

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

A Retenção dos Médicos no Serviço Nacional de Saúde
e o Papel dos Líderes Intermédios

Joaquim Daniel Lopes Ferro

Mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Associada, ISCTE, Instituto Universitário
de Lisboa

Agosto, 2024



Departamento de Economia Política

A Retenção dos Médicos no Serviço Nacional de Saúde
e o Papel dos Líderes Intermédios

Joaquim Daniel Lopes Ferro

Mestrado em Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento, Professora Associada, ISCTE, Instituto Universitário
de Lisboa

Agosto, 2024

Agradecimento

O presente estudo representa a concretização de um desejo, há muito adiado, de retomar o percurso académico que a intensa vida profissional nunca permitiu, em particular a investigação de temas relevantes sobre a gestão de pessoas, no atual contexto de dificuldade e complexidade dos serviços de saúde.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Generosa do Nascimento pelo incentivo à opção tomada e ao constante desafio para retomar esse percurso, em prol da gestão de pessoas baseada na evidência e criação de valor para o sistema de saúde. Agradeço ainda a excelente orientação e rigor metodológico imprimido ao presente estudo.

Um agradecimento aos Presidentes e Diretores Clínicos dos hospitais participantes, pela abertura e confiança demonstrada, relativamente ao estudo de um tema muito crítico e sensível nos hospitais.

Agradeço muito a ajuda e participação dos Diretores dos serviços clínicos participantes, sem a qual o presente estudo não teria sido possível, nem alcançaria o nível de informação obtido.

Agradeço particularmente aos médicos entrevistados pela espontaneidade, franqueza, objetividade e entusiasmo com que encararam a participação, que muito nos estimulou e sensibilizou na abordagem e aprofundamento do tema.

Aos colegas e amigos, muito especialmente à Professora Doutora Ana Escoval e ao Professor Doutor Luís Sousa, pelo incentivo e grande ajuda na revisão do trabalho.

À João, minha querida esposa, a quem muito agradeço, a grande ajuda na revisão do trabalho, no rigor e organização da informação. Agradeço, ainda, e mais uma vez, pelo incentivo, apoio e sacrifício que o mesmo implicou, durante mais outra fase da nossa vida, em que o tempo é curto para concretizar múltiplos sonhos e projetos de vida. Aos meus queridos filhos Pedro e Ricardo pela ajuda, incentivo e apoio moral, constantes e motivadores.

Por fim, aos meus pais a quem agradeço todo o apoio e ajuda, que me permitiram criar as bases de um percurso autónoma e arduamente desenhado.

Resumo

O SNS debate-se com dificuldades em garantir o serviço público de urgência e tempos de espera recomendados, devido, em grande parte, à escassez de médicos. A saída de médicos do SNS e o elevado *turnover*, ameaça a capacidade de resposta e a sustentabilidade em várias especialidades hospitalares. A percepção geral é estar associado a questões remuneratórias e à falta de equidade externa, relativamente ao setor social e privado da saúde.

O objetivo do estudo é a identificação das causas efetivas de *turnover* e analisar, considerando o papel dos líderes intermédios, as medidas necessárias para melhorar a retenção de médicos no SNS. O estudo exploratório e qualitativo, incluiu uma amostra de 28 médicos e 13 líderes intermédios, de 3 hospitais da região mais carenciada, abrangendo 8 especialidades médicas. Os dados foram codificados e estruturados, de acordo com a metodologia *Gioia*.

Os resultados obtidos, apesar da relevância das questões remuneratórias, identificaram a motivação intrínseca como causa principal e outras causas relevantes, como as condições de trabalho, a liderança e os valores/interesses.

O modelo concetual proposto, no âmbito do processo de recrutamento, socialização e desenvolvimento dos colaboradores, reforça os fatores individuais e contextuais, mas centra a intervenção no perfil, estilo e necessidades dos líderes intermédios. Todos os líderes intermédios (incluindo diretores, tutores, mentores e chefes de equipa) são envolvidos na melhoria das competências para motivar intrinsecamente os colaboradores, promover o compromisso afetivo e alcançar elevados níveis de satisfação, esperando-se, conseqüentemente, maior retenção de profissionais.

São apresentadas propostas e recomendações, para eventual implementação nos hospitais, com apoio do investigador.

Palavras-Chave: Rotatividade de Pessoal; Motivação; Satisfação no Emprego; Compromisso Organizacional; Médicos

Abstract

The SNS is stressed to guarantee the public emergency service and recommended waiting times due, to the shortage particularly of doctors. The departure of doctors from the NHS and the high turnover threatens the response capacity and sustainability in several specialties. The general perception is that it is associated with remuneration issues and a lack of external equity with the social and private health sector.

The objective of the study is to identify the effective causes of turnover and analyse, considering the role of intermediate leaders, the measures necessary to improve the retention of doctors in the NHS. The exploratory and qualitative study included a sample of 28 doctors and 13 middle leaders, from 3 hospitals in the most lacking region, covering 8 medical specialties.

The data was coded and structured according to the Gioia methodology. The results obtained, despite the relevance of remuneration issues, identified intrinsic motivation as the main cause and other relevant causes such as working conditions, leadership and values/interests.

The proposed conceptual model, within the scope of the employee recruitment, socialization and development process, reinforces individual and contextual factors, but focus the intervention on the leadership needs, profile and style. All intermediate leaders (including directors, tutors, mentors and team leaders) are involved in improving skills to intrinsically motivate employees, promote emotional commitment and achieve high levels of satisfaction, with the expectation, consequently, of greater retention of professionals.

Proposals and recommendations are presented for possible implementation in hospitals, with support from the investigator.

Key Words: Personnel Turnover; Motivation; Job Satisfaction; Organizational Commitment; Physicians

Índice

Resumo.....	vii
Abstract	ix
Índice.....	xi
Índice de Figuras	xiii
Índice de Tabelas.....	xv
Glossário de Siglas.....	xvii
Introdução	1
Capítulo 1 - Revisão de literatura	3
1.1 - Os recursos humanos da saúde e os profissionais médicos.....	3
1.1.1 - O SNS e a gestão dos profissionais médicos	4
1.2 - O turnover nos profissionais de saúde	6
1.2.1 - O turnover e a intenção de sair	6
1.2.2 - Causas do turnover nos profissionais médicos	7
1.3 - O compromisso organizacional.....	9
1.3.1 - O compromisso afetivo	10
1.3.2 - Compromisso organizacional e satisfação	10
1.4 - A motivação	11
1.4.1 - A motivação intrínseca.....	11
1.4.2 - A motivação extrínseca	12
1.5 - A liderança	14
1.5.1 - A liderança transformacional	14
1.5.2 - A liderança transformacional e o turnover	16
1.6 - Estratégias de retenção dos profissionais médicos.....	17
Capítulo 2 - Metodologia	19
2.1 - Método	19
2.2 - Amostra	20
2.3 - Técnicas de recolha de dados	21
2.4 - Técnicas de tratamento de dados	22
Capítulo 3 - Análise de resultados	26
3.1 - Resultados das entrevistas dos médicos	26

3.2 - Resultados das entrevistas com as líderes intermédios	33
3.3 - Resultados globais	38
3.4 - Conexões entre as dimensões	39
Capítulo 4 - Discussão dos resultados.....	43
Conclusões e recomendações	49
Referências bibliográficas	51
Anexo A - Processo administrativo de autorização do estudo	65
Anexo B – Ficha de informação ao participante em estudo de investigação e Consentimento Informado.....	75
Anexo C – Guião de entrevistas.....	83
Anexo D – Estrutura de dados.....	87

Índice de Figuras

Figura 1.1 Evolução do número de médicos especialistas hospitalares no SNS	5
Figura 1.2 Antecedentes da intenção de sair	7
Figura 3.1 Causas da cessação da relação de trabalho com o SNS	38
Figura 4.1 Modelo gestor orientado para a retenção de médicos no SNS – esquema concetual	46

Índice de Tabelas

Tabela 1.1 Evolução dos médicos especialistas no SNS	5
Tabela 1.2 Estudos de referência sobre as causas de turnover	9
Tabela 2.1 Médicos da RSLVT e dos hospitais participantes no estudo.....	20
Tabela 2.2 Caracterização da amostra	21
Tabela 3.1 Síntese global dos resultados das entrevistas dos médicos	26
Tabela 3.2 Causas cessação da relação laboral – Dimensão remuneração	27
Tabela 3.3 Causas cessação da relação laboral – Dimensão autonomia	28
Tabela 3.4 Causas cessação da relação laboral – Dimensão competência	29
Tabela 3.5 Causas cessação da relação laboral – Dimensão relacionamento	30
Tabela 3.6 Causas cessação da relação de trabalho – Dimensão liderança.....	31
Tabela 3.7 Causas cessação da relação laboral – Dimensão valores/interesses	32
Tabela 3.8 Causas cessação da relação laboral – Dimensão condições de trabalho	32
Tabela 3.9 Síntese global dos resultados das entrevistas das líderes intermédios	34
Tabela 3.10 Causas cessação da relação laboral – Dimensão liderança	35
Tabela 3.11 Causas cessação da relação laboral – Dimensão práticas de recursos humanos.....	36
Tabela 3.12 Causas cessação da relação laboral – Dimensão novos valores.....	37
Tabela 3.13 Causas cessação da relação laboral – Dimensão condições de trabalho	37
Tabela 3.14 Causas cessação da relação laboral – Dimensão necessidades psicológicas básicas.....	38
Tabela 3.15 Conexão entre as condições remuneratórias e as necessidades psicológicas básicas.....	40
Tabela 3.16 Médicos que não referiram condições remuneratórias – conexão das causas de cessação referidas	41
Tabela 3.17 Outras conexões entre dimensões	42

Glossário de Siglas

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CRI – Centro de Responsabilidade Integrado

E – Médico entrevistado

EM – Especialidade Médica

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

H1 – Hospital 1

H2 – Hospital 2

H3 – Hospital 3

L – Líder intermédio entrevistado

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

OECD – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento

PLANAPP – Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública

RSLVT – Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TCE – Termos e conceitos utilizados pelos entrevistados

Introdução

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) terá sido uma das maiores conquistas da sociedade portuguesa, desde a instauração do regime democrático. A expansão da rede hospitalar e a institucionalização do médico de família contribuíram, decisivamente, para a melhoria dos indicadores de saúde, garantindo-se a universalidade e a igualdade no acesso aos cuidados de saúde. Até aos anos 90, garantiu-se o acesso gratuito, tendo então sido introduzidas taxas moderadoras, que se mantêm, apesar da diminuição do valor nos últimos anos. Desde a crise financeira de 2008, em particular desde o início do programa de assistência financeira internacional em 2011, que o SNS vem evidenciando e acumulando sinais de dificuldade de resposta e de fragilidade, alguns agravados com os efeitos da pandemia COVID 19.

Ao nível dos cuidados primários de saúde, apesar de alguns modelos avançados de organização, a percentagem de utentes sem médicos de família, regista défices de cobertura muito elevados. De acordo com o Portal da Saúde, existem atualmente 1, 6 milhões de utentes sem médico de família.

Ao nível hospitalar, a acessibilidade aos cuidados programados (consultas, cirurgias e exames de diagnóstico e terapêutica) regista tempos de espera elevados em grande número de especialidades (ERS, 2024). Nos últimos 3 anos, a acessibilidade aos cuidados urgentes, sofreu limitações inéditas, com o encerramento total ou parcial de grande número de urgências de diferente tipologia, em diversas especialidades, de norte a sul do país, com maior ênfase na região de Lisboa. De acordo com o Portal da Saúde, no período de 20 a 26 de julho, 9 urgências por dia, com um pico no dia 21, de 15 urgências, estavam encerradas ou com constrangimentos. As causas do lado da procura, são justificadas com o crescimento das necessidades em saúde, motivado, nomeadamente, pelo envelhecimento da população e aumento das doenças crónicas. Do lado da oferta, são invocados a falta de profissionais, designadamente médicos e problemas de organização e gestão. A falta de médicos, dever-se-á ao défice de planeamento e à forte atratividade do setor privado, que registou nos últimos 15 anos um forte crescimento, absorvendo grande parte dos médicos do SNS, essencialmente, os mais qualificados e resolutivos ou em início de carreira.

Atendendo ao impacto da eventual escassez de médicos na acessibilidade e na prestação de cuidados de saúde, e dadas as dificuldades de retenção de profissionais no SNS, o presente estudo pretende aprofundar a problemática do *turnover* neste grupo profissional, conhecer as causas que levam à cessação da relação de trabalho com o SNS e contribuir, não apenas na vertente académica, mas também na vertente estratégica e operacional, com conhecimento e recomendações, que permitam melhorar a retenção destes profissionais, com especial enfoque no papel e envolvimento dos líderes intermédios.

A estrutura do presente estudo inicia-se com a introdução, onde se apresenta o fenómeno em estudo, sua pertinência e as questões de investigação. No Capítulo 1, apresenta-se a revisão da literatura enquadradora da problemática do *turnover*, das causas associadas, evidência e teorização existente. No Capítulo 2, apresenta-se a metodologia definida e a forma como foi feita a análise e o tratamento dos dados. No Capítulo 3, apresentam-se os resultados do estudo. No Capítulo 4, discutem-se e confrontam-se os resultados com a teoria existente e apresenta-se o modelo concetual elaborado com base nos dados e resultados do estudo. Por fim são apresentadas as conclusões e recomendações constantes da proposta de intervenção.

Capítulo 1 - Revisão de literatura

1.1 - Os recursos humanos da saúde e os profissionais médicos

A escassez de recursos humanos constitui a principal preocupação dos sistemas de saúde em todo o mundo.

A Organização Mundial de Saúde estima que em 2030 estejam em falta cerca de 10 a 15 milhões de profissionais de saúde (World Health Organization, 2016; Lin et al., 2017). Estimativas recentes apontam para a necessidade de aumentar em 43 milhões os profissionais de saúde para cumprir os objetivos de cobertura universal de cuidados de saúde no mundo (Haakenstad et al., 2022). Este número inclui mais de 6 milhões de médicos. A preocupação com a escassez de profissionais de saúde é bastante mais acentuada nos países em desenvolvimento, mas também inclui países europeus.

Na Europa também há preocupação com a escassez de médicos. Em 30 países europeus, 13 reportam falta de médicos de Medicina Geral (European Labour Authority, 2021). Esta falta consta igualmente do Relatório Comissão Europeia (2021), sobre o planeamento e políticas de saúde dos 28 estados membros, onde se enumeram as políticas de atração de especialistas hospitalares de vários países, principalmente em zonas rurais ou desfavorecidas, frequentemente acompanhadas por incentivos. A mobilidade de ou para países externos ou da União Europeia corresponde aproximadamente a 1%, existindo casos extremos como o Reino Unido (4%) ou a Irlanda (8%). O padrão de cobertura geográfica de médicos, é bastante assimétrico (variação de 100%), exceto na Itália e Alemanha, onde existe uma cobertura médica muito homogénea. Quase todos os países estabelecem formação contínua obrigatória/mandatória ou mecanismos de certificação profissional dos médicos especialistas. Talvez a preocupação maior seja com o envelhecimento dos médicos (14 países com mais de 30%, incluindo 9 países com mais de 40% dos médicos, com idade superior a 55 anos).

Em Portugal, considerando o indicador número de médicos/1000 habitantes, em 2010 existiam 4,3 médicos e em 2022, 5,8 médicos/1000 habitantes (INE, 2022). Apesar de se destacar como o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) com maior número de médicos (OECD, 2022), este número encontra-se sobrestimado em 30%, dado que inclui médicos inscritos na Ordem dos Médicos que não exercem medicina (OECD, 2019). De qualquer modo, mesmo corrigindo este indicador para 4,5 médicos/1000 habitantes, Portugal integra o grupo dos 3 países com mais recursos médicos.

1.1.1 - O SNS e a gestão dos profissionais médicos

Em Portugal, apesar da evolução positiva do número de médicos, principalmente nos últimos 10 anos, a escassez de recursos humanos e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, são as duas áreas mais críticas do SNS.

Outra preocupação, em parte decorrente do impacto do acréscimo de encargos, designadamente nas rúbricas de pessoal e medicamentos, é a sustentabilidade financeira do SNS, na medida em que o ritmo do crescimento anual da despesa nos últimos 10 anos foi de aproximadamente 7%, mais do dobro do crescimento do produto interno bruto.

Preocupação de cariz mais operacional, neste contexto de escassez de recursos humanos, é a falta de autonomia das instituições hospitalares que, apesar de integrarem o setor empresarial do estado, sob a forma de entidades públicas empresariais, deixaram de ter competências para contratação de recursos humanos desde o início do programa de assistência financeira, em 2011, e só em 2019 recuperaram parcialmente essa competência, apenas podendo contratar profissionais em regime de substituição de colaboradores com vínculo permanente que cessaram contrato de trabalho com a instituição (Lei nº 87/2019 de 03/09).

O recrutamento e seleção dos médicos em início de carreira, passou a fazer-se administrativamente, com base exclusivamente na nota da formação especializada (artigo 7º do DL nº 46/2020, de 24/07). A contratação de médicos com experiência profissional para o SNS, está limitada à remuneração praticada em início de carreira (artigo 133º do DL nº 17/2024, de 29/01).

Além de reduções salariais entre 2011 e 2015, entre 2011 e 2018 não se verificaram progressões nem promoções nas carreiras médicas, à semelhança das demais carreiras da Saúde e da Administração Pública.

A avaliação de desempenho aplicável à carreira médica, apesar de se encontrar regulamentada desde 2011 e permitir, de acordo com as regras praticadas na Administração Pública, acelerar a progressão salarial, ainda não se encontra implementada na grande maioria das instituições hospitalares.

Vejamos então com maior de detalhe a evolução dos médicos no SNS. No que se refere à totalidade dos médicos especialistas, de acordo com o estudo do Centro de Competências de Planeamento, de Políticas e de Prospetiva da Administração Pública (PLANAPP, 2024), a evolução no período de 2010 a 2022, registou um acréscimo de 20%. Excluindo desta análise os médicos afetos aos hospitais público-privados, uma vez que as estatísticas do SNS só começaram a incluir estes hospitais em 2019, o acréscimo foi de apenas 11%. Como se pode verificar na Tabela 1.1, a taxa média anual de acréscimo do número de médicos foi inferior a 1%.

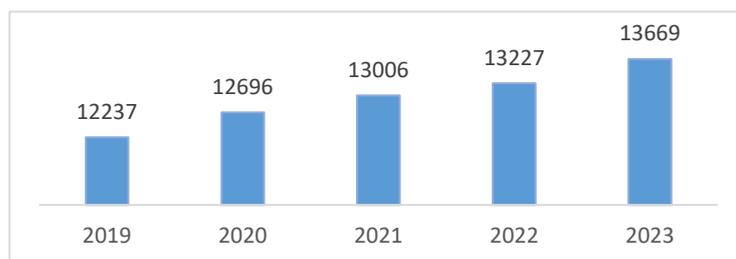
	2010	2015	2019	2021	2022	Evol.10/22
Médicos especialistas	17311	16852	18328	19186	19212	11%

Fonte: PLANAPP, 2024

Tabela 1.1 Evolução dos médicos especialistas no SNS

A redução de médicos entre 2010 e 2015 deveu-se à crise financeira e a alguns dos seus efeitos. Neste período, apesar da revalorização da carreira médica em 2014, o decréscimo remuneratório mais significativo verificou-se nas remunerações suplementares, registando reduções de 50%. Com o congelamento das promoções e progressões salariais até 2018, esta política acentuou a desvalorização da carreira médica, como mecanismo de apoio ao desenvolvimento profissional, nomeadamente junto das gerações mais jovens.

No que se refere à evolução dos médicos especialistas no setor hospitalar (que representa 70% do total de médicos do SNS), no período entre 2019 e 2023, registou-se um acréscimo de 11% (Figura 1.1).



Fonte: PLANAPP, 2024

Figura 1.1 Evolução do número de médicos especialistas hospitalares no SNS

Se tivermos em conta o impacto da redução no horário, correspondente ao gozo das folgas de compensação pelo trabalho noturno e realizado ao fim de semana que exceda 8 horas (cláusula 41ª do ACT, DR, 2ª Série de 5.8.2016), e se consideramos, como é razoável, que o acréscimo de 11% é absorvido com esta redução do horário semanal, conclui-se que entre 2016 e 2022 os recursos médicos do SNS no setor hospitalar não registaram alterações significativas.

Outra preocupação a considerar, tal como na Europa, é o envelhecimento excessivo deste grupo profissional. De acordo com o Relatório da Comissão Europeia (2021), Portugal registava 28% de médicos com idade superior a 55 anos, ligeiramente abaixo da média europeia (30%). Todavia, o peso do grupo etário com idade superior a 65 anos, entre 2010 e 2022 passou de 6% para 12% (PLANAPP, 2024). Esta situação é particularmente gravosa na região de Lisboa, onde cerca de 1 em cada 4 médicos tinha mais de 65 anos (Barros, 2022).

Considerando, assim, que o nível de envelhecimento dos profissionais médicos se agravou e se manteve o paradigma de preenchimento em parte significativa das escalas de urgência com recurso a trabalho extraordinário para além do limite legal, sem os recursos médicos terem registado evolução significativa, era de esperar que nos últimos anos, especialmente depois da pandemia, que começassem a surgir fortes constrangimentos no serviço público de urgência hospitalar.

1.2 - O turnover nos profissionais de saúde

Os custos de recrutamento e formação de novos médicos são muito elevados, dada a natureza altamente qualificada do trabalho (Fibuch & Ahmed, 2015; Martins, Nascimento & Moreira, 2023). Mas nem todos os custos com a substituição de médicos são tangíveis. O maior custo é talvez a perda de conhecimento e de competências da organização, afetando a qualidade e a continuidade de cuidados de saúde (Iqbal et al., 2017).

O conceito *turnover* que encontramos na literatura inglesa, pode ser traduzido na literatura portuguesa como rotatividade. Citado no trabalho de Martins, Nascimento e Moreira (2023 p. 11), Pontes (2004) refere que a rotatividade “*é uma flutuação e rotação de recursos humanos e que essa alternância deve ser vista de três maneiras distintas: entradas (contratações), saídas (demissões, aposentações), e rotatividade interna (promoções e transferências de posto de trabalho)*”.

1.2.1 - O turnover e a intenção de sair

Muitos estudos analisam o *turnover* através da intenção de saída da organização. A intenção de saída pode ser definida como a vontade consciente e deliberada de deixar uma organização (Tett & Meyer, 1993; Benson, 2006; Martins, Nascimento & Moreira, 2023) e é considerada o melhor preditor do *turnover* voluntário (Park & Shaw, 2023).

Em vários estudos, os preditores mais comuns do *turnover* são a autonomia do trabalho, recompensa justa, o suporte social, a satisfação no trabalho e o compromisso afetivo (Albrecht, 2006; Cheng, 2015).

Como antecedentes das intenções de saída da organização, referem ainda Martins, Nascimento e Moreira (2023) vários fatores que adaptámos para elaborar a Figura 1.2.

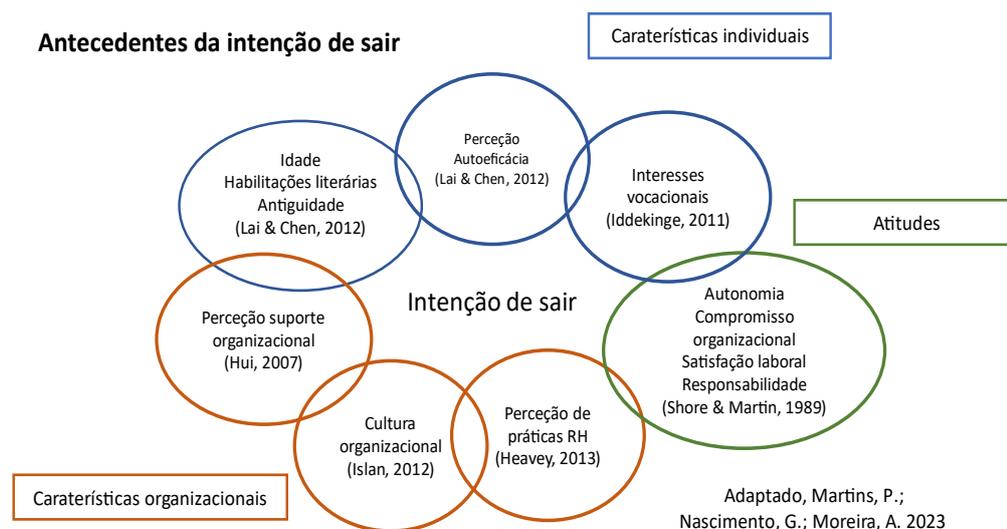


Figura 1.2 Antecedentes da intenção de sair

O elevado *turnover* dos médicos é um problema muito comum nos sistemas de saúde (Waldman, 2010). Nos EUA o *turnover* médico afeta o volume de negócios dos hospitais em 11% (Pappas et al., 2022). No Reino Unido há grande preocupação com o aumento do número de médicos que após a formação abandonam o *National Health System* (Wilson et al., 2021; Lock e Carrieri, 2022). Na Irlanda em 2018 perto de 2 000 mil médicos abandonaram o sistema de saúde, emigrando grande parte para o sistema de saúde australiano (Malone, 2020).

O *turnover* pode ainda afetar o clima social, originando com frequência excesso de trabalho para os colaboradores que permanecem na organização (Wang et al., 2012). Os novos médicos, além do apoio na integração e formação (Luz et al., 2018), estão sujeitos a uma longa curva de aprendizagem até ganharem autonomia total. Uma alta taxa de *rotatividade* pode gerar instabilidade e incerteza interna e externa, em relação às condições de trabalho oferecidas pela organização (Indrasari et al., 2019), podendo afetar a reputação dos serviços.

1.2.2 - Causas do *turnover* nos profissionais médicos

Desde os anos 70 começaram a surgir vários estudos elaborados por economistas e as causas determinantes do *turnover* resumiam-se, praticamente, a fatores económicos, com grande ênfase na remuneração, pouco se conhecendo sobre os fatores não económicos.

Entretanto começaram a surgir estudos numa perspetiva micro, efetuados por psicólogos, referindo fatores psicológicas na decisão de deixar a organização. Esta perspetiva de investigação teve um papel importante na abertura da “caixa negra” da motivação psicológica dos colaboradores relativamente ao *turnover* (Zhang, 2003, p.25).

Atualmente existem muitos estudos principalmente de acadêmicos, mas focando apenas um ou dois fatores determinantes do *turnover*, podendo agrupar-se entre fatores pessoais, organizacionais ou do trabalho e socioeconômicos (Zhang, 2016).

Na área da saúde e no setor hospitalar em particular, existem inúmeros estudos sobre as causas do *turnover*. Procurando explicar o *turnover* sob várias perspectivas, Raman (2023), na sua recente meta-análise, utiliza a metodologia das lentes macro, meso e micro de Bilibar (2016):

- A perspectiva da lente macro, é geralmente utilizada por economistas, que analisam essencialmente o papel das forças de mercado no *turnover*, ou seja, da procura e da oferta laboral (Banergee & Gaston, 2004);
- A perspectiva da lente meso, considera fatores organizacionais no contexto social em que os colaboradores atuam;
- A perspectiva da lente micro, considera as atitudes individuais na decisão dos colaboradores de deixar a organização, conforme estudo de Pfeffer (2001), citado por Raman (2023).

Vejamos alguns estudos de referência relativamente às diversas causas de *turnover* de acordo com as várias perspectivas (Tabela 1.2).

Tabela 1.2 Estudos de referência sobre as causas de turnover

Perspetiva	Causas de turnover	Estudos
Macro	Falta financiamento/racionalização da despesa	Zhang et al., 2019; Brugha et al., 2021
	Sistema de reavaliação do programa médico (UK)	Gutacker et al., 2019
Meso	Estruturas e políticas deficientes, instabilidade contratual, escassez de financiamento	Sharma et al., 2012; Zhang et al., 2017; Humphries et al., 2018; Lambert et al., 2018; Smith et al., 2018; Brugha et al., 2021; Byrne et al., 2021
	Sobrecarga trabalho/falta de profissionais (Irlanda)	Humphries et al., 2018
Micro	Insatisfação/stress e risco de <i>burnout</i>	Fuß et al., 2008; Zhang e Feng, 2011; Zhang et al., 2017
	Insatisfação/dificuldades de lidar pressão do trabalho	Zhang e Feng, 2011; Tziner et al., 2015; Roy et al., 2017
	Insatisfação/excesso de horas de trabalho/dificuldade conciliação vida familiar	Ochsmann, 2012; Tsai et al., 2016; Wu et al., 2018; Wang et al., 2015
	Desequilíbrio vida pessoal-trabalho/falta oportunidades de formação	Bruce Brand et al., 2012; Ali Jadoo et al., 2015; Pantenburg et al., 2018
	Baixa autonomia no trabalho	Degen et al., 2014
	Problemas de saúde	Hamidi et al., 2018
	Ambientes de trabalho inseguros	Ali Jadoo et al., 2015; Lu et al., 2017
	Mau ambiente de trabalho	Walsh, 2013; Clarke et al., 2017; James e Gerrard, 2017; Smith et al., 2018, pág. 2; Wuet al., 2018; Duan et al., 2019; Martinussen et al., 2020
	Fraca qualidade gestão/supervisão/estilo liderança	James e Gerrard, 2017; Roy et al., 2017; Lambert et al., 2018; Duan et al., 2019;
	Fraco desenvolvimento e progressão carreira	Ochsmann, 2012; Degen et al., 2014; Clarke et al., 2017; Zhang et al., 2017; Lambert et al., 2018; Pantenburg et al., 2018; Duan et al., 2019; Pflipsen et al., 2019
	Dificuldade gestão horário/tarefas devido à pressão assistencial/responsabilidades académicas/burocracia	Heponiemi et al., 2016; James e Gerrard, 2017; Lambert et al., 2018; Duan et al., 2019; Brugha et al., 2021; Byrne et al., 2021
	Salários/recompensas	Zhang e Feng, 2011; Tsai et al., 2016; Lu et al., 2017; Zhang et al., 2017; Lambert et al., 2018; Pantenburg et al., 2018; Wu e outros, 2018; Ah e Kim, 2019; Pflipsen et al., 2019

Adaptado de Raman, 2023

A maior parte destes estudos são quantitativos (baseados em estatísticas) e abrangem um grande número de países europeus.

