

iscte

INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

UM SISTEMA DE GESTÃO DE DESEMPENHO E RECOMPENSAS EM ANESTESIOLOGIA

Sílvia Cristina Torres Pica da Conceição

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora
Associada

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**UM SISTEMA DE GESTÃO DE DESEMPENHO E RECOMPENSAS
EM ANESTESIOLOGIA**

Sílvia Cristina Torres Pica da Conceição

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento, Professora
Associada

Iscte - Instituto Universitário de Lisboa

Setembro, 2024

Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste estudo.

Um agradecimento muito especial à Professora Doutora Generosa do Nascimento, por toda a atenção, tempo, saber, espírito crítico e carinho que dedicou à orientação deste trabalho e pelo encorajamento que sempre me manifestou no decurso da sua realização.

E como não poderia deixar de ser, agradeço à minha família e amigos por todo o apoio ao longo destes meses e por não me deixarem desistir.

Resumo

A Anestesiologia tem implicações transversais a toda estrutura hospitalar e é cada vez mais solicitada. O último Censos realizado em Portugal (2017), demonstrou que existem deficits de anesthesiologistas.

O desenvolvimento de modelos de gestão apropriados permite atenuar as adversidades e garantir a sustentabilidade destes serviços. Neste processo, é tido em conta a importância das pessoas, considerando-se que as pessoas são o fator diferenciador das organizações e o garante a longo prazo. A gestão estratégica de pessoas alinha a gestão de pessoas com os objetivos estratégicos da organização, adota práticas e políticas que permitem atrair, desenvolver, motivar e reter os melhores talentos.

A existência de políticas de gestão de desempenho e recompensas aplicadas a anesthesiologistas do Hospital da Luz Lisboa (HLL), que impactam diretamente na qualidade dos serviços prestados e na motivação destes profissionais, constituiu a questão de partida para a realização deste projeto. Neste contexto, são analisadas estratégias que podem ser desenvolvidas para potenciar as habilidades, capacidades e motivação destes profissionais, de forma a acrescentarem valor ao serviço, aumentarem a eficácia e eficiência e garantirem a sustentabilidade da organização.

A metodologia desta investigação é de carácter qualitativo, tendo por base um estudo de caso. A recolha de dados consistiu na análise documental e entrevistas semiestruturadas cujo tratamento de dados recorreu à análise de conteúdo. Foi realizada a análise interna e externa do HLL, e do serviço de anestesiologia.

Tendo por base o diagnóstico situacional foi desenvolvida uma proposta para um sistema integrado de gestão de desempenho e recompensas.

Palavras-chave: gestão estratégica de pessoas, avaliação de desempenho, gestão de recompensas, anestesiologia

Classificação JEL: I10 Saúde: Geral; M12 – Gestão de Pessoas

Abstract

Anesthesiology has transversal implications across the entire hospital structure and is increasingly in demand. The latest Census conducted in Portugal (2017) showed that there is a shortage of anesthesiologists.

The development of appropriate management models helps to mitigate challenges and ensure the sustainability of these services. In this process, the importance of people is considered, with the understanding that they are the differentiating factor in organizations and the guarantee for long-term success. Strategic people management aligns human resource management with the organization's strategic objectives, adopting practices and policies that attract, develop, motivate, and retain top talent.

The existence of performance management and reward policies applied to anesthesiologists at Hospital da Luz Lisboa (HLL), which directly impact the quality of services provided and the motivation of these professionals, formed the starting point for this project. In this context, strategies are analyzed that can be developed to enhance the skills, abilities, and motivation of these professionals, adding value to the service, increasing efficiency and effectiveness, and ensuring organizational sustainability.

The methodology of this research is qualitative in nature, based on a case study. Data collection consisted of document analysis and semi-structured interviews, with data processing through content analysis. Internal and external analyses of HLL and the anesthesiology service were conducted.

Based on the situational diagnosis, a proposal for an integrated performance management and rewards system was developed.

Keywords: strategic people management, performance appraisal, rewards management, anesthesiology

JEL Classification: I10 Health: General, M12 – Personnel Management

Índice

1.	Introdução	1
2.	Revisão da Literatura.....	3
2.1.	Anestesiologia.....	3
2.2.	Gestão estratégica e controlo da gestão na saúde	6
2.3.	Gestão estratégica de pessoas	8
2.4.	Gestão de desempenho médico e em anestesiologia.....	10
2.5.	Gestão de recompensas, na saúde e em anestesiologia.....	16
3.	Metodologia	25
3.1.	Método	25
3.2.	Técnicas de recolha de dados.....	25
3.3.	Técnicas de tratamento de dados	27
4.	Diagnóstico	29
4.1.	Caracterização do HLL	29
4.1.1.	Análise externa	29
4.1.2.	Análise interna	31
4.1.3.	Benchmarking	33
4.2.	Caracterização do serviço de anestesiologia do HLL.....	35
4.2.1.	Sistema de avaliação de desempenho.....	36
4.2.2.	Sistema de recompensas	38
4.2.3.	Benchmarking	39
4.3.	Resultados das entrevistas	41
4.3.1.	Modelo de avaliação de desempenho vigente.....	41
4.3.2.	Modelo de gestão de recompensas vigente.....	42
4.3.3.	Quadro de expectativas.....	43
4.4.	Análise crítica.....	45
5.	Proposta de intervenção	49
5.1.	Sistema de gestão de desempenho.....	49
5.2.	Sistema de gestão de recompensas	60
6.	Conclusão	63
7.	Referências Bibliográficas.....	65
8.	Anexos	69
	Anexo A: Auditoria aos resultados da prestação de serviços médicos	69
	Anexo B: Guião da entrevista aos anestesiológicos	73
	Anexo C: Guião da entrevista ao diretor de serviço	75
	Anexo D: Guião da entrevista a elementos da administração	77
	Anexo E: Consentimento dos participantes nas entrevistas	79

Anexo F: Consentimento do diretor de serviço na entrevista.....	81
Anexo G: Tabela de análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas	83

Índice de figuras

Figura 1: (2.1) Distribuição mundial de anestesiólogistas por 100.000 habitantes	5
Figura 2: (4.1) Modelo organizativo do HLL	33
Figura 3: (4.2) Modelo de gestão do serviço de anestesiologia do HLL	36
Figura 4: (4.3) Etapas da avaliação/auditoria de desempenho dos serviços prestados.....	37
Figura 5: (5.1) Fases do SGDIA	50

Índice de tabelas

Tabela 1: (4.1) Análise de Benchmarking de 3 hospitais privados nacionais	34
Tabela 2: (4.2) Indicadores de produção do serviço de anestesiologia do HLL em 2023	35
Tabela 3: (4.3) Sistemas de avaliação de desempenho e de recompensas dos serviços de anestesiologia em 3 hospitais privados nacionais	40
Tabela 4: (5.1) SGDIA – Tabela de objetivos individuais dos anestesiólogistas.....	52
Tabela 5: (5.2) Tabela de competências dos anestesiólogistas	54
Tabela 6: (5.3) Ficha de avaliação de desempenho dos anestesiólogistas.....	55
Tabela 7: (5.4) Mapa de avaliação do desempenho da equipa	58
Tabela 8: (5.5) Sistema de incentivos ao desempenho	61
Tabela 9: (5.6) Sistema de recompensas	62

Glossário

BANI – *Brittle, anxious, nonlinear e incomprehensible*

BO – Bloco operatório

BP – Bloco de partos

BSC – *Balanced scorecard*

CIT – Contrato individual de trabalho

DRH – Direção de recursos humanos

ERAS – *Enhanced recovery after surgery*

FFS – *Fee for service*

FP – Fator de ponderação

GLS – Grupo Luz saúde

GRH – Gestão de recursos humanos

HLL – Hospital da Luz Lisboa

HLLH – Hospital da Luz learning health

INE – Instituto nacional de estatística

JCI – *Joint commission international*

KPIs - *Key performance indicators*

P4P – *Pay for performance*

PIB – Produto interno bruto

QB – Quadro de bordo

RH – Recursos Humanos

RVUs - *Relative value units*

SGAD – Sistema de gestão e avaliação de desempenho

SGDEA – Sistema de gestão de desempenho da equipa de anestesiologia

SGDIA – Sistema de gestão de desempenho individual em anestesiologia

VUCA – *Volatility, uncertainty, complexity e ambiguity*

1. Introdução

O setor da saúde é extremamente exigente e complexo pela pluralidade profissional, diferenciação dos tratamentos, diversidade e dimensão dos interesses envolvidos. Esta complexidade e exigência, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e o investimento em novas tecnologias e equipamentos de obsolescência rápida tornam a saúde uma das principais fontes de despesa pública dos diferentes países (Campos, 2019). Para fazer face às exigências vivenciadas nas organizações de saúde é necessário que estas adotem estratégias de gestão adequadas e que, simultaneamente, sejam dotadas com recursos humanos e técnicos de excelência.

É, cada vez mais, valorizada a importância dos profissionais como fator diferenciador das organizações e como elemento determinante para a sua competitividade, sendo reconhecida a sua relevância para a estratégia e eficácia organizacionais (Delery & Gupta, 2016; Jiang & Messersmith, 2018). Surge, assim, a gestão estratégica de pessoas, ciência relativamente recente que procura alinhar a gestão de pessoas de uma organização com os seus objetivos estratégicos. Esta abordagem envolve a adoção de práticas e políticas que permitem às empresas atrair, desenvolver, motivar e reter os melhores talentos, de modo a garantir o sucesso da organização a longo prazo. As pessoas estão no centro da organização. Nas organizações de saúde esta centralidade é de maior exigência enquanto burocracias profissionais (Karthik & Devi, 2023).

A existência de políticas de gestão de desempenho e recompensas aplicadas a anestesiólogos do HLL, que poderão estar a impactar diretamente na qualidade dos serviços prestados, assim como na motivação destes profissionais de saúde, constitui a questão de partida para a realização deste projeto. Neste contexto, importa refletir que estratégias de alinhamento organizacional devem ser desenvolvidas para potenciar as habilidades, capacidades e motivação destes profissionais de saúde, de forma a acrescentarem valor ao serviço e simultaneamente garantirem a sustentabilidade da organização de saúde.

A temática deste projeto irá precisamente incidir na gestão estratégica de pessoas, mais especificamente na gestão de desempenho e na gestão de recompensas. Estas temáticas serão exploradas no contexto específico de gestão em saúde e aplicadas ao cenário particular do serviço de anestesiologia do HLL.

Nos últimos anos temos vindo a assistir a uma solicitação cada vez mais exigente e abrangente dos serviços de anestesiologia, devido à multiplicação dos locais de trabalho e dos tipos de atividade. A necessidade de uma organização científica, técnica e administrativa que assegure a sua evolução e o cumprimento progressivo das tarefas que lhe foram correspondendo conduz à procura de uma

organização interpares por parte dos Anestesiologistas. Considerando a transversalidade da atuação da Anestesiologia no hospital, é extremamente importante para toda a eficácia e eficiência da estrutura que este Serviço se encontre devidamente organizado, com flexibilidade na resposta aos desafios da gestão corrente e estratégica, mantendo a sua independência técnica e funcional. Os serviços de anestesiologia devem procurar formas de aumentar o seu valor para a organização e serem parceiros proativos do hospital.

Posto tudo isto, estabeleceu-se como objetivo geral da investigação o desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho e recompensas, no contexto do Serviço de Anestesiologia do HLL, alinhado com a estratégia do hospital. Definiu-se como objetivos específicos: (1) caracterizar os modelos de gestão de desempenho e gestão de recompensas existentes no HLL, mais concretamente no Serviço de anestesiologia; (2) identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas nacionais e internacionais existentes nos hospitais privados; (3) criar um sistema de gestão de desempenho e recompensas do serviço de anestesiologia do HLL que permita otimizar a eficiência operacional, melhorar a qualidade do atendimento ao utente e aumentar a satisfação e o compromisso dos profissionais da equipa de anestesiologia.

Este trabalho em formato de Projeto Empresa, intitula-se “Um Sistema de gestão de desempenho e recompensas em anestesiologia” e está estruturado em vários capítulos. No segundo capítulo é apresentada uma revisão da literatura, que expõe os principais temas do projeto aplicados à generalidade das empresas, ao sector da saúde e à anestesiologia. Dos quais se destacam a importância da gestão estratégica de pessoas e a importância dos recursos humanos. Caracteriza-se a especialidade de anestesiologia. Aborda-se a definição, objetivos, características, fontes, vantagens e desvantagens dos sistemas de gestão e avaliação de desempenho. Por fim, define-se os sistemas de gestão de recompensas bem como as suas diferentes componentes e as implicações da definição do pacote salarial. No terceiro capítulo é abordada a metodologia de estudo de caso do serviço de anestesiologia do HLL, onde se explicita as técnicas de recolha de dados (análise documental e entrevistas semiestruturadas) e de tratamento de dados (análise de conteúdo). No capítulo seguinte é elaborado o diagnóstico através da caracterização do HLL, da caracterização do serviço de anestesiologia do HLL, de benchmarking, dos resultados das entrevistas e da análise crítica. O quinto capítulo consiste no desenvolvimento da proposta de um sistema de gestão de desempenho e recompensas para o serviço de anestesiologia do HLL. Na conclusão, são tecidas as considerações finais, faz-se referência às limitações identificadas na análise e interpretação dos resultados e sugere-se futuras investigações.

2. Revisão da Literatura

2.1. Anestesiologia

A palavra anestesia vem do grego e significa ausência de sensação. A anestesia é considerada uma das maiores descobertas da medicina. No dia 16 de outubro de 1846 (data oficial da introdução da Anestesia), no anfiteatro cirúrgico do *Hospital Geral de Massachusetts*, em Boston, ocorreu a primeira demonstração pública de uma anestesia com éter. Ao terminar a célebre operação que mudou o destino da cirurgia e em que o doente permaneceu totalmente imóvel e insensível, o cirurgião John Collins Warren proferiu as seguintes palavras: “Daqui a muitos séculos, os estudantes virão a este hospital para conhecer o local onde se demonstrou pela primeira vez a mais gloriosa descoberta de ciência”.

A Anestesiologia é a especialidade médica que estuda e proporciona ausência ou alívio da dor e outras sensações ao utente que necessita realizar procedimentos médicos, como cirurgias ou exames diagnósticos, identificando e tratando eventuais alterações das funções vitais.

Os Anestesiologistas são médicos licenciados com privilégios para administrar anestésicos. O anestesiologista é um profissional altamente qualificado que cuida da vida e da segurança do doente durante a cirurgia. A sua importância é singular em todo o período peri-operatório (Gottumukkala, 2023).

Estando numa primeira fase ligados essencialmente à anestesia, rapidamente a diferenciação dos Anestesiologistas os impôs noutras áreas clínicas: consultas, cuidados pós-anestésicos, analgesia de trabalho de parto, diagnóstico e tratamento da dor aguda e crónica, cuidados intensivos, trauma, medicina de emergência intra e extra-hospitalar.

A evolução da Anestesiologia acontece pela pressão e multiplicação dos locais de trabalho e dos tipos de atividade, com uma solicitação cada vez mais abrangente. A necessidade de uma organização científica, técnica e administrativa que assegurasse a sua evolução e o cumprimento progressivo das tarefas que lhe foram correspondendo conduz à procura de uma organização inter pares por parte dos Anestesiologistas (Ormonde, 2017).

A especificidade técnica da especialidade e a desejável gestão transversal de recursos na instituição, de forma a colmatar as diversas necessidades, exige o enquadramento dos médicos anestesiologistas num Serviço de Anestesiologia. O serviço deve dispor de pessoal adequado, tendo em conta o âmbito e a natureza dos serviços que presta, e deve esforçar-se por garantir que esses serviços estejam disponíveis conforme exigido pela unidade de saúde (Dobson, 2021). Para além da gestão global e integrada de meios, esta organização deve promover as melhores condições para a educação contínua e a formação específica complementar.

Considerando a transversalidade da atuação da Anestesiologia no hospital, é extremamente importante para toda a eficácia e eficiência da estrutura que este Serviço se encontre devidamente organizado e integrado com os outros departamentos da organização, com flexibilidade na resposta aos desafios da gestão corrente e estratégica, mantendo a sua independência técnica e funcional (Ormonde, 2017).

