

**AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E AS
EQUIPAS DE ALTA PERFORMANCE**

Maria Flor Vicente Antunes

Projeto submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, ISCTE-IUL Business School,
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientador:

Professor Doutor José Dias Curto, ISCTE-IUL Business School, Departamento de Métodos
Quantitativos

Outubro 2018

**AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E AS
EQUIPAS DE ALTA PERFORMANCE**

Maria Flor Vicente Antunes

Projeto submetido como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Gestão

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, ISCTE-IUL Business School,
Departamento de Gestão de Recursos Humanos e Comportamento Organizacional

Coorientador:

Professor Doutor José Dias Curto, ISCTE-IUL Business School, Departamento de Métodos
Quantitativos

Outubro 2018

“ ... we hope that this paper, by further explicating the relational path through which high-performance work systems work, will serve as a building block in that direction”. Gittel *et al.*, 2010: 503

“We should care as much about people as we do about polar bears—or the environmental savings from using better milk jugs—and also understand the causes and consequences of how we focus our research and policy attention”. Pfeffer, 2010: p.43

Resumo

As práticas de Gestão de Recursos Humanos (GRH) desempenham um papel vital para o sucesso das organizações bem como das organizações de saúde. É neste âmbito que se insere este trabalho que visa a análise das práticas de GRH na Saúde e o seu impacto na *performance* através da percepção dos enfermeiros do bloco operatório.

O objetivo deste estudo foi analisar a relação entre as práticas de GRH de alto envolvimento e a *performance*. Como instrumentos de análise da *performance* utilizou-se o de Birkinshaw & Gibson (2004) da avaliação da ambidextria contextual, e o seguido por Gittel, *et al.* (2010) para a Coordenação Relacional entre os enfermeiros e outros profissionais do bloco operatório.

O inquérito foi aplicado ao universo dos enfermeiros do bloco operatório de um Hospital Privado de Lisboa, com uma taxa de resposta de 100%. Complementou-se o estudo com uma entrevista à Direção da Gestão de Recursos Humanos sobre as práticas de Recursos Humanos para a caracterização do estudo.

Dos resultados do estudo pode-se inferir que, nesta população, as práticas de alto envolvimento se relacionam positivamente tanto com a *performance* como com a coordenação relacional. Face aos resultados a estratégia de intervenção proposta passou por uma mudança quer a nível das estruturas (formação, partilha de sistemas de informação, reuniões de equipas e resolução de problemas), quer a nível relacional (criação de um espaço de reuniões e *coaching*).

Palavras-Chaves: Gestão Recursos Humanos; Equipas de Alta *Performance*; Coordenação Relacional

Sistema de classificação JEL: I10: Serviços de Saúde Geral; J24: Capital Humano • Competências • Escolha Ocupacional • Produtividade no Trabalho

Abstract

Human Resource Management (HRM) practices play a vital role in the success of organizations as well as health organizations. It is within this scope that this work is inserted that aims at the analysis of the practices of HRM in Health and its impact on the performance through the perception of the theatre nurses.

The objective of this study was to analyze the relationship between high involvement HRM practices and performance. As instruments of performance analysis, we used Birkinshaw & Gibson (2004) of contextual ambidextria, and that followed by Gittel, et al. (2010) for Relational Coordination among nurses and other professionals in the theatre room.

The survey was applied to the universe of nurses in the operating room of a private hospital in Lisbon, with a response rate of 100%. The study was complemented with an interview with the Human Resources Management Department on the Human Resources practices for the characterization of the study.

From the results of the study it can be inferred that, in this population, the high involvement practices are positively related to both performance and relational coordination. In view of the results, the proposed intervention strategy has undergone a change in structures (training, information systems sharing, team meetings and problem solving), and at the relational level (creation of a meeting space and coaching).

Keywords: Human Resources Management; High Performance Teams; Relational Coordination

JEL classification system: I10: General Health Services; J24: Human Capital • Competencies • Occupational Choice • Work Productivity

Agradecimentos

A minha gratidão a todos os que contribuíram para que pudesse concretizar este projeto:

À minha Mãe... o meu oxigénio, omnipresente,

Ao meu Pai... por me ter aberto horizontes,

À minha filha Inês... cuja compreensão está muito para além dos seus cinco anos,

À Professora Doutora Generosa do Nascimento... pela disponibilidade, orientação e interesse manifestados ao longo do trabalho,

Ao Professor Doutor Dias Curto... pelos conhecimentos transmitidos e o incansável apoio no “mundo” da estatística,

Ao Professor Doutor Vítor Magriço e Dr.^a Carla Esse... pela confiança que depositaram em mim,

Aos enfermeiros do bloco operatório... pela disponibilidade que manifestaram em colaborar,

À Dulce Nunes ... pela amizade, incentivo e motivação para alcançarmos a nossa meta,

À Glória Tareco.. pela amizade e companheirismo,

À Sofia Fonseca.. pela amizade e apoio incondicional,

Ao INDEG e respetivos professores... onde iniciei este meu percurso,

À Sr.^a D.^a Marlene Francês da Biblioteca do ISCTE... pela sua pronta ajuda na pesquisa bibliográfica,

À minha família... pela paciência face aos momentos de menor disponibilidade,

A todos... os que possibilitaram a realização deste trabalho

SEMPRE GRATA

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. REVISÃO DA LITERATURA	4
1.1. EVOLUÇÃO DA GRH.....	4
1.2. PRÁTICAS DE GRH E <i>PERFORMANCE</i> /DESEMPENHO	5
1.3. PRÁTICAS DE GRH EM SAÚDE	13
1.4. <i>PERFORMANCE</i> EM EQUIPAS	16
1.5. COORDENAÇÃO RELACIONAL	19
2. MÉTODO	21
2.1. METODOLOGIA	21
2.2. POPULAÇÃO.....	21
2.3. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	21
2.4. TÉCNICA DE TRATAMENTO DE DADOS	24
3. RESULTADOS	25
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	25
3.2 - ANÁLISE DAS PAE, AMBIDEXTRIA E COORDENAÇÃO RELACIONAL.....	25
3.4.- CORRELAÇÃO DAS PAE COM A <i>PERFORMANCE</i> E COM A CR.....	29
3.5 – ANÁLISE DA ENTREVISTA	30
4. PROJETO DE INTERVENÇÃO	31
CONCLUSÕES	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	47

Índice de Figuras

FIGURA 1: ESTRATÉGIA, PGRH E PERFORMANCE: LINE OF SIGHT REORIENTADO.	11
FIGURA 2: O CONTEXTO ORGANIZACIONAL QUE PROMOVE A AMBIDEXTRIA.	13
FIGURA 3 - COMPONENTES DE ALTA PERFORMANCE.....	20
FIGURA 4: MÉDIA DAS PAE PERCECIONADAS PELOS INQUIRIDOS.....	25
FIGURA 5: PRÁTICAS GRH MOTIVADORAS INDICADAS PELOS INQUIRIDOS.....	26
FIGURA 6: RESULTADOS DO QUESTIONÁRIO DA AMBIDEXTRIA CONTEXTUAL	27
FIGURA 7: COORDENAÇÃO RELACIONAL INTRA-GRUPO (ENF/ENF).	28
FIGURA 8: COORDENAÇÃO RELACIONAL INTER-GRUPOS (ENF/MÉD E ENF/TÉC).	28
FIGURA 9 - FORMAÇÃO E MELHORIA DA PERFORMANCE.....	32
FIGURA 10 - MODELO DE MUDANÇA ORGANIZACIONAL.....	37
FIGURA 11- FASES PARA AS PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO.....	38

Índice de Tabelas

TABELA 1- PRINCIPAIS CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DAS PERSPETIVAS DE GRH.....	6
TABELA 2: AMBIDEXTRIA ESTRUTURAL VS. AMBIDEXTRIA CONTEXTUAL.....	12
TABELA 3 - DIMENSÕES DO QUESTIONÁRIO DE AMBIDEXTRIA E O RESULTADO DE FIABILIDADE	23
TABELA 4 - VALORES DE REFERÊNCIA PARA OS TRÊS NÍVEIS DE CR INTRA E INTER-GRUPOS	23
TABELA 5 - DESCRIÇÃO DO TEMPO DE SERVIÇO DAS ENFERMEIRAS	25
TABELA 6 - CORRELAÇÕES DO ESTUDO	29
TABELA 7 - SÍNTESE DA PGRH DA ORGANIZAÇÃO	30

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1- PLANO DE FORMAÇÃO GERAL.....	33
QUADRO 2 - PLANO DE FORMAÇÃO SBV E DAE	34
QUADRO 3 - PLANO DE FORMAÇÃO DE SAV	35

Abreviaturas

AMO – Abilities, Motivation, Oportunities - Capacidades, Motivação, Oportunidades

BO – Bloco Operatório

CCH - Conhecimentos, Capacidades e Habilidades

CCP – Certificado de Competências Pedagógicas

CR - Coordenação Relacional

DAE – Desfibrilhador Automático Externo

GRH – Gestão de Recursos Humanos

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PGRH – Práticas de Gestão de Recursos Humanos

PAE – Práticas de Alto Envolvimento

POS – Aprendizagem Organizacional Positiva

RH – Recursos Humanos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SIRH – Sistemas de Informação de Recursos Humanos

Introdução

A Saúde é um bem vital revelando atualmente preocupações na nossa sociedade. A análise do setor da saúde e a procura de mecanismos que melhorem o seu funcionamento é, face à complexidade das dimensões que incorpora, uma preocupação em termos económicos financeiros e sociais (Barros, 2013).

Em Portugal, a despesa pública em saúde aumentou 3,0% em 2017, diminuindo, contudo, relativamente ao ano de 2015 e é inferior ao aumento do PIB (INE, 2018b). Apesar desta diminuição, a despesa em saúde continua a ser alvo de preocupação pois tende a aumentar face ao envelhecimento da população e ao aumento das doenças crónicas. O Serviço Nacional de Saúde (SNS), recorre ao setor privado através da celebração de convenções, acordos e contratação de serviços este constitui um complemento do setor público. O setor privado apresentou no período entre 2009 e 2015 um crescimento de cerca de 11 %. Em 2016 o número de hospitais públicos era de 111 e o número de privados era de 114 (INE, 2018a). Os hospitais privados apostam ao nível dos equipamentos e recursos humanos focados no atendimento excelente ao cliente, procurando superar o setor público nestes aspetos.

Quer em termos financeiros e económicos, quer políticos e sociais, a Gestão de Recursos Humanos em Saúde torna-se uma questão central em Portugal e no resto do Mundo, tanto no setor público como no privado.

Com a evolução e o desenvolvimento da importância da Gestão de Recursos Humanos (GRH) em saúde, intensificaram-se as investigações procurando relacionar as práticas de GRH e a *performance* das organizações, sejam elas de carácter público ou privado. Devido às alterações ambientais, tecnológicas, políticas e sociais, é necessário abordar as práticas de GRH em saúde de forma mais completa e específica, e no âmbito deste trabalho as relacionadas com a *performance* das equipas.

As práticas de Gestão de Recursos Humanos que melhor se adaptam às exigências da área saúde são as que se centram na cultura organizacional e na segurança, e se baseiam na formação específica de desenvolvimento dos profissionais, com vista a melhorar a *performance* organizacional (Seabra, 2006).

Considerando que a *performance* é um componente da qualidade em saúde, a sua avaliação numa unidade hospitalar deve ser realizada tendo em consideração os benefícios e respetivos custos, cujos resultados conduzir-nos-ão à qualidade da própria organização (Fragata, 2006).

Hoje considera-se que o recurso mais importante de uma organização são os seus trabalhadores, o capital humano, impossível de imitar (Crook, *et al.*, 2011; Burma, 2014). Assim, o sucesso de uma unidade hospitalar depende das pessoas que nele trabalham, das relações que se estabelecem entre esses profissionais e com a própria organização. Por estes motivos, as organizações hospitalares devem focar grande parte da sua atenção na gestão de pessoas, pois os objetivos só serão alcançados se as mesmas desempenharem práticas de alta *performance*.

Os profissionais especializados na área da saúde, face à complexidade atual e do próprio setor de atividade, trabalham em equipas especializadas, e deverão ser geridos como tal. São vários os autores estudados que referem, por exemplo, a gestão da aeronáutica como um paradigma da gestão de trabalho em equipas especializadas (Hackman, 1998; Seabra, 2006; Gittell, *et al.*, 2010; Gittell, 2011, O'Neill & Salas, 2017). Pela existência de equipas de profissionais com alto nível de especialização, o bloco operatório constitui um dos principais centros de uma organização de saúde, com custos elevados. A equipa de enfermagem, representa uma percentagem significativa dos custos de gestão (10 a 15% do orçamento do hospital). O bloco operatório exige, assim, uma atenção especial e uma constante melhoria da qualidade dos serviços cirúrgicos, da política de gestão, quer de pessoas quer de material, e uma avaliação constante da *performance* e a sua otimização (Bilbao & Fragata, 2006).

Sendo o bloco operatório um ambiente de trabalho em equipa, muito especializado e de risco, tal como na monitorização de um voo, exige a partilha de informação, a comunicação intensa e clara e a prática, para a deteção do erro e sua correção (Gittell, 2011). Para uma comunicação eficaz, uma das ferramentas utilizadas pelos pilotos são os *briefings* (Seabra, 2006). Os *briefings* no bloco operatório permitem que toda a equipa partilhe do plano de ação, adaptando as suas ações à situação e condições, refletindo a presença da teoria da coordenação relacional (CR) defendida por Gittell (2011).

A perceção dos profissionais quanto à organização, às práticas de GRH e a sua satisfação com o trabalho, influenciam a *performance* e o comprometimento organizacional, pelo que é importante

saber a sua opinião (Burma, 2014).

Neste contexto emerge a seguinte questão de partida: será que as práticas de GRH de alto envolvimento e a coordenação relacional influenciam a *performance* no bloco operatório?

Assim para este trabalho propõe-se os seguintes objetivos específicos:

- Avaliar a perceção dos enfermeiros sobre as práticas de GRH de alto envolvimento no bloco operatório;
- Identificar quais as práticas de GRH que, na perceção dos enfermeiros, são favoráveis à sua *performance* no bloco operatório;
- Analisar em que medida as práticas de GRH na organização influenciam a *performance* da equipa;
- Analisar em que medida a teoria da coordenação relacional influencia a *performance* da equipa;
- Elaborar um projeto de intervenção que potencie um elevado desempenho à equipa de enfermagem.

Para o efeito, o estudo será efetuado numa unidade hospitalar privada e à equipa de enfermagem do bloco operatório.

Este trabalho apresenta um primeiro capítulo de revisão de literatura, logo seguido da metodologia aplicada. No capítulo 3 apresentamos os resultados obtidos, no capítulo 4 um projeto de intervenção, finalizando no capítulo 5 com as nossas conclusões.

1. Revisão da Literatura

Neste capítulo apresenta-se uma síntese da evolução histórica do conceito de gestão de recursos humanos, os fundamentos teóricos da relação entre as práticas de GRH de alto envolvimento, as práticas de GRH em saúde, a *performance* em equipas e a teoria da coordenação relacional.

1.1. Evolução da GRH

O pensamento sobre a Gestão de Recursos Humanos tem vindo a acompanhar a evolução do pensamento económico, social e cultural, bem como as condições da realidade vivida, desde os finais do século XIX, dividida em 6 fases por Torrington *et al.* (2011) citado por Martinez (2015). A 1ª fase inicia-se em meados do séc. XIX, durante a qual o sistema de mercado livre foi articulado com o conceito de justiça social paternalista, onde se procurava melhorar as condições de vida dos trabalhadores. Na 2ª fase, e com base na gestão científica de Taylor (1856-1915), os principais vetores para o aumento quer da eficiência quer da produtividade são as estruturas organizacionais, a organização do trabalho e as relações sociais. Na 3ª fase, após a II Guerra Mundial, ligada à prosperidade económica e ao aumento da capacidade reivindicativa dos sindicatos, a GRH responde a esta nova realidade com a melhoria das condições de trabalho e benefícios aos trabalhadores. Na 4ª fase, assiste-se à introdução de indicadores quantitativos na gestão e de novas tecnologias, e a GRH salienta as atividades de gestão e integração do trabalho. Na 5ª fase, sob a influência dos sociólogos na década de 70, desaparece o termo “gestão de pessoal” e surge a expressão “gestão de recursos humanos”, dando uma maior importância à vertente de recursos humanos e à adaptação às diferentes culturas locais.

Por último, Martinez (2015) refere como 6ª fase, a atual, em que se mantém a designação de “gestão de recursos humanos”, mas devido à realidade de múltiplas relações laborais, à forma como as novas tecnologias têm alterado os vínculos laborais e à globalização, fala-se muito em “gestão de pessoas” ou “GRH 2.0”.

Esta evolução tem levado a investigação a relacionar o novo modelo de GRH com o desempenho dos colaboradores.

