público aderindo a esquemas de certificação e acreditação da qualidade que impõem e fiscalizam o respeito por normas estandardizadas de acordo com leis e códigos de defesa do consumidor e do trabalhador. Além dos “rankings” organizados segundo a qualidade dos produtos/serviços ou o volume de negócios, passou-se a premiar o investimento na inovação e desenvolvimento, e também a qualidade das condições de trabalho medida pelo nível de satisfação dos trabalhadores e dos clientes/ utentes. *“A qualidade tornou-se uma norma institucional central ao funcionamento efectivo do mercado: uma norma que as organizações (sejam elas privadas, públicas ou voluntárias) devem respeitar se pretenderem ganhar legitimidade aos olhos da sociedade”* (Kelemen, 2003:8).

A adequação dos processos operativos às exigências de qualidade dos produtos e serviços, mantendo as empresas competitivas, levaram ao desenvolvimento de modelos de gestão subordinados a imperativos estratégicos de eficiência a todos os níveis. A dinâmica da inovação tecnológica e da evolução da economia no sentido da terciarização criou novas situações de trabalho e novos tipos de emprego.

A distinção entre bons e maus empregos baseia-se numa apreciação valorativa assente nos conceitos de bem-estar subjectivo, psicológico e social (Vala; Torres, 2006:148). Efectivamente, a satisfação individual com o emprego não reflecte apenas o trabalho concreto desempenhado em determinadas condições materiais e psicológicas, mas também o estatuto social que lhe é adstrito, as expectativas pessoais relativamente a uma carreira profissional e a apreciação do desempenho feita pelas chefias, pelos colegas e por outros, e respectivas consequências. A comparação com a situação de outros trabalhadores no mesmo ambiente de trabalho ou similares, a capacidade negocial conferida pela experiência e prestígio individual ou por uma associação profissional ou organização sindical forte são também factores referenciais que pesam no grau de satisfação com a situação laboral. Colin Mills (2007) distingue entre a satisfação por possuir um emprego, a satisfação com o tipo de emprego conseguido e ainda a convicção de que se trata de um emprego adequado às características, habilitações e competências individuais, correspondendo à auto-imagem, ideais e expectativas do trabalhador e da sua envolvente social. A acomodação a uma situação laboral insatisfatória pode ser devida à dificuldade em mudar de emprego pela conjuntura de várias circunstâncias, tanto no mercado de trabalho como na vida particular. Vários factores conduzem a situações de stress, com consequências na saúde dos trabalhadores. Entre os mais conhecidos contam-se a indefinição de papeis e a falta de informação relativamente a funções e tarefas (Beehr, 1995), a falta de reconhecimento e de estímulo por parte de colegas e supervisores (Maslach,

et. al., 1996), a subutilização das capacidades individuais por falta de variedade nas tarefas, e ainda tanto os pequenos conflitos diários, como casos extremos de injustiça, abuso ou perseguição, que produzem efeitos que podem demorar, mas acabam por manifestar-se na forma de irritabilidade e frustração, pondo em risco a segurança, pois implicam vários tipos de acidentes, com os seus custos e incidência no desempenho económico global das organizações e das comunidades (Smith, et al. 2000, *in* Fincham; Rhodes, 2005 :76).

Na apreciação subjectiva da qualidade do trabalho (seja relativamente ao estatuto socioprofissional, condições laborais ou outros aspectos) certos indicadores, como benefícios e compensações monetárias ou segurança e progressão nas carreiras profissionais, apresentam-se, à partida, com uma carga simbólica mais significativa do que outros, sendo utilizados na prática, consciente ou inconscientemente, como um peso aferidor de outros indicadores.<sup>1</sup>

## **1.2. A Avaliação do Desempenho em Serviços de Saúde**

A problemática da qualidade e da satisfação no que concerne ao sector da saúde – objecto central desta nossa tese – prende-se com as especificidades próprias das instituições de prestação de cuidados de saúde, com a sua variada natureza e dimensão, quer sejam públicas ou privadas. Em Portugal, encontramos diversas configurações institucionais com diferentes regimes jurídicos, vários graus de autonomia administrativa e diversos âmbitos de actuação (prestação de cuidados terapêuticos, assistenciais, preventivos, etc.). Também o grau de especialização varia consoante as valências clínicas e o tipo de cuidados prestados (urgentes, primários, continuados, domiciliários). Por outro lado, numa única instituição de saúde, mesmo de reduzidas dimensões e limitada área de actuação, encontramos uma grande variedade de departamentos e de agentes que se ocupam de tarefas diversificadas não-clínicas, desde recepção, transporte, higiene, alimentação, manutenção de equipamentos, aquisição de materiais, contabilidade e gestão, etc. Hoje o acto médico pressupõe a existência de uma equipa multidisciplinar com um elevado grau de especialização e todo um apoio logístico e administrativo que, se por um lado contribui para uma mais eficiente prestação de serviços clínicos, por outro lado é limitativa e geradora de tensões e conflitos entre as visões economicistas das directivas gestionárias sobre os recursos materiais e humanos disponíveis e

---

<sup>1</sup> De facto, espera-se que para uma elite de trabalhadores efectivos, com salários de topo, as expectativas relativamente às carreiras e à satisfação das necessidades de desenvolvimento individual sejam bem diferentes das da maioria dos trabalhadores temporários, com salários abaixo da média. Para muitos funcionários da Administração Pública as acções de formação contínua correspondem mais a oportunidades de quebrar a rotina e de adquirir condições necessárias à progressão na carreira, do que a uma genuína estratégia de valorização para o mercado de trabalho ou de satisfação da necessidade de realização pessoal.

os imperativos éticos e corporativos relativos à aplicação e actualização dos saberes e das práticas dos profissionais de medicina e enfermagem (Carapineiro, 2006).

Não existe um sistema único que avalie todos os aspectos inerentes à prestação de serviços de saúde. Do acto de prestação de serviço faz parte um conjunto de componentes de natureza principalmente relacional e representacional, que, pela sua complexidade e imaterialidade torna difícil a sua medição e avaliação em termos de produção e de produtividade das organizações e dos profissionais. Ainda não se encontraram formas consensuais de avaliação dos efeitos a longo prazo dos serviços sociais, como a saúde ou educação, e da sua integração na avaliação do comportamento económico das comunidades e do clima sócio-afectivo das populações. Para Gadrey (2001), a utilização de critérios quantitativos para os cálculos dos ganhos de produtividade e da redução dos custos, numa avaliação realizada pelas chefias, em que o mérito dos subordinados na obtenção dos resultados é incentivado e premiado com recompensas monetárias ou honoríficas, é uma avaliação falseada e desequilibrada que marginaliza a contribuição para o bem-estar social. Os benefícios colectivos gerados pelos serviços públicos não podem ser medidos pelos custos de recursos “improdutivos” do ponto de vista económico.<sup>2</sup>

A identificação, desenvolvimento e avaliação das competências individuais mais adequadas ao exercício das funções que permitem a realização dos objectivos gerais e sectoriais da organização são uma necessidade imperiosa do modelo de gestão pela qualidade subjacente ao novo regime de vínculos, carreiras e remunerações dos funcionários públicos em Portugal. Assim, o Sistema Integrado da Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP), instituído pela Lei nº10/2004, de 22 de Março, foi concebido como *“um novo instrumento de gestão no sentido de promover uma cultura de mérito, exigência, motivação e reconhecimento, por forma a potenciar os níveis de eficiência e qualidade dos serviços públicos, com base em objectivos de qualidade e excelência, de liderança e responsabilidade e de mérito e qualificação”* (Preâmbulo do Decreto Regulamentar 19-A/2004, de 14 de Maio). As avaliações periódicas do desempenho irão contribuir para o aperfeiçoamento das competências individuais e motivar o funcionário para um maior empenhamento no trabalho e para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, conjugando as suas próprias expectativas e necessidades com as da organização em que se integra. Outros benefícios serão a evolução na

---

<sup>2</sup> Os modelos de análise multidimensionais orientados por critérios qualitativos contemplam não só o desempenho parcial e global para as melhores práticas e resultados, de acordo com a missão cívica dos serviços sociais, como os efeitos directos e indirectos do serviço prestado, recorrendo na avaliação da qualidade a todos os actores sociais envolvidos no processo de prestação de serviços (Gadrey; Zarifian, 2002; Almeida, 2005).

carreira e o aumento da sua satisfação enquanto trabalhador e cidadão, contribuindo para a melhoria dos serviços e o progresso social e económico da sociedade portuguesa.

Contudo, o SIADAP assume-se claramente “*como um instrumento de orientação, avaliação e desenvolvimento dos dirigentes, trabalhadores e equipas para a obtenção de resultados e demonstração de competências profissionais*” (Lei nº10/2004 de 22 de Março, Art.3º, alínea c). A avaliação dos objectivos individuais “*visa comprometer os trabalhadores com os objectivos estratégicos da organização e responsabilizar pelos resultados,...*” (Decreto Regulamentar 19-A/2004, de 14 de Maio, Art.º3º1.).

Este sistema de avaliação enquadra-se na Lei de Bases da Saúde, que institui a avaliação do próprio desempenho do SNS como “*permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa [...] sendo igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios. Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços*” (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, alterada pela Lei nº27/2002 de 8 de Novembro, Capítulo III, Base XXX, Avaliação Permanente, pontos 1 a 3).

Na realidade, porém, apesar de sucessivas reformulações político-jurídicas, as “insuficiências” e as “ineficiências” do SNS ainda não permitiram a sua avaliação global (Carapinheiro; Côrtes; 2000:266).

### **1.3. Pergunta de Partida**

Passaremos agora à explicitação das questões que orientaram o encetar desta nossa investigação.

As exigências de qualidade, eficiência e eficácia que orientam as reformas no sector público, em Portugal, transparecem nos princípios subjacentes ao processo de avaliação do desempenho das organizações e dos recursos humanos implicados na prestação de serviços de saúde.

O modelo de gestão pela competência em que se fundamentam os actuais sistemas de avaliação do desempenho dos funcionários e dos serviços de saúde baseia-se no princípio de que a motivação dos trabalhadores é um factor indispensável na mobilização das competências individuais e colectivas necessárias à melhoria da qualidade global dos serviços. Assim sendo, a nossa pergunta de partida é a seguinte: Os sistemas de avaliação do desempenho instituídos para os serviços de saúde promovem a qualidade e a satisfação?

## 2. A Qualidade e Satisfação: ponto de vista sociológico

### 2.1. A Transformação Organizacional

Todos os modelos interpretativos da realidade social contemporânea partilham a noção do enfraquecimento do poder soberano do Estado-nação perante a crescente interdependência económica, política e cultural à escala global, reconhecem a terciarização como dinâmica do processo produtivo resultante da inovação técnico-científica, com reflexos evidentes nas lógicas de constituição e transformação das instituições sociais, nos sistemas de representações simbólicas e nos processos identitários dos actores sociais. Bonny (2004:2) atribui esta convergência de posições teóricas, algumas radicalmente opostas, a *“uma forma de consciência histórica inédita, marcada pelo sentimento de se viver uma ruptura significativa, ou pelo desejo de a antecipar ou provocar”*.

Entre os que encaram a contemporaneidade como o advento de uma nova sociedade (Touraine, Bell, Lyotard, Castells), Bauman (1992) destaca-se na crítica ao racionalismo da modernidade como projecto de dominação e de controlo da natureza, do indivíduo e das formas de organização social, situando a nova lógica dominante não na esfera da produção, mas na do consumo, orientada no sentido da ambivalência e da desmassificação patentes na diferenciação cultural e na variedade de opções de estilos de vida. Esta funcionalidade “contra-produtiva” é, paradoxalmente, reprodutiva do sistema capitalista através do “consumismo desenfreado”.

Entre os que entendem o tempo presente como uma fase da modernidade “tardia” (Beck, Giddens), situa-se Habermas (1968; 1987) com a sua teoria do agir comunicacional, em que as “patologias da modernidade” são interpretadas como o resultado da modernização selectiva das esferas económica e administrativa, que fez desviar a orientação do projecto da modernidade no sentido do capitalismo e da burocracia, resultando numa “situação de comunicação sistematicamente distorcida”, mas que o potencial de institucionalização da razão comunicacional pode contrariar, reconstituindo coesão social e racionalidade, e restituindo aos indivíduos o poder de agir sobre as condições da sua existência.

O modelo de organização burocrática, indissociável da modernidade tanto na forma de instituição política como na de aparelho da administração do sector público ou privado, caracteriza-se por ser simultaneamente um sistema de decisão e de gestão que actua como o mais eficiente instrumento de unificação e racionalização da sociedade (Weber), mas também de dominação e de legitimação (Marx). Enquanto que, na perspectiva weberiana, a eficácia e eficiência da organização burocrática está relacionada com a sua continuidade,

impessoalidade e imparcialidade, para Crozier (1971) o sistema burocrático, com a sua lentidão, complicação e ineficácia é gerador de bloqueios nos serviços e de frustrações nos utentes e nos próprios funcionários. Em particular na administração pública, casos recorrentes de incompetência e corrupção coexistem com a rigidez e extensão da linha hierárquica e com um funcionamento regulamentar.<sup>3</sup>

Enquanto que a orientação ideológica do entendimento do bem comum e a responsabilidade máxima na definição de prioridades e orientações de interesse geral estão reservadas à função de governar, cabe à função administrativa as acções de planear, organizar, comandar, coordenar e controlar. Bourdieu (2006:172-182) coloca este conjunto de oposições direcção/execução, centro/periferia, interesse geral/interesses particulares na base da visão “tecnocrática do mundo” própria dos que detêm o monopólio da criação arbitrária de normas universais, mas cujas margens de indeterminação se prestam ao jogo estratégico de poder em todas as instâncias da escala hierárquica, onde “é o habitus que vem preencher as lacunas da regra” e alimentar o circuito das trocas de vantagens materiais ou simbólicas. Para Goffman (1991:267), em todas as organizações sociais formais existe uma “vida subterrânea”.

Entre os efeitos da disciplina burocrática, da compartimentalização da actividade e da especialização de funções, evidenciam-se os conflitos de interesses, a alienação e o conformismo, mas também as relações informais que atenuam a aridez da rotina, cimentam laços de confiança e lealdade, favorecendo a eficiência (Merton; 1940, Selznick; 1949 Gouldner; 1954 e 1955, Blau; 1955, *in* Friedberg, 1995). A organização hierárquica é necessária ao bom funcionamento da sociedade, correspondendo à divisão do trabalho e à diversificação de tarefas avaliadas de acordo com os valores predominantes na comunidade. Esses valores reflectem-se nos quatro critérios essenciais – universalismo, colectivismo, integracionismo e tradicionalismo – que correspondem respectivamente à adaptação às condições de existência, à criação de projectos colectivos, à coesão e solidariedade necessárias à ordem social e à manutenção e reprodução do modelo cultural (Parsons; 1968).

Quando a organização burocrática é confrontada com a necessidade de mudança para suplantar crises e disfunções geradas pela impessoalidade das regras e centralização das decisões, um dos processos mais característicos é o “círculo vicioso” de produção de mais

---

<sup>3</sup> O poder decisório centralizado nos mais altos escalões e a autoridade delegada ao longo da cadeia hierárquica tornam o sistema burocrático comparável a um aparelho de transmissão e de execução que naturalmente enfrenta resistências internas por parte dos sectores técnicos mais especializados ou em contacto directo com o público (Touraine, *in* Friedmann; Neville; 1961-62, *Tratado de Sociologia do Trabalho*, vol.1 pp.468-492).

regras emitidas superiormente, gerando novas resistências e descontentamento. Porém, “*a mudança acaba sempre por se tornar inevitável, quer seja porque as suas disfunções e problemas internos se tornaram “monstros” quer por virtude de imposição absoluta do meio circundante (crise económica, movimentos sociais, transformações políticas, etc.)*” (Freire, 2002:76). A teoria da contingência (Lawrence; Lorsch, 1967) faz depender a sobrevivência e estabilidade das organizações da sua capacidade de adaptação às exigências ou constrangimentos da envolvente, seja por forças miméticas, coercivas ou normativas (Scott, 2001), mas que para Pfeffer e Salancik (1978) correspondem a processos sociais e políticos de mobilização e legitimação dos recursos estratégicos de poder, em grande parte baseados em representações simbólicas. A gestão dos diferentes interesses em jogo é feita pelos actores sociais através de negociações de sentido que constroem e modificam a realidade organizacional.

Importa, pois, enquadrar este percurso teórico, que atrás percorremos, nos processos e dinâmicas da reforma da Administração Pública. Na verdade, a reforma das organizações públicas adoptou a desburocratização e os modelos e técnicas de gestão desenvolvidas no sector privado, em que domina a preocupação com os resultados e o controlo do desempenho orientado para a eficiência. O recurso ao outsourcing e à contratualização introduziu mudanças estruturais e culturais na administração pública, aproximando-a das formas organizativas empresariais da sociedade civil. Porém, muitas das medidas reformistas adoptadas traduzem-se em sobrecarga de trabalho que os funcionários aceitam devido ao sentimento de insegurança relativamente ao futuro. Por outro lado, várias estratégias de gestão destinam-se a fomentar o envolvimento dos trabalhadores nos objectivos da organização e a aumentar a produtividade através de sistemas internos de controlo e incentivos. Uma vez que a racionalidade burocrática assenta na autoridade, disciplina e controlo a todos os níveis da organização, em que a eficácia é garantida pela selectividade baseada na competência, a competição é um factor omnipresente que actua sobre o desempenho, sem enfrentar resistência aberta perante as exigências sempre acrescidas impostas hierarquicamente. Enquanto os mecanismos de controlo disciplinam e monitorizam o cumprimento dos deveres, os sistemas de incentivo orientam e motivam o comportamento, actuando necessariamente em conjunto. Na prática, uns sem os outros são ineficazes (White, *in* McGovern et al., 2007:157).

Assim, os sistemas de avaliação do desempenho pressupõem práticas destinadas a motivar os trabalhadores (aumentos no salário, promoções, benefícios, oportunidades de expressão e decisão), conferindo também maior poder ao empregador. Quanto maior a organização, mais se verifica a necessidade de manter as atenções focadas no cumprimento dos objectivos

colectivos e de cumprir as exigências correspondentes a esse fim. Sob várias formas e designações, procedimentos formalizados cada vez mais sofisticados fornecem aos avaliados informação acerca da forma como o seu desempenho é regularmente avaliado, dando-lhes oportunidade de participar parcialmente no processo e de modificar o seu comportamento ao longo do tempo, de modo a corresponder às suas próprias expectativas e às da organização, numa dinâmica de transformação contínua das pessoas, das organizações e da sociedade.