Nos últimos anos muitos académicos recuperaram a teoria de inserção no trabalho de Mitchell (2001), explicando o *turnover* a partir de três dimensões: (i) alinhamento das competências, interesses e valores do colaborador com o trabalho e a organização; (ii) as relações interpessoais a nível formal e informal; (iii) o custo real e percebido de deixar a organização.

1.3 - O compromisso organizacional

Um dos antecedentes da intenção de sair mais estudado é o compromisso organizacional. Numa investigação inicial de Porter, Crampton e Smith (1976), sobre a maneira como o compromisso organizacional afeta a intenção de deixar a organização, descobriu-se que os colaboradores que na primeira semana não exibiam atitude positiva em relação à organização, eram os que com maior probabilidade a deixavam. Descobriram, ainda, que sentimentos de “descontentamento” (p.96) foram precursores de provável intenção de sair, como refere Mercúrio (2015).

De acordo com Mowday (1979), o compromisso organizacional exprime uma aceitação e internalização pelo colaborador dos objetivos e valores da organização.

1.3.1 - O compromisso afetivo

Segundo Meyer e Allen (1991), os autores que mais estudaram o compromisso organizacional, o compromisso é um estado psicológico que caracteriza o relacionamento do colaborador com a organização, com implicações nas decisões de continuar ou não ao seu serviço.

O pressuposto desta teoria reside no tipo e intensidade da ligação emocional do colaborador à organização, sendo que uma ligação forte o faz aí permanecer, diminuindo a intenção de a deixar. Grande parte da investigação sobre o compromisso descobriu e confirmou a existência de uma relação preditiva mais forte, com resultados, nomeadamente, na intenção de deixar a organização e no absentismo (Meyer et al., 2002).

Os colaboradores aceitam as normas da organização e experimentam uma sensação de satisfação ao cumprirem com sucesso os papéis sociais e obrigações laborais, trabalham em seu benefício e com um forte desejo de continuar na organização (Meyer et al., 2004).

Dos três tipos de compromisso organizacional referidos por estes autores (afetivo, normativo ou de continuidade), o compromisso afetivo é o que exprime a ligação emocional mais forte, e a identificação e envolvimento do colaborador com a organização onde trabalha (Meyer, 2014), sendo a componente mais associada à intenção ou decisão de permanecer na organização (Wasti, 2003; Moreira & Cesário, 2022). Exprime um desejo de se esforçar em nome e um sentimento emocional de apego à organização (Mercúrio, 2015).

O compromisso normativo pode justificar a permanência, embora mais como um dever e o compromisso de continuidade, apenas releva o custo de saída (Meyer & Allen, 1991).

1.3.2 - Compromisso organizacional e satisfação

Também a satisfação tem sido objeto de muitos estudos, como componente isolada ou associada a outras componentes, como o compromisso. De acordo com Meyer (2006), poderão existir três visões diferentes sobre a relação destas duas componentes:

- Uma primeira visão, é que o compromisso com a organização se desenvolve a partir da satisfação no trabalho, mediando os efeitos da satisfação sobre a intenção de sair da organização. Em resultado da larga aplicação deste modelo (Porter, Steers, Mowday & Boulian, 1974; Marsh & Manari, 1977; Mowday, Porter & Steers, 1982; Preço & Mueller, 1986; Willians & Hazer, 1986) conclui-se que o compromisso leva mais tempo para se desenvolver e é mais estável que a satisfação, tendo esta apenas uma relação indireta na intenção ou decisão de sair;
- Uma segunda visão, sustentando uma relação inversa, ou seja, é o compromisso que gera uma atitude de satisfação com o trabalho, determinando a permanência na

organização (Bem, 1967; Salancik & Pfeffer, 1978). Também neste modelo as mudanças no compromisso só têm efeitos indiretos na intenção ou decisão de sair (Bateman & Strasser, 1984; Dossett & Suszko, 1989);

- Uma terceira visão, no sentido que tanto a satisfação como o compromisso contribuem de forma única para a intenção ou decisão de sair. Embora ambas as componentes sejam independentes (Dougherty et al., 1985) e possam autonomamente influenciar a intenção ou decisão de sair, não significa que uma não possa influenciar a outra (Farkas & Tetrick, 1989).

Segundo Ribeiro e colegas (2018), o estilo de liderança de um supervisor pode influenciar a satisfação, o compromisso organizacional e a intenção ou decisão de deixar a organização de um colaborador.

1.4 - A motivação

De acordo com Deci (1992, p. 9) *“O termo motivação está relacionado com três questões fundamentais relativas à regulação do comportamento: o que energiza a ação; como ela é direcionada; em que medida ela é voluntariamente controlada”*.

Deci e Ryan (2000) referem que a motivação diz respeito à energia, direção, persistência em condições e meios distintos, ou seja, todos os aspectos de ativação e intenção.

Como refere Carneiro (2023), segundo Pinder (2005, p. 94), *“a motivação pode ser definida como um estado energético, que tem origem em forças internas e externas, e que está na origem de um determinado comportamento com um objetivo, intenção, duração específicos”*.

Segundo Cunha e colegas (2014, p. 115) *“motivação traduz-se no desejo de fazer um esforço para obter bons resultados”*.

1.4.1 - A motivação intrínseca

A par das necessidades fisiológicas (necessárias para a saúde e segurança do corpo) existem necessidades psicológicas básicas que devem ser satisfeitas para que o crescimento, integridade e bem-estar sejam sustentados. Essas necessidades são a autonomia, a competência e o relacionamento. De acordo com Ryan & Deci (2017), a satisfação das necessidades psicológicas básicas é o pressuposto e condição da motivação intrínseca.

Comportamentos intrinsecamente motivados são aqueles realizados por interesse e para as quais a principal compensação são os sentimentos espontâneos de efetividade e prazer, que acompanham os comportamentos autônomos por definição. Em contraste, comportamentos extrinsecamente motivados, podem variar amplamente em função do grau e intensidade do controle, sendo certo que

este, pelo menos a níveis elevados, diminui consideravelmente a motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2017).

A motivação intrínseca está positivamente relacionada a uma maior percepção de autoeficácia, um sentimento de satisfação geral com a vida e melhor enriquecimento trabalho-família, e negativamente correlacionada com intenções de rotatividade (Roche & Haar, 2019; Deci & Ryan, 2000).

O estudo de Carneiro (2023), vem confirmar que os colaboradores intrinsecamente mais motivados, também são os mais empenhados afetivamente, bem como, os mais satisfeitos profissionalmente e que a relação entre a motivação intrínseca e o empenhamento afetivo é mediada pela satisfação profissional.

1.4.2 - A motivação extrínseca

Existe motivação extrínseca quando o comportamento ou a ação realizada é determinada por fatores externos, como sejam as recompensas tangíveis, o reconhecimento ou punições. Os comportamentos são instrumentais para obter uma consequência separável, como a recompensa externa ou aprovação social, evitar a punição ou obtenção de um resultado valioso (Ryan & Deci, 2000).

De acordo com a *Teoria da Autodeterminação*, a motivação extrínseca pode assumir várias modalidades. Pode ser controlada externamente. Ser uma combinação de influências internas e externas (*introjetada*). Ser identificada, quando está alinhada com os valores e objetivos pessoais ou, ser integrada, se a atividade se torna parte do sistema de valores da pessoa (Deci & Ryan, 2020).

Sobre as recompensas, afirmam Ryan e Deci (2000), quando são potentes e salientes, podem motivar o comportamento imediato. O problema tem que ver com o impacto na manutenção do comportamento intrinsecamente motivado ao longo do tempo e as experiências de prazer a elas associado, após o fim desse efeito.

Há que ter cautela com as recompensas contingentes do desempenho. Há indivíduos mais propensos ao recebimento de recompensas, que desenvolvem uma abordagem instrumental em relação à atividade. Como referem Ryan e Deci (2017), as recompensas podem diminuir a autonomia e afetar a motivação intrínseca, citando vários estudos como o de Houliort e colegas (2002), em que tal aconteceu. O fundamento é a mudança do locus de causalidade percebida, de interno para externo. Os indivíduos intrinsecamente motivados, que asseguravam uma atividade, porque era interessante e agradável, passaram a ver essa atividade principalmente como algo que permite obter uma recompensa. Isso normalmente acontece quando se vêem as recompensas como controladoras do comportamento.

Mas nem sempre se podem ver as recompensas como controladoras. Também se podem ver como uma forma de acrescentar valor à própria atividade, como no estudo de Marinak e Gambrell (2008).

Conforme refere Derbyshire (2021, p.670), na recente e interessante revisão de literatura sobre a retenção de médicos na medicina intensiva no Reino Unido, citando o estudo de Estry-Behar et al. (2011) em França, *“promover condições de trabalho pode ser mais importante do que a remuneração”*. E citando Phillips (2004), sobre a relação entre remuneração e retenção, afirma que é mais complexa do que uma relação de correlação linear, de modo que, mesmo com salários altos *“a insatisfação salarial pode levar ao turnover”*.

Relativamente às recompensas não tangíveis, o feedback positivo apesar de geralmente se admitir que aumenta a motivação intrínseca, tal como as recompensas contingentes, poderá ter o efeito contrário. No estudo de Hewett e Conway (2015), ficou demonstrado que o feedback positivo, quando é demasiado saliente e leva os colaboradores a sentirem-se avaliados ou os seus comportamentos controlados, representa uma diminuição da motivação intrínseca. O mesmo se tinha concluído sobre o elogio (Henderlong & Lepper, 2002) ou as pequenas recompensas, desde que destinadas a reconhecer o esforço ou o desempenho (Ryan & Deci, 2017).

Se pelo contrário as recompensas e o feedback positivo, em vez de utilizadas em ambiente de avaliação ou controle, forem utilizadas para reforçar a competência e a autonomia, então promovem a motivação interna (Ryan & Deci, 2017).

Vários estudos referidos por Ryan e Deci (2017), concluem que também a avaliação de desempenho tem um efeito controlador podendo, conseqüentemente, diminuir a motivação intrínseca, mesmo no caso de avaliações positivas (Harackiewicz, Abrahams & Wageman, 1987; Maehr & Stallings, 1972; Ryan, 1982; Smith, 1975). Pelo contrário, a avaliação e o feedback sobre o desempenho, mesmo negativo, se tiver por objetivo apoiar e promover a autoeficácia, podem aumentar a motivação intrínseca (Carpentier & Mageau, 2013; Mouratidis, Lens, & Vansteenkiste, 2010).

O que determina o efeito mais extrínseco da motivação, não é apenas a natureza tangível ou intangível (elogio, reconhecimento, feedback), contingente ou não contingente das recompensas, mas também os fatores individuais e as características dos colaboradores. Assim, se estivermos perante colaboradores com uma orientação de causalidade predominantemente extrínseca, certamente que o efeito das recompensas pode ser mais atrativo, do que se estivermos perante colaboradores com uma orientação predominantemente autónoma ou intrínseca.

Também os fatores contextuais podem influenciar esse resultado. Se estivermos perante um contexto onde exista um bom suporte à satisfação das necessidades psicológicas básicas e se estimulem os colaboradores com orientação de causalidade intrínseca, com maior probabilidade se influenciam os fatores individuais e moldam os valores e interesses (Deci & Ryan, 2017; 2020).

1.5 - A liderança

A liderança pode ser vista como um conjunto de traços, atributos ou características de personalidade, possuídas em grau variável por algumas pessoas ou vista como um processo, que num determinado contexto, gera interações entre líderes e seguidores, sendo passível de aprendizagem. Numa definição mais simples e generalizada, liderar é um processo no qual um indivíduo influencia os outros para alcançar um objetivo comum para um grupo ou organização. Esse poder ou influência são exercidos no sentido de mudar as atitudes, comportamentos e crenças dos outros (Northouse, 2013).

De acordo com a definição de Yammarino (2013), a liderança é um processo multinível de interação entre o líder e os seguidores, que ocorre numa situação particular, partilhando um propósito e trabalhando em conjunto, com o objetivo de o atingir.

Liderança segundo Yukl (2010), é influenciar outros a compreender e concordar com o que precisa ser feito, como fazê-lo e o processo de ajudar os colaboradores a alcançar objetivos comuns.

Liderança em saúde é definida como *“a capacidade de influenciar de forma eficaz e ética, outros, para o benefício de pacientes individuais e populações”* (Hargett et al., 2017, p. 69). Ainda, segundo este autor, o líder de saúde para ser bem-sucedido, deve equilibrar os resultados assistenciais e os resultados organizacionais.

Uma liderança eficaz pode não só influenciar os resultados, mas reduzir as intenções dos colaboradores deixarem a organização, aumentar a satisfação do cliente e a eficácia organizacional (Asrar-ul-Haq & Kuchinke, 2016).

Uma das variáveis organizacionais que mais potencia a motivação dos colaboradores, aumentando assim o seu compromisso afetivo, é o estilo de liderança, tornando-se um fator de sucesso para que a organização atinja os resultados desejados (Fiaz et al., 2017).

Vários estudos sugerem que a liderança eficaz leva ao aumento dos níveis de compromisso afetivo. Esses estudos encontraram uma relação positiva entre várias abordagens de liderança e as atitudes evidenciadas pelos subordinados, como o compromisso organizacional, a motivação e o desempenho (Haque et al., 2017).

1.5.1 - A liderança transformacional

Enquanto os líderes transacionais utilizam preferencialmente recompensas contingentes com base em normas e regulamentos, para motivar os seguidores, os líderes transformacionais preocupam-se em melhorar o desempenho dos seguidores, desenvolver todo o seu potencial (Avolio, 1999; Bass & Avolio, 1990) e promover o seu crescimento profissional (Deci & Ryan, 2017).

O estilo de liderança transformacional é focado nas relações entre os líderes e seguidores e visa melhorar as experiências de trabalho, através de várias componentes, nomeadamente (Gabel, 2013):

- A influência idealizada – vista pelos colaboradores como um modelo em que se comunica uma visão e uma missão;
- A motivação inspiradora – o líder comunica grandes expectativas aos colaboradores, inspirando-os através da motivação para se comprometerem e fazerem parte da visão compartilhada. Inspira os colaboradores a aplicar essa visão;
- A estimulação intelectual – o líder estimula os colaboradores a envolverem-se na resolução de problemas da organização e a serem criativos e inovadores nas soluções apresentadas para a resolução;
- A consideração individual – o líder, agindo como treinador, identifica os pontos fortes e fracos do colaborador, proporciona um clima de apoio às necessidades individuais e sugere oportunidades de desenvolvimento.
- Além das quatro componentes iniciais, foram adicionadas mais duas:
- A recompensa contingente – o líder acorda com os colaboradores, de acordo com o esforço exigido, a recompensa no caso de os objetivos serem alcançados;
- A gestão pela exceção – o líder acompanha atentamente os colaboradores e em caso de erros ou desvios relevantes exerce, por exceção, a crítica corretiva e construtiva, incentivando a melhoria do desempenho.

Os resultados da revisão por pares dos estudos sobre liderança em serviços de saúde, publicados entre 2015 e 2020, efetuada por Pérez (2021) sobre estilos de liderança, são muito favoráveis à liderança transformacional, na medida em que:

- Encoraja os colaboradores a “transcender seus interesses individuais e alcançar metas extraordinárias” (Cheng et al., 2016, p. 1202);
- Foi em vários estudos positivamente associada à retenção (Al-Yami et al., 2018; Asiri et al., 2016; Cheng et al., 2016; Cummings et al., 2018; Lavoie-Tremblay et al., 2016);
- Os colaboradores apreciam a estimulação intelectual deste estilo de liderança e sentem-se mais comprometidos com a organização (Al-Yami et al., 2018; Ribeiro et al., 2018);
- Foi também associada positivamente à satisfação no trabalho (Alshahrani & Baig, 2016; Asamani et al., 2016; Asiri et al., 2016; Cummings et al., 2018);
- A satisfação dos colaboradores resulta da consideração individualizada que os líderes fazem aos seus colaboradores (Al-Yami et al., 2018);
- Os colaboradores revelam maior envolvimento, *empowerment*, e inovação/criatividade da equipa (Cummings et al., 2018; Smith et al., 2018).

Mas a liderança transformacional tem também uma dimensão moral. Burns (1978) sugeriu que a liderança transformacional levasse os colaboradores a adotarem padrões elevados de responsabilidade moral. Os colaboradores devem ser motivados a transcenderem os seus próprios interesses, para bem da equipa, organização ou comunidade (Howell & Avolio, 1993; Shamir et al., 1993).

As pessoas que exibem liderança transformacional possuem frequentemente um forte conjunto de valores e ideais internos, e são eficazes a motivar os seguidores a agir de forma a apoiar o bem maior, em vez dos seus próprios interesses (Kuhnert, 1994). Um estilo de liderança baseado em valores, como a liderança transformacional e ética, demonstrou ter uma associação positiva e significativa com o compromisso organizacional afetivo e normativo (Hashim et al. 2017).

1.5.2 - A liderança transformacional e o *turnover*

Como referem Martins, Nascimento e Moreira (2023), a relação entre liderança transformacional e compromisso organizacional (afetivo e normativo) pode ser interpretada com base na premissa das trocas sociais (Blau 1964) e na norma da reciprocidade (Gouldner 1960). Quando o colaborador percebe o estilo de liderança do seu líder como transformador, a forma de o recompensar será permanecer na organização.

Vários estudos têm demonstrado que a liderança, em particular a liderança transformacional, contribui para a redução das intenções ou decisão de deixar a organização. Um dos primeiros autores a fazê-lo foi Bass (1985, 1998), ao considerar que a liderança transformacional é um dos fatores mais importantes para controlar o *turnover*, enfatizando que os comportamentos do líder podem despertar emoções positivas e apego psicológico, bem como, estimular a identificação social dos seguidores, permitindo-lhes internalizar os valores organizacionais.

Outras pesquisas evidenciam que a liderança transformacional é inversamente associada à intenção de deixar a organização (Martin, & Epitropaki, 2001; Martins, Nascimento & Moreira, 2023).

Interessante é a questão colocada por Tse (2008), sobre o mecanismo subjacente à liderança transformacional que faz com que os colaboradores desejem permanecer na organização e não manifestem a intenção de deixar a organização (Bycio, 1995). Invocando Bass (1985), refere que um dos mecanismos baseado na premissa das trocas sociais, é a criação e partilha de uma visão atraente sobre o futuro da organização, internalizada pelos seguidores, fazendo-os sentir orgulho de pertencerem à organização e que a participação na vida desta, é importante.

Enquanto a liderança transacional, tem elementos claramente controladores, a liderança transformacional é a que, em teoria, melhor assegura a satisfação das necessidades psicológicas básicas e promove o envolvimento no trabalho (Gözükara & Şimşek, 2015).

O desejo dos colaboradores permanecerem na organização está associada ao estilo de liderança transformacional, de acordo com a teoria da conservação de recursos (Hobfoll 1989; Pinto & Chambel 2008).

1.6 - Estratégias de retenção dos profissionais médicos

Vimos anteriormente a importância do compromisso organizacional e a relevância do compromisso afetivo nas intenções ou decisões de deixar a organização. Vários estudos mostraram que os antecedentes mais fortemente correlacionados do compromisso afetivo, continuam a ser variáveis associadas à experiência de trabalho (Meyer et al., 2002).

Como afirma Reiche (2008), é necessário que a gestão de recursos humanos se preocupe em desenvolver práticas que promovam nos colaboradores um elevado compromisso organizacional, para que as intenções de deixar a organização diminuam, bem como, a elevada rotatividade que gera perda de colaboradores, com custos muito elevados (Moreira & Cesário, 2021).

Morrow (2011) refere que a investigação contém evidências empíricas, que a socialização, os recursos humanos com elevado compromisso e as relações interpessoais, têm um papel relevante na correlação positiva, com elevados níveis de compromisso afetivo.

A pesquisa também demonstrou que as práticas de recursos humanos inspiradas nas teorias do compromisso organizacional, podem influenciar positivamente as atitudes dos colaboradores relacionadas com o compromisso afetivo nas organizações (Kehoe & Wright, 2013; Morrow, 2011; Pará & Tremblay, 2007; Sun et al., 2007).

Também Mercúrio (2015) referencia variada literatura, mostrando que as principais práticas de recursos humanos sobre compromisso organizacional, promovem o compromisso afetivo, nomeadamente:

- Apoio e confiança – A percepção individual sobre o acesso e o envolvimento em práticas de recursos humanos que promovem o compromisso organizacional, como refere Bartlett (2001) e a confiança (interpessoal ou sistémica), como refere Nylan (1999), promovem o compromisso afetivo;
- Recrutamento e socialização – A utilização de técnicas rigorosas de recrutamento e planos estruturados de integração e socialização que promovam a aprendizagem dos valores e normas organizacionais, reduzem a ansiedade, esclarecem a função e o modelo positivo de trabalho, contribuindo para o desenvolvimento do compromisso afetivo (Caldwell et al., 1990; Hellman & McMillin, 1994; Saks & Ashforth, 1997; Vance, 2006);
- Mentoria e *networking* – A utilização da mentoria ajuda os colaboradores a identificarem-se pessoalmente com a organização, gerir o stress, melhorar atitudes,

como refere Payne e Huffman (2005) e a utilização de redes sociais, como referem Craig, Allen, Reid e Reiemenschneider (2013), promovem o compromisso afetivo;

- Formação e desenvolvimento – O investimento em formação e desenvolvimento profissional melhora o conhecimento, desenvolve competências, traduzindo-se em autoeficácia e autoestima, promovendo o compromisso afetivo (Bartlett, 2001; Vance, 2006).

Por outro lado, quando um líder incentiva seus colaboradores a desempenhar um papel crítico na tomada de decisões ou incentiva a autorrealização, está a promover o desejo de permanecer na organização (Bass, 1999).

Capítulo 2 - Metodologia

Um estudo surge da necessidade de encontrar explicações para um determinado fenómeno. O que tem necessidade de ser estudado é o propósito do estudo (Merriam, 1988).

O propósito deste estudo é identificar as causas que levam ao elevado *turnover* médico, as razões que estão na sua origem e elencar as ações e medidas traduzidas em oportunidades de melhoria da retenção destes profissionais no SNS, com especial enfoque no papel das líderes intermédios, atendendo às competências de gestão operacional e de proximidade deste grupo profissional. O investigador disponibiliza-se para propor essas medidas aos hospitais e acompanhar a sua implementação.

A definição do propósito, não facilita apenas as questões de investigação, mas também como deve ser realizada a colheita de dados (Maxwell, 2005).

2.1 - Método

Esta investigação é um estudo exploratório em que a partir das questões de investigação e da sua análise, se pretende conhecer melhor o fenómeno do *turnover* médico, explicar porque deixam os médicos o SNS e quais as medidas, em particular as que estejam na esfera de competências direta ou indireta dos líderes intermédios, dadas as atribuições e posição privilegiada neste processo.

Apesar da perceção generalizada que o elevado *turnover* dos médicos se deve fundamentalmente aos baixos salários praticados no SNS e principalmente ao desejo de alcançar melhores condições remuneratórias no setor social e no setor privado da saúde, admite o investigador, de acordo com a experiência acumulada na gestão de serviços de saúde, que haverá outras causas determinantes, nem sempre explícitas ou valorizadas, passíveis de explicar este fenómeno. As condições remuneratórias, admitindo a sua relevância, talvez sejam a *ponta do iceberg*, a face mais visível do fenómeno, havendo certamente outras causas independentes ou concorrentes, passíveis de intervenção e melhoria.

A escolha do método qualitativo baseou-se na necessidade de obtenção de informação complexa e sensível sobre sentimentos, pensamentos e emoções, a parte *mais oculta do iceberg* ou face menos visível do fenómeno, difíceis de extrair ou descobrir através de métodos de pesquisas mais convencionais (Strauss & Corbin, 2008).

Apesar de não ser difícil a identificação de algumas teorias potencialmente explicativas do fenómeno a investigar, a relevância e complexidade do tema, aconselham um diagnóstico seguro, de forma a tornar as conclusões e recomendações mais robustas e fundamentadas. Deste modo, procurou-se obter, com rigor, informação cabal e, tanto quanto possível, objetiva, não só sobre as reais causas da saída, mas também sobre a experiência de trabalho dos entrevistados e a partir da análise individual e contextual, encontrar respostas plausíveis para a abordagem de cada caso, no fenómeno em estudo.

Podemos inserir metodologicamente este estudo no âmbito da teoria fundamentada (*grounded theory*), originalmente desenvolvida por Glasser e Strauss em 1967, aperfeiçoada por Strauss e Corbin em 1994 e desenvolvida numa versão construtivista, por Byrant e Charmaz em 2010.

A teoria fundamentada, por ser baseada em dados, tende a oferecer mais discernimento, melhorar o entendimento e fornecer um guia importante para a ação (Strauss & Corbin, 2008). Mais do que uma descrição, pretende dar uma explicação conceitualmente abstrata para um padrão de comportamento no contexto social em estudo (Hulton, 2009).

Além do entendimento e explicação, pretende o investigador, com base na informação agregada, construir a teoria substantiva supostamente aplicável ao fenómeno em estudo (Merriam, 2009).

2.2 - Amostra

Para identificação da amostra, escolheu-se a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT), por ser a com menor rácio médicos hospitalares/população e com maiores problemas de acessibilidade aos cuidados de saúde. De acordo com o Relatório PLANAPP (2024), para equiparar a RSLVT às restantes regiões, será necessário contratar adicionalmente 2911 médicos.

Desta região foram selecionados 3 hospitais, de diferente tipologia, dimensão e complexidade de casuística assistencial, sendo o H1 do Grupo E, o H2 do Grupo C e o H3 do Grupo B. Estes hospitais possuem 30% dos efetivos médicos da RSLVT. A evolução de efetivos nestes hospitais no período de análise do estudo (2018 a junho de 2023), foi de 7% (Tabela 2.1), bem inferior à tendência da RSLVT, designadamente nos H1 e H3.

Tabela 2.1 Médicos da RSLVT e dos hospitais participantes no estudo

Hospitais (H)	2018	06/2023	% 2023/2018
H1	1050	1106	0,05
H2	390	441	0,13
H3	152	153	0,01
Total HH	1440	1547	0,07
Total RSLVT	4450	5111	0,15

Fontes: S. Gestão de Recursos Humanos dos H1, H2 e H3 e PLANAPP, 2024

Nos hospitais participantes, apesar da evolução positiva do número de médicos, em algumas especialidades, verificou-se uma redução de efetivos. Considerando o maior impacto da perda de médicos mais jovens na sustentabilidade do corpo clínico (anos de carreira perdidos em atividade programada e escalas de urgência), foram selecionados médicos especialistas do quadro permanente, com idade igual ou inferior a 50 anos e que, no período de análise, rescindiram contratos com esses hospitais e com o SNS. Apesar dos hospitais, nas 3 ou 4 especialidades selecionadas, terem perdido 54

médicos, em termos absolutos perderam 71 médicos com idade igual ou inferior a 50 anos, conforme se pode verificar na Tabela 2.2.

Tabela 2.2 Caracterização da amostra

Hospitais (H) e especialidades (EM)		Evolução dos efetivos médicos				Amostra	
		2018	jun/23	Jun/23-2018	Saídas (-50 anos)	Médicos	Lideranças
H1		232	204	-28	29	8	5
Ginecologia e Obstetrícia	EM 1	63	55	-8	8	2	2
Anestesiologia	EM2	102	95	-7	8	4	1
Radiodiagnóstico	EM5	54	45	-9	7	1	1
Cirurgia Plástica	EM8	13	9	-4	6	1	1
H2		74	59	-15	24	12	5
Cirurgia Geral	EM4	21	18	-3	12	4	1
Oftalmologia	EM6	15	13	-2	6	3	1
Radiodiagnóstico	EM5	13	10	-3	4	3	2
Obstetrícia e Ginecologia	EM1	25	18	-7	2	2	1
H3		39	28	-11	20	8	3
Pediatria	EM3	20	17	-3	9	5	1
Cardiologia	EM7	9	5	-4	7	1	1
Anestesiologia	EM2	10	6	-4	4	2	1
Total		345	291	-54	71	28	13

Fonte: S. de Gestão de Recursos Humanos dos H1, H2 e H3

Após contacto de 40 médicos elegíveis, de 8 especialidades, na proporção ao número de saídas registadas em cada hospital, 28 aceitaram de imediato participar no estudo. Devido à saturação da informação obtida nas últimas entrevistas, entendemos não se justificar a sua continuidade, apesar destas não terem observado rigorosamente a proporção prevista. No caso dos líderes intermédios, foram convidados os 13 responsáveis máximos das especialidades e todos aceitaram participar. De referir que algumas especialidades (EM1, EM2 e EM5), foram selecionadas em mais do que um hospital.

Assim, tratou-se de uma amostra não aleatória e não probabilística, definida pelo critério da saturação.

2.3 - Técnicas de recolha de dados

Os dados qualitativos consistem em “*citações diretas de pessoas sobre suas experiências, opiniões, sentimentos e conhecimentos*” obtidos por meio de entrevistas; “*descrições detalhadas das atividades das pessoas, comportamentos, ações*” registradas em observações e “*excertos, citações, ou passagens inteiras*” extraídas de vários tipos de documentos (Patton, 2002, p. 4).

Com as entrevistas pretende-se, tal como afirmam Marshall e Rossman (2006, p. 105), “*descobrir a essência da experiência de um indivíduo, dando enfoque aos significados profundos e vividos*”.

Na verdade, a entrevista é necessária, quando não podemos observar o comportamento, sentimentos, ou o significado que as pessoas atribuem ao que se passa no mundo à sua volta. O objetivo da entrevista é permitir-nos “*entrar na perspectiva da outra pessoa*” (Patton, 2002, p. 340).