A prestação de cuidados anestésicos exige que os anestesiológicos tenham um alto nível de especialização, bom senso e capacidade de reconhecer e responder a situações clínicas em mudança, apesar de circunstâncias físicas pessoais às vezes adversas. Os Serviços de anestesiologia devem reconhecer que anestesiológicos aptos prestam atendimento ideal ao utente. Os Serviços de anestesiologia são, portanto, obrigados a desenvolver políticas que garantam, na medida do possível, que os profissionais sejam saudáveis e aptos para desempenhar as suas funções práticas.

Uma série de fatores prejudicam a saúde e a aptidão para o trabalho, incluindo condições físicas adversas e fadiga, com implicações na capacidade de reconhecer e responder adequadamente a circunstâncias clínicas que mudam rapidamente. A mudança dos ritmos circadianos, o envelhecimento e a falta de sono reforçam esses problemas. Os Serviços de anestesiologia têm a responsabilidade de organizar as suas tarefas de trabalho de modo que a doença e a fadiga não afetem regularmente as tarefas clínicas. As escalas individuais devem permitir descanso adequado entre os turnos de trabalho, e as escalas diárias devem permitir pausas adequadas para necessidades fisiológicas, nutrição e aptidão mental. O agendamento da sala cirúrgica deve evitar exigir que os anestesiológicos realizem procedimentos não emergentes em horários desfavoráveis. Esta importante área da prática profissional deve receber consideração e atenção contínuas (Dobson, 2021).

A qualidade e a segurança assistencial são elementos básicos da assistência em saúde. A satisfação das necessidades e segurança dos doentes exige da Anestesiologia a sua quota-parte de responsabilidade. Devem ser despendidos esforços no sentido de implementar uma prática obrigatória de registos de toda a atividade anestésica, de forma informatizada, com sistemas adequados e compatíveis, com registo da monitorização clínica de forma automática, que permitam uma gestão clínica e epidemiológica de toda a informação de forma integrada, e que sejam fiáveis para fins contabilísticos, de codificação e médico-legal. Os Serviços de Anestesiologia devem promover programas de melhoria de qualidade entre os Anestesiológicos assim como favorecer a sua formação nesta área. Devem, ainda, criar mecanismos e ferramentas que lhes permitam avaliar a qualidade subjacente à sua estrutura, ao processo e aos resultados, estabelecendo ciclos de avaliação com ações subsequentes para melhoria dos seus indicadores. Os Serviços de Anestesiologia

devem tornar-se visíveis, saindo da sua habitual discrição, perante os doentes, procurando obter a sua opinião sobre os cuidados prestados pela Anestesiologia. O processo assistencial deve guiar-se, sempre que possível, por protocolos e recomendações, sendo avaliado por auditorias clínicas, supervisionado ao longo do tempo, bem como revisto por pares. Deve encorajar-se um ambiente de notificação de acidentes e incidentes visando a melhoria da prestação de cuidados, afastando o estigma da culpabilização (Ormonde, 2017).

Segundo o último Censos de anestesiologia realizado em Portugal em 2017, foram identificados 1280 anestesiolgistas a trabalhar nas instituições hospitalares do SNS, o que corresponde a um rácio de 12,4 por 100.000 habitantes (figura 1). Se tivermos em conta os 262 anestesiolgistas a trabalhar exclusivamente no setor privado, esse rácio passa a ser 15,1 por 100.000 habitantes. Não existe um valor de referência nesta matéria, mas a verdade é que a maioria dos países desenvolvidos apresentam valores em torno dos 20 anestesiolgistas por 100.000 habitantes, o que demonstra que existem deficits importantes de anestesiolgistas em Portugal, que importa corrigir nos próximos anos (Lemos *et al.*, 2018).

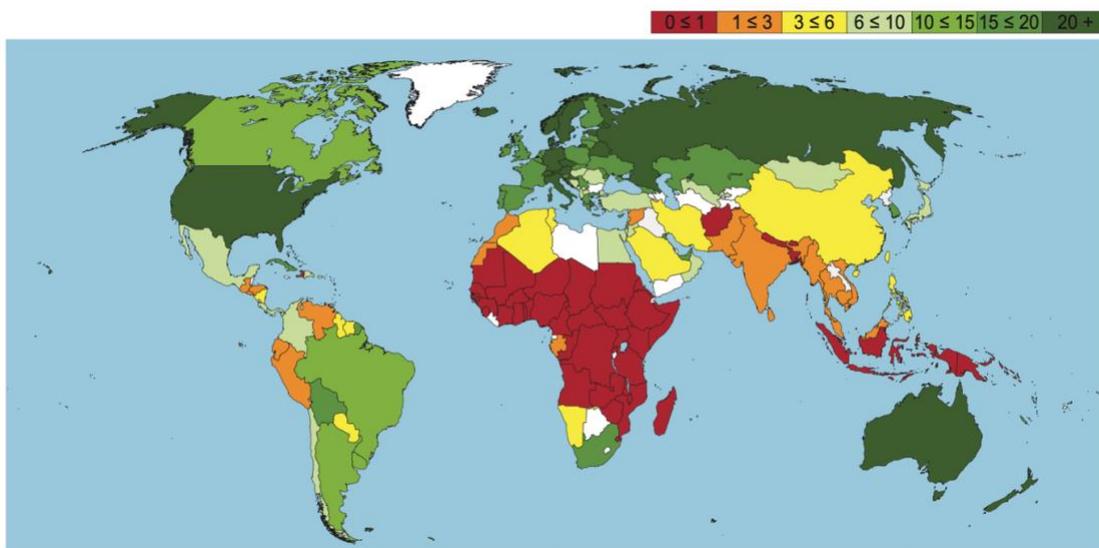


Figura 1: (2.1) Distribuição mundial de anestesiolgistas por 100.000 habitantes (países a branco sem informação disponível). In *WFSA Global Anesthesia Workforce Survey. Anesth Analg.* 2017;125:981-9.

Em suma, a Anestesiologia é uma especialidade médica com importantes implicações transversais à estrutura hospitalar e cada vez mais solicitada. Constitui o cimento agregador da atividade hospitalar, pela sua presença nas diversas áreas do funcionamento do hospital, tendo atingido uma maturidade que demonstra a sua capacidade de reinvenção perante os novos desafios. Mais que nunca importa que os anestesiolgistas cumpram a vocação de liderança como médicos do

peri-operatório, da emergência, medicina intensiva e medicina da dor, focados na formação contínua, defensores da qualidade e segurança, promotores da interdisciplinaridade. Anestesiologistas com formação de excelência em todas as áreas incluindo a da gestão e liderança irão fazer a diferença nos cuidados de saúde.

2.2. Gestão estratégica e controlo da gestão na saúde

A gestão estratégica resulta de um conjunto de decisões e ações que visam otimizar os resultados de uma organização e engloba: a análise do ambiente interno e externo; a identificação dos *stakeholders*; a avaliação de iniciativas estratégicas com determinação de metas, objetivos e planos de ação; e a monitorização, acompanhamento e avaliação da execução da estratégia (Nag & Chen, 2007).

A gestão estratégica na saúde segue os princípios gerais deste domínio da gestão, sendo indispensável para garantir a sustentabilidade das organizações de saúde. O setor da saúde é extremamente complexo e exigente pela pluralidade profissional, diferenciação dos tratamentos, diversidade e dimensão dos interesses envolvidos. Esta complexidade e exigência, o envelhecimento da população, o aumento das doenças crónicas e o investimento em novas tecnologias e equipamentos de obsolescência rápida tornam a saúde uma das principais fontes de despesa pública dos diferentes países (Campos, 2019).

Porter e Teisberg (2004) identificam as diferenças da gestão na saúde em relação a outros setores, realçando os custos elevados e crescentes, apesar dos esforços para reduzi-los. Referem que, contrariamente ao que seria esperado, os custos crescentes na saúde não traduzem necessariamente melhorias na qualidade dos serviços prestados. Não obstante, estratégias baseadas unicamente na redução de custos não são eficientes, uma vez que as organizações de saúde têm como principal competência proporcionar cuidados de elevada qualidade.

Assim, Porter e Lee (2013) estabelecem que o principal objetivo dessas organizações deve estar alinhado com a garantia de acréscimo de valor, sendo esse valor definido pelos resultados de saúde que efetivamente importam para os utentes. No entanto esses resultados devem ser relacionados com o custo necessário para os alcançar. Os autores consideram fundamental mudar o paradigma da estratégia das organizações de saúde, defendendo a centralização do sistema em torno dos utentes e das suas necessidades, com vista à maximização do valor recebido e percebido, através da adoção de práticas baseadas no *value-based healthcare*.

Para responder às exigências vivenciadas nas organizações de saúde é necessário que estas adotem estratégias de gestão adequadas e que, simultaneamente, sejam dotadas com recursos humanos e técnicos de excelência.

Os desafios atuais da gestão no setor da saúde relacionam-se, em grande medida, com a eficiência económica, com a gestão da mudança e com a gestão de recursos humanos (RH). Contudo, os processos internos da organização, a transparência e a frequência da comunicação entre todos os elementos da equipa também são determinantes para a gestão estratégica das organizações de saúde e consequentemente para a sua sustentabilidade (Jain *et al.*, 2019; Miller, 2019; Wacker, 2014).

Para Griffith (2000) o sucesso das organizações de saúde deve ser avaliado, pelo menos, em três dimensões que devem ser medidas continuamente: qualidade, custo e satisfação dos utentes. Devem ser implementados instrumentos de avaliação da *performance* organizacional que permitam a análise e monitorização sistemáticas dos dados referentes a essas dimensões e que, ao mesmo tempo, promovam a melhoria dos processos de decisão e de gestão de mudanças.

O Controlo da Gestão utiliza três tipos de instrumentos de gestão: (1) instrumentos de pilotagem (plano operacional, orçamento, controlo orçamental, balanced scorecard (BSC), quadros de bordo); (2) instrumentos de orientação do comportamento (centros de responsabilidade, avaliação de desempenho organizacional, preços de transferência interna); e (3) instrumentos de diálogo (Jordan *et al.*, 2015).

O BSC é um sistema de avaliação de desempenho organizacional, foi desenvolvido por Kaplan e Norton em 1992. Os autores conceberam o BSC como um instrumento de gestão que permite uma visão global e integrada do desempenho da organização, considerando medidas financeiras e medidas operacionais. Consideram quatro perspetivas estratégicas de forma a englobar as diversas vertentes do negócio: a perspetiva financeira, a perspetiva do cliente, a perspetiva dos processos internos e a perspetiva de aprendizagem e desenvolvimento (Kaplan & Norton, 1992).

Os Quadros de Bordo (QB) são registos de recolha de dados que relacionam indicadores quantitativos e qualitativos de diversas origens, legíveis e interpretáveis. São ferramentas que poderão ser utilizadas com o objetivo de conhecer qualitativa e quantitativamente a atividade clínica, permitindo a gestão dos Serviços clínicos, bem como a justificação dos meios a atribuir, fazendo comparações com outras estruturas. A eficácia de um QB num Serviço obriga à dedicação de determinado número de elementos do Serviço que deverá coordenar a recolha de elementos e dados a utilizar.

O investimento a nível organizacional na captura de dados, na medição da satisfação dos pacientes, no desenvolvimento de QB de desempenho e de pessoas de qualidade e dedicadas, beneficiam a prática local (Dutton *et al.*, 2022).

2.3. Gestão estratégica de pessoas

Os seres humanos são inquestionavelmente complexos no seu funcionamento e, por isso, incrivelmente delicados de gerir, dado que diferem em competências, aptidões, preferências, motivações, estilo, entre tantos outros fatores.

As pessoas têm mais oportunidades de formação, uma crescente autonomia, desempenham tarefas mais exigentes, o que implica a existência de práticas de gestão adequadas ao contexto e à realidade específica da organização. No fundo, gerir pessoas passa por influenciar comportamentos através de políticas e práticas que, por sua vez, terão consequências ao nível do seu desempenho e do seu bem-estar (Nascimento e Pereira, 2015).

É, cada vez mais, valorizada a importância das pessoas como fator diferenciador das organizações e como elemento determinante para a sua competitividade, sendo reconhecida a sua relevância para a estratégia e eficácia organizacionais (Delery & Gupta, 2016; Jiang & Messersmith, 2018).

Tendo em conta as características das gerações mais novas (geração Y e Z, cuja tecnologia faz parte do seu dia a dia, muito marcadas pela internet) e do mundo em que vivemos VUCA (*Volatility, uncertainty, complexity e ambiguity*) e BANI (*Brittle, anxious, nonlinear e incomprehensible*) caracterizado por rápidas e profundas mudanças, marcado pela incerteza e complexidade, o modelo tradicional de gestão, ancorado na conformidade e controlo, já não corresponde às necessidades organizacionais (Duarte *et al.*, 2019).

O conceito de gestão de recursos humanos tem sofrido evoluções ao longo do tempo, atualmente, fala-se cada vez mais na gestão estratégica de pessoas. A gestão estratégica de pessoas é uma ciência relativamente recente, que procura alinhar a gestão de pessoas de uma organização com seus objetivos estratégicos. Essa abordagem envolve a adoção de práticas e políticas que permitam à empresa atrair, desenvolver, motivar e reter os melhores talentos, de modo a garantir o sucesso da organização a longo prazo. A gestão estratégica de pessoas diferencia-se do modelo tradicional de gestão de recursos humanos (GRH) precisamente por serem as pessoas o centro da organização, por dar maior ênfase ao desenvolvimento de pessoas em vez de ao cumprimento de regras, por fomentar uma cultura aberta, participativa, de empowerment, em vez de burocrática e top-down e por querer melhorar, compreender e usar as “human assets”. A gestão de pessoas coloca

o foco no bem-estar dos colaboradores e na adaptação às necessidades individuais. Valoriza a diversidade e a inclusão, reconhecendo os benefícios de uma força de trabalho diversificada (Duarte *et al.*, 2019).

Investigadores na área de GRH têm tentado, nas últimas três décadas, identificar práticas apropriadas de GRH que formem um sistema e contribuam para um melhor desempenho organizacional - “sistema de trabalho de alto desempenho” – que é definido como um conjunto de práticas de RH projetadas para melhorar as competências, o comprometimento e a produtividade dos funcionários, de tal forma que os funcionários se tornem uma fonte de vantagem competitiva (Karthik & Devi, 2023).

Por outras palavras, um sistema de RH pode ser definido como uma combinação de práticas de RH que são defendidas como sendo internamente consistentes e reforçadoras para alcançar alguns resultados abrangentes. Conceptualmente, propõe-se que esses sistemas de práticas de RH – como um todo – afetem os resultados relacionados ao desempenho (Boon *et al.*, 2019).

Algumas práticas contemporâneas de gestão de recursos humanos incluem a implementação de processos eficientes de recrutamento e seleção, programas estruturados de acolhimento e integração de colaboradores, sistemas de gestão de desempenho e recompensas adequados, além de robustos planos de formação contínua e desenvolvimento de carreiras.

Boon *et al.* (2019) apresentaram uma revisão sistemática de estudos empíricos existentes sobre sistemas de RH e analisaram o desenvolvimento desta área ao longo do tempo, os autores concluíram que se sabe pouco sobre o elemento “sistemas” e como funcionam as sinergias e interações num sistema de RH.

Garcia-Arroyo *et al.* (2021) verificaram que o Big Data significa uma nova abordagem e metodologia para gerir dados sobre colaboradores e inúmeras oportunidades para a GRH, mas também desafios importantes a nível tecnológico, metodológico e ético. Através do uso de algoritmos e análise de dados, as empresas podem identificar oportunidades de inclusão e promover a equidade dentro das equipas.

Devido à recente transformação (como a digitalização) da maioria das organizações, o papel da GRH na gestão estratégica tornou-se mais importante, uma vez que estas práticas podem fornecer ferramentas para a mudança e inovação e apoiar a tomada de decisões estratégicas nas organizações (Jotabá *et al.*, 2022).

A estratégia de RH está cada vez mais relacionada com a estratégia organizacional prevalente, sofrendo o impacto direto das mudanças em curso, enquanto apoia o desenvolvimento da organização no ambiente digital emergente. Neste âmbito de mudança, as organizações de alto

desempenho adotam formas radicalmente diferentes e tornam-se mais digitais e inovadoras (Deloitte, 2017).