## **2.2. Qualidade e Actividade Produtiva**

A sociologia contemporânea, na linha de Sainsaulieu (1987), atribui às organizações empresariais um duplo papel no desenvolvimento social: a realização das potencialidades colectivas no espaço económico e a “construção permanente de sociedade” através da actividade produtiva. O económico e o social constituem-se numa única realidade social, a empresa, cujo “efeito de civilização” se realiza na forma como os actores sociais desencadeiam e lidam com as dinâmicas da vida organizacional, como aplicam as experiências do passado nas respostas aos desafios do presente e preparam as concretizações futuras.

Sainsaulieu e os seus colaboradores (1992) identificaram quatro eixos determinantes de evolução social presentes em todos os níveis da estrutura produtiva contemporânea: autonomia, cultura, mudança e actividade. O primeiro, corresponde à partilha de responsabilidade na decisão e execução de planos de acção competitivos, o que implica uma nova forma de organização funcional integradora das diferenças e reforçadora das interdependências e da reflexividade criativa. O segundo, assenta numa multiplicidade de visões, valores e identidades, cujo reconhecimento e integração se realiza através de acções de formação e de projectos colectivos que requerem comunicação e cooperação transversal. Em terceiro lugar, a reorganização e adaptação permanente dos meios físicos e humanos através do desenvolvimento de competências e de modalidades de emprego que transformam as maneiras de trabalhar e de viver. Por último, a actividade específica da empresa aporta-lhe responsabilidades relativamente à sociedade de consumo, aos problemas ecológicos e à coesão social. As empresas não podem hoje actuar à margem da sociedade global alheadas do “conjunto das identidades cívicas” que congregam e da qualidade dos projectos colectivos em que se encontram envolvidas.

A produção económica é indissociável das “competências sociológicas”, “*porquanto se trata de reinventar incessantemente, de reconstruir sociedade global e local no próprio cerne das actividades do trabalho*”. Esses objectivos de sociedade incorporados na actividade

produtiva são “*uma questão ética, na medida em que a gravidade dos destinos dos indivíduos, do seu emprego e da sua identidade social, se joga no próprio futuro das empresas. [...] São também profissões, regiões, comunidades locais que dependem da força e da qualidade das sociedades construídas em empresas*” (Sainsaulieu, 2001:23). Posta desta maneira, a questão da qualidade torna-se uma exigência cívica e moral para todos os actores responsáveis pelos destinos das organizações, cujo desempenho não pode ser avaliado apenas em termos económicos, mas também nos seus contornos sociais, os quais se expandem para além da comunidade dos seus efectivos e da sua envolvente. É a “*empresa cidadã e solidária*” integrada numa realidade social mais ampla.

O imperativo da mobilização dos recursos humanos para a qualidade e para o desenvolvimento reforça o papel das organizações na produção social de identidades. As vivências de partilha do poder, da expressão criativa, da adaptação à inovação técnica e sócio-profissional, a reactividade às contingências ambientais reflectem-se numa aprendizagem cultural e numa modificação das atitudes e valores colectivos. As relações de produção adquirem novos significados como formas de socialização e de concretização de expectativas recíprocas – um “*contrato psicológico*” tácito em benefício de ambas as partes (Argyris, 1960, *in* Latham, 2007:233).

Porém, se por um lado a tendência é para modernizar e desenvolver, por outro lado a lógica economicista é de contenção nas despesas. O dilema de produzir mais e melhor com menos recursos aumenta a exigência de qualidade dos meios humanos, que se querem mais empenhados, flexíveis, autónomos e criativos. Uma das questões chave para a sociologia da empresa é a relação entre o desempenho social e o económico, não existindo um modelo organizacional único de sucesso, o qual depende de um conjunto de factores organizacionais, culturais e sociopolíticos (Sainsaulieu, 2001). Da especificidade dos processos de regulação das relações de produção resultam dinâmicas institucionais diversificadas para a evolução adaptativa, que no actual caso dos serviços públicos é um cruzamento entre a racionalidade burocrática tradicional e uma estratégia de modernização que conjuga inovação técnica com qualificação, fragmentação e flexibilização do sistema social, com repercussões ao nível identitário, cultural e institucional.

Uma visão catastrófica do processo de transformação dos modelos sócio-produtivos é apresentada por Le Goff (2003), que denomina de “*barbárie suave*” os promotores da modernização frenética generalizada, empenhados em clarificar o “*sentido*” das reformas e transformar cada indivíduo em “*actor da mudança*”, resultando no efeito inverso de manipulação e desmotivação. “*Ela desenvolve instrumentos de avaliação dos desempenhos*

*individuais que repartem e classificam a actividade dos indivíduos num esquema comportamentalista e redutor do ser humano. [...] Os seus discursos e as suas práticas são uma negação efectiva da dimensão cultural que dá sentido à vida em sociedade”* (Le Goff, 2003:114). O resultado é a desumanização das relações de trabalho e a destruição dos significados simbólicos estruturantes das interrelações. *“A avaliação reenvia ao indivíduo uma imagem desumanizada de si próprio, reduzindo-o a uma longa lista de itens de competências e de comportamentos que ele deve interiorizar.”* (Le Goff, 2003:130). Trata-se de um processo de “desestruturação identitária” e de perturbação social que, segundo este autor, se aproxima do conceito de anomia de Durkheim.

### **2.3. A Gestão da Qualidade e a Satisfação**

Passemos agora a um ponto central na nossa discussão: a gestão da qualidade e satisfação.

A variabilidade no desempenho de organizações similares e a impossibilidade de imitar ou replicar os casos de sucesso deve-se à diversidade dos recursos próprios de cada uma, que constituem uma combinação única de meios materiais e imateriais. Os saberes, competências e valores fazem parte do capital próprio de uma instituição que garante a sua viabilidade e funcionalidade. Estimular e manter altos níveis de desempenho de todos os membros da organização implica conjugar tarefas e procedimentos normalizados com inovação e mudança contínua. Para cumprir esta dupla exigência, os trabalhadores têm de se identificar com os objectivos da organização e têm de se empenhar em atingi-los, não só respeitando as regras estabelecidas e reconhecidas como as “melhores práticas”, como adaptando-as e inovando dentro do seu campo de actuação e com os meios de que dispõem, o que pressupõe uma permanente atitude crítica, responsável e proactiva na procura de soluções criativas. Porém, na realidade, nem todos os trabalhadores correspondem a esse perfil ideal e também não dispõem de liberdade, oportunidades e meios para essa forma de trabalhar. Além disso, as funções são cada vez mais amplas e complexas, os prazos cada vez mais apertados e as exigências em eficiência maiores, de acordo com a fórmula segundo a qual metade das pessoas recebem o dobro para produzir três vezes mais (Handy, 1996, *in* Hosie et al., 2006:12).

Assim como a dinâmica de terciarização fez diluir a distinção entre indústria e serviços, também o conceito de produto é hoje indissociável da noção de serviço, sendo a maioria das suas características dimensões avaliadas subjectivamente que dependem das preferências dos consumidores e do modo como são percebidas. No entanto, existe uma diferença entre as expectativas do cliente/utente que se dirige a uma organização à procura da satisfação das

suas necessidades e o modo como o serviço prestado e o processo de prestação são percebidos e avaliados. Para além dos clientes finais, há também todos os clientes internos e externos da cadeia de produção e, no caso dos serviços públicos, a totalidade dos cidadãos, com expectativas e percepções muito diferenciadas. A importância dos valores simbólicos, percepções e emoções na interpretação sociológica das relações de produção justifica a abordagem da qualidade baseada na cultura organizacional, nos estilos de liderança e em todos os aspectos das interações humanas em situações de trabalho.

Relativamente à vertente comportamental, é necessário recorrer a vários níveis de análise. Para além das características pessoais da área da psicologia, que explicam a causalidade e as variações nos comportamentos individuais e colectivos, o ambiente de trabalho envolve as interrelações pessoais e os fenómenos sociais da vida organizacional e da sua envolvente capazes de afectar as atitudes e reacções dos trabalhadores, o seu grau de motivação e de satisfação. Uma multiplicidade de técnicas desenvolvidas em várias áreas disciplinares é usada para adaptar a pessoa à função e à organização e para controlar os variados factores que afectam os estados afectivos, o desempenho e a produtividade.

O objectivo da reforma das estruturas funcionais da administração pública implica a mudança de todo um sistema social de relações entre vários grupos de actores, envolvendo os seus poderes, papéis e projectos, e, como qualquer intervenção social, sujeita a disfunções ou efeitos inesperados. *“Avaliar as transformações em curso no sociograma das relações torna-se uma necessidade urgente sob pena de provocar numerosos fenómenos de rejeição ou de oposição”* (Sainsaulieu, 2001:371).

Só uma avaliação sociológica pode abordar adequadamente a mobilização do potencial humano e as regulações sociais facilitadoras da reacção adaptativa e criativa geradora de desenvolvimento individual e colectivo num clima de bem-estar físico e afectivo.

### **3. Metodologia de Pesquisa e Trabalho de Campo: conceitos essenciais**

Uma vez que nos propomos identificar percepções de qualidade e averiguar o nível de satisfação no trabalho em serviços de saúde, impõe-se, antes de mais, delimitar o sentido em que utilizamos a designação “serviços de saúde” para, seguidamente, nos ocuparmos dos conceitos operativos essenciais para a abordagem do nosso objecto de estudo, bem como da elaboração das hipóteses de trabalho que nos permitam avançar na nossa pesquisa.

Em Portugal, a área da Saúde é indissociável da Administração Pública, independentemente do regime jurídico de gestão, cabendo ao Estado não só a formação e qualificação dos técnicos de saúde, como a celebração de acordos ou convenções, atribuição de subsídios e a contratualização de planos de desempenho para organismos públicos e privados. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) integra organizações directa ou indirectamente envolvidas na prevenção e tratamento da doença e na reabilitação e apoio na reinserção familiar e social de doentes, todas elas subordinadas ao cumprimento de exigências legais para o seu funcionamento, incluindo especificações relativas à criação de postos de trabalho e contratação de trabalhadores. Para além dos hospitais, e em estreita colaboração com estes, existem inúmeros estabelecimentos e entidades de apoio à população para emergências, transporte, diagnóstico, cuidados continuados, cuidados domiciliários, etc.

A expressão “serviços de saúde” refere-se, assim, a uma grande variedade de actividades na prestação de cuidados de saúde, todas elas englobando uma vertente médica ou paramédica e uma vertente administrativa que se ocupa dos registos e processos burocráticos que acompanham os doentes/utentes, providencia e gere os recursos materiais e humanos. Para a monitorização da qualidade existem organismos centrais de administração, fiscalização e auditoria que velam superiormente pelo cumprimento da legislação que regula o funcionamento dos estabelecimentos e garante os direitos e deveres dos profissionais e utentes. Para o presente estudo, optámos por nos circunscrever às actividades de prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar, incluindo todas as categorias profissionais que contribuem para o desempenho institucional parcial ou global.

#### **3.1. Conceitos Operativos**

Passamos agora a enumerar um conjunto de “conceitos operativos” fundamentais para o nosso trabalho de análise.

##### **a) Produção Hospitalar**

O carácter relacional e a especificidade do acto médico, com recurso a competências de acordo com as características de cada utente, tornam o produto hospitalar diversificado,

complexo e de muito difícil definição e quantificação. Além disso, independentemente da qualidade da intervenção, os resultados nem sempre são bem sucedidos ou imediatamente observáveis, requerendo acompanhamento continuado e convalescenças que se prolongam para além do local e do período da prestação do serviço.

Dada esta complexidade, os indicadores oficialmente utilizados referentes à produção de um hospital medem apenas “produtos intermédios” (Moreno, 1998), sendo na realidade o produto hospitalar final o conjunto de serviços fornecidos para cada doente, de acordo com as suas necessidades e características, antecedentes e consequências. De um modo geral, a produtividade nos hospitais baseia-se na relação entre os custos financeiros dos recursos humanos e materiais utilizados e o produto expresso em quantidade de actos, intervenções, estadias, entradas, percurso do doente, etc. Trata-se de uma visão industrialista, que não reflecte a essência da missão social do conteúdo do serviço prestado. No que toca à investigação e ensino, bem como à articulação com outras instituições, as performances de longo prazo, como as actividades de pesquisa e formação, também não são cobertas pelos critérios quantitativos vigentes.

Um sistema de classificação desenvolvido nos EUA nos anos 70 e adoptado na Europa a partir do final dos anos 80, os Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH), relaciona o tipo de pacientes tratados, as patologias e procedimentos médicos utilizados com os recursos consumidos, de modo a avaliar a complexidade dos casos tratados e a atribuir-lhes valores de acordo com uma tabela de preços. Este novo sistema tornou-se extremamente relevante na medição da performance hospitalar, sendo maioritariamente utilizado para calcular custos médios por doente e fazer previsão de custos para o ano seguinte. Não deixa, contudo, de ser um método industrial, embora enriquecido com o cálculo dos recursos utilizados por caso, mas com grandes limitações: a sua implementação envolve custos consideráveis em meios materiais e humanos, é susceptível de ser falseado para captação de verbas, não tem em conta todas as formas de prestação de serviço hospitalar, nomeadamente as preventivas ou relacionadas com o conforto e bem estar dos internados, seus familiares/visitantes, ou ainda as dimensões relacionais, a inovação, a criatividade, etc. (Gadrey; Zarifian, 2002).

No caso dos hospitais portugueses, estes fornecem regularmente à tutela e a outros organismos oficiais os dados referentes ao desempenho medidos da forma tradicional (número de camas, demoras, doentes, consultas, exames, efectivos, etc.), sendo estes os valores utilizados para, conjuntamente com os GDH, medir a produtividade hospitalar e fundamentar decisões de gestão tomadas superiormente (encerramento de serviços, contratação de recursos humanos, financiamento, etc.). Na prática, as prestações do pessoal

não-clínico, que representa cerca de 30% dos efectivos, não são equacionadas na produtividade de um hospital, embora sejam indispensáveis ao seu funcionamento, contribuindo para a qualidade do produto final.

Os hospitais são dotados de um Plano de Desempenho que define os objectivos de produção total a atingir, acordados com a tutela. Os objectivos para cada unidade hospitalar constam de um Contrato-Programa, com base no qual é definida não só a actividade que cada hospital deverá desenvolver ao longo do ano, como o financiamento correspondente.<sup>4</sup>

## **b) Qualidade no Trabalho**

Sendo um conceito multidimensional, no que se refere aos aspectos laborais engloba três vertentes principais: a técnica, que corresponde à conformidade com padrões standardizados aplicados às características dos produtos/serviços, à normalização e funcionalidade das estruturas e à eficácia dos procedimentos operativos; a gestonária, que se refere aos cumprimento de objectivos de produção e de desenvolvimento socioeconómico das organizações; e a institucional, direccionada para a satisfação das necessidades e expectativas quer dos destinatários do produto/serviço, quer dos agentes servidores.

Os modelos de análise e os indicadores de qualidade variam de acordo com a perspectiva adoptada, não havendo um sistema integrado de avaliação do desempenho hospitalar que articule produtividade, estratégia, produto e satisfação. O modelo de gestão estratégica da qualidade total conjuga a vertente técnica centrada na adopção de padrões e processos de controlo de qualidade dos produtos/serviços com a vertente comportamental a nível individual e colectivo, incluindo os aspectos de formação, motivação, responsabilização e recompensa dos trabalhadores.

Do ponto de vista sociológico, tanto as condições materiais e psicológicas do ambiente de trabalho em contexto hospitalar, como as reacções emocionais e valorativas referentes a funções, papeis e estatutos sociais são indissociáveis dos processos interrelacionais de cooperação e co-produção entre trabalhadores, equipas e utentes, os quais se realizam nas

---

<sup>4</sup> Os objectivos de qualidade e eficiência incluídos no Contrato-Programa 2007 referem-se apenas a realidades mensuráveis e são utilizados como um sistema de avaliação organizacional, na medida em que são elaborados rankings dos hospitais tendo em conta exclusivamente o cumprimento dos objectivos de produção anual. Este sistema não tem em consideração as especificidades de cada hospital e da sua envolvente, o que explica a diversidade de posições do mesmo hospital em rankings elaborados por entidades que utilizam diferentes critérios e métodos de análise.

trocas interpessoais e na articulação entre a organização e a envolvente, orientadas para a coesão social. Assim, a análise da qualidade no trabalho inclui várias dimensões: organizacional, simbólica, relacional e societal (Almeida, 2005b:126).

### **c) Satisfação no Trabalho**

As várias dimensões da situação laboral suscitam diversas reacções afectivas por parte da mesma pessoa em diferentes momentos, sendo a satisfação global o resultado de um conjunto de reacções positivas e/ou negativas ao modo como determinados aspectos das relações de trabalho são pontualmente percebidas pelos indivíduos.

No decorrer do século passado, a preocupação com o bem-estar físico e espiritual dos trabalhadores fez evoluir as condições de trabalho, aumentando o conforto físico, a segurança e higiene. Melhorou-se a remuneração, desenvolveram-se formas de compensação adicionais, reduziram-se os horários e flexibilizaram-se os procedimentos e as estruturas organizacionais. As tarefas passaram a integrar maiores desafios às capacidades cognitivas e maiores graus de autonomia e responsabilização. O grau de dificuldade aumenta a possibilidade de erro, mas também exige maior controlo emocional e actividade metacognitiva. O sentimento de auto-eficácia está associado a objectivos cada vez mais ambiciosos e a altos graus de satisfação. As empresas tornaram-se locais de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e social, e o trabalho passou a ser encarado como uma fase indispensável no processo de maturação do potencial de cada indivíduo para a satisfação das necessidades superiores de auto-realização (no topo da escala de Maslow), como já referimos anteriormente.