1.2. Práticas de GRH e *Performance*/Desempenho

Nos últimos anos tem vindo a assistir-se ao estudo e à pesquisa da problemática do impacto das práticas de gestão de recursos humanos sobre o desempenho e a sua associação positiva (Arthur, 1994; Huselid, 1995; Pfeffer, 1995; Delery & Doty, 1996; Guest, 2002; Boselie *et al.*, 2005; Gellatly, *et al.*, 2009; Crook, *et al.*, 2011; Guest, 2011; Neves, 2015), havendo ainda questões centrais por esclarecer e não se podendo afirmar que uma boa gestão de recursos humanos tenha efetivamente o impacto esperado no desempenho (Guest, 2011).

Neste contexto levanta-se também a diversidade de designações para denominar o conjunto de práticas conducentes à *performance*/ desempenho das equipas, ligadas ao léxico de cada autor: “sistemas de trabalho de alto desempenho”, Arthur, 1994; “boas práticas”, Pfeffer, 1995; “elevado desempenho”, Huselid, 1995; “alto desempenho”, Petros, 2014; “práticas de alto envolvimento (PAE)”, Nunes e Reto, 2015. Esta última designação é aquela que nos pareceu melhor e mais adequada, pelo seu carácter abrangente, pelo que iremos adotar ao longo do nosso estudo.

Um dos primeiros passos dados para encontrar conjuntos de práticas de GRH e relacioná-las com sistemas de trabalho de alto desempenho organizacional foi dado por Arthur (1994) que relacionou dois sistemas diferentes de RH (controle e comprometimento) tendo concluído que o sistema de comprometimento estava associado a uma maior produtividade, menor desperdício e a uma diminuição de *turnover* (Lengnick-Hall *et al.*, 2009)

A ligação das práticas de recursos humanos ao desempenho organizacional e a sua importância desenvolveu as pesquisas no sentido da perspetiva estratégica de RH sendo atualmente designada de gestão estratégica de recursos humanos (GERH) (Delery & Doty, 1996). A gestão estratégica de recursos humanos e o seu papel no sucesso organizacional é hoje, sem dúvida, um grande contributo na área dos recursos humanos.

Existe na literatura referência a quatro diferentes perspetivas de GRH que se têm vindo a estudar e que se complementam no sentido de melhorarem a *performance* organizacional, sendo elas: as perspetivas universal, contingencial, configuracional e a contextual. Delery & Doty (1996) analisa as três primeiras perspetivas com o objetivo de as articular. O resultado do estudo estatístico efetuado revelou que a literatura teórica não é um desperdício. Os resultados apontam para que cada uma destas perspetivas seja viável e conduza a diferentes conceções sobre as relações entre as práticas de GRH e *performance* organizacional. Este estudo, para além de demonstrar que a

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

GRH aumenta o desempenho organizacional, defende uma forte vantagem da perspetiva universal em detrimento das outras duas perspetivas. A perspetiva contextual surge para explicar a especificidade dos contextos organizacionais em que Brewster (1999) citado por Alcázar (2005), refere que o objetivo dos autores contextuais é fornecer modelos aplicáveis tendo em conta as particularidades dos diferentes contextos, tais como sociais e institucionais. A análise levada a cabo por Alcázar (2005) defende que as quatro diferentes perspetivas são baseadas nos mesmos princípios e, juntas, englobam todas as abordagens possíveis e apresenta um quadro com os seus contributos e limitações (Tabela 1).

Tabela 1- Principais contribuições e limitações das perspetivas de GRH.

Adaptado de Alcázar *et al.*, 2005:235

	Universal	Contingencial	Configuracional	Contextual
Contribuições	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstração do capital humano na organizações - Elevado nível de significado estatístico 	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusão de outras variáveis que mediam a relação entre GRH e performance - Base teórica forte 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise interna do sistema de GRH - Consideração de sinergia e interdependência dos diferentes elementos do sistema - Presunção que diferentes configurações de GRH podem ser igualmente eficientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução da dimensão social de GRH - Integração de GRH no contexto macrosocial - Reconsideração da autonomia de decisão da gestão - Grandes dados estatísticos
Limitações	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente fundamento teórico - Objetivos limitados - Explicações racionais e mecânicas - Limitações conceptuais no estabelecimento de relações causais - Medidas de performance baseadas exclusivamente em indicadores financeiros - Estratégia de mudança não explicada - GRH considerada como "black box" 	<ul style="list-style-type: none"> - Micro-orientação - As principais técnicas estatísticas usadas (regressões) conduzem a conclusões universais - Excessiva ênfase em problemas de ajuste - Não consideração de variáveis políticas - GRH considerada como "black box" 	<ul style="list-style-type: none"> - A definição de padrões de gestão como simplificação da realidade - São necessários métodos mais complexos - Fundamentação empírica deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiente tratamento empírico, baseado fundamentalmente em técnicas estatísticas descritivas - Fundamentação teórica diferente das outras perspetivas e baseada principalmente numa abordagem das relações industriais.

As ligações entre os sistemas de práticas de trabalho de alto desempenho e a *performance* da empresa são avaliadas por Huselid (1995). Os resultados com base numa amostra de quase mil empresas, indicaram que essas práticas têm um impacto económico e estatisticamente significativo, tanto nos resultados intermédios dos empregados (volume de negócios e produtividade) quanto nas medidas de curto e longo prazos de desempenho financeiro. Como medidas das práticas de alta *performance*, propõe: o volume de negócios, a produtividade e o desempenho financeiro.

O comportamento dos profissionais dentro das empresas tem implicações importantes para o desempenho organizacional e as práticas de GRH podem afetar o desempenho individual, através da sua influência sobre as suas competências e motivação, e através de estruturas organizacionais

que permitam melhorarem a realização do seu trabalho. Estas práticas estão relacionadas com a rotação a produtividade e o controlo direto dos profissionais. Se os retornos dos investimentos em práticas de GRH forem superiores aos custos, então a menor rotação de funcionários e a maior produtividade deve aumentar o desempenho financeiro das empresas (Huselid, 1995).

Dentro da perspetiva universal, Pfeffer (1995) propõe 13 práticas interrelacionadas caracterizadoras de organizações que alcançam sucesso através da gestão de pessoas: 1. segurança no emprego, 2. seletividade no recrutamento, 3. altos salários, 4. pagamento de incentivos, 5. trabalhadores proprietários, 6. partilha de informação, 7. participação de fortalecimento, 8. equipas de autogestão, 9. treino e desenvolvimento de competências, 10. utilização cruzada e treino cruzado, 11. igualitarismo simbólico, 12. compressão de salários, 13. promoções internas, dando relevo à força de trabalho, à gestão do capital humano no envolvimento e à responsabilidade no sucesso competitivo das organizações, em detrimento de outros fatores. Contudo, são poucas as organizações com estas práticas, dependendo da tecnologia utilizada e da estratégia de mercado.

No comentário ao artigo de Pfeffer (1995) sobre as treze práticas de gestão de pessoal, Toru Hatano (1995) identifica algumas que coincidem com as práticas de gestão japonesas e salienta que, no caso japonês, à vantagem competitiva tecnológica acrescenta-se a utilização da sabedoria de uma força de trabalho homogénea e altamente qualificada, atribuída à uniformidade étnica, cultural e ao ensino. O estilo de gestão japonês assenta no controle das pessoas através de normas baseadas em antigos costumes. Este autor aponta novas direções na gestão de recursos humanos, tendo em conta a alteração de valores da nova geração, que prefere ser recompensada de imediato e não no futuro, bem como mudar de organização quando se sente subutilizada. Assim, muitas organizações estão a ponderar práticas que diferenciem os empregados de alta *performance* dos de baixa *performance*, o respeito pela diversidade e a delegação da autoridade.

Ainda num comentário às práticas preconizadas por Pfeffer (1995) que estão a ser desenvolvidas na Europa, Timo Santalainen (1995) salienta que, quando em crise, o modelo seguido tem sido recrutar no exterior para a introdução de novas ideias. Quanto à segurança, recrutamento e compensação têm sofrido, recentemente, profundas alterações: a segurança no sentido tradicional já não é um tópico europeu, o recrutamento diminuiu a sua importância face à reestruturação e o desafio é mais como motivar os sobreviventes e evitar a anorexia organizacional. As organizações estão a focar-se no desenvolvimento das competências e capacidades, sendo de relevo a liberdade

de escolha, a qualidade de vida e outros aspetos qualitativos. Tal como Pfeffer (1995), este autor refere a crescente ênfase em encontrar caminhos para integrar as práticas de recursos humanos e a estratégia, devendo a atenção ao desenvolvimento dos recursos humanos ser contínua e significativa para ser considerada uma vantagem competitiva.

Entre as várias propostas de práticas de GRH surgem igualmente as de Delery & Dotty (1996) que propõem como práticas comuns: a oportunidade de carreira interna, recrutamento interno ou externo, treino, avaliação de desempenho, sistema de participação nos lucros e mecanismos de participação.

Certas práticas de GRH estão associadas a um maior desempenho e satisfação com a vida. Essas práticas incluem: design de tarefas; participação direta e fornecimento de informações associadas a um melhor desempenho; igualdade de oportunidades e práticas favoráveis à família, para além de que é necessário que o estudo dessas práticas seja centrado no trabalhador e nas suas respostas (Guest, 2002). É necessária uma variedade de tipos de medidas de desempenho a nível individual, de grupo e de empresa para vislumbrar a associação entre as práticas de GRH e o desempenho e identificar os sectores de atividade em que o fator humano é mais importante (Guest, 1997). Reforçando esta ideia, Martinez (2015) considera que a GRH passa pela influência de comportamentos através de políticas e práticas que visam o desempenho e o bem-estar dos profissionais.

Ainda dentro do desempenho organizacional, Siddique (2004) relaciona a análise de trabalho com o desempenho organizacional, tendo concluído que a análise do trabalho é de facto uma pedra angular das atividades de GRH e uma prática de gestão estratégica vital para ganhar vantagem competitiva. Neste estudo também destaca o possível contributo dos Sistemas de Informação de Recursos Humanos (SIRH) para o desempenho organizacional, frisando que essas práticas de GRH merecem uma atenção especial no atual ambiente de negócio.

As práticas relevantes para que o investimento em recursos humanos possa ser uma vantagem competitiva de alto desempenho são, para Gellatly, *et al.* (2009): a utilização de equipas selecionadas, oportunidades de promoção, estabilidade, segurança, avaliação de desempenho, recompensas e altos salários. O comprometimento e fixação dos profissionais podem ser concretizados através de práticas de GRH aliadas ao desenvolvimento das capacidades dos funcionários estrategicamente relevantes (por exemplo, conhecimento e habilidades).

Certos defensores e críticos de GRH referem haver negligência sobre o papel e a reação dos profissionais, em que há pouco interesse nos seus resultados. Assim, para a análise e estudo de GRH é necessário incorporar as atitudes e comportamentos dos profissionais como variáveis intervenientes na relação GRH e desempenho e identificar o tipo de práticas de GRH associadas aos seus resultados positivos. Uma abordagem social em vez de uma abordagem no sistema técnico, feita no início no estudo de Arthur (1994). O alinhamento entre a estratégia de negócios, a gestão eficiente de recursos humanos e a cultura deve conduzir ao comprometimento dos profissionais (Guest, 2002).

Face à ambiguidade dos resultados do vínculo entre GRH e desempenho e à ausência de consenso sobre as melhores práticas, Paauwe & Boselie (2005) consideram que se deve começar por um conceito multidimensional de desempenho, incluindo a perceção dos funcionários e baseia-se na premissa dos sistemas de RH como um dispositivo de habilitação para toda uma gama de opções estratégicas para vários grupos de empregados numa empresa, resultando numa não uniformização de práticas. Considerando que a maioria das pesquisas se baseiam em práticas pretendidas e projetadas a nível estratégico da organização, pouco se sabe sobre a implementação real de práticas de RH e qual a perceção dos profissionais sobre elas. Assim é necessária uma abordagem de GRH numa perspetiva holística e equilibrada, incluindo o clima organizacional e a cultura, visando o alinhamento entre valores individuais, empresariais e sociais contribuindo para uma vantagem competitiva sustentada (Paauwe & Boselie, 2005).

A relação entre gestão de recursos humanos e desempenho ilustra a dificuldade em estabelecer laços inequívocos entre práticas únicas ou múltiplas e resultados de desempenho. De facto, as dificuldades em separar os efeitos de RH no contexto mais amplo permanece problemático. O impacto potencial de qualquer prática de GRH ou o conjunto de práticas sobre o desempenho pode ser mediado pelo efeito mental nas pessoas tais como motivação, compromisso e satisfação (Harris *et al.*, 2007). Assim, há que ter em atenção a forma como são comunicadas as práticas e os objetivos estabelecidos pelas organizações, pois a interpretação dos profissionais molda a sua resposta. Uma má interpretação pode levar a efeitos negativos no desempenho (Guest, 2011).

Os mecanismos subjacentes à ligação das práticas de recursos humanos de alto desempenho, com os indicadores de produtividade e volume de negócios, são, segundo Sun (2007), ainda especulativos. Num estudo levado a cabo em hotéis localizados na República Popular da China,

este autor propõe as seguintes medidas para conduzir a práticas de alto desempenho: seleção, treino, mobilidade interna, segurança no trabalho, descrição clara das funções, promoções internas, avaliação orientada para resultados, participação na organização do trabalho, incentivos e carreiras longas.

A variedade dos modelos aplicados confirma a natureza problemática da ligação entre GRH e *performance* (Savaneviciene & Stankeviciute, 2010). Estes autores afirmam que não há consenso, não há uma lista fixa de práticas de recursos humanos para definir ou medir a gestão.

Boselie, *et al.* (2005) identifica-nos 4 conceitos de desempenho/resultados: (1) financeiro, (2) quota de mercado, (3) organizacionais como produtividade, qualidade e eficiência, e (4) resultados relacionados com relações humanas como atitudes, comportamentos, satisfação, compromisso e envolvimento de funcionários. A natureza da interação entre GRH e desempenho, e particularmente a procura de provas conclusivas do impacto positivo e decisivo do primeiro sobre o último, é a grande questão, o *Holy Grail* desta área, apesar das evidências acumuladas.

O *Holy Grail*, identificado também como *black box*, a cadeia obscura de conexões entre os objetivos de RH e os resultados de desempenho, ou seja, as variáveis que interferem e medeiam a ligação entre gestão de recursos humanos e *performance*, agregadas aos mecanismos através dos quais ocorrem as relações. Esta metáfora resume a outra linha principal de análise, concentrando-se nos problemas "como e para quem", em que se questiona como funciona um sistema de RH ou modelo de GRH, quem beneficia e como pode ser realizado para obter melhores resultados. Há um consenso de base em como as relações entre as políticas de RH e os resultados organizacionais se refletem nos profissionais, tanto a nível individual, nas suas capacidades, motivações e oportunidades (*Abilities, Motivations, Opportunities – AMO*), quer a nível do seu impacto na organização. De forma a compreender a “caixa preta” é necessário estudos mais aprofundados sobre os objetivos, mediadores e resultados de sistemas específicos de RH nas organizações (Boxall, *et al.*, 2011).

A relação entre a estratégia da empresa, os seus recursos humanos e os resultados de desempenho são abordados igualmente por Buller & McEevoy (2012) que, com base no conceito de *Line Of Sight* (Figura 1), defende que o conhecimento e o comportamento dos funcionários, alinhados com as prioridades estratégicas, são as chaves para alcançar os resultados organizacionais positivos. O desempenho organizacional será aprimorado na medida em que as capacidades, a cultura

organizacional, as competências, as normas do grupo, as motivações e as oportunidades dos profissionais estejam alinhadas com os objetivos da organização. O verdadeiro desafio é alinhar pessoas capazes e motivadas com os objetivos estratégicos da empresa, com os processos organizacionais e os requisitos de trabalho, ou seja, a “linha de visão”. As práticas específicas de GRH e a sua configuração são únicas, complexas e dinâmicas em cada empresa porque o ambiente de cada empresa e a estratégia necessária também são únicos, complexos e dinâmicos. As empresas devem utilizar métodos e métricas mais elaborados para avaliar o desempenho. Esta conclusão não é confortável para aqueles que têm a intenção de encontrar práticas recomendadas de GRH universais (Buller & McEevoy, 2012).

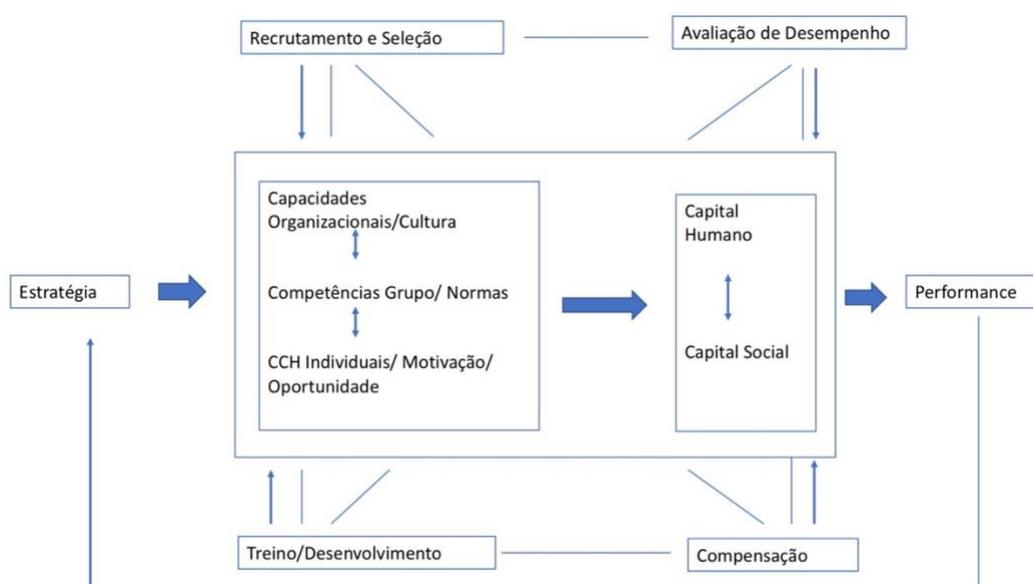


Figura 1: Estratégia, PGRH e performance: line of sight reorientado.
(Buller & McEevoy 2012:48).