As técnicas de recolha de dados utilizadas neste estudo foram, predominantemente, entrevistas semiestruturadas aos médicos e líderes intermédios participantes, e análise documental relativa à caracterização das instituições e do contexto do estudo.

Para realização das entrevistas, foi instruído um processo administrativo junto dos hospitais participantes, incluindo pareceres internos das estruturas de investigação e das comissões de ética, culminando com a autorização dos órgãos de gestão (Anexo A).

Os entrevistados foram convidados a participar de forma voluntária, mediante o envio de convite, acompanhado de uma ficha de participação em estudo de investigação, com os objetivos e descrição do estudo, normas de investigação e de proteção de dados, e consentimento informado (Anexo B).

As entrevistas decorreram de forma presencial ou por teleconferência, utilizando a plataforma *Teams*, em caso de dificuldade ou preferência dos entrevistados. A entrevista foi gravada, mediante autorização prévia, posteriormente (24/48h) transcrita e codificada com dados anonimizados se necessário, incluídos em base de dados *Excel*, com total proteção da identidade dos entrevistados.

A parte estruturada da entrevista, como se pode observar no Guião das Entrevistas (Anexo C), destinou-se essencialmente a recolher dados sociodemográficos dos entrevistados para a respetiva caracterização. A parte não estruturada constituiu apenas uma lista de tópicos para a conversa com os entrevistados sobre a respetiva experiência vivida, facilitar o tratamento e a codificação das respostas.

À medida que a entrevista se desenvolvia, tendo presente as questões de investigação e os tópicos referidos, o investigador procurou saber quais os reais motivos que influenciaram a decisão de rescindir o contrato e em que contexto a mesma ocorreu. Porque nem sempre as explicações sobre esses motivos eram claras, o investigador procurou, na medida do possível, “*cavar abaixo da superfície*”, como aconselham Strauss e Corbin (2008, p. 48), ou entrar na “*caixa negra*” da motivação psicológica dos colaboradores, como refere Zhang (2003, p.25).

2.4 - Técnicas de tratamento de dados

A análise de dados é o processo de dar sentido aos dados obtidos e envolve, consolidar, reduzir e interpretar o que os entrevistados disseram e o que o investigador conhece e aprofundou sobre o fenómeno. Esses significados, entendimentos ou perceções constituem o resultado de um estudo. A análise de dados é o processo que entre os dados, identifica alguns segmentos para responder às questões da investigação (Merriam, 1988).

Na análise e tratamento dos dados, utilizou-se a metodologia *Gioia* (2013), uma abordagem sistemática indutiva ao desenvolvimento de conceitos e à investigação no âmbito da teoria fundamentada.

A opção por esta metodologia residiu na larga aplicação à pesquisa qualitativa de gestão e, como afirmam Langley e Abdallah (2011), por se ter tornado o padrão para a realização das pesquisas

interpretativas. Obviamente que, na perspectiva dos próprios autores, se trata de uma metodologia aberta à inovação e não de um “*livro de receitas*” (Gioia et al., 2013, p. 26).

Na aplicação da metodologia *Gioia* a análise de primeira ordem, equivalente à codificação aberta, apresentada por Strauss e Corbin (2009), consiste no processo de identificação dos conceitos e descoberta das propriedades nos dados. Nesta análise utilizou-se, conforme recomendado, os próprios termos dos entrevistados (códigos *in vivo*), sob a forma de frases ou segmentos de texto, com relevância para as questões da investigação preservando, na medida do possível, os significados das suas perspectivas e ações, conforme abordagem da metodologia de orientação descrita mais adiante.

A análise de segunda ordem corresponde à codificação axial, prevista no modelo de Strauss e Corbin (2009). Corresponde, ainda, à codificação seletiva, enquanto se procuram semelhanças e diferenças entre as várias categorias, com vista ao seu agrupamento ou redução. Uma vez alcançado e estabilizado um conjunto de temas e conceitos, para melhor sistematização, devem ser agregados em dimensões.

Depois desta agregação, resta-nos relacionar as dimensões, numa operação que corresponde à codificação teórica, inicialmente definida por Glaser e Strauss (1967), chegando assim a uma estrutura de dados.

A metodologia *Gioia* pretende demonstrar com rigor as conexões existentes entre dados e teoria (Gioia et al., 2013).

A estrutura de dados não só nos permite configurar os dados obtidos num formato de auxílio visual, mas também fornece uma representação gráfica (constelação de caixas, setas e flechas) de como progredimos dos dados brutos aos termos e temas incluídos na análise de dados, componente chave para demonstrar o rigor na pesquisa qualitativa (Pratt, 2008; Tracy, 2010). Como referem Gioia e colegas (2013), mesmo que apenas se tenha chegado a uma imagem estática de um fenómeno por natureza dinâmico.

No final, a estrutura de dados constituirá o substrato de conteúdos que ajudará a expor a narrativa e a contar a história analítica coerente desta investigação, integrando, assim, a teoria fundamentada (*grounded theory*) sobre o fenómeno em estudo.

Sobre a abordagem da metodologia de orientação seguida, assumindo que o mundo organizacional é construído socialmente e que os membros das organizações conseguem explicar os seus pensamentos, intenções e ações, recomendam os autores que os investigadores não devem influenciar os entrevistados com a sua experiência e prévio conhecimento da literatura, mas apenas dar-lhe voz, criando oportunidades de descoberta de novos conceitos, em alternativa aos conceitos existentes (Gioia et al., 2013).

Esta recomendação inscreve-se numa orientação naturalista. O objetivo é que a teoria emergja dos dados, seguindo procedimentos de codificação e um processo analítico rigoroso, ao ponto de os

autores considerarem que a metodologia é compatível com os padrões de pesquisa e análises quantitativas, passíveis de desenvolvimento em modelos mensuráveis e testáveis. Em vez de contrariar a pesquisa quantitativa tradicional, os autores assumem que a sua metodologia a complementa (Gioia et al., 2013).

Em sentido oposto, a orientação hermenêutica tem como pressuposto a falibilidade do conhecimento que produzimos, como interpretos subjetivos, perante a dificuldade da apreensão do mundo social, sem a experiência e conhecimentos dos investigadores, acrescentando, nomeadamente, que o significado também depende do contexto e este, por muito esforço, dificilmente é objetivável. Além de que, uma atitude crítica perante os dados e relatos obtidos do próprio papel do investigador e dos resultados a que se chega, só ajuda a melhorar a qualidade da investigação (Mees-Buss, 2022).

De facto, a interpretação é inevitável e está sempre presente, mesmo que se tentem utilizar com a maior fidelidade os termos e conceitos dos entrevistados, como fonte de dados. O seu sentido depende do enquadramento e interpretação que o investigador irá fazer, ao transformar essa informação em termos e conceitos mais técnicos e abstratos, normalmente do foro das ciências sociais ou da psicologia social e organizacional. Os investigadores associam, naturalmente, aos dados, *insights* teóricos e uma compreensão mais holística da situação social em análise.

Como afirma Van Maanen (2011, p.94), o processo de passar das conversas com os participantes para os *insights* teóricos, é mediado por “*duas camadas ou ordens de interpretação*”. A “*primeira camada de interpretação*” está logo na forma como se tenta aceder ao pensamento íntimo dos entrevistados e grau de abertura destes, sobre questões sensíveis da experiência vivida, como ocorreu nesta investigação. E uma “*segunda camada de interpretação*” dos dados obtidos, o seu real significado no contexto social e organizacional em concreto, que o investigador, apesar da sua experiência e contacto corrente com o tema, tentou conhecer melhor com a ajuda das líderes intermédios e alguma documentação institucional e oficial.

De acordo com Mees-Buss (2022), no modelo de Van Maanen (1979, p.540) os conceitos de primeira ordem representam a interpretação do investigador “*sobre o que as coisas representam para os participantes*”. Acrescenta, ainda, que o significado é mediado, em vez de ser diretamente acessível ao investigador. Os conceitos de segunda ordem são a conceção do investigador “*sobre o que é que está a acontecer*”. De acordo com esta corrente, é difícil admitir que a teoria emerge diretamente dos dados, mas é construída de forma ativa e imaginativa pelo investigador (Mees-Buss, 2022). Daí a necessidade de heurísticas, ou seja, questões para testar ou verificar a fiabilidade dos dados, das interpretações, do contexto, etc.

A perspetiva do investigador é que o método científico exige simultaneamente fontes credíveis de dados e uma visão crítica sobre os mesmos, o que só melhora a qualidade e a sua fiabilidade. O investigador deverá, junto dos participantes, como foi feito, tentar esclarecer todas as dúvidas, de

modo a evitar desvios, tanto quanto possível, do significado original. Contudo, caberá ao investigador a inserção no contexto macro e micro, bem como, utilizar contraditórios e testes que ajudem a clarificar o que realmente aconteceu. Na análise de segunda ordem, a interpretação e enquadramento efetuados pelo investigador, necessariamente com base no seu quadro de referência e conhecimentos adquiridos, são inevitáveis para chegar à teoria. Esta interpretação não impede, em nosso entender, que a teoria emergja a partir dos dados. Certamente que se exige ao investigador o maior rigor interpretativo e a utilização de heurísticas para reforçar esse rigor, o que foi feito.

Capítulo 3 - Análise de resultados

3.1 - Resultados das entrevistas dos médicos

Depois de analisar o conteúdo das entrevistas com os médicos, selecionaram-se 241 frases relevantes, utilizando os termos e conceitos dos entrevistados (TCE), como conceitos de 1ª ordem (códigos *in vivo*). Estes conceitos foram a seguir agrupados, de acordo uma orientação interpretativa rigorosa, como foi referido, em 52 categorias mais abstratas, ou conceitos de 2ª ordem. Finalmente, estes conceitos de 2ª ordem foram agrupados em 9 dimensões (Anexo D), sendo que as principais são: a *remuneração*; a *autonomia*; a *competência*; o *relacionamento*; a *liderança*; os *valores/interesses* e as *condições de trabalho*.

A matriz *infra* contém os resultados globais das entrevistas com os médicos, nas principais dimensões (Tabela 3.1).

Tabela 3.1 Síntese global dos resultados das entrevistas dos médicos

Entrevistados (E)																												Conceitos de 2ª ordem		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
x	x	x	x	x																					x		x	Compensação insuficiente		
														x															Ausência progressão na carreira	
																													Assimetria de remunerações	
																													Remuneração suplementar insuficiente	x
																													Avaliação desempenho injusta	
																													Proposta financeira vantajosa	
																													Falta de valorização	
																													Escolhi área de interesse	
																													Área de trabalho s/ interesse específico	
																													Falta de autonomia técnica	
																													Falta de autonomia funcional	
																													Inexistência de valência de interesse	
																													Beneficiei apoio formativo e diferenciação	
																													Falta apoio/estímulo para diferenciação	
																													Prejuízo investigação p/ pressão assistencial	
																													Autoinvestimento formação área de interesse	
																													Proposta tecnicamente vantajosa	
																													Não tinha disponibilidade para formação	
																													Esforço formativo à própria custa	x
																													Limitação técnica dos equipamentos	x
																													Bom relacionamento/ambiente	
																													Relacionamento difícil com a comunidade	
																													Ambiente difícil no serviço	
																													Fraco estímulo relacionamento	
																													Perda de espírito de equipa	
																													Liderança competente	
																													Falta oportunidades liderança	
																													Falta de envolvimento	
																													Fraca dinâmica clínica	
																													Fraco/ausência de reconhecimento	
																													Falta de apoio da liderança	
																													Falta de participação na decisão	
																													Falta de preocupação com o bem estar	
																													Prejuízo da equidade	
																													Falta visão inspiradora médio/longo prazo	
																													Falta otimização/responsabilidade recursos	x
																													Falta atitude proativa	
																													Não atribuição de horários reduzidos	
																													Organização do trabalho deficiente	
																													Falta autonomia para resolução problemas	
																													Horários não harmonizados c/ vida pessoal	
																													Dificuldade acumulação	x
																													Falta identificação com valores dominantes	
																													Falta de material/equipamento básico	
																													Excesso trabalho urgência	
																													Excesso de carga de trabalho	
																													Falta de organização dos processos	
																													falta condições logísticas gerais	
																													Falta de meios humanos	
																													Redução da equipa	x
																													Excesso de burocracia	
																													Falta de segurança	
																													Execução tarefas outros profissionais	

H1 H2 H3

Vejamos a seguir a apresentação e interpretação dos resultados, em cada uma das principais dimensões, sempre que possível com recurso aos TCE.

a) *A remuneração*

Uma das questões mais críticas na saúde é o estatuto remuneratório dos médicos. Já foi referido o impacto da crise financeira nos rendimentos dos médicos, em particular a forte redução das remunerações suplementares. O congelamento das progressões. A dificuldade dos jovens médicos acederem aos concursos de promoção. A prática de melhores condições remuneratórias no setor privado e social, ainda que associadas a maior eficiência e a ausência ou participação reduzida em escalas de urgência, constituem fortes atrativos para os jovens médicos.

Efetivamente a maioria dos médicos (17) referiu que as questões remuneratórias foram, senão o motivo principal, um dos principais motivos da cessação da relação de trabalho com o SNS (Tabela 3.2).

Tabela 3.2 Causas cessação da relação laboral – Dimensão remuneração

ENTREVISTADOS (E)																												Conceitos de 2ª ordem		Remuneração	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
x	x	x	x	x																										Compensação insuficiente	
		x	x											x																Ausência progressão na carreira	
															x															Assimetria de remunerações	
					x		x																							Remuneração suplementar insuficiente	x
								x	x																					Avaliação desempenho injusta	
	x																	x	x			x								Proposta financeira vantajosa	
								x																						Falta de valorização	

H1 H2 H3

Sobre o nível da remuneração praticada alguns médicos (7) afirmaram que era insuficiente, injusta e/ou causa de cessação. TCE: o vencimento nunca aumentou e sentiu que a remuneração deixou de ser compensadora (E3); sentia que auferia remuneração baixa para as necessidades e expectativa de vida que tinha (E4); a razão principal porque cessou o contrato teve que ver com a baixa remuneração (E26); possuía um ritmo de alta resolução e produtividade, que achava injusto não ser compensado financeiramente (E28).

Receberam propostas com condições financeiras mais vantajosas (4). TCE: foi atraída por contrato diferenciado (E2); a mudança ocorreu porque o contrato era mais vantajoso financeiramente (E18); o motivo principal da cessação foi o surgimento de uma proposta diferenciada (E19); entretanto surgiu uma proposta do setor privado, com melhor remuneração (E22).

Não beneficiaram de progressão na carreira ou a progressão foi um processo muito moroso (4). TCE: nunca foi promovido (E3); o processo de abertura de concurso para graduação foi muito demorado (E4); durante 8 anos no SNS, a posição na carreira nunca se alterou, nem mudou de vencimento (E14); um dos motivos pelos quais cessou contrato teve que ver com a ausência de progressão desde que iniciou funções (E25).

Sobre a remuneração suplementar afirmaram (3) que era insuficiente e pouco compensadora. TCE: reconhece que a remuneração à data, sobretudo em relação ao trabalho de urgência, não compensava o esforço (E5); a atividade adicional tem valores muito pouco compensadores para uma eventual centralização da atividade no hospital (E7).

Embora referida por médicos dos três hospitais, a dimensão remuneração foi referida maioritariamente por médicos do H1 (Tabela 3.2). De salientar que esta dimensão foi referida por todos os médicos de uma das especialidades, indiciando expectativas e práticas de mercado específicas nesta, como provavelmente noutras especialidades.

b) A autonomia

Na profissão médica a opção por áreas de interesse é uma necessidade específica e generalizada. É compreensível face à *expertise* exigida, considerando que dificilmente algum médico consegue manter atualizado o conhecimento e as práticas médicas, no âmbito de uma especialidade.

Esta característica, muito comum nas profissões que lidam com conhecimento e competências técnicas altamente especializados, coloca dificuldades funcionais e gestionárias frequentes aos líderes intermédios. O interesse profissional dos médicos pode não coincidir com as necessidades prioritárias a desenvolver em determinada especialidade, num hospital. Ou estas não serem do agrado dos médicos. A divergência quanto às áreas de interesse individual e institucional é um risco frequente nos hospitais, muito agravado pelos critérios de colocação em concursos nacionais (exclusivamente baseado nota final da formação específica). Esta divergência é motivo frequente de perda de autonomia e de insatisfação no processo de desenvolvimento de competências.

Mais de metade dos médicos (15) referiu ter escolhido a área de interesse da sua preferência (Tabela 3.3). TCE: a expectativa foi assegurar um perfil de funções polivalente, e esse caminho foi-lhe facilitado (E5); enquanto especialista escolheu a área de interesse e teve apoio institucional para a respetiva formação subespecializada (E9); desenvolveu a área de interesse pretendida, e contou com todo o apoio (E12); escolheu e desenvolveu área de interesse, que considerava muito diferenciada (E26).

Tabela 3.3 Causas cessação da relação laboral – Dimensão autonomia

ENTREVISTADOS (E)																												Conceitos de 2ª ordem		Autonomia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
x				x			x	x		x	x	x			x	x		x				x	x	x	x	x		x		Escolhi área de interesse	
x										x																				Área de trabalho sem interesse específico	
	x																													Falta de autonomia técnica	
		x		x																x										Falta de autonomia funcional	
										x								x												Inexistência de valência de interesse	

H1 H2 H3

Contudo, alguns médicos (6) não tiveram possibilidade de escolha da área de interesse, favorecendo a aceitação de novos projetos com essa perspetiva. TCE: ofereceu-se para ficar a trabalhar na área técnica onde se pretendia diferenciar (E1); saiu devido a proposta para se dedicar à área de interesse (E10).

Embora a diferença seja pouco significativa, constata-se que no H1 o número de médicos que escolheram a área de interesse foi reduzido, em parte devido à inexistência das valências pretendidas.

Em relação a alguns médicos que não escolheram a área de interesse, também não lhes foi garantida a autonomia técnica ou funcional.

c) *A competência*

A profissão médica é muito exigente no que respeita à diferenciação clínica e ao processo de desenvolvimento e atualização profissional. A aquisição e certificação de competências técnico-práticas, ocorre normalmente em grandes centros de referência, dotados do melhor conhecimento científico, com vasta casuística assistencial e capacidade de investimento em modernos equipamentos e dispositivos. Além do conhecimento e do domínio de técnicas, o desenvolvimento profissional inclui também a atividade de investigação clínica.

No que respeita aos apoios ao desenvolvimento profissional, uma parte considerável dos médicos (11), principalmente dos H1 e H2, assumiu ter contado com todo o apoio nesse percurso (Tabela 3.4). TCE: sempre teve possibilidade de desenvolver competências de acordo com o seu interesse (E2); sempre foi estimulada a fazer formação (E4); foi apoiado na formação subespecializada na área de interesse (E11); teve possibilidade de estagiar em bons centros, voltando com outra cabeça, com mais energia (E19).

Tabela 3.4 Causas cessação da relação laboral – Dimensão competência

ENTREVISTADOS (E)																												Conceitos de 2ª ordem		Competência		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28					
	x		x	x	x						x				x			x				x	x	x	x		x			Benefícios de apoio formativo e diferenciação		
x																															Falta apoio/estímulo para diferenciação	
					x	x																									Prejuízo investigação p/ pressão assistencial	
																															Proposta tecnicamente vantajosa	
										x																					Não tinha disponibilidade para formação	
																															Esforço formativo à propria custa	x
																															Limitação técnica dos equipamentos	x

H1 H2 H3

Todavia, a maior parte dos médicos (15) referiu constrangimentos de vária ordem no processo formativo e de desenvolvimento profissional.

Uma parte referiu ausência de condições para se diferenciar. TCE: no internato, por falta de recursos, assegurava vários papéis e competências que não nos cabiam, nem resolviam os problemas (E9); nem sempre conseguiu ir a congressos relevantes para as áreas de interesse profissional (E20).

A falta de atualização de equipamentos por dificuldades de investimento causou em alguns casos limitações técnicas. TCE: não teve apoio para substituição de equipamento por modelo mais atualizado (E16); o desenvolvimento profissional estagnou devido à limitação técnica dos equipamentos disponíveis (E28).

Precisamente um dos aliciantes oferecidos na celebração dos novos contratos foi a disponibilização de equipamentos atualizados e avançados, conforme referido por alguns médicos (E22).

Conhecendo-se o elevado preço de estágios e cursos técnicos promovidos por entidades de referência, a responsabilidade dos médicos pelo custo total ou mesmo parcial, traduz-se em constrangimentos com impacto negativo no seu desenvolvimento profissional. TCE: apesar do pouco

tempo para aquisição de competências, foi um esforço essencialmente à sua custa (E8); o ganhar mais permitia por exemplo custear a título particular formação de qualidade e muito cara (E19); a formação e diferenciação adquirida não foi um custo da instituição, mas próprio ou parceria com empresa (E28).

Alguns entrevistados admitiram ter solicitado a entidades terceiras o financiamento de várias ações formativas, situação muito comum no SNS. A referência ao financiamento pelas instituições de origem, foi muito pontual.

No que respeita à investigação clínica, vários médicos (5) dos três hospitais referiram constrangimentos associados à pressão assistencial e a secundarização face a esta atividade.

d) *O relacionamento*

Sendo o ambiente e concretamente o relacionamento com a comunidade, com os colegas ou com a chefia, requisitos importantes para o bem-estar e satisfação dos colaboradores, foi significativo o número de médicos (10) que referiu ter vivido uma experiência positiva (Tabela 3.5). TCE: o bom relacionamento foi sempre estimulado e sempre foi um ponto forte do serviço e dos membros da equipa (E8); o ambiente de trabalho era bom, predominando a coesão, solidariedade, respeito, proatividade na resolução de problemas (E9); o ambiente de trabalho e relacionamento com colegas e chefia eram bons (E28).

Tabela 3.5 Causas cessação da relação laboral – Dimensão relacionamento

ENTREVISTADOS (E)																												Temas de 2ª ordem		Relacionamento
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28			
	x				x		x	x	x	x	x				x			x							x		x	x	Bom relacionamento/ambiente	
												x		x	x		x		x		x		x						Relacionamento difícil com a comunidade	
	x																												Ambiente difícil no serviço	
																						x							Fraco estímulo relacionamento	
																													Perda de espírito de equipa	

■ H1 ■ H2 ■ H3

Contudo, o número de médicos que referiu constrangimentos de relacionamento e no ambiente de trabalho, foi idêntico (10). TCE: a pressão crescente do trabalho, a degradação da relação interprofissional, a redução de equipas, foi degradando o ambiente (E13); as dificuldades de relacionamento na equipa contribuíram para a decisão de saída (E15); o ambiente da urgência era um pouco hostil, tipo cada um por si (E18); com a degradação do ambiente no serviço e no hospital, começou a não ter vontade de ir para o trabalho (E22).

De salientar que no H1 apenas 1 médico referiu existir um bom relacionamento e ambiente de trabalho.

e) *A liderança*

A liderança tem um papel fundamental na retenção de profissionais. A concretização do percurso profissional escolhido e das expectativas profissionais, dependem muito do esforço e investimento pessoal dos médicos. Mas dependem igualmente dos líderes intermédios. Comunicar e envolver a equipa numa visão inspiradora a médio/longo prazo. Proporcionar ou não uma área de interesse desafiante e de acordo com a expectativas. Promover a autonomia técnica e funcional. Criar condições

para o desenvolvimento profissional. Promover um bom relacionamento e ambiente de trabalho. Incentivar a participação na decisão.

Apenas 2 médicos referiram expressamente ter trabalhado com líderes competentes (Tabela 3.6). TCE: liderança com preocupação com o bem-estar dos profissionais, sentiu-se valorizado (E3); sempre houve preocupação da hierarquia em conciliar trabalho com expectativas profissionais (E4).

Tabela 3.6 Causas cessação da relação de trabalho – Dimensão liderança

ENTREVISTADOS (E)																												Conceitos de 2ª ordem			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28				
			x	x																										Liderança competente	Liderança
x																														Falta oportunidades liderança	
x																														Falta de envolvimento	
x																														Fraca dinâmica clínica	
	x																													Fraço/ausência de reconhecimento	
	x																													Falta de apoio da liderança	
		x																												Falta de participação na decisão	
		x																												Falta de preocupação com o bem estar	
			x																											Prejuízo da equidade	
					x																									Falta visão inspiradora médio/longo prazo	
						x																								Falta otimização/responsabilidade recursos	
							x																							Falta atitude proativa	
														x																Não atribuição de horários reduzidos	
															x															Organização do trabalho deficiente	
																														Falta de autonomia resolução problemas	

H1 H2 H3

Quase todos os médicos (19) apontaram algumas limitações ou oportunidades de melhoria do exercício da liderança.

Na falta de participação nas decisões (4). TCE: mudou para um serviço onde sentiu que deixava de participar no desenho do seu percurso (E3); o apelo à gestão sobre escassez de recursos, necessidade de renovação devido à idade, condições de trabalho não surtiu efeito (E7); alertou a liderança para o horário inconveniente, sem resultado, apesar de alterado após a sua saída (E21);

Na falta de autonomia para resolução de problemas (4). TCE: papel muito limitado das líderes intermédios na alteração fatores contextuais e determinantes do trabalho (E6); a alguns projetos e iniciativas, envolvendo custos ainda que marginais, eram criados obstáculos pela Administração (E9); apesar do CRI ser um bom modelo, a percepção é que tudo é decidido pela Administração e pouco pelo diretor serviço (E14);

Na falta de atribuição de horários reduzidos (4). TCE: a opção por redução de horários não era considerada, nem houve qualquer contrapartida no momento da saída (E14); no setor privado além de trabalhar com ex-colegas, teve acesso a um horário mais reduzido, com um vencimento superior (E16); o serviço depois da sua saída começou a autorizar horários a tempo parcial (E27);

Foram ainda alegados outros aspetos a melhorar, nomeadamente:

- Falta de otimização/responsabilidade pela utilização de recursos (3);
- Falta de apoio (3);
- Falta de organização do trabalho (3);
- Práticas envolvendo quebra de equidade (3);
- Falta de reconhecimento (2);
- Falta de visão inspiradora (2);

- Falta de dinâmica clínica (2).

f) *Os valores/interesses*

Questão complexa e sensível é a harmonização dos valores e interesses individuais e institucionais.

Um dos aspetos mais referidos pelos entrevistados (9), foi a dificuldade de conciliar os horários a praticar, com a vida pessoal (Tabela 3.7). TCE: não conseguia conciliar o horário e o elevado volume de trabalho extra com a vida pessoal (E4); volume excessivo de horas de urgência (24/semana) com desgaste acumulado e repercussões vida pessoal e social (E5); a dificuldade em conciliar com vida pessoal era óbvia, mas para não contrariar a dinâmica de grupo, ia continuando o sacrifício (E7).

Tabela 3.7 Causas cessação da relação laboral – Dimensão valores/interesses

ENTREVISTADOS (E)																												Conceitos de 2ª ordem			Valores/ interesses
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Horários não harmonizados c/ vida pessoal	Dificuldade acumulação	Falta identificação com valores dominantes	
x	x		x	x	x	x					x	x	x			x				x								x			

■ H1 ■ H2 ■ H3

Outro aspeto difícil de conciliar é a atividade profissional com a acumulação de funções noutros serviços públicos, privados ou do setor social, conforme referido por alguns médicos (5). TCE: a liderança não se mostrava recetiva a fazer alterações de escala, visto a troca implicar alterações de escala de outros colegas (E12); com a pressão dos doentes a aumentar e a acumulação de doentes no privado, pouco tempo sobrava para a família (E14).

Esta diferença de valores/interesses é mais notória nos médicos do H1.

g) *A falta de condições de trabalho*

Um grande número de médicos (22) referiu existirem falta de condições de trabalho (Tabela 3.8).

Tabela 3.8 Causas cessação da relação laboral – Dimensão condições de trabalho

ENTREVISTADOS (E)																												Conceitos de 2ª ordem			Condições de trabalho							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	Falta de material/equipamento básico	Excesso trabalho urgência	Excesso de carga de trabalho		Falta de organização dos processos	Falta condições logísticas gerais	Falta de meios humanos	Redução da equipa	Excesso de burocracia	Falta de segurança	Execução tarefas outros profissionais
x					x													x																				

■ H1 ■ H2 ■ H3

A subcategoria mais referida foi o excesso de turnos/carga de trabalho de urgência (15). TCE: chegou a fazer 2 e 3 bancos por semana, com prejuízo da família e os colegas acharem que era normal (E2); urgência bastante exigente, fim de linha, stressante, pela complexidade, alta pressão, com poucos elementos na equipa (E5); a excessiva carga de urgência (bancos 24h) e horas extra, independentemente da anuência, tornou-se violência física e psíquica (E7).

O excesso da carga normal de trabalho também foi muito referido (9). TCE: o serviço fica assoberbado com os casos complexos transferidos por falta de capacidade técnica, mais os casos simples (E7);

com o passar dos tempos sentiu-se, como toda a equipa, assoberbada de trabalho, prestado sem a qualidade que esperava (E9); nos últimos anos a pressão assistencial cresceu imenso, saíram vários colegas e o hospital não contratou ninguém (E14).

Enquanto o excesso de turnos /carga de trabalho de urgência foi mais indicado pelos médicos do H1 e H3, no H2 foi mais referido o excesso de carga normal de trabalho.

A falta de recursos humanos ou a redução de equipas foi referida por 6 médicos. TCE: vivenciou as consequências do aumento do trabalho assistencial e a escassez de recursos (E4); nos últimos anos houve desinvestimento no serviço e os investimentos só se faziam a muito custo (E14).

3.2 - Resultados das entrevistas com os líderes intermédios

Depois de analisar o conteúdo das entrevistas com os líderes intermédios, seleccionámos 138 frases relevantes, sempre que possível utilizando os TCE, em conceitos de 1ª ordem (códigos *in vivo*), como se pode verificar no Anexo E, que agrupámos em 51 categorias mais abstratas, ou conceitos de 2ª ordem. Finalmente agrupámos estas categorias em 5 dimensões principais: a *liderança*; as *práticas de recursos humanos*; os *novos valores*; as *condições de trabalho* e as *necessidades psicológicas básicas*.