Na área da saúde o que se verifica é que a gestão hospitalar é complexa, considerando a natureza do trabalho e o número de diferentes grupos ocupacionais que se devem relacionar de forma coesa para garantir atendimento de alta qualidade ao utente. A saúde é uma indústria de mão-de-obra intensiva que requer práticas eficazes de gestão de recursos humanos. Os hospitais dão ênfase à adoção de práticas e políticas de RH adequadas para aumentar a sua eficácia, como todas as outras organizações. A gestão estratégica dos recursos humanos nas instituições de saúde é importante para melhorar o bem-estar dos funcionários, a fim de prestar cuidados de alta qualidade aos utentes (Karthik & Devi, 2023).

2.4. Gestão de desempenho médico e em anestesiologia

A gestão e avaliação de desempenho é uma das práticas utilizadas na gestão estratégica de pessoas. É um processo contínuo de identificação, medição e desenvolvimento do desempenho nas organizações, ligando o desempenho e os objetivos de cada indivíduo à missão e aos objetivos globais da organização (Aguinis, 2005).

Os Sistemas de Gestão e Avaliação de Desempenho (SGAD) medem a forma como o colaborador desenvolve as suas funções e os resultados que daí advêm. Permitem avaliar o colaborador individualmente e, em simultâneo, os resultados do grupo de trabalho, identificando áreas de intervenção e assumindo-se como um instrumento de mudança comportamental. (Nascimento & Pereira, 2015).

Um dos objetivos primordiais dos SGAD é fornecer *feedback* a cada colaborador relativamente ao seu trabalho, permitindo que este adquira informação relevante sobre as metas atingidas e identificando áreas onde possa haver necessidade de possíveis mudanças face à estratégia organizacional (Nikoloski, 2016).

A implementação de um sistema de gestão de desempenho bem concebido tem muitas vantagens. Do ponto de vista dos colaboradores, aumenta a motivação e a auto-estima, ajuda a melhorar o desempenho, clarifica as tarefas e deveres do trabalho, proporciona auto-percepção e oportunidades de desenvolvimento, e clarifica as expectativas dos supervisores. Do ponto de vista dos gestores, permite obter informações sobre os funcionários, permite ações pessoais mais justas e apropriadas, ajuda a comunicar os objetivos organizacionais de forma mais clara, permite diferenciar os bons e os maus desempenhos e ajuda a impulsionar a mudança organizacional.

Sistemas de gestão de desempenho mal concebidos e implementados podem ter consequências desastrosas para todos os envolvidos. Por exemplo, os funcionários podem pedir demissão, aqueles que permanecem podem ficar menos motivados e os relacionamentos podem sofrer danos irreparáveis. Além disso, sistemas mal concebidos podem ser tendenciosos, resultando em processos judiciais dispendiosos e desperdício de tempo e recursos. No final, sistemas de baixa qualidade e mal implementados podem ser uma fonte de enorme frustração para todos os envolvidos (Aguinis, 2005).

Sistemas ideais de gestão de desempenho são raros. Um sistema ideal deve ser congruente com a estratégia, minucioso, prático, específico, capaz de identificar desempenho eficaz e ineficaz, confiável, válido, justo, inclusivo, aberto, corrigível, padronizado e ético (Aguinis, 2005).

Existem diferentes métodos de avaliação de desempenho, com diferentes utilidades. São exemplo disso, a avaliação pelo próprio (autoavaliação), pelo chefe direto, pelos pares, pelos subordinados e a avaliação de 360°. Ao explorar a utilidade dos métodos de avaliação de desempenho, uma conclusão importante é que nenhum método é apropriado para avaliar o desempenho clínico. Cada abordagem tem as suas vantagens e desvantagens (Hamilton *et al.*, 2007).

Na autoavaliação, o próprio colaborador é incentivado a listar suas fraquezas e pontos fortes e discuti-las com o chefe. Pode servir para aliviar algumas das tensões associadas à avaliação e foi incluída em vários processos de avaliação de desempenho. Dá aos funcionários a oportunidade de expressarem opiniões sobre o seu trabalho, promovendo assim o envolvimento dos funcionários. Para alguns, a capacidade de autoavaliação é vista como uma faceta importante. Em relação à confiabilidade e validade, existe o problema associado de superestimação do desempenho.

Na Avaliação de desempenho 180°, o desempenho individual do funcionário é avaliado pelo seu líder direto. Garante a padronização nos critérios de análise. Porém, se a relação entre líder e subordinado não for muito boa, a imparcialidade nos resultados pode ficar comprometida.

A Avaliação de desempenho 360° permite que o funcionário seja avaliado por si mesmo, pelos seus superiores, pelos seus pares e pelos seus subordinados. É geralmente composto por um questionário estruturado sobre relações interpessoais, competências técnicas e competências comportamentais, que é distribuído pelo superior hierárquico, pelos pares e pelos subordinados do avaliado, de resposta anónima e geralmente o feedback é fornecido por consultores externos à empresa de forma a garantir a objetividade e preservar o avaliado. O feedback multifonte fornece uma avaliação rica do desempenho sob diversas perspetivas e foi testado psicometricamente em dois artigos, com validade e confiabilidade adequadas. Além disso, tem um elevado impacto

educativo e tem sido referenciado como uma das melhores ferramentas para fornecer feedback e orientar o desempenho futuro (Hamilton *et al.*, 2007).

Embora muitas organizações tenham sistemas rotulados como “gestão de desempenho”, geralmente são apenas sistemas de avaliação de desempenho. A avaliação de desempenho enfatiza a avaliação dos pontos fortes e fracos de um funcionário e não inclui considerações estratégicas de negócios. Além disso, os sistemas de avaliação de desempenho geralmente não incluem feedback extenso e contínuo que um funcionário possa usar para melhorar seu desempenho no futuro. Por último, a avaliação de desempenho é um evento que ocorre uma vez por ano, muitas vezes conduzido pelo departamento de RH, enquanto a gestão de desempenho é uma forma de gerir negócios durante todo o ano, conduzida pelos gestores (Aguinis, 2005).

Um efeito pouco desejado da avaliação do desempenho individual é a possibilidade de ela incentivar a um comportamento individualista nos trabalhadores, com prejuízo para o trabalho em equipa, e conseqüentemente para uma cultura de maior responsabilização e solidariedade orgânica, pois é possível atingir os objetivos fixados individualmente sem contribuir necessariamente para o sucesso da organização (Emery & Giaouque, 2001; Emery, 2004 e Yang & Choi, 2009). A avaliação da equipa é fundamental para ter a percepção de como os esforços conjuntos são capazes de impactar os resultados da empresa.

A responsabilidade de quem avalia é considerável, uma vez que estas avaliações inferem na progressão da carreira, motivação, compromisso, empenho, realização profissional e eventualmente no sistema de recompensas. É uma área muito sensível na gestão de pessoas. O avaliador deve ter formação específica nesta área e conhecer a sua responsabilidade. Os avaliados devem igualmente ser informados atempadamente de todos os trâmites e significado desta avaliação.

Tão importante quanto dispor de um SGAD adequado, é que este seja partilhado e aceite pelos colaboradores que participam no processo de avaliação, uma vez que, a não concordância com o modelo de avaliação pode originar conflitos com a organização e com os avaliadores (Cheng *et al.*, 2007).

No entanto, apesar da importância reconhecida na literatura relativamente à avaliação e gestão de desempenho nos últimos 20 anos, a sua fraca aceitabilidade pelos colaboradores (Maley *et al.*, 2020) e a integração efetiva da avaliação do desempenho no sistema de gestão permanecem pouco compreendidos em muitas organizações (Garengo *et al.*, 2022).

Em suma, as organizações podem praticar o sistema de avaliação de desempenho por vários motivos ou resultados. Organizações públicas ou privadas, com ou sem fins lucrativos, pequenas ou grandes, podem instituir sistemas de avaliação de desempenho para influenciar o comportamento

dos funcionários por meio de mecanismos de feedback. Isto, por sua vez, melhorará a comunicação interna e o relacionamento entre os supervisores e seus subordinados. A avaliação de desempenho também serve como uma ferramenta útil para desenvolver e manter a motivação dos funcionários, bem como para treinar e desenvolver os talentos existentes. Assim, a motivação, o treino e o desenvolvimento dos funcionários e a comunicação interna são alguns dos principais resultados da avaliação de desempenho. Estes resultados fornecem os mecanismos através dos quais os sistemas de avaliação de desempenho podem fazer contribuições significativas para avançar na consecução das metas ou objetivos globais de uma organização (Brefo-Manuh *et al.*, 2016).

A análise do tema mostra que a avaliação de desempenho dos funcionários é cada vez mais necessária para favorecer o alinhamento dos esforços individuais dos funcionários com os objetivos estratégicos organizacionais e no desenvolvimento de SGAD eficazes (Garengo *et al.*, 2022).

Na política de saúde, oferecer uma boa relação qualidade/preço é uma exigência cada vez mais insistente, impulsionada por restrições financeiras, expectativas acrescidas dos utentes, envelhecimento da população e tecnologias mais caras. A medição do desempenho em saúde é fundamental para garantir que os cuidados de saúde que prestamos são valiosos tanto para quem paga por eles como para quem os utiliza. A medição do desempenho em Saúde é uma parte necessária para garantir que o sistema de saúde é responsável perante os seus cidadãos (Kiernan & Buggy, 2015).

Observa-se que os resultados de desempenho a nível organizacional para as instituições de saúde são diferentes daqueles de outras indústrias onde os resultados a nível do utente vêm antes dos resultados financeiros (Karthik & Devi, 2023).

Com a evolução dos sistemas de informação e de análise de dados, observou-se um rápido crescimento do volume e do espectro de dados disponíveis para a avaliação do desempenho. No entanto, a abundância de informação não se traduz necessariamente em decisões informadas.

A capacidade de coletar medidas de desempenho precisas e apropriadas mudou com o advento do Big Data. Os obstáculos à recolha de dados de alta qualidade já não são tecnológicos. Talvez as duas barreiras restantes à recolha de dados precisos e relevantes sejam a incerteza sobre a escolha dos indicadores que melhor refletem os resultados para o utente e a correta utilização desses dados. A prestação de cuidados adequados exige que medimos o que é importante para os utentes, em vez de apenas os dados que são mais fáceis de recolher” (Kiernan & Buggy, 2015).

Indicadores de desempenho referem-se a variáveis quantificáveis utilizadas para providenciar informação simplificada sobre uma área de maior de interesse, tipicamente medida ao longo do tempo. No contexto dos cuidados de saúde as principais funções dos sistemas de indicadores de

desempenho são a responsabilização e a melhoria da qualidade, nas suas várias dimensões: segurança, efetividade, centralidade no utente, eficiência e equidade (Barbazza, 2021; Freeman, 2002).

O sistema ProMES (*Productivity Measurement and Enhancement System*) tem sido aplicado a um espectro alargado de organizações, incluindo organizações de saúde. Neste sistema os indicadores de desempenho são desenvolvidos e selecionados, também com base em critérios da sua mensuração, validade e controlabilidade (Pritchard, 2008).

Os indicadores devem dar aos profissionais informação útil sobre os resultados dos seus processos de trabalho, ajudando-os a resolver problemas, a redesenhar processos e a promover melhoria contínua. Só dessa forma poderão os profissionais ser responsabilizados por aquilo que estão motivados e preparados para fazer: desempenho profissional de qualidade (Milleson, 2018).

Deve ser dada especial atenção à possibilidade de, com a implementação destes sistemas, minar as condições necessárias à melhoria da qualidade quando se propõem programas de incentivos perversos, resultantes da incorreta utilização de dados (Freeman, 2002).

As experiências em curso para examinar como a medição do desempenho pode ser utilizada em conjunto com incentivos financeiros explícitos para recompensar o desempenho dos prestadores são uma área promissora para políticas e uma prioridade para mais investigação.

O objetivo final de qualquer instrumento de medição de desempenho é promover a realização dos objetivos do sistema de saúde. Para maximizar o seu efeito, a medição do desempenho precisa de estar alinhada com outros aspetos da conceção do sistema, tais como o financiamento, a estrutura do mercado, os mecanismos de responsabilização e a regulamentação. Sem atenção cuidadosa a estas considerações mais amplas do sistema de saúde, o melhor sistema de medição de desempenho será ineficaz (Smith *et al.*, 2008).

Na anestesiologia em particular, uma gestão de qualidade é um instrumento de mais-valia para a evolução da especialidade, culminando na evolução da Anestesiologia para a medicina peri-operatória. O sucesso da abordagem médico-cirúrgica do doente está muito dependente da intervenção anestésica, pelo que a criação de mecanismos de melhoria contínua da qualidade são pertinentes.

Devido à sua natureza de alto risco e à capacidade de influenciar uma ampla gama de resultados perioperatórios, há atenção especial à qualidade e segurança da anestesia (Dutton *et al.*, 2022). O programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery – recuperação otimizada pós-operatória) mostrou que os esforços de melhoria de qualidade conduzidos por anestesiologistas podem ter um impacto significativo nos resultados hospitalares globais (Dutton *et al.*, 2022).

Os diferentes *stakeholders*, tais como, administração hospitalar, utentes, autoridades de saúde, companhias de seguros, estudantes, anesthesiologistas, enfermeiros e cirurgiões, aumentam as exigências sobre os serviços de anesthesiologia. Os diretores são forçados a otimizar quantitativa e qualitativamente o seu desempenho. No entanto, a maioria dos diretores não têm formação em gestão e, portanto, carecem de ferramentas para sistematizar e monitorizar adequadamente o desempenho clínico e académico (Zbinden, 2002). Os serviços de anesthesiologia devem criar mecanismos e ferramentas que lhes permitam avaliar a qualidade subjacente à sua estrutura, ao processo e aos resultados, estabelecendo ciclos de avaliação com ações subsequentes para melhoria dos seus indicadores.

A escolha de indicadores deve estar de acordo com a sua compreensão, assim como com a facilidade de recolha de dados sobre esse indicador (Ormonde, 2017).

A qualidade e a segurança da anestesia geralmente são monitorizadas pela análise da mortalidade-morbidade e incidentes peri-operatórios. No entanto, esses métodos têm limitações de sensibilidade e especificidade para questões de qualidade e segurança. A mortalidade e morbidade peri-operatória do paciente nem sempre estão relacionadas à anestesia. Os incidentes dependem em grande parte da disposição dos membros da equipa em relatá-los. Como consequência, uma série de ferramentas de medição adicionais são cada vez mais promovidas, particularmente indicadores clínicos (Haller *et al.*, 2009).

Nos últimos anos, o crescente envolvimento de organizações de profissionais de saúde, órgãos governamentais e organizações envolvidas na gestão do sistema de saúde impulsionou o desenvolvimento de programas de indicadores. O número e a complexidade destas medidas aumentaram muito. Isto é particularmente verdadeiro para a anestesia, onde a natureza, as características e a validade dos indicadores clínicos não são claras (Haller *et al.*, 2009). Os anesthesiologistas atuam em diferentes subespecialidades e na realização de números de casos muito diferentes. Uma métrica aplicável a um subconjunto de anesthesiologistas dentro de um departamento pode não ter sentido quando aplicado a outro. Por exemplo a incidência de mortalidade peri-operatória pode ser uma medida de resultado significativa para anesthesiologistas que realizam cirurgia cardíaca, mas não para anesthesiologistas que realizam sedação para gastroenterologia. Na avaliação de desempenho dos anesthesiologistas, não só é difícil encontrar uma métrica “tamanho único”, como também é difícil encontrar métodos analíticos válidos que evitem o problema do “espúrio discrepante” inerente à variação de utente e de procedimento (Bayman *et al.*, 2015).

Haller *et al* 2009 realizaram uma revisão do tema onde identificaram 108 indicadores clínicos desenvolvidos para medição de qualidade e segurança em anestesia comumente usados e constataram que apenas 40% foram verdadeiramente validados. Yee & Tarshis 2023, identificaram e priorizaram uma lista de 56 indicadores de qualidade de anestesia considerados relevantes para a prática de um anestesiológico e que podem ser obtidos num registo eletrónico. Consideraram que este foi um passo essencial no objetivo de ajudar os médicos e departamentos a cumprir os requisitos contínuos de qualidade recomendados pelas sociedades profissionais e órgãos reguladores médicos. A Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de anesthesiologia, apresenta como indicadores de qualidade em anestesia, os indicadores globais, os indicadores específicos em anesthesiologia obstétrica e os indicadores específicos na unidade de cuidados pós-anestésicos. Esforços para desenvolver e validar ainda mais indicadores clínicos específicos para a prática anestésica devem ser fortemente promovidos.