Para satisfazer algumas das necessidades sociais dos trabalhadores e fomentar o espírito de equipa existem locais de convívio, instalações desportivas e oportunidades para celebrar sucessos e outros eventos da vida organizacional. Estão hoje amplamente reconhecidas as boas práticas na gestão dos recursos humanos que apresentam uma relação estatisticamente significativa com o desempenho organizacional pretendido. Para além de promoções e compensações materiais e simbólicas, a aposta continuada no enriquecimento das tarefas, na formação profissional, no trabalho de equipa, nos círculos de qualidade, na descentralização e no desenvolvimento de redes de comunicação interna são, pois, algumas das medidas direccionadas para manter os trabalhadores satisfeitos, o que contribui para a estabilidade dos quadros de pessoal e para a boa imagem da organização empregadora. Além de ser um indicador do bem-estar emocional e do equilíbrio psicológico dos funcionários, a satisfação

no trabalho reflecte-se no comportamento, com implicações no funcionamento das estruturas organizacionais e na produtividade.<sup>5</sup>

As técnicas de gestão de recursos humanos para a melhoria da qualidade baseiam-se no princípio de que é possível incentivar os trabalhadores para se empenharem na prossecução de objectivos organizacionais que satisfaçam também as suas necessidades individuais e colectivas.

#### **d) Motivação**

A disposição para o trabalho resulta da conjugação de aspectos ambientais (factores extrínsecos), que desencadeiam as forças energéticas, e os processos psicológicos conscientes e inconscientes (factores intrínsecos), que orientam e regulam o comportamento (Pinder, 1998:71). A motivação manifesta-se através do esforço para atingir um objectivo que corresponde às necessidades, valores, atitudes, crenças e desejos do indivíduo. A sua duração ou persistência está relacionada com a percepção de que o objectivo é atingível, que Bandura (1997) denomina “auto-eficácia”.

Os objectivos e as respectivas estratégias para os atingir são escolhas influenciadas pela auto-imagem, identidade e valores. Os objectivos afectam os factos sobre que recai a acção, direccionam a acção, concentram a atenção e condicionam o comportamento. Quanto mais difícil e apreciado o objectivo, maior o esforço e a persistência. Um elemento indispensável à prossecução de objectivos é a competência. Objectivos sem a competência para os atingir são inúteis, e vice-versa (Latham, 2007).

Os valores são também uma variável na diferenciação individual afectada pelo contexto do local de trabalho. Mais do que adequar a pessoa à função, trata-se de reconhecer que trabalho e trabalhador se influenciam mutuamente. A interacção da pessoa com o seu ambiente de trabalho é recíproca e tem influência tanto no comportamento individual, como no contexto societal (Franko; Bennett; Kanfer, 2002, *in* Latham, 2007:162).

A mais recente tendência nos estudos da motivação dá a primazia aos aspectos afectivos: sentimentos de orgulho, auto-confiança, justiça, vergonha, inveja, raiva, etc. originam impulsos para a acção, afectam a auto-estima, o desempenho e o empenhamento e estão relacionados com atitudes de retaliação, roubo, vandalismo ou sabotagem. Entender o quadro

---

<sup>5</sup> De facto, as pressões para cumprir planos de actividade cada vez mais exigentes, a intensificação dos fluxos, a aceleração do ritmo de trabalho, o controlo rígido, a falta de autonomia e de participação nas decisões, as adaptações constantes às mudanças, a percepção dos riscos e incertezas, repercutem-se negativamente no estado de saúde e no sentimento de bem-estar do trabalhador com visíveis efeitos a nível somático, psicológico e comportamental.

cognitivo-afectivo mental do indivíduo ajuda a definir e adequar os objectivos organizacionais aos trabalhadores, permitindo prever o grau de empenhamento e de sucesso na realização das tarefas. O modo como os objectivos são percebidos determina o comportamento. Tratando-se de grupos, objectivos incompatíveis podem afectar o desempenho, por falta de cooperação devido a competição negativa, oportunismo, conflito, e até obstrução ou sabotagem. Objectivos sentidos como independentes levam a indiferença e reduzida interacção. Numa vasta organização, uma visão de conjunto e objectivos gerais partilhados fomentam a noção de interdependência e o espírito de cooperação (Latham, 2007).

Quando os objectivos são a médio ou longo prazo os incentivos e orientações não são tão efectivos como em situações em que o feedback é imediato e a reacção rapidamente ajustável (Frese e Zapf, 1994; Bandura, 1997). Muitas vezes as disfunções devem-se à decomposição deficiente de um objectivo distante em objectivos próximos, que podem aumentar os erros e distorcer a compreensão dos trabalhadores acerca do objectivo principal (Dorner, 1991, *in* Latham, 2007:183).

#### **e) Avaliação do Desempenho**

Nos estabelecimentos públicos que contactam directamente com os utentes, o planeamento, o orçamento, a fiscalização, a monitorização e avaliação do desempenho dependem dos Serviços centrais e de entidades externas. O “peso” da máquina administrativa e o desajustamento face às realidades da vida económica tornou necessária a agilização dos procedimentos e a rentabilização dos recursos, adoptando-se soluções desenvolvidas e testadas no sector privado, nomeadamente o modelo de Gestão da Qualidade Total e a Avaliação do Desempenho, procurando conciliar os interesses e a lógica do mercado com a missão e o espírito do serviço público.

Diversas teorias comprovadas por estudos empíricos em múltiplos campos disciplinares estabeleceram as capacidades físicas, intelectuais e emocionais necessárias ao desempenho de diversos tipos de tarefas e influenciaram o modo de selecção e gestão dos recursos humanos no sentido de adequar a pessoa à função e à organização. Na sociedade contemporânea, o sucesso profissional exige o desenvolvimento das capacidades de aprendizagem e de adaptação à mudança, de aquisição de novas competências, de resistência ao stress, de integração em equipas, capacidades essas permanentemente postas à prova nas situações reais do mundo do trabalho.

As diferenças individuais ao nível de traços de personalidade e de quociente de inteligência fundamentam alguns métodos de classificação e selecção de pessoas adequadas para certas

funções através de testes psicotécnicos. O reconhecimento de qualidades de liderança justifica, neste contexto, a progressão na carreira por escolha ou nomeação, e o estilo pessoal no exercício das funções de chefia reflecte-se no clima social e no desempenho organizacional. Também as condições físicas e ambientais no local de trabalho, bem como os recursos necessários, sejam eles informação, orientação, utensílios ou equipamento, condicionam o desempenho individual e colectivo. Por outro lado, a gestão por objectivos tem subjacente a ideia de que é possível atingir parâmetros ideais racionalmente identificáveis e expressamente acordados por diferentes grupos e indivíduos. Porém, os objectivos nem sempre são susceptíveis de definição formal, completa e inequívoca, e além disso não se apresentam constantes e inquestionáveis quanto à sua necessidade e eficácia. O processo de decisão na definição de objectivos não é perfeitamente racional, nem está livre de erros na identificação das áreas problemáticas e na selecção das melhores soluções.

A maior parte do tempo do trabalho diário dos dirigentes públicos não inclui o planeamento estratégico ou definição de prioridades, dispersando-se por múltiplos contactos e actividades, algumas das quais exigindo demasiado processamento burocrático. As unidades de saúde não são estruturas organizativas homogéneas que possam ser geridas de forma uniforme. Os órgãos de gestão são compostos por funcionários sujeitos a constrangimentos legais, pressões sócio-políticas e estratégias pessoais na competição por poder e prestígio. Os administradores dos serviços públicos, tal como a generalidade dos gestores contemporâneos, são impotentes para controlar todos os processos que afectam tanto a vida das organizações como as suas próprias, encontrando-se simultaneamente na situação de agentes e de vítimas do sistema (Alvesson; Willmott, 1996:35).

De momento, a avaliação do desempenho dos trabalhadores da saúde em Portugal cabe a diferentes sistemas. Para os médicos, a promoção e progressão nas carreiras dependem da permanência de três anos no escalão anterior (Dec.-Lei 73/90, de 6 de Março) e existe um estatuto disciplinar próprio (Dec.-Lei 217/94, de 20 Agosto).

A Avaliação do Desempenho dos Enfermeiros (Dec-Lei nº437/91, de 8 Novembro) é contínua e qualitativa, tendo como objectivos a melhoria do desempenho, a valorização pessoal e profissional, a detecção de factores que influenciam o rendimento e identificação de necessidades de formação. Esta avaliação é indispensável na progressão e promoção na carreira consoante a classificação obtida. A metodologia consiste em entrevistas pela chefia directa para orientação e pelos avaliadores para atribuição da menção qualitativa de Satisfaz e Não Satisfaz, baseada na apresentação de um relatório crítico de actividades trienais, a ser homologado pelo órgão máximo de gestão. Além do conteúdo funcional da categoria

profissional, a avaliação incide também sobre relacionamento com utentes, família, grupos ou comunidade e colegas.

A Avaliação do Desempenho dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) processa-se de forma semelhante à dos Enfermeiros, mas com fichas de auto-avaliação e de entrevista onde são avaliados os parâmetros “Eficácia/correção” e “Humanização” através de uma escala “Totalmente de acordo”, “De acordo” e “A melhorar” (Despacho nº13 935/2000).

Ora, a aplicação do SIADAP aos profissionais da saúde tem sido faseada. Nos anos de 2006 e 2007 não incluiu médicos e dirigentes. O sistema de classificação é feito numa escala de 1 a 5, correspondente às menções qualitativas de “Insuficiente”, “Necessita desenvolvimento”, “Bom”, “Muito bom” e “Excelente”, existindo quotas para a atribuição das duas classificações mais elevadas. O resultado obtém-se pela média ponderada da avaliação das componentes “Objectivos”, “Competências” e “Atitude Pessoal”.<sup>6</sup> Os avaliadores são os superiores hierárquicos imediatos ou funcionários com responsabilidades de coordenação sobre os avaliados, existindo um Conselho de Coordenação da Avaliação (CCA), presidido pelo dirigente máximo do organismo e composto pelo pessoal dirigente.

### **3.2. Hipóteses Explicativas**

Para avaliar o impacto dos sistemas de avaliação como instrumentos de promoção da qualidade e satisfação no trabalho em serviços de saúde, elaborámos as seguintes hipóteses explicativas, que nos permitam orientar a pesquisa e a recolha de dados no sentido de responder à questão de partida:

Hipótese 1 – A aplicação dos sistemas de avaliação do desempenho dos trabalhadores dos serviços de saúde reflecte-se na qualidade do trabalho.

Hipótese 2 – O grau de satisfação dos trabalhadores dos serviços de saúde é afectado pela aplicação dos actuais sistemas de avaliação do desempenho.

Hipótese 3 – Os sistemas que avaliam o desempenho dos trabalhadores dos serviços de saúde baseiam-se em conceitos e indicadores de qualidade divergentes das percepções, representações simbólicas e expectativas dos seus destinatários.

---

<sup>6</sup> A definição dos Objectivos (no máximo cinco e no mínimo três) é acordada entre avaliador e avaliado, a partir dos objectivos estratégicos da organização e no âmbito do plano de actividades, sendo os progressos monitorizados pelos avaliadores ao longo do ano. Na Portaria n.º509/A-2004, de 14 de Maio, no ponto 2.2. define-se competências como “*características pessoais*” requeridas para o desempenho de funções, definidas e descritas por grupo profissional nas respectivas fichas de avaliação. No ponto 2.3. Atitude pessoal corresponde a “*empenho pessoal e disponibilidade [...] tendo em conta o esforço realizado, o interesse e a motivação demonstrados*”.

Hipótese 4 - A implementação de sistemas de avaliação inovadores requer uma aprendizagem cultural e uma modificação das atitudes e valores colectivos.

### **3.3. Métodos Escolhidos**

Para o estudo da temática em questão foram escolhidos os diversos métodos de pesquisa: análise documental, entrevistas exploratórias e inquérito por questionário. Além da bibliografia consultada para o enquadramento teórico da problemática que nos ocupa, foram utilizadas fontes documentais (textos legais, documentos, sites oficiais e artigos de imprensa) e efectuadas entrevistas exploratórias para pesquisa e recolha de informação e caracterização do terreno e do universo em estudo. Tanto os entrevistados como os inquiridos, são indivíduos em exercício de diversas funções na área de prestação de cuidados de saúde. O guião de entrevista (em anexo), composto por 15 perguntas, foi construído com base em três pontos principais: Caracterização Profissional, Qualidade e Satisfação e Sistemas de avaliação do desempenho.

O questionário administrado consiste em três grandes grupos de questões – o primeiro destinado à caracterização do funcionário inquirido, salvaguardando o anonimato; o segundo concebido para obter opiniões sobre os aspectos concretos da sua situação laboral e do seu quotidiano de trabalho; e o terceiro dedicado exclusivamente à apreciação do SIADAP feita pelos intervenientes no processo relativo aos anos de 2006 e 2007. Os indicadores seleccionados referem-se a condições e ambiente de trabalho, interrelações sociais, auto-estima, expectativas, necessidades, princípios de gestão, imagem institucional e sistemas de avaliação do desempenho. As questões colocadas exigem respostas de vários tipos, predominando o preenchimento de quadrículas de 1 a 5 para expressar o grau de concordância, o grau de satisfação ou o grau de frequência. Algumas perguntas admitem resposta sim/não, outras de escolha simples, havendo ainda lugar para a apresentação de comentários/sugestões redigidos livremente. O questionário apresenta 77 questões, algumas das quais subdivididas em alíneas, num total de 137 itens de resposta (em anexo).

O objectivo da aplicação deste inquérito foi a recolha de dados para serem trabalhados no enquadramento teórico exposto anteriormente, de modo a podermos obter elementos para uma resposta à nossa pergunta de partida e confirmar as hipóteses de trabalho. A concepção deste instrumento procurou ajustar-se às quatro dimensões (organizacional, simbólica, relacional e societal) do modelo de análise do trabalho em contextos de servicialização proposto por Almeida (2005b:126-7) e que apresentamos esquematicamente no quadro seguinte, onde os dois conceitos dominantes que orientam o nosso estudo surgem como interdependentes:

Quadro 1 – Conceitos e Dimensões

Conceitos	Dimensões			
	Organizacional	Simbólica	Relacional	Societal
<p><b>Qualidade</b></p> <p><b>e</b></p> <p><b>Satisfação no Trabalho</b></p>	<p>-Produto/serviço</p> <p>-Condições de trabalho</p> <p>-Organização/procedimentos</p> <p>-Desempenho (individual/global)</p> <p>-Agentes e práticas motivantes</p> <p>-Relação motivação/desempenho</p>	<p>-Percepções</p> <p>-Valores</p> <p>-Expectativas</p> <p>-Auto-imagem</p> <p>-Perspectivas de futuro</p>	<p>-Interacção social na prestação de serviços: cooperação e co-produção (trabalhadores/equipas/utentes)</p> <p>-Ambiente de trabalho</p> <p>-Interrelações sociais (colegas/ chefias/ utentes)</p> <p>-Actividades de desenvolvimento pessoal</p>	<p>-Articulação interna</p> <p>-Articulação Organização-Meio</p> <p>-Sistemas de avaliação do desempenho</p> <p>-Consequências (individuais/colectivas)</p>

### 3.4. O Terreno de Recolha da Informação e Amostra

Na impossibilidade prática de elaborar estudos comparativos credíveis entre instituições hospitalares diversas (quer pela área de influência, quer pela dimensão e organização, quer pelos níveis de diferenciação e grau de especialização das suas valências) optámos por nos debruçar por um estudo de caso. Porém, num organograma hospitalar, a palavra “Serviço” é frequentemente utilizada com o sinónimo de secção ou departamento funcional, e mesmo numa única instituição, os Serviços existentes apresentam variadas dimensões, especificidades, regulamentos e redes de articulação, o que poderia levar a distorções e incorrecções na análise dos resultados. Além disso, a rigidez da configuração organizacional, divisionária e hierárquica, é flexibilizada na prática pelas redes informais e pela polivalência de alguns elementos que exercem funções simultaneamente em vários sectores. Uma abordagem da organização na sua globalidade pareceu-nos, à partida, permitir tratar o conjunto dos seus trabalhadores em termos de igualdade relativamente ao modo como percebem o seu trabalho e a sua situação laboral, embora procurando abranger uma amostra o mais diversificada possível em termos de categorias profissionais e exercício de funções, concentrando-nos não nas divisões estruturais, mas nas tarefas e aspectos relacionais da actividade quotidiana dos trabalhadores num estabelecimento de saúde.

Com esse objectivo, seleccionámos o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha (CHCR), criado pelo Decreto-Lei nº 84/71, de 19 de Março, constituído pelo Hospital Distrital de Caldas da Rainha, inaugurado em 1967, e o Hospital Termal Rainha D. Leonor, fundado em 1485 (único hospital termal no SNS). Para além de prestar cuidados de saúde à população da

sua área de influência, assegurando, em simultâneo, o desenvolvimento profissional de todos os seus colaboradores, num quadro de eficiência e eficácia, a missão do CHCR inclui ainda a conservação e valorização de um vasto património edificado, florestal e artístico indissociavelmente ligado à fundação da comunidade urbana em que se insere, e que tem constituído, ao longo dos séculos, um dos principais pólos de desenvolvimento económico, social e cultural da região.

De notar que a área de influência do CHCR reflecte a sua especificidade. Assim, o Hospital Termal e a vertente cultural têm uma abrangência nacional e até mesmo internacional, enquanto que o Hospital Distrital é o principal prestador de cuidados hospitalares aos habitantes dos concelhos da sua área envolvente, num total de cerca de 237.673 habitantes residentes (dados do INE 2006). Relativamente ao SNS, o CHCR, ao abrigo do Decreto-Lei 222/07 de 29 de Maio, passou, desde o dia 1 de Junho de 2007, a estar na dependência da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT).

As linhas de actuação do Conselho de Administração (CA) seguem as orientações constantes dos programas de reforma da Administração Pública, que incluem estratégias de melhoria de qualidade direccionada para o cidadão, a formação dos recursos humanos, a aposta na informatização e na comunicação e implementação dos sistemas de avaliação do desempenho. As maiores preocupações do actual CA vão para a requalificação dos espaços e apetrechamento dos Serviços, assim como para a manutenção e desenvolvimento de níveis de produção sem descurar a qualidade dos cuidados de saúde. Neste sentido, tem sido feito um grande esforço de investimento na remodelação das instalações e na modernização dos equipamentos. Os membros do CA que entrevistámos têm consciência de que é constantemente necessário fazer mais e melhor, lutando contra estrangimentos financeiros, administrativos e sócio-políticos que atrasam ou impedem a tomada de decisões. Questões prementes, nomeadamente a falta de médicos, a ampliação do Hospital Distrital ou o relançamento do Termalismo são problemas cuja solução ultrapassa as estruturas locais e se arrasta indefinidamente, mas que são consideradas fundamentais para cumprir cabalmente a missão do CHCR.