A atratividade e a retenção nos serviços clínicos dependem principalmente do nível de diferenciação clínica oferecido. Esta categoria é crítica relativamente à generalidade dos médicos, cuja expectativa é desenvolverem atividades e competências diferenciadoras. Contudo, o *portfólio* de áreas de diferenciação depende do perfil de hospital e da diferenciação clínica das equipas. Assim, um hospital central (Grupo E) possui normalmente todas as valências de uma especialidade, enquanto um hospital de tipologia mais baixa (Grupo B), apenas possui algumas valências.

Vejamos a matriz dos resultados globais das entrevistas com os líderes intermédios (Tabela 3.9).

Tabela 3.9 Síntese global dos resultados das entrevistas das líderes intermédios

LIDERANÇAS INTERMÉDIAS (L)													Conceitos de 2ª ordem	Dimensões	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
													x	Dificuldades por insuficiente formação	Lideranças
							x							Falta de alinhamento com liderança de topo	
								x						Impossibilidade de criar visão de médio/longo prazo	
x	x													Impossibilidade proporcionar escolha autónoma área de interesse	
		x												Dificuldade tomada decisões racionais face à dependência médicos	
x	x	x												A missão exclui áreas de interesse diferenciadas	
														Falta de instrumentos adequados para retenção	
														Dificuldade realização de reuniões de serviço devido à rotatividade	
														Intermediário entre CA e equipas, para gerir conflitos	
														Falta participação nas decisões estratégicas	
														Falta de autonomia de decisão	
														A importância de atribuição de responsabilidades na motivação	
														A importância da atividade adicional e dos CRIs na motivação	
														Participação na tomada de decisão	
														Falta de determinação da liderança	
														Horário de urgência excessivo devido ao staff reduzido	Práticas de Recursos Humanos
x														Excesso de trabalho assistencial devido ao staff reduzido	
														Dificuldades devido à assimetria de remunerações	
														Não aceitação da avaliação de desempenho	
														Falta tempo/condições para atividades técnico-científicas	
														Impossibilidade gozo/pagamento folgas	
														Falta de vagas favorece mobilidade para o setor privado	
														Formação pós graduada setor privado reforça atratividade	
														Formação especializada sem apoio institucional	
														Necessidade de não ultrapassar o limite legal de horas extra	
														Necessidade de manutenção atividade adicional (CRI's)	
														Dificuldade de retenção devido aos baixos salários	Novos valores
x	x	x												Dificuldade em lidar com valores das novas gerações	
														Dificuldade de ajustar horários aos interesses pessoais	
														Dificuldade assegurar práticas de qualidade	
														Não é importante a relação de pertença	
														Não valorizam cargos de responsabilidade	
														Preferência por resultados imediatos	
														Valorizam a empregabilidade	
														Valorizam equipa multidisciplinar	
														Contrato dedicação plena não é atrativo (40H)	
														Preferência horários reduzidos e acumulação com privado	
														Preferência horários reduzidos (4 dias) e dia livre	
														Preferência horários reduzidos e uma parte do trabalho remoto	
														Falta de condições físicas	Condições de Trabalho
														Falta de condições técnicas	
														Falta de apoios (logística/equipa multiprofissional)	
														Trabalho pesado (volume trabalho/casos complexos)	Necessidades psicológicas básicas
x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	A importância da autonomia, competência e relacionamento, na motivação	
														Dificuldade de atribuição autonomia	
														Dificuldade de apoio competência	
														Dificuldade de manter bom relacionamento	

H1 H2 H3

Vejamos a seguir a apresentação e interpretação dos resultados em cada dimensão.

a) A liderança

A quase totalidade dos líderes intermédios (11) admitiram alguns constrangimentos no exercício do cargo, aliás muito variados (Tabela 3.10).

Tabela 3.10 Causas cessação da relação laboral – Dimensão liderança

LIDERANÇAS INTERMÉDIAS (L)													Conceitos de 2ª ordem		Lideranças
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
							x		x			x	Dificuldades por insuficiente formação		
					x		x						Falta de alinhamento com liderança de topo		
													Impossibilidade de criar visão de médio/longo prazo		
x	x												Impossibilidade de proporcionar escolha autónoma da área de interesse		
	x								x				Dificuldade da tomada de decisões racionais face à dependência médicos		
x	x	x								x			A missão exclui áreas de interesse diferenciadas		
	x												Falta de instrumentos adequados para retenção		
		x											Dificuldade de realização de reuniões de serviço devido à rotatividade		
					x								Intermediário entre CA e equipas, para gerir conflitos		
							x						Falta participação nas decisões estratégicas		
								x					Falta de autonomia de decisão		
		x									x	x	A importância de atribuição de responsabilidades na motivação		
											x	x	A importância da atividade adicional e dos CRIs na motivação		
			x				x						Participação na tomada de decisão		
												x	Falta de determinação da liderança		

■ H1 ■ H2 ■ H3

A impossibilidade de desenvolver a diferenciação dos serviços para além da respetiva missão, foi referida por 4 líderes intermédios. TCE: o serviço não dispõe, nem proporciona todas condições técnicas da especialidade (L1); o perfil de hospital dificulta o recrutamento - faz de tudo, não se especializa em nada (L2); a saída de médicos jovens está associada à impossibilidade de implementação de novas técnicas, como áreas de interesse (L10).

A adequação das equipas ao perfil e missão institucional e a manutenção de elevados níveis de retenção constitui um dos maiores desafios dos líderes intermédios e dos órgãos de gestão. É por vezes tentador ir além da missão dos serviços como estratégia reputacional e/ou de retenção de profissionais, principalmente no caso de hospitais de baixa tipologia.

Outro dos constrangimentos referidos pelos líderes intermédios (3) é a dificuldade gestonária em áreas de elevada complexidade, por falta de formação específica e de apoio institucional para o efeito. TCE: a gestão de topo não proporcionou às líderes intermédios formação preparatória para o exercício do cargo (L8); a formação dos líderes intermédios na área da gestão e liderança, para lidar com problemas complexos, é muito insuficiente (L10); a liderança intermédia necessita de maior suporte formativo da instituição para lidar com temas de maior complexidade (L13).

A dificuldade de alinhamento com a gestão de topo foi outro dos constrangimentos referidos (2). TCE: a autonomia das líderes intermédios está muito diluída devido às decisões contrárias da gestão de topo (L8); o alinhamento da visão entre o nível intermédio e de topo tem sido difícil de alcançar (L11).

A instabilidade vivida nos serviços de saúde, com mudanças constantes, impossibilita com frequência o desenvolvimento de uma visão de médio/longo prazo (1). TCE: estamos numa fase de transição, mas não conseguimos definir o futuro (L6); é preciso ter planos de concursos a médio prazo e garantir estabilidade para haver segurança entre expetativas e contratação (L6).

Os líderes intermédios referiram outros constrangimentos, embora de forma pontual, bem como, algumas oportunidades de melhoria do exercício do cargo, como se pode observar na anterior tabela.

b) *As práticas de recursos humanos*

A maior parte dos líderes intermédios (9), como se pode verificar na Tabela 3.11, referem existir práticas de recursos humanos que contribuem para a insatisfação e eventual rescisão de contratos.

Tabela 3.11 Causas cessação da relação laboral – Dimensão práticas de recursos humanos

LIDERANÇAS INTERMÉDIAS (L)													Conceitos de 2ª ordem	Práticas de Recursos Humanos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
		x							x	x		x	Horário de urgência excessivo devido ao staff reduzido	
x				x									Excesso de trabalho assistencial devido ao staff reduzido	
	x	x											Dificuldades devido à assimetria de remunerações	
		x											Não aceitação da avaliação de desempenho	
				x				x					Falta tempo/condições para atividades técnico-científicas	
				x									Impossibilidade gozo/pagamento folgas	
					x								Falta de vagas favorece mobilidade para o setor privado	
					x								Formação pós graduada setor privado reforça atratividade	
									x				Formação especializada sem apoio institucional	
										x			Necessidade de não ultrapassar o limite legal de horas extra	
					x			x		x			Necessidade de manutenção atividade adicional (CRI's)	

■ H1 ■ H2 ■ H3

As práticas referidas pelos líderes intermédios com maior expressão foram:

- O excesso de horas de urgência (L3; L10; L11; L13);
- O excesso de trabalho programado (L1; L5; L11);
- A falta de apoio para a formação especializada (L2; L3);
- A assimetria de remunerações (L2; L3);
- A falta de tempo para atividades técnico científicas (L5; L9).

Quanto às práticas sugeridas pelos líderes intermédios, as mais referidas foram a manutenção de atividade adicional, incluindo em modelos de CRI, essencialmente como forma de compensar os baixos salários (L5; L9; L11) e a necessidade de não ultrapassar o limite legal das horas extraordinárias (L6; L11).

c) *Novos valores*

Quase todos os líderes intermédios (10) referem dificuldades de retenção associadas a alguns novos valores que reconhecem nos médicos (Tabela 3.12), nomeadamente:

- Aos baixos níveis de salários (L2; L3; L4; L8; L9; L11; L13);
- A dificuldade de compatibilização do interesse dos serviços com alguns valores de identificação das gerações mais jovens (L2; L4).

Tabela 3.12 Causas cessação da relação laboral – Dimensão novos valores

LIDERANÇAS INTERMÉDIAS (L)													Conceitos de 2ª ordem		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
	x	x	x					x	x		x		x	Dificuldade de retenção devido aos baixos salários	Novos valores
	x		x											Dificuldade em lidar com valores das novas gerações	
		x												Dificuldade assegurar práticas de qualidade	
		x												Não é importante a relação de pertença	
		x												Não valorizam cargos de responsabilidade	
			x											Preferência por resultados imediatos	
				x										Valorizam a empregabilidade	
				x										Valorizam equipa multidisciplinar	
					x			x		x				Contrato dedicação plena não é atrativo (40H)	
					x			x		x	x			Preferência horários reduzidos e acumulação com privado	
								x		x				Preferência horários reduzidos (4 dias) e dia livre	
										x				Preferência horários reduzidos e uma parte do trabalho remoto	

■ H1 ■ H2 ■ H3

As divergências referidas pelos líderes intermédios referentes aos novos valores, são as seguintes:

- Não é importante a relação de pertença com as instituições (L3);
- Não valorizam ou recusam tarefas/projetos envolvendo atribuição de responsabilidades (L3);
- Manifestam a preferência por resultados imediatos (L4).

Contudo, também são referidos alguns novos valores como importantes a salvaguardar na relação de trabalho, pese embora a dificuldade de implementação, nomeadamente:

- A preferência por horários reduzidos e acumulação privada (L6; L9; L11; L12);
- A preferência de horários reduzidos com 4 dias de trabalho e 1 dia livre (L9; L11);
- A valorização de horários reduzidos e uma parte integrando trabalho remoto (L11);
- A valorização da empregabilidade (L5);
- A assunção de práticas de qualidade (L3);
- A valorização da equipa multidisciplinar (L5).

Igualmente relevante é a perceção do contrato em regime de dedicação plena não constituir uma solução atrativa, designadamente devido ao horário excessivo a praticar (L6; L9; L11).

d) *As condições de trabalho*

A falta de condições de trabalho foi referida por 4 líderes intermédios, sendo que o trabalho pesado (no sentido da quantidade e da complexidade), foi a mais referida (Tabela 3.13).

Tabela 3.13 Causas cessação da relação laboral – Dimensão condições de trabalho

LIDERANÇAS INTERMÉDIAS (L)													Conceitos de 2ª ordem		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
		x												Falta de condições físicas	Condições de Trabalho
		x												Falta de condições técnicas	
							x	x						Falta de apoios (logística/equipa multiprofissional)	
							x	x	x					Trabalho pesado (volume trabalho/casos complexos)	

■ H1 ■ H2 ■ H3

e) *As necessidades psicológicas básicas*

Pela importância atribuída pelos próprios médicos e pelos líderes intermédios à escolha da área de interesse, ao desenvolvimento de competências técnicas e à necessidade de promover e manter um bom ambiente e bom relacionamento. Considerando que estes fatores integram o conceito de necessidades psicológicas básicas sendo esta satisfação o pressuposto da motivação intrínseca (Ryan & Deci, 2017), entendeu-se fazer sentido a sua abordagem conjunta e integrada.

Efetivamente a importância destes fatores na motivação intrínseca foi reconhecida por 11 líderes intermédios, como se pode verificar na Tabela 3.14, abrangendo todos os hospitais.

Tabela 3.14 Causas cessação da relação laboral – Dimensão necessidades psicológicas básicas

LIDERANÇAS INTERMÉDIAS (L)													Conceitos de 2ª ordem			Necessidades psicológicas básicas
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13				
x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	A importância da autonomia, competência e relacionamento, na motivação			
						x			x				Dificuldade de atribuição autonomia			
			x			x	x		x				Dificuldade de apoio competência			
						x							Dificuldade de manter bom relacionamento			

■ H1 ■ H2 ■ H3

Relativamente aos constrangimentos foi invocada a dificuldade de desenvolver a formação e o desenvolvimento profissional (L4; L7; L8; L10), e a autonomia funcional (L7; L10), ambas do H2. Apenas 1 líder intermédio referiu dificuldades em manter um bom ambiente e relacionamento (L7).

3.3 - Resultados globais

Após análise das causas referidos pelos médicos e pelos líderes intermédios relativamente às várias dimensões, analisemos os resultados globais das entrevistas.

A principal causa de cessação da relação de trabalho com o SNS referida pelos médicos entrevistados (89%) e também validada pelos líderes intermédios (85%), foi a dificuldade de satisfação das necessidades psicológicas básicas incluindo, designadamente, a ausência de escolha da área de interesse, os constrangimentos ao desenvolvimento de competências e o nível pouco saudável do ambiente e relacionamento (Figura 3.1)



Figura 3.1 Causas da cessação da relação de trabalho com o SNS

A falta de condições de trabalho foi a segunda causa identificada pelos médicos (79%), nomeadamente o excesso de trabalho de urgência e o excesso de trabalho programado. Os líderes intermédios confirmaram o excesso de trabalho de urgência e programado, alegando ser uma consequência da falta de recursos.

A terceira causa identificada foi a liderança (64%), nomeadamente a não atribuição de horários reduzidos, a falta de participação na decisão e a falta de autonomia para a resolução de problemas. Os líderes intermédios, além de referirem a falta de suporte formativo organizado e estruturado, que os habilite “*a lidar com problemas de maior complexidade*” (L13), invocam uma multiplicidade de limitações com impacto na relação de trabalho com os médicos. Identificam ainda um conjunto relevante de oportunidades de melhoria.

Apesar das condições remuneratórias para o senso comum serem a causa principal associada ao elevado *turnover* dos profissionais médicos, o presente estudo clarificou essa perspetiva, reconhecendo a sua relevância (61%), entre outras causas de igual ou superior relevância. Os líderes intermédios confirmam a dificuldade de retenção associada aos baixos salários e procuram minimizar esta dificuldade recorrendo a programas de atividade adicional e modelos de organização em CRI’s com incentivos financeiros, ambos com impacto positivo nas remunerações suplementares.

Por fim a dificuldade de conciliar valores/interesses (43%), nomeadamente a dificuldade de harmonizar horários com a vida pessoal e a manutenção da acumulação de funções com o setor social e privado. Os líderes intermédios alegam dificuldades de compatibilização de alguns dos novos valores dos médicos, como a preferência por horários reduzidos, mas reconhecem a sua importância.

3.4 - Conexões entre as dimensões

Apesar do propósito deste estudo não abranger a relação entre as causas de cessação, os resultados suscitam bastantes questões, que nos pareceram interessantes de abordar, de forma essencialmente empírica, em termos das conexões mais relevantes.

A primeira é a conexão entre as condições remuneratórias e a satisfação das necessidades psicológicas. Como se pode verificar na Tabela 3.15 os resultados são os seguintes:

Tabela 3.15 Conexão entre as condições remuneratórias e as necessidades psicológicas básicas

Entrevistado	Remuneração	Autonomia	Competências	Relacionamento
E1	x		x	
E2	x	x		x
E3	x			
E4	x	x		
E5	x		x	x
E6	x		x	x
E7	x			
E8	x		x	
E9	x		x	
E14	x			x
E15	x		x	x
E18	x	x		x
E19	x		x	
E22	x		x	x
E25	x			
E26	x			
E28	x		x	
E10		x		
E11				
E12			x	
E13				x
E16				x
E17			x	
E20		x	x	x
E21			x	
E23			x	
E24				x
E27			x	
C/satisfação necessidades psicológicas				
S/satisfação necessidades psicológicas				

- Apenas 5 médicos referiram satisfação plena das necessidades psicológicas básicas, ainda que tenham referido causas associadas às condições remuneratórias;
- As diferenças de perfil entre os médicos que referiram causas associadas às condições remuneratórias (17), e os que não referiram (11), no que respeita à satisfação de necessidades psicológicas básicas, não são evidentes.

Do exposto é possível concluir, em sentido contrário à percepção geral, que não existe uma conexão clara entre as causas associadas às condições remuneratórias e a motivação intrínseca. Colaboradores intrinsecamente motivados referem causas associadas às condições remuneratórias e entre os que apresentam défices de motivação intrínseca, não há uma predominância clara dos que invocam causas associadas às condições remuneratórias (13).

Outra questão relevante é perceber as causas e algumas conexões, quando as condições remuneratórias não influenciaram a decisão de deixar a organização. Vejamos esse detalhe nos resultados na Tabela 3.16.

Tabela 3.16 Médicos que não referiram condições remuneratórias – conexão das causas de cessação referidas

Entrevistados (E)											Dimensões
10	11	12	13	16	17	20	21	23	24	27	
											Insatisfação com remuneração
x						x					Insatisfação com autonomia
		x		x	x	x	x	x		x	Insatisfação com competências
			x			x			x		Insatisfação com relacionamento
	x						x			x	Insatisfação com liderança
					x	x	x				Insatisfação com valores/interesses
x	x	x	x	x				x		x	Insatisfação com condições de trabalho

■ H1 ■ H2 ■ H3

- Os médicos que não referiram causas associadas às condições remuneratórias, são maioritariamente do H2, e só 1 do H1, apresentando causas múltiplas para a cessação da relação de trabalho;
- Quase todos os médicos (10) referem insatisfação das necessidades psicológicas básicas, principalmente com o desenvolvimento de competências e são maioritariamente do H2;
- A maioria dos médicos também refere insatisfação com as condições de trabalho (7), sendo que os relativos ao H3 justificam com o excesso do trabalho de urgência (Ver Tabela 3.8). Alguns médicos referem dificuldades na obtenção de horários mais reduzidos, essencialmente devido à necessidade de conciliação com a acumulação de funções.

A insatisfação quanto ao desenvolvimento profissional, como vimos, resulta essencialmente da pressão motivada pela atividade assistencial.

O excesso de trabalho de urgência e de trabalho programado dificultam naturalmente a compatibilização de valores e interesses, nomeadamente no que respeita à harmonização com a vida pessoal e é justificado pelos líderes intermédios com a escassez de recursos.

Também a dificuldade na concessão de horários reduzidos resulta essencialmente da escassez de recursos mas, principalmente, do receio de se criarem precedentes e evitar modelos de equipas a tempo parcial, já presentes em algumas especialidades do SNS.

A razão da liderança ser pouco referida deve-se, em nosso entender, ao reconhecimento do caráter sistémico e estrutural das causas referidas.

Relativamente a outros tipos de conexões entre dimensões, como se pode verificar na Tabela 3.17, não encontramos conexões significativas, nomeadamente quanto à insatisfação com o excesso de trabalho de urgência e trabalho programado, ou com a liderança.

Tabela 3.17 Outras conexões entre dimensões

Entrevistado	Remuneração	Autonomia	Competencias	Relacionamento	Liderança	Cond. Trabalho
E1	x		x		x	xx
E2	x	x		x	x	xx
E3	x				x	x
E4	x	x				xx
E5	x		x	x		xx
E6	x		x	x	x	xx
E7	x				x	xx
E8	x		x		x	xx
E9	x		x		x	xx
E14	x			x	x	xx
E15	x		x	x		xx
E18	x	x		x		
E19	x		x		x	xx
E22	x		x	x		xx
E25	x				x	x
E26	x				x	
E28	x		x		x	x
E10		x				xx
E11					x	xx
E12			x			xx
E13				x	x	xx
E16				x	x	xx
E17			x			
E20		x	x	x	x	
E21			x		x	
E23			x			x
E24				x		
E27			x		x	xx

x- Insatisfação

xx - Insatisfação com excesso urgência e trabalho programado

Capítulo 4 - Discussão dos resultados

Apesar da percepção geral das condições remuneratórias serem a causa principal de cessação da relação de trabalho dos médicos com o SNS, não obstante a relevância reconhecida, este estudo veio comprovar que as causas do elevado *turnover* são essencialmente de natureza múltipla.

A insatisfação das necessidades psicológicas básicas, com impacto negativo absoluto na motivação intrínseca e a insatisfação com as condições de trabalho, foram as causas mais referidas.

A melhoria global das condições remuneratórias, na sequência da degradação salarial ocorrida durante mais de uma década, poderá, de facto, melhorar a retenção de profissionais no SNS. E as condições remuneratórias não abrangem só a remuneração base. O fraco desenvolvimento e progressão na carreira, além de ter sido referido por muitos médicos, é de facto um dos motivos principais do *turnover* como atestam vários estudos no setor da saúde (Raman, 2023).

A introdução nos últimos anos de fatores de majoração das remunerações suplementares, ainda que se compreenda na ótica da retenção de alguns profissionais, particularmente em áreas mais expostas à atratividade do setor social e do setor privado, poderá agravar a assimetria salarial e, conseqüentemente, o *turnover*.

Esta prática, ao estimular a motivação extrínseca, como afirmam Ryan e Deci (2017) e se confirmou em vários estudos, pode prejudicar a motivação intrínseca. A natureza contingente destas remunerações, nomeadamente os incentivos ao desempenho previstos em muitos CRI's, pode representar um efeito controlador pouco sustentável, afetar a motivação intrínseca e a motivação autónoma.

Em sentido ligeiramente diferente, Rubenstein et al. (2017), na sua meta análise de 316 artigos sobre a relação da remuneração com o *turnover*, provavelmente a maior evidência científica sobre este tema, conclui que existe um efeito negativo, ou seja, a probabilidade de saída dos colaboradores com remunerações inferiores é de facto maior, mas é uma relação de efeito pequeno ou moderado.

A utilização das remunerações suplementares requer por estes motivos algumas cautelas de implementação. É necessário que este instrumento seja utilizado preferencialmente para reforçar a autonomia e a competência, requerendo em nosso entender, adequação da regulamentação e reforço das competências dos líderes intermédios.

No que se refere à criação recente do novo regime de dedicação plena, solução adotada pelo Ministério da Saúde para melhorar a retenção de médicos no SNS, nem médicos, nem líderes intermédios, aparentam depositar grandes esperanças na atratividade deste regime, em virtude de manter um horário alargado (40h) e alargar o limite legal de horas extraordinárias. No presente estudo foi evidenciada a preferência de muitos médicos por horários reduzidos e o excesso de trabalho de urgência uma das causas principais do *turnover*.

Relativamente à insatisfação com as necessidades psicológicas básicas, o estudo confirmou serem fatores inerentes à profissão médica e a causa com maior relevância. A escolha da área de interesse, que integra a autonomia, o desenvolvimento de competências e o relacionamento, quando não satisfeitas, agravam o risco de *turnover*.

Os líderes intermédios alegam que a dificuldade de permitirem a escolha da área de interesse a todos os médicos, além da pressão assistencial, se deve à dificuldade de desenvolver valências diferenciadas, que a missão dos serviços nem sempre comporta. E a falta de autonomia é determinante na satisfação das restantes necessidades psicológicas, como referem Ryan & Deci (2017), na medida em que uma forte orientação para a autonomia reflete o sucesso (ou insucesso) na satisfação das três necessidades psicológicas básicas.

Alegam, ainda, que a dificuldade de assegurar o desenvolvimento de competências, além de ser motivada essencialmente pelo excesso de trabalho assistencial, reside na falta de apoio institucional, de forma organizada e estruturada, à formação e à diferenciação médica. A forma de minimizar o esforço financeiro dos próprios, tem implicado a captação de fundos junto de terceiras entidades, nem sempre bem-sucedida, pelos médicos e líderes intermédios.

As dificuldades de relacionamento e a qualidade do ambiente de trabalho, foram menos valorizadas pelos líderes intermédios, talvez porque nada de anormal identificam nos serviços, que indicie ser um problema. Contudo, o número expressivo de médicos que referiram estes constrangimentos, sugere maior atenção á satisfação desta necessidade básica. Raman (2023), na sua recente meta análise, identificou vários estudos na área hospitalar em que o *turnover* se deveu ao ambiente de trabalho (Wuet et al., 2018; Duan et al., 2019; Martinussen et al., 2020).

Sobre a importância da satisfação das necessidades psicológicas básicas e, conseqüentemente, alcançar elevados níveis de motivação intrínseca e motivação autónoma, acompanhamos Ryan e Deci (2017), quando afirmam ser o melhor instrumento para promover a perceção de autoeficácia, sentimentos de satisfação com a vida e fortalecimento da relação trabalho-família, valores muito apreciados pelas gerações mais jovens.

Sabe-se, também, que a motivação intrínseca, com base em vários estudos (Deci & Ryan, 2000; Roche & Haar, 2019), está positivamente correlacionada com as intenções de não deixar a organização, assumindo-se, após os resultados tão expressivos obtidos neste estudo, ser o vetor principal do esquema teórico a propor.

Essa relevância é ainda reforçada, devido à abrangência e impacto noutros fatores, como refere Carneiro (2023) no seu estudo, no pressuposto dos colaboradores intrinsecamente mais motivados, serem os mais empenhados afetivamente e mais satisfeitos profissionalmente, relação que também integra o esquema teórico a propor.

Mas o fator determinante e o instrumento essencial para se obterem elevados níveis de motivação intrínseca e, conseqüentemente, elevados níveis de satisfação profissional e de compromisso afetivo, é o estilo de liderança. Suportamos a integração da liderança no esquema teórico a propor, em autores como Fiaz e colegas (2017), Haque e colegas (2017) e Ribeiro e colegas (2018), que acompanhamos.

De acordo com Gözükarar e Şimşek (2015), a liderança transformacional facilita a satisfação das necessidades básicas e inspira o envolvimento no trabalho, como aliás, já afirmara Burns (1978, p.4), quando retratou o líder transformacional, como alguém que *“procura satisfazer necessidades mais elevadas e se envolve plenamente no potencial do seguidor”*.

Interessante é a pesquisa de Kovjanic e colegas (2012) que, além de concluírem que a liderança transformacional estava associada a uma maior satisfação no trabalho e maior compromisso, descobriram, ainda, que esta ligação foi mediada pela satisfação das necessidades psicológicas, como definida por Ryan e Deci (2017) na *Teoria da Autodeterminação*.

Também Bono e Judge (2003), como afirmam Ryan e Deci (2017), descobriram que os seguidores de líderes transformacionais tendiam a adotar práticas mais autônomas e estavam mais comprometidos afetivamente com a organização, apresentando maior satisfação no trabalho. No mesmo sentido, Ribeiro e colegas (2018), concluindo que esses fatores influenciam os colaboradores na intenção ou decisão de deixar a organização.

Assim, foi elaborado um esquema teórico, assentando num modelo gestor estruturalmente orientado para a retenção de médicos, incluindo vários requisitos, medidas ou instrumentos a seguir elencados.

Neste esquema teórico, que se apresenta na Figura 4.1, além do reforço dos fatores individuais e contextuais, o enfoque principal reside nos líderes intermédios, cujo papel deve ser valorizado e pode ser otimizado, na medida em que a relação com os colaboradores permite, ao longo de todo o processo gestor, potenciar a satisfação plena das necessidades psicológicas básicas, de forma a alcançar elevados níveis de motivação intrínseca e, conseqüentemente, elevados níveis de satisfação e de compromisso afetivo, fortalecendo a ligação e tornando duradoura a permanência na organização.

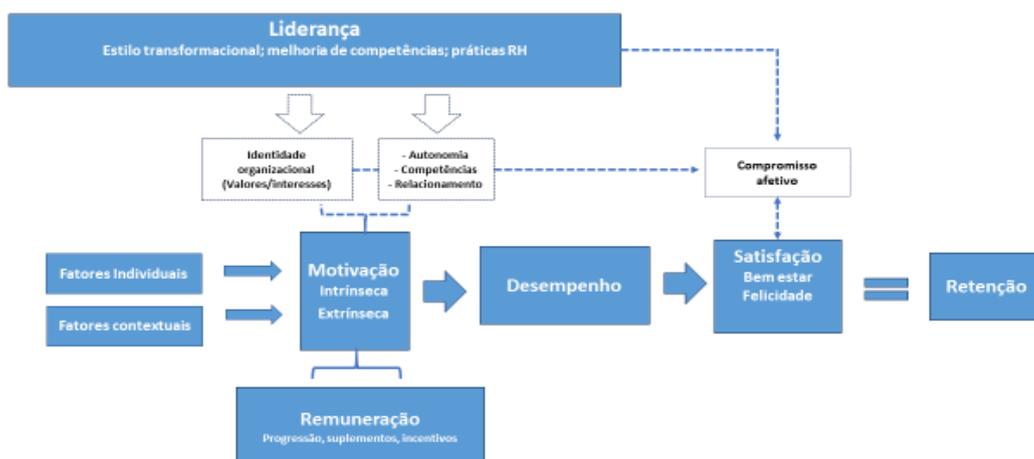


Figura 4.1 Modelo gestorário orientado para a retenção de médicos no SNS – esquema concetual

O primeiro requisito será assegurar, sempre que possível, líderes com perfil transformacional. Da nossa experiência, nem sempre é fácil recrutar profissionais para funções de liderança intermédia com as características e perfil exigidos para cargos de direção de serviços clínicos. A enorme responsabilidade e as condições contratuais, no passado, não eram atrativas. Melhoraram recentemente, na condição de adesão dos titulares ao regime de dedicação plena. Se a estas dificuldades acrescentarmos, como critério preferencial, a exigência do perfil de liderança transformacional, o leque de opções ficará ainda mais reduzido. Contudo, há evidência de bons resultados com formação em liderança transformacional (Hardré & Reeve, 2009).