A *Joint Commission Internacional* (JCI), uma organização de acreditação hospitalar sediada nos Estados Unidos, exige que todos os profissionais licenciados (por exemplo, anesthesiologistas) sejam submetidos periodicamente à avaliação contínua da prática profissional. As avaliações devem basear-se, pelo menos em parte, em medidas de desempenho clínico e identificar os prestadores pelo nome. Os resultados são comunicados ao hospital (Bayman *et al.*, 2015).

2.5. Gestão de recompensas, na saúde e em anesthesiologia

A gestão de recompensas visa definir estratégias e políticas de modo a recompensar as pessoas de forma justa, equitativa e consistente de acordo com o seu valor para a organização. Concentra-se na forma como as instituições recompensam os seus funcionários. Camara (2000) define o sistema de recompensas como um conjunto de instrumentos coerentes e alinhados com a estratégia da Empresa, de natureza material e imaterial, que constituem a contrapartida da contribuição prestada pelo empregado aos resultados do negócio, através do desempenho profissional e destinam-se a reforçar a sua motivação e produtividade.

Uma gestão de recompensas eficaz pode ajudar a atrair e reter funcionários talentosos, melhorar a motivação e o desempenho dos funcionários e aumentar a satisfação no trabalho. Além disso, uma gestão de recompensas justa e transparente pode ajudar a promover um ambiente de trabalho positivo e uma cultura corporativa saudável (Berber *et al.*, 2017).

Para implementar uma gestão de recompensas eficaz, as instituições devem considerar uma série de fatores, como os recursos financeiros, equidade interna, competitividade externa, os objetivos organizacionais, as expectativas dos funcionários, as práticas do setor e o enquadramento

legal. A procura da equidade interna é de particular importância, pois é, em grande parte, responsável pelos níveis de motivação entre os trabalhadores e pela redução de conflitos dentro e entre grupos de trabalho (Duarte, 2015).

Os sistemas de recompensas normalmente são constituídos por compensações extrínsecas e compensações intrínsecas. As compensações extrínsecas, também denominadas remunerações ou compensações financeiras, caracterizam-se por serem tangíveis, externas ao trabalho propriamente dito e tipicamente controladas por outros. As compensações intrínsecas ou não-financeiras são intangíveis, inerentes ao trabalho, não controláveis diretamente por outros, são exemplo disso, o reconhecimento, estatuto, segurança no emprego, trabalho desafiante, oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, sentimento de competência ou de propósito, qualidade de vida, orgulho da empresa, liberdade e autonomia (Camara, 2000).

As compensações financeiras são constituídas por diferentes componentes, tais como remuneração fixa, remuneração variável e benefícios (Duarte, 2015):

- A remuneração fixa integra as componentes monetárias que tenham um caráter regular e um valor constante (e.g. vencimento base, compensação por isenção de horário de trabalho, diuturnidades, subsídio de exclusividade). Na maioria das vezes relaciona-se com a política de carreiras. Pode ser alterada em função de vários fatores tais como a taxa de inflação, promoções, avaliação do desempenho ou alterações do mercado de trabalho.
- A remuneração variável integra as componentes monetárias que tenham um caráter irregular e que se podem associar a diferentes períodos de atribuição, podem ser individuais ou coletivas (e.g. pagamentos por serviços prestados, prémios de produtividade, comissões de vendas, distribuição de lucros, atribuição de ações). Este tipo de remuneração pretende evidenciar os resultados e é privilegiada em estratégias assentes no controlo de custos e no aumento da produtividade. Pode ter efeitos secundários contraproducentes como são o caso de fenómenos de favoritismo, redução da inovação, tendência para substituir a qualidade pela quantidade.
- Os benefícios, são atribuídos de forma regular, mas não têm um pagamento monetário (e.g. seguros de saúde, Plano Poupança Reforma, desconto na aquisição de bens e serviços).

No contexto da saúde, com o envelhecimento da população, o aumento da expectativa de vida, o crescimento das doenças crónicas não transmissíveis, aliado à constante incorporação de novas tecnologias em saúde, reveste-se de especial importância a discussão acerca dos modelos de remuneração de prestadores de serviços de saúde (instituições ou profissionais de saúde) e das suas possíveis repercussões no modelo de cuidados praticados, nos resultados em saúde e na sustentabilidade do setor. O tema dos modelos de remuneração tem sido levado para o centro das

discussões em todo mundo, tem-se procurado novas formas de remuneração de prestadores de serviços que privilegiem a qualidade e não o volume de procedimentos executados (OMS, 2010). Novos modelos, alternativos ao clássico pagamento por procedimentos (*Fee For Service*, FFS), têm sido testados nos diversos países, tanto no setor público quanto no setor privado, com diferentes experiências e resultados positivos já sendo observados (Ugá, 2012).

Um dos pressupostos do Modelo de melhoria da qualidade do *Institute for Healthcare Improvement*, é que “todo sistema é perfeitamente desenhado para atingir os resultados que atinge” (Berwick, 2011). Por esta via, toda a discussão relativa à forma de remuneração de prestadores de serviços está interligada aos resultados em saúde esperados, tornando-se cada vez mais evidente que o modelo de remuneração impacta fortemente na forma como o cuidado em saúde é prestado e nos seus resultados.

O Relatório Mundial de Saúde sobre o Financiamento dos Sistemas de Saúde da OMS, de 2010, propõe limitar a execução excessiva e desnecessária de procedimentos com o estabelecimento de modelos alternativos ao FFS como forma de remuneração de prestadores de serviço (OMS, 2010).

O *Institute of Medicine* americano recomendou que os sistemas de saúde alinhem as políticas de pagamento com a melhoria da qualidade em saúde e que as fontes pagadoras, públicas e privadas, revejam os seus modelos de pagamento atuais para remover as barreiras que obstruem a melhoria da qualidade do atendimento. Destaca que a política de pagamento é um dos fatores que influenciam, de forma relevante, na forma como estabelecimentos e profissionais de saúde prestam cuidados aos utentes (*Committee on Quality of Health Care in America*, 2001).

As diferentes características das estruturas remunerativas e das regras gerais de atribuição das remunerações produzem diferentes efeitos motivacionais e comportamentais (Duarte, 2015). Métodos de remuneração bem escolhidos podem afetar positivamente tanto a produtividade como o bem-estar dos trabalhadores (Lazear, 2018).

Nessa direção, a remuneração baseada em valor na assistência à saúde tem sido considerada uma alternativa (Porter e Teisberg, 2007). Para estes autores o conceito de valor em saúde pode ser resumido na seguinte fórmula: Valor = resultados/custos. Nesta proposta, os autores definem valor em saúde como a relação entre os resultados clínicos que importam para os utentes e o custo para atingir esses resultados. Valor em saúde é o equilíbrio entre experiência do utente, o resultado clínico de alta qualidade e os custos adequados de forma a garantir a sustentabilidade do sistema de saúde. O foco dos modelos de remuneração baseados em valor deve ser alcançar bons resultados em saúde para os utentes com um custo mais acessível tanto para os utentes quanto para os planos de saúde, evitando-se focar somente na simples redução dos gastos (Miller, 2017).

As remunerações atribuídas a médicos do sector privado português podem ter diferentes componentes. Uma grande percentagem das instituições utiliza um modelo de recompensas predominantemente baseado em recompensas variáveis, uma vez que utiliza a modalidade de pagamento por procedimento para remunerar médicos de muitas especialidades, nomeadamente os anestesiólogos. Em alguns casos, utilizam um modelo mais baseado em recompensas fixas, que contém um salário base. E por isso, é sobre estes dois tipos de componentes que vamos incidir.

O salário base consiste no pagamento clássico de um salário pela prestação dos serviços executados pelo trabalhador, de acordo com o número de horas trabalhadas, incluído os benefícios sociais da relação formal de trabalho, tais como férias, décimo terceiro salário, entre outros. A remuneração é independente da produção de serviços (Bessa, 2011).

Gosden *et al.* (2011) verificam que o salário base está comumente associado a um baixo nível de entrega de serviços, porém observam, por outro lado, que nessa modalidade de remuneração, as consultas são mais demoradas e há maior interesse nos cuidados preventivos. Tobar *et al.* (1997), acrescentam que com este componente remuneratório não há incentivo à produtividade e há redução da carga de trabalho individual. Não há favorecimento da relação médico-utente e ocorre aumento do peso relativo dos custos fixos para o hospital.

O ponto positivo deste componente é o fato de que os profissionais de saúde têm maior incentivo para prestar um serviço adequado, pois não têm motivação para a superprodução (Rochaix, 1998).

A Mayo Clinic, um dos serviços de saúde de elevada qualidade e menor custo nos Estados Unidos, tiveram muito sucesso em instituir a forma de remunerar por salário, após mudança da sua política assistencial quando decidiu focar a atenção no utente e não no aumento da remuneração individual do médico. Com o salário fixo há maior estabilidade, menores riscos financeiros para o médico e menor probabilidade para que haja tratamentos exagerados ou intervenções desnecessárias.

Na procura pela criação de incentivos que possam reduzir as limitações apresentadas por este modelo, pode-se utilizar um mix de salário base com pagamento por desempenho. Nessa modalidade, os prestadores recebem um pagamento de base e, quando alcançam determinadas metas para medidas de processos do cuidado prestado e para medidas de resultados do cuidado ao utente, recebem adicionalmente certas recompensas. Os incentivos, dessa forma, encorajam os profissionais a atingirem os padrões de cuidados delineados em medidas de desempenho (Bessa, 2011).

Resumidamente, um modelo de recompensas com integração de um salário base apresenta as seguintes vantagens: a possibilidade das consultas médicas serem mais demoradas e completas; poder incentivar os cuidados preventivos; maior estabilidade com menores riscos financeiros para o profissional de saúde; os profissionais de saúde têm mais incentivo para prestar um serviço adequado, pois não têm motivação para a superprodução. E como desvantagens: associado a um baixo nível de entrega de serviços; ausência de incentivos à produtividade; e, caso exista percepção de baixos salários, poder haver diminuição efetiva da jornada de trabalho. Na tentativa de corrigir as limitações pode-se: adicionar um sistema de avaliação da prestação de serviços; adicionar previsão de incentivos para o profissional de saúde, dependendo da evolução dos resultados; adotar protocolos clínicos baseados em evidências científicas; avaliar sistematicamente a experiência do utente.

Por outro lado, a modalidade de pagamento por procedimento pressupõe a existência de uma tabela com o valor estabelecido para cada procedimento, onde a remuneração se dá pelo somatório discriminado de cada um desses procedimentos. Os pagamentos são realizados após a execução dos serviços (Ugá, 2012; Miller, 2017).

O FFS é caracterizado essencialmente pelo estímulo à competição por utilizadores e pela remuneração por quantidade de serviços produzidos. Uma das principais críticas a esta modalidade reside no fato da necessidade ser induzida pela oferta, ou seja, há produção excessiva de procedimentos pelos prestadores de serviços que nem sempre são necessários para o utente. Desse modo, há estímulo à sobre utilização de serviços, principalmente os que proporcionam remuneração mais elevada. Consequentemente, a assistência aos utentes é afetada negativamente, pois pode provocar efeitos adversos, submeter o utente a desconfortos evitáveis e indesejáveis, levando ao aumento desnecessário no custo da assistência à saúde. O FFS não considera os resultados em saúde nem a qualidade dos serviços prestados (Ugá, 2012; Miller, 2017).

Uma grande vantagem do modelo FFS é que ele acomoda uma variedade de preferências dos trabalhadores. O esquema motiva aqueles que querem trabalhar com níveis de esforço elevados, bem como aqueles que optam por trabalhar com níveis de esforço mais baixos. Uma desvantagem é que um esquema puramente por procedimento faz com que o trabalhador assumira riscos associados a variações de fatores exógenos, como as condições empresariais (Lazear, 2018).

Ainda assim, sofrendo uma série de críticas e apontadas várias distorções, o FFS tem sido utilizado em diversos países da União Europeia, em países como Bélgica, Áustria, Dinamarca, França, Holanda e Suíça, entre outros, em conjunto ou não com outros modelos baseados no ajuste de desempenho dos prestadores (Ugá, 2012; Miller, 2017). De acordo com Miller (2017), para a

correção das limitações do FFS, deve-se adicionar pagamento por desempenho, para procurar maior garantia de resultados e qualidade de assistência. Segundo Smith (2004), o Reino Unido está a experimentar um ambicioso sistema de recompensas financeiras para médicos de clínica geral, introduzido em Abril de 2004, segundo o qual cerca de 20% dos rendimentos estão diretamente relacionados com o seu desempenho em cerca de 150 indicadores de qualidade.

Um sistema de recompensas que integre a componente de avaliação de desempenho também designado *Pay For Performance* (P4P), caracteriza-se pela remuneração dos prestadores de serviços ajustada pelo desempenho. É uma espécie de “guarda-chuva”, que deve estar associada a outras componentes (salário base ou pagamento por serviços). Ajusta o montante de recursos a ser pago ao prestador de serviços de saúde segundo o seu desempenho através de algum método já existente. Deve haver a previsão de avaliação do desempenho do prestador e é fundamental a mensuração de indicadores de qualidade da assistência de uma dada população, que podem ser de estrutura, de processo ou de resultados e, ainda, quantitativos ou qualitativos (Ugá, 2012; Miller, 2017). Tem como objetivo a redução dos custos globais do sistema de saúde e o aumento da qualidade na assistência à saúde, bem como da efetividade dos serviços. Esta componente tem vindo a ser implementada em vários países europeus como Reino Unido, França, Finlândia, Polónia e Portugal, entre outros, desde o final dos anos 1990 e de forma crescente nos EUA, principalmente no âmbito das recentes reformas empreendidas no sistema de saúde americano conhecido como “ObamaCare” (Ugá, 2012; Miller, 2017).

A associação de pagamento por procedimentos com pagamento por desempenho trata-se do mesmo padrão do *Fee For Service*, sobre o qual são aplicados incentivos por atingimento de indicadores clínicos previamente estipulados entre as partes. Esta modalidade surgiu como uma forma de incentivar os prestadores de serviços de saúde a aumentarem a sua eficiência e a produzirem melhores resultados, sem abandonar o modelo atual. Nela, os prestadores de serviço continuam a ser remunerados tendo como referência cada serviço oferecido, porém, são adicionadas medidas ligadas principalmente ao resultado obtido dentro dos objetivos do serviço, ou seja, bónus ou penalidades podem ser adicionados ao pagamento existente. Um modelo semelhante foi implementado pela reforma do sistema de saúde americano, chamado *Medicare Shared Savings Program*. Este modelo pode ser entendido como uma forma transitória, que pode ser interessante por facilitar que os agentes da cadeia migrem gradualmente de um modelo voltado para volume para outro orientado para o valor em saúde.

A incorporação da medição do desempenho em regimes de incentivos financeiros oferece potencialmente um caminho promissor para políticas futuras, e estão em curso uma série de

experiências que atribuem recompensas financeiras ao desempenho relatado (Smith *et al.*, 2004; Ugá, 2012).

No entanto, de acordo com diversos autores, a prática da remuneração baseada no desempenho individual tem criado diversos problemas e dificuldades (Katula & Perry, 2003; Cardona, 2007). De um modo geral, embora os regimes de incentivos baseados no desempenho pareçam oferecer um imenso potencial para a melhoria do sistema, existe uma clara necessidade de investigação mais cuidadosa para identificar os melhores mecanismos para aproveitar o seu potencial. Muitas questões precisam de ser consideradas ao conceber esquemas de incentivos baseados no desempenho, incluindo quais os objetivos de desempenho a atingir, como medir o desempenho, como estabelecer metas, se devem oferecer incentivos a nível individual ou de grupo, quão forte deve ser a ligação entre o desempenho e as recompensas, e qual montante a atribuir a um incentivo (Smith *et al.*, 2008).

Não existe um modelo de remuneração ideal, todos apresentam distorções. Até ao momento, nenhum dos modelos em uso consegue alinhar de forma satisfatória os incentivos financeiros com as metas de melhoria dos indicadores de qualidade na atenção à saúde (OMS, 2010; Ugá, 2012; Miller, 2017).

Deste modo, a questão central é a avaliação de modelos de recompensas baseados no desempenho dos prestadores de serviços e o seu impacto nos resultados em saúde. Verifica-se um esforço crescente e um aumento significativo de estudos que procuram investigar se há um impacto positivo nos resultados a partir da implementação de diversos modelos alternativos ao *Fee For Service*. Entretanto, os resultados são muito diversos, desde experiências com resultados muito positivos a algumas experiências com resultados negativos ou neutros. Em geral, os estudos apontam para a importância do desenho e do contexto no qual as experiências foram realizadas. Além disso, indicam a necessidade de estudos futuros para a confirmação dos resultados encontrados (Gosden *et al.*, 2000; Petersen *et al.*, 2006).