Os objectivos de qualidade e eficiência, que no CP do CHCR para 2006 se limitavam a três áreas (Qualidade e Serviço, Produção e Eficiência Operacional e Eficiência Económico-financeira) subdivididos em cinco indicadores, receberam em 2007 três novas áreas (Acesso, Desempenho Assistencial e Objectivos Regionais) num total de nove indicadores, que continuam no entanto a ser unicamente quantitativos e confinados aos aspectos mais tangíveis da produção hospitalar: os elementos de referência são taxas ou percentagens de

internamento, consultas, cirurgias, listas de espera, demora média e custos financeiros (em anexo). Relativamente ao cumprimento do CP, o CHCR fica numa posição desfavorável no ranking da ARSLVT na percentagem de primeiras consultas no total de consultas realizadas e na percentagem de consumos de materiais e medicamentos, mas no estudo da Escola Nacional de Saúde Pública publicado na revista Sábado (14 de Novembro de 2007), ficou situado entre os 10 melhores hospitais do país (as principais variáveis utilizadas para a avaliação do desempenho foram: mortalidade, complicações, readmissões e média ponderada das três anteriores).

No capítulo dedicado à actividade sectorial encontramos nos Relatórios de Actividades do CHCR dos últimos três anos cerca de duas dezenas de subtítulos correspondentes a Serviços tão diversificados como Internamento, Consultas, Urgência, Bloco Operatório, Meios Complementares de Diagnóstico, Termalismo, Apoio Domiciliário, Serviço Social, Formação, Museu, Voluntariado, etc. No organograma do CHCR contam-se 60 subdivisões funcionais, organizadas por quatro grandes áreas de actividade directamente subordinadas à Administração Intermédia e ao Conselho de Administração: Prestação de Cuidados, Suporte à Prestação de Cuidados, Termalismo/Crenoterapia e Apoio à Gestão e Logística. Existem ainda 17 outras unidades, gabinetes, comissões ou entidades que fornecem apoio técnico e consultoria à Administração (em anexo).

O universo considerado para este trabalho corresponde a 783 efectivos, sendo a maioria (78%) do sexo feminino, divididos por 15 grupos profissionais referidos no Balanço Social de 2007, que inclui todos os trabalhadores, independentemente do tipo de vínculo, a prestar serviço na instituição a 31 de Dezembro.

Quadro 2 – Grupos de pessoal do CHCR em 2007, por média etária e sexo

Grupo de Pessoal	Média Etária	Feminino	Masculino	Total
Dirigente	54,2	5	5	<b>10</b>
Médico	45,3	75	52	<b>127</b>
Técnico Superior de Saúde (TSS)	40,9	10	1	<b>11</b>
Técnico Superior (TS)	42,7	6	1	<b>7</b>
Informática	42	0	2	<b>2</b>
Docente / Investigação	47	1	0	<b>1</b>
Enfermagem	36,3	198	30	<b>228</b>
Técnico Diagnóstico e Terapêutica (TDT)	39,7	52	9	<b>61</b>
Técnico-profissional	40,8	24	9	<b>34</b>
Religioso	67	0	1	<b>1</b>
Chefia	47	5	1	<b>6</b>
Administrativo	41,2	86	11	<b>97</b>
Auxiliar	48,5	5	5	<b>10</b>
Serviços Gerais	44,2	139	34	<b>173</b>
Operário	44,7	3	12	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>	<b>41,46</b>	<b>609</b>	<b>174</b>	<b>783</b>

A maior parte desse número (77%) pertence ao Quadro por Nomeação e 14% está em Contrato de Trabalho por Tempo Certo (CTTC). O grupo de pessoal com maior expressão é Enfermagem, com 228 efectivos, seguido de Serviços Gerais, com 173 efectivos, e Médicos, com 127. Entre todos os efectivos, 53% é possuidor de um grau académico, sendo a taxa de tecnicidade da instituição de 55%. Os elementos mais jovens (18-24 anos) encontram-se maioritariamente em Enfermagem. Mais de metade dos efectivos tem acima de 10 anos na instituição e cerca de um terço tem 20 ou mais anos de antiguidade, o que indica uma estrutura e uma cultura organizacional estáveis.

No ano 2007, foram efectuadas 107 acções de formação profissional e ainda 42 acções dedicadas à Segurança e Higiene no Trabalho, respectivamente com 885 e 993 participantes de todos os grupos profissionais, excepto Auxiliar. O grupo que dedicou mais horas a formação foi Enfermagem (3.230 h), seguido de Serviços Gerais (768 h) e TDT (30,5 h). Encontravam-se sindicalizados 41% dos efectivos. Foram instaurados cinco processos disciplinares e arquivados dois. O número de horas não trabalhadas por motivo de actividade sindical foi de 498,5 h, e por adesão a greve foi de 2.916h, maioritariamente registadas em Enfermagem. Note-se que não se trata de contestação interna, mas de acções sindicais a nível nacional relacionadas com a contenção dos salários, os regimes de contratação, e o congelamento das progressões nas carreiras.

Segundo o Balanço Social (2007:31), o perfil do funcionário do CHCR é o seguinte: pertence ao sexo feminino e ao Quadro por Nomeação, tem cerca de 41 anos de idade, mais de 12 anos de escolaridade e cerca de 14 anos de antiguidade na Função Pública. Não é sindicalizada, trabalha por turnos, auferir de uma remuneração ilíquida base mensal de €1.394,33, é abonada em €1.668,22 de prestações sociais. Nesse ano não progrediu na carreira, faltou ao serviço cerca de 17 dias, gozou cerca de 24 dias de férias, fez cerca de 3h de greve, prestou cerca de 90h de trabalho extraordinário, não sofreu nenhum acidente em serviço, dedicou cerca de 6,5h a acções de formação, e não lhe foi instaurado nenhum processo disciplinar.

Dos aspectos mais evidentes neste documento podemos realçar a redução dos efectivos, com especial incidência no grupo médico, o aumento da taxa de feminização, o aumento do nível médio de antiguidade e o aumento dos CTTC. A dependência financeira e administrativa dos organismos tutelares reflecte-se no reduzido número de novas contratações, na estagnação das carreiras e dificuldades na concretização de planos de formação.

Nos relatórios de actividades dos anos 2006 e 2007 constam acções de avaliação do grau de satisfação dos utentes de alguns Serviços. A maioria (91%) mostra-se satisfeita ou muito satisfeita. O item preferido como mais positivo é a simpatia do pessoal e o mais negativo o tempo de espera para conseguir consulta ou intervenção cirúrgica. Também o relatório do Gabinete do Utente 2007 revela que entraram 248 exposições, sendo 24 sugestões (mais 4 que em 2006), 42 elogios (menos 12 que no ano anterior) e 182 reclamações. O descontentamento da maioria dos utentes (84) vai principalmente para o tempo de espera ou demora no atendimento (sendo 34% relativo ao Serviço de Urgências), seguido de falta de cortesia por parte dos profissionais (32) e por diagnóstico incompleto (13). Os principais grupos profissionais visados foram Médico (40%), Dirigente (38%), Enfermeiros (8,5%) e Administrativos (8%). A percentagem de reclamações em relação ao número de utentes atendidos em 2007 é muito pouco significativo (0,12%).

A monitorização da qualidade e satisfação no trabalho não consta das actividades reportadas nos relatórios, sendo as sugestões ou queixas tratadas pelos superiores hierárquicos. Nunca foi feita uma sondagem de opinião aos trabalhadores acerca desta temática.

Dadas as oscilações do pessoal ao longo do ano devido a alterações da sua situação contratual ou ausência por aposentação, férias, doença ou outros motivos, foi calculado que no período de aplicação do inquérito (9 a 16 de Maio de 2008) estariam em funções no CHCR cerca de 750 indivíduos, independentemente do vínculo, tendo sido este o universo considerado para o nosso trabalho. Depois de distribuídos inquéritos a todos os funcionários em actividade, foram recolhidos 245 válidos, ou seja 33% do universo referido.

Assim, a amostra é representativa, uma vez que é composta por 245 dos indivíduos que responderam ao questionário, sendo 80% do sexo feminino. A idade média dos indivíduos que responderam ao questionário é de 41 anos, a grande maioria é casada (65,1%) e tem um ou dois filhos (31,9% e 35,8%, respectivamente), é possuidora de um grau académico (52,8%), havendo também indivíduos com 4 e 6 anos de escolaridade (6,5%). Em relação ao tipo de vínculo laboral, 79,4% responderam pertencer ao Quadro por Nomeação, 14,3% estão com um Contrato de Trabalho a Termo Certo (CTTC), 4% através de uma Empresa de Trabalho Temporário (ETT), 1,3% com Contrato Administrativo de Provisão (CAP) e 0,9% em regime de Prestação de Serviços. Em relação aos grupos profissionais, o mais representado foi Enfermagem (30% dos inquiridos), seguido de Administrativo e Serviços Gerais (18,9% cada), e o menos numeroso Outros (1,2%) em que incluímos pessoal Religioso, Operário e Dirigente. Cerca de 7% dos inquiridos responderam ter um cargo de Chefia ou Coordenação.

Dadas as especificidades do terreno e o facto de a maioria não ter mencionado a categoria profissional, mas apenas a profissão, optámos por eliminá-la da análise e dividimos os inquiridos em Pessoal Clínico (70%) e Não-clínico (30%).<sup>7</sup>

A eliminação da categoria profissional da análise implica também a eliminação da questão I.8 (Tempo a exercer funções na actual categoria). Em relação ao tempo em funções no CHCR, a resposta maioritária situa-se entre 10-14 anos (21%), seguida de 20-24 anos (19,2%). Apenas 19,4% responderam que não pertencem à Função Pública (FP).

Até cerca de 1Km de distância do trabalho vivem 32,7% dos inquiridos, 18,8% está entre 1 e 2Km e a mais de 40Km estão 3,1%.

Para caracterizar a amostra no aspecto socio-demográfico, seleccionámos alguns dos indicadores acerca das habilitações, situação profissional e idade. Analisando a sua interdependência, procurámos encontrar uma configuração em termos de espaço social, de modo a verificar se existem grupos sociais diferenciados. A partir de uma análise de correspondências múltiplas (ACM) através do programa SPSS, pudemos verificar que a amostra é relativamente homogénea. Conseguimos, no entanto, identificar algumas características mais evidentes: entre os médicos, uma maior predominância do Quadro por Nomeação; além destes, o pessoal de enfermagem e os TDT apresentam um nível de escolaridade elevada, contrastando com o pessoal dos serviços, com baixo nível de escolaridade e com o pessoal administrativo, com grande diversidade de habilitações.

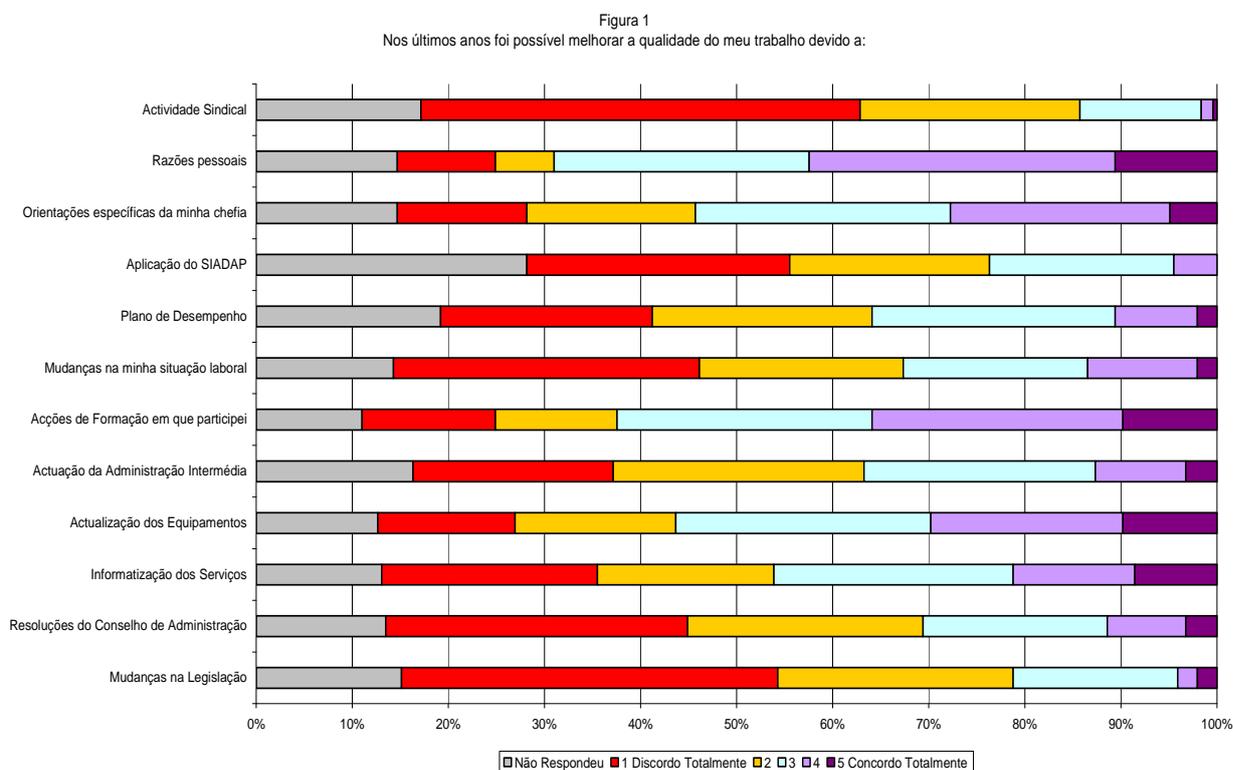
---

<sup>7</sup> No primeiro grupo incluímos Médicos, Enfermeiros, TDT, Técnicos Superiores de Saúde (TSS), Auxiliares de Acção Médica (AAM) incluídos nos Serviços Gerais, pessoal do grupo Técnico-profissional (TP) da área de Balneoterapia e alguns Técnicos Superiores (TS). No segundo grupo estão os restantes TS, TP, Administrativos, Auxiliares e elementos dos Serviços de Apoio e Vigilância (SAV), também incluídos nos Serviços Gerais, e Outros.

## 4. A Qualidade e Satisfação: estudo de caso e resultados da recolha de dados

### 4.1. Análise dos Principais Resultados

Passamos agora a apresentar os resultados referentes à Qualidade no Trabalho. Depois de seleccionadas as questões relacionadas com este conceito operativo, procedemos à análise das respectivas respostas, que apresentamos a seguir:



A questão II. 26 relativa à melhoria na qualidade do trabalho nos últimos dois anos foi a que obteve um maior número de não-respostas (entre 10% e 28% dos inquiridos), o que, aliado ao peso das percentagens maioritárias de apreciações negativas em dez dos doze aspectos propostos, indica uma percepção global de reduzida ou inexistente melhoria. Apenas dois parâmetros apresentam uma tendência positiva, apontando “Razões pessoais” para a melhoria da qualidade do trabalho, seguida de “Acções de formação”. Neste item, 100% do pessoal Auxiliar respondeu “Discordo Completamente”, o que evidencia forte necessidade de formação para esta categoria profissional. É entre o pessoal clínico que surge uma apreciação positiva acerca do efeito das acções de formação.

Com a maior percentagem de respostas de nível negativo surge “Actividade Sindical” (82,8%), o que está de acordo com o fraco nível de sindicalização e inexistência de movimentos reivindicativos internos. Segue-se “Mudanças na legislação” (75%) e “Aplicação

do SIADAP” (67,1%), sendo este o único item que neste grupo não apresenta qualquer resposta em “Concordo Totalmente”.

No quadro seguinte apresentamos algumas variações nas respostas que realçam a diferenciação entre pessoal clínico e não-clínico.

**Quadro 3 – Variações nas percepções por agrupamento sócio-profissional**

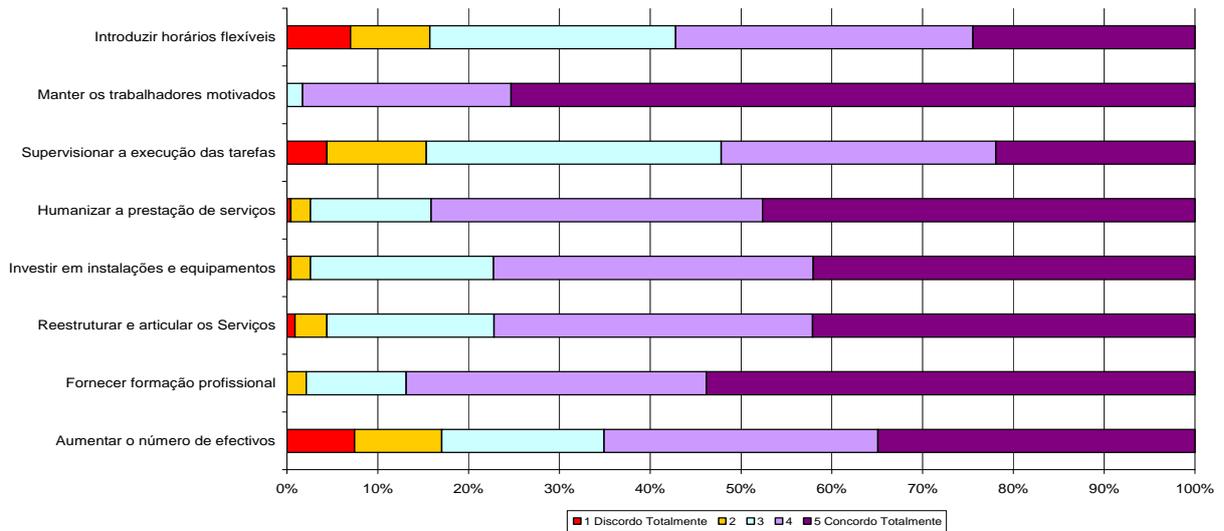
Item	Clínicos		Não-clínicos	
	Percepção Negativa	Percepção positiva	Percepção Negativa	Percepção Positiva
Resoluções do CA	70,7%	7,8%	50%	26,6%
Actuação da AI	59,2%	11,1%	43,1%	27,6%
Orientações da chefia	38,2%	28%	32,8%	44,2%
Informatização dos Serviços	52,9%	16,7%	31,7%	41,3%

Podemos inferir que as variações nas apreciações destes itens revelam necessidades e expectativas diferentes para diferentes categorias profissionais. Por exemplo, o peso das apreciações positivas acerca da Administração é maior nos não-clínicos, o que pode ser atribuído à maior proximidade funcional e maior frequência de contactos pessoais. Quando se trata da actuação das suas chefias, clínicos e não-clínicos têm uma visão inversa, maioritariamente negativa para os primeiros e positiva para os segundos. Para além da proximidade e frequência de contactos, esta apreciação pode ainda relacionar-se com o grau de autonomia no exercício de funções. A mesma discrepância relativamente à informatização dos serviços pode ser atribuída à maior dependência e uso mais frequente do equipamento informático no dia-a-dia de trabalho.