De acordo com Nunes & Reto (2015:88), o fator chave para o desempenho é uma organização ambidextra, ou seja, “aquela que consegue apresentar, ao mesmo tempo, adaptabilidade e alinhamento”. Embora seja uma característica de uma organização como um todo, manifesta-se nas ações dos indivíduos e, através da qual, é possível captar o nível de *performance* de uma organização.

Quem primeiro usou o termo ambidextria foi Duncan em 1976, referindo que a ambidextria era constituída por duas estruturas: uma focando-se no alinhamento e outra na adaptação. Esta ambidextria foi posteriormente descrita por Gibson & Birkinshaw (2004) como ambidextria estrutural. Estas autoras desenvolveram um novo conceito de ambidextria, ambidextria contextual,

em que a diferença é o facto de conjugar alinhamento e adaptabilidade em simultâneo e em equilíbrio. A adaptabilidade é ter a capacidade de reconfigurar o seu trabalho em resposta às mudanças com que uma organização se depara e o alinhamento é os profissionais trabalharem para os mesmos objetivos (Gibson & Birkinshaw, 2004). Cada um destes elementos constituindo-se individualmente, mas inter-relacionados e insubstituíveis, a ambidexria contextual é uma construção multidimensional com alinhamento e adaptabilidade. O comportamento dos profissionais é o cerne da ambidexria contextual. Alcançar a ambidexria, através do suporte contextual, é possível e relaciona-se positivamente com o desempenho, o suporte social e a gestão de desempenho moldam os comportamentos, tanto individuais como coletivos, o que conduz a um desempenho superior. Quanto maior o nível de ambidexria numa unidade de negócios, maior o nível de desempenho (Birkinshaw & Gibson, 2004).

As diferenças entre a ambidexria estrutural e a ambidexria contextual podem ser estruturadas em cinco vetores principais apresentadas na tabela 2.

Tabela 2: Ambidexria Estrutural vs. Ambidexria Contextual.

Adaptado de Birkinshaw & Gibson 2004:50

	<i>Ambidexria Estrutural</i>	<i>Ambidexria Contextual</i>
<i>Como alcançar a ambidexria?</i>	<i>Atividades focadas no alinhamento e na adaptabilidade são realizadas em equipas ou unidades separadas</i>	<i>Os profissionais individualmente dividem o seu tempo em atividades focadas entre a adaptabilidade e o alinhamento</i>
<i>Onde são tomadas as decisões sobre a linha que separa o alinhamento da adaptabilidade?</i>	<i>No topo da organização</i>	<i>Na linha da frente-</i>
<i>Papel da gestão de topo</i>	<i>Definir a estrutura, fazer os “trade-offs” entre alinhamento e adaptabilidade</i>	<i>Para desenvolver o contexto organizacional no qual os indivíduos atuam</i>
<i>Natureza dos papéis</i>	<i>Relativamente bem definidos</i>	<i>Relativamente flexíveis</i>
<i>Competências dos profissionais</i>	<i>Mais especialistas</i>	<i>Mais generalistas</i>

A ambidexria contextual é conseguida através do equilíbrio entre a gestão de desempenho (disciplina e tensão) e o suporte social (apoio e confiança). A gestão de desempenho visa estimular as pessoas para resultados de qualidade e simultaneamente torná-las responsáveis pelas suas ações, enquanto o apoio social baseia-se na segurança e na autonomia para a execução das suas ações. Este equilíbrio é fundamental pois quanto maior for o suporte social e a gestão de desempenho mais alinhados e adaptados estarão os profissionais alcançando a alta *performance*. O seu

desequilíbrio pode conduzir a um contexto de “clube de campo”, ou de *burnout* como podemos observar na figura 2. O “clube de campo” verifica-se quando o suporte social se sobrepõem à gestão de desempenho e os profissionais beneficiam de um ambiente de apoio e confiança, mas o seu desempenho é medíocre. No caso do *burnout* o foco vai ser dado principalmente à gestão de desempenho negligenciando o suporte social, pelo que os profissionais vão sentir-se exaustos e desmotivados, sem capacidade para executar ou inovar (Birkinshaw & Gibson, 2004).

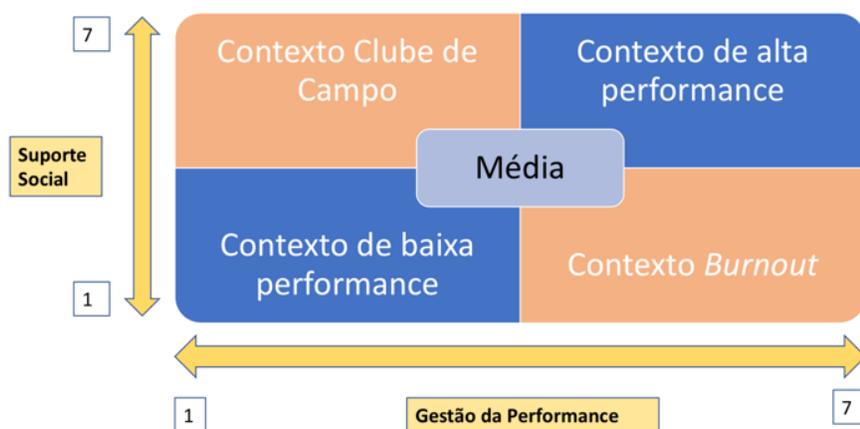


Figura 2: O contexto organizacional que promove a ambidextria.

Adaptado de Birkinshaw & Gibson 2014:53

1.3. Práticas de GRH em saúde

A Gestão de Recursos Humanos em organizações de saúde é essencial pois têm um grande impacto no desempenho dos profissionais e consequentemente na qualidade dos cuidados de saúde prestados (Elarabi & Johari, 2014).

A GRH na área da saúde é um desafio na medida em que tem de articular e tornar coerente as atividades de várias sub áreas profissionais (Nunes, 1994), as quais sofrem influências diferentes das suas estruturas profissionais/sociais (política oficial de saúde, ordens...) associadas ao seu comprometimento profissional (Cogin, *et al.*, 2016). Devido à sua missão, elevado grau de conhecimento e interdependência dos seus profissionais, as organizações de saúde não são geríveis como qualquer outro negócio (Reto, 2014).

O reconhecimento da necessidade de introduzir novas e melhores práticas de GRH na área da saúde levou Hornby & Forte (1997) a identificar e introduzir o uso de indicadores específicos de

avaliação dos serviços de saúde. Mas que indicadores? Este autor propõe que, para a construção dos indicadores, sejam aproveitadas as fontes de dados já existentes e nomeados responsáveis pela sua recolha, bem como o envolvimento de toda a organização. A maneira como esses indicadores são usados depende dos gestores, da sua interpretação e divulgação, e das suas oportunidades de mudança, quando inseridos num processo de evolução das práticas de gestão.

Entre os indicadores de gestão, Hornby & Forte (1997) sugere a criação de indicadores focados nas relações humanas:

- Inputs – recursos introduzidos na organização de saúde (tipos e graus de profissionais, custos de pessoal em relação à despesa total do serviço...);
- Processos - análise de como funciona o serviço de saúde enquanto organização, o ambiente organizacional (taxas de rotatividade de pessoal, o rácio do pessoal...);
- Outcomes - Os produtos das organizações de saúde são difíceis de medir, mas pode-se adotar medidas substitutas, como as taxas gerais de mortalidade (...);
- Outputs - Os resultados expressos em medidas “intermediárias”, como o número de pacientes tratados incluindo o número de enfermeiros por mil atendimentos clínicos, enfermeiras/parteiras treinadas por 1000 nascidos vivos.

Mas os desafios à GRH na saúde não se limitam à introdução de indicadores de gestão ou formação, atingem áreas a montante. É necessária uma intervenção na área da educação e no sistema de saúde de forma a preparar os profissionais de saúde para enfrentar os novos desafios decorrentes de mudanças de funções, novos objetivos, avanços de tecnologia e exigência de alterações de locais de trabalho (Bandali, *et al.*, 2011).

Os estudos atuais salientam o papel dos recursos humanos como o capital mais importante de cada organização. Os enfermeiros são considerados como o recurso humano mais importante nas organizações de saúde. A competência profissional dos enfermeiros é definida como uma combinação de competências, conhecimentos, atitudes e valores de que resulta um alto nível de desempenho. A organização Mundial de Saúde (OMS) defende a necessidade de os seus membros comunicarem e implementarem planos para reforçar a consolidação das competências profissionais dos enfermeiros e a sua honestidade para com os pacientes para uma melhoria da qualidade dos cuidados (Karami, *et al.*, 2017).

A qualidade dentro dos sistemas de saúde na Europa varia consoante os níveis do sistema de saúde. Ao nível da gestão hospitalar a relevância é dada à eficácia clínica, segurança e experiência do paciente. Em Portugal, encontra-se ainda uma abordagem cultural da qualidade, enfatizando a importância de uma atenção contínua na prática clínica profissional. A qualidade é um conceito controverso que varia significativamente entre a publicidade e a política organizacional celebrada, e a capacidade de traduzi-la em prática operacional (Wiig, *et al.*, 2014).

Através da qualidade e do volume de negócios um estudo sobre o impacto da GRH na alta *performance* em três tipos de organizações holandesas, de cuidados de saúde, governo local e turismo, Boselie, *et al.* (2003), revela que esta forma de controlo tem um efeito positivo sobre a presença dos profissionais e a diminuição das ausências por doença um dos principais objetivos de uma organização devido aos altos custos.

Ainda como propostas de controlo dos profissionais de saúde de modo a influenciar as atitudes e a eficiência operacional, Cugin, *et al.* (2016) analisa os mecanismos de controlo comportamental e os de compromisso e conclui que o uso excessivo do controlo do comportamento tem como consequências a frustração e indiferença nos grupos profissionais qualificados. Assim, sugere que as práticas de GRH em saúde não podem ser implantadas em todos os contextos da mesma forma, têm de ter em consideração os fatores externos, as estruturas do sistema e a especificidade dos profissionais, nomeadamente nos aspetos éticos inerentes à profissão. O comprometimento e o envolvimento poderão melhorar o clima social, aumentar os níveis de confiança e cooperação entre profissionais, aumentando o desempenho.

O impacto do controlo e apoio aos profissionais de saúde na GRH nas unidades de saúde é salientado por Uduma, *et al.* (2017) como uma forma de fortalecer as relações, identificar problemas e contribuir para um aumento do desempenho, sendo uma das práticas relevantes na GRH em saúde.

Partindo do princípio de que as práticas de GRH de alto envolvimento têm efeitos positivos no desempenho organizacional, Patterson, *et al.* (2010), procedem à revisão das evidências de que as mesmas práticas tenham o mesmo resultado na área da saúde e procuram identificar algumas práticas eficazes nesta área. Entre essas práticas, destacam-se: (1) o design do trabalho que melhora a autonomia e o controlo; (2) a participação dos profissionais no planeamento e implementação de mudanças; (3) o treino; (4) a participação na definição de metas, (5) o feedback sobre os resultados.

A questão de como as práticas de GRH afetam o desempenho dos profissionais na área da saúde e como deverão ser implementadas é recorrente pois são reconhecidas como fatores importantes no aumento da qualidade dos cuidados de saúde. A alta qualidade do desempenho em saúde depende do desempenho dos profissionais apoiados na estrutura da organização, na estratégia, na gestão e na utilização dos recursos. A estrutura da organização e as práticas de GRH exercem influência nas competências, motivação e oportunidades dos profissionais (AMO). Alinhar a estrutura e a estratégia às práticas de GRH são a chave para aumentar o desempenho dos profissionais (Petros, 2014). Os profissionais, ao possuírem competências, habilidades e motivação para o seu trabalho bem como oportunidade de participação, promovem um serviço de qualidade (Almutawa, *et al.*, 2015).

Uma oportunidade de reflexão interna das organizações de saúde para obter um “feedback” sobre o seu desempenho, melhorar a gestão da equipa e, consecutivamente, a qualidade da prestação de cuidados, potenciando a promoção de mudanças dentro da organização, são os programas de acreditação (Greenfield, *et al.*, 2014). Estes programas são de adesão voluntária assentando numa melhoria de qualidade contínua existindo várias entidades nomeadamente o Instituto da Qualidade em Saúde no âmbito do Serviço nacional de Saúde (França, 2006)

1.4. *Performance* em equipas

A análise do desempenho eficaz de equipas, especificidade do nosso trabalho, é abordada por Hackman (1998:26) que refere “A resposta tem muito mais a ver com a forma como as equipas são estruturadas e apoiadas do que com quaisquer virtudes ou responsabilidades inerentes que possam ter como unidades de desempenho.” Neste estudo, aponta algumas práticas de gestão que promovem a eficácia das equipas tais como: uma direção clara e empenhada, uma estrutura bem definida, recompensas monetárias, formação, e oportunidade de desenvolvimento de carreira.

Considerando explicitamente a *performance* de equipa e conseqüentemente o dilema do “eu” versus o “nós”, Aguinis, *et al.* (2013) propõe seis recomendações práticas de GRH através de um sistema de gestão de desempenho bem desenhado e implementado: (1) medidas de desempenho individual e de equipa; (2) medidas de processos e resultados; (3) medidas de desempenho internas e externas da equipa; (4) reuniões de informações de desempenho usando fontes internas e externas à equipa; (5) fomento da aprendizagem e do desenvolvimento, (6) recompensas pelo desempenho individual e da equipa, alinhando assim os indivíduos, a equipa e os objetivos da organização

transformando as equipas numa fonte de vantagem inimitável e sustentável de capital humano competitivo.

A discussão sobre o desempenho de equipas em ambiente de bloco operatório é de elevada exigência e *stress*. A discussão levada a cabo por Driskell *et al.* (2017) sobre o desempenho e os mecanismos que podem afetar o comportamento das equipas de bloco operatório é relevante pois um deficiente desempenho tem graves consequências. Para além do *stress* os autores identificam outros mecanismos como as relações de *status* dentro do grupo, a sua correspondência com as competências e a aceitação geral do *status*, salientando o processo dinâmico em que se desenvolve o desempenho da equipa.

Outras questões se poderão levantar, conforme Driskell *et al.* (2017) citando Stewart *et al.* (2005): existirão certos "tipos" de pessoas que cumprem papéis específicos com mais facilidade, de modo que apresentam maior adaptação psicológica, menos conflito e desempenho mais efetivo? existirá um ajuste ótimo entre a personalidade do membro da equipa e os requisitos de função? os requisitos da função mudam ao longo do tempo ou ao longo de uma tarefa? A composição da equipa, a sua diversidade, a duração da tarefa bem como a experiência são muito importantes para manter o desempenho da equipa.

O sucesso da utilização de equipas nos cuidados de saúde é defendido por Ulrich & Crider (2017). Estes autores recorrem a Salas (2015) para definirem equipa, “uma ou mais pessoas cujo trabalho é interdependente e que partilham objetivos comuns.” Analisam como usar com sucesso o poder de equipas, como as criar e desenvolver, promover o seu treino, assim como as condições para a eficácia de uma equipa de alta *performance*. Na sua ótica, para a seleção dos membros da equipa é importante ter presente que constituir uma equipa de especialistas não é constituir uma equipa especialista. Afirmam ainda que as equipas são maiores do que a soma das suas partes e permitem multiplicar exponencialmente os recursos, os resultados e inovar mais do que individualmente. Contudo, devem desenvolver um pensamento, uma intenção, serem treinadas como membros de equipa e líderes e trabalhar num ambiente suporte.

Para Smith, *et al.* (2016) existem atributos específicos que definem uma equipa de alta *performance* em saúde tais como: estabelecimento de mecanismos de comprometimento, coordenação da atividade através dos processos de planeamento da organização, estabilidade da estrutura organizacional e do pessoal e adequação de tempo e recursos.