Neste sentido, haverá vantagens se o processo incorporar a organização e estruturação de formação específica em liderança transformacional, num formato formação ação/*coaching*, existindo vários modelos com possibilidade de adaptação ao contexto português. Veja-se, a título de exemplo, o modelo de Sosik e Jung (2010). O papel nuclear dos líderes intermédios neste processo, justifica plenamente o reforço das competências na área da gestão das pessoas, habilitando os titulares a “...lidar com problemas de grande complexidade” (L13). Esta formação deve abranger não apenas os diretores, mas toda a estrutura intermédia (Bass & Avolio, 1994), incluindo tutores, mentores e chefes de equipa, devido ao papel determinante que todos eles desempenham no processo formativo dos médicos, não apenas como especialistas, mas também como profissionais e agentes de referência na comunidade. Esta ação é essencial para reforçar os fatores contextuais, relativamente ao suporte institucional para promover e reforçar a autonomia, competência e relacionamento (Ryan & Deci, 2017) e melhorar estrategicamente o processo de liderança no que se refere às competências em liderança transformacional dos líderes intermédios, condição essencial, como ficou evidenciado, para promoção da motivação intrínseca dos colaboradores.

O segundo requisito é a melhoria dos processos de recrutamento, seleção e socialização dos médicos em início de carreira, reforçando a componente fatores individuais e aumentando a exigência

ao nível dos fatores contextuais, tendo em vista as melhores escolhas e adequado processo de integração. Relativamente aos fatores individuais, deve privilegiar-se a admissão de candidatos com maior orientação para a autonomia e com vocação intrínseca (Ryan & Deci, 2017), objetivo facilitado pela recente devolução da competência aos hospitais para assegurarem a seleção e o recrutamento de novos especialistas. Em relação aos fatores contextuais, é necessário um programa eficaz de socialização, de duração mais curta e compacta, no que respeita aos candidatos externos, ou de média/longa duração, no que respeita aos candidatos que tenham efetuado a formação específica na instituição.

Este programa deve garantir a conformidade ou identificação com os valores/interesses institucionais e a harmonização das áreas de interesse comuns. A grande maioria dos médicos entrevistados (71%) realizou a formação específica na instituição, havendo nestes casos possibilidade de iniciar precocemente o programa de socialização durante o internato. A probabilidade de satisfação plena das necessidades psicológicas básicas e aferição da conciliação dos valores/interesses individuais e institucionais nos programas de média/longa duração é, obviamente, mais elevada.

No pressuposto da conciliação de valores/interesses e satisfação plena das necessidades psicológicas básicas, será mais fácil alcançar o compromisso organizacional, promovendo a internalização dos objetivos e valores da organização (Mowday, 1979) e estimulando a identificação social (Bass, 1995). Neste programa é importante o envolvimento direto dos líderes intermédios, em articulação com os tutores e chefes de equipa (Payne & Huffman, 2005). É essencial que os líderes desenvolvam uma visão a médio longo prazo (Gabel, 2013), de modo a que os colaboradores se revejam nas áreas de interesse escolhidas, participem no plano formativo e de desenvolvimento de competências e sintam claramente o apoio dos líderes ao desenvolvimento do seu potencial (Avolio, 1999).

Dispondo de lideranças transformacionais, reforçados os fatores individuais e os fatores contextuais, concluído com sucesso o programa de socialização, há que conceber ou dar continuidade (no caso de candidatos que tenham efetuado o internato na instituição) ao plano de desenvolvimento profissional, de forma participada e com o maior apoio institucional, como terceiro requisito. A quantificação dos custos envolvidos neste plano facilitará o processo de captação de fundos externos, caso os fundos próprios e institucionais sejam insuficientes.

Para melhor acompanhamento e sem prejuízo da intervenção direta dos líderes intermédios, aconselha-se, principalmente nas instituições/especialidades de maior dimensão, a designação de um mentor, que além de ajudar os novos colaboradores na conceção e execução do plano de desenvolvimento profissional, colabore na satisfação das necessidades psicológicas básicas e assegure a ligação permanente com os líderes intermédios. Os envoltimentos dos líderes intermédios, dos mentores e das chefias de equipa durante a fase de crescimento profissional dos colaboradores e os

estímulos aos sentimentos de autoeficácia e autoestima, são essenciais para promover o compromisso afetivo (Bartlett, 2001; Vance, 2006).

O quarto requisito é a promoção do relacionamento interno e externo, bem como, de ambientes saudáveis de trabalho, suportados por projeto específico, com instrumento adequado de acompanhamento e avaliação, ao nível individual e do grupo, incluindo *feedback* periódico. A autonomização deste requisito surge na sequência da subvalorização deste fator pelos líderes intermédios, sublinhando-se a grande importância para a motivação intrínseca da satisfação da necessidade psicológica de relacionamento.

O quinto requisito é a melhoria das práticas de Recursos Humanos (Reiche, 2008), como um dos fatores contextuais de grande relevância, nomeadamente na implementação de sistema de avaliação de desempenho na carreira médica, essencialmente numa ótica de suporte e estímulo à autonomia e à competência (Ryan & Deci, 2017). A progressão salarial na carreira médica pode ser encurtada através deste instrumento, sendo importante desmistificar e assegurar a sua implementação, contribuindo para recuperar o significado e importância da carreira profissional, como suporte ao processo de crescimento e desenvolvimento profissional.

O sexto requisito consiste no estímulo pelos líderes intermédios ao envolvimento e participação dos médicos na vida dos serviços. A consideração individualizada dos colaboradores, não só aumenta a satisfação (Al-Yami et al., 2018), como os leva a transcender os interesses individuais e a contribuir para os objetivos do serviço (Howell & Avolio, 1993; Shamir et al., 1993; Cheng et al., 2016), num estilo de liderança predominantemente baseada em valores (Kuhnert, 1994). Esta participação, além de reforçar a autonomia, contribui para que se sintam parte do serviço, reforçando o orgulho de pertencerem à organização, desenvolvendo simultaneamente o compromisso organizacional, preferencialmente na componente afetiva (Hashim et al., 2017).

Conclusões e recomendações

Admitindo-se que a melhoria das condições remuneratórias possa efetivamente contribuir para melhorar a retenção de médicos no SNS, depois deste estudo conhecemos a importância atribuída pelos médicos e líderes intermédios a outros fatores, como a qualidade da gestão intermédia, a satisfação das necessidades psicológicas e o caráter impactante na motivação intrínseca, sem esquecer a melhoria das condições de trabalho.

Apesar da perspetiva pouco otimista de médicos e líderes intermédios, sobre a aplicação do regime de dedicação plena, a adesão de cerca de 25% dos médicos (muito embora se incluam as chefias) após 5 meses de implementação, permite esperar que este caminho possa melhorar a retenção de alguns profissionais.

É necessário acautelar a utilização de remunerações suplementares, de modo a não agravar a assimetria de remunerações, privilegiando a sua utilização no reforço da motivação intrínseca, nomeadamente da autonomia e da competência, em vez de mero estímulo à motivação extrínseca.

O défice de satisfação das necessidades psicológicas básicas é notório, requerendo um conjunto de medidas em parte já referidas, com especial enfoque:

- No reconhecimento da importância da autonomia, consubstanciada na escolha precoce da área de interesse profissional e harmonizada com as prioridades de desenvolvimento dos serviços;
- Na maior valorização e gestão pelos líderes intermédios, da necessidade de relacionamento, como uma necessidade psicológica básica, nas diversas vertentes (interna, externa e comunitária).

Mas é necessário desenvolver outras medidas complementares, no âmbito da organização do trabalho, da liderança e das práticas de recursos humanos, através de uma gestão mais integrada que contribua efetivamente para a melhoria da retenção de profissionais médicos, nomeadamente:

- Evitar o excesso de trabalho de urgência e programado, com recurso a medidas de reorganização do trabalho e eventual reforço de recursos, atendendo à mudança de paradigma que não poderá continuar a basear-se no preenchimento em parte significativa das escalas de urgência, com recurso excessivo ao trabalho extraordinário;
- Valorizar e reforçar a conciliação dos programas de trabalho com a vida pessoal dos colaboradores;
- Desenvolver de forma sistemática e estruturada programas de formação para líderes intermédios e outras chefias operacionais, com especial enfoque nas competências de

liderança transformacional e competências críticas associadas à retenção de profissionais;

- Garantir um plano de promoções e progressões, se possível com recuperação do tempo perdido, ainda que faseado no tempo, bem como, outras medidas referidas no modelo conceitual, caso os hospitais recuperem a sua autonomia, além da dinamização de forma cautelosa e desmistificadora, da avaliação do desempenho, em articulação com as estruturas clínicas;
- Recrutar médicos para cargos de liderança intermédia, privilegiando, além da diferenciação e da formação em gestão, o perfil de liderança transformacional ou potencial de desenvolvimento deste estilo de liderança.

Estas medidas e recomendações, conforme previsto no presente estudo, serão apresentadas aos órgãos de gestão e aos líderes intermédios dos hospitais participantes, recomendando a sua implementação, com a disponibilidade do investigador para o seu acompanhamento.

Naturalmente que a proposta de intervenção apresentada é acompanhada de algumas questões, não completamente trabalhadas no âmbito deste estudo e muito pouco afluídas pela literatura consultada, nomeadamente do ponto de vista da relação multivariada das várias dimensões e a correlação entre elas, merecendo um estudo mais aprofundado. Por exemplo, a relação entre a variação dos fatores individuais e/ou dos fatores contextuais, tendo em conta o papel da liderança transformacional, bem como, a mediação da motivação intrínseca relativamente ao compromisso afetivo e à satisfação profissional, como antecedentes do *turnover*. Outra questão interessante poderá ser a determinação e eventual aferição do efeito de cada uma das dimensões no resultado a alcançar, com a aplicação destas ou de outras dimensões, fazendo-se apelo à criação de instrumento(s) adequado (s).

Estas questões a investigar, certamente refletem preocupações do investigador com algumas das limitações deste estudo. Como seja, sem o conhecimento concreto, no âmbito dos fatores individuais, do perfil de orientação ou vocação dos entrevistados, é difícil aferir o caráter de adequação de algumas medidas propostas e o mesmo se diga com alguns fatores contextuais que não se teve a possibilidade de reconstruir, devido ao tempo decorrido desde as rescisões e disponibilidade das fontes.

Há, no entanto, a expectativa de continuar a aprofundar estas temáticas, preferencialmente, em sede de acompanhamento de projetos institucionais, com eventual implementação das ou de algumas medidas propostas.

Referências bibliográficas

Abouraia, M. & Othman, S. (2017). Transformational leadership, job Satisfaction, Organizational Commitment, and Turnover Intentions: The Direct Effects among Bank Representatives. *American Journal of Industrial and Business Management*, Vol. 7, 404-423.

Albresh, S. (2006). Predictors of employee extra-role performance and turnover intentions in the public sector: an integrated model. *International Journal of Human Resources Development and Management*, March 6(2/3/4), 12. <https://doi.org/10.1504/IJHRDM.2006.010399>

Allen, N., & Meyer, J. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, Vol. 63, 1-18.

Al-Yami M. et al. (2018). Leadership style and organizational commitment among nursing staff in Saudi Arabia. *Journal of Nursing Management*, Mach, 26. <https://doi.org/10.1111/jonm.12578>

Asrar-ul-Hag, J., & Kuchinke, K. (2016). Impact of leadership style on employees' attitude towards their leader and performance: empirical evidence from Pakistani banks. *Future Business Journal*, 2, 54-64. <https://doi.org/10.1016/j.fbj.2016.05.002>

Avolio, B. (1999). Full leadership development: Building the vital forces in organizations. Thousand Oaks, CA: Sage

Avolio, B., Zhu, W., Koh, W., & Bhatia, P. (2004). Transformational leadership and organizational commitment: mediating role of psychological empowerment and moderating role of structural distance. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 25, 951-968.

Avolio, B.J., & Yammarino, F. J. (2002). Transformational and charismatic leadership: the road ahead, Vol. 2, *JAI Press*, Amsterdam, 67-91.

Avolio, Bruce J., Fred O. Walumbwa, & Weber, T. (2009). Leadership: current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421-49.

Azanza, G., Moriano, J., Molero, F. & Lévy Mangin, J. (2015). The effects of authentic leadership on turnover intention. *Leadership & Organization Development Journal*, 36, 955-971. <https://doi.org/10.1108/LODJ-03-2014-0056>

Balogun, A., Adetula, G. & Olowodunoye, S. (2013). Job conditions, psychological climate, and affective commitment as predictors of intention to quit among two groups of bank employees in Nigeria. *Romanian Journal of Applied Psychology*, 15, 9-19.

Banerjee, D. S. & Gaston, N. (2004). Labour market signaling and job turnover revisited, *Labour Economics*, Vol. 11 No. 5, 599-622. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2003.10.001>

Barros, P., & Costa, E. (2022). Recursos humanos em saúde. NOVA SBE.

- Bartlett, J. E., Kotrlik, J., & Higgins, C. (2001). Organizational research: determining appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning, and Performance Journal*, 19, 43-50.
- Bass, B. (1985). *Leadership and Performance beyond Expectation*. New York, Free Press.
- Bass, B. (1995). Theory of transformational leadership redux. *The Leadership Quarterly*, 6, 463-478. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(95\)90021-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(95)90021-7)
- Bass, B. (1998). *Transformational Leadership: Industrial, Military, and Educational Impact*. Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Associates
- Bass, B. (1999). Two decades of research and development in transformational leadership. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 8, 9-32. <https://doi.org/10.1080/135943299398410>
- Bass, B., & Avolio, B. (1990). The implications of transactional and transformational leadership for individual, team, and organizational development. *Research in Organizational Change and Development*, Vol. 4, 231-272.
- Bass, B., & Avolio, B. (Eds.) (1994). *Improving organizational effectiveness through transformational leadership*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
- Bass, B., & Avolio, B. (2000). *Multifactor Leadership Questionnaire: Manual Leader Form, Rater, and Scoring Key for MLQ (Form 5x Short)*. Mind Garden, Redwood City, CA.
- Bass, B., & Riggio, R. (2006). *Transformational Leadership (second ed.)*, Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ.
- Benson, G., (2006). Employee development, commitment and intention to turnover: a test of employability policies in action. *Human Resource Management Journal*, Vol. 16, No. 2, 173-192.
- Bycio, P., Hackett, R., & Allen, J. (1995). Further assessments of Bass's (1985) conceptualization of transactional and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 80 (4), 468–478. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.80.4.468>
- Bolibar, M. (2016). Macro, meso, micro: broadening the ‘social’ of social network analysis with a mixed methods approach. *Quality and Quantity*, Vol. 50, No. 5, 2217-2236. <https://doi.org/10.1007/s11135-015-0259-0>
- Bono, J., & Judge, T. (2003). Core self-evaluations: a review of the trait and It’s role in job satisfaction and job performance. *European Journal of Personality*, 17, 5-18. <https://doi.org/10.1002/per.481>
- Burns, J. (1978). *Leadership*. New York: Perenium.
- Bryant A., Charmaz K., (2010). *The SAGE handbook of grounded theory*, SAGE Publications. <https://doi.org/10.4135/9781848607941>
- Camps, J., & Rodriguez, H. (2011). Transformational leadership, learning, and employability: effects on performance among faculty members. *Personnel Review*, Vol. 40 No. 4, 423-442.

Carneiro F., & Santos J. (2023). Motivação intrínseca: papel mediador da satisfação profissional, Centro de Investigação em Psicologia – CIP. Universidade Autónoma de Lisboa. <https://hdl.handle.net/11144/6419>

Chang, W., Wang, Y., & Huang, T. (2013). Work design-related antecedents of turnover intention: a multilevel approach. *Human Resource Management*, Vol. 52, No. 1, 1-26.

Cheng I., Brown R., Bowers, & Chang, W. (2015). Work-to-family conflict as a mediator of the relationship between job satisfaction and turnover intention. *Personnel Review*, June 2015. <https://doi.org/10.1111/jan.12706>

Chiu, R., & Francesco, A. (2002). Dispositional traits and turnover intention: examining the mediating role of job satisfaction and affective commitment. *International Journal of Manpower*, Vol. 24, No. 3, 284-298.

Creswell, J. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Cunha, M., Rego, A., Cunha, R., Cardoso C., & Neves, P. (2014). Manual de Comportamento organizacional e Gestão, Nova School of Business and Economics, 267-326.

Day, R., & Gastel, B. (2006). *How to Write and Publish a Scientific Paper* (sixth Ed). Cambridge, Cambridge University Press.

Deci, E.L. (1992). The relation of interest to the motivation of behavior: A self-determination theory perspective. In K. A. Renninger, S. Hidi, & A. Krapp (Eds.), (1992). *The role of interest in learning and development*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 43-70.

Deci, E. L., & Ryan, R. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1991). A motivational approach to self: Integration of personality. In Dienstbier, R. (Ed.), *Perspectives in motivation Lincoln: Nebraska symposium on motivation: Vol. 38*. University of Nebraska Press, 237–288.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). Self-Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being, *American Psychologist*, January 55(1), 68-78. In Renninger, K. A., Hidi, S., & Krapp, A. (Eds.). *The role of interest in learning and development*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 43-70. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2011). *Handbook of Qualitative Research*. London, SAGE Publications

Darbyshire D., Brewster L., Isba R., Body R., Basit U. & Goodwin (2021). Retention of doctors in emergency medicine: a scoping review of the academic literature. *Journal of Emergency Medicine*, No.38, 663-672. <https://emj.bmj.com/content/emmed/38/9/663>

Dvir, T., Eden, D., Avolio, B. J. & Shamir, B. (2002). Impact of transformational leadership on follower development and performance: a field experiment. *Academy of Management Journal*, Vol. 45, 735-744.

Entidade Reguladora da Saúde (Ed.), (2024). Informação de Monitorização – Tempos de Espera no Serviço Nacional de Saúde no 1º Semestre de 2023, janeiro, (2024).

<https://www.ers.pt/media/d50jtwsi/im>

Epitropaki O., Martin R. (2001). Role of Organizational Identification on Implicit Leadership Theories (ILTs), Transformational Leadership and Work Attitudes. *Group Processes & Intergroup Relations*, July 4(3). <https://doi.org/10.1177/1368430201004003005>

Eures (2021) Labour shortages report.

Fiaz, Muhammad, Su, Q., Ikram, A., & Saqib A. (2017). Leadership styles and employees' motivation: Perspective from an emerging economy. *The Journal of Developing Areas*, 51, 144–156.

Fibuch E., Ahmed A. (2015). Physician Turnover: A Costly Problem. *Physician Leaders*, May-Jun, 2(3), 22-5.

Morales, G., Llorens-Montes, V. J., & Verdú-Jover, F. J. (2008). The effects of transformational leadership on organizational performance through knowledge and innovation. *British Journal of Management*, Vol. 19, No. 4, 299-320.

Gabel, S. (2013). Transformational leadership and healthcare. *Medical Science Educator*, March. <https://doi.org/10.1007/BF03341803>

Gioia, D.A., Corley, K.G. & Hamilton, A.L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: notes on the Gioia methodology. *Organizational Research Methods*, 16, 15-31. <https://doi.org/10.1177/1094428112452151>

Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press.

Goldkuhl, G. (2012). Pragmatism vs interpretivism in qualitative information systems research. *European Journal of Information Systems*, 21, 135-146.

Gözükara, İ., & Şimşek, O. F. (2015). Linking transformational leadership to work engagement and the mediator effect of job autonomy: a study in a Turkish private non-profit university. *Procedia—Social and Behavioral Sciences*, 195, 963-971.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.06.274>

Gyensare, M. A., Winneba, Anku-Tsedee, O., Sanda, M. & Okpoti, A. O. (2016), Transformational leadership and employee turnover intention: the mediating role of AC, *World Journal of Entrepreneurship, Management and Sustainable Development*, Vol. 12, No. 3, 243-266.

Hall, C. B., Brazil, K., Wakefield, D., Lerer, T., & Tennen, H. (2010). Organizational culture, job satisfaction, and clinician turnover in primary care. *Journal of Primary Care & Community Health*, 1, 29–36.

Hall, J. (2019). The cost of turnover can kill your business and make things less fun. *Forbes*, May, 9

Haakenstad et al. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, May 23. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)

Haque, A., Fernando, M., & Caputi, P. (2018). Responsible leadership, affective commitment and intention to quit: an individual level analysis. *Leadership & Organization Development Journal*, 2018 (December). <https://doi.org/10.1108/LODJ-12-2017-0397>

Hamstra, M. R. W., Van Yperen, N. W., Wisse, B., & Sassenberg, K. (2011). Transformational transactional leadership styles and followers' regulatory focus: Fit reduces followers' turnover intentions. *Journal of Personnel Psychology*, Vol. 10, No. 4, 182-186.

Hardré, P. L., & Reeve, J. (2009). Training corporate managers to adopt a more autonomy-supportive motivating style toward employees: An intervention study. *International Journal of Training and Development*, 13(3), 165–184. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2419.2009.00325.x>

Hargett, C.W., Doty, J., Hauck, J. N., & Webb, A.M.B. (2017). Developing a model for effective leadership in healthcare: a concept mapping approach. *Journal of Healthcare Leadership*, August. <https://doi.org/10.2147/JHL.S141664>

Hashim, H., et al. (2017). Review of issues and challenges for public private partnership (PPP) project performance in Malaysia. *AIP Conference Proceedings*, October. <https://doi.org/10.1063/1.5005384>

Hayes, Andrew, F. (2013). *An Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York: Guilford Press

Henderlong, J., & Lepper, M. R. (2002). The effects of praise on children's intrinsic motivation: A review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 128(5), 774–795.

Herscovitch, L., & Meyer, J. P. (2002). Commitment to organizational change: Extension of a three-component model. *Journal of Applied Psychology*, 87, 474-487.

Hewett, R., & Conway, N. (2015). The undermining effect revisited the salience of everyday verbal rewards and self-determined motivation. *Journal of Organizational Behavior*, 37(3), 436–455.

Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of Resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.3.513>

House, R. J. (1971). A path goal theory of leader effectiveness. *Administrative Science Quarterly*, 16(3), 321–339.

Howell, J.M., & Avolio, B.J. (1993). Transformational leadership, transactional leadership, locus of control, and support for innovation: key predictors of consolidated-business-unit performance. *Journal of Applied Psychology*, 78, 891. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.78.6.89>

Indrasari, M., et al. (2019). Compensation, organizational communication, and carrier path as determinant of employee performance improvement. *Humanities & Social Sciences Reviews*, October, 7(4), 956-961. <https://doi.org/10.18510/hssr.2019.74130>

Kara, D., Uysal, M., Sirgy, M. J., & Lee, G. (2013). The effects of leadership style on employee wellbeing in hospitality. *International Journal of Hospitality Management*, Vol. 34, 9-18.

Kark, R., Shamir, B., & Chen, G. (2003), The two faces of transformational leadership: Empowerment and dependency. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 88, No. 2, 246-255.

Kehoe, R. R., & Wright, P. M. (2013). The impact of high-performance human resource practices on employees' attitudes and behaviors. *Journal of Management*, 39(2), 366–391. <https://doi.org/10.1177/0149206310365901>

Kovjanic, et al. (2012). How do transformational leaders foster positive employee outcomes? A self-determination-based analysis of employees' needs as mediating links. *Journal of Organizational Behavior*, November. <https://doi.org/10.1002/job.1771>

Kuhnert, K. W. (1994). Transforming leadership: Developing people through delegation. Sage Publications, Inc

Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: Impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72, 582-592. <https://doi.org/10.1111/jan.12860>

Langley, A., & Abdallah, C. (2011). Templates and turns in qualitative studies of strategy and management. In: Berg, D.D., & Ketchen, D.J., Eds. (2007). Building methodological bridges, *Research Methodology in Strategy and Management*, Emerald Group Publishing, Bingley, 201-235. [https://doi.org/10.1108/S1479-8387\(2011\)0000006007](https://doi.org/10.1108/S1479-8387(2011)0000006007)

Liang, S. G. & Chi, S. C. S. (2013). Transformational leadership and follower task performance: The role of susceptibility to positive emotions and follower positive emotions. *Journal of Business and Psychology*, Vol. 28, No. 1, 17-29.

Lock, F.K., & Carrieri, D. (2022). Factors affecting the UK junior doctor workforce retention crisis: an integrative review. *British Medical Journal*, Open Mach, 12(3). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059397>

Locke, E. A. (1991). The motivation sequence, the motivation hub, and the motivation core. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 288-299.

Locke, E. A. (1997). The motivation to work: What we know. In Maehr, M. L., & Pintrich, P. R. (Eds), *Advances in motivation and achievement*. JAI Press, Greenwich, CT, Vol. 7, 375–412.

Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705–717.

Luz, C. M. D. R., Paulça, S.L., & Oliveira, M. B. O. (2018). Organizational commitment, job satisfaction and their possible influences on intent to turnover, *Revista de Gestão*, 25, Janeiro. <https://doi.org/10.1108/REG-12-2017-008>

Maanen, J. V. (2011). Ethnography as work: some rules of engagement. *Journal of Management Studies*, October <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2010.00980.x>

Malone, P. (2020). Trends in Medical Workforce Supply and Retention, Policy Context, Ireland.

Mamede, C., Ribeiro, N., Gomes, D. & Rego, A. (2014). Leader's moral intelligence and employees' affective commitment: the mediating role of transformational leadership. *Proceedings of XXIV Jornadas Luso-Espanholas de Gestão Científica*, ESTG-IPL, fevereiro, Leiria, Portugal.

Marianak, B., & Gambrell L. (2008). Intrinsic motivation and rewards: what sustains young children's engagement with text? *Literacy Research and Instruction*, January 47(1), 9-26. <https://doi.org/10.1080/19388070701749546>

Marshall, C., & Rossman, G. (2006). Designing qualitative research. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Markovits, Y., Boer, D., & van Dick, R. (2014). The economic crisis and the employee: the effects of economic crisis on employee job satisfaction, commitment, and self-regulation. *European Management Journal*, 32, 413-422.

Maxwell, J. A. (2005). *Qualitative Research Design: An Interactive Approach*. Second Edition, Sage, Thousand Oaks.

Mees-Buss, J., Welch, C., Piekkari, R. (2020). From templates to heuristics: how and why to move beyond the Gioia methodology. *Sage Journals*, Volume 25, Issue 2. <https://doi.org/10.1177/1094428120967716>

Mercúrio, Z. A. (2015). Affective commitment as a core essence of organizational commitment: an integrative literature. *Human Resource Development Review*, September, 1-26.

Merriam, S. B. (1988). *Case Study Research in Education: A Qualitative Approach*. Jossey-Bass, San Francisco.

Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. San Francisco, Jossey-Bass.

Meyer, J. P., & Allen, N. J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, Vol. 1, 61-98.

Meyer, J. P. and Herscovitch, L. (2001). Commitment in the workplace: Toward a general model. *Human Resource Management Review*, Vol. 11, 299-326.

Meyer, J. P., Stanley, D. J., Herscovitch, L., & Topolnytsky, L. (2002). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: A meta-analysis of antecedents, correlates, and consequences. *Journal of Vocational Behavior*, 61(1), 20–52.

<https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1842>

Meyer, J. P., Becker, T. E., & Vandenberghe, C. (2004). Employee Commitment and Motivation: A Conceptual Analysis and Integrative Model. *Journal of Applied Psychology*, 89(6), 991–1007. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.89.6.991>

Meyer, J. P., Becker, T. E., & Van Dick, R. (2006). Social Identities and Commitments at Work: Toward an Integrative Model. *Journal of Organizational Behavior*, 27(5), 665–683. <https://dx.doi.org/10.1002/job.383>

Meyer, J. P. (2014). Organizational commitment. In Guest, D. E., & Needle D (Ed.). *Human Resource Management. Wiley Encyclopedia of Management*, Vol. 5, Chichester, Wiley, 199–201.

Meyer, John P., Becker, T. E., & Berghe, C. V. (2004). Employee commitment and motivation: a conceptual analysis and integrative model. *Journal of Applied Psychology*, 89, 991–1007.

Mitchell, T. R., Holtom, B.C., Lee, T.W., Sablinski, C.J., & Erez, M. (2001). Why people stay: using job embeddedness to predict voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, Vol. 44 No. 6, 1102-1121. <https://doi.org/10.2307/3069391>

Mowday, R.T., & McDade, T. W. (1979). Linking behavioral and attitudinal commitment: a longitudinal analysis of job choice and job attitudes. *Academy of Management Proceedings*, 84–88.

Morais, Luís. (2012). *Liderança e estratégia - Casos de inovação nas organizações de saúde*. Lisboa, Escolar Editora

Moreira, A., Cesário, F. (2021). Organizational commitment as a reducer of turnover intentions: which component (affective, calculative and normative) is the best predictor? *Academia Letters*, outubro, 1-5.

Moreira, A., Cesário, F., Chambel, M. J., & Castanheira, F. (2020). Competences development and turnover intentions: The serial mediation effect of perceived internal employability and affective commitment. *European Journal of Management Studies*, 25, 5–22.

Moreira, A., Martins, P., Nascimento, G. (2023). Leadership and turnover intentions in a public hospital: The mediating effect of organizational commitment and moderating effect by activity department. *Administrative Sciences*, 13: 18 <https://doi.org/10.3390/admsci13010018>.

Moreira, A., Sousa, M. J., & Cesário, F. (2022). Competencies development: The role of organizational commitment and the perception of employability. *Social Sciences*, 11, 125.

Moriano, J. A., Molero, F., Topa, G., & Mangin, J. P. L. (2014). The influence of transformational leadership and organizational identification on intrapreneurship. *International Entrepreneurship and Management Journal*, 10, 103–119.