Podemos concluir-se que os efeitos de aplicação dos sistemas de avaliação do desempenho não atingem os objectivos pretendidos no que se refere à melhoria da qualidade no trabalho, visto que a percepção geral é de que não houve melhoria significativa e as razões atribuídas nas respostas positivas são razões pessoais e acções de formação. Também a fraca actuação das chefias enquanto orientadores podem indicar falhas na implementação dos sistemas.

Fica assim, comprovada a hipótese 1: a aplicação dos sistemas de avaliação do desempenho dos trabalhadores dos serviços de saúde reflecte-se na qualidade do trabalho, neste caso negativamente.

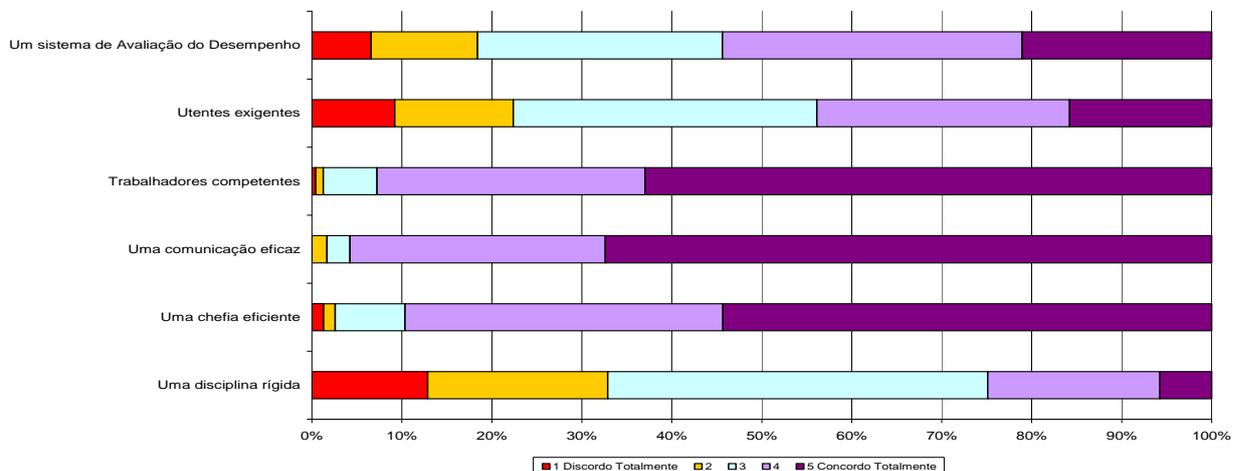
Figura 2 - Para melhorar a qualidade dos serviços prestados por esta instituição considero prioritário



Os inquiridos que responderam à questão II.31 consideram prioritário para melhorar a qualidade dos serviços prestados “Manter os trabalhadores motivados”, sendo este o parâmetro que obteve o maior número de respostas de nível 5 (75,3%), que em conjunto com o nível 4 perfaz um total de 98,3%. É também o único item neste grupo sem respostas negativas. Seguidamente surge “Formação profissional” (86,9%) e “Humanizar a prestação de serviços” (84,1%). Neste grupo todos os itens receberam maioritariamente níveis positivos, o que se pode interpretar como o reconhecimento geral da necessidade de intervenções orientadas para a melhoria da qualidade dos serviços.

O grande peso das escolhas de nível 4 e 5 neste conjunto de opções revela uma tendência para a unanimidade no entendimento dos factores mais influentes na qualidade no trabalho: motivação e formação profissional, sendo a supervisão o menos valorizado. Estas respostas estão em consonância com as do grupo analisado anteriormente.

Figura 3 - Para melhorar a produtividade nos serviços



Para melhorar a produtividade nos Serviços (questão II.24), “uma comunicação eficaz” é a opção onde surge o maior número de respostas concordantes (95,8%), sem qualquer registo de “Discordo Totalmente”. Segue-se “trabalhadores competentes” (92,8%) e “uma chefia eficiente” (89,6%). A opção com mais rejeições (32,9%) é “uma disciplina rígida”, o que confirma a desvalorização da supervisão representada no quadro anterior.

É de notar que “um sistema de avaliação do desempenho” obteve 54,4% respostas concordantes e apenas 18,4% discordantes, embora as margens de discordância sejam significativamente diferentes entre os clínicos (17,9%) e os não-clínicos (23,5%), o que reflecte as variações nos tipos e efeitos da avaliação a que estão sujeitos. De um modo geral, não há variações significativas quanto ao grupo profissional nas escolhas referentes a “utentes exigentes”, a segunda mais rejeitada.

No que se refere mais especificamente à Satisfação no Trabalho, apresentamos no quadro 4 os resultados expressos em percentagens de respostas de nível positivo e negativo para os principais indicadores, com base nos quais podemos considerar a satisfação global no trabalho no CHCR como positiva (61%).

**Quadro 4 – Grau de Satisfação no Trabalho (1)**

Dimensões	Indicadores	Percepção Negativa	Percepção Positiva	Percepção Negativa	Percepção Positiva
<b>Ambiente de Trabalho</b>	Condições de trabalho	35%	65%		
	Interrelações Sociais	36%	64%		
				<b>36%</b>	<b>64%</b>
<b>Contexto Organizacional</b>	Funcionalidade	43%	57%		
	Comunicação	61%	39%		
	Gestão/ Liderança	59%	41%		
	Sistemas de Avaliação	67%	33%		
	Imagem da Instituição	35%	65%		
				<b>53%</b>	<b>47%</b>
<b>Auto-imagem</b>	Auto-estima	23%	77%		
	Competências	19%	81%		
	Motivação	8%	92%		
	Expectativas	42%	58%		
				<b>22%</b>	<b>78%</b>
<b>SATISFAÇÃO GLOBAL</b>				<b>39%</b>	<b>61%</b>

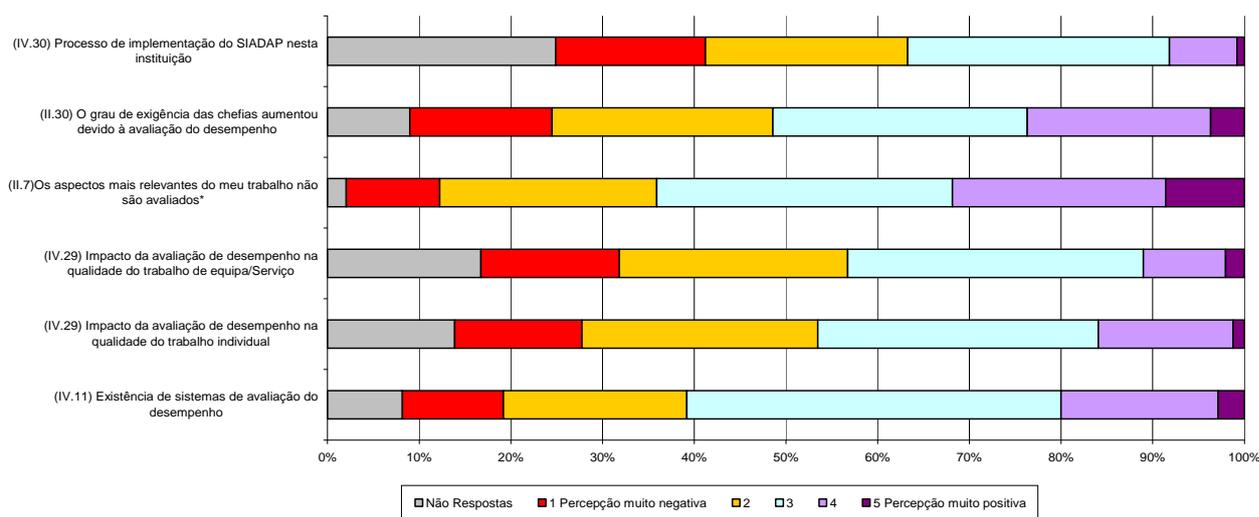
Nas respostas às questões relativas ao ambiente de trabalho, ressaltam como os aspectos mais valorizados a relevância para a comunidade (II.21), o grau de dificuldade das tarefas (II.20), o relacionamento com os utentes (IV.6) e a integração na instituição (II.12). Os pontos mais negativos são a remuneração (II.4), os conflitos pessoais (II.25) e a falta de reconhecimento pelo contributo individual (III.8).

A auto-imagem apresenta-se em geral francamente positiva, com forte consciência de auto-eficácia, competência e empenhamento.

Relativamente ao contexto organizacional, alguns aspectos apresentam-se bem cotados, como as estruturas funcionais, que no seu conjunto são avaliadas pela maioria de forma positiva, e a imagem da instituição, que apresenta a maior percentagem de aprovação neste grupo. Analisando em detalhe os itens com maior índice de satisfação, encontramos a facilidade em apresentar dúvidas ou sugestões aos superiores hierárquicos (II.10), a actuação da chefia funcional (IV.25) e a informação relativamente aos assuntos correntes do Serviço (II.2), assuntos que se enquadram nas interrelações sociais de proximidade já registadas anteriormente. Entre os pontos mais críticos, destacam-se as falhas de comunicação (II.25c), as injustiças próprias do sistema (II.25d), estilo de liderança (II.25b) e a falta de cooperação e de informação entre Serviços (II.16). Contudo, a percepção global neste grupo é maioritariamente negativa (53%). O peso da insatisfação recai nos indicadores Sistemas de Avaliação, Comunicação e Gestão/Liderança.

No que diz, concretamente, respeito aos Sistemas de Avaliação, onde encontramos o conjunto de itens mais penalizado, apresentamos em detalhe uma selecção de várias questões que surgem em diferentes secções do questionário.

Figura 4 - Sistemas de Avaliação



Nota: \*Esta questão foi recodificada, valores invertidos

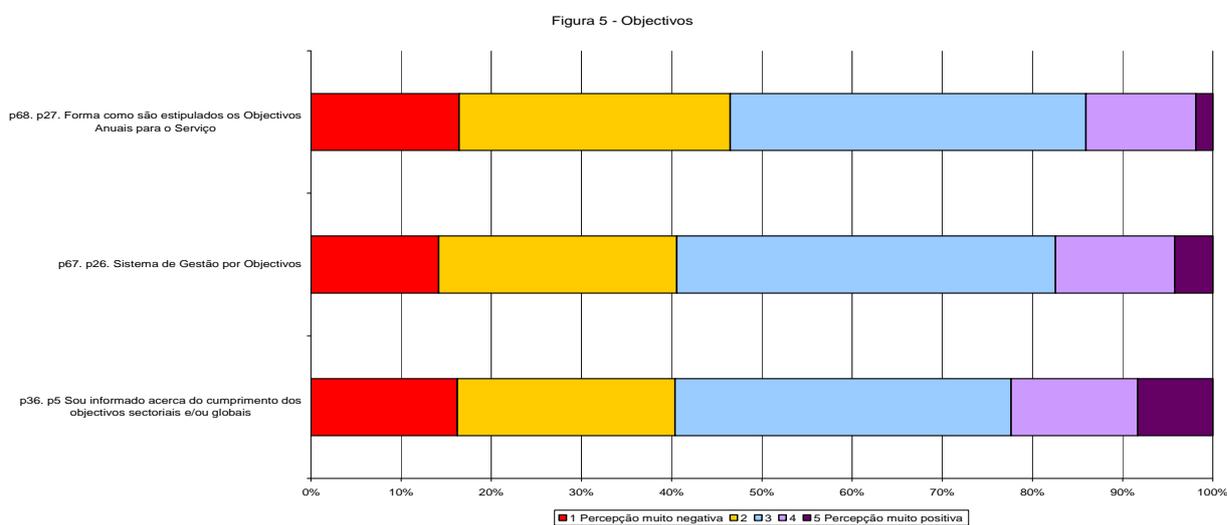
Neste conjunto de perguntas também se verifica um significativo número de não-respostas, o que pode indicar alguma ignorância, incerteza ou desinteresse pelo tema. A questão relativa

à satisfação com o processo de implementação do SIADAP na instituição foi a que obteve o número mais elevado de abstenções (24,9%), facto que pode ser justificável devido a este sistema de avaliação até agora só se aplicar a cerca de 30% dos funcionários do CHCR. Este é também o ponto neste grupo com nível de satisfação mais baixo, expresso por 51% dos inquiridos.

O impacto da avaliação do desempenho na qualidade do trabalho (individual e colectivo) também apresenta um peso negativo significativo (46% e 48% respectivamente). Na opinião de 43,5% dos inquiridos, o grau de exigência das chefias não aumentou devido à avaliação do desempenho, como seria de esperar, de acordo com a necessidade, oficialmente reconhecida como prioritária, de cumprir objectivos orientados para os resultados.

As respostas à questão “os aspectos mais relevantes do meu trabalho não são avaliados”, com 34,6% de expressão nos níveis 4 e 5, indicam conceitos de qualidade divergentes dos utilizados na legislação em vigor. A existência de sistemas de avaliação também recolhe uma percentagem significativa de insatisfação (33,8%), mas com tendência positiva. O problema não reside, pois, na existência de uma avaliação, mas no tipo de avaliação efectuada.

Deste conjunto de respostas podemos concluir que, embora a existência de sistemas de avaliação seja medianamente satisfatória, os seus efeitos na qualidade do trabalho tendem a ser desvalorizados.



Uma vez que o Sistema de Gestão por Objectivos é indissociável dos sistemas de avaliação do desempenho individual e colectivo, consideramos pertinente relacionar as respostas a estes aspectos apresentados na figura 6 com os resultados anteriores, pois reafirmam o predomínio de percepções negativas comparativamente à expressão de nível 4 e 5.

Se retirarmos da análise da satisfação global representada no quadro 4 os itens referentes aos sistemas de avaliação já analisados, assim como estes últimos respeitantes aos objectivos

(incluídos nos indicadores Gestão/Liderança), o resultado da satisfação total na dimensão organizacional inverte-se, tornando-se positivo (51%), o que se vai reflectir num aumento da percepção positiva global, que passa a 63%.

**Quadro 5 – Grau de Satisfação no Trabalho (2)**

Dimensões	Indicadores	Percepção Negativa	Percepção Positiva	Percepção Negativa	Percepção Positiva
Ambiente de Trabalho	Condições de trabalho	35%	65%		
	Interrelações Sociais	36%	64%		
				<b>36%</b>	<b>64%</b>
Contexto Organizacional	Funcionalidade	43%	57%		
	Comunicação	61%	39%		
	Gestão/ Liderança	55%	45%		
	Imagem da Instituição	35%	65%		
				<b>49%</b>	<b>51%</b>
Auto-imagem	Auto-estima	23%	77%		
	Competências	19%	81%		
	Motivação	8%	92%		
	Expectativas	42%	58%		
				<b>22%</b>	<b>78%</b>
<b>SATISFAÇÃO GLOBAL</b>				<b>37%</b>	<b>63%</b>

Fica assim comprovada a nossa segunda hipótese - o grau de satisfação dos trabalhadores dos serviços de saúde é afectado pela aplicação dos actuais sistemas de avaliação do desempenho - mas também no sentido negativo.

Quanto à terceira hipótese, estamos igualmente em condições de a validar, uma vez que a grande maioria considera que os aspectos mais relevantes do seu trabalho não são avaliados, o que comprova conceitos e indicadores de qualidade divergentes. Efectivamente, são os aspectos relacionais e a motivação que os trabalhadores mais valorizam, e não a orientação para os resultados, predominante nos sistemas em que foram avaliados em 2006 e 2007.

Analisando em particular as respostas relativas ao SIADAP 2006/07, verificamos que a maioria dos envolvidos não considera o processo terminado (70,5%), o que pode corresponder ao facto de os prazos legais não terem sido cumpridos nesta instituição. Essa percepção é corroborada pela maioria das respostas que indicam não terem sido respeitadas todas as disposições legais (55,6%). A maioria (57,6%) acha também que recebeu informação inicial insuficiente.

A principal conclusão que se pode retirar da avaliação global do SIADAP feita pelos intervenientes no processo é que este sistema de avaliação não corresponde ao objectivo fundamental de contribuir para um maior envolvimento dos trabalhadores, uma vez que a grande maioria (87,5%) indica um decréscimo na motivação para o trabalho após a sua aplicação. Os pontos mais críticos que podem justificar este estado de desmotivação prendem-

se com os aspectos que, na opinião dos inquiridos, necessitam ser alterados – as quotas para certas classificações, os critérios de avaliação e as consequências da avaliação na carreira (escolhas com percentagens respectivamente de 58,9%, 56,8% e 54,7%), aspectos estes impostos superiormente pelos legisladores. Quanto às questões mais directamente ligadas ao funcionamento interno da organização na implementação do sistema, o grau de satisfação global é negativo (51%). Entre os aspectos considerados como satisfatórios contam-se as atitudes pessoais dos intervenientes e o processo de auto-avaliação (percepcionados favoravelmente por 55% e 53% respectivamente). O ponto mais insatisfatório corresponde ao processo de definição de objectivos individuais (59,2%), seguido da classificação atribuída (53,1%) e a actuação da CCA (51,9%).