Entre as competências de uma equipa de alta *performance* em bloco operatório, podemos referir as definidas por um cirurgião, Feldman (2011), em que os elementos da equipa não só articulam as suas competências e comportamentos como têm padrões que são possíveis de reproduzir, mantendo um elevado nível de respeito mútuo e confiança. Na opinião de um anestesista, Marco (2011), as equipas de alta *performance* distinguem-se por partilharem valores, objetivos e metas consentâneas com os valores, a visão e a missão da instituição, um elevado nível de colaboração e confiança, aptidão para resolver problemas em debate e tomada de decisões baseadas em factos, ambição para enfrentar desafios, competências complementares, capacidade de se autodirigir e elevada dedicação à equipa. A perspetiva de uma enfermeira, Graling (2011), centra-se na definição de objetivos, no conhecimento dos membros da equipa do seu papel e tarefas para interagir e atingir os objetivos comuns, na consciência da interdependência das ações, na liderança, na capacidade de tomar decisões e na utilização de uma linguagem comum na comunicação. A enfermeira circulante, o anestesista e o cirurgião têm de ter um plano para o seu papel nos cuidados ao doente bem como contribuir como um membro da equipa. Em todas as perspetivas, verifica-se a necessidade de respeito mútuo, confiança, partilha de objetivos e valores através da concretização de reuniões e *briefings* que permitem a realização das ações de forma bem sucedida (Guglielmi, *et al.*, 2011).

Sendo o desempenho o resultado da execução das ações dos profissionais e os resultados obtidos (Nascimento & Pereira, 2015), para a avaliação do desempenho em equipas, Meyer (1994) defende que a conceção de qualquer sistema de medição de desempenho deve refletir os pressupostos operacionais da organização cuja mudança pode ser contraproducente. O primeiro passo é desenvolver um plano de trabalho para mapear o processo das tarefas críticas e as capacidades necessárias para completar o projeto. O segundo passo é garantir que cada um dos membros da equipa entenda os objetivos da mesma maneira. Quanto aos gestores, considera que ainda estão a aprender a maximizar a eficácia de equipas multifuncionais, incorporadas nas organizações funcionais.

Entre as estratégias de gestão que aumentam o potencial das equipas, O'Neill & Salas (2017) distingue quatro: (1). trabalhar além das fronteiras (*boundaries*); (2). construir processos eficazes de equipa; (3). gerir as questões de desenvolvimento da equipa, (4). potenciar o capital humano.

1.5.Coordenação Relacional

A coordenação relacional não é somente um processo técnico mas fundamentalmente um processo de relacionamento que inclui a personalidade dos profissionais, os afetos e as emoções e o contexto de interinfluência que se estabelece nas relações de cuidados de saúde (Giteell, 2009).

Como instrumento de medição e análise do desempenho de equipas de alta *performance*, Gittel (2002) apresenta um modelo e teste no contexto do atendimento ao utente e propõe três mecanismos de coordenação: (1) as rotinas (como os protocolos clínicos), (2) facilitadores de fronteira (*Boundary spanners* ou *cross-functional liaisons*) ou seja as interligações entre os participantes no processo do doente, (3) reuniões de equipa, que no serviço de saúde corresponde às passagens de turno e aos *briefings* pré-operatórios. Este modelo teve em conta o fator incerteza, particularmente relevante nas configurações de saúde. As rotinas juntamente com mecanismos mais interativos, como chaves de fronteira e reuniões de equipa, podem ser cada vez mais uteis à medida que os níveis de incerteza aumentam.

A coordenação é reflexo da frequência, oportunidade, precisão e resolução de problemas de comunicação entre os funcionários, do grau das suas relações, conhecimentos partilhados e respeito mútuo. A adoção de práticas de trabalho de alta *performance* constitui um caminho viável para melhorar o desempenho organizacional e os relacionamentos decorrentes da coordenação relacional baseiam-se em vínculos funcionais. Esta relação é o principal mecanismo que liga alta *performance* e resultados. As práticas de trabalho de alta *performance* estão focadas na construção de relações empregado-empregado, centradas em sete práticas de trabalho de alta *performance*: (1) seleção; (2) resolução de conflitos; (3) medição de desempenho; (4) recompensas; (5) reuniões; (6) chaves de fronteira, (7) impacto relacional (Gittel *et al.*, 2010).

Para a avaliação da coordenação relacional e os efeitos desta sobre o desempenho, Gittel (2011) propõe 7 itens, designadamente: (1) frequência; (2) oportunidade; (3) precisão da comunicação; (4) resolução de problemas da comunicação; (5) a partilha de objetivos; (6) a partilha de conhecimento, (7) o respeito mútuo.

Salientando a importância de uma efetiva coordenação e o papel das práticas organizacionais, Gittel (2011) apresenta um “modelo” de questionários para a avaliação da coordenação relacional e propõe novas orientações para a teoria da CR que podemos sintetizar da seguinte forma:

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

- Desenvolver os fundamentos psicológicos sociais da teoria da coordenação relacional;
- Explorar as relações de papéis para incluir relacionamentos pessoais e a interação entre eles;
- Ampliar as redes de coordenação relacional para além dos principais funcionários e incluir outros participantes tais como funcionários, clientes e membros da cadeia de valor mais ampla da organização;
- Incluir, para além dos resultados da organização, os resultados dos clientes e dos profissionais,
- Alterar o modelo linear de mudança organizacional (implícito na teoria da coordenação relacional) para um modelo de mudança mais dinâmico e interativo.

Esta nova visão da teoria da coordenação relacional representa um contributo elevado para a POS (Aprendizagem Organizacional Positiva), salientando a experiência subjetiva e intersubjetiva do trabalho, realçando a importância das relações humanas (Gittel 2011).

A falta de coordenação e comunicação é reconhecido como uma causa dos erros em medicina (Fragata & Martins, 2004).

Não temos a pretensão de, nesta revisão de literatura, esgotar a problemática associada às práticas de GRH de alta *performance*. Como tal, optámos, por abordar o nosso estudo numa perspetiva contingencial, numa visão baseada nos recursos e no *AMO* (Abilities, Motivation, Oportunities), considerada por Petros (2014) a mais adequada análise da *performance* em ambiente hospitalar.

Na figura 3 apresenta-se a integração destes componentes que são essências para a alta *performance*.

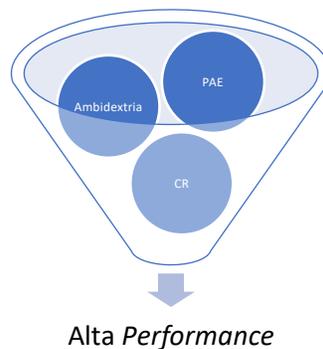


Figura 3 - Componentes de alta *performance*

2. Método

2.1. Metodologia

O desenho do presente estudo é de natureza descritiva. O objeto de estudo é a equipa do Bloco Operatório (BO) de um hospital privado, selecionado por conveniência, e do qual fazem parte enfermeiros, técnicos e médicos. Neste pressuposto, a pesquisa insere-se no estudo de caso.

O estudo de caso é uma investigação de uma situação atual dentro do contexto da vida real e que enfrenta muito mais variáveis de interesse do que os dados obtidos baseando-se em fontes de evidências (Yin, 2001).

2.2. População

A organização em estudo é um hospital privado na região centro. A população são os enfermeiros do bloco operatório do referido hospital e que, à data da realização deste estudo, era composta por 17 enfermeiras. Assim, e após devido consentimento, foram consideradas as 17 enfermeiras no inquérito, isto é o universo da população.

2.3. Técnicas de Recolha de Dados

Como técnicas de recolha de dados recorreu-se a um inquérito por questionário e a uma entrevista. Para o efeito, utilizou-se três questionários, que se descreve de seguida. Como procedimento de recolha de dados destes questionários, solicitámos autorização, via correio eletrónico, à Direção Clínica. Posteriormente, foi realizada uma reunião com a Direção Clínica, Direção de Recursos Humanos e Chefe de Enfermagem, tendo sido autorizada a recolha e tratamento de dados. Foi garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes do estudo, de forma a cumprir os princípios ético-legais de um processo de investigação.

A recolha de dados junto da equipa de enfermagem foi feita através de questionários. Foi considerada uma fase de pré-teste em que se aplicou os mesmos a dois enfermeiros de outra unidade com o objetivo de confirmar a percetibilidade do texto. Na sequência desta fase, foi considerada a reformulação de algumas perguntas/afirmações, de forma a tornar os instrumentos de recolha de dados mais claros e consequentemente mais fiáveis.

A aplicação dos questionários aos enfermeiros do bloco operatório foi realizada durante a segunda quinzena de Julho de 2018. Os questionários acompanhados de uma carta de apresentação (Anexo II) foram entregues em papel e devolvidos em envelope fechado, de forma a garantir o anonimato de cada participante. Verificou-se que 15 dos 17 participantes responderam integralmente aos questionários distribuídos. Os dois participantes com ausências de resposta não foram excluídos do estudo por se ter registado a falta de apenas 1 a 2 respostas para cada um. O protocolo de cada questionário considerado neste estudo é apresentado a seguir.

Questionário 1: Práticas de Gestão de Recursos Humanos de Elevado Envolvimento

O questionário 1 (Anexo III) de Nunes & Reto (2015) permite saber se os colaboradores de uma dada organização consideram que a sua entidade empregadora está a utilizar práticas de elevado envolvimento. Este questionário é composto por nove afirmações sobre as práticas de GRH praticadas pela organização em estudo e a concordância do inquirido relativamente a cada afirmação é traduzida numa escala de Likert de 7 pontos (1: De maneira nenhuma a 7: Em larga medida). Com base nas respostas dadas, é possível calcular um indicador de PAE da organização em estudo, que será igual à média das pontuações obtidas. Este instrumento apresentou uma fiabilidade de 0.904.

Com vista a uma informação mais profunda sobre as práticas de GRH motivadoras, acrescentámos a este instrumento uma questão de escolha múltipla: “Na sua opinião qual (quais) a(s) prática(s) de recursos humanos desta instituição mais motivadora do seu desempenho?”, à qual os inquiridos podiam escolher quaisquer das opções apresentadas: segurança no emprego/estabilidade, salário, promoções, incentivo/recompensas, avaliação do desempenho, mobilidade interna, formação.

Questionário 2: Ambidextria contextual e desempenho percebido/*performance*

O questionário 2 (Anexo IV) foi adaptado de Birkinshaw & Gibson (2004) e permite calcular as várias dimensões de ambidextria contextual de uma organização e, em particular, a variável de interesse neste estudo – *Performance* (desempenho percebido).

Este questionário é composto por 26 afirmações, 16 sobre as práticas dos gestores da organização, e 10 sobre o funcionamento da própria organização. Todas as afirmações são pontuadas numa escala de Likert de 7 pontos (1: Extremamente inadequado a 7: Extremamente adequado, para as primeiras 16 afirmações e 1: Discordo totalmente a 7: Concordo totalmente, para as 10 afirmações

seguintes). A aplicação deste instrumento permite o cálculo de seis dimensões, componentes da ambidextria, equivalente à média das respostas obtidas nas perguntas associadas a cada dimensão (Tabela 3).

Tabela 3 - Dimensões do questionário de ambidextria e o resultado de fiabilidade

<i>Dimensão</i>	<i>Perguntas</i>	<i>Fiabilidade observada</i>
<i>Contexto de gestão do desempenho</i>	<i>1 a 7</i>	<i>0,949</i>
<i>Contexto de suporte social</i>	<i>8 a 16</i>	<i>0,915</i>
<i>Alinhamento</i>	<i>17 a 19</i>	<i>0,695</i>
<i>Flexibilidade</i>	<i>20 a 22</i>	<i>0,803</i>
<i>Ambidextria contextual</i>	<i>Alinhamento e Flexibilidade</i>	<i>0,695</i>
<i>Desempenho percebido/ Performance</i>	<i>23 a 26</i>	<i>0,900</i>

Questionário 3: Coordenação Relacional

O questionário 3 (Anexo VI) é adaptado de Gittell (2008) e tem como objetivo calcular a coordenação relacional intra- e inter-grupos de uma equipa. Este questionário é composto por sete perguntas sobre o comportamento e as práticas da equipa no seu grupo e entre os outros grupos, e cuja resposta é dada uma escala de Likert de 5 pontos (1: Nunca a 5: Sempre). Este instrumento apresentou uma fiabilidade de 0.885 para Enf/Enf, 0.892 para Enf/Méd e 0.887 para Enf/Téc.

De acordo com o protocolo deste instrumento, a coordenação relacional no grupo e entre os grupos será igual à média das sete respostas, respetivamente, no grupo e entre os grupos. A tabela 4 apresenta três níveis de coordenação relacional (Fraca, Moderada e Forte) para interpretação dos resultados obtidos nas referidas médias.

Tabela 4 - valores de referência para os três níveis de CR intra e inter-grupos

<i>Nível de CR</i>	<i>Intra-grupo</i>	<i>Inter-grupos</i>
<i>Fraca</i>	<i>< 4.2</i>	<i>< 3.5</i>
<i>Moderada</i>	<i>4.2 - 4.6</i>	<i>3.5 – 4.0</i>
<i>Forte</i>	<i>> 4.6</i>	<i>> 4.0</i>

Para além dos questionários acima descritos, foi realizada uma entrevista à Direção de Recursos Humanos que visava descrever as práticas de GRH vigentes na instituição e relacioná-las com a práticas de alta *Performance*.

Para a orientação/condução da entrevista, elaborámos um guião (Anexo I) onde abordámos os seguintes aspetos: Planeamento da Gestão de Recursos Humanos, Modelo de Recrutamento, Recrutamento, Seleção, Formação/Integração/Acolhimento, Mobilidade Interna, Segurança de Emprego, Descrição de Funções, Avaliação de Desempenho, Gestão de Carreiras, Remuneração e Outros benefícios.

2.4. Técnica de Tratamento de Dados

Os dados recolhidos através dos questionários foram inseridos numa base de dados no Excel e posteriormente importados para o programa SPSS (Statistical Package for Social Science v.24) onde se procedeu à análise estatística dos mesmos (Anexo VII). De acordo com os objetivos definidos, procedeu-se à análise descritiva onde se inclui a correlação de Spearman.

Recorreu-se, ainda, à análise de conteúdo da entrevista realizada.

3. Resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados das análises empíricas realizadas e da entrevista.

3.1 – Caracterização da população

A nossa população de 17 enfermeiras caracteriza-se por 47.1% (N=8) na faixa etária dos 20 aos 30 anos, 47.1% (N=8) na faixa etária dos 31 aos 40 anos e 5.9% (N=1) com mais de 50 anos, com tempo profissional médio de 8 anos. Em termos de tempo de serviço, 88.2% (N=15) das participantes estão no hospital há, no máximo, 10 anos, havendo apenas duas enfermeiras que são residentes há mais tempo (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição do tempo de serviço das Enfermeiras

<i>Tempo de serviço</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>< 5 anos</i>	<i>7</i>	<i>41.2</i>
<i>5 a 10 anos</i>	<i>8</i>	<i>47.0</i>
<i>> 10 anos</i>	<i>2</i>	<i>11.8</i>

3.2 - Análise das PAE, Ambidextria e Coordenação Relacional

3.2.1 - Práticas de GRH de Alto Envolvimento - PAE

De acordo com os resultados obtidos no questionário 1 (Anexo III), podemos afirmar que o indicador global de PAE para esta organização é igual a 3.6, sendo, portanto, inferior a 5. Os valores médios percecionados pelos inquiridos relativamente a cada prática são apresentados na Figura 4.

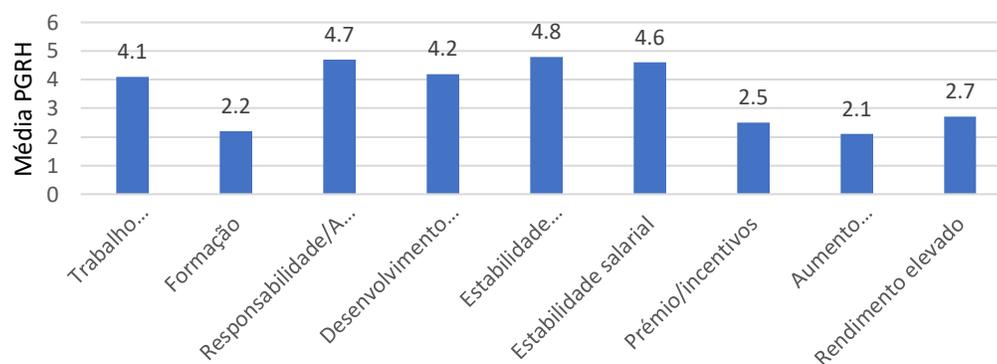


Figura 4: Média das PAE percecionadas pelos inquiridos.

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

Nestes resultados há uma diferença entre os valores das variáveis estudadas, sendo que cinco das nove práticas de PAE de GRH analisadas os níveis estão acima do valor quatro e as restantes abaixo do valor três. Na perceção dos enfermeiros as práticas de gestão de recursos mais utilizadas pela organização são a estabilidade profissional e salarial, assim como a atribuição de responsabilidade e autonomia aos profissionais. Como práticas menos utilizadas são o aumento salarial em função dos lucros/resultados a formação e o rendimento elevado. Mediante esta situação é notório que se torna necessária uma maior intervenção ao nível da gestão de recompensas e de formação.

Analisando a globalidade das respostas constatamos que o valor de PAE é igual a 3.6 o que de acordo com alguns autores, nomeadamente Nunes & Reto (2015), é indicativo de que na perceção dos enfermeiros a organização não tem práticas de gestão de recursos humanos consideradas de alto envolvimento.