Várias críticas têm sido feitas em relação a novos modelos de recompensas implantados na prática. Sob o discurso da racionalização, muitas vezes são estabelecidos cortes de gastos por parte das seguradoras com o objetivo de reduzir os custos sem a devida avaliação da qualidade dos serviços prestados. Alguns críticos consideram que a melhoria dos resultados não tem sido a meta central dos atores do sistema. Pelo contrário, o foco tem sido a minimização dos custos (Ugá, 2012; Bichuetti e Mere Jr., 2016). Na realidade, não haverá geração de valor se as variáveis, qualidade e custo, não estiverem conectadas e relacionadas ao cuidado apropriado durante todo o ciclo de cuidado (Miller, 2017).

Outros desafios para a implementação de modelos de remuneração baseados em valor são: resistência dos prestadores de serviços, sejam médicos ou hospitais, em relação à adoção de modelos diferenciados de pagamento; riscos da implementação de modelos inovadores sem a devida organização do sistema, podendo comprometer a qualidade e a segurança dos serviços prestados; ausência de sistemas de informação; necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos; eventuais distorções, que podem ser provocadas pelos diferentes modelos de remuneração; necessidade de estruturação de um sistema de gestão dos serviços de saúde eficiente e bem organizado, que contemple o acompanhamento de indicadores de saúde (Ugá, 2012; Porter e Teisberg; 2007; OMS, 2010; Miller, 2014).

A resistência de prestadores de serviços em aderir a um novo modelo de remuneração é atribuída, muitas vezes, a uma preferência dos prestadores pelo tradicional *Fee For Service*. A implantação de novos modelos de remuneração é muito mais propensa a ser bem-sucedida se os prestadores participarem voluntariamente.

3. Metodologia

3.1. Método

Este trabalho intitulado “Um sistema de gestão de desempenho e recompensas em anestesiologia” tem por base a tipologia de projeto empresa. Visa o desenvolvimento de uma proposta de um sistema de gestão de desempenho e recompensas para o serviço de anestesiologia do HLL, que será caracterizado no capítulo 4.

A realização deste trabalho recorre a um método de pesquisa qualitativo e exploratório. O estudo de caso apresenta-se como o método mais adequado aos objetivos do projeto. Segundo Yin (2017) o estudo de caso permite estudar o objeto no seu contexto real, considerando os principais intervenientes e as interações que ocorrem, seguindo uma metodologia de etapas sucessivas de recolha, análise e interpretação de dados. É o método indicado quando é difícil distinguir o próprio fenómeno do seu contexto, dado que é composto por um trabalho empírico, sustentado em evidências recolhidas por vários métodos e recursos, sendo os mais frequentes a análise documental, a observação direta, os questionários e as entrevistas, permitindo obter uma compreensão do fenómeno alvo de estudo. O estudo de caso enquadra-se numa lógica de construção de conhecimento através da reflexão ponderada do investigador sobre as variáveis em estudo, tendo em consideração a necessidade de minimizar o efeito da sua própria convicção no processo de análise dos dados obtidos.

3.2. Técnicas de recolha de dados

Os dados recolhidos são exclusivamente para efeitos académicos, cumprindo o Regulamento Geral de Proteção de Dados. Este estudo foi submetido, avaliado e aprovado pela Comissão de Investigação e pela Comissão de Ética do HLL e pelo Conselho de Administração.

Como técnicas de recolha de dados, recorre-se: à análise documental, efetuada através da revisão da literatura dos temas mais importantes para o trabalho e da análise de documentos pertinentes para o projeto, e à realização de entrevistas semiestruturadas.

Primeiramente, com o intuito de adquirir e aprofundar conhecimentos, a recolha de dados incide na revisão sistemática da literatura realizada através dos motores de busca da b-on e google scholar. Com base em termos específicos pré-selecionados, são identificados artigos pertinentes ao projeto em questão. Após avaliação do seu conteúdo e relevância, determina-se se devem ser incluídos ou não. O uso do SCImago Journal Rank, que mede a influência científica das revistas onde os artigos foram publicados, desempenha um papel crucial nessa seleção.

Para a caracterização do HLL é recolhida informação de documentação interna que permite definir a missão, visão, objetivos estratégicos do HLL. A documentação que foi possível obter para a caracterização pretendida e posterior análise, incluiu o Relatório de Contas do HLL 2023, informação institucional acessível na intranet (normas, planos, regulamentos e políticas), bem como aquela que se encontra disponível online para o público em geral.

A consulta de documentos públicos como relatórios de contas ou dados de desempenho de outras instituições é essencial para a análise externa da organização e para a realização da análise de benchmarking.

Posteriormente, a recolha de dados é enriquecida com a realização de entrevistas semiestruturadas. Essas entrevistas seguem um guião com tópicos bem definidos antecipadamente, oferecendo aos entrevistados a liberdade de utilizar o tempo e as palavras conforme desejarem. Isso permite que expressem os seus pontos de vista de maneira mais aberta do que em entrevistas padronizadas ou questionários fechados. As entrevistas semiestruturadas constituem uma ferramenta eficaz para capturar a diversidade de descrições e interpretações que as pessoas têm em relação à realidade.

O guião flexível de perguntas abertas, embora se concentre nos principais aspetos dos sistemas de gestão de desempenho e recompensas, também possibilita a colheita de informações estratégicas. O objetivo é obter, por meio da experiência vivida pelos entrevistados, informações relativamente objetivas que possam ser analisadas qualitativamente e que agreguem valor à evolução do projeto de pesquisa.

Previamente à realização das entrevistas é obtido o consentimento escrito de todos os participantes no estudo (anexo E e F). As entrevistas têm uma duração de aproximadamente 60 minutos, são realizadas no decorrer dos meses de Abril e Maio de 2024, gravadas em áudio de modo a registar o discurso de forma fidedigna, sendo que aos participantes é assegurada a confidencialidade (exceto ao diretor de serviço) e a destruição da gravação depois da sua transcrição dentro de um prazo máximo de 8 meses. A cada entrevistado é atribuído um código de identificação.

São entrevistados três tipos de profissionais com funções distintas: o diretor de serviço, profissionais relacionados com a área da administração hospitalar e elementos do serviço de anestesiologia. Foram elaborados três guiões de entrevistas, um para cada um dos tipos de profissionais anteriormente referidos (anexo B, C e D). Embora não sejam rigorosamente iguais, os três guiões apresentam muitas semelhanças, dado que é intenção cruzar as informações obtidas junto dos colaboradores com as dos profissionais com funções de liderança e gestão.

As questões preparadas para as entrevistas foram divididas por três secções, num total de 21 questões. Na secção 1 e 2 da entrevista, pretende-se caraterizar o entendimento que os participantes têm sobre gestão de desempenho e gestão de recompensas vigentes. A secção 3 pretende caraterizar o quadro de expectativas dos participantes.

3.3. Técnicas de tratamento de dados

Os dados recolhidos através das entrevistas têm de ser tratados e para tal, recorre-se à análise de conteúdo conforme descrita por Bardin (2016). Esta metodologia permite a classificação e categorização dos conteúdos das entrevistas em elementos que podem ser agregados e comparados entre si.

O processo de análise de conteúdo compreende três etapas distintas:

1. Pré-análise: nesta fase inicial, ocorre a organização do material e o estabelecimento de um esquema de trabalho. É feito um primeiro contato com os documentos a serem analisados, que, no caso das entrevistas, são transcritas e formam a base da pesquisa.
2. Codificação e tratamento dos resultados: os temas identificados são classificados e agrupados em categorias conforme critérios predefinidos.
3. Inferência e interpretação dos resultados: nesta etapa, o conteúdo manifesto e latente dos resultados é analisado para torná-los válidos e significativos.

Para dar início à 2ª etapa, procede-se à definição de categorias e sub-categorias claramente adaptadas aos objetivos formulados, aqui definidas quer de acordo com as questões que orientaram as entrevistas, quer de acordo com os dados obtidos *à posteriori*. O processo de codificação envolve também a escolha de unidades de análise e de contexto, de forma a simplificar a informação e permitir o seu processamento e obtenção de conclusões. As unidades de análise dizem respeito ao segmento de conteúdo considerado unidade de base, visando a contagem frequência, enquanto as unidades de contexto correspondem ao segmento da mensagem que permite a compreensão da unidade de análise. Na construção da matriz de análise de conteúdo das entrevistas (anexo G) foram definidas três categorias: a) Modelo de avaliação de desempenho vigente; b) Modelo de gestão de recompensas vigente; c) Quadro de expectativas.

A metodologia proposta visa alcançar os objetivos estabelecidos para o projeto.

4. Diagnóstico

Pretende-se elaborar o diagnóstico situacional por meio de uma análise documental que permita definir a missão, a visão e os objetivos estratégicos do HLL, caracterizar o serviço de anestesiologia e realizar a análise de benchmarking. Paralelamente, será realizada a interpretação dos resultados das entrevistas para obter a visão contextual dos elementos da gestão, do diretor de serviço e dos anestesiológicos.

4.1. Caracterização do HLL

4.1.1. Análise externa

Para realizar a análise externa do HLL é importante ter em consideração o panorama do setor da saúde em Portugal. Segundo os dados mais recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2022 a despesa corrente em saúde cresceu 6,3%, atingindo 25,4 mil milhões de euros (2.474 euros *per capita*). O peso da despesa corrente em saúde no produto interno bruto (PIB) representa 10,6%¹ em 2022.

Estima-se que a despesa corrente pública tenha tido, em 2022, um peso perto de 63,4%² do total da despesa corrente em saúde, com um crescimento de 6,7%² face ao período homólogo. A despesa corrente privada também se prevê que tenha aumentado cerca de 5,6%², motivado pela recuperação da atividade assistencial dos prestadores privados e aumento da procura de cuidados de saúde não urgentes por parte dos cidadãos, face à redução registada nos anos da pandemia de COVID-19. A despesa corrente dos prestadores privados de cuidados de saúde em 2021 representou 44%³ do total da despesa em saúde nos hospitais, cuidados de saúde de ambulatório e serviços auxiliares (excluindo as Parcerias Público-privadas).

Numa outra nota, e no que se refere ao mercado de seguros de saúde, verifica-se que este superou a tendência de crescimento dos últimos anos: em dezembro de 2023, o número de pessoas seguras (próximo dos 3,6 milhões⁴), comparado com o período homólogo, cresceu 6,3%, com um aumento do prémio médio por pessoa segura em 8,0%⁴ (~373€) – aumento este mais significativo comparativamente a anos transatos, dado o contexto inflacionista que se vive.

¹INE - Conta Satélite da Saúde - julho 2023 ; ² INE - Conta Satélite da Saúde - julho 2023, considerando os subsistemas de saúde públicos voluntários como agente financiador privado (pela natureza da contribuição de 3,5% do vencimento dos funcionários públicos) ; ³INE - Conta Satélite da Saúde - julho 2023, considerando os subsistemas de saúde públicos voluntários como agente financiador privado (pela natureza da contribuição de 3,5% do vencimento dos funcionários públicos), assim como a atividade das PPP como despesa nos prestadores do sector público ; ⁴APS – Associação Portuguesa de Seguradores – Indicadores de Gestão Saúde - dezembro 2023

O Grupo encontra-se exposto a um conjunto de riscos financeiros, económicos e operacionais tais como, a envolvente económica, a concorrência, a segurança da informação e sistemas de informação, a inovação tecnológica, a dependência de parceiros e a gestão de talento.

Os resultados operacionais da Luz Saúde são fortemente influenciados por mudanças financeiras, económicas e políticas que afetam direta ou indiretamente Portugal. O aumento na procura por serviços de saúde é esperado, e a empresa precisa estar pronta para se adaptar e responder às mudanças nas necessidades causadas por alterações socioeconómicas. Em 2022, embora o impacto da pandemia Covid-19 tenha sido menor em comparação com os anos anteriores, houve uma retomada significativa no uso dos serviços de saúde, chegando a níveis semelhantes ou até mesmo superiores aos de 2019. Enquanto isso, os serviços de saúde públicos enfrentaram vários desafios de capacidade, como o encerramento de serviços de obstetrícia de urgência e dificuldades em garantir tempos de espera razoáveis nos serviços de urgência para adultos e crianças, resultando em uma redução geral na qualidade do serviço. Socialmente, Portugal segue as tendências europeias, com um aumento na esperança média de vida devido a melhorias nas condições de vida e avanços na medicina, resultando numa população mais idosa com múltiplas condições de saúde crónicas e necessidades crescentes de cuidados médicos. Por outro lado, o aumento nos preços da energia e dos bens, juntamente com a inflação para níveis historicamente altos no mundo ocidental, e desafios persistentes nas cadeias de abastecimento, associados à instabilidade geopolítica causada pela invasão da Ucrânia e o conflito entre Israel e Gaza, levaram a um aumento significativo nos custos de produção da Luz Saúde.

O setor da saúde em Portugal é competitivo e a concorrência entre hospitais e outros prestadores de cuidados de saúde intensificou-se nos últimos anos. Os hospitais competem em fatores como reputação, excelência clínica, tecnologia, satisfação dos clientes e preço. A Luz Saúde enfrenta também a concorrência de outros prestadores de serviços de saúde, com possíveis implicações adversas na posição financeira, resultados operacionais ou nas perspetivas futuras da Luz Saúde.

Os sistemas de informação da Luz Saúde são vitais para uma série de áreas críticas do funcionamento do Grupo. Qualquer falha de sistema, falha na alimentação elétrica ou outra perturbação que cause uma interrupção no serviço ou na disponibilidade dos seus sistemas de informação, poderá afetar adversamente a Luz Saúde, tais como, interrupções, atrasos, perda ou corrupção de dados ou indisponibilidade de sistemas e pode expor a Luz Saúde a responsabilidade legal decorrente de roubo ou uso indevido de dados pessoais armazenados nos seus sistemas.

Os avanços tecnológicos na medicina continuam a suceder rapidamente. De forma a competir por médicos e utentes com outros prestadores de serviços de saúde, a Luz Saúde tem de avaliar constantemente as suas necessidades em termos de equipamentos médicos e atualizar o equipamento em linha com os avanços tecnológicos verificados e as necessidades dos clientes. O custo de tais equipamentos representa uma despesa de investimento significativa. Se a Luz Saúde não tiver capacidade de adquirir nova tecnologia, de tal modo que os profissionais médicos não consigam prestar os serviços necessários ou acabem por abandonar os hospitais da Luz Saúde, isso poderá ter um efeito adverso.

Os rendimentos da Luz Saúde resultam, sobretudo, de seguros de saúde privados suportados pelos clientes ou empresas, e de subsistemas de saúde públicos. Se a relação da Luz Saúde com as Entidades Pagadoras se deteriorar, pode ser incapaz de negociar acordos de preços favoráveis e/ou o seu negócio pode ser adversamente afetado. A Luz Saúde está ainda exposta ao risco de as Entidades Pagadoras poderem rejeitar, alterar, atrasar ou incumprir os pedidos de pagamento submetidos no decurso da prestação de serviços a pacientes cobertos por planos de saúde. Este risco pode ter origem em erro humano ou informático, falhas de compatibilidade de sistemas e processos entre a Luz Saúde e as Entidades Pagadoras, ou em dificuldades financeiras, tais como estrangulamentos de liquidez e problemas de insolvência por parte das Entidades Pagadoras.

O recrutamento e retenção de médicos e outros profissionais de saúde qualificados competem com outros prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados. Pacote remuneratório, reputação do hospital, dimensão e composição da base de clientes, gestão e estratégia do hospital, qualidade dos equipamentos e instalações, qualidade e número de médicos e pessoal de apoio e posição de liderança no mercado são fatores considerados importantes pelas pessoas para a tomada de decisão sobre a escolha do seu empregador. Fazem parte da política de gestão de talento promovida pelo Grupo, através da Direção de Recursos Humanos, aspetos como definição de planos de carreira, definição e desenvolvimento de perfis de competências, crescimento profissional através de *on-the-job training* ou através da participação em programas de formação, participação em eventos setoriais relevantes para os profissionais da Luz Saúde, ou dinamização de ações internas que visam promover a inclusão e participação de todos os colaboradores na estratégia do Grupo.