Morrow, P. C. (2011). Managing organizational commitment: Insights from longitudinal research. *Journal of Vocational Behavior*, 79(1), 18–35. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.12.008>

Morrison, R. (1977). Career adaptively: the effective adaptation of managers to changing role demands. *Journal of Applied Psychology*, Vol. 62, No. 5, 549-558.

Nascimento, J. L., Lopes, A., & Maria de Fátima Salgueiro. (2008). Estudo sobre a validação do Modelo de Comportamento Organizacional de Meyer e Allen para o contexto português. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 14, 115–133.

Northouse, P.G. (2013). *Leadership: Theory and Practice*, International Student Edition, 8th Edition.

OECD, (Ed.). (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing.

OECD, (Ed.). (2023). Portugal: Country Health Profile 2023. In *State of Health in the EU*. OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.

Papas, M. A., Stoller J. K., Shaker, V. Houser, J., Hebert M. A. D., & Rothberg M.B. (2022). Estimating the costs of physician turnover in hospital medicine. *Journal of Hospital Medicine*, August 803 – 808. <https://doi.org/10.1002/jhm.12942>

Paré, G., & Tremblay, M. (2007). The influence of high-involvement human resources practices, procedural justice, organizational commitment, and citizenship behaviors on information technology professionals' turnover intentions. *Group & Organization Management*, 32(3), 326–357. <https://doi.org/10.1177/1059601106286875>

Park, T. Y., & Shaw J. D. (2013). Turnover rates and organizational performance: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 98(2), December 268 – 309. <https://doi.org/10.1037/a0030723>

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications

Payne, S. C., & Huffman, A. H. (2005). A Longitudinal Examination of the Influence of mentoring on organizational commitment and turnover. *Academy of Management Journal*, 48(1), 158–168. <https://doi.org/10.5465/AMJ.2005.15993166>

Pearce, J. L. & Randel, A. E. (2004). Expectations of organizational mobility, workplace social inclusion, and employee job performance. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 25, No. 1, 81-98.

Perez, J. (2021). Leadership in healthcare: transitioning from clinical professional to healthcare leader. *Journal Healthcare Management*, Jul-Aug, 66(4), 280-302. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-20-00057>

Pérez, Cristina, O., & Oliveira, A. M. (2015). Liderança eficaz: o poder e a influência de um líder no comportamento organizacional de uma empresa. *Administração de Empresas em Revista*, 1, 1–16.

Pinder, C. C. (1998). *Motivation in work organizations*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall.

Pinto, Marques, A., & Chambel, M. J. (Ed.), (2008). *Abordagens teóricas no estudo do burnout e do engagement. O burnout e o engagement em Contexto Organizacional: Estudos com Amostras Portuguesas*. Livros Horizonte, 53–84.

Porter, L. W., Crampon, W. J., & Frank S. J. (1976). Organizational Commitment and Managerial Turnover: A Longitudinal Study. *Organizational Behavior and Human Performance*, 15, No.1, 87–98.

Pratt, J. (2008). Scandinavian exceptionalism in an era of penal excess. *British Journal of Criminology*, 48, 119-137. <https://doi.org/10.1093/bjc/azm072>

Punch, K. F. (2009). *Developing Effective Research Proposals*, SAGE Publications

Quinn, J. F. (2015). The effect of vision and compassion upon role factors in physician leadership. *Frontiers in Psychology*, 6, 1–14.

Rafferty, A. E. & Griffin, M. A. (2004). Dimensions of transformational leadership: conceptual and empirical extensions. *Leadership Quarterly*, Vol. 15, 329-354.

Raman, S.S.S., McDonnell, & Beck, M. (2023). Hospital doctor turnover and retention: a systematic review and new research pathway. *Journal of Health Organization and Management*, Vol 38(9), 45-71. <https://doi.org/10.1108/JHOM-04-2023-0129>

Reiche, B. S. (2008). The configuration of employee retention practices in multinational corporations' foreign subsidiaries. *International Business Review*, 17(6), December 676-687. <https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2008.09.004>

Ribeiro, N., Yücel, İ., & Gomes, D. (2018). How transformational leadership predicts employees' affective commitment and performance. *International Journal of Productivity & Performance Management*, 67(9), 1901–1917.

Roche, M., Haar J., Brougham D. (2019). Indigenous insights into ethical leadership: a study of māori leaders. *Journal of Business Ethics*, Springer, vol. 160(3), December 621-640. <https://doi.org/10.1007/s10551-018-3869-3>

Rubenstein, A. L., Eberly, M. B., Lee, T. W., & Mitchell, T. R. (2017). Surveying the forest: A meta-analysis, moderator investigation, and future-oriented discussion of the antecedents of voluntary employee turnover. *Personnel Psychology*, January, 1 – 46. <https://doi.org/10.1111/peps.12226>

Rubin, R. S., Munz, D. C. & Bommer, W. H. (2005). Leading from within: the effects of emotion recognition and personality on Transformational leadership behavior. *Academy of Management Journal*, Vol. 48, No. 5, 845-858.

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78.

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). Self-determination theory, basic psychological needs in motivation, development and wellness. The Guilford Press, 1-318.
- Saldaña, J. (2009). The coding manual for qualitative researchers. Sage Publications.
- Shamir, B., House, R. J. & Arthur, M. B. (1993). The motivational effects of charismatic leadership: a self-concept-based theory. *Organization Science*, 4, 577-594.
- Shiu, C. L., Huang, P. C., Chen, S. J., & Huang, L. C. (2017). Pseudo-Transformational Leadership is in the Eyes of the Subordinates. *Journal of Business Ethics*, 141, 179–90.
- Shuja, I., Guohao, L., & Akhtar, S. (2017). Effects of job organizational culture, benefits, salary on job satisfaction ultimately affecting employee retention. *Review of Public Administration and Management*, 5, 1–7.
- Smith, E. N., Romero, C., Donovan, B., Herter, R., Paunesku, D., Cohen, G. L. & Gross, J. J. (2018). Emotion theories and adolescent well-being: Results of an online intervention. *Emotion*, 18(6), 781-788.
- Sosik, J. J., & Jung, D. I. (2010). Full range leadership development: Pathways for people, profit, and planet. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Stoller, J. K. (2009). Developing physician-leaders: A call to action. *Journal of General Internal Medicine*, 24(7), 876–878.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1994). Grounded Theory Methodology: An Overview. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks CA, SAGE, 273-285.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (2008). Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada (2nd ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Sun, L. Y., Aryee, S. & Law, K. S. (2007). High-performance human resource practices, citizenship behavior, and organizational performance: a relational perspective. *Academy of Management Journal*, 50, 558-577. <https://doi.org/10.5465/amj.2007.25525821>
- Tepper, B. J., Dimotakis, N., Lambert, L. S., Koopman, J., Matta, F. K., Park, H. M., & Goo, W. (2018). Examining follower responses to transformational leadership from a dynamic, person-environment fit perspective. *Academy of Management Journal*, 61, 1343–68.
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology*, 46, 259–93.
- Tnay, E., Othman, A. E., Siong, H. C. & Omar Lim, S. L. (2013). The influences of job satisfaction and organizational commitment on turnover intention. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 97, 201-208.
- Top, M., Akdere, M. & Tarcan, M. (2015). Examining transformational leadership, job satisfaction, organizational commitment and organizational trust in Turkish hospitals: public servants versus private sector employees. *The International Journal of Human Resource Management*, Vol. 26, 1259-1282.

- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: eight “Big-Tent” criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16, 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Tse, H. H. M. & Lam, W. (2008). Transformational leadership and turnover: The roles of LMX and organizational commitment. *Academy of Management Proceedings*, Anaheim, CA, August 1–13.
- Van Maanen, J. & Schein, E.H. (1979). Toward of theory of organizational socialization. *Research in Organizational Behavior*, 1, 209-264.
- Vance, R.J. (2006). Employee Engagement and Commitment. SHRM Foundation, 1, 1-53.
- Veronesi, G., & Sarto, F. (2016). Clinical leader ship and hospital performance: Assessing the evidence base. *BMC Health Services Research*, 16, 85–97.
- Villanueva, M. (2005). The effect of employability on worker performance. *Management Research*, Vol. 3, No. 3, 239-258.
- Waldman D., Carter M.Z., Hom P.W. (2015). A multilevel investigation of leadership and turnover behavior. *Journal of Management*, September 41(6), 273-285. <https://doi.org/10.1177/0149206312460679>
- Walumbwa, F. O., Avolio, B. J. & Zhu, W. (2008). How transformational leadership weaves its influence on individual job performance. *Personnel Psychology*, Vol. 61, 793-825.
- Wang, Y. D., Yang, C. & Wang, K. Y. (2012). Comparing public and private employees’ job satisfaction and turnover. *Public Personnel Management*, 41, 557-573. <https://doi.org/10.1177/009102601204100310>
- Wasti, S. Arzu. (2003). Organizational commitment, turnover intentions and the influence of cultural values. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 76, 303–321.
- Wells, J. E. & Peachey, J. W. (2011). Turnover intentions: do leadership behaviors and satisfaction with the leader matter? *Team Performance Management*, Vol. 17, No. 1, 23-40.
- Wilson E. A., Baidoo M. A., & Baidoo S.E. (2023). Employee turnover intention: The predictive role of work-related burnout and psychosocial climate among university workers. *Journal of Psychology in Africa*, September 33(4), 303-312. <https://doi.org/10.1080/14330237.2023.2233210>
- World Health Organization. (Ed.), (2016). *Statistics: Monitoring Health for the Sustainable Development, Goals (SDGs)*, Books Google.com.
- Wulffers, T. (2017). *Authentic leadership effectiveness for individuals and teams: A coaching approach*. KR Publishing.
- Yammarino, F. (2013). Leadership: Past, present, and future. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 20(2), 149-155. <https://doi.org/10.1177/1548051812471559>
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. London, The Guilford Press
- Yukl, G. (1989). *Leadership in organizations*, (2nd Ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Yukl, G. (1989). Managerial leadership: A review of theory and research. *Journal of Management*, 15(2), 251–289.

Yukl, G. (1999). An evaluation of conceptual weaknesses in transformational and charismatic leadership theories. *Leadership Quarterly*, Vol.10, 285-305

Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations*, Global Edition, (seventh Ed). Obtido através do endereço <https://corenet.org.pk/js/Gary-Yukl-Leadership-in-Organizations>

Zhang, M., Zhang, D. & Li, S. Z. (2003). An empirical study on a path model of turnover intention among technical staff in IT enterprises. *Nankai Business Review*, 4, 12-20.

Zhang, Y. (2016). A review of employee turnover influence factor and counter measure. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 4, 85-91. <https://doi.org/10.4236/jhrss.2016.42010>

Anexo A - Processo administrativo de autorização do estudo

Requerimento de autorização pelo Conselho de Administração - CHULC

JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO
Joaquimdanielferro@gmail.com
Tlm 917577641

Excelentíssima Senhora
Presidente do Conselho de Administração
do Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE
Dra. Rosa Valente de Matos

Assunto: Dissertação MPDRH/ISCTE– realização de entrevistas

JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO, Administrador Hospitalar de 2ª classe do CHULC, na qualidade de aluno do Mestrado Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos (MPDRH) do ISCTE, no âmbito do projeto de dissertação a realizar sob o tema “**A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel da liderança intermédia**”, sob orientação da Professora Doutora Generosa do Nascimento e com base na metodologia a seguir (anexo) vem solicitar a V. Exª autorização para a realização de entrevistas a profissionais médicos, com idade igual ou inferior a 50 anos, que entre 2018 e 2022 tenham cessado contrato com essa instituição, bem como, a diretores de serviço clínicos.

Prevê o requerente, na sequência deste estudo e com base nos resultados obtidos, elaborar no âmbito do futuro projeto de tese de doutoramento, uma proposta de intervenção, com eventual implementação, no caso de merecer o interesse e concordância dessa instituição.

O requerente disponibiliza uma cópia do presente trabalho e manifesta a disponibilidade para realizar uma sessão de apresentação dos resultados nessa instituição.

A participação no presente estudo é voluntária, sendo assegurada a confidencialidade da informação obtida, o anonimato dos participantes e observadas as regras aplicáveis de natureza ética, deontológica e de proteção de dados.

Espera diferimento

Lisboa, 23 de setembro de 2023

Assinado por: JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO
Num. de Identificação: 05529010
Data: 2023.10.23 12:28:32+01'00'



Declaração do orientador do estudo



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO - Formulário de Notificação de Utilização de Dados Pessoais -

Nome do Projeto de Investigação / Número do protocolo (se aplicável):

A RETENÇÃO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS NO SAS E O PAPEL DA

LIDERANÇA INTERMÉDIA

5. DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADES EXISTENTES

Venho por este meio e para os devidos efeitos, declarar que me comprometo a:

- Tomar conhecimento e aceitar a Política de Privacidade [PP] e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais [CCTDP], em vigor no âmbito da aplicação do Regulamento Geral de Proteção de Dados [RGPD] (EU)2016/679, de 27 de abril de 2016, no CHULC.
- Guardar absoluto sigilo de toda a informação de que tenha conhecimento no âmbito do presente estudo/investigação clínica, mesmo após a finalização do mesmo.
- Não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso.
- Cumprir com as medidas técnicas e organizativas de segurança de dados pessoais estipuladas, bem como o indicado pelo Centro de Investigação no âmbito do tratamento de dados pessoais.

Mais declaro de que estou ciente de que a violação das obrigações relativas à PP, CCTDP e RGPD, na presente declaração, me pode fazer incorrer em responsabilidade civil pelos danos e prejuízos que se venham a verificar, quer para o CHULC, quer para o titular dos dados, sem prejuízo da responsabilidade disciplinar, contra-ordenacional e/ou penal, que me possa ser imputada.

Pede deferimento,

Local/Data: 2023-10-31

Assinatura do Investigador Principal pelo Estudo/Investigação Clínica

[Assinatura]

Nome e assinaturas dos Investigadores participantes no Estudo/Investigação Clínica

ORIENTADOR - GENEVOSA DO NASCIMENTO

[Assinatura]

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Fundamentos do estudo – as instituições do SNS debatem-se com a escassez e dificuldade de retenção de recursos médicos, influenciando negativamente a capacidade de resposta às necessidades dos utentes e dificultando a acessibilidade aos cuidados de saúde, nomeadamente no que respeita aos cuidados de caráter urgente, aos cuidados programados na área cirúrgica e na área dos meios complementares de diagnóstico e terapêutica. Será por isso do maior interesse o estudo e o aprofundamento das medidas que no atual contexto e enquadramento possam contribuir para a minimização deste problema e dos seus efeitos a curto e médio prazo.

Objetivos do estudo – identificar as causas que estão na origem do elevado turnover que caracteriza os recursos médicos nas instituições do SNS e analisar em que medida o papel da liderança intermédia poderá contribuir para uma maior retenção dos profissionais.

O estudo constituirá a dissertação do Mestrado em Políticas e Desenvolvimento dos Recursos Humanos do ISCTE, podendo ser objeto de apresentação e aplicação pelas instituições participantes (CHULC, HFF e CHBM) com o apoio do investigador.

Desenho e metodologia do estudo – será um estudo observacional de caráter qualitativo e exploratório. Para além de outros dados (estudos, artigos de opinião e de imprensa, etc.) serão utilizadas técnicas de recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas. No tratamento dos dados será utilizada metodologia de análise de conteúdo de acordo com o modelo de GIOIA.

Nas entrevistas será obtida informação sobre a experiência dos médicos e das lideranças relativa às causas de cessação de funções no SNS e as medidas que poderiam ser postas em prática, com intervenção direta ou indireta da liderança intermédia que permita a curto/médio prazo reduzir o *turnover*.

Com base na informação obtida e de acordo com o método indutivo, será feito o enquadramento conceptual e doutrinário através da informação mais atualizada e pertinente e das conclusões dos estudos de referência na área da gestão das pessoas e da liderança.

População e amostra a estudar - será estudada a população médica através de duas amostras, uma constituída por 25 a 30 médicos especialistas do quadro permanente das especialidades com maior turnover e perda de efetivos entre 2018 e 2022 e outra

com 10 líderes intermédios. No CHULC os serviços/especialidades que integram a amostra são: Obstetrícia e Ginecologia, Anestesiologia e Radiodiagnóstico.

Apresentação de resultados – o investigador assume o compromisso de apresentar as conclusões do estudo aos órgãos de gestão e ás líderes intermédios das instituições participantes.

Calendário do estudo – As entrevistas decorrerão entre janeiro e fevereiro do corrente ano, esperando-se que o tratamento dos dados e o enquadramento concetual ocorra até ao fim de março, altura em que a dissertação será apresentada para discussão, que se prevê ocorra durante o mês de março/abril

Meios para cumprir com os requisitos éticos e legais – o investigador declara não existir qualquer incompatibilidade, no plano ético e legal e de cumprir todas as normas do CHULC e do ISCTE em matéria de investigação, nomeadamente:

- Não teve qualquer responsabilidade ou relação com o CHULC entre junho de 2010 e fevereiro de 2023, no que respeita aos factos em estudo;

- Utilizarei o Formulário de informação aos participantes para obtenção de consentimento (INV 103 Anexo 2, em versão adaptada a estudo não clínico);

- Utilizarei o Formulário de Obtenção de Consentimento Esclarecido para Participação em Estudos de Investigação em Saúde (INV Anexo 2, em versão adaptada a estudo não clínico);

- Notificação de Utilização de Dados Pessoais (Anexo 7);

- Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais (Anexo 8, em versão adaptada a estudo não clínico);

- Compromisso de Eliminação dos Dados Pessoais para projeto de investigação, após termo de prazo de conservação (Anexo 10);

- Compromisso de Comunicar ao Centro de Investigação a divulgação do Projeto de Investigação em reuniões científicas ou publicações (Anexo 9);

Todos os custos com o estudo serão suportados pelo Investigador Principal. O CHULC não incorrerá em nenhum custo com o presente estudo.

O telefone utilizado no presente estudo é o do Investigador Principal.

INV. 101 Anexo 7

Pág.14/15

Lisboa e CHULC, 10 de novembro de 2023

O Investigador

(Daniel Ferro)

Despacho da Comissão de Ética



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Parecer

Data: 17/01/2024
Processo nº 1480/2024

Título: "A RETENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SNS E O PAPEL DAS LIDERANÇAS INTERMÉDIAS"

Relator: Ana Maria Almeida, Dra.

Investigador principal: Joaquim Lopes Ferro

Local: CHULC (Obstetria, Ginecologia, Anestesiologia e Radiodiagnóstico)

Serão também envolvidos serviços do HFF e do CHBM

Principal objetivo: identificar as causas que estão na origem do elevado turnover que caracteriza os recursos médicos nas instituições do SNS e analisar em que medida o papel da liderança intermédia poderá contribuir para uma maior retenção dos profissionais, e assim contribuir para o aprofundamento das medidas que no atual contexto e enquadramento possam vir a contribuir para a minimização deste problema e dos seus efeitos a curto e medio prazo.

Metodologia: Estudo observacional de carácter qualitativo e exploratório

População medica a estudar através de duas amostras: uma constituída por 25 a 30 médicos especialistas do quadro permanente das especialidades com maior turnover e perda de efetivos entre 2018 e 2022 e outra, com 10 lideranças intermédias, com recurso a entrevista.

Consta do protocolo:

Parecer hierárquico dos serviços envolvidos; Compromisso de Comunicar ao Centro de Investigação a divulgação do Projeto de Investigação em reuniões científicas ou publicações; Compromisso de Eliminação dos Dados Pessoais para projeto de investigação, após termo de prazo de conservação; Consentimento Informado em conformidade; Existência de varias garantias por parte do investigador para proteção dos dados pessoais recolhidos.

Não tem custos para o CHULC.

Assim sendo, é do entender desta CES que o estudo em análise não levanta questões do ponto de vista ético, pelo que, se entende emitir parecer favorável á sua realização.

O Presidente da Comissão de Ética

(João Alves)

Autorização do estudo pelo CA - CHULC



REPÚBLICA
PORTUGUESA
SAÚDE



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
SÃO JOSÉ

EXTRATO ATA N.º RCA/5/2024

Assunto: INV 541 - A retenção de Profissionais Médicos no SNS e o papel da liderança intermédia

Documento n.º: I/3124/2024

Para os devidos efeitos, transcreve-se a deliberação do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde São José, EPE, de 01-02-2024, constante da ata n.º RCA/5/2024, referente ao assunto em epígrafe, e tomada em reunião em que estiveram presentes os seguintes elementos:

ROSA AUGUSTA VALENTE DE MATOS ZORRINHO
MARIA JOSE MARTINS DA COSTA DIAS
PAULO JORGE ESPIGA ALEXANDRE
JOAO LUIS DA COSTA RITO DIAS MARTINS

4- INV 541 - A retenção de Profissionais Médicos no SNS e o papel da liderança intermédia

O Conselho de Administração autoriza, nos termos do parecer da Área de Gestão Financeira e de Contabilidade e desde que não implique custos para a ULS de São José, E.P.E.

Resultado da votação

Votos a favor: 4; Votos contra: 0; Abstenções: 0

Ata assinada com assinaturas digitais certificadas

CHULC, 01/02/2024

P'lo Conselho de Administração

Assinado por: JOÃO LUÍS DA COSTA RITO DIAS MARTINS
Num. de identificação: 10290146
Data: 2024.02.02 17:05:16+00'00'



CARTÃO DE CIDADÃO

Requerimento de autorização pelo Conselho de Administração - CHBM

JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO

joaquimdanielferro@gmail.com

Tlm 917577641

Excelentíssima Senhora
Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar
Barreiro – Montijo, EPE
Dra. Teresa Carneiro

Assunto: Dissertação MPDRH/ISCTE– realização de entrevistas

JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO, Administrador Hospitalar de 2ª classe do CHULC, na qualidade de aluno do Mestrado Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos (MPDRH) do ISCTE, no âmbito do projeto de dissertação a realizar sob o tema “**A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel da liderança intermédia**”, sob orientação da Professora Doutora Generosa do Nascimento e com base na metodologia a seguir, vem solicitar a V. Exª autorização para a realização de entrevistas a profissionais médicos, com idade igual ou inferior a 50 anos e que nos últimos 5 anos tenham contrato com essa instituição, bem como, a diretores de serviço clínicos.

Prevê o requerente, na sequência deste estudo e com base nos resultados obtidos, elaborar no âmbito do futuro projeto de tese de doutoramento, uma proposta de intervenção, com eventual implementação, no caso de merecer o interesse e concordância dessa instituição.

O requerente disponibiliza uma cópia do presente trabalho e manifesta a disponibilidade para realizar uma sessão de apresentação dos resultados nessa instituição.

A participação no presente estudo é voluntária, sendo assegurada a confidencialidade da informação obtida, o anonimato dos participantes e observadas as regras aplicáveis de natureza ética, deontológica e de proteção de dados.

Espera diferimento

Lisboa, 12 de setembro de 2023

Assinado por: JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO
Num. de identificação: 05529010
Data: 2023.09.12 17:40:57+01'00'



Autorização do estudo pelo Conselho de Administração - CHBM

34



Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E. P. E.
de 09/11/2023
ACTA N.º 46

C.A.
APROVADO
Verificação em o documento
Teresa Carneiro

Informação n.º: 40/2023

Data: 08/11/2023

De: Comissão de Ética para a Saúde - CES

Teresa Carneiro

Para: Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de realização de estudo «A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel das lideranças intermédias»

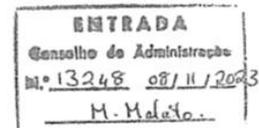
Na sequência do pedido de autorização para realização do estudo, intitulado «A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel das lideranças intermédias», em que é Investigador o Dr. Daniel Ferro, a CES, reunida no dia 20/10/2023, considerou que o mesmo obedece aos requisitos de análise, porquanto, entre outros:

- Está identificado e descrito o projeto, cuja finalidade é a de analisar os motivos de cessação de funções de profissionais médicos do SNS através de amostra de profissionais, médicos e de liderança intermédia, que cessaram funções no período entre 2018 e 2023, com posterior emissão de recomendações para melhor retenção;
- Trata-se de um estudo retrospectivo, através de entrevistas semiestruturadas, com prévio consentimento dos participantes;
- Os dados recolhidos serão codificados e anonimizados.

Analisado o projeto acima descrito, a CES deliberou nada ter a opor à sua realização.

A Vice Presidente da CES

Dra. Vanessa Correia



Requerimento de autorização pelo Conselho de Administração - HFF

JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO

Joaquimdanielferro@gmail.com

Tlm 917577641

Excelentíssimo Senhor Presidente do Conselho de Administração
Do Hospital Fernando Fonseca
Dr. Luis Miguel Gouveia

Assunto: Dissertação MPDRH/ISCTE– realização de entrevistas

JOAQUIM DANIEL LOPES FERRO, Administrador Hospitalar de 2ª classe do CHULC, na qualidade de aluno do Mestrado Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos (MPDRH) do ISCTE, no âmbito do projeto de dissertação a realizar sob o tema “**A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel da liderança intermédia**”, sob orientação da Professora Doutora Generosa do Nascimento e com base na metodologia a seguir, vem solicitar a V. Exª autorização para a realização de entrevistas a profissionais médicos, com idade igual ou inferior a 50 anos e que nos últimos 5 anos tenham cessado contrato com essa instituição, bem como, a diretores de serviço clínicos.

Prevê o requerente, na sequência deste estudo e com base nos resultados obtidos, elaborar no âmbito do futuro projeto de tese de doutoramento, uma proposta de intervenção, com eventual implementação, no caso de merecer o interesse e concordância dessa instituição.

O requerente disponibiliza uma cópia do presente trabalho e manifesta a disponibilidade para realizar uma sessão de apresentação dos resultados nessa instituição.

A participação no presente estudo é voluntária, sendo assegurada a confidencialidade da informação obtida, o anonimato dos participantes e observadas as regras aplicáveis de natureza ética, deontológica e de proteção de dados.

Espera deferimento

Lisboa, 15 de setembro de 2023



Autorização do estudo pelo Conselho de Administração - HFF

☰ Gmail 🔍 luis.gouveia@hff.min-saude.pt ✕ 🏠

Compor ✉

Caixa de entrada 710 📧 Dissertação - Aut.

Com estrela

Suspensão

Enviado

Rascunhos 96

Mais

Marcadores

L **Luis Gouveia** <luis.gouveia@hff.min-saude.pt>
para Barbara, mim

Caro Dr. Daniel Ferro,

Concordamos com a possibilidade de trabalho de investigação que pretende realizar com a colaboração do HFF.

Coloco em conhecimento, a Dra. Bárbara Flor de Lima – Diretora Clínica do HFF para eventual contacto posterior.

Com os melhores cumprimentos,

Luis Gouveia

Presidente do Conselho de Administração

HOSPITAL PROFESSOR DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE
IC 19 - Vanteira | 2720-276 Amadora | Portugal
Tlm: | Tel: | Geral/Fax: 214 348 200 / 214 345 566
www.hff.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR




CUIDAR DE SI É CUIDAR DE TODOS.

D **Daniel Ferro** <joaquindanielferro@gmail.com>

Anexo B – Ficha de informação ao participante em estudo de investigação e Consentimento Informado

FICHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO (FIP)

Tema do Estudo de Investigação – A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel das líderes intermédios

Investigador – Joaquim Daniel Lopes Ferro (contactos e resumo curricular, em Anexo)

Fundamentos do estudo – as instituições do SNS na última década, apesar do reforço nominal, mantiveram basicamente os mesmos recursos médicos, registaram acréscimos significativos das necessidades assistenciais. O acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, de caráter urgente, aos cuidados na área cirúrgica e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica regista défices crescentes, em grande medida devido à escassez de recursos humanos. O estudo e o aprofundamento das medidas que no atual contexto possam contribuir para a retenção de profissionais médicos reveste-se por isso do maior interesse.

Objetivos do estudo – identificar as causas que estão na origem do elevado turnover que caracteriza os recursos médicos nas instituições do SNS e analisar o papel da liderança intermédia no que respeita às medidas de retenção dos profissionais.

O estudo constituirá a dissertação do Mestrado em Políticas e Desenvolvimento dos Recursos Humanos do ISCTE e será objeto de apresentação às instituições participantes (CHULC, HFF e CHBM), com recomendações e disponibilidade de acompanhamento por parte do investigador.

Desenho e metodologia – Será um estudo de caráter qualitativo e exploratório. Para além de alguma documentação específica (estudos, artigos de opinião e de imprensa, etc.) serão utilizadas técnicas de recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas.

No tratamento dos dados será utilizada metodologia de análise de conteúdo de acordo com o modelo de GIOIA. Com base na informação obtida e de acordo com o método indutivo, será feito o enquadramento conceptual e doutrinário através da informação mais atualizada e pertinente e das conclusões dos estudos de referência na área da gestão das pessoas e da liderança.

População e amostra a estudar - será estudada a população médica através de duas amostras, obtidas em 3 hospitais do SNS de diferente tipologia (grande, média e pequena dimensão). Uma amostra constituída por 25 a 30 médicos especialistas do quadro permanente das especialidades com maior turnover e perda de efetivos, que tenham cessado funções no SNS entre 2018 e meados de 2023, com idade igual ou inferior a 50 anos. Outra amostra constituída por 10 líderes intermédios, preferencialmente no exercício do cargo de diretor de serviço ou equiparado.

Calendário do estudo – As entrevistas decorrerão entre novembro e dezembro do corrente ano, esperando-se que o tratamento dos dados e o enquadramento concetual ocorra até ao fim de janeiro, altura em que a dissertação será apresentada para discussão, que se prevê ocorra durante o mês de fevereiro.