Foi também avaliado de entre as práticas de gestão de recursos humanos, qual ou quais seriam as mais relevantes e motivadoras par o desempenho profissional dos enfermeiros inquiridos que apresentamos na fig. 5.

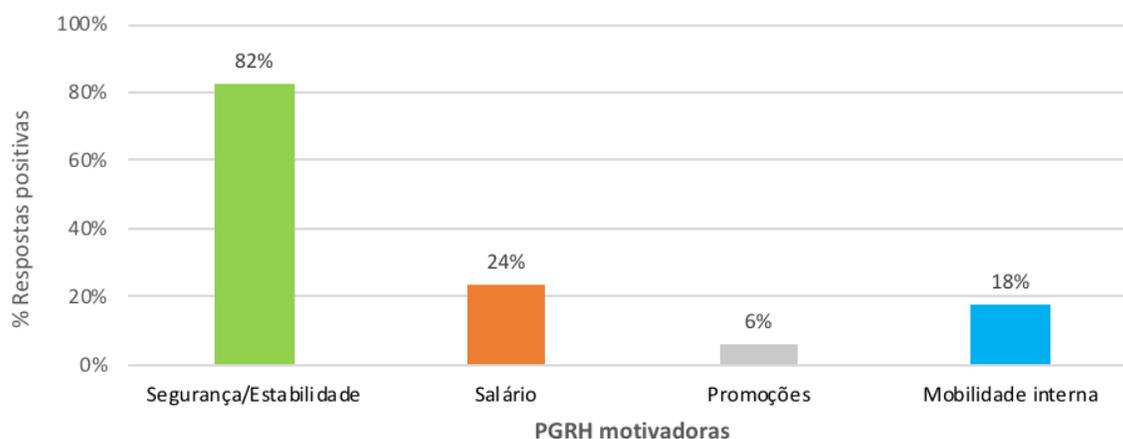


Figura 5: Práticas GRH motivadoras indicadas pelos inquiridos

Na perspetiva dos enfermeiros a segurança/estabilidade e o salário são os fatores que consideram mais motivantes para o seu trabalho nesta organização, o que está em consenso com os resultados também obtidos na figura 4.

3.2.2 - Ambidextria

Após a análise das respostas ao questionário da ambidextria (Anexo IV) obtivemos os seguintes resultados que apresentamos na figura 6.

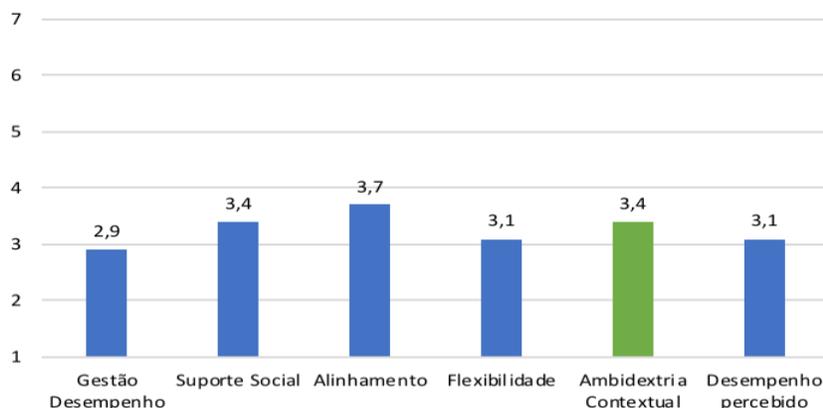


Figura 6: Resultados do questionário da Ambidextria Contextual

Mediante os resultados verificámos que o valor mais baixo encontra-se na gestão de desempenho (2.9) logo seguido do desempenho percebido e da flexibilidade (3.1). De acordo com Birkinshaw & Gibson (2004) para que a ambidextria contextual tivesse um valor mais satisfatório teria de ser acima de quatro, representando dessa forma um verdadeiro equilíbrio entre o alinhamento e a flexibilidade. Neste estudo, o valor de 3.4 alcançado na ambidextria contextual deve-se em grande parte ao impacto de a componente flexibilidade ter um valor baixo, determinando dessa forma que esta unidade não seja considerada ambidextra, podendo de alguma forma representar um compromisso para a *performance* dos resultados a longo prazo. Analisando apenas os dados de gestão de desempenho (2.9) e suporte social (3.4) que refletem o contexto em que a equipa se encontra, verificamos que não estão em risco de entrar nem em *burnout* nem num contexto de “clube de campo”, encontrando-se num contexto médio baixo de desempenho. Assim reflete a necessidade de existir um aumento da gestão de desempenho sem, contudo, negligenciar o suporte social.

O desempenho percebido (3.1), que neste estudo foi utilizada como variável de *performance*, é baixo o que reflete uma necessidade de atuação na gestão de desempenho para aumentar a produtividade e alcançar os objetivos da organização sem contudo negligenciar o suporte social.

3.2.3.- Coordenação Relacional

Do estudo da coordenação relacional realizado neste serviço foi possível obter resultados intra-grupo (Enf/Enf) e inter-grupos, enfermeiros/médicos (Enf/Méd) e entre os enfermeiros e técnicos (Enf/Téc).

Coordenação Intra-Grupo

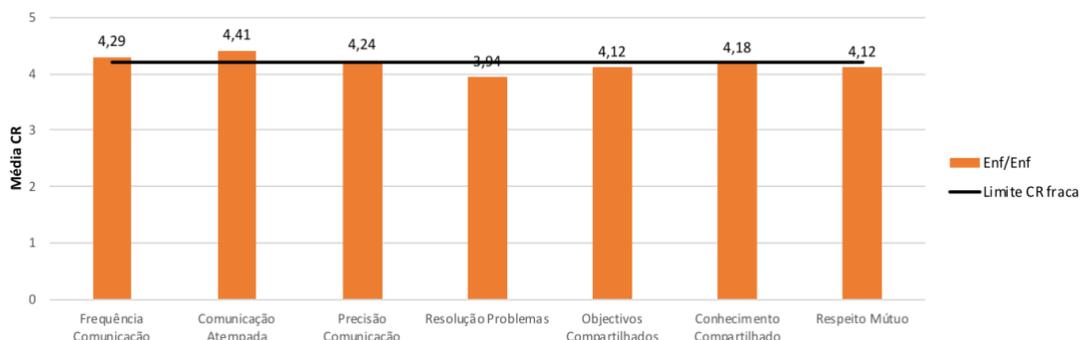


Figura 7: Coordenação Relacional intra-grupo (Enf/Enf).

A CR intra-grupo neste estudo (Figura 7) teve um valor de 4.18, o que, considerando os valores de referência relativamente à CR intra-grupos, é considerada fraca. Os valores mais baixos foram encontrados na resolução de problemas (3.94), e na partilha de objetivos e respeito mútuo, ambos com valor de 4.12. A variável comunicação atempada é a única neste estudo dentro dos valores considerados como CR moderada.

Coordenação Inter-Grupo

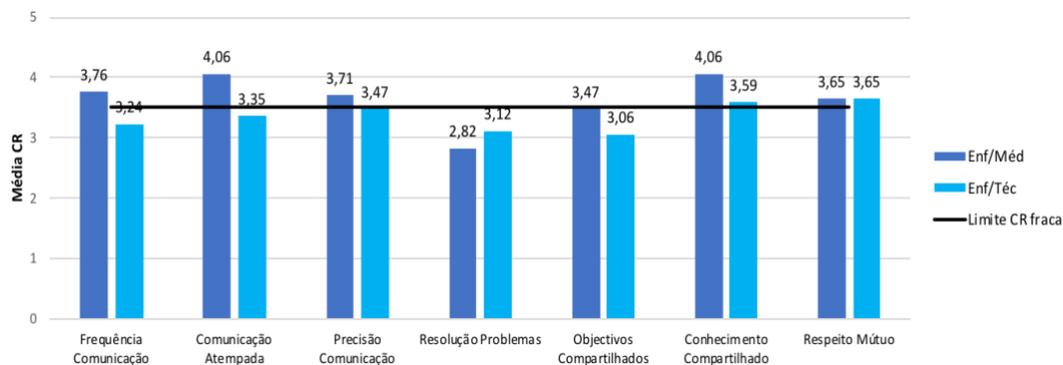


Figura 8: Coordenação Relacional inter-grupos (Enf/Méd e Enf/Téc).

Considerando os valores de referência relativamente à CR inter-grupos, (ver linha limite CR fraca na Figura 8), verificamos que, nesta organização, na maioria das variáveis consideradas, a CR inter-grupos, também é fraca. A CR Enf/Méd tem valores mais elevados em todas as variáveis exceto na resolução de problemas, atingindo os valores de CR inter-grupo moderada.

Na resolução de problemas o valor de CR inter-grupo é muito fraco para ambas as classes profissionais de acordo com a percepção dos enfermeiros.

3.4.- Correlação das PAE com a Performance e com a CR

No sentido de analisar a correlação entre a variável – *Performance* e as variáveis PAE e CR, Curto (2017: 203) sugere a utilização do coeficiente de correlação de Spearman que varia entre – 1 e 1.

Uma vez que toda a população foi incluída no estudo, não há razão para se proceder á inferência estatística, sendo calculada apenas uma medida de estatística descritiva.

Na tabela 6 apresentamos as correlações de Spearman ordenadas do maior para o menor

Tabela 6 - Correlações do estudo

Variáveis		Coeficiente de Correlação de Spearman
PAE vs. <i>Performance</i> -		0.863
<i>Performance</i>	CR – Enf / Téc	0.629*
	CR – Enf / Méd	0.368
	CR – Enf/ Enf	0.325
PAE	CR – Enf / Téc	0.535*
	CR – Enf / Méd	0.281
	CR – Enf/ Enf	0.308

Como se pode constatar a correlação é mais forte entre a *Performance* e as PAE e mais fraca entre a CR. Embora a correlação entre a *Performance* e a CR seja mais fraca denota-se que a *Performance* e a CR Enf/Téc têm uma correlação superior às outras.

Mediante estes resultados podemos inferir, que nesta população, as PAE se relacionam positivamente tanto com a *performance* como com a CR.

3.5 – Análise da entrevista

Através de entrevista à Direção de Gestão de Recursos Humanos, foi possível identificar algumas das práticas de gestão de recursos humanos aplicadas à equipa de enfermagem do bloco operatório, que iremos apresentar na tabela 7.

Tabela 7 - Síntese da PGRH da Organização

Recrutamento	<ul style="list-style-type: none"> • Direto, externo e interno • Aposta <i>a priori</i> no longo prazo • Substituição de baixa com possibilidade de continuidade
Seleção	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Curriculum vitae</i>, carta de motivação e entrevistas
Formação/Integração Acolhimento	<ul style="list-style-type: none"> • Integração – 160 horas • Apoio financeiro e dias de dispensa sempre que solicitado por parte dos profissionais
Mobilidade Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Quando solicitado para progressão na carreira ou desenvolvimento de experiência
Segurança de emprego	<ul style="list-style-type: none"> • Contrato inicial de seis meses e posteriormente contrato sem termo
Descrição de funções	<ul style="list-style-type: none"> • Previstas no Acordo Coletivo de Trabalho
Avaliação de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> • Individual e anual • Efetuada pela chefia direta e parecer da Enfermeira diretora
Gestão de carreiras	<ul style="list-style-type: none"> • Conforme Acordo Coletivo de Trabalho
Remuneração	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa • Progressão de níveis salariais entre os escalões: Enfermeiro Interno, Enfermeiro, Enfermeiro Sénior e Enfermeiro Perito • Subsídio de alimentação (em géneros)bloco e Subsídio de turno
Benefícios	<ul style="list-style-type: none"> • Pequeno almoço facultado à entrada das oito da manhã • Acesso dos profissionais e seus familiares mediante desconto equivalente ao seguro de saúde Medis

4. Projeto de Intervenção

Um dos objetivos deste estudo é, após o diagnóstico, através dos resultados obtidos da percepção das PAE, da ambidextria e da coordenação relacional, a elaboração de um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a *performance* da equipa de enfermagem do bloco operatório.

A variedade dos modelos aplicados pelos autores consultados, confirmou-nos a natureza problemática da ligação entre GRH e *performance*. Contudo não há consenso, não há uma lista fixa de práticas para definir ou medir a GRH (Savaneviciene e Stankeviciute, 2010).

O estudo efetuado pretendeu caracterizar o momento atual das práticas de GRH na equipa de enfermeiros do bloco operatório. A entrevista realizada à Direção de Recursos Humanos permitiu-nos identificar algumas das práticas de GRH de Alta *Performance* defendidas por alguns dos autores, (Pfeffer, 1995; Huselid, 1995; Delery and Doty, 1996; Sun, 2007), como: segurança no emprego, seletividade no recrutamento, formação e desenvolvimento de competências, pagamento de incentivos, oportunidade de carreira interna, recrutamento interno ou externo, avaliação de desempenho, mobilidade interna, descrição de funções, promoções internas, avaliação orientada para resultados, incentivos e carreiras longas.

Nos resultados da avaliação da percepção dos enfermeiros quanto às PAE de GRH não se deteta a consciencialização das seguintes práticas: formação, avaliação de desempenho, pagamento de incentivos, aumento salarial em função dos resultados, sendo a mais perceptível a segurança e a estabilidade.

Assim consideramos que intervir em algumas áreas poderá potenciar a *performance* desta equipa, nomeadamente na área da formação onde esta organização poderá aumentar a sua capacidade através da criação de um programa de formação, para além da formação existente que apenas contempla a integração e formação quando solicitada.

A formação contínua e em serviço dos enfermeiros é reconhecida oficialmente constando do decreto-lei 248/2009, de 22 de Setembro, salientando-se os artigos 9º, 10º e 20º (Anexo VIII), reforçando-se assim a necessidade de criar um plano de formação no nosso projeto de intervenção.

Entre as várias modalidades de formação a mais adequada seria a formação profissional de aperfeiçoamento (*team work*) que promoveria não só a melhoria das competências profissionais e o desempenho das funções mas também as suas atitudes e comportamentos (Nascimento, 2015).

Esta intervenção seria uma mais valia para aumentar a flexibilidade e, conseqüentemente a ambidextria, bem como incrementar a coordenação relacional.

Atualmente os enfermeiros estão divididos por especialidades mas apenas como responsáveis na organização do material e na verificação dos prazos de validade dos consumíveis específicos de cada especialidade. A nossa proposta era, para além desta responsabilidade, ficarem igualmente responsáveis pela formação interna. O facto de os enfermeiros ficarem responsáveis pela formação interna irá permitir um maior investimento na respetiva especialidade, mantendo como base geral o bloco operatório, ultrapassando assim o fator incerteza e as limitações da CR, na medida em que se verificaria uma ajuda mútua e partilha de conhecimentos.

Para a concretização deste plano deveria ser efetuado um levantamento sobre as necessidades sentidas, em consonância com os objetivos da unidade, aumentando assim o envolvimento dos profissionais em todo o processo (Figura 9).

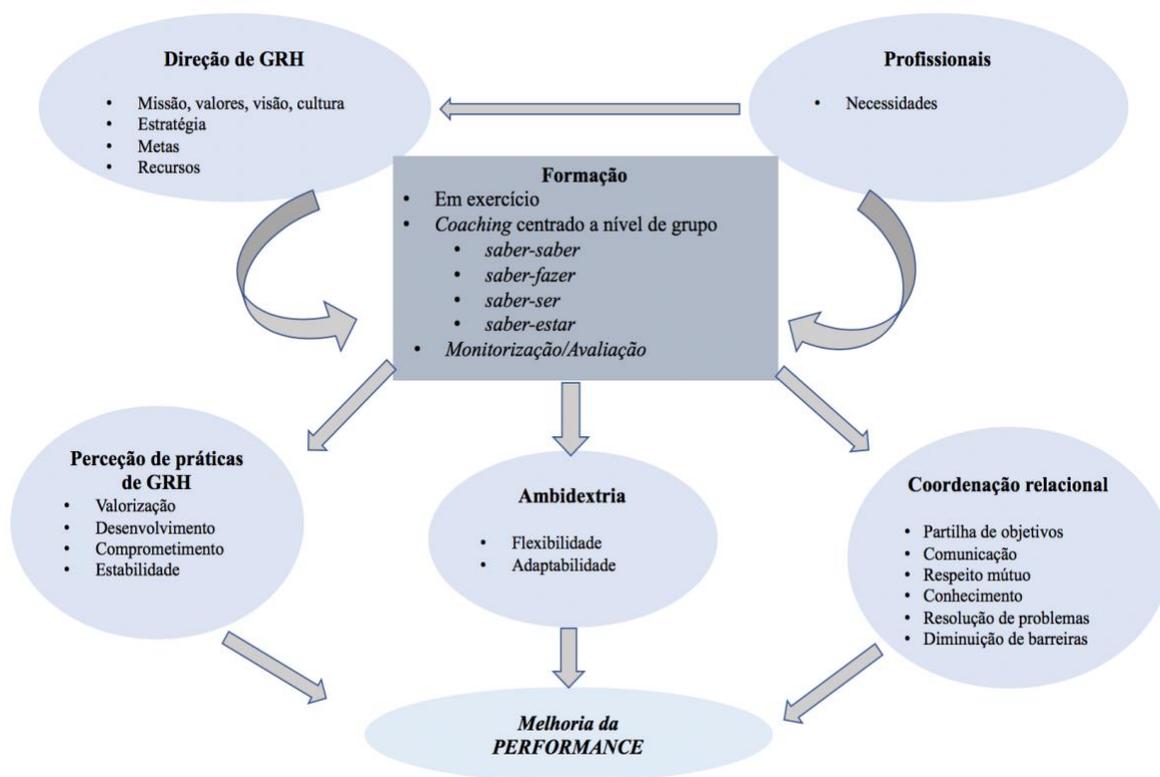


Figura 9 - Formação e melhoria da performance

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

Sendo o plano de formação um instrumento de gestão essencial para o planeamento e organização das ações de formação, apresentamos um quadro (Quadro 1), adaptado de Nascimento (2015), com os elementos que consideramos necessários para este bloco operativo.