4.1.2. Análise interna

O HLL é um hospital privado integrado no Grupo Luz Saúde, SA (GLS). O GLS presta os seus serviços através de 29 unidades (onde se incluem 14 hospitais privados, 14 clínicas privadas e uma residência sénior) e está presente nas regiões Norte, Centro e Sul de Portugal e na Madeira.

O HLL diferencia-se por corresponder a um hospital privado com extenso leque de valências médicas e cirúrgicas, elevada diferenciação técnica e disponibilidade tecnológica. Inclui serviços de Atendimento Urgente (adulto, Pediatria, Ginecologia-Obstetrícia), Internamento (enfermarias com 339 camas, cuidados agudos, continuados, paliativos, intermédios e intensivos), Maternidade e Bloco Operatório (BO). O Bloco Operatório conta com 16 salas, alocadas a todas as especialidades cirúrgicas. No total, são submetidos a intervenção cirúrgica cerca de 80 doentes/dia útil, tendo sido contabilizado no ano de 2023, 16.451 cirurgias, das quais 6.993 foram em realizadas em regime de ambulatório. O Bloco de Partos possui 12 salas de primeira fase de trabalho de parto e 3 salas de partos. Em 2023 foram realizados 3.892 partos.

É acreditado desde 2018 pela JCI, que reconhece elevados standards de qualidade e segurança hospitalares. É certificado enquanto centro de excelência do programa ERAS, um conjunto de intervenções clínicas, interdisciplinares, focadas na implementação de práticas padronizadas, baseadas na evidência, submetidas a auditoria, com o objetivo de obter uma melhor e mais rápida recuperação do doente cirúrgico.

A missão do HLL é alcançar os melhores resultados de saúde na perspetiva dos doentes através de um processo de diagnóstico e tratamento rápido e eficaz com respeito absoluto pela sua individualidade, e criar uma organização capaz de atrair, desenvolver e reter pessoas excecionais.

A visão é ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde de elevada especialização e complexidade, pela prática de uma medicina de excelência e inovação integrada com o ensino e a investigação.

Tem como base os seguintes valores fundamentais: ambição, rigor intelectual, atitude positiva, espírito de cooperação, responsabilidade pessoal, respeito e humildade, integridade, generosidade e responsabilidade social.

Relativamente à estrutura organizacional, o HLL apresenta, segundo Mintzberg (1995), uma estrutura do tipo burocracia profissional, dada a importância que atribui aos seus colaboradores (centro operacional), altamente qualificados e com elevado grau de autonomia na execução do trabalho (equipa clínica - médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos). Nesta estrutura, o vértice estratégico (Conselho de Administração) assume a responsabilidade de coordenação e ligação ao exterior. O apoio logístico é bastante significativo, uma vez que as atividades hospitalares dependem de estruturas de suporte, como os serviços de restauração, limpeza e apoio aos utentes.

São a Direção Clínica e a Direção de Enfermagem que têm a responsabilidade pela Governança Clínica (figura 2).

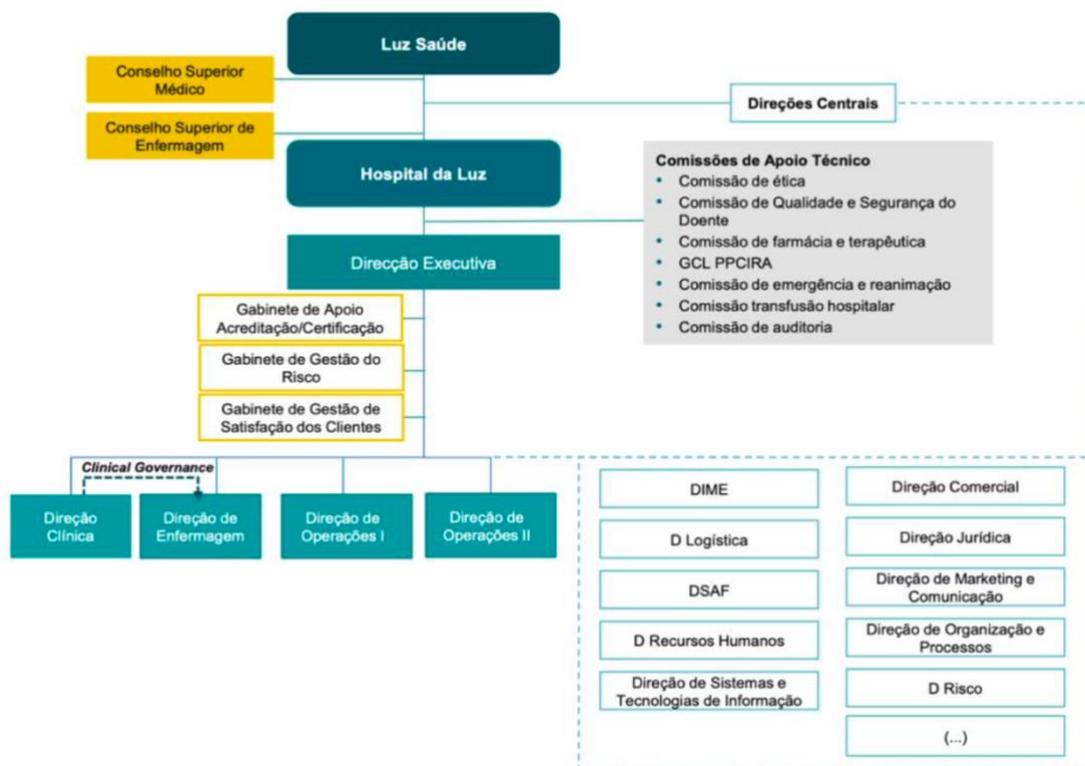


Figura 2: (4.1) Modelo organizativo do HLL

Assenta a sua estratégia de organização e governança clínicas em três pilares fundamentais: (1) digitalização, para melhorar a experiência dos utentes e dos colaboradores e para ter uma organização mais eficiente e sustentável; (2) valor em saúde, é pioneira na implementação modelo de Value Based Healthcare em Portugal, cujo objetivo é obter melhorias efetivas nos resultados para os doentes, com custos ajustados com redução da variabilidade; (3) inovação, formação e investigação, através do Hospital da Luz Learning Health (HLLH), faculta formação aos colaboradores do Grupo, ao exterior e no âmbito do Curso de Medicina da Universidade Católica Portuguesa; possui um Centro de Formação e Simulação localizado no Hospital da Luz Lisboa; contribui para o desenvolvimento de uma plataforma de dados, sobre os quais se criam algoritmos e ferramentas de inteligência artificial.

4.1.3. Benchmarking

Na análise de Benchmarking pretende-se realizar a comparação entre a estrutura, atividade e resultados do Grupo Luz com outros hospitais nacionais e internacionais com características similares. Pretende-se que desta análise resulte um conjunto de informações que permita a melhoria dos processos organizacionais. Através da comparação sistemática com seus pares, os hospitais podem

identificar áreas de excelência e oportunidades de melhoria, impulsionando a qualidade do atendimento e a satisfação do utente. Nesse sentido, foram selecionados o Grupo CUF e o Grupo Lusíadas. Foram avaliados e comparados relatórios e contas do ano de 2022 (tabela 1).

Os dados apurados indicam que, de um modo geral, o Grupo Luz Saúde apresenta resultados de desempenho organizacional compatíveis com os das demais organizações.

Tabela 1: (4.1) Análise de Benchmarking de 3 hospitais privados nacionais

	LUZ	CUF	LUSÍADAS
Indicadores operacionais:			
Nº de consultas	2.103.000	2.543.500	1.364.000
Nº de atendimentos urgentes	393.000	408.500	355.000
Nº de cirurgias e partos	64.000	61.500	54.000
Nº de exames de imagiologia	1.199.000	1.300.000	813.000
Nº clientes atendidos	1.100.000	1.100.000	1.373.000
Indicadores financeiros:			
Rendimentos operacionais consolidados	599 milhões €	636 milhões €	387 milhões €
EBITDA consolidado	82 milhões €	98 milhões €	37 milhões €
Indicadores de infraestruturas:			
Nº hospitais	14	11	5
Nº clínicas	13	12	6
Nº residências seniores	1	0	0
Nº camas de internamento	1.200	734	639
Nº gabinetes de consulta	650	1170	479
Nº blocos operatórios	55	66	34
Indicadores de Recursos Humanos:			
Nº de colaboradores	13.819	13.360	6.634
Horas de formação	78.710	83.000	58.341
Indicadores de formação e investigação:			
Nº formandos	53.000	N/A	20.530
Nº cursos e eventos	362	71	458
Nº estudos submetidos	66	N/A	N/A
Nº de ensaios clínicos	51	N/A	N/A
Acreditações/ Certificações			
	-Acreditação JCI (HLL) -Acreditação UEMS -Acreditação ESMO Centre of Integrated Oncology and Palliative Care -Certificação ISO 9001 -Certificação ERUS robotic training center -Acreditação EAE	-Acreditação JCI (CUF Porto) -Acreditação ACSA -Acreditação ESMO -Certificação ISO 9001 -Certificação ISO 13485 -Certificação EUSOMA	-Acreditação JCI (Lisboa) -Certificação HIMSS -Certificação DGERT -Certificação APA

Nota: ACSA– *Agencia de Calidad Sanitaria Andaluca*; APA-Agência Portuguesa do Ambiente; DGERT- Direção Geral do Emprego e das Relações de Trabalho; EAE- European Association of Echocardiography; EBITDA- *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*; ERUS- *European robotic urology section*; ESMO- *European Society for Medical Oncology*, EUSOMA-*European Society of Breast Cancer Specialists*; HIMSS- *Healthcare Information and Management Systems Society*; ISO- *Internacional Organization for standardization*; JCI- Joint Commission International; UEMS- *European Union of Medical Specialists* ; N/A– não apurado

4.2. Caracterização do serviço de anestesiologia do HLL

Atualmente o serviço de anestesiologia do HLL pertence ao Hub Cidade de Lisboa, conjuntamente com o Hospital da Luz Torres de Lisboa e o Hospital da Luz Clínica de Odivelas. Os anestesiológicos do HLL estão mais afetos a este hospital, no entanto, pontualmente poderão ser destacados para colmatar as necessidades existentes numa das outras unidades.

No HLL o serviço de anestesiologia está integrado no Departamento de Cirurgia, possuindo autonomia técnica e autoridade institucional nas matérias da sua competência, sem prejuízo de estar sujeito às orientações emitidas pelos órgãos da Administração. É dirigido por um assistente hospitalar graduado. O corpo médico é constituído por 29 médicos especialistas e 4 internos de formação específica em anestesiologia. É um serviço com capacidade formativa de internos do internato de formação específica em anestesiologia, internos de outros hospitais para a realização de estágios parcelares, internos de formação geral e estudantes de medicina.

A atividade anestésica é exercida no bloco operatório, no bloco de partos e fora dos blocos na realização de exames complementares de diagnóstico e terapêuticos, bem como nas consultas, nos cuidados pós-anestésicos e no tratamento da dor aguda e crónica.

Na tabela 2 apresentam-se alguns indicadores da atividade do serviço anestesiologia do HLL no ano de 2023.

Tabela 2: (4.2) Indicadores de produção do serviço de anestesiologia do HLL em 2023

Indicadores	Resultados
Número total de consultas	7.357
Consultas externas	6.641
Videoconsultas	716
Número total de cirurgias com anestesia	15.790
Número total de procedimentos no bloco de partos com anestesia	4.035
Número total de MCDTs com anestesia	33.492
Hemodinâmica	54
Arritmologia	8
Neurocirurgia	97
Pneumologia	224
Gastroenterologia	32.925
Imagiologia	184

Nota: MCDTs: meios complementares de diagnóstico e terapêutica

A avaliação da cultura organizacional e do modelo de gestão do serviço de anestesiologia do HLL assenta na aplicação do *Organizational Culture Assessment Instrument* a alguns anestesiológicos. Através das respostas a este inquérito é possível construir um gráfico (figura 3) onde se pode verificar que estamos perante um serviço com uma orientação predominantemente voltada para o

controle e para a estabilidade, cuja cultura dominante é a cultura de objetivos racionais. Com escassa inclinação para o modelo das relações humanas e relações abertas, ou seja, trata-se de um grupo com pouca flexibilidade. A coesão e o trabalho em equipa não são caraterísticos deste serviço. A maior preocupação consiste nos resultados e indicadores de produção. Os colaboradores são orientados para a produtividade, estando simultaneamente focados na eficiência dos procedimentos e, assim, na previsibilidade e uniformidade do produto final. A preocupação com a produção e a consecução de objetivos, são os princípios fundamentais que regem o serviço, havendo também uma ponderação importante para os princípios formais, regras e procedimentos detalhados. O clima do serviço caracteriza-se por ser competitivo. O sucesso é determinado com base no número de atos praticados e no número de doentes tratados. O estilo de gestão é caraterizado por uma forte competitividade e desempenho centrado nos resultados. O líder organizacional é considerado um coordenador, organizador, mas também como sendo um mentor, um facilitador e uma pessoa atenta aos problemas humanos dos seus colaboradores.

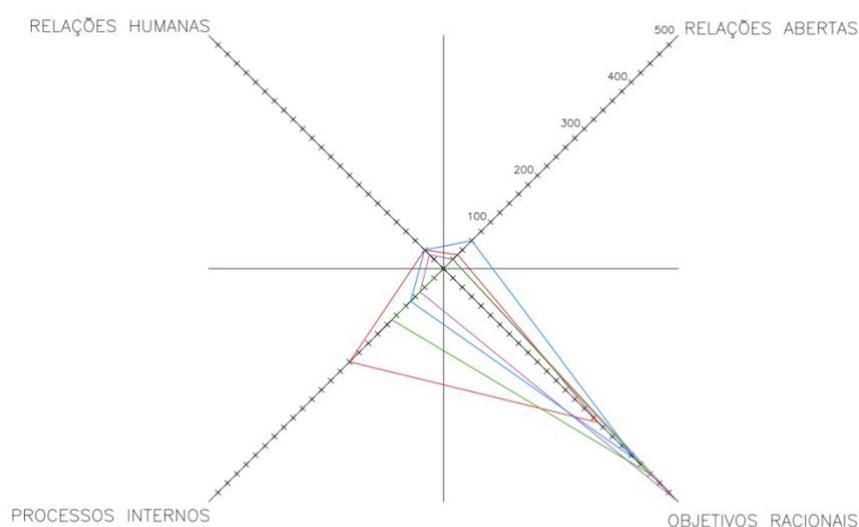


Figura 3: (4.2) Modelo de gestão do serviço de anestesiologia do HLL

4.2.1. Sistema de avaliação de desempenho

Na Política de Recursos Humanos do HLL (2023), no capítulo da gestão e avaliação de desempenho, consta as seguintes considerações: as lideranças de todos os níveis e os colaboradores da Luz Saúde devem estabelecer em conjunto objetivos individuais e coletivos e avaliarem a sua concretização, pelo menos anualmente; as situações de baixo desempenho devem ser geridas com integridade e

respeito; os colaboradores devem receber *feedback* acerca do seu desempenho e as lideranças devem dedicar o tempo necessário para, em conjunto com o colaborador, monitorizarem o cumprimento dos objetivos estabelecidos e definirem soluções formativas adequadas. Segundo a direção de recursos humanos (DRH) o processo de avaliação/auditoria de desempenho permite a cada um refletir sobre o ano anterior, bem como, definir os objetivos e as expectativas relativamente ao ano em curso. Pretende-se que seja um momento de partilha de informação e de gestão de expectativas.

O processo inicia-se normalmente em Abril quando a DRH envia por mail as fichas de avaliação/auditoria para os avaliados, seguindo-se de uma série de etapas até à sua finalização (figura 4).