Processo de realização das entrevistas e observância das normas éticas e de proteção de dados:

- O investigador ao longo de todo o processo do estudo garante total sigilo e confidencialidade da informação, garantindo que em nenhum momento haverá registos ou informações relacionáveis direta ou indiretamente com os participantes no estudo;

- Obtida anuência dos médicos para cedência do contacto, o investigador telefonicamente, por mail, ou por teleconferência, envia o convite para participação, acompanhado da FIP e do consentimento informado (CI) para informação, participação e autorização da utilização dos dados pessoais;

- Pretende-se obviamente que a participação no estudo seja voluntária, livre e esclarecida agendando-se a entrevista de acordo com a disponibilidade dos participantes;

- As entrevistas preferencialmente devem ser presenciais, mas em caso de dificuldade de agendamento, poderão ser efetuadas por teleconferência, mediante autorização específica dos entrevistados;

- As entrevistas têm uma duração prevista de 30 a 40 minutos e na parte não estruturada abordarão a experiência do entrevistado numa perspetiva de co investigador relativamente às questões da investigação;

- No decurso das entrevistas o investigador utiliza a metodologia de GIOIA para tratamento dos dados obtidos, utilizando uma grelha de codificações de conteúdo previamente testada, recorrendo-se à gravação de voz, mediante autorização do entrevistado, apenas como fonte complementar e transitória, para revisão da informação colhida no prazo de 24 a 48h, após o qual será apagada;

- De acordo com o princípio da minimização, nas entrevistas apenas serão colhidas informações adequadas, pertinentes e limitadas às finalidades do estudo;

- O risco de identificação do entrevistado e da informação obtida, que o investigador considera de carácter sensível e confidencial, seja no documento escrito sobre o presente projeto de investigação, seja em qualquer evento ou ato de divulgação do estudo será evitado através das técnicas a seguir transcritas, não havendo a mínima possibilidade de tal ocorrer;

- A informação obtida em cada entrevista é encriptada e arquivada eletronicamente de forma transitória no computador pessoal do investigador, no máximo durante uma semana, após o que será arquivada nos servidores e computadores do ISCTE, desligados da rede, onde permanecerá com acesso restrito. Esta informação será apagada ao fim de 6 meses após a conclusão do mestrado, de acordo com a norma do ISCTE;

- Nas informações de identificação pessoal dos entrevistados, recorrer-se-á à técnica de pseudonimização (cifragem com chave secreta) desde a recolha de dados, sendo substituídas por identificadores codificados, cuja chave ficará exclusivamente em posse do investigador e devidamente protegida;

- Se nas informações de conteúdo e apesar da codificação das respostas, subsistirem elementos que razoavelmente poderão ser associados ou permitir qualquer relação ou ligação aos participantes, recorrer-se-á às técnicas de anonimização, mediante aleatorização (encobrimento, supressão, troca, adição de ruído) ou generalização (K-anonimato, L-diversidade, privacidade diferencial);

- No seu computador pessoal o investigador assegura que só tem instalado software devidamente licenciado, com todas as atualizações de segurança e proteção contra softwares nocivos, com barreiras de segurança ativas e os programas de navegação são executados com configurações seguras;

- O investigador assegura que não envia a informação relativa às entrevistas por correio eletrónico desprotegido, usando apenas método de partilha protegida;

- É assegurada adequada e segura proteção de todos os dados pessoais dos participantes. Em nenhum momento do estudo haverá possibilidade de aceder ou identificar os dados pessoais dos participantes ou de saber, após tratamento dos mesmos e eventual transcrição no documento final, a identificação dos seus autores;

- O investigador assegura ao entrevistado o direito de acesso à informação obtida, aos resultados e conclusões do estudo, bem como, o direito de revogação do consentimento informado e de desistência da participação e conseqüente inutilização da informação obtida;

O Investigador Principal

Assinatura _____

CONSENTIMENTO INFORMADO (CI)

Tema do Estudo de Investigação – A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel das líderes intermédios

Fundamentos do estudo – as instituições do SNS na última década, apesar do reforço nominal, mantiveram basicamente os mesmos recursos médicos, registaram acréscimos significativos das necessidades assistenciais. O acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, de caráter urgente, aos cuidados na área cirúrgica e aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica regista défices crescentes, em grande medida devido à escassez de recursos humanos. O estudo e o aprofundamento das medidas que no atual contexto possam contribuir para a retenção de profissionais médicos reveste-se por isso do maior interesse.

Objetivos do estudo – identificar as causas que estão na origem do elevado turnover que caracteriza os recursos médicos nas instituições do SNS e analisar o papel da liderança intermédia no que respeita às medidas de retenção dos profissionais.

O estudo constituirá a dissertação do Mestrado em Políticas e Desenvolvimento dos Recursos Humanos do ISCTE e será objeto de apresentação às instituições participantes (CHULC, HFF e CHBM), com recomendações e disponibilidade de acompanhamento por parte do investigador.

Desenho e metodologia – Será um estudo observacional de caráter qualitativo e exploratório. Para além de alguma documentação específica (estudos, artigos de opinião e de imprensa, etc.) serão utilizadas técnicas de recolha de dados através de entrevistas semiestruturadas.

No tratamento dos dados será utilizada metodologia de análise de conteúdo de acordo com o modelo de GIOIA. Com base na informação obtida e de acordo com o método indutivo, será feito o enquadramento conceptual e doutrinário através da informação mais atualizada e pertinente e das conclusões dos estudos de referência na área da gestão das pessoas e da liderança.

População e amostra a estudar - será estudada a população médica através de duas amostras, obtidas em 3 hospitais do SNS de diferente tipologia (CHULC, HFF e CHBM). Uma amostra constituída por 25 a 30 médicos especialistas do quadro permanente das especialidades com maior turnover e perda de efetivos, que tenham cessado funções no SNS entre 2018 e meados de 2023, com idade igual ou inferior a 50 anos. Outra amostra constituída por 10 líderes intermédios, preferencialmente no exercício do cargo de diretor de serviço ou equiparado. Os serviços selecionados são os seguintes:

CHULC (Obstetrícia e Ginecologia, Anestesiologia e Radiodiagnóstico)

- HFF (Obstetrícia e Ginecologia, Radiodiagnóstico, Oftalmologia e Cirurgia Geral)

- CHBM (Anestesiologia, Pediatria e Cardiologia)

Anexo 8 – CI pag.1/5

Calendário do estudo – As entrevistas decorrerão entre janeiro e fevereiro de 2024. O tratamento dos dados em final de fevereiro, início de março. A conclusão e entrega do trabalho está prevista para março, altura em que a dissertação será apresentada esperando-se que a discussão ocorra no final do mês.

Processo de realização das entrevistas e observância das normas éticas e de proteção de dados:

- O investigador ao longo de todo o processo do estudo garante total sigilo e confidencialidade da informação, garantindo que em nenhum momento haverá registos ou informações relacionáveis direta ou indiretamente com os participantes no estudo;

- Obtida anuência dos médicos para cedência do contacto, o investigador telefonicamente, por mail, ou por teleconferência, envia o convite para participação, acompanhado da FIP e do consentimento informado (CI) para informação, participação e autorização da utilização dos dados pessoais;

- Pretende-se obviamente que a participação no estudo seja voluntária, livre e esclarecida agendando-se a entrevista de acordo com a disponibilidade dos participantes;

- As entrevistas preferencialmente devem ser presenciais, mas em caso de dificuldade de agendamento, poderão ser efetuadas por teleconferência, mediante autorização específica dos entrevistados;

- As entrevistas têm uma duração prevista de 30 a 40 minutos e na parte não estruturada abordarão a experiência do entrevistado numa perspetiva de co investigador relativamente às questões da investigação;

- No decurso das entrevistas o investigador utiliza a metodologia de GIOIA para tratamento dos dados obtidos, utilizando uma grelha de codificações de conteúdo previamente testada, recorrendo-se à gravação de voz, mediante autorização do entrevistado, apenas como fonte complementar e transitória, para revisão da informação colhida no prazo de 24 a 48h, após o qual será apagada;

- De acordo com o princípio da minimização, nas entrevistas apenas serão colhidas informações adequadas, pertinentes e limitadas às finalidades do estudo;

- A informação obtida em cada entrevista é encriptada e arquivada eletronicamente de forma transitória no computador pessoal do investigador, no máximo durante uma semana, após o que será arquivada nos servidores e computadores do ISCTE, desligados da rede, onde permanecerá com acesso restrito. Esta informação será apagada ao fim de 6 meses após a conclusão do mestrado, de acordo com a norma do ISCTE;

- Nas informações de identificação pessoal dos entrevistados, recorrer-se-á à técnica de pseudonimização (cifragem com chave secreta) desde a recolha de dados, sendo substituídas por identificadores codificados, cuja chave ficará exclusivamente em posse do investigador e devidamente protegida;

Anexo 8 – CI pág. 2/5

- Se nas informações de conteúdo e apesar da codificação das respostas, subsistirem elementos que razoavelmente poderão ser associados ou permitir qualquer relação ou

Identificação dos participantes, recorrer-se-á às técnicas de anonimização, mediante aleatorização (encobrimento, supressão, troca, adição de ruído) ou generalização (K-anonimato, L-diversidade, privacidade diferencial);

- No seu computador pessoal o investigador assegura que só tem instalado software devidamente licenciado, com todas as atualizações de segurança e proteção contra softwares nocivos, com barreiras de segurança ativas e os programas de navegação são executados com configurações seguras;

- O investigador assegura que não envia a informação relativa às entrevistas por correio eletrónico desprotegido, usando apenas método de partilha protegida;

- O investigador assegura ao entrevistado o direito de acesso à informação obtida, aos resultados e conclusões do estudo, bem como, o direito de revogação do consentimento informado e de desistência da participação e conseqüente inutilização da informação obtida;

- Os **riscos** inerentes aos dados pessoais e informação obtida consistem no acesso e conhecimento por terceiros ou pelo público, a informação de caráter pessoal e institucional relativa ao trabalho, responsabilidades e contexto de trabalho dos participantes, incluindo perceções, sentimentos, comportamentos ou atitudes que possam explicar e descrever a experiência profissional e os motivos de cessação das relações de trabalho;

- Os riscos descritos são evitados ou minimizados através das técnicas mencionadas, garantindo-se adequada proteção dos dados e da informação obtida. Em nenhum momento do estudo haverá possibilidade de aceder ou identificar os dados pessoais dos participantes ou de saber, após tratamento dos mesmos e eventual transcrição no documento final, a identificação dos seus autores;

- Os **benefícios** inerentes aos dados pessoais e informação obtida permitirão identificar as causas de cessação das relações de trabalho e as medidas que poderão no futuro ser tomadas para evitar ou minimizar o turnover médico, permitindo maior estabilidade laboral, maior satisfação profissional, melhor informação e conhecimento clínicos, menores custos com o processo de integração e desenvolvimento profissional e maior rendimento de trabalho. Permitirão ainda reduzir roturas frequentes no funcionamento dos serviços de saúde e nos processos assistenciais, melhoria da acessibilidade e da qualidade dos serviços prestados.

Declaração do Investigador Principal

Confirmando que enviei ao participante o conteúdo deste documento e que o mesmo dispôs de um período suficiente de reflexão para a tomada de decisão. Respondi a todas as dúvidas ou questões que me foram colocadas. Também garanti ao participante, que tem o direito de recusa de participar ou de retirar o consentimento em qualquer momento, sem ter de o justificar.

Anexo 8 – CI pág. 3/5

Identificação e contactos do Investigador: Joaquim Daniel Lopes Ferro, CC nº 05529010 8 ZX2

Tlm 917577641

joaquimdanielferro@gmail.com ou daniel.ferro@chlc.min-saude.pt

Identificação e contato do Orientador: Generosa do Nascimento – generosa.nascimento@iscte-iul.pt

Local _____ Data ____/____/_____

Assinatura do Investigador Principal _____

Declaração do Participante

Declaro ter compreendido os objetivos do estudo como foi proposto e explicado pelo Investigador Principal. Ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre a decisão de participação no estudo. Ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o mesmo e ter obtido respostas esclarecedoras.

1. Tomei conhecimento

a. Do estudo sobre o tema “A retenção de profissionais médicos no SNS e o papel das líderes intermédios”, seus objetivos e metodologia, na qual se inclui uma entrevista

b. Dos meus direitos relativamente aos meus dados pessoais, bem como da finalidade do tratamento a que os meus dados se destinam;

c. Do prazo de conservação dos dados pessoais para realização do presente projeto de investigação;

d. De que posso retirar o meu consentimento de participante no Projeto de Investigação a qualquer momento, sem fornecer razão para tal, sem que isso acarrete qualquer impacto negativo para mim os meus familiares, devendo fazê-lo, por escrito, através do contacto do Investigador Principal acima mencionado, ou pelo email epd@chlc.min-saude.pt relativo ao Encarregado de Proteção de dados do CHULC. Neste caso, os dados recolhidos, entretanto, não serão apagados pois fazem parte de um estudo científico, ficando abrangidos por todas as medidas de proteção de dados;

e. Da política de privacidade e do Código de Conduta no Tratamento de Dados Pessoais, do CHULC;

f. De que posso contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do email geral@cnpd.pt

Anexo 8 – CI pág. 4/5

Dou o meu consentimento para:

a. A recolha e tratamento dos meus dados pessoais no âmbito da finalidade do presente projeto de investigação e nas condições descritas neste documento.

Local _____ Data ___/___/_____

Nome do participante _____

Documento de identificação (C.C.) _____

Contacto do participante _____

Assinatura do participante _____

Anexo 8

Anexo C – Guião de entrevistas

Guião de entrevista – médicos

Entrevista aberta para conhecer a experiência e vivência dos participantes, devendo abordar aspetos mencionados na lista de questões abaixo

Entrevistado (nome pseudonimizado) _____

Tempo exercício (FE+E) _____ Local de Formação Específica _____

Cargos (liderança/chefia projetos/unidades/ grupos)

Experiência assistencial relevante

Ensino/Investigação _____

Teve oportunidade de conhecer os valores do serviço. Sentiu em algum momento a importância do ajustamento entre esses valores e os seus valores individuais/interesses?

Autonomia promovida pela liderança (exemplo área de interesse)

Desenvolvimento Competências _____

Em algum momento lhe foi proporcionado apoio, além do tempo, também material para frequentar estágios/formação em centros de referência? _____

Ambiente de trabalho e nível de relacionamento com colegas, chefias, profissionais de outros serviços e da comunidade?

Guião de entrevistas – Líderes intermédios

Entrevista aberta: questões exemplificativas a abordar na descrição da experiência vivida e perspetivas sobre a temática

Liderança intermédia (pseudonimizada) _____ Data ___/___/_____

Idade _____ Tempo de exercício da liderança intermédia _____

Exerceu outros cargos relevantes antes/durante _____

Já frequentou ações de formação específica com abordagem: Liderança/chefia de equipas _____

Motivação _____, Gestão emocional _____, Satisfação/Bem-estar colaboradores _____,

Identificação organizacional _____, Contrato psicológico/Compromisso organizacional _____

Prevenção turnover _____

Causas principais turnover no serviço _____

Qual acha que é o papel da liderança intermédia na prevenção das causas _____

O que mais contribui para a motivação dos profissionais _____

E para criar ligação à Instituição? _____

Que tipo de laços (compromissos) _____

Considera que tem condições para acolher por norma as áreas de interesse escolhidas pelos médicos? Quando não consegue como gere essas situações.

A instituição por norma apoia o plano de desenvolvimento dos médicos, incluindo o financiamento das ações/estágios

O ambiente no serviço permite um relacionamento normal entre os colegas, entre estes e a chefia ou com elementos dos outros serviços ou da comunidade? É uma preocupação sistemática enquanto líder? Como gere as situações críticas? _____

Nota que há dificuldade na conciliação de valores individuais e os valores do serviço _____

Considera que tem condições/preparação para lidar/acolher esses valores _____

Consegue-se conciliar os interesses pessoais com os do serviço? _____

Outros aspetos relevantes _____

Anexo D – Estrutura de dados

Estrutura de dados – entrevistas de médicos (E)

E	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões
01	01	01	Sentia que o esforço dedicado pelo menos a algumas áreas (ex. urgência) não era devidamente compensado	Compensação insuficiente	Remuneração
02	03	02	Romantizo com o regresso ao SNS, desde que a remuneração seja melhor		
03	01	02	Nunca aumentou de vencimento e sentiu que a remuneração deixou de ser compensadora		
04	01	02	Sentia que auferia remuneração baixa para as necessidades e expectativa de vida que tinha		
05	01	02	Não fossem as questões familiares e mais cedo ou mais tarde cessaria contrato pelas condições remuneratórias		
26	01	05	A razão principal porque cessou o contrato teve que ver com a baixa remuneração		
28	02	05	Possuía um ritmo de alta resolução e produtividade, que achava injusto não ser compensado financeiramente	Ausência progressão carreira	
03	01	02	Nunca foi promovido		
04	01	02	Sem perspectivas de progressão na carreira		
04	01	02	O processo de abertura de concurso para graduação foi muito demorado	Assimetria de remunerações	
14	02	06	Durante 8 anos no SNS a posição na carreira nunca se alterou, nem mudou de vencimento		
25	02	05	Um dos motivos pelos quais cessou contrato teve que ver com a ausência de progressão desde que iniciou funções	Remuneração suplementar insuficiente	
06	03	02	Sentia injustiça e irritação com assimetria de remunerações devido à diferença de regimes (CIT normal, carenciado, DE e CPS)		
15	02	06	Existe assimetria de remunerações, com piores remunerações e condições para os médicos mais jovens	Avaliação desempenho injusta	
05	01	02	Reconhece que a remuneração à data, sobretudo em relação ao trabalho de urgência, não compensava o esforço		
07	01	02	A atividade adicional tem valores muito pouco compensadores para uma eventual centralização da atividade no hospital	Proposta financeira vantajosa	
28	02	05	Não desenvolvia atividade adicional dado o regime de horário reduzido		
08	03	03	O resultado da avaliação de desempenho não traduziu o esforço, nem a imagem que tinha do seu desempenho		
08	03	03	O resultado "suficiente" da avaliação de desempenho teria sido foi motivado pela impossibilidade de ultrapassar quotas relevante	Falta de valorização	
08	03	03	A informação pedagógica de acompanhamento da avaliação de desempenho foi insuficiente e não permitiu enquadrar expectativas		
09	03	03	Foi penalizada na avaliação de desempenho, por não considerar a formação subspecializada justificativa da quebra de actividade	Escolha área de interesse	
02	03	02	Foi atraída por contrato diferenciado		
18	03	07	Além do ambiente hostil na urgência a mudança ocorreu porque o contrato era mais vantajoso financeiramente		
19	01	08	Motivo principal da cessação foi o surgimento de uma proposta e a dificuldade em conciliar com a parte privada		
19	01	08	A proposta de contrato para o setor privado era financeiramente vantajosa e não se pode dizer indiferente		
22	02	04	Entretanto surgiu uma proposta do setor privado, com melhor remuneração		
09	03	03	O fator económico não foi determinante para a decisão de sair, muito embora a remuneração baixa refletisse a falta de valorização	Autonomia	
05	01	02	A expectativa foi assegurar um perfil de funções polivalente, e esse caminho foi-lhe facilitado		
08	03	03	Além do trabalho assistencial acumulou muitos cargos de coordenação de projetos, para além do que lhe era pedido		
08	03	03	Concorda que a autonomia, desenvolvimento de competências é um pilar centrais da motivação		
09	03	03	Enquanto especialista escolheu a área de interesse e teve apoio institucional para a respetiva formação subspecializada		
11	03	03	Dedicou-se à área de interesse, que implementou		
12	03	03	Desenvolveu área de interesse pretendida, e contou com todo o apoio		
13	01	01	Escolheu área de interesse pessoal, que desenvolveu com apoio da liderança		
16	02	01	Escolheu e trabalhou na área de interesse		
17	02	06	Retomou contrato, na instituição de origem, escolheu e desenvolveu área de interesse		
19	01	08	Teve possibilidade de escolha da área de interesse		
22	02	04	Ótimo ambiente, escolha da área de interesse, apoio formativo institucional exemplar durante o internato		
22	02	04	Assegurou cargo de liderança como desafio, que concluiu ter vencido		
23	02	04	Escolhi e desenvolvi a área de interesse que gostava		
24	02	04	Escolheu área de interesse pessoal		
25	02	05	Escolheu e desenvolveu a área de interesse que lhe interessava		
26	01	05	Escolheu e desenvolveu área de interesse, que considerava muito diferenciada		
28	02	05	Escolheu e desenvolveu área de interesse profissional		
01	01	01	Ofereceu-se para ficar a trabalhar na área técnica onde se pretendia diferenciar	Área de trabalho sem interesse específico	
01	01	01	Quando saiu foi trabalhar na área de diferenciação que pretendia desenvolver		
10	03	03	Considera ter crescido com a experiência e desempenhou cargo que não gostou muito	Falta de autonomia técnica	
10	03	03	Saiu devido a proposta para se dedicar à área de interesse		
01	01	01	Não era dada autonomia técnica em alguns setores	Falta de autonomia funcional	
01	01	01	Noutros setores algumas decisões tomadas eram revertidas		
02	03	02	Sentia falta de autonomia relativamente às atividades afetas	Inexistência de valência de interesse	
02	03	02	Sentia-se feliz se pudesse escolher o trabalho a fazer		
04	01	02	Nunca pode dedicar-se em pleno a áreas de interesse devido à necessidade de assegurar outras tarefas		
20	02	04	Deixou de ter autonomia para decidir os doentes seguidos na consulta que ia operar		
10	03	03	Não foi possível concretizar as áreas de interesse, por inexistência da valência		
18	03	07	A inexistência de valências mais diferenciadas não é negativo, mas é limitativo		

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de médicos (E)

E	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões		
02	03	02	Sempre teve possibilidade de desenvolver competências de acordo com o seu interesse	Benefício de apoio formativo e de diferenciação	Competência		
03	01	02	Sempre foi apoiado para fazer formação, apesar da pressão laboral e nunca se interessou pela investigação				
04	01	02	O processo formativo decorreu sem nada a apontar, tendo tido muito apoio				
04	01	02	Sempre foi estimuladas a fazer formação				
05	01	02	Colaborou no ensino pré e pós graduado				
05	01	02	A equipa de urgência era composta de profissionais com experiência diversificada				
05	01	02	Desenvolveu competências sem barreiras e com o apoio necessário				
11	03	03	Foi apoiado na formação subespecializada na área de interesse				
16	02	01	Teve apoio para a formação na área de interesse				
19	01	08	Teve possibilidade de estagiar em bons centros, voltando com outra cabeça, com mais energia				
23	02	04	A casuística em complexidade e diferenciação do hospital público, não tem nada a ver com a dos hospitais privados				
24	02	04	Teve apoio para a formação na área de interesse				
25	02	05	Teve apoio na formação para adquirir diferenciação com fundos gerados em congresso				
25	02	05	Houve sempre condições para assegurar ensino pós-graduado, que muito valorizava				
26	01	05	Excelente ambiente, quer em relação à liderança intermédia, quer em relação aos colegas				
26	01	05	Teve condições e foi apoiada a formação para se diferenciar				
01	01	01	Não adquiriu competências na área de diferenciação desejada			Falta apoio/estímulo para diferenciação	Competência
27	02	01	Escolheu área de interesse mas não dispôs das condições adequadas para a desenvolver				
05	01	02	Colaborou pouco na investigação devido à pressão assistencial			Prejuízo da investigação devido pressão assistencial	
06	03	02	Fraca perspetiva de crescimento e desenvolvimento profissional devido ao nível de complexidade e práticas correntes				
12	03	03	A atividade assistencial era tão densa que não deixava grande espaço para a investigação, apesar de valorizar pouco esta atividade				
15	02	06	O trabalho na área de investigação não é protegido, nem promovido pelo impacto negativo no trabalho assistencial			Proposta tecnicamente vantajosa	
21	02	05	Não havia espaço para a investigação, a não ser no seu tempo pessoal, o que também acontece no setor privado				
19	01	08	A proposta tecnicamente também era vantajosa, pois permitia operar um grande número de doentes e progredir rápido				
22	02	04	Entretanto surgiu uma proposta do setor privado, com projeto clínico, equipamento moderno	Sem disponibilidade para formação			
09	03	03	No internato, por falta de recursos, assegurava vários papéis e competências que não nos cabiam, nem resolviam os problemas				
20	02	04	Nem sempre consegui ir a congressos relevantes para as áreas de interesse profissional	Esforço formativo à propria custa			
08	03	03	Apesar do pouco tempo para aquisição de competências, foi um esforço essencialmente à sua custa				
17	02	06	A formação na área de interesse foi à sua custa				
19	01	08	O ganhar mais permitia por exemplo custear a título particular formação de qualidade e muito cara	Limitação técnica dos equipamentos			
21	02	05	O esforço formativo de diferenciação foi à sua custa, sem apoio institucional				
23	02	04	A formação de desenvolvimento foi à custa do participante				
28	02	05	A formação e diferenciação adquirida não foi um custo da instituição, mas próprio ou parceria com empresa	Bom relacionamento e ambiente			
16	02	01	Não teve apoio para substituição de equipamento por modelo mais atualizado				
28	02	05	O desenvolvimento profissional estagnou devido à limitação técnica dos equipamentos disponíveis				
28	02	05	Não havia espaço para novas técnicas, nem para a investigação				
08	03	03	O bom relacionamento foi sempre estimulado e sempre foi um ponto forte do serviço e dos membros da equipa				
09	03	03	O ambiente de trabalho era bom, predominando a coesão, solidariedade, respeito, proatividade na resolução de problemas				
10	03	03	Aceitou um contrato depois do feedback positivo, em equipa com bom ambiente e vários colegas da mesma geração				
11	03	03	Gostou do ambiente, com colegas novos, abertos à discussão e partilha				
12	03	03	O relacionamento com colegas de equipa e do serviço era bom				
16	02	01	Integração em equipa jovem, com muita camaradagem, colaboração, contacto com muita patologia rica				
16	02	01	No serviço havia dinâmica clínica, muita atualização, reuniões de serviço, revisão artigos novos, discussão de casos				
19	01	08	O ambiente com os colegas e com a chefia sempre foi ótimo		Relacionamento difícil com a comunidade		
25	02	05	O ambiente era bom, quer em relação à liderança, quer em relação aos colegas				
27	02	01	O ambiente do serviço e a relação com a chefia eram bons				
28	02	05	O ambiente de trabalho e relacionamento com colegas e chefia eram bons				
02	03	02	Pressão agressiva dos utentes para com os profissionais				
06	03	02	Contexto social, geográfico pouco compatível com valores e interesses pessoais				
13	01	01	A pressão crescente do trabalho, a degradação da relação interprofissional, a redução de equipas, foi degradando o ambiente				
13	01	01	A razão económica não foi determinante para a decisão de cessação, mas sim o referido desconforto e a degradação ambiente				
14	02	06	As pessoas começaram a ter pouca vontade, ninguém tinha tempo para otimizar, nem se responsabilizava por nada				
15	02	06	As dificuldades de relacionamento na equipa contribuíram para a decisão de saída				
18	03	07	O ambiente da urgência da especialidade era um pouco hostil, talvez pela falta de diferenciação da equipa dos balcões				
18	03	07	O ambiente da urgência era um pouco hostil tipo, cada um por si				
18	03	07	O ambiente da urgência era um pouco hostil, o chefe de equipa nem sempre dialogava sobre os doentes a internar				
18	03	07	Muitos doentes internados pelo chefe de equipa não beneficiavam com o internamento e diferenciação do serviço				
18	03	07	Além do ambiente hostil na urgência, a mudança ocorreu devido à menor exigência de bancos à noite e fins de semana				
20	02	04	O ambiente do serviço era frequentemente tenso				
20	02	04	A cessação do contrato teve que ver com o ambiente pouco saudável do serviço				
22	02	04	Com a degradação do ambiente no serviço e no hospital, começou a não ter vontade de ir para o trabalho				
22	02	04	O motivo principal da cessação de funções teve que ver com a degradação do ambiente de trabalho				
24	02	04	Enquanto especialista o ambiente agravou-se tendo sido o motivo principal de rescisão do contrato				
02	03	02	O relacionamento com a equipa e outras equipas do hospital nunca foi estimulado	Fraco estímulo relacio.	Relacionamento		
22	02	04	Foi-se perdendo o espírito de equipa e de missão	Perda de espírito de equi			

H-Hospitals
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de médicos (E)