Quadro 1- Plano de Formação Geral

Designação das ações de formação	Área Temática	Objetivo(s) Geral(is)	Conteúdos programáticos	Grupo profissional	Número de ações e nº de formandos		Formadores (interno/externo)	Duração e horário	Data e local	Orçamento
SBV e DAE	Assistência na PCR	Referidos no quadro de SBV	Referidos no quadro de SBV	Enfermeiros	2	8/9	Certificado internacional de formador de SBV e DAE	8h	A definir	A calcular
SAV	Assistência na PCR e orientações terapêuticas	Referidos no quadro de SAV	Referidos no quadro de SAV	Enfermeiros	2	8/9	Certificado internacional de formador de SAV	16h	A definir	A calcular
Cirurgia Geral	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular
Cirurgia de Ortopedia	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular
Cirurgia Plástica	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular
Cirurgia de Oftalmologia	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular
Cirurgia de Otorrino	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular
Cirurgia Maxilo-facial	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular
Neurocirurgia	A definir consoante as necessidades	*Partilha de conhecimentos/objetivos *Resolução de problemas *Desenvolvimento de competências	A definir pelo formador	Enfermeiros	A definir pelo formador	A definir pelo formador	Enfermeiros responsáveis pela área	A definir	A definir	A calcular

O contexto de incerteza vivido no bloco operativo exige a capacidade de resposta em situações de risco de vida imediato e emergente (*Life saving*) no tempo certo e em segurança, evitando situações de caos. Assim a formação em suporte avançado de vida (SAV) é primordial e para tal é necessário ter de base o suporte básico de vida (SBV). Esta formação seria externa devido aos formadores terem de ser certificados internacionalmente como formadores de SBV e SAV. A título de exemplo apresentamos um plano de formação de SBV (Quadro 2) e um de SAV (Quadro3), adaptado do programa de formação de 2018 da Direção Regional de Saúde dos Açores.

Práticas de GRH e as Equipas de Alta Performance

Quadro 2 - Plano de Formação SBV e DAE

Ação						Suporte Básico de Vida (SBV) e DAE					
Fundamentação											
Os enfermeiros são os profissionais que estão mais próximo dos doentes como tal são fundamentais na deteção e na primeira intervenção atempada, importante para dar início e manter a coesão da cadeia de sobrevivência, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados e sistematizados.											
Objetivos											
*Treinar os formandos a salvar vítimas em Paragem Cardiorrespiratória através de Suporte Básico de Vida e com utilização de um Desfibrilhador Automático Externo. *Habilitar os formandos a reconhecerem de imediato uma PCR, a executar compressões torácicas de alta qualidade, a administrar ventilações eficazes e a usar precocemente e com segurança um Desfibrilhador Automático Externo (DAE), individualmente e em equipa. *Habilitar também os formandos a executar manobras de desobstrução da via aérea. Os conteúdos abordados incluem técnicas de reanimação de adultos, crianças e bebés.											
Destinatários											
Nº de formandos por ação				Grupos profissionais				Critério de seleção			
Internos: 6				Enfermeiros				Estratégias/objetivos da organização/necessidades dos profissionais			
Realização Física											
Ação nº		Data de início		Data do fim		Carga horária		Nº de dias		Horário	
1		A definir		A definir		8 h		1		A definir	
Formadores											
Internos ou externos								Crítérios de seleção			
								Certificado Internacional de Formador SBV			
Conteúdo programático											
<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentação e Organização do Curso de SBV-D. 2. A cadeia de sobrevivência. 3. Suporte Básico de Vida com DAE. Equipas de reanimação de alta performance. 4. SBV pediátrico e SBV em latentes. Desobstrução da via aérea. 5. Casos clínicos SBV-DAE. 6. Avaliação teórica final, avaliação prática em SBV –DAE adulto e SBV pediátrico. 7. Avaliação do curso e encerramento. 											
Metodologia											
Formação						Avaliação					
Método expositivo, centrado na transmissão oral dos conteúdos.						Avaliação formativa, realizada ao longo da ação e em todas as situações de aprendizagem (avaliação da atitude e da técnica).					
Método demonstrativo, centrado na explicação e demonstração de tarefas seguida da realização de exercícios práticos.						Para aprovação condição obrigatória a obtenção de nota positiva em todos os parâmetros de avaliação da técnica (suporte básico de vida).					
Recursos Físicos e Pedagógicos											
Manual de SBV; Máscara de reanimação Quadro branco; Computador; Projetor de vídeo; Tela de projeção; Software e multimédia de vídeo.						Grelhas de observação; Fichas de trabalho; Fichas informativas; Bibliografia de apoio; Manequins; Sala					

Práticas de GRH e as Equipas de Alta Performance

Quadro 3 - Plano de Formação de SAV

Ação					
Suporte Avançado de Vida (SAV)					
Fundamentação					
Os enfermeiros são os profissionais que estão mais próximo dos doentes como tal são fundamentais na deteção e na primeira intervenção atempada, importante para dar início e manter a coesão da cadeia de sobrevivência, devendo os procedimentos estar convenientemente treinados e sistematizados.					
Objetivos					
*Simular casos clínicos, que encorajam a participação dos formandos e treinem as técnicas base individualmente, em equipa e/ou como líderes de equipa. *Reconhecimento de situações peri-paragem, gestão da paragem cardíaca, identificação e tratamento da doença cardíaca isquémica e síndromes coronárias agudas. Reconhecimento de outras patologias potencialmente letais e a sua orientação terapêutica, algoritmos de SAV e dinâmicas de equipa.					
Destinatários					
Nº de formandos por ação		Grupos profissionais		Critério de seleção	
Internos: 6		Enfermeiros		Estratégias/objetivos da organização/necessidades dos profissionais	
Realização Física					
Ação nº	Data de início	Data do fim	Carga horária	Nº de dias	Horário
1	A definir	A definir	16h	2	A definir
Formadores					
Internos ou externos				Crítérios de seleção	
				Certificado Internacional de Formador SAV	
Conteúdo programático					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Introdução, resumo e organização do Curso SAV. 2. A ciência da ressuscitação. 3. Sistemas de tratamento e cuidado de doentes. 4. Via aérea/ paragem respiratória, estação prática e teste: RCP e DAE. 5. Síndrome coronário agudo, acidente vascular cerebral, paragem cardíaca. 6. Reanimação e cuidados pós-reanimação. 7. Avaliação teórica e prática. 8. Avaliação do curso e encerramento. 					
Metodologia					
Formação			Avaliação		
*Método expositivo, centrado na transmissão oral dos conteúdos. *Método demonstrativo, centrado na explicação e demonstração de tarefas seguida da realização de exercícios práticos. *Método ativo com recurso à técnica de resolução de problemas e casos clínicos. Os formandos serão divididos em grupos e evoluirão pelas bancas práticas em crescente de diferenciação clínica.			*Avaliação formativa, realizada ao longo da ação e em todas as situações de aprendizagem (avaliação da atitude e da técnica). *A aprovação está sujeita à frequência completa de todo o curso; obtenção de classificação superior a 84% na prova escrita e menção de "aprovado" na avaliação prática		
Recursos Físicos e Pedagógicos					
Manual de SAV; Máscara de reanimação Quadro branco; Computador; Projetor de vídeo; Tela de projeção; Software e multimédia de vídeo.			Grelhas de observação; Fichas de trabalho; Fichas informativas; Bibliografia de apoio; Manequins; Sala		

Futuramente, as necessidades, os planos e a sua calendarização deverão ser elaborados de forma mais rigorosa mas flexível e abrangente para um programa de formação o mais adequado possível, tendo em conta os orçamentos e encargos previstos garantindo a sua avaliação e o controle de custos.

A importância da calendarização é reforçada por Greif *et al.*(2015) que, por exemplo em relação às competências adquiridas em reanimação cardiorrespiratória, consideram que, após três a seis meses do último momento formativo, começam a degradar-se, defendendo que os profissionais devem realizar um treino frequente, no sentido de manter as suas competências e a sua *performance*.

O sucesso da formação passa pela avaliação do seu impacto e dos seus resultados. Assim, para além de avaliar o momento da formação, é necessário uma avaliação do desempenho/*performance* pós formação (aproximadamente seis meses) ou seja a aprendizagem efetiva e os seus resultados.

A formação irá potenciar a coordenação relacional da equipa bem como a resolução de problemas que, mediante os resultados obtidos no estudo, revelaram necessidade de intervenção. Especificamente quanto à resolução de problemas, é importante fomentar uma cultura de não culpabilização, mas sim de responsabilização dando ênfase ao sistema e não ao indivíduo (Fragata & Martins 2004). A comunicação é uma aptidão desenvolvida por ações de formação bem como da cultura organizacional (Seabra, 2006).

Os dados que obtivemos do estudo da coordenação relacional refletem a necessidade de uma intervenção neste campo. Como ferramenta de mudança Gitell (2016:197) apresenta um modelo de intervenção no campo estrutural, relacional e nos processos de trabalho dos quais resultará uma melhor *performance*, tal como podemos visualizar na figura 10.

Seguindo as orientações deste modelo e tendo em conta os nossos resultados as intervenções propostas são:

- A criação de um espaço de reuniões de equipa onde se poderiam realizar *briefings* pré-operatórios, de forma a partilhar objetivos e conhecimentos e resolver problemas, de modo a estabelecer relações baseadas nas funções;
- Estabelecer um sistema de informação vertical nos dois sentidos;
- No âmbito da formação adotar o processo de *coaching/team work*.

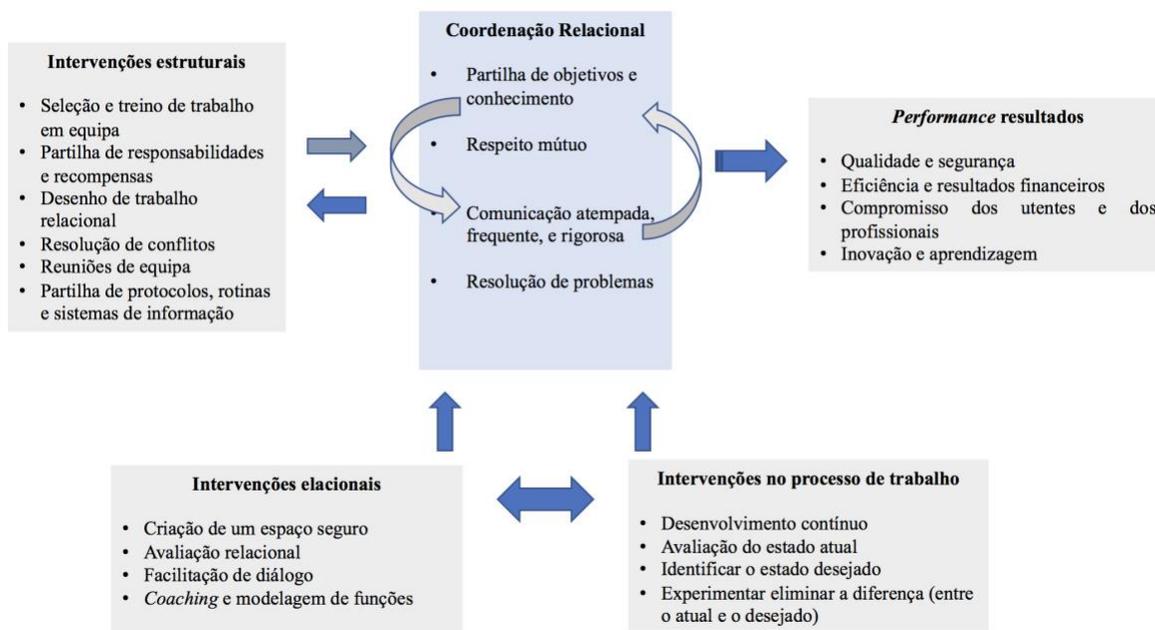


Figura 10 - Modelo de Mudança Organizacional

Adaptado de Gitell 2016:197

Através do *briefings* pré-operatórios, a equipa partilha o plano de ação, a informação disponível ajustando-se à condição do trabalho (Fragata, 2006).

Dada a importância do sistema de avaliação de desempenho na eficiência e eficácia dos profissionais e no aumento das relações organizacionais, esta deveria ser outra das práticas a abordar. Atualmente a avaliação é efetuada anual e individualmente. Mediante a importância dos profissionais compreenderem os princípios e as ferramentas utilizadas no processo de avaliação, poder-se-ia junto dos mesmos efetuar uma avaliação sobre o sistema de avaliação em vigor bem como verificar se está alinhado com o controlo de gestão e a estratégia organizacional. O aperfeiçoamento destas ferramentas deverá ser periódico de forma a contemplar as alterações que possam ocorrer e fazer com que os profissionais desejem ser avaliados. A avaliação deve ser realizada de forma objetiva, ética e sem enviesamentos (Nascimento, 2015). Uma avaliação justa, imparcial e rigorosa é um catalisador para a melhoria do desempenho e da performance.

Relativamente à questão do pagamento de incentivos e aumento salarial em função dos resultados, esta questão caberá apenas à administração do hospital. Contudo poderá ser proposto um maior

envolvimento dos profissionais face aos resultados obtidos para uma maior consciencialização da situação financeira da organização e potenciar os seus comportamentos para um maior desempenho, contribuindo assim para melhores resultados financeiros. Uma reflexão a propor poderia ser atribuir um bónus aos enfermeiros do bloco por cirurgia realizada. Em retribuições não financeiras e reconhecimento do desempenho podemos ainda considerar por exemplo o aumento de dias de férias e subsídios de transporte ou subsídios de creche.

Estas intervenções terão de ser interdependentes e interrelacionadas, progressivas e dinâmicas, tendo sempre em atenção a necessidade de: avaliação da situação, planeamento das intervenções, execução, monitorização, renovação e novas avaliações (figura 11)

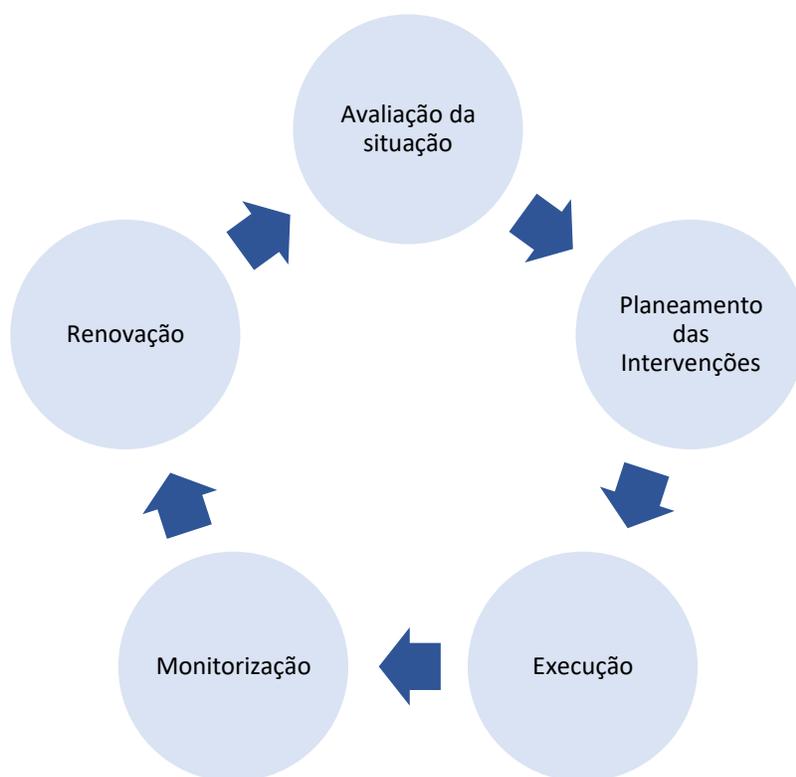


Figura 11- Fases para as propostas de intervenção

Gostaríamos ainda de sugerir a candidatura da organização à Acreditação pois permitiria a melhoria do desempenho, o prestígio e reconhecimento das competências a nível nacional e a perceção dos caminhos de mudança e de oportunidades.