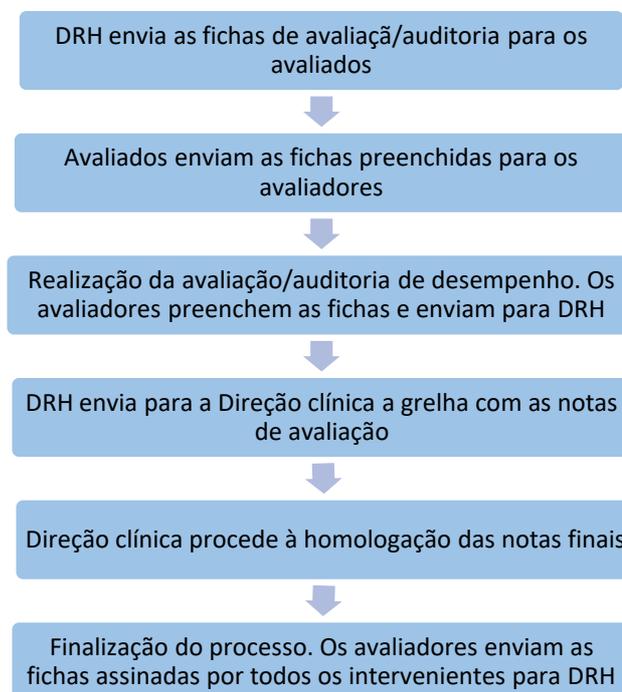


Figura 4: (4.3) Etapas da avaliação/auditoria de desempenho dos serviços prestados

No serviço de anestesiologia do HL este processo denomina-se de auditoria aos resultados da prestação de serviços médicos, devido ao tipo de vínculo laboral dos anestesiológicos. Realiza-se anualmente, os anestesiológicos preenchem uma ficha de auditoria (anexo A), num exercício de auto-avaliação, em que o próprio é instruído a atribuir uma pontuação numa escala de likert 1 a 5 relativamente a uma lista de competências apresentadas, a identificar os seus pontos fortes e as necessidades de desenvolvimento, assim como a expressar as expectativas futuras. Nessa ficha são consideradas competências em oito dimensões:

- a) Prestação de cuidados/produktividade – ponderação 29,5%;
- b) Prestação de cuidados/Qualidade – ponderação 29,5%;
- c) Políticas e procedimentos da organização – ponderação 4,5%;
- d) Planeamento e organização – ponderação 4,5%;
- e) Excelência de serviço – ponderação 9,5%;
- f) Trabalho em equipa – ponderação 9,5%;
- g) Desenvolvimento profissional - ponderação 8,5%;
- h) Integração na organização/Cidadania hospitalar – ponderação 4,5%.

A classificação global é obtida através da ponderação das pontuações obtidas em cada dimensão. Após o preenchimento pelo avaliado, a ficha de auditoria é enviada por mail para o diretor de serviço, sendo posteriormente homologada e assinada por todos os intervenientes.

4.2.2. Sistema de recompensas

Na saúde, à semelhança de outras áreas, existem compensações não financeiras e compensações financeiras. Dentro das compensações financeiras, a remuneração fixa para os médicos portugueses provém de um salário base ou avença mensal em função do vínculo laboral, pode ainda provir de suplementos de dedicação plena, suplementos de orientadores de formação, suplementos de participação em grupos de governação clínica, entre outros; a remuneração variável provém do pagamento de serviços prestados no serviço de urgência e urgência Interna, do pagamento de horas extraordinárias e do pagamento de produção adicional; os benefícios, podem incluir o seguro de saúde, o cartão presente, o aumento dos dias de férias, lugar de estacionamento e a alocação de horário para atividade científica, entre outros.

Relativamente à especialidade de anestesiologia, a prestação de serviços em hospitais privados pode ser realizada de duas formas, cada uma com sistemas de recompensas diferentes: a) contrato individual de trabalho, em que o hospital contrata diretamente os anestesiólogos e o pacote salarial pode ser baseado num salário fixo ou numa combinação de salário fixo acrescido de um prémio de desempenho; b) através de empresas de “outsourcing”, em que o hospital realiza um contrato de prestação de serviços com uma empresa externa e os anestesiólogos pertencentes a essa empresa são remunerados em função da sua produtividade.

Em alguns países, como é o caso do Estados Unidos da América, existe ainda uma terceira hipótese em que um grupo independente de anestesiólogos realiza um contrato com o hospital para fornecer serviços de anestesia. O grupo cobra ao hospital pelos serviços prestados e depois distribui a receita pelos seus membros. O pagamento dentro do grupo pode variar com base em

fatores como a produtividade individual, anos de experiência e acordos de parceria. A receita é distribuída com base em *Relative value units* (RVUs) geradas por cada prestador. As RVUs refletem a complexidade e o tempo associados a cada procedimento. Anestesiologistas com maior produtividade (mais RVUs) normalmente ganham mais dentro do grupo. Os prestadores do grupo podem ter diferentes acordos de partilha de rendimentos com base em fatores como o seu investimento financeiro, funções de liderança ou anos de serviço.

O modelo de contrato que for escolhido impacta na estrutura salarial. Os anestesiologistas contratados diretamente pelo hospital geralmente têm uma remuneração mais estável, com salários e benefícios garantidos. Os anestesiologistas subcontratados têm frequentemente potencial para obter rendimentos mais elevados com base na produtividade, mas os seus rendimentos podem flutuar de forma mais significativa.

No Hospital Luz Lisboa, o vínculo laboral com os anestesiologistas é formalizado mediante um contrato de prestação de serviços através de empresa. A remuneração total dos anestesiologistas é indexada à produtividade e é composta por: (1) uma componente fixa, constituída por uma avença mensal, que é estabelecida pela administração com base no número de anos de especialidade, na progressão na carreira e na antiguidade na instituição, e que pode ser renegociada anualmente; e por suplementos fixos para aqueles que participam em grupos de trabalho de governança clínica ou têm cargos de chefia; (2) uma componente variável, que corresponde ao diferencial em relação à componente fixa, é destinada a premiar os anestesiologistas com níveis de desempenho mais elevados, sendo calculada exclusivamente com base na produtividade.

O HLL concede aos anestesiologistas diversos benefícios, incluindo plano de saúde para o colaborador e familiares diretos aplicável ao ambulatório, seguro de saúde para o colaborador aplicável ao internamento, lugar de estacionamento, formação, possibilidade de participação em eventos desportivos e culturais, além de descontos em parceiros comerciais.

4.2.3. Benchmarking

Foi feita uma investigação dos sistemas de avaliação de desempenho e recompensas existentes nos serviços de anestesiologia em outros dois hospitais privados nacionais, onde se constatou algumas diferenças, que se encontram resumidas na tabela 3.

Tabela 3: (4.3) Sistemas de avaliação de desempenho e de recompensas dos serviços de anestesiologia em 3 hospitais privados nacionais

LUZ	CUF	LUSÍADAS
Sistema de avaliação de desempenho dos anestesiológicos		
É efetuada anualmente uma auditoria dos serviços prestados, cuja fonte é a autoavaliação, baseada em escalas de competências, sendo os resultados atribuídos numa escala de 1-5.	Não possui	É efetuada anualmente uma auditoria dos serviços prestados cujas fontes são a autoavaliação e a avaliação por chefia direta
Sistema de remuneração dos anestesiológicos		
<p>Contrato de prestação de serviços com empresa, cuja remuneração está totalmente indexada à produtividade e inclui uma remuneração fixa mensal (avença) e uma remuneração variável mensal ou só inclui remuneração variável mensal.</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Contrato individual de trabalho, cuja remuneração inclui uma remuneração fixa (salário) e uma remuneração variável (prémio anual por produtividade).</p> <p>Em ambos os tipos de contrato são adicionados os benefícios e pode ainda ser adicionada uma remuneração fixa mensal por ocuparem cargos de liderança ou pertencerem a grupos de governança clínica, que não está indexada à produtividade.</p>	<p>Contrato de prestação de serviços com empresa, cuja remuneração está totalmente indexada à produtividade e inclui uma remuneração fixa mensal (avença) e uma remuneração variável mensal ou só inclui remuneração variável mensal</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Contrato individual de trabalho, cuja remuneração inclui uma remuneração fixa (salário) + contrato de prestação de serviços com empresa, cuja remuneração está indexada à produtividade, sendo por isso variável mensal.</p> <p>Em ambos os tipos de contrato são adicionados os benefícios.</p>	<p>Contrato de prestação de serviços com empresa, cuja remuneração está totalmente indexada à produtividade e inclui uma remuneração fixa mensal (avença) e uma remuneração variável mensal ou só inclui remuneração variável mensal</p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Contrato individual de trabalho, cuja remuneração inclui uma remuneração fixa (salário) + contrato de prestação de serviços com empresa, cuja remuneração está indexada à produtividade, sendo por isso variável mensal.</p> <p>Em ambos os tipos de contrato são adicionados os benefícios.</p>

Para complementar a análise de benchmarking recolheu-se informações de um importante hospital privado internacional, Cleveland Clinic Abu Dhabi, que é uma extensão do modelo de atendimento da Cleveland Clinic nos EUA (encontra-se em 2º lugar no ranking *World's Best Smart Hospitals 2024*). Destacam-se os seguintes pontos: (1) prática clínica de elevada segurança e vigilância no intra-operatório com justificação contínua de incidentes/acidentes/erros; (2) sistema informático que permite a recolha minuciosa de dados específicos relacionados com a anestesiologia e auditar o trabalho dos anestesiológicos; (3) sistema de avaliação de desempenho com objetivos bem definidos e indicadores de qualidade e quantidade específicos para a anestesiologia, escrutinados anualmente com a direção do serviço e a administração; (4) sistema de recompensas com componente financeira fixa (salário base) e prémios anuais em função da avaliação de desempenho; (5) equipa vasta de anestesiológicos que permite assegurar os períodos de descanso obrigatórios; (6) dois dias do horário de trabalho inteiramente dedicados à formação de internos; (7) uso do feedback dos utentes nos processos de melhoria contínua; (8) protocolos para todos os procedimentos.

4.3. Resultados das entrevistas

A tabela de análise de conteúdo das entrevistas encontra-se em anexo (anexo G). Nesta secção resume-se a visão dos entrevistados, elencando aquilo que procuraram transmitir relativamente às três categorias identificadas.

4.3.1. Modelo de avaliação de desempenho vigente

Esta categoria abrange a perceção que os entrevistados têm do modelo de avaliação de desempenho adotado pelo serviço de anesthesiologia do HLL, incluindo a sua estrutura e constrangimentos.

A maioria dos entrevistados definem o modelo de avaliação de desempenho como um ato institucional imposto pela JCI, aplicável transversalmente a todos os médicos do hospital, com ligeiras alterações específicas para cada especialidade (83,3% menções). O diretor de serviço refere “penso que temos um sistema de avaliação de desempenho porque isso é considerado uma boa prática de gestão empresarial”. Muitos dos inquiridos (83,3%) descrevem o modelo adotado como sendo uma autoavaliação realizada anualmente, baseado em escalas de competências e cujos resultados são atribuídos numa escala de 1-5.

Foram apresentados alguns constrangimentos associados a este modelo. Cinco dos seis inquiridos considera que o modelo não está alinhado com os resultados do serviço, a título de exemplo manifestaram as seguintes expressões: “não reflete a realidade dos anesthesiologistas”, “por ser transversal está pouco alinhado”, “se o objetivo é ter um serviço de qualidade então o modelo não está alinhado”, “o modelo avalia parâmetros que não dependem da atuação do colaborador” e “os dados que são colhidos são inúteis e errados”. Uma percentagem significativa (66,6%) considera um constrangimento importante não lhes ser explicado os objetivos e as regras do modelo previamente à sua aplicação. Outro ponto fraco mencionado é a falta de feedback por parte do avaliador (66,6% citações).

Apesar de a existência de um modelo de avaliação de desempenho ser considerada importante para todos os entrevistados, 83,3% não aprova este modelo propriamente dito, citando por exemplo: “para ter algum tipo de valor, não pode ser feito assim”, “não é uma avaliação séria e fidedigna”. Os entrevistados fazem nota à ausência de consequências, referindo que: “a avaliação não é levada a sério por ninguém”, “é só o preenchimento de um papel”, “é uma ferramenta inconsequente.” (83,3% menções).

4.3.2. Modelo de gestão de recompensas vigente

Pretende-se aferir que tipo de recompensas são atribuídas pela instituição aos anestesiológicos e compreender o significado que lhes é imputado. É tido em conta os sentimentos de equidade e justiça face às recompensas auferidas e se o modelo valoriza ou não o desempenho individual e da equipa.

As citações não foram consensuais no que diz respeito à estrutura do modelo, 66% consideram que existem remunerações fixas e variáveis, os restantes 33,3% assumem que só existem remunerações variáveis e referem por exemplo: “as remunerações são totalmente dependentes da produtividade, totalmente variáveis” (EV5). A totalidade dos inquiridos considera que são atribuídos benefícios, nomeadamente, plano de colaborador, seguro de saúde, lugar no parque de estacionamento, descontos em parceiros comerciais, acesso a formações.

As recompensas não financeiras mais citadas foram a liberdade e autonomia (83% menções), o diretor de serviço menciona: “as pessoas podem fazer o que querem em termos de investimento pessoal, atividade técnica, horário e férias”. Igual percentagem identificou a possibilidade de trabalhar na área de maior interesse, tendo sido referido por EV4: “é dos poucos hospitais que permite fazer cirurgia complexa em várias especialidades”. Metade dos entrevistados apontam, como recompensa não financeira, o orgulho em pertencer à instituição, 16,6% citam a progressão na carreira e a formação. Um elemento da administração refere que: “as pessoas valorizam o *long life learning*, a possibilidade de continuarem a evoluir, quer nos conhecimentos técnicos, quer na carreira”.

Quando questionados sobre o significado que cada tipo de recompensas representa e que fazem os colaboradores sentirem-se compensados, 66,6% dos entrevistados atribuem maior significado às recompensas financeiras, o EV5 menciona que: “as remunerações no HLL são boas, são uma mais-valia, dão qualidade de vida” e o EV1 refere: “são as recompensas financeiras que me mantêm na instituição”. Apenas 1 dos 6 entrevistados confere igual valor às recompensas financeiras e não financeiras.

Foi questionada a importância dos diferentes componentes das remunerações financeiras e apesar de a totalidade dos inquiridos assumir que são as recompensas variáveis as que contribuem mais para que os anestesiológicos se sintam recompensados, todos dão muita importância à parte fixa, citando: “a avença é um patamar de segurança”. Os entrevistados atribuem pouco valor aos benefícios, assumindo que alguns até são bastante confortáveis para o seu dia a dia, como é o caso de terem acesso a parque de estacionamento gratuito.

A valorização do desempenho individual é nula para 66,6% dos entrevistados. O diretor de serviço considera que o desempenho individual é valorizado através da forma como se distribui o trabalho, acrescenta que: “dirige para determinadas pessoas o trabalho que é mais bem remunerado”.

A maioria dos entrevistados considera que o desempenho da equipa não é valorizado (83,3% citações). No entanto, um elemento da administração lembra que a valorização da equipa está a ser tida em conta durante a atividade diurna no serviço de urgência, através da forma como são repartidos os honorários.

Não há uma pergunta específica para a equidade interna do sistema de recompensas, no entanto, os entrevistados foram emitindo as suas opiniões, o que permitiu aferir que 66,6% consideram que é difícil haver equidade, uma vez que os honorários dependem do sítio onde os anestesiólogos são alocados, sítios estes com diferentes tipos de procedimentos e diferentes valorizações dos procedimentos por parte das entidades financiadoras. O EV1 menciona: “há muitas injustiças interprofissionais.”; “O sistema está enviesado pelos gostos da chefia, são eles que decidem.”; “a distribuição do trabalho não é justa”. No entanto, um dos elementos da administração, apesar de ter conhecimento das condicionantes do sistema e admitir que é um trabalho complexo para o diretor, acredita que: “tem-se conseguido ser justo, tentando ser tão objetivo quanto possível aquando da realização das escalas”.

Metade dos entrevistados considera que o modelo não confere segurança, nem proteção financeira, tendo sido mencionado por EV4 que: “o modelo é pouco seguro, porque estamos dependentes das vontades do hospital”.

4.3.3. Quadro de expectativas

Permite a partilha de expectativas e a formulação de propostas relacionadas com os sistemas de gestão de desempenho e de recompensas. Esta categoria trata de questões relacionadas com a inclusão de indicadores clínicos específicos de anestesiologia no SGAD e eventuais implicações que este sistema possa vir a ter no modelo de recompensas.

A totalidade dos entrevistados considera fundamental a existência de um sistema de avaliação de desempenho, com a ressalva que seja estruturado de uma forma diferente do atual e que implique resultados práticos. Consideram-no importante para melhorar o desempenho dos colaboradores e conseqüentemente a qualidade do serviço, para identificar necessidades de formação e motivar os colaboradores. Antes de tecerem considerações relativamente à estrutura

que consideram mais adequada, 66% dos inquiridos creem que é fundamental que o sistema seja previamente explicado, partilhado e aceite pelos colaboradores.