Quadro 6 - SIADAP

	Percepção Negativa	Percepção Positiva
<b>Processo definição objectivos</b>	59,2%	40,8%
<b>Processo auto-avaliação</b>	47,4%	52,6%
<b>Classificação atribuída</b>	53,1%	46,9%
<b>Atitude pessoas envolvidas</b>	44,6%	55,4%
<b>CCA</b>	51,9%	48,1%
<b>Total</b>	<b>51,2%</b>	<b>48,1%</b>

Podemos concluir que se trata de um processo que necessita de ser revisto nos princípios, aspectos processuais e consequências para os profissionais, e cuja implementação carece de mais informação e formação para os intervenientes, de forma a ultrapassar resistências e incompreensões e a transformar-se num instrumento válido para a melhoria da qualidade e satisfação no trabalho. Fica assim validada a quarta hipótese: a implementação de sistemas inovadores requer uma aprendizagem cultural e uma modificação das atitudes e valores colectivos.

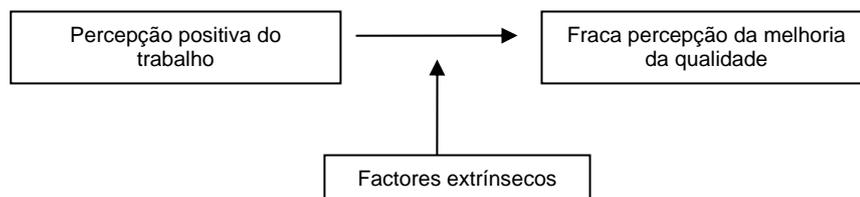
Passamos agora a referir os aspectos mais recorrentes expressos como Comentários/sugestões nos questionários, e que focam alguns dos pontos já analisados anteriormente: Reuniões - não participam ou não são convocados para reuniões (32); Avaliação do Desempenho - membros do pessoal clínico afirmam não saber o que é o SIADAP (3), perguntam o que é o Plano de Desempenho (2) e acham que a avaliação dos enfermeiros não é funcional (2); alguns inquiridos queixam-se da falta de informação sobre os objectivos institucionais e do seu Serviço (2); acham que é necessário premiar o bom desempenho e punir o mau (2) e que o SIADAP é uma perda de tempo e dinheiro (1); Estilo de Liderança - tanto clínicos como não-clínicos queixam-se da falta de liderança dentro da sua

categoria (2); do grande distanciamento entre Administração e funcionários (2); da falta de reconhecimento pelo esforço efectuado (2) e da incapacidade da direcção dos Serviços para resolução de problemas funcionais (1); Formação - pessoal dos Serviços Gerais queixa-se da falta de formação (2). Embora apenas uma reduzida percentagem de inquiridos (20%) se tivesse expressado desta forma, as suas comunicações coincidem nos tópicos e nos conteúdos com os resultados analisados.

#### 4.2. Confirmação de Hipóteses via Moderação

De modo a procurar elevar o rigor metodológico e analítico do nosso trabalho, a partir dos resultados de uma Análise de Componentes Principais (ACP) testámos três pressupostos através do modelo de Moderação via Regressão:

Pressuposto 1 - Os sistemas de avaliação e certas medidas legislativas e de gestão impostas superiormente (factores extrínsecos) actuam como moderadores sobre a percepção positiva do trabalho, afectando negativamente a percepção dos trabalhadores acerca da melhoria da qualidade do seu trabalho:

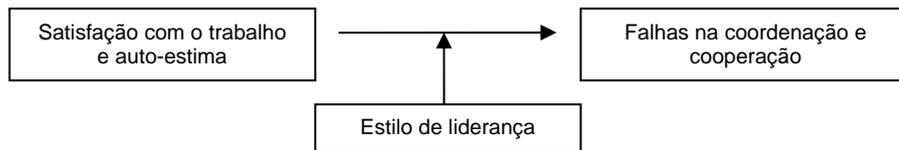


Quadro 7 – Pressuposto 1 - resultados

	Valores Beta
<b>1º passo Efeitos Principais</b>	
<b>Percepção positiva do trabalho</b>	0,234*
<b>Factores extrínsecos</b>	0,317**
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0,205
<b>F (2, 151)</b>	20,758**
<b>2º passo Efeito Interação</b>	
<b>Percepção positiva do trabalho* factores extrínsecos</b>	0,095
<b>R<sup>2</sup> change</b>	0,008
<b>F change (1, 150)</b>	1,556*
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0,208
<b>F (3, 150)</b>	14,408**
<b>*p&lt;0,05 **p&lt;0,001</b>	

Como podemos verificar no quadro 7, o  $R^2$  change é significativo ( $F(1, 150)=1,556$ ,  $p<0,001$ ), logo, os factores extrínsecos actuam como moderadores.

Pressuposto 2 - A satisfação com o trabalho e auto-estima dos trabalhadores é moderada pelo estilo de liderança, o que origina falhas na coordenação e cooperação entre serviços:

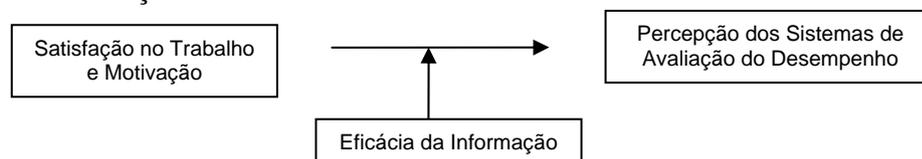


**Quadro 8 – Pressuposto 2 - resultados**

	Valores Beta
1º passo Efeitos Principais	
<b>Satisfação com o trabalho e auto-estima</b>	0,171*
<b>Estilo de liderança</b>	0,528**
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0,385
<b>F (2, 174)</b>	55,992**
2º passo Efeito Interação	
<b>Satisfação com trabalho*Estilo de liderança</b>	0,082*
<b>R<sup>2</sup> change</b>	0,0006
<b>F change (1, 173)</b>	1,773*
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0,387
<b>F (3, 173)</b>	38,085**
<b>*p&lt;0,05 **p&lt;0,001</b>	

Como podemos verificar no quadro 8, o  $R^2$  change é significativo ( $F(1, 173)=1,773$ ,  $p<0,001$ ), logo, o estilo de liderança actua como moderador.

Pressuposto 3 - Embora os funcionários do CHCR se declarem em geral satisfeitos e motivados para a realização de um trabalho de qualidade, a percepção negativa e a insatisfação demonstrada acerca da Avaliação do Desempenho é de algum modo moderada pela qualidade da informação.



**Quadro 9 – Pressuposto 3 - resultados**

	Valores Beta
1º passo Efeitos Principais	
<b>Satisfação no trabalho e Motivação</b>	0,103*
<b>Eficácia da Informação</b>	0,602**
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0,438
<b>F (2, 157)</b>	62,924
2º passo Efeito Interação	
<b>Informação*Satisfação</b>	0,028
<b>R<sup>2</sup> change</b>	0,001
<b>F change (1, 156)</b>	0,223*
<b>R<sup>2</sup> ajustado</b>	0,445
<b>F (3, 156)</b>	41,816**
<b>*p&lt;0,05 **p&lt;0,001</b>	

Embora baixo, o  $R^2$  change é significativo ( $F(1, 156)=0,223$ ,  $p<0,001$ ), logo, pode concluir-se que de algum modo a informação pode afectar as percepções sobre a Avaliação do Desempenho.

## **5. Conclusões / Considerações finais**

O processo operativo de prestação de cuidados de saúde em ambiente hospitalar caracteriza-se pela heterogeneidade das contribuições e competências dos diversos sectores profissionais e pela diversidade e multiplicidade de produtos – serviços, articulados numa rede complexa de relações organizacionais e de comunicação intersubjectiva, nem todos directamente relacionados com a prática da medicina, mas funcionalmente determinados a partir da vertente clínica.

O planeamento estratégico de programas de melhoria da qualidade organizacional requer a definição de objectivos e a disponibilização de recursos adequados à sua implementação, tal como esquemas de controlo e sistemas de avaliação para verificação e balanço dos progressos alcançados. No entanto, é essencial que esses objectivos se tornem conhecidos e partilhados pelos funcionários. Logo, a sua forma de definição, de divulgação e, sobretudo, a sua adequação às funções, às pessoas, às condições de trabalho e ao meio envolvente reflectem-se no desempenho.

A avaliação organizacional feita em benchmarking por entidades públicas externas não diferencia especificidades e condicionantes próprias de cada unidade hospitalar e limita-se aos aspectos quantitativos da relação produção-custos. Na avaliação individual, a responsabilização dos trabalhadores pelo cumprimento dos objectivos de gestão não tem em conta a especialização, o grau de autonomia, nem os constrangimentos e oportunidades na demonstração de competências e atitudes. Além disso, o exercício da pericialidade na avaliação é, em parte, deixado internamente a cargo de indivíduos sem preparação técnica ou vocação para essa tarefa, que não dominam necessariamente as competências que têm de avaliar, nem acompanham ou orientam suficientemente de perto os avaliados. Daqui resultam discrepâncias significativas, tanto na interpretação como na operacionalização dos indicadores, grelhas e escalas de medida instituídos. Na prática, o sistema força a atenção dos avaliadores a focar-se mais nas características pessoais do que no desempenho efectivamente realizado, originando sentimentos de injustiça e descontentamento, com efeitos na motivação e rendimento dos trabalhadores. Por outro lado, os avaliados são postos em situação de observação crítica permanente, forçados a aceitar objectivos e critérios que não reconhecem como seus, mas que condicionam o seu futuro profissional.

No caso estudado, apesar de uma auto-imagem fortemente positiva e de um ambiente de trabalho satisfatório, bem como de uma percepção positiva da instituição e das estruturas funcionais, o contexto organizacional no seu conjunto é apreciado pelos funcionários de forma maioritariamente desfavorável. Entre os pontos mais claramente insatisfatórios,

contam-se factores exógenos relacionados com os sistemas de avaliação, mas também factores endógenos, como alguns aspectos relativos à comunicação, gestão e estilo de liderança. No que respeita à avaliação do desempenho, deparamo-nos com um misto de práticas tradicionais e inovadoras que, na perspectiva dos trabalhadores, não favorece a qualidade e a satisfação no trabalho, condições indispensáveis para o empenhamento na melhoria constante do desempenho individual e organizacional.

A perspectiva negativa acerca dos aspectos comunicacionais e administrativos apresenta uma excepção relativamente às relações de proximidade e às oportunidades de diálogo com as chefias funcionais. É o distanciamento dos administradores que é fortemente penalizado, embora se registem no local de trabalho tensões e conflitos sem tratamento adequado. É, ainda, de realçar uma diferenciação significativa entre as noções e expectativas do pessoal clínico e não-clínico, não só acerca da avaliação do desempenho, mas também relativamente à formação, informatização dos Serviços e actuação das chefias.

Todas estas constatações levam-nos a concluir que uma reforma da Administração Pública não será eficaz sem alterar o paradigma de gestão dos recursos humanos, abandonando a rigidez das estruturas hierárquicas tradicionais e apostando na fluidificação dos processos e nas interacções sociais transversais. Um factor essencial é o estilo de liderança, fulcral na mobilização das vontades e na mudança de atitudes para atingir objectivos estratégicos convenientemente divulgados e assumidos. As lacunas na comunicação interna são um ponto crítico próprio das organizações burocráticas, requerendo constante investimento nos recursos informáticos, mas também nas redes informais de relações sociais. Uma gestão dos recursos humanos para a inovação e a mudança de todo o contexto institucional inclui a gestão da satisfação das necessidades e expectativas dos trabalhadores, fornecendo oportunidades de desenvolvimento profissional diferenciado e fazendo corresponder à melhoria do desempenho a respectiva recompensa material e simbólica. O reconhecimento público individualizado motiva e fortalece o colectivo, materializando a responsabilidade da organização na produção de identidade e de progresso social.

A resposta à nossa pergunta de partida aponta, pois, para deficiências nos sistemas de avaliação do desempenho e na sua implementação, e faz ressaltar a necessidade de eles próprios serem avaliados relativamente ao seu impacto na melhoria efectiva da qualidade no trabalho e no bem-estar físico e emocional dos destinatários. O ponto de vista dos sociólogos revela-se indispensável para diagnosticar e apontar os pontos que necessitam intervenção dirigida para a promoção da qualidade e satisfação na prestação de serviços de saúde. Estas serão, seguramente, questões a que futuros trabalhos poderão dar continuidade e resposta.

## **Bibliografia**

ALMEIDA, Paulo Pereira de (2006), “Competência no trabalho e cultura de qualidade nos serviços públicos”, *Sociedade e Trabalho*, nº29, pp.67-79

ALMEIDA, Paulo Pereira de (2005b), *Trabalho, Serviço e Serviços: Contributos para a Sociologia do Trabalho*, Porto, Edições Afrontamento.

ALMEIDA, Paulo Pereira de (2005a), “Serviço(s) e Sociologia do Trabalho: Que práticas? Que objectivos?”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº47, pp.47-67.

ALMEIDA, Paulo Pereira de; REBELO, Glória (2004b), *A Era da Competência: um novo paradigma para a Gestão de Recursos Humanos e o Direito do Trabalho*, Lisboa, RH Editora.

ALMEIDA, Paulo Pereira de (2004a), “A servicialização do trabalho: perspectivas e tendências”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº44, pp.83-107.

ALVESSON, M.; WILLMOTT, H. (1996), *Making Sense of Management: A critical Introduction*, London, Sage

ANDRÉS, Elena Esteva; PIMENTEL, Duarte (2005), “Empresa y reproducción social ampliada. Los contributos del análisis societal”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº47, pp.35-45.

BANDURA, Albert (1997), *Self-efficacy: The exercise of control*, Stanford, W.H. Freeman.

BAUMAN, Zygmunt (2000), *Liquid Modernity*, Cambridge, Polity Press.

BAUMAN, Zygmunt (1992), *Intimations of Postmodernity*, London, Routledge.

BEEHR, T.A. (1995), *Psychological Stress in the Workplace*, London, Routledge.

BILHIM, João Abreu (2005), *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*, Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

BONNY, Yves (2004), *Sociologie du temps présent. Modernité avancée ou postmodernité?*, Paris, Aemand Colin.

BOURDIEU, Pierre (2006), *As Estruturas Sociais da Economia*, Porto, Campo das Letras.

BOURDIEU, Pierre (1991), *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus Humanidades.

CASTELLS, Manuel (2003), *A Era da Informação: Economia, Sociedade e Cultura – O Fim do Milénio*, volume III, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.

CARAPINHEIRO, Graça (org.) (2006), *Sociologia da Saúde: Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores.

CARAPINHEIRO, Graça; CÔRTEZ, Soraya (2000), “Conflitualidade e mudança face a novos cenários globais: o caso dos sistemas de saúde português e brasileiro”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº57/58, pp.259-290.

CARAPINHEIRO, Graça (1998), *Saberes e Poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto, Edições Afrontamento.

CARVALHO, Helena (2004), *Análise Multivariada de Dados Qualitativos. Utilização da HOMALS com o SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo.

CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA (2008), *Balanço Social 2007*, Caldas da Rainha, CHCR.

CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA (2008), *Relatório de Actividades 2007*, Caldas da Rainha, CHCR.

CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA (2007), *Relatório de Actividades 2006*, Caldas da Rainha, CHCR.

CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA (2006), *Plano de Acção 2007*, Caldas da Rainha, CHCR.

CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA (2005), *Plano de Acção 2006*, Caldas da Rainha, CHCR.

COATES, G. (2000), “Experiencing Performance Appraisal in a Trust Hospital” [*Versão electrónica*], *Electronic Journal of Sociology*, em [www.sociology.org](http://www.sociology.org).

CODMAN, Ernest A. (1996), *A Study in Hospital Efficiency: As Demonstrated by the Case Report of the First Five Years of a Private Hospital*, Illinois, Joint Commission.

CROZIER, Michel (1991), *L'Entreprise à l'écoute: Apprendre le management pós-industriel*, Paris, Seuil.

CROZIER, Michel (1971), *Le Phénomène bureaucratique*, Paris, Seuil.

ESTEVEZ, Fernando (2007), “Os dez melhores hospitais”, *Sábado*, n.º184 – 8 a 14 de Novembro, pp.40-69.

FINCHAM, Robin; RHODES, Peter (2005), *Principles of Organizational Behaviour*, Oxford, Oxford University Press.

FREIRE, João (2002), *Sociologia do Trabalho: uma introdução*, Porto, Edições Afrontamento.

FRIEDBERG, Erhard (1995), “Organização”, Boudoun, R. (org.), *Tratado de Sociologia*, Lisboa, Edições Asa, pp.343-378.

GADREY, Jean (2003), “Les modèles nationaux d'économie et de société de services”, *L'économie des services*, La Découverte, coll. Repères.

GADREY, Jean ; ZARIFIAN, Philippe (2002), *L'Émergence d'un Modèle du Service : enjeux et réalités*, Paris, Éditions Liaisons.

GADREY, Jean (2001), “Sur le livre de Robert Putman, *Bowling Alone, The Collapse and Revival of American Community* (Simon and Schuster, New York, 2000), et sur son utilisation éventuelle dans un programme de recherches sur des indicateurs “macro-socio-économiques” alternatifs ”, *Séminaire du grupe “services” du CLERSE*, 8 Novembre.

GIDDENS, Anthony (2007), *A Europa na era Global*, Barcarena, Editorial Presença.

GIDDENS, Anthony (2005), *As Consequências da Modernidade*, Oeiras, Celta Editora.

GOFFMAN, Erving (1991), *Asylums*, New York, Penguin Books.

HOSIE, Peter J.; SEVASTOS, Peter P.; COOPER, Cary L. (2006), *Happy-Performing Managers. The impact of affective wellbeing and intrinsic job satisfaction in the work place*, Cheltenham, Edward Elgar.

KELEMEN, Mihaela (2003), *Managing Quality: Managerial and Critical Perspectives*, London, Sage Publications.

KOVÁCS, Ilona (2002), *As Metamorfoses do Emprego: Ilusões e Problemas da Sociedade da Informação*, Oeiras, Celta.

LAWRENCE, Paul; LORSCH, J. (1967), *Organization and Environment*, Boston, HBS Division of Research.

LATHAM, Gary P. (2007), *Work Motivation – History, Theory, Research and Practice*, London, Sage Publications.

Le GOFF, Jean-Pierre (2003), *La barbarie douce. La modernisation aveugle des entreprises et de l'école*, Paris, La Découverte.

LYOTARD, Jean-François (1989), *A Condição Pós-Moderna*, Lisboa, Gradiva.