Conclusões

Face à importância atual do setor privado na saúde e nos desafios que estas instituições têm de enfrentar num contexto de crescente competitividade, tais como, o alto custo da tecnologia, o aumento da exigência de qualidade e a limitação de recursos, revela-se de grande importância a gestão de recursos humanos. A premência que os serviços de saúde enfrentam, nomeadamente o bloco operatório, leva a que seja secundarizado o diagnóstico dos problemas reais e a definição das estratégias para os superar. O verdadeiro desafio é lançado no aumento da *performance* dos serviços prestados. É no desempenho dos profissionais que reside a chave da *performance*, a qualidade, a segurança, a eficiência, a inovação e a aprendizagem.

Mediante a revisão da literatura em que é salientado que a *performance* está relacionada com a coordenação relacional (Gittell, 2016), as práticas de GRH (Arthur, 1994; Huselid, 1995; Pfeffer, 1995; Delery & Doty, 1996; Guest, 2002; Boselie *et al.*, 2005; Gellatly, *et al.*, 2009; Crook, *et al.*, 2011; Boxall *et al.*, 2011; Guest, 2011; Neves, 2015) e a perceção destas pelos profissionais (Guest, 2002; Birkinshaw & Gibson, 2004; Burma, 2014; Nunes & Reto, 2015), este estudo procurou relacionar as práticas de alto envolvimento de GRH com a *performance* e com a coordenação relacional na equipa de enfermagem do bloco operatório, através da avaliação da perceção dos enfermeiros.

O diagnóstico atual da equipa refletiu que as práticas de GRH relacionam-se positivamente tanto com a *performance* como com a coordenação relacional. De forma a potenciar a *performance* desta equipa, propomos uma intervenção visando alguns aspetos na melhoria dos contextos estruturais e relacionais da qual resultará um maior comprometimento dos profissionais, maior segurança, maior qualidade e igualmente mais inovação e aprendizagem.

As estratégias propostas visam melhorar a perspectiva dos enfermeiros face à gestão de recursos humanos, aumentar a coordenação relacional e o desempenho através da ambidextria.

Para o efeito foi apresentado um plano de formação destacando-se a formação em serviço, um modelo de intervenção no campo da coordenação relacional, a reavaliação do sistema de avaliação de desempenho e algumas sugestões quanto ao pagamento de incentivos.

Considerando algumas das limitações neste estudo, salientamos o facto de a população ser de 17

elementos pois é uma equipa de enfermagem de um hospital privado de pequenas dimensões. Assim sendo, em termos de análise estatística, apenas podemos fazer uma análise descritiva não podendo generalizar as nossas conclusões de forma a ser extrapolativa para outras populações.

Outras limitações detetadas foram no estudo da coordenação relacional. O facto da análise coordenação relacional ter sido unidirecional, sem a participação dos outros grupos profissionais envolvidos no processo de trabalho, e a não validação em português do questionário três adaptado de Gittell, *et al.* (2008).

Como futuras sugestões torna-se pertinente um estudo com a inclusão de indicadores de *performance* da organização para além da visão apresentada, como por exemplo custo/benefício, complexidade/resultados, mortalidade, mobilidade, taxa de complicações, qualidade de vida, sobrevida, parâmetros de “processo” e grau de satisfação do doente (Fragata, 2006)

Em relação à coordenação relacional integrar todos os grupos profissionais da equipa do bloco operatório (médicos, anesthesiologistas e técnicos).

O trabalho revelou que as práticas de gestão de recursos humanos influenciam positivamente a *performance* desta equipa de enfermagem sendo assim importante refletir sobre a sua estratégia.

O projeto de intervenção delineado apresenta uma adequabilidade à organização em estudo.

Referências Bibliográficas

- Aguinis, H., Gottfredson, R. K., & Joo, H. 2013. Avoiding a “me” versus “we” dilemma: Using performance management to turn teams into a source of competitive advantage. *Business Horizons*, 56: 503-512.
- Alcázar, F., Fernández, P. & Gardey, G. 2005. Researching on SHRM: an analysis of the debate over the role played by human resources in firm success. *Management Revue* 16:213- 241.
- Almutawa, Z., Muenjohn, N., Zhang, J. 2015. Unlocking the black box of the conceptual relationship between HRM system and organizational performance. *The Journal of Developing Areas* 49(6):413-420.
- Arthur, J.B. 1994. Effects of Human Resource systems on manufacturing performance and turnover. *Academy of Management Journal*, 37 (3):670-687.
- Bandali, K., Zhu, L., & Gamble, A. W. 2011. Canada’s health human resource challenges: What is the fate of our healthcare heroes? *Elsevier Inc. on behalf of Canadian College of Health Leaders*, 24:179-183.
- Barros, P.P 2013. *Economia da Saúde: Conceitos e Comportamentos*. Edições Almedina, Coimbra.
- Bilbao, M., & Fragata, I. 2006. “Gestão do Bloco Operatório”. In Fragata, J. (Ed.), *Risco Clínico: Complexidade e Performance*. Edições Almedina, SA, Coimbra Cap. 11: 277-296.
- Birkinshaw, J., & Gibson C.B. 2004. Building Ambidexterity Into an Organization. *MIT Sloan Management Review*, 45 (4): 47-55.
- Boselie, P., Paawe, J., & Richardson, R. 2003. Human resource management, institutionalization and organizational performance: a comparison of hospitals, hotels and local government. *Int. J. of Human Resource Management*, 14(8):1407-1429.
- Boselie, P., Dietz, G., & Boon, C. 2005. Commonalities and contradictions in HRM and performance research. *Human Resource Management Journal*, 15(3):67-94.
- Boxall, P., Ang, S. H., & Bartram, T. 2011. Analysing the ‘Black Box’ of HRM: Uncovering HR Goals, Mediators, and Outcomes in a Standardized Service Environment. *Journal of Management Studies*, 48:1504-1532.
- Buller, P.F., McEevoy, G.M. 2012, Strategy human resource management and performance: Sharpening line of sight. *Human Resource Management Review*, 22:43-56.
- Burma, Z. A. 2014. Human Resource Management and Its Importance for Today’s Organizations, International. *Journal of Education and Social Science* 1(2):85-94.
- Cogin, J. A., Ng, J. L., & Lee, I. 2016. Controlling healthcare professionals: how human resource management influences job attitudes and operational efficiency. *Human Resources for Health* 14:55.
- Crook, T., Todd, S. Y., Combs, J.G., Woehr, D. J., & Ketchen, D. J. 2011. Does Human Capital Matter? A Meta-Analysis of the Relationship Between Human Capital and Firm Performance. *Journal of Applied Psychology*, 96 (3): 443–456.

Curto, José Dias. 2017. *Potenciar os Negócios? Estatística dá uma ajuda!* Guide – Artes Gráficas, Lda., 2ª Edição

Decreto-Lei 248/2009, 22 de Setembro

Delery, J.E., Doty, D.H. 1996. Modes of Theorizing in Strategic Human Resource management; Tests of Universalistic, Contingency, and Configurational Performance Predictions. *Academy of Management Journal*, 39(4):802-835.

Driskell, T., Salas, E., & Driskell, J.E. 2017. Teams in extreme environments: Alterations in team development and teamwork. *Human Resource Management Review*, 28(4):434-449.

Elarabi, H. & Johari, F. 2014, The Impact of Human Resources Management on Healthcare Quality. *Asian Journal of Management Sciences & Education*, 3 (3): 13-22.

Fragata, J., Martins, L. 2014. *O Erro em Medicina: Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Edições Almedina, Coimbra.

Fortin, M. F. 1999. *O Processo de Investigação da concepção à realização*. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda., Lisboa.

Fragata, J. 2006. *Risco Clínico: Complexidade e Performance*. Edições Almedina, SA, Coimbra.

França, M. 2006, “A Acreditação em Saúde”. In Fragata, J. (Ed.), *Risco Clínico: Complexidade e Performance*. Edições Almedina, SA, Coimbra Cap. 14: 331-343.

Gellatly, I. R., Hunter, K.H., Currie, L. G., & Irving, G. 2009. HRM practices and organizational commitment profiles. *The International Journal of Human Resource Management*, 20(4): 869-884.

Gibson, C.B., & Birkinshaw, J. 2004. The antecedents, consequences and mediating role of organizational ambidexterity. *Academy of Management Journal*, 47(2): 209-226.

Gittell, J. H. 2002. Coordinating Mechanisms in Care Provider Groups: Relational Coordination as a Mediator and Input Uncertainty as a Moderator of Performance Effects. *Management Science*, 48 (11): 1408-1426

Gittell, J. H., Weinberg, D. B., Bennett, A. L., & Miller, J. A. 2008. Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work. *Human Resource Management*, 47: 729-755.

Gittell, J. H. 2009. *High Performance Healthcare. Using the Power of Relationships to Achieve Quality, Efficiency and Resilience*, McGraw Hill Professional.

Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. 2010. A Relational Model of How High-Performance Work Systems Work. *Organization Science*, 21 (2): 490-506

Gittell, J. H. 2011. *Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis*. Relational Coordination Research Collaborative. *Information Systems Research*: 1-92

Gittell, J. H. 2016. *Transforming Relationships for High Performance. The Power of Relational Coordination*. Palo Alto, CA: Stanford Business Books, California.

Greenfield, D., Kellner, A., Townsend, K., Wikinson, A., & Lawrence, S. A. 2014. Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: lessons from an Australian study. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (4): 372-377.

Greif, R., Lockey, A., Conaghan, P., Lippert, A., De Vries, W., & Monsieurs, K. (2015). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. *Resuscitation*, 95: 288-301

Guest, D. 1997. Human resource management and performance: a review and research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, 8(3): 263-276.

Guest, D. 2002. Human Resource Management, Corporate Performance and Employee Wellbeing: Building the Worker into HRM. *The Journal of Industrial Relations*, 44(3): 335-358.

Guest, D. 2011. Human resource management and performance: a review and research agenda. *The International Journal of Human Resource Management*, Published on line, 18: 263-276.

Guglielmi, C., Feldman, D. L., Marco, A. P., Graling, P., Hoppes, M., Asplin, L. L., & Groah, L. (2011). Defining Competency In High-Performance Teams. *AORN Journal*, 93(5):528-538.

Harris, C., Corturiend, P., & Hyde, P. 2007. Human resource management and performance in healthcare organizations. *Journal of Health Organization and Management*, 21(4/5): 448-459.

Hackman, R. 1998. Why Teams Don't Work. *Executive Forum. Leader to Leader*, 24-31.

Hornby, P., & Forte, P. 1997. Human Resource Indicators and Health Service Performance. *Centre for Health Planning and Management, Keele University*, pp.1-20.

Huselid, M. A. 1995. The Impact of Human Resource Management Practices on Turnover, Productivity, and Corporate Financial Performance. *The Academy of Management Journal*, 38 (3): 635-672.

Huselid, M. A., & Becker, B.E. 1997. The impact of high performance work systems, implementation effectiveness and alignment with strategy on shareholder wealth. *Academy of Management Annual Meetings, Human Resource Management Division*, 3: 1-20.

INE, I.P. 2018(a). Portugal – *Dia Mundial da Saúde, 7 de abril*, Os hospitais do sector público continuam a assegurar a maior parte dos cuidados de saúde, mas o setor privado tem evidenciado um forte crescimento - 06 de abril de 2018. Acedido 11 de setembro em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=313635671&DESTAQUESmodo=2

INE, I.P. 2018(b). Portugal – *Conta satélite da saúde, 26 Junho 2018*, A despesa corrente em saúde aumentou 3,0% - 2017. Acedido 11 de setembro em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=314608243&DESTAQUESmodo=2

Jaskiene, J. 2015. HRM practices enhancing research performance. *Procedia, -Social and Behavioral Sciences*, 213: 775-780.

Karami, A., Farokhzadian, J., & Foroughameri, G. 2017. Nurses professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLOS ONE*, 12(11): 1-15.

Lengnick-Hall, C. A., & Lengnick-Hall, Andrade, L., Drake, B., 2009. Strategic human resource

- management: The evolution of the field. *Human Resource Management* 19(2):64–85.
- Martinez, L.F. 2015. Breve Introdução à gestão de recursos Humanos. In Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F., Duarte, H. (Eds.), *GRH para Gestores*. Editora RH, Lda., Lisboa, 1ª ed. Cap. 1:31-36.
- Meyer, C. 1994. How the Right Measures Help Teams Excel. *Harvard Business Review*, May-June: 95-103.
- Nascimento, G., Pereira, A. Nunes, F. 2015. A gestão e avaliação de desempenho. In Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F., Duarte, H. (Eds.), *GRH para Gestores*. Editora RH, Lda., Lisboa, 1ª ed. Cap. 9:247-305.
- Nunes, F. 1994. As organizações de serviços de saúde: alguns elementos distintivos. *Revista Portuguesa de Gestão*, 3-4(2): 5-27.
- Nunes, F., Reto, L. 2015. Gestão estratégica de recursos humanos: um repto para uma abordagem baseada na evidência. In Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F., Duarte, H. (Eds.), *GRH para Gestores*. Editora RH, Lda., Lisboa, 1ª ed. Cap. 3:69-96.
- O'Neill, T. A. & Salas, E. 2017. Creating high performance team work in organizations. *Human Resource Management Review*, 28(4): 325-331.
- Paauwe, J., Boselie, P. 2005. HRM and performance: what next? *The Human Resource Management Journal*, 15 (4): 68-83.
- Patterson, M., Rick, J., Wood, S., Carroll, C., Balain, S., & Booth, A. 2010. Systematic review of the links between human resource management practices and performance. *Health Technology Assessment*, 14 (51): 1-369.
- Petros, P. 2014. The effect of human resource practices on employee performance in hospitals: A systematic review. *Nova Science Publishers, Inc. J Altern Med Res.*,6 (1): 19-26.
- Pfeffer, J. 1995. Producing sustainable competitive advantage through the effective management of people. *Academy Management Executive*, 9 (1): 55-72.
- Pfeffer, J. 2005. Changing mental models: HR's Most Important Task. *Human Resource Management*, 44 (2): 123-128.
- Pfeffer, J. 2010. Building Sustainable Organizations: The Human Factor. *Academy of Management Perspectives*, February: 34-45.
- Pires, M. L., & Nunes, F. 2015. HRM practices and organizations internal context role in performance. *European Journal of Applied Business Management*, 1 (1): 183-200.
- Programa de Formação 2018. Direção Regional de Saúde de Angra do Heroísmo. Acedido a 13 de Outubro 2018 em <https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/826F82FF-23BD-4B17-BF01-7302CAD0B281/1098817/ProgramaFormaoDRS2018.pdf>
- Reto, L. 2014. Posfácio: O caso e a necessidade, 9-11. In Fragata, J., Martins, L. (Eds.), *O Erro em Medicina: Perspectivas do individuo*, da organização e da sociedade. Edições Almedina, Coimbra.
- Savaneviciene, A., & Stankeviciute, Z. 2010. The Models Exploring the "Black Box" between HRM and Organizational...Performance. *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics*, 21(4): 426-434.

Seabra, S. 2006, “O Exemplo da Aeronáutica”. In Fragata, J. (Ed.), *Risco Clínico: Complexidade e Performance*. Edições Almedina, SA, Coimbra Cap. 8: 217-242.

Siddique, C.M. 2004. Job analysis: a strategic human resource management practice. *The International Journal of Human Resource Management*, 15(1): 219-244.

Smith, N., Mitton, C., Hall, W., Bryan, S., Donaldson, C., Peacock, S., Gibson, J. L., & Urquhart, B. 2016. High performance in healthcare priority setting and resource allocation: A literature- and case study-based framework in the Canadian context. *Social Science & Medicine*, 162: 185-192

Sun, L. 2007. High-Performance human resource practices, CITIZENSHIP behavior, and organizational performance a relational perspective. *Academy of Management Journal*, 50 (3): 558–577.

Uduma, O., Galligan, M., Mollel, H., Masanja, H., Bradley, S., & McAuliffe, E. 2017. The impact of a human resource management intervention on the capacity of supervisors to support and supervise their staff at health facility level. *Human Resources for Health*, pp.1-16.

Ulrich, B., & Crider, N. M. 2017. Using Teams to Improve Outcomes and Performance. *Nephrology Nursing Journal*, March-April, 4 (2): 141-153.

Wiig, S., Aase, K., Plessen, C. V., Burnett, S., Nunes, F., Weggelaar, A. M., Anderson-Gare, B., Calltorp, J., & Fulop, N. 2014. Talking about quality: exploring how “quality” is conceptualized in European hospitals and healthcare systems. *BMC Health Services Research*, 14:1-12.

Yin, R. K. 2001. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. Tradução: Daniel Grassi. ed. Porto Alegre: Bookman, 2ª ed.

*Because what we do comes from what and how we think,
intervening to uncover and affect mental models may be the
most important and high-leverage activity HR can perform.*

(Pfeffer, 2005, p.128)

ANEXOS

Índice de Anexos

ANEXO I: GUIÃO DE ENTREVISTA	49
ANEXO II: CARTA DE APRESENTAÇÃO DE QUESTIONÁRIOS.....	51
ANEXO III: QUESTIONÁRIO 1 - AS PRÁTICAS DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	52
ANEXO IV: QUESTIONÁRIO 2 - AMBIDEXTRIA.....	53
ANEXO V: QUESTIONÁRIO 3 – COORDENAÇÃO RELACIONAL.....	55
ANEXO VII: SPSS	56
ANEXO VII: DECRETO-LEI N.º 248/2009 DE 22 DE SETEMBRO.....	66

Anexo I: Guião de entrevista

O presente guião de entrevista tem como objeto a identificação das práticas de Gestão de Recursos Humanos no hospital em estudo, em particular as específicas para o Bloco Operatório.