E	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões
03	01	02	Foi bem liderado, com uma visão muito humana dos doentes, com preocupação com a organização clínica e segurança	Liderança competente	Liderança
03	01	02	Liderança com preocupação com o bem estar dos profissionais, sentiu-se valorizado		
04	01	02	Sempre houve preocupação da hierarquia em conciliar trabalho com expectativas profissionais		
04	01	02	Reconhece que a hierarquia era obrigada a dispôr dos recursos da melhor forma possível		
04	01	02	Sempre houve preocupação do serviço em que se sentisse bem	Falta oportuni. Liderança	
01	01	01	Nunca assegurou cargos de coordenação ou chefia de projetos/setores		
01	01	01	Chegou a sentir-se abandonada	Falta de envolvimento	
01	01	01	Oferecia-se para assegurar atividade adicional	Fracca dinâmica clínica	
01	01	01	Oferecia-se para fazer atividades para além do horário		
07	01	02	A diferença de dinâmica entre as pessoas que só trabalham no hospital interferia com os que acumulavam com o privado		
02	03	02	Era tratada como subalterna, como se ainda fosse interna	Fracco/ausência de reconhecimento	
02	03	02	Não havia reconhecimento, nem pela chefia, nem pelos pares, nem pelos utentes		
02	03	02	Quando saiu não sentiu que isso causasse preocupação		
08	03	03	Percecionou a saída, após anúncio, como normal e aparentemente irreversível, sem tentativas reversão pela liderança intermédia	Falta de apoio da liderança	
02	03	02	Vinha trabalhar com a sensação que vinha para a prisão		
02	03	02	Por vezes sentia-se muito sozinha e levava o trabalho com sofrimento		
08	03	03	A autonomia manifestou-se pela apresentação de numerosos projetos, de fraco valor, invariavelmente sem apoio na implementação		
08	03	03	A falta de apoio à implementação motivou a desistência de muitos projetos, quer pela sua parte, quer de outros colegas	Falta de participação na decisão	
09	03	03	A proposta de contratação temporária de um prestador experiente, única viável, não foi apoiada pela chefia direta e superior		
03	01	02	Mudou para um serviço onde sentiu que deixava de participar no desenho do seu percurso	Falta de participação na decisão	
07	01	02	O apelo à gestão sobre escassez de recursos, necessidade de renovação devido à idade, condições de trabalho não surtiu efeito		
13	01	01	Visão desalinhada com a liderança sobre a separação rígida entre unidades funcionais, prejudicando a flexibilidade de afetação	Falta preocup. bem estar	
21	02	05	Fracca participação na decisão - alertou liderança para o horário inconveniente, sem resultado, mas posteriormente alterado		
03	01	02	No novo serviço a hierarquia deixou de se preocupar com o bem estar dos profissionais	Prejuizo da equidade	
03	01	02	Foi objeto de decisões diferentes por parte da gestão de topo relativamente à mesma situação profissional		
11	03	03	Criou descontentamento com diferença de tratamento relativamente à densidade de horas de urgência em relação a colegas	Falta visão inspiradora de médio /longo prazo	
20	02	04	Havia falta de equidade na distribuição da atividade adicional		
06	03	02	A liderança intermédia não consegue ter uma visão de médio/longo prazo, apenas de resolução imediata de problemas	Falta otimização/responsabi. recursos	
06	03	02	O equilíbrio das necessidades face aos recursos existentes exigiria soluções que a visão corporativa inviabilizará por certo		
14	02	06	A ausência de perspetivas ou de tentativas de mudança no SNS reforçou a opção de se dedicar só ao privado	Falta atitude proativa	
07	01	02	Há nos hospitais públicos má gestão, com falta de otimização dos recursos e ausência de responsabilidade e responsabilização		
09	03	03	Não conseguiu aplicar toda a diferenciação alcançada e não sentiu que a liderança intermédia se esforçasse para apoiar	Não atribuição de horários reduzidos	
28	02	05	A entropia e lentificação do trabalho contribuíam decisivamente para a baixa produtividade		
07	01	02	A liderança intermédia poderia e deveria ser mais proativa na resolução de problemas de otimização	Organização do trabalho deficiente	
14	02	06	A opção por redução de horários não era considerada, nem houve qualquer contrapartida no momento da saída		
16	02	01	No setor privado além de trabalhar com colegas, representou um horário mais reduzido, com um vencimento superior		
21	02	05	Mantem colaboração em prestação de serviço apenas de acordo com a disponibilidade		
27	02	01	O motivo principal da cessação de turnos deveu-se a uma redução do horário, de modo a fazer face ao crescimento de atividades privadas	Falta de autonomia para resolução de problemas	
27	02	01	O serviço depois da sua saída começou a autorizar horários a tempo parcial		
19	01	08	Os doentes de consulta, não eram geridos em agenda, com espera prevista até à operação, como no local de estágio	Falta de autonomia para resolução de problemas	
25	02	05	A organização do trabalho não permitia tempo dedicado a algumas atividades clínicas		
26	01	05	Na organização do trabalho não há tempo dedicado para algumas atividades clínicas essenciais	Falta de autonomia para resolução de problemas	
06	03	02	Papel muito limitado das lideranças intermédias na alteração fatores contextuais e determinantes do trabalho		
08	03	03	Entende que a liderança intermédia estaria também muito limitada na autonomia para poder apoiar resolução de problemas		
09	03	03	A alguns projetos e iniciativas, envolvendo custos ainda que marginais, eram criados obstáculos pela Administração		
14	02	06	Apesar do CRI ser um bom modelo, a percepção é que tudo é decidido pela Administração e pouco pelo diretor serviço	Horários não harmonizados com a vida pessoal	
01	01	01	Os horários não eram harmonizados com o seu interesse pessoal		
02	03	02	A necessidade de harmonizar o horário com o seu interesse pessoal/familiar não era compreendida	Dificuldade acumulação	
04	01	02	Não conseguia conciliar o horário e o elevado volume de trabalho extra com a vida pessoal		
05	01	02	Volume excessivo de horas de urgência (24/semana) com desgaste acumulado e repercussões vida pessoal e social		
06	03	02	Escala de urgência excessiva (6/8 bancos 24h mensais) e absolutamente limitativa da vida pessoal		
07	01	02	A dificuldade em conciliar com vida pessoal era óbvia mas para não contrariar a dinâmica de grupo, ia continuando o sacrifício	Identificação com valores dominantes	
12	03	03	O horário de rotina também era imenso, o que associada às urgências de 24, prejudicava a vida pessoal e familiar		
17	02	06	O contrato no setor privado representava um horário mais reduzido e com mais tempo de férias e tempo pessoal	Dificuldade identificação com valores dominantes	
21	02	05	Cessação contrato devido a incompatibilidade de horário com a vida pessoal (uma parte do horário era assegurada 20/24h)		
02	03	02	Dificuldade em harmonizar o horário atribuído com a atividade exercida no exterior	Dificuldade identificação com valores dominantes	
02	03	02	Era a única que acumulava atividade privada no exterior		
12	03	03	A liderança não se mostrava receptiva a fazer alterações de escala, visto a troca implicar alterações de escala de outros colegas	Dificuldade identificação com valores dominantes	
13	01	01	A carga de trabalho tornou-se excessiva, provocando desconforto e dificuldade de manter acumulação		
14	02	06	Com a pressão dos doentes a aumentar e a acumulação de doentes no privado, poucotempo sobrava para a família	Dificuldade identificação com valores dominantes	
28	02	05	O motivo principal da saída foi a dificuldade em manter a acumulação		
02	03	02	Sentia fosso geracional	Dificuldade identificação com valores dominantes	
02	03	02	Tinha que esperar que os mais velhos marcassem férias e as suas preferências "vamos lá ver se é possível"		
02	03	02	Compreende o papel da direção de serviço, que arranjará um conflito geracional se cedesse aos seus pedidos	Dificuldade identificação com valores dominantes	
06	03	02	Sentiu-se desintegrada da equipa devido ao conformismo com realidade		

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de médicos (E)

E	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões
01	01	01	Faltava material básico que impedia fizesse as coisas bem	Falta material/equipamento básico	
01	01	01	O material utilizado encontrava-se muito degradado		
06	03	02	Materiais, equipamentos, contexto e ambiente interno de trabalho pouco favoráveis à inovação de praticas modernas		
19	01	08	A urgência era desgastante, pela incerteza quanto à disponibilidade de material para operar		
25	02	05	As condições técnicas, ao nível de equipamentos, não foram melhoradas, com eventual impacto na rentabilidade e qualidade		
01	01	01	Sentia-se na obrigação de fazer mais horas do que a disponibilidade dada à chefia (urgência)	Excesso trabalho urgência	
02	03	02	Chegou a fazer 2 e 3 bancos por semana, com prejuizo da familia e os colegas acharem que era normal		
04	01	02	Horário longo (40h) com excesso de horas extra		
04	01	02	A hierarquia solicitava demasiado trabalho extra que fazia por solidariedade com os colegas		
05	01	02	Urgência bastante exigente, fim de linha, stressante, pela complexidade, alta pressão, com poucos elementos na equipa		
07	01	02	A excessiva carga de urgência (bancos 24h) e horas extra, independentemente da anuência, tornou-se violência física e psíquica		
08	03	03	O volume de horas de trabalho tornou-se incomportável chegando a 70 h/semana		
09	03	03	A exigência crescente de turnos adicionais de urgência e horas extra prejudicou o desenvolvimneto projetos nas áreas de interesse		
10	03	03	Grande número de urgências devido à escassez de especialistas elegíveis, colegas dispensados ou com filhos muito pequenos		
11	03	03	Grande número de urgências devido à escassez de especialistas elegíveis, colegas dispensados ou com filhos muito pequenos		
12	03	03	Havia pressão constante para fazer muitas urgências e de 24 horas		
12	03	03	As urgências eram muito "pesadas"		
13	01	01	Havia muita pressão para fazer urgências. No internato fazia urgências de 24h e os especialistas apenas 12h.		
16	02	01	Havia grande sobrecarga de trabalho de urgência. Chegava a fazer 40h de urgência, depois das 40h no serviço		
19	01	08	A urgência era desgastante, pelo volume de trabalho		
22	02	04	Na urgência o volume de trabalho era muito exigente, chegava a fazer 2 bancos por semana		
27	02	01	Além das 40h de contrato assegurava urgências semanais de 24h o que considerava excessivo		
06	03	02	Não havia tempo para formação (mesmo em serviço) nem reuniões de serviço devido à pressão assistencial	Excesso de carga de trabalho	Condições de trabalho
07	01	02	O serviço fica assoberado com os casos complexos transferidos por falta de capacidade técnica, mais os casos simples		
09	03	03	Com o passar dos tempos sentiu-se, como toda a equipa, essoberbada de trabalho, prestado sem a qualidade que esperava		
12	03	03	Considerou o trabalho, pelo volume e pressão muito desgastante, tempos de espera a descambarem, sem apoio dos CSP		
13	01	01	Área de interesse com poucos médicos, porque o trabalho era pesado e por falta de vagas para contratação recém formados		
13	01	01	Retiradas as horas de urgência, a parte restante do horário era pequena para o acompanhamento aconselhável		
14	02	06	Nos últimos anos a pressão assistencial cresceu imenso, saíram vários colegas e o hospital não contratou ninguém		
15	02	06	No SNS ganhava o mesmo, mas assegurava uma carga de trabalho muito maior e saía frequentemente às 20h		
16	02	01	A sobrecarga de trabalho não era só na urgência em virtude da doença e a saída de alguns colegas		
22	02	04	Na urgência o volume de trabalho era muito exigente (60/70 atendimentos)		
07	01	02	Além das funções assistenciais, tinhamos que nos preocupar com as condições organizativas e estrangulamentos dos processos	Falta de org. dos processos	
01	01	01	A falta de condições influenciou negativamente a sua avaliação de desempenho	Falta condições logísticas gerais	
07	01	02	A falta de condições era óbvia, como a necessidade de preparar espaço de descanso, com falta de limpeza e falta de material		
22	02	04	Começou a haver grande dificuldade de resposta nos serviços de apoio e de mcdt para o tratamento atempado dos doentes		
23	02	04	Começou a haver dificuldades de resposta para tratamentos complementares, burocracia desnecessária e qualidade inferior		
25	02	05	As condições físicas e arquitetónicas também eram deficientes e pouco funcionais, nunca tendo sido melhoradas	Falta de meios humanos	
04	01	02	Vivenciou as consequências do aumento do trabalho assistencial e a escassez de recursos		
14	02	06	Nos ultimos anos houve desinvestimento no serviço e os investimentos só se faziam a muito custo		
19	01	08	Não tinha controlo sobre a sua atividade, devido ao encerramento de blocos por falta de anestesista ou enfermeiro	Redução da equipa	
09	03	03	Os diversos setores funcionais do serviço, anteriormente com dois elementos, ficaram reduzidos a um elemento		
09	03	03	No balanço da consulta, com o TME a aumentar, os três elementos habituais, ficaram reduzidos a dois, e pontualmente a um		
14	02	06	As equipas ficaram reduzidas, com os tempos de espera para consultas e cirurgias a ficarem descontrolados		
15	02	06	A opção pelo setor privado ocorreu no momento em que alguns colegas cessaram funções		
15	02	06	A diminuição de médicos sem novas contratações durante vários anos levou ao esvaziamento da geração intermédia	Excesso de burocracia	
28	02	05	A saída de vários colegas quase em simultâneo, aceleraram a decisão de cessação do contrato		
03	01	02	A carga/pressão de trabalho aumentou bastante, nomeadamente em tarefas acessórias (consultas, revisão de processos)	Falta de segurança	
15	02	06	As condições de trabalho, ao nível da burocracia, foram-se deteriorando e sem perspectivas de alteração		
15	02	06	As condições de trabalho, ao nível da segurança, foram-se deteriorando e sem perspectivas de alteração	Execução tarefas outros profissionais	
15	02	06	Há muito trabalho médico passível de execução por outros profissionais, com possibilidade de otimização		
15	02	06	Há um forte desperdício do trabalho médico diferenciado em tarefas muito básicas, designadamente na urgência	Aproximação de suporte familiar	Motivos pessoais
18	03	07	Além do ambiente hostil na urgência a mudança ocorreu devido à menor distância em relação ao local de residência		
14	02	06	Os jovens médicos preferem contratos de horário reduzido, atividade subespecializada e trabalho adicional	Preferência horários red	Reg. Ded. plena

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de líderes intermédios (L)

L	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões	
08	02	05	A gestão de topo não proporcionou às lideranças intermédias formação preparatória para o exercício do cargo	Dificuldades por insuficiente formação	Liderança	
10	02	03	A formação dos líderes intermédios na área da gestão e liderança, para lidar com problemas complexos, é muito insuficiente			
13	01	08	A liderança intermédia necessita de maior suporte formativo da instituição para lidar com temas de maior complexidade			
08	02	05	A autonomia das lideranças intermédias está muito diluída devido às decisões contrárias da gestão de topo	Falta de alinhamento com liderança de topo		
11	02	05	O alinhamento da visão entre o nível intermédio e de topo tem sido difícil de alcançar			
06	01	01	Estamos numa fase de transição mas não conseguimos definir o futuro	Impossibilidade de criar visão de médio/longo prazo		
06	01	01	É preciso ter planos de concursos a médio prazo e garantir estabilidade para haver segurança entre expectativas e contratação			
01	03	07	Jovens não querem apenas medicina clínica, querem ter os meios para fazer técnicas	Impossibilidade de proporcionar escolha autónoma da área de interesse		
01	03	07	O serviço não dispõe, nem proporciona todas condições técnicas da especialidade			
01	03	07	A autonomia tem vindo a diminuir à medida que o diagnóstico e tratamento dependem mais da referência externa			
01	03	07	As necessidades assistenciais exigem que cada um faça um pouco de tudo e não apenas do que gosta			
01	03	07	O que é menos desejado tem de ser repartido por todos			
02	03	02	Não consegui implementar modelo que conferia mais autonomia/ligação aos doentes (determinadas especialidades)			
02	03	02	Utilizamos estilo de liderança servil - garantir que cada um se encontra satisfeito, apoiado e concilia compromissos pessoais	Dificuldade da tomada de decisões racionais face à dependência médicos		
10	02	03	O facto da maioria da pequena equipa que assegura urgência estar dispensada desta atividade, condiciona a liderança			
01	03	07	O serviço não dispõe, nem proporciona todas condições técnicas da especialidade	A missão exclui áreas de interesse diferenciadas		
01	03	07	Algumas técnicas mais diferenciadas há alguns anos, são atualmente básicas			
01	03	07	A equipa desmotiva quando transfere doentes para outros hospitais por falta de técnicas básicas			
01	03	07	Menos motivada fica quando recebe de volta esses doentes para continuidade de cuidados			
02	03	02	O perfil de hospital dificulta o recrutamento - faz de tudo, não se especializa em nada			
03	03	03	O que se oferece aos mais jovens é a parte saturada da especialidade			
03	03	03	O eventual encerramento da parte nuclear do serviço, abalou profundamente a reputação/atratividade			
10	02	03	A saída de médicos jovens está associada à impossibilidade de implementação de novas técnicas, como áreas de interesse			
02	03	02	Temos poucas ferramentas para atrair/dispensar ou para atingir determinados objetivos			Falta de instrumentos adequados para retenção
03	03	03	Com o gozo de folgas, incluindo agora as folgas de compensação e saídas de banco, passou a ser muito difícil reuniões serviço			Dificuldade de realização de reuniões de serviço devido à rotatividade
06	01	01	O líder intermédio é um intermediário entre o Conselho de Administração e as equipas clínicas. Modera conflitos.	Intermediário entre CA e equipas, para gerir conflitos		
08	02	05	Não nos é dada voz para melhorar aspetos da organização	Falta participação nas decisões estratégicas		
09	02	06	A falta de autonomia da liderança intermédia é limitativo da concessão de autonomia aos colaboradores.	Falta de autonomia de decisão		
03	03	03	É importante a atribuição de áreas de responsabilidade	A importância de atribuição de responsabilidades na motivação		
12	01	05	A prática de atribuição de cargos e responsabilidades é motivadora			
13	01	08	A oportunidade de escolha da área de interesse e de projetos é muito importante, tendo o apoio da hierarquia para a implementação	A importância da atividade adicional e dos CRIs na motivação		
12	01	05	A realização de atividade adicional contribui para majorar o rendimento auferido na instituição e maior retenção			
12	01	05	Não existe ainda massa crítica para constituir um CRI, dada a dificuldade de assunção de compromissos			
13	01	08	A manutenção de atividade adicional é importante para a formação e para ajudar a compensar os baixos salários	Participação na tomada de decisão		
04	01	01	É importante fazer os colaboradores sentirem os resultados como seus			
08	02	05	A participação das equipas nos processos de decisão mais importantes é estimulada	Participação na tomada de decisão		
13	01	08	É muito importante a atribuição de autonomia técnica e a criação de consensos nas situações clínicas mais complexas			
13	01	08	A falta de determinação da liderança intermédia contribui para a insatisfação dos profissionais	Falta de determinação da liderança		

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de líderes intermédios (L)

L	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões
05	01	01	As dificuldades de investimento em equipamentos básicos, prejudicam a diferenciação e aumentam os gastos no exterior	Falta de investimento para equipamento básico	Recursos/ Infraestruturas
11	02	05	A melhoria das condições e rentabilização da ativ., não passa apenas por investimentos em tecnologia, mas também operacionais		
01	03	07	A retenção depende muito da existência de tecnologia		
13	01	08	A falta de condições infraestruturais também contribui para a insatisfação dos profissionais	Falta de condições físicas	
03	03	03	Causa associada ao turnover é a exaustão causado pelo elevado volume trabalho extra (2/3 bancos de 24h por semana)	Horário de urgência excessivo devido ao staff reduzido	
03	03	03	Apenas 10 em 17 especialistas é elegível para fazer urgência		
10	02	03	Excesso de urgências (2x3x/semana) sem saída de urgência/descansos compensatórios (ACT não prevê), com prejuízo vida pessoal		
11	02	05	Também o excesso de horas de trabalho na medida em que para além das 35h fazíamos em média mais 18 horas de urgência		
13	01	08	O excesso de trabalho e horas de urgência também contribui para a insatisfação dos profissionais		
01	03	07	Em hospitais maiores as urgências não são tão pesadas, alguns só fazem urgências internas	Excesso de trabalho assistencial devido ao staff reduzido	
05	01	01	Os médicos asseguram trabalho assistencial em excesso, frequentemente excedem as agendas, nem tem tempo para internos		
05	01	01	Para aliviar a carga excessiva é necessário contratar mais profissionais		
05	01	01	Outra parte do excesso de trabalho combate-se organizando programas SIGIC		
11	02	05	O excesso de carga de trabalho foi o principal motivo de cessação de contratos		
02	03	02	Retenção dos mais velhos associada a melhores condições remuneratórias	Dificuldades devido à assimetria de remunerações	
03	03	03	Assimetria pagamentos dos diferentes estatutos (exclusividade, carenciados, prestadores) influencia não escolha vagas		
03	03	03	Apesar da avaliação de desempenho ser um requisito para progredir, os médicos não aceitam bem a avaliação	Não aceitação da avaliação de desempenho	
05	01	01	Não há tempo para realizar trabalhos científicos nem o horário comporta tempo para investigação	Falta tempo/condições para atividades técnico-científicas	Práticas de RH
09	02	06	A falta de reconhecimento pela comunidade do merito do serviço prestado é desmotivador para se continuar no SNS		
05	01	01	As horas trabalhadas em excesso não são gozadas, sob pena de diminuírem as funções assistenciais, nem pagas	Impossibilidade de gozo/pagamento folgas	
06	01	01	Face à escassez de vagas a concurso, aos médicos que queriam continuar em Lisboa, teriam de abraçar projetos no setor privado	Falta de vagas favorece mobilidade para o setor privado	
06	01	01	Á medida que a formação pós graduada se desenvolva no setor privado, mais dificuldades as instituições do SNS irão ter	Formação pós graduada setor privado reforça atratividade	
10	02	03	A avaliação de desempenho, apesar de acelerar a evolução de carreira não é bem aceite pelo corpo clínico, mesmo com prémios	Formação especializada sem apoio institucional	
10	02	03	A avaliação de desempenho desincentiva o trabalho dos mais fracos, sem que os ganhos superem as vantagens		
13	01	08	É muito importante o apoio na formação e ao desenvolvimento da diferenciação, não só à custa dos próprios mas apoio institucional		
06	01	01	Condição fundamental é garantir que não ultrapassem os limites legais de horas extraordinárias	Necessidade de não ultrapassar o limite legal de horas extra	
11	02	05	A formação médica especializada e de qualidade é muito cara e não tem apoio institucional		
05	01	01	Os programas SIGIC contribuem para estimular os profissionais e rentabilizar as estruturas	Necessidade de manutenção atividade adicional (CRI's)	
05	01	01	Promover disponibilidade adicional dos blocos, mesmo com recurso SIGIC parcial, motiva equipas cirúrgicas		
05	01	01	Os programas SIGIC contribuem para estimular os profissionais mais jovens e rentabilizar as estruturas, se forem estáveis		
05	01	01	Instituição setor social com atividade normal durante a manhã e programa SIGIC à tarde é referência para certas especialidades		
09	02	06	O modelo CRI oferece melhores condições remuneratórias, esperando-se maior produtividade e melhores resultados		
11	02	05	A atividade do serviço só é vista como fonte de gastos e não de proveitos, para efeitos de financiamento interno		

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de líderes intermédios (L)

L	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões
02	03	02	Dificuldade de retenção dos mais jovens associada à remuneração mais baixa	Dificuldade de retenção devido aos baixos salários	Novos valores
03	03	03	Causas principal do turnover são monetárias		
03	03	03	Na franja dos 30/40 anos ninguém quer ficar		
04	01	01	A causa principal do turnover são as condições financeiras e a falta de competitividade face às praticas generalizadas		
08	02	05	O motivo principal da saída tem que ver com a grande diferença das remunerações auferidas no setor privado		
09	02	06	As razões principais da saída de profissionais são essencialmente de natureza económica, mas há outros fatores impoortantes		
11	02	05	O excesso de horas relativamente ao que recebiamos não era compensador atendendo ao que se ganhava no setor privado		
13	01	08	As condições remuneratórias são um dos motivos principais de cessação de contratos, mas não o único, nem o principal		
02	03	02	Os mais jovens valorizam mais a qualidade de vida, tempo familiar e o lazer		
02	03	02	Interesse por adquirir qualificação que potencie a empregabilidade privada		
04	01	01	É importante atribuir responsabilidades, designadamente ao nível de cargos de liderança (ex chefia de equipa de urgência)		
03	03	03	Causa associada ao turnover é a falta de capacidade de resposta da consulta externa	Dificuldade assegurar práticas de qualidade	
03	03	03	Para as novas gerações é pouco importante a relação de pertença	Não é importante a relação de pertença	
03	03	03	Para as novas gerações não é importante o exercício de cargos de responsabilidade	Não valorizam cargos de responsabilidade	
03	03	03	Para as novas gerações é importante o que está previsto fazer e durante o tempo acordado		
04	01	01	As novas gerações preferem resultados rápidos, imediatos e remuneração elevada	Preferência por resultados imediatos	
05	01	01	Os profissionais jovens facilmente mudam de instituição para melhor salário, empregabilidade e qualidade de vida	Valorizam a empregabilidade	
05	01	01	Os profissionais jovens valorizam o trabalho em equipa multidisciplinar para otimizar trabalho em áreas de diferenciação	Valorizam equipa multidisciplinar	
06	01	01	Não é expeável que o regime de dedicação plena, pelo volume de horas (40H) contribua para fixar e reter especialistas	Contrato dedicação plena não é atrativo (40H)	
09	02	06	A adpção do modelo de organização em CRI é interessante mas a imposição de horários de 40h vai afastar as pessoas		
11	02	05	O regime de dedicação plena, devido ao grande volume semanal de horas de trabalho, mesmo melhor pago não é atrativo		
06	01	01	A possibilidade de redução de horário e acumulação com o privado são condições atrativas para os jovens a admitir	Preferência horários reduzidos e acumulação com privado	
09	02	06	O fator mais importante para reter profissionais é a flexibilidade para redução de horários (20h/30h/semana) e estabilidade		
09	02	06	Se em relação a novos contratos com dedicação plena exigirem 40h por semana, o CRI acaba		
11	02	05	Vários internos optaram por se desvincular e prestar serviços ganhando o mesmo com horário muito mais reduzido		
11	02	05	O trabalho em prestação de serviço, além do mesmo vencimento por muito menos horas, permite maior liberdade e flexibilidade		
12	01	05	A tendência é a opção por contratos com horários reduzidos, que melhor compatibilizam a acumulação com o privado	Preferência horários reduzidos (4 dias) e dia livre	
09	02	06	Os médicos mais jovens, além da redução de horário apreciam um dia livre para tempo pessoal		
11	02	05	As novas gerações valorizam mais horários curtos, com vencimentos elevados, com tempo livre para vida pessoal e bens materiais		
11	02	05	Além de horários mais curtos a prestação de trabalho que se pode fazer remotamente também é atrativa para as novas gerações	Preferência horários reduzidos e uma parte do trabalho remoto	
03	03	03	Causa associadas do turnover são condições físicas do serviço (Urgência, Neonatologia)	Falta de condições físicas	Condições de trabalho
03	03	03	Causa associada ao turnover é a perda de casuística assistencial devido ao encerramento da urgência obstétrica		
03	03	03	Encerramento frequente da maternidade, a prazo diminui casuística e probabilidade de melhorias neonatologia, CEE	Falta de condições técnicas	
08	02	05	Na organização do trabalho o esforço no setor público para o mesmo trabalho é muito superior devido aos apoios	Falta de apoios (logística/equipa multiprofissional)	
09	02	06	Outro fator importante é contar com os apoios necessários para rentabilizar o trabalho (técnico/enfermagem/adm/AO)		
08	02	05	Em termos de complexidade no setor publico o trabalho é muito mais pesado e desafiante para certos profissionais	Trabalho pesado (volume trabalho/casos complexos)	
09	02	06	A urgência é muito pesada (excesso de complexidade) refletindo grandes carências de acompanhamento na comunidade		
10	02	03	Urgência muito pesada, população com grandes carências de saúde, patologia complexa e com deficiente acompanhamento		

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas

Estrutura de dados – entrevistas de líderes intermédios (L)

L	H	EM	Conceitos de 1ª ordem (códigos <i>in vivo</i>)	Conceitos de 2ª ordem	Dimensões
01	03	07	É nossa preocupação formar bem os jovens em medicina clínica e aprenderem todas as técnicas	A importância da autonomia, competência e relacionamento na motivação	Necessidades psicológicas básicas
01	03	07	O líder deve ter o papel de promover a boa relação com os colegas e com a comunidade		
03	03	03	É importante criar as condições para participarem nas formações		
03	03	03	É importante promover a participação em projetos técnico científicos		
03	03	03	É importante promover o clima organizacional no serviço, com ações de estímulo trabalho de equipa (culinária)		
04	01	01	Tenta contrariar o turnover com reconhecimento, valorização do trabalho assistencial e técnico científico		
04	01	01	É importante promover o trabalho técnico-científico em áreas específicas de diferenciação		
04	01	01	A especialidade criou um estrutura dedicada ao apoio do trabalho técnico científico		
04	01	01	É importante atribuir autonomia funcional, aquisição e desenvolvimneto de competências e promover o relacionamento		
05	01	01	A atribuição de autonomia, apoio no desenvolvimento profissional e a promoção relacionamento reforçam de facto a motivação		
06	01	01	A atribuição de autonomia, apoio no desenvolvimento profissional e a promoção relacionamento reforçam de facto a motivação		
07	02	04	Procura-se que os colaboradores desenvolvam áreas de interesse e nelas se especializem a prazo, com criação de unidades		
07	02	04	A formação prevê, além de estágios em centros de referência, a participação local em eventos de pessoas de referência		
07	02	04	O desenvolvimento da diferenciação do serviço é acompanhado da implementação de tecnicas avançadas		
07	02	04	A dinâmica do serviço inclui reunião diária, para discutir alguns doentes e estabelecer mecanismos de interajuda		
07	02	04	Os trabalhos tecnico-científicos são estimulados e alguns foram premiados		
08	02	05	O setor publico oferece perspectivas de crescimento profissional e há atividades diferenciadas que só se fazem no setor público		
09	02	06	Faz sentido conceder autonomia, promover desenvolvimento e bom relacionamento		
11	02	05	Reconhece que a autonomia, o desenvolvimento de competências e o bom relacionamento são fatores motivadores		
12	01	05	Confirmo que a autonomia, a competência e o relacionamento são variáveis determinantes da motivação		
12	01	05	Deve-se dar a escolher uma área de interesse, assegurar todas as que envolvem a urgência e patologia geral		
13	01	08	Concordo que a atribuição de autonomia, o apoio no desenvolvimento e a criação de bom ambiente são fatores criticos de motivação		
07	02	04	A perda da maior parte dos colaboradores foi motivada por falta de autonomia	Dificuldade de atribuição autonomia	
10	02	03	A pressão do trabalho tem impedido atribuição de autonomia, inerente a muitos projetos que não tem sido possivel implementar	Dificuldade de apoio competência	
04	01	01	É importante o investimento em técnicas que em simultâneo contribuam para maior diferenciação e aplicação setor no privado		
07	02	04	Os colaboradores não tinham perspectivas de desenvolvimento		
08	02	05	Não conseguimos perspetivar planos de desenvolvimento profissional a médio prazo		
10	02	03	Apesar da autorização para formação, por vezes a participação é condicionada ao acompanhamento da enfermaria	Dificuldade de manter bom relacionamento	
07	02	04	A perda da maior parte dos colaboradores foi motivada por mau relacionamento no serviço		

H-Hospitais
EM-Especialidades Médicas