MADUREIRA, César; RODRIGUES, Miguel (2006), “A evolução das formas de recrutamento e de avaliação do desempenho dos funcionários e dos dirigentes na Administração Pública portuguesa – contributos para a reforma administrativa”, *Sociedade e Trabalho*, n-º29, pp.39-54.

MASLACH, C., et al. (1996), *Maslach Bournout Inventory*, Palo Alto, Consulting Psychologists Press.

MAROCO, João (2007), *Análise Estatística com utilização do SPSS*, Lisboa, Edições Sílabo

MARTIN, Vivien; HENDERSON, Evan (2004), *Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços Sociais*, Lisboa, Monitor.

McGOVERN, Patrick, et al. (2007), *Market, Class and Employment*, Oxford, Oxford University Press.

MILLS, Colin (2007), *Job quality, satisfaction and expectations*, [Versão electrónica], Oxford, Department of Sociology, University of Oxford em [www.sociology.ox.ac.uk](http://www.sociology.ox.ac.uk).

MORENO, S. Peiró, et al. (1998), *Gestión Sanitaria : Inovaciones y Desafios*, Barcelona, Ed. Masson, SA.

NG, Pedro (s.d.), “The Generation of Job Satisfaction: A Conceptual Framework” [Versão electrónica], *The Chung Chi Journal*, pp.77/87, em <http://sunzi1.lib.hku.hk>.

PARENT-THIRION, Agnès et al. (org.) (2007), *Fourth European Working Conditions Survey*, Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.

PARENTE, Cristina (2005), “Sobre as teorias da empresa”, *Revista Sociologia*, n.º15, pp.165-215.

PARSONS, Talcott (1968), *The Structure of Social Action*, New York, Free Press.

PETTINGER, Lynne, et al. (Edit.) (2005), *A New Sociology of Work?*, Oxford, Blackwell Publishing.

PFEFFER, J.; SALANCIK, G. (1978), *The External Control of Organizations*, New York, Harper and Row.

PINDER, C.C. (1998), *Work motivation: theory, issues and applications*, New Jersey, Prentice Hall.

PUTNAM, R. (2000), *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*, New York, Simon and Schuster

REBELO, Glória (2006), “Educação, formação e emprego: por uma cultura de inovação”, *Sociedade e Trabalho*, nº29, pp.54-65.

REBELO, Glória (2003), *Emprego e Contratação Laboral em Portugal: Uma análise sócio-económica e jurídica*, Lisboa, RH Editora.

REBELO, Glória (2002), *Nova Cultura do Trabalho e do Emprego: Que desafios para os actores sociais?*, [Versão electrónica]. Lisboa, Dinâmia – Centro de Estudos sobre a Mudança Socioeconómica, em: <http://dinamia.iscte.pt/uploads/files/wp23-2002.pdf>.

ROCHA, J. A. Oliveira (2007), *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*, Lisboa, Escolar Editora.

ROCHA, J. A. Oliveira (2006), *Gestão da Qualidade, Aplicação aos Serviços Públicos*, Lisboa, Escolar Editora.

SAINSAULIEU, Renaud (2001), *Sociologia da Empresa – Organização, Cultura e Desenvolvimento*, Lisboa, Instituto Piaget.

SAINSAULIEU, Renaud (dir.) (1992), *L'entreprise – une affaire de société*, Paris, Press de Sciences PO.

SAINSAULIEU, Renaud; SEGRESTIN, Denis, (1987), “Para uma teoria sociológica da empresa”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, nº3, pp.199-215.

SCOTT, John (2001), *Power*, Cambridge, Polity.

SÍTIMA, Luís (2007), *Sucesso em Português. 15 histórias de Mudança Organizacional*, Lisboa, HayGroup.

SPECTOR, Paul E. (1997), *Job Satisfaction – Application, Assessment, Causes and Consequences*, London, Sage Publications.

TOURAINÉ, Alain (1994), *Crítica da Modernidade*, Lisboa, Instituto Piaget.

TOURAINÉ, Alain (1969), *La société post-industrielle: Naissance d'une société*, Paris, Denoël.

TURNER, Bryan S. (ed.) (2002), *Teoria Social*, Algés, Difel.

VALA, Jorge; TORRES, Anália (org.) (2006), *Contextos e Atitudes Sociais na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

#### **Recursos na Internet utilizados:**

<http://www.acss.min-saude.pt>

<http://arsc.online.pt>

<http://www.chcrainha.min-saude.pt/>

<http://www.ine.pt>

<http://www.iqs.pt>

<http://www.portaldasaude.pt>

## **ANEXOS**



**ISCTE**  
**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DO TRABALHO E DA EMPRESA**

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
MESTRADO DE SOCIOLOGIA DAS ORGANIZAÇÕES, TRABALHO E EMPREGO  
Ano Lectivo 07/08

**GUIÃO DE ENTREVISTA SOBRE QUALIDADE E SATISFAÇÃO EM  
SERVIÇOS DE SAÚDE**

- MEMBROS DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO-

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2008

Entrevista n.º \_\_\_\_\_

O meu nome é Susana Gil Nogueira e estou a realizar uma tese de Mestrado subordinada ao tema da Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde. Com esta temática pretendo debruçar-me sobre o efeito da avaliação do desempenho na qualidade dos serviços e na satisfação dos profissionais e utentes dos serviços de saúde. Para o efeito necessito de realizar uma entrevista a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>.

É de salientar que nas respostas a todas as perguntas colocadas o seu anonimato está totalmente garantido e todas as perguntas são de resposta facultativa.

Desde já agradeço o seu tempo e a sua prestimosa colaboração para a concretização dos objectivos deste trabalho.

---

**I – Caracterização Profissional**

1. Há quanto tempo integra o Conselho de Administração do CHCR?
2. Para a execução das funções correspondentes ao cargo que actualmente ocupa recebeu alguma formação específica?
3. Sente-se hoje mais ou menos motivado para o exercício dessas funções? Porquê?
4. A actuação deste CA está prioritariamente orientada para a produtividade ou para a qualidade dos serviços?

---

**II – Qualidade e Satisfação**

5. Que factores considera mais determinantes para a qualidade dos serviços de saúde?
6. No seu entender, nos últimos anos a qualidade dos serviços prestados pelo CHCR tem aumentado?
7. Acha que a avaliação do desempenho contribui efectivamente para o aumento da qualidade e eficiência dos serviços? (Porquê?)
8. Na sua opinião, é importante conhecer o grau de satisfação dos utentes?
9. E dos trabalhadores?

10. Têm sido implementadas internamente medidas no sentido de aumentar a qualidade e satisfação no trabalho? (Por exemplo?)
  11. Enquanto gestor, quais os aspectos que considera mais e menos satisfatórios no seu dia-a-dia de trabalho?
- 

### **III – Sistemas de avaliação do desempenho**

12. Actualmente existem vários sistemas de avaliação do desempenho do SNS e dos seus funcionários. Quais se aplicam ao CHCR? Existe articulação entre eles?
13. Na sua opinião, quais as principais vantagens e desvantagens desses sistemas?
14. Os resultados dessas avaliações ao CHCR coincidem com as suas expectativas?
15. Face aos resultados até agora alcançados, sente necessidade de serem introduzidas novas medidas de gestão? (Com que objectivos?)
16. Considera que, de uma maneira geral, o estilo de liderança se reflecte nos resultados de produção, assim como na qualidade e satisfação dos profissionais e utentes dos serviços de saúde?
17. Gostaria de acrescentar algo sobre esta temática?

**A ENTREVISTA TERMINOU. MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

## QUALIDADE E SATISFAÇÃO NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Este questionário destina-se a recolher dados sobre qualidade e satisfação no trabalho em serviços de saúde para um estudo aprofundado realizado no CHCR em colaboração com o ISCTE. A sua opinião sincera é muito importante! Este inquérito é anónimo e as perguntas são todas de resposta facultativa. Não existem respostas certas ou erradas. Se algum ponto lhe oferecer especial dificuldade ou não se aplicar ao seu caso, deixe a resposta em branco. Depois de preenchido, é favor enviar dentro do envelope fechado e sem remetente para a Dr.ª Susana Nogueira - GIG até ao dia 16 de Maio de 2008. Para esclarecer alguma dúvida contacte a extensão nº. 2591 ou susana@chcrainha.min-saude.pt. Obrigada pela sua participação!

### I. CARACTERIZAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

1. Sexo: F  M  2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Estado civil: \_\_\_\_\_ 4. Nº de filhos \_\_\_\_\_
5. Habilitações literárias: \_\_\_\_\_ 6. Vínculo laboral: \_\_\_\_\_
7. Profissão e Categoria profissional: \_\_\_\_\_
8. Tempo a exercer funções nesta categoria: \_\_\_\_\_ 9. Ano de início de funções no CHCR: \_\_\_\_\_
10. Antiguidade na função pública: \_\_\_\_\_ 11. Distância de casa ao local de trabalho: \_\_\_\_\_

### II. GRAU DE CONCORDÂNCIA

Numa escala de 1 a 5 (sendo **1 Discordo Totalmente** e **5 Concordo Totalmente**), indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

	1	2	3	4	5
1. Gosto do tipo de tarefas que me estão atribuídas	<input type="radio"/>				
2. Sinto-me informado sobre os assuntos correntes do meu Serviço	<input type="radio"/>				
3. Em geral, executo as minhas tarefas dentro dos prazos	<input type="radio"/>				
4. Recebo uma remuneração justa pelo trabalho que faço	<input type="radio"/>				
5. Acho que no meu emprego as minhas capacidades estão subaproveitadas	<input type="radio"/>				
6. As desavenças entre colegas prejudicam o meu trabalho	<input type="radio"/>				
7. Os aspectos mais relevantes do meu trabalho não são avaliados	<input type="radio"/>				
8. Sinto que sou discriminado no meu Serviço	<input type="radio"/>				
9. Sinto orgulho no trabalho que produzo	<input type="radio"/>				
10. Sinto-me à vontade para abordar os meus superiores hierárquicos com dúvidas ou sugestões	<input type="radio"/>				
11. Tenho facilidade de acesso a acções de formação para aperfeiçoar as minhas competências	<input type="radio"/>				
12. Sinto-me perfeitamente integrado nesta instituição	<input type="radio"/>				
13. Gosto de dar o meu melhor pela instituição, mesmo sem ser solicitado	<input type="radio"/>				
14. Sinto que o meu trabalho prejudica a minha saúde	<input type="radio"/>				
15. Trabalhar nesta instituição dá prestígio social	<input type="radio"/>				
16. Os Serviços cooperam e trocam informação de forma eficaz	<input type="radio"/>				
17. Posso contar com a colaboração dos meus colegas quando tenho dificuldades	<input type="radio"/>				
18. Se eu não fizer o que compete a outros, o trabalho do meu Serviço fica prejudicado	<input type="radio"/>				
19. Eu recomendaria esta instituição como um bom local para trabalhar	<input type="radio"/>				
20. As tarefas mais difíceis são as que me dão mais satisfação	<input type="radio"/>				

<b>Grau de Concordância (Cont.)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
21. O trabalho que eu faço é relevante para a comunidade	<input type="radio"/>				
22. De futuro tenciono empenhar-me mais	<input type="radio"/>				
23. Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente:					
a) no sistema educativo	<input type="radio"/>				
b) na prática da profissão	<input type="radio"/>				
c) nas acções de formação	<input type="radio"/>				
d) em trabalhos de pesquisa da minha iniciativa	<input type="radio"/>				
24. Para melhorar a produtividade nos Serviços é essencial:					
a) uma disciplina rígida	<input type="radio"/>				
b) uma chefia eficiente	<input type="radio"/>				
c) uma comunicação eficaz	<input type="radio"/>				
d) trabalhadores competentes	<input type="radio"/>				
e) utentes exigentes	<input type="radio"/>				
f) um sistema de avaliação do desempenho	<input type="radio"/>				
25. Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de:					
a) choques de personalidades	<input type="radio"/>				
b) falta de liderança	<input type="radio"/>				
c) falhas de comunicação	<input type="radio"/>				
d) injustiças próprias do sistema	<input type="radio"/>				
e) deficientes condições de trabalho	<input type="radio"/>				
f) incompetência profissional	<input type="radio"/>				
g) competição entre colegas	<input type="radio"/>				
26. Nos últimos dois anos foi possível melhorar a qualidade do meu trabalho devido a:					
a) mudanças na legislação	<input type="radio"/>				
b) resoluções do Conselho de Administração	<input type="radio"/>				
c) informatização dos serviços	<input type="radio"/>				
d) actualização dos equipamentos	<input type="radio"/>				
e) actuação da Administração Intermédia	<input type="radio"/>				
f) acções de formação em que participei	<input type="radio"/>				
g) mudanças na minha situação laboral	<input type="radio"/>				
h) Plano de Desempenho	<input type="radio"/>				
i) aplicação do SIADAP	<input type="radio"/>				
j) orientações específicas da minha chefia	<input type="radio"/>				
l) razões pessoais	<input type="radio"/>				
m) actividade sindical	<input type="radio"/>				

<b>Grau de Concordância (Cont.)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
27. O meu actual emprego corresponde às minhas expectativas	<input type="radio"/>				
28. O grau de dificuldade das tarefas corresponde à hierarquia de funções	<input type="radio"/>				
29. Com mais autonomia, eu seria mais eficaz no meu trabalho	<input type="radio"/>				
30. O grau de exigência das chefias aumentou devido à avaliação do desempenho	<input type="radio"/>				
31. Para melhorar a qualidade dos serviços prestados por esta instituição considero prioritário:					
a) aumentar o número de efectivos	<input type="radio"/>				
b) fornecer formação profissional	<input type="radio"/>				
c) reestruturar e articular os Serviços	<input type="radio"/>				
d) investir em instalações e equipamentos	<input type="radio"/>				
e) humanizar a prestação de serviços	<input type="radio"/>				
f) supervisionar a execução das tarefas	<input type="radio"/>				
g) manter os trabalhadores motivados	<input type="radio"/>				
h) introduzir horários flexíveis	<input type="radio"/>				

### III. GRAU DE FREQUÊNCIA

Numa escala de 1 a 5 (sendo **1 Nunca** e **5 Sempre**), indique a frequência das seguintes situações:

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1. Recebo orientações concretas sobre as tarefas que tenho de executar	<input type="radio"/>				
2. As minhas ideias e sugestões são tidas em consideração	<input type="radio"/>				
3. Esforço-me por fazer mais do que é necessário	<input type="radio"/>				
4. O trabalho no meu Serviço é prejudicado por falhas de outros Serviços	<input type="radio"/>				
5. Sou informado acerca do cumprimento dos objectivos sectoriais e/ou globais	<input type="radio"/>				
6. Sinto-me motivado para realizar um trabalho de qualidade	<input type="radio"/>				
7. O meu trabalho prejudica a minha vida privada	<input type="radio"/>				
8. O meu contributo para a produção e qualidade do meu Serviço é reconhecido:					
a) pelos meus colegas	<input type="radio"/>				
b) pela minha chefia imediata	<input type="radio"/>				
c) pelo administrador da minha área	<input type="radio"/>				
d) pelo Conselho de Administração	<input type="radio"/>				
e) pelos utentes	<input type="radio"/>				
9. As reuniões de trabalho em que participo são:					
a) bem conduzidas	<input type="radio"/>				
b) produtivas	<input type="radio"/>				
c) motivantes	<input type="radio"/>				
d) uma perda de tempo	<input type="radio"/>				
10. Se me fosse possível mudar algo relativamente à minha situação laboral no futuro próximo, optaria por:					
a) mudar de função <input type="radio"/> b) subir de categoria <input type="radio"/> c) trocar de Serviço <input type="radio"/> d) mudar para outra instituição pública <input type="radio"/>					
e) mudar para o sector privado <input type="radio"/> f) passar à reforma <input type="radio"/> g) outra opção <input type="radio"/> h) não alterava nada <input type="radio"/>					

#### IV. GRAU DE SATISFAÇÃO

Numa escala de 1 a 5 (sendo **1 Muito Insatisfeito** e **5 Muito Satisfeito**), indique o seu grau de satisfação com os seguintes aspectos relativamente ao seu caso:

	1	2	3	4	5
1. Horário de trabalho	<input type="radio"/>				
2. Conforto e higiene do local de trabalho	<input type="radio"/>				
3. Serviços de apoio disponíveis	<input type="radio"/>				
4. Material informático	<input type="radio"/>				
5. Equipamento técnico	<input type="radio"/>				
6. Relação com utentes	<input type="radio"/>				
7. Colaboração com outras entidades	<input type="radio"/>				
8. Serviço a que pertence actualmente	<input type="radio"/>				
9. Imagem do CHCR na comunidade	<input type="radio"/>				
10. Oportunidade de usar as competências adquiridas	<input type="radio"/>				
11. Existência de sistemas de avaliação do desempenho	<input type="radio"/>				
12. Relação entre trabalho bem feito e promoção na carreira	<input type="radio"/>				
13. Trabalho fora do horário normal	<input type="radio"/>				
14. Quantidade de tarefas diárias a executar	<input type="radio"/>				
15. Variedade de tarefas diárias	<input type="radio"/>				
16. Ritmo de trabalho diário	<input type="radio"/>				
17. Regras e procedimentos burocráticos	<input type="radio"/>				
18. Eficiência dos colegas	<input type="radio"/>				
19. Espírito de equipa	<input type="radio"/>				
20. Tratamento interno de conflitos, queixas ou problemas	<input type="radio"/>				
21. Informação interna sobre resultados do trabalho	<input type="radio"/>				
22. Actuação do Conselho de Administração	<input type="radio"/>				
23. Actuação da Administração Intermédia	<input type="radio"/>				
24. Actuação da chefia hierárquica imediata	<input type="radio"/>				
25. Actuação da chefia funcional	<input type="radio"/>				
26. Sistema de Gestão por Objectivos	<input type="radio"/>				
27. Forma como são estipulados os Objectivos Anuais para o Serviço	<input type="radio"/>				
28. Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho individual	<input type="radio"/>				
29. Impacto do processo de avaliação na qualidade do trabalho de equipa/Serviço	<input type="radio"/>				
30. Processo de implementação do SIADAP nesta instituição	<input type="radio"/>				

## V. SIADAP

Caso tenha participado no SIADAP como avaliador ou avaliado nos anos 2006 e 2007, por favor responda:

1. Considera que estava suficientemente informado quando o processo de avaliação foi iniciado? Sim  Não
2. Neste momento considera o processo terminado? Sim  Não
3. No decorrer do processo acha que foram respeitadas todas as disposições legais? Sim  Não
4. Sente-se hoje mais motivado em relação ao seu trabalho do que antes de iniciar o processo? Sim  Não
5. Na sua opinião, que aspectos deste processo de avaliação necessitam ser alterados?
  - a) a calendarização
  - b) a funcionalidade
  - c) os itens avaliados
  - d) os critérios de avaliação
  - e) a escala de classificação
  - f) as consequências da avaliação na carreira
  - g) as entidades avaliadoras
  - h) as quotas para certas classificações
  - i) nenhuns

6. Numa escala de 1 a 5 (sendo **1 Muito Insatisfeito** e **5 Muito Satisfeito**), indique o seu grau de satisfação com os seguintes aspectos relativamente ao seu caso:

	1	2	3	4	5
a) Processo de definição de objectivos individuais	<input type="radio"/>				
b) Processo de auto-avaliação	<input type="radio"/>				
c) Classificação atribuída	<input type="radio"/>				
d) Atitude das pessoas envolvidas no processo	<input type="radio"/>				
e) Actuação do Conselho Coordenador de Avaliação	<input type="radio"/>				

**VI. COMENTÁRIOS / SUGESTÕES**(não assine nem revele a sua identidade):



## 5. OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIÊNCIA

### Anexo III do Contrato Programa 2006

Áreas	Indicadores	Objectivo (2006)
<b>A. Qualidade e serviço</b>	A. Taxa de readmissões no internamento nos primeiros cinco dias.	1,4
<b>B. Produção e eficiência operacional</b>	<b>B.1</b> Peso da cirurgia do ambulatório no total de cirurgias programadas	26,7%
	<b>B.2</b> Demora média	5,7
<b>C. Eficiência económico-financeira</b>	<b>C.1</b> Resultado líquido	778.081,00
	<b>C.2</b> Peso da remuneração extraordinária no total dos custos com pessoal	12,60%

KL  
J  
W

**ANEXO III - A**  
**OBJECTIVOS DE QUALIDADE E EFICIENCIA**

Centro Hospitalar das Caldas da Rainha

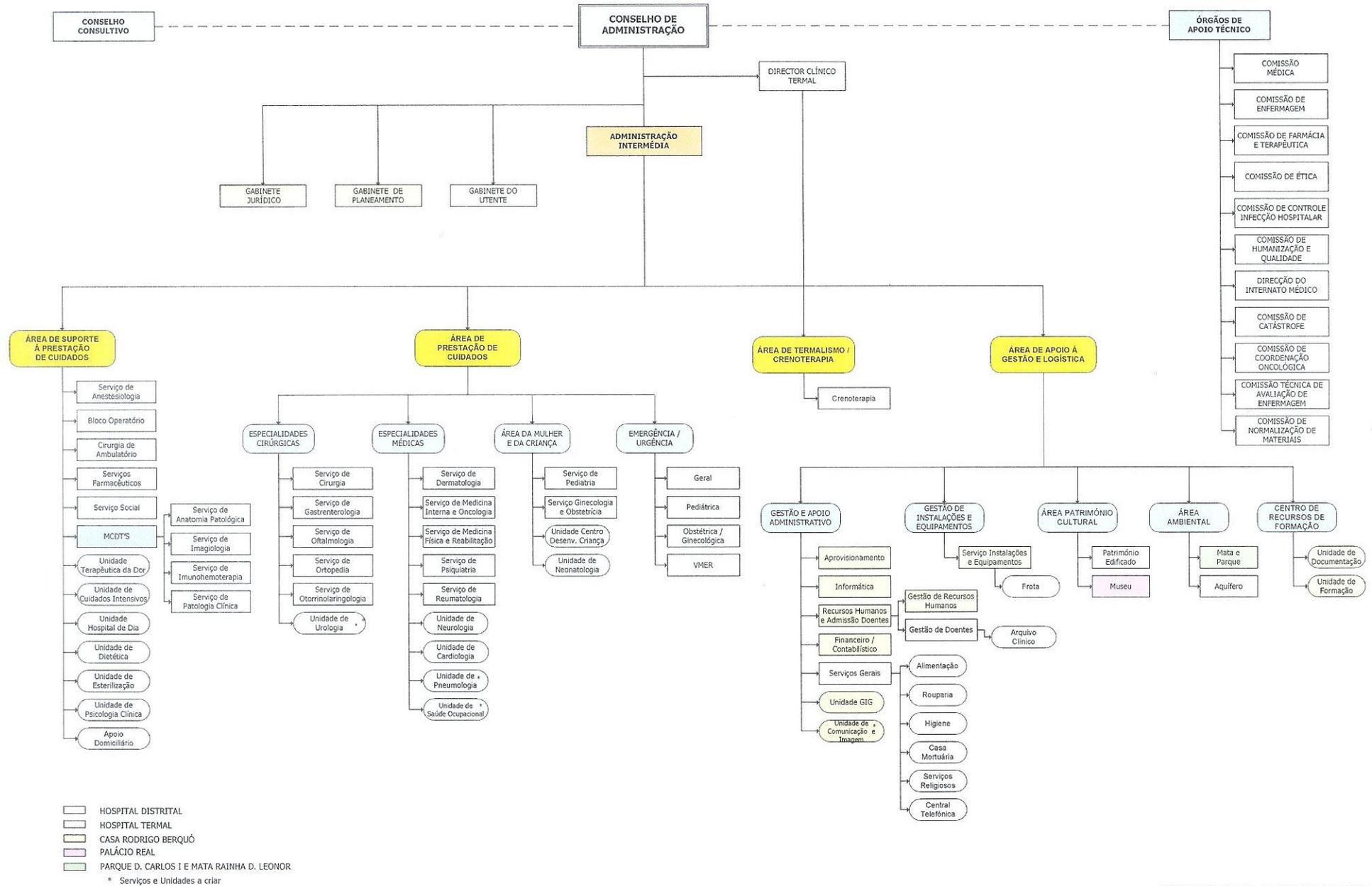
Objectivos	2007
<b>Objectivos Nacionais</b>	
<b>A. Qualidade e Serviço</b>	
A.1 Taxa de Readmissões no Internamento nos primeiros 5 dias	1.3 %
<b>B. Acesso</b>	
B.1 Peso das Primeiras Consultas Médicas no Total de Consultas Médicas	30.0 %
<b>C. Desempenho Assistencial</b>	
C.1 Peso da cirurgia do ambulatório no total das cirurgias programadas	30.0 %
C.2. Demora Média (dias)	5.8
<b>D. Desempenho Económico-Financeiro</b>	
D.1 Resultado Líquido	-5.598.781,0 €
D.2 Resultado Operacional	-6.798.801,0 €
D.3 Custo Unitário por doente padrão tratado	4.310,22 €
<b>Objectivos Regionais</b>	
<b>a. Qualidade e Serviço</b>	
a1. Taxa de Infecção Hospitalar	
a2. Peso das cesarianas no total de partos	
<b>b. Acesso</b>	
b1. Taxa de crescimento da lista de espera cirúrgica	0.0 %
b2. Taxa de crescimento da lista de espera das 1 <sup>as</sup> consultas	-2.5 %
b3. % primeiras consultas no total de consultas	
<b>c. Desempenho Assistencial</b>	
c1. Doentes padrão / Médico ETC	
c2. Variação % das primeiras consultas 2007/2006	
c3. Variação % das cirurgias programadas 2007/2006	
c4. Qualidade da codificação dos GDH's	
<b>d. Desempenho económico-financeiro</b>	
d1. Custos Directos Unitários - Consulta Externa	
d2. Custos Directos Unitários - Hospital de Dia	
d3. Custos Directos Unitários - Urgência	
d.4 Custos Directos Unitários - Internamento	

Fonte: SIAC

21 06 07  
H.



# ORGANOGRAMA DO CENTRO HOSPITALAR DAS CALDAS DA RAINHA



Anexo D – Quadro de Caracterização da Amostra

**Quadro de caracterização da amostra**

		Cluster Number of Case							
		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Idade	22-25 anos	0	,0	9	23,7	1	1,6	0	,0
	26-35 anos	19	15,8	27	71,1	20	32,8	1	50,0
	36-45 anos	58	48,3	2	5,3	31	50,8	0	,0
	46-55 anos	33	27,5	0	,0	5	8,2	0	,0
	56-65 anos	10	8,3	0	,0	3	4,9	0	,0
	<65 anos	0	,0	0	,0	1	1,6	1	50,0
	<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>
Habilitações Literárias	4 anos de escolaridade	5	4,0	0	,0	1	1,6	0	,0
	6 anos de escolaridade	7	5,6	0	,0	1	1,6	1	50,0
	9 anos de escolaridade	8	6,4	1	2,6	8	12,5	0	,0
	11 anos de escolaridade	9	7,2	1	2,6	9	14,1	0	,0
	12 anos de escolaridade	18	14,4	1	2,6	37	57,8	0	,0
	Bacharelato	13	10,4	0	,0	2	3,1	0	,0
	Licenciatura	64	51,2	32	84,2	5	7,8	1	50,0
	Pós-graduação	0	,0	0	,0	1	1,6	0	,0
	Mestrado	1	,8	2	5,3	0	,0	0	,0
	Doutoramento	0	,0	1	2,6	0	,0	0	,0
<b>Total</b>	<b>125</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>64</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>	
Profissão	Outros	0	,0	0	,0	0	,0	3	42,9
	Médico	18	14,2	4	9,8	0	,0	0	,0
	TSS	3	2,4	1	2,4	0	,0	0	,0
	TS	2	1,6	1	2,4	2	2,9	0	,0
	Enfermagem	50	39,4	23	56,1	0	,0	0	,0
	TDT	12	9,4	10	24,4	0	,0	0	,0
	Técnico-profissional	5	3,9	0	,0	11	16,2	0	,0
	Administrativo	0	,0	0	,0	42	61,8	4	57,1
	Auxiliar	1	,8	0	,0	5	7,4	0	,0
	Serviços Gerais	36	28,3	2	4,9	8	11,8	0	,0
	<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>100,0</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>	<b>68</b>	<b>100,0</b>	<b>7</b>	<b>100,0</b>
Vínculo laboral	Nomeação	118	97,5	14	36,8	45	71,4	0	,0
	CAP	0	,0	3	7,9	0	,0	0	,0
	CTTC	2	1,7	21	55,3	9	14,3	0	,0
	ETT	0	,0	0	,0	9	14,3	0	,0
	PS	1	,8	0	,0	0	,0	1	100,0
	<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>
Clínicos e Não Clínicos	Não-clínicos	4	3,2	1	2,6	59	93,7	4	100,0
	Clínicos	122	96,8	37	97,4	4	6,3	0	,0
	<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>
Ano de início de funções no CHCR	Menos de 1 ano	1	,8	4	10,8	4	6,8	0	,0
	1-3 anos	0	,0	16	43,2	8	13,6	0	,0
	4-5 anos	2	1,7	7	18,9	7	11,9	2	100,0
	6-9 anos	13	10,7	10	27,0	7	11,9	0	,0
	10-14 anos	35	28,9	0	,0	11	18,6	0	,0
	15-19 anos	27	22,3	0	,0	5	8,5	0	,0
	20-24 anos	30	24,8	0	,0	12	20,3	0	,0
	25-29 anos	5	4,1	0	,0	2	3,4	0	,0
	30-35 anos	8	6,6	0	,0	2	3,4	0	,0
	36 e mais anos	0	,0	0	,0	1	1,7	0	,0
	<b>Total</b>	<b>121</b>	<b>100,0</b>	<b>37</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>	<b>2</b>	<b>100,0</b>



Quadro de Conceitos, Dimensões, Indicadores e Perguntas correspondentes

Conceito	Dimensão	Indicador	Pergunta
Satisfação no Trabalho	Ambiente de Trabalho	Condições de Trabalho	II.21. O trabalho que eu faço é relevante para a comunidade
			II.1. Gosto do tipo de tarefas que me estão atribuídas
			II.20. As tarefas mais difíceis são as que me dão mais satisfação
			IV.8. Serviço a que pertence actualmente
	Contexto Organizacional	Funcionalidade	IV.1. Horário de trabalho
			III.7. O meu trabalho prejudica a minha vida privada
			IV.2. Conforto e higiene do local de trabalho
			II.14. Sinto que o meu trabalho prejudica a minha saúde
			IV.15. Variedade de tarefas diárias
			IV.16. Ritmo de trabalho diário
			IV.14. Quantidade de tarefas diárias a executar
			IV.5. Equipamento técnico
			II.25.e) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de deficientes condições de trabalho
			II.4. Recebo uma remuneração justa pelo trabalho que faço
Auto-estima	Auto-estima	p45. p4. Material informático	
		II.29. Com mais autonomia, eu seria mais eficaz no meu trabalho	
		II.11. Tenho facilidade de acesso a acções de formação para aperfeiçoar as minhas competências	
		p44. p3. Serviços de apoio disponíveis	
		p54. p13. Trabalho fora do horário normal	
		II.25.a) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de choques de personalidades	
Contexto Organizacional	Comunicação	III.8.d) O meu contributo para a produção e qualidade do meu Serviço é reconhecido pelo CA	
		II.6. As desavenças entre colegas prejudicam o meu trabalho	
		III.8.c) O meu contributo para a produção e qualidade do meu Serviço é reconhecido pelo administrador da minha área	
		II.25.g) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de competição entre colegas	
		II.25.f) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de incompetência profissional	
		IV.6. Relação com utentes	
		II.12. Sinto-me perfeitamente integrado nesta instituição	
		II.8. Sinto que sou discriminado no meu Serviço	
		II.17. Posso contar com a colaboração dos meus colegas quando tenho dificuldades	
		III.8.e) O meu contributo para a produção e qualidade do meu Serviço é reconhecido pelos utentes	
Contexto Organizacional	Gestão/ Liderança	III.8.b) O meu contributo para a produção e qualidade do meu Serviço é reconhecido pela minha chefia imediata	
		IV.19. Espírito de equipa	
		III.8.a) O meu contributo para a produção e qualidade do meu Serviço é reconhecido pelos meus colegas	
		II.25.d) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de injustiças próprias do sistema	
		II.28. O grau de dificuldade das tarefas corresponde à hierarquia de funções	
		IV.17. Regras e procedimentos burocráticos	
Contexto Organizacional	Sistemas de Avaliação	IV.18. Eficiência dos colegas	
		IV.7. Colaboração com outras entidades	
		II.10. Sinto-me à vontade para abordar os meus superiores hierárquicos com dúvidas ou sugestões	
		III.9.a) As reuniões de trabalho em que participo são bem conduzidas	
		III.9.b) As reuniões de trabalho em que participo são produtivas	
		III.9.c) As reuniões de trabalho em que participo são motivantes	
Contexto Organizacional	Imagem da Instituição	III.9.d) As reuniões de trabalho em que participo são uma perda de tempo	
		III.4. O trabalho no meu Serviço é prejudicado por falhas de outros Serviços	
		II.25.c) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de falhas de comunicação	
		II.2. Sinto-me informado sobre os assuntos correntes do meu Serviço	
		IV.21. Informação interna sobre os resultados do trabalho	
		III.5. Sou informado acerca do cumprimento dos objectivos sectoriais e/ou globais	
Contexto Organizacional	Imagem da Instituição	II.16. Os Serviços cooperam e trocam informação de forma eficaz	
		III.1. Recebo orientações concretas sobre as tarefas que tenho de executar	
		II.25.b) Os conflitos e tensões no ambiente de trabalho resultam de falta de liderança	
		IV.22. Actuação do Conselho de Administração	
		IV.23. Actuação da Administração Intermédia	
		IV.24. Actuação da chefia hierárquica imediata	
Contexto Organizacional	Imagem da Instituição	IV.25. Actuação da chefia funcional	
		IV.20. Tratamento interno de conflitos, queixas ou problemas	
		IV.26. Sistema de Gestão por Objectivos	
		IV.27. Forma como são estipulados os Objectivos Anuais para o Serviço	
		IV.11. Existência de sistemas de avaliação do desempenho	
		IV.28. Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho individual	
Contexto Organizacional	Imagem da Instituição	IV.29. Impacto da avaliação de desempenho na qualidade do trabalho de equipa/Serviço	
		II.7. Os aspectos mais relevantes do meu trabalho não são avaliados	
		II.30. O grau de exigência das chefias aumentou devido à avaliação do desempenho	
		IV.30. Processo de implementação do SIADAP nesta instituição	
		II.15. Trabalhar nesta instituição dá prestígio social	
		IV.9. Imagem do CHCR na comunidade	
Contexto Organizacional	Imagem da Instituição	II.19. Eu recomendaria esta instituição como um bom local para trabalhar	
		II.9. Sinto orgulho no trabalho que produzo	
		II.18. Se eu não fizer o que compete a outros, o trabalho do meu Serviço fica prejudicado	
		III.2. - As minhas ideias e sugestões são tidas em consideração	
		II.3. Em geral, executo as minhas tarefas dentro dos prazos	
		II.5. Acho que no meu emprego as minhas capacidades estão subaproveitadas	
Auto-imagem	Competências	II.23.a) Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente no sistema educativo	
		II.23.b) Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente na prática da profissão	
		II.23.c) Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente nas acções de formação	
		II.23.d) Os conhecimentos necessários à função que desempenho foram adquiridos principalmente em trabalhos de pesquisa da minha iniciativa	
		IV.10. Oportunidade de usar as competências adquiridas	
		III.6. Sinto-me motivado para realizar um trabalho de qualidade	
Auto-imagem	Motivação	III.3. Esforço-me por fazer mais do que é necessário	
		II.13. Gosto de dar o meu melhor pela instituição, mesmo sem ser solicitado	
		IV.12. Relação entre trabalho bem feito e promoção na carreira	
		II.27. O meu actual emprego corresponde às minhas expectativas	
		II.22. De futuro tenciono empenhar-me mais	
		IV.12. Relação entre trabalho bem feito e promoção na carreira	
Auto-imagem	Expectativas	II.27. O meu actual emprego corresponde às minhas expectativas	
		II.22. De futuro tenciono empenhar-me mais	