Planeamento da Gestão de Recursos Humanos

Modelo de Recrutamento	Descrição de funções
	Competências.
Recrutamento	Direto
	Indireto
	Fontes
Seleção	Curriculum vitae
	Entrevistas
	Testes
Formação	São oferecidos programas de formação inicial?
	Como se detetam as necessidades?
	Existem programas de formação para aumentar as competências ao longo do ano?
Mobilidade interna	Há oportunidade de transferências internas?
	Promoções
Segurança de emprego	É garantida a segurança de emprego?
Descrição de funções	As funções são claramente definidas?
Avaliação de desempenho	Como é feita essa avaliação?
	O desempenho é avaliado em resultados objetivos e quantificáveis?
	É dado relevo ao trabalho em equipa?
Gestão de carreiras O plano de carreira é baseado:	No desempenho?
	Na antiguidade?
Remuneração	Remuneração fixa Subsídio de Férias e de Natal? Compensação por isenção de horário de trabalho? Subsídio de exclusividade?
	Remuneração variável Prémio de produtividade? Prémio por objetivos? Prémio de qualidade? Distribuição de lucros?
	Benefícios Plano de pensões? Seguros?

Conclusão: Existe alguma informação que considere relevante acrescentar?

Agradecer a disponibilidade e o tempo dispensado.

As respostas e a informação fornecida destinam-se exclusivamente à elaboração do Projeto de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde.

Data de realização da entrevista: __/__/__

Nome do(s) entrevistado(s): Responsável pelos Recursos Humanos

Local de realização:

Enquadramento da entrevista - Apresentação do entrevistador, breve contextualização do projeto, objetivos da entrevista, permissão para tomar notas.

Anexo II: Carta de apresentação de questionários

Este questionário insere-se num estudo empírico – “As práticas de gestão de recursos humanos em Equipas de Alta *Performance* no bloco operatório”, no âmbito da tese de mestrado de Gestão em Serviços de Saúde que estou a realizar no ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa.

A sua resposta é fundamental para a concretização do mesmo.

Os dados recolhidos serão tratados confidencialmente e de forma anónima.

Muito obrigado pela sua colaboração

Indique:

Sexo:

Feminino	<input type="checkbox"/>
Masculino	<input type="checkbox"/>

Idade: 20-30 ; > 30-40 ; > 40-50 ; > 50-60 ; >60

Tempo de serviço neste hospital: _____

Tempo profissional: _____

Anexo III: Questionário 1 - As Práticas de Gestão de Recursos Humanos

Indique em que medida, nos últimos anos, esta instituição usou as seguintes práticas:

De maneira nenhuma			Em parte			Em larga medida
1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
Proporcionou-me um trabalho interessante, desafiador e que eu valorizo							
Proporcionou-me oportunidades de formação/desenvolvimento de uma forma continua							
Atribuiu-me cada vez mais responsabilidades e autonomia							
Deu-me a possibilidade de desenvolver competências que são uma mais-valia para a instituição.							
Proporcionou-me estabilidade no emprego							
Proporcionou-me estabilidade salarial							
Atribuiu-me um prémio ou um incentivo em função do meu desempenho							
Aumentou o meu salário em função dos lucros/resultados.							
Proporcionou-me a oportunidade de ter um rendimento elevado							

Nota: Fonte de Nunes & Reto, in GRH para Gestores (2015) pg. 74

Na sua opinião qual(quais) a(s) prática(s) de recursos humanos desta instituição mais motivadora(s) do seu desempenho?

Segurança no emprego/estabilidade	
Salário	
Promoções	
Incentivo/recompensas	
Avaliação do desempenho	
Mobilidade interna	
Formação	

Anexo IV: Questionário 2 - Ambidextria

Indique em que medida cada afirmação é adequada ou não para descrever a sua organização/unidade.

Extremamente inadequado	Moderadamente inadequado	Ligeiramente inadequado	Nem adequado/ inadequado	Ligeiramente adequado	Moderadamente adequado	Extremamente adequado
1	2	3	4	5	6	7

Os gestores da minha organização/unidade ...	1	2	3	4	5	6	7
estabelecem objetivos desafiantes							
lançam desafios aos seus subordinados, em vez de lhes definirem tarefas restritas							
fazem questão de “puxar” pelos seus subordinados							
gerem com base em medidas de desempenho baseadas na consecução de objetivos							
fazem com que cada um seja responsável pelo seu próprio desempenho.							
estimulam e recompensam o esforço através de recompensas variáveis							
usam a avaliação para melhorar o desempenho dos colaboradores							
esforçam-se consideravelmente no sentido de desenvolver os seus subordinados							
dão a todos autoridade suficiente para fazerem bem o seu trabalho							
fazem com que as decisões sejam tomadas ao nível mais baixo possível, desde que apropriado							
dão acesso fácil a todas as informações de que as pessoas necessitam							
esforçam-se consideravelmente no sentido de desenvolver as competências necessárias à concretização da estratégia/visão							
baseiam as decisões que tomam em factos e em análise, não em jogos de interesses							
tratam os erros que ocorrem no âmbito de um esforço intenso como uma oportunidade de aprendizagem, sem culparem quem os comete							
estão dispostos e são competentes para assumir riscos moderados							
estabelecem objetivos realistas							

Continuação do questionário 2 - Ambidextria

Pensando na sua organização em que medida concorda ou discorda com as seguintes afirmações. Coloque o número que corresponde à sua resposta na coluna da direita.

Discordo Totalmente			Nem concordo nem discordo			Concordo Totalmente
1	2	3	4	5	6	7

Nesta organização ...	1	2	3	4	5	6	7
Os sistemas de gestão são coerentes entre si e suportam os objetivos globais da organização							
Os sistemas de gestão levam-nos a desperdiçar recursos em atividades não produtivas							
As pessoas acabam por trabalhar para objetivos múltiplos porque os sistemas de gestão lhes dão objetivos contraditórios							
Os sistemas de gestão encorajam as pessoas a desafiar as tradições/práticas enraizadas/"vacas sagradas"							
Os sistemas de gestão são suficientemente flexíveis para nos permitir responder rapidamente às mudanças na envolvente							
Os sistemas de gestão evoluem rapidamente como resposta a mudanças nas prioridades do negócio							
Esta organização está a atingir em pleno o seu potencial							
As pessoas com funções semelhantes às minhas estão satisfeitas com o desempenho da organização							
Esta organização satisfaz plenamente os seus clientes							
Esta organização dá-me a oportunidade e o estímulo para eu fazer o melhor trabalho de que sou capaz							

Nota: Adaptado de Birkinshaw & Gibson (2004)

Anexo V: Questionário 3 – Coordenação Relacional

Pensando na forma como se relaciona com outros profissionais que intervêm diretamente na prestação dos cuidados aos doentes, responda indicando a frequência em que cada uma das seguintes questões se aplica nas duas relações indicadas

Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

Com que frequência os profissionais das seguintes funções comunicam consigo sobre o doente e a cirurgia?	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					
Quão oportuna é a comunicação desses profissionais consigo sobre o doente e a cirurgia?	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					
Quão precisa é a comunicação desses profissionais consigo sobre o doente e a cirurgia?	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					
Quando há um problema na cirurgia/doente estes profissionais não culpam os outros e tentam resolver o problema?	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					
Estes profissionais compartilham consigo os objetivos/metast da cirurgia/doente a realizar	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					
Estes profissionais conhecem o seu trabalho, cirurgia/doente a realizar?	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					
Estes profissionais respeitam o seu trabalho cirurgia/doente a realizar?	1	2	3	4	5
Enfermeiros					
Médicos					
Técnicos					

Nota: Adaptado de Gittell, Weinberg, Bennett e Miller (2008), in "Is the doctor in? A relational approach to job design and the coordination of work", Human Resource Management, Winter2008, Vol.47, No.4, Pp.753-755

Anexo VII: SPSS

Frequências

Estatísticas

Idade

N	Válido	17
	Ausente	0

Idade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	20-30_anos	8	47,1	47,1	47,1
	31-40_anos	8	47,1	47,1	94,1
	>50_anos	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Descritivos

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
T serviço meses	17	9,0	360,0	80,17	85,98
T profissional	17	1,5	31,0	8,23	7,21
N válido (de lista)	17				

Confiabilidade

Escala: PAE

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,904	9

Escala: Contexto de gestão do desempenho

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,949	7

Escala: Contexto de suporte social

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,915	9

Escala: Alinhamento

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,695	3

Escala: Flexibilidade

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,803	3

Escala: Ambidextria contextual

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,695	2

Escala: Desempenho percebido

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,900	4

Escala: Coordenação Relacional Enf/Enf

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,885	7

Escala: Coordenação Relacional Enf/Méd

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	17	100,0
	Excluídos ^a	0	,0
	Total	17	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,892	7

Escala: Coordenação Relacional Enf/Téc

Resumo de processamento do caso

		N	%
Casos	Válido	15	88,2
	Excluídos ^a	2	11,8
	Total	15	100,0

a. Exclusão de lista com base em todas as variáveis do procedimento.

Estatísticas de confiabilidade

Alfa de Cronbach	N de itens
,887	7

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

Frequências

Estatísticas

		Segurança/ estabilidade	Salário	Promoções	Incentivo/ Recompensas	Avaliação de desempenho	Mobilidade interna	Formação
N	Válido	17	17	17	17	17	17	17
	Ausente	0	0	0	0	0	0	0

Tabela de Frequência-Motivadoras

Segurança/estabilidade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	3	17,6	17,6	17,6
	Sim	14	82,4	82,4	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Salário

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	13	76,5	76,5	76,5
	Sim	4	23,5	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

Promoções

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	Não	16	94,1	94,1	94,1
	Sim	1	5,9	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Incentivo/Recompensas

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	não	17	100,0	100,0	100,0

Avaliação de desempenho

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	não	17	100,0	100,0	100,0

Mobilidade interna

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido	não	14	82,4	82,4	82,4
	Sim	3	17,6	17,6	100,0
	Total	17	100,0	100,0	

Práticas de GRH e as Equipas de Alta *Performance*

Formação

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulativa
Válido não	17	100,0	100,0	100,0

Descritivos _ Ambidextria

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
G. desempenho	17	1,00	5,14	2,91	1,22
S. Social	17	1,88	5,55	3,42	1,17
Alinhamento	17	2,66	5,00	3,76	,714
Flexibilidade	17	1,00	5,33	3,15	1,35
<i>Performance</i>	17	1,00	5,25	3,14	1,28
N válido (de lista)	17				

Descritivos/Coordenação Relacional

Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
CR_EE	17	3,28	5,00	4,18	,570
CR_EM	17	2,28	5,00	3,64	,830
CR_ET	16	,000	4,85	3,48	1,11
N válido (de lista)	16				

Correlação de Spearman

➔ Nonparametric Correlations

		Correlations						
		Performance	Coordenação Relacional EE	Coordenação Relacional EM	Coordenação Relacional ET	PAE	Ambidextria Context	
Spearman's rho	Performance	Correlation Coefficient	1,000	,325	,368	,629*	,863**	,698**
		Sig. (2-tailed)	.	,204	,146	,012	,000	,002
		N	17	17	17	15	17	17
Coordenação Relacional EE	Coordenação Relacional EE	Correlation Coefficient	,325	1,000	,618**	,417	,308	,405
		Sig. (2-tailed)	,204	.	,008	,122	,229	,107
		N	17	17	17	15	17	17
Coordenação Relacional EM	Coordenação Relacional EM	Correlation Coefficient	,368	,618**	1,000	,622*	,281	,460
		Sig. (2-tailed)	,146	,008	.	,013	,274	,063
		N	17	17	17	15	17	17
Coordenação Relacional ET	Coordenação Relacional ET	Correlation Coefficient	,629*	,417	,622*	1,000	,535*	,270
		Sig. (2-tailed)	,012	,122	,013	.	,040	,331
		N	15	15	15	15	15	15
PAE	PAE	Correlation Coefficient	,863**	,308	,281	,535*	1,000	,646**
		Sig. (2-tailed)	,000	,229	,274	,040	.	,005
		N	17	17	17	15	17	17
Ambidextria Context	Ambidextria Context	Correlation Coefficient	,698**	,405	,460	,270	,646**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,002	,107	,063	,331	,005	.
		N	17	17	17	15	17	17

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
 **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Anexo VII: Decreto-lei n.º 248/2009 de 22 de Setembro

A Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, instituiu uma nova política de recursos humanos para a saúde com vista a satisfazer, à luz da conjuntura, as necessidades da população, com garantia da formação dos profissionais e da segurança dos cuidados prestados, procurando uma adequada cobertura em todo o território nacional.

No seguimento do disposto na base xii da referida lei de bases, foi aprovado um novo Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, o qual constituiu uma revisão do estatuto inicial de 1979, no sentido de criar unidades integradas de cuidados de saúde e flexibilizar a gestão dos recursos.

Com as alterações de gestão e organização, as quais prefiguraram uma aposta na qualidade e na criação de novas estruturas, a consagração legal da carreira de enfermagem, nos termos do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, ora revogado, desenvolveu e valorizou a prestação de enfermagem no SNS, como um todo coeso e coerente, com especificidades próprias e com um projeto sustentável.

Na presente legislatura, encetou-se a reforma da Administração Pública. Em conformidade, a Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, veio estabelecer novos regimes de vinculação, de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas, prevendo, em particular, a revisão dos regimes dos corpos ou carreiras especiais.

Neste contexto, a natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, não permite a sua absorção em carreira geral e impõe a criação de uma carreira especial.

Deste modo, nos termos do artigo 101.º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, dado o estabelecido no artigo 41.º da mesma lei, o presente decreto-lei revoga o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, e define o regime legal da carreira de enfermagem, enquanto carreira especial da Administração Pública.

A carreira especial de enfermagem, implementando um modelo de referência em todo o SNS, independentemente da natureza jurídica dos estabelecimentos e serviços, pretende refletir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos.

Efetivamente, no âmbito do conjunto de medidas para o desenvolvimento do ensino na área da saúde, aprovado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 140/98, de 4 de Dezembro, constituiu um marco relevante para a dignidade e valorização da profissão de enfermeiro, a reorganização, que tem vindo a ser feita na última década, da rede de escolas e do modelo de formação geral dos enfermeiros, através de licenciatura e pós-graduação.

Este processo, instituído pelo Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro, possibilitou ainda, aos que frequentavam o curso de bacharelato, bem como aos bacharéis em enfermagem, o acesso ao grau de licenciatura, mediante o preenchimento de determinadas condições.

O presente decreto-lei vem agora instituir uma carreira especial de enfermagem na Administração Pública, integrando as atuais cinco categorias em duas, remetendo para deveres funcionais comuns a todos os trabalhadores em funções públicas, bem como para o conteúdo funcional da prestação de cuidados de saúde.

Estabelecem-se duas categorias, enfermeiro e enfermeiro principal, as quais refletem uma diferenciação de conteúdos funcionais, ao mesmo tempo que se fixam as regras de transição para as novas categorias.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO III

Estrutura da carreira

Artigo 9.º

Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro

1 - O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respetivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica, nomeadamente, quanto a:

n) Desenvolver e colaborar na formação realizada na respetiva organização interna;

Artigo 10.º

Conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal

1 - Para além das funções inerentes à categoria de enfermeiro, o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro principal é sempre integrado na gestão do processo de prestação de cuidados de saúde, e indissociável da mesma, e compreende, nomeadamente:

l) Assumir a responsabilidade pelas atividades de formação e de desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros da organização em que exerce atividade;

2 - O desenvolvimento do conteúdo funcional previsto nas alíneas e) a r) do número anterior cabe, apenas, aos enfermeiros em cargos de chefia nomeados em comissão de serviço, para as estruturas intermédias das organizações do Serviço Nacional de Saúde, nos termos do artigo 18.º

Artigo 20.º

Formação profissional

1 - A formação dos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem assume carácter de continuidade e prossegue objetivos de atualização técnica e científica, ou de desenvolvimento de projetos de investigação.

2 - A formação prevista no número anterior deve ser planeada e programada, de modo a incluir informação interdisciplinar e desenvolver competências de organização e gestão de serviços.

3 - A frequência de cursos de formação complementar ou de atualização profissional, com vista ao aperfeiçoamento, diferenciação técnica ou projetos de investigação, pode ser autorizada mediante licença sem perda de remuneração por um período não superior a 15 dias úteis por ano, ou nos termos que venham a ser definidos em instrumento de regulamentação coletiva de trabalho.

4 - O membro do Governo responsável pela área da saúde pode atribuir a licença prevista no número anterior por um período superior a 15 dias úteis, desde que a proposta se encontre devidamente fundamentada e a formação se revista de interesse para os serviços.