Relativamente à estrutura do modelo, nomeadamente a nível da fonte, 66% dos entrevistados consideram que a autoavaliação deve estar incluída e 1 dos 6 entrevistados manifesta-se contra a inclusão desta fonte, 83,3% é da opinião que deve ser integrada a avaliação pela chefia direta e 33,3% menciona que os pares também são muito importantes neste processo, o EV2 cita: “deve-se ter em consideração a opinião de todos”.

É unânime que a realização da avaliação de desempenho com uma periodicidade anual representa um bom compromisso entre o tempo despendido e os resultados pretendidos.

A apresentação e discussão dos resultados deve ser feita pessoalmente, com a chefia (83,3% citações).

Todos partilham da opinião que é importante serem definidos indicadores de qualidade e produtividade específicos para a anestesiologia. Embora expressem dificuldades associadas à sua determinação, sugerem alguns exemplos que lhes parecem mais apropriados, como é o caso da monitorização da dor aguda pós-operatória, náuseas e vômitos pós-operatórios, satisfação do doente, tempo anestésico até ao início da cirurgia, entre outros. O diretor de serviço manifesta interesse e desejo na criação de um sistema que: “recolha a atividade de cada anestesista, como o rigor dos registos e as técnicas anestésicas utilizadas para determinados procedimentos e que induza nas pessoas a necessidade de ter uma conduta alinhada com o resto do serviço”.

Todos concordam que a avaliação deve abranger diversas dimensões, tais como resultados, qualidade, competências e comportamentos. Adicionalmente, duas pessoas, incluindo o diretor de serviço, salientaram a importância de considerar a integração no serviço e o trabalho em equipa como fatores relevantes.

Com base na premissa da existência de um sistema de avaliação bem concebido, alinhado com os resultados do serviço, 100% dos entrevistados concordam com a utilização deste instrumento para premiar e recompensar o trabalho dos colaboradores. A título de exemplo citam: “deve-se premiar se os objetivos previamente definidos forem atingidos”.

Por fim, quando questionados sobre que propostas de alterações que equacionam para o modelo de recompensas, a totalidade dos inquiridos é a favor da existência de um sistema que incorpore o conceito de cooperativa, ou seja, a receita total do serviço de anestesiologia ser dividida pela equipa, mediante determinados critérios. Neste contexto, EV6 refere “ter um bolo que seria distribuído de uma determinada maneira retirava a subjetividade das escalas”.

Metade dos entrevistados também equacionam a possibilidade de haver um sistema com remuneração fixa não indexada à produtividade, associada à atribuição de prémios em função da produtividade e da avaliação de desempenho como já tinha sido mencionado anteriormente.

No modelo em vigor propõem alterar: a forma como os procedimentos são valorizados (83,8% citações), EV6 cita que “há um trabalho muito importante por parte dos colégios para que efetivamente regulem”; a distribuição por salas de forma a ser mais equitativa e justa (66,6% citações); a valorização do trabalho de equipa (50% menções); a valorização do trabalho noturno e a disponibilidade para o serviço (33,3% das menções); a remuneração das atividades que não geram honorários, como é o caso da dor aguda e da formação (50% citações).

4.4. Análise crítica

Da informação contante no diagnóstico organizacional, relativamente à gestão de desempenho, é de realçar que: no HLL é exigido que todos os profissionais licenciados sejam submetidos periodicamente a uma avaliação/auditoria da sua prática profissional, no âmbito da acreditação pela JCI desde 2018; o HLL possui uma política interna de RH (2023) da qual faz parte a gestão e avaliação de desempenho; através das entrevistas percebeu-se que colaboradores, chefias e administração consideram importante a existência de um SGAD congruente com a estratégia, específico, capaz de identificar desempenho eficaz e justo. Apesar destes aspetos a favor da gestão de desempenho, verificou-se que o modelo existente no serviço de anestesiologia do HLL está comprometido por ser um modelo que não articula os objetivos, indicadores e metas organizacionais com os resultados, impossibilitando a correção de desvios e a otimização da sua *performance*. É um modelo pouco específico, semelhante para todas as especialidades, cujos dados colhidos são considerados pouco úteis pelos entrevistados, impossibilitando a aferição da proficiência dos anestesiólogos. A falta de envolvimento dos avaliados, de feedback e de preparação do avaliador são fatores que também estão a contribuir para o insucesso do modelo, originando desconfiança e pouca aceitação por parte dos profissionais envolvidos, que, de um modo geral, não sentem o seu trabalho valorizado ou reconhecido. São, por isso, fatores que importam corrigir.

Para que a avaliação seja conseqüente e contribua para a melhoria contínua da qualidade, é imperativo o desenvolvimento de um sistema específico para a especialidade. A criação de um sistema de gestão de desempenho específico envolve mais do que selecionar alguns indicadores de desempenho (Key performance indicators - KPIs) de uma lista e inseri-los em um sistema de painel gráfico. Trata-se de mudança de comportamento, liderança e visão. Rastrear os principais KPIs de anestesiologia é fundamental para garantir que os anestesiólogos prestam serviços de qualidade,

alcançam resultados ideais e níveis elevados de satisfação por parte dos utentes. Ao medir KPIs poderá dizer-se se o desempenho do anestesiológista está de acordo com o padrão de excelência da sua organização e ajuda a identificar oportunidades para melhorias quantificáveis. Existem vários KPIs que podem ser rastreados o que pode tornar o processo de escolha complicado. O HLL aposta fortemente na inovação tecnológica e possui meios informáticos desenvolvidos especificamente para a anestesiologia que permitem a colheita de dados concretos e mensuráveis. No entanto, ainda são necessárias algumas modificações informáticas para que se possa alcançar resultados mais abrangentes.

Analisando o sistema de recompensas, verificamos que, no HLL, apesar de ser dada ao anestesiológista a possibilidade de optar entre contrato individual de trabalho + prémio anual ou contrato de prestação de serviços por empresa, a totalidade dos anestesiológistas optou pela segunda hipótese. A primeira hipótese é menos atrativa devido à periodicidade dos incentivos. A segunda hipótese contempla uma avença mensal, que pode ser renegociada anualmente, e, por isso, confere pouca segurança e proteção financeira, além de uma componente variável calculada exclusivamente com base na produtividade, muito dependente de múltiplos fatores externos ao colaborador, como é o caso da procura de serviços privados pelos utentes e da distribuição dos anestesiológistas pelos diferentes locais de trabalho. Este último modelo de recompensas torna-se atrativo não só do ponto de vista financeiro, mas também pelas recompensas intrínsecas a ele associadas, como é o caso da liberdade e autonomia laboral. Contudo, peca por não valorizar o desempenho individual nem da equipa, acentuando a tendência de voltar o serviço totalmente para a cultura de objetivos racionais, com escassa inclinação para o modelo das relações humanas e relações abertas, deixando muito a dever à coesão e ao trabalho em equipa e fomentando um clima competitivo. Outro ponto fraco é a dificuldade de haver equidade nas remunerações, uma vez que os honorários dependem do local onde os anestesiológistas são alocados e, conseqüentemente, do tipo de procedimentos que são realizados (com diferente duração, complexidade e valorização por parte das entidades pagadoras). A forma arbitrária da distribuição dos anestesiológistas por salas, comumente denominada por 'escala', efetuada pelo diretor de serviço, com impacto direto nas recompensas financeiras, dificilmente será um processo justo e equitativo.

Posto isto, considera-se que existe espaço e vontade para otimização do sistema de recompensas. Para ultrapassar a questão da segurança financeira equaciona-se a possibilidade de haver uma remuneração fixa não indexada à produtividade. Por unanimidade de opiniões é contemplada a existência de um sistema que incorpore o conceito de “cooperativa” e que importe

informações da avaliação de desempenho de forma a possibilitar a valorização do trabalho individual e da equipa, do trabalho noturno, da disponibilidade para o serviço e da atividade formativa.

As compensações intrínsecas estão relacionadas com a satisfação pessoal, significado do trabalho e motivação para realizar as tarefas, ajudam a sustentar o bem-estar emocional e a realização pessoal dos anestesiológicos. Apesar da sua enorme importância, a implementação de recompensas intrínsecas é mais complexa do que a de recompensas extrínsecas, pois elas não podem ser diretamente controladas por terceiros, e as necessidades e motivações dos profissionais podem diferir significativamente entre si. Requerem uma abordagem contínua, onde a chefia e a organização se dedicam a manter uma cultura que promova reconhecimento, autonomia, sentimento de propósito, desenvolvimento profissional e bem-estar. O sucesso nessa área depende de uma liderança bem preparada, uma cultura organizacional sólida e uma compreensão das necessidades e expectativas dos anestesiológicos.

Esta investigação encontrou algumas limitações, nomeadamente a escassa literatura existente quando estreitamos a pesquisa e a variabilidade nas respostas dos entrevistados em alguns aspetos podendo justificar a necessidade de uma amostra maior para generalização dos resultados.

5. Proposta de intervenção

Os dados colhidos e tratados sugerem um potencial de otimização dos sistemas de gestão de desempenho e recompensas, nomeadamente no que diz respeito à sua estrutura, objetivos e resultados, justificando assim a realização deste projeto de investigação: realização de proposta de desenvolvimento de um sistema integrado de gestão de desempenho e gestão de recompensas, para o serviço de anestesiologia do HLL. Nas secções seguintes é criado e desenvolvido o sistema, elaboram-se os instrumentos de gestão adotados e apresenta-se a estrutura operacional detalhada.

5.1. Sistema de gestão de desempenho

Nesta secção será descrita a proposta para o sistema de gestão de desempenho no âmbito da atividade dos médicos de anestesiologia do HLL, que contempla o desempenho individual e da equipa.

a) Sistema de gestão de desempenho individual em anestesiologia (SGDIA)

Considerando as características gerais do serviço de anestesiologia do HLL, que conta com profissionais de saúde altamente qualificados e especializados na sua área, o método escolhido para gerir o desempenho individual é a orientação para resultados (gestão por objetivos e padrões de desempenho) e a avaliação das competências. Entende-se que abordagens baseadas nos traços de personalidade, comportamentos e comparações entre indivíduos não são apropriadas neste contexto.

O processo de avaliação é cíclico e cada ciclo avaliativo corresponde a um ano. Propõem-se como intervenientes o parecer de pares, utentes e comissão de avaliação (constituída por gestor de departamento e diretor de serviço), bem como a própria autoavaliação, isto é adotar o feedback 360º. É essencial que estes recebam formação para proceder à avaliação do colaborador.

As fases de desenvolvimento do SGDIA encontram-se sistematizadas na figura 5.

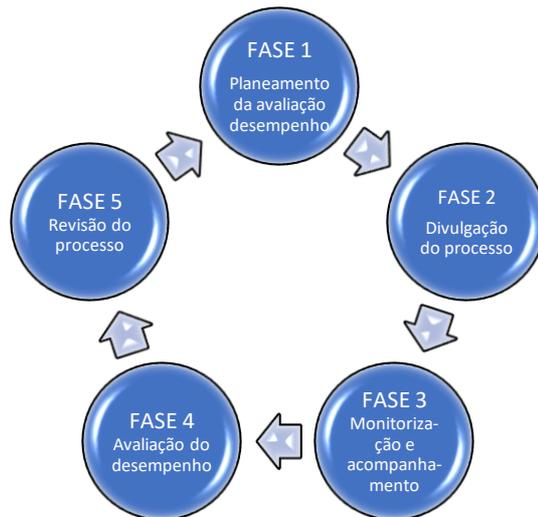


Figura 5: (5.1) Fases do SGDIA

Fase 1 - Planeamento da avaliação do desempenho:

No início de cada processo de avaliação de desempenho, a comissão de avaliação define os pressupostos e regras para a sua realização, assim como a determinação dos objetivos individuais e competências.

O processo inicia-se com uma análise do contexto externo e interno da organização. Complementarmente à análise dos diferentes contextos organizacionais torna-se basilar o conhecimento da função dos anestesiólogistas em concreto, ou seja, a informação detalhada dos requisitos necessários para cada função. Este ponto é crítico para a descrição correta dos objetivos pretendidos, uma vez que diminui a possibilidade de introdução de objetivos não apropriados a determinada função. Depois disto passa-se para a definição dos objetivos e das competências.

Os objetivos são essenciais para gerir o desempenho e as expectativas do colaborador e servem de ponto de referência durante todo o processo. Os objetivos devem adquirir a forma do acrónimo SMART (específicos, mensuráveis, atingíveis, relevante, temporal). São selecionados objetivos individuais nos seguintes âmbitos: (1) qualidade dos serviços prestados; (2) produtividade/eficiência; (3) desenvolvimento técnico-cognitivo; (4) atitude profissional. Com base no estudo realizado por Yee e Tarshis (2023) foram selecionados os 10 indicadores de qualidade relacionados com a excelência dos cuidados (tabela 4), considerados os mais relevantes para a comunidade anestésica e que podem ser obtidos em registos eletrónicos.

O resultado da avaliação dos objetivos pode ter três níveis: superado (5 pontos), cumprido (3 pontos) e não atingido (1 ponto). A pontuação final resulta da média ponderada da avaliação de todos os objetivos.

Uma vez que as competências técnicas e cognitivas são reguladas por entidades específicas (Ordem dos médicos e Colégios da especialidade), o SGDIA contempla apenas as competências relacionais, selecionadas a partir do sistema de avaliação instituído e nas opiniões dos entrevistados. É proposta uma lista de dez competências, das quais devem ser selecionadas cinco, de forma a permitir a diversidade de opiniões, sendo obrigatórias as competências no âmbito do relacionamento interpessoal, trabalho em equipa e cooperação. As competências são avaliadas em três níveis: competência demonstrada a um nível elevado (5 pontos), competência demonstrada (3 pontos), competência não demonstrada ou inexistente (1 ponto). A competência classifica-se como demonstrada quando o profissional expressa todas as ações referidas e demonstrada a um nível elevado quando, para além de cumprir todas as ações, duas ou mais estão associadas a boas práticas. A pontuação final deste item resulta da média aritmética das pontuações obtidas em cada competência.

A avaliação final do SGDIA depende da média ponderada das pontuações obtidas nos dois parâmetros de avaliação (objetivos e competências), estipulando-se uma ponderação de 70% para os objetivos e uma ponderação de 30% para as competências. Definem-se três níveis de avaliação de desempenho: desempenho relevante (4 a 5), desempenho adequado (2 a 3,999) ou desempenho inadequado (1 a 1,999).

Na tabela 4 apresenta-se um exemplo dos objetivos que podem ser contratualizados entre a comissão de avaliação e os anestesiólogos, enquanto na tabela 5 encontram-se designadas as competências. Com base nessas tabelas desenvolvem-se as fichas de avaliação de desempenho para cada médico do serviço (tabela 6).

Tabela 4: (5.1) SGDIA – Tabela de objetivos individuais dos anestesiológicos

Objetivos Individuais							Avaliação final		
Objetivos	Tipo	Indicadores	Meta anual	Critérios de superação	Ponderação		Objetivo superado (5)	Objetivo cumprido (3)	Objetivo não atingido (1)
					Parcial	Global			
1 Garantir a excelência dos cuidados	Qualidade	Taxa de complicações com via aérea (mais que 3 tentativas de intubação, CICO, laringospasmo, hipoxia, lesão dentária/tecidos moles)	<0,6%	Não atingido > 0,6% Atingido entre 0,6-0,3% Superado < 0,3%	10%	40%			
		Taxa de eventos adversos (hipoxia>3min, hiper/hipocapnia>5min, hiper/hipotermia, <i>overdose</i> de anestésicos)	<0,6%	Não atingido > 0,6% Atingido entre 0,6-0,3% Superado < 0,3%	10%				
		Taxa de erros médicos (medicamento errado, dose de medicamento errada, local cirúrgico errado, hemoderivado errado, etc.)	<0,3%	Não atingido > 0,3% Atingido entre 0,3-0,15% Superado <0,15%	10%				
		Taxa de hipotensão na indução (PAS < 80, mais do que 5 minutos)	<0,3%	Não atingido > 0,3% Atingido entre 0,3-0,15% Superado <0,15%	10%				
		Taxa de bloqueio neuromuscular residual pós-operatório (ToF < 0,9 medido 15 min após chegada à UCPA, fraqueza residual clínica) exigindo intervenção de um anestesiológico para tratar a reversão inadequada do bloqueio neuromuscular	<0,3%	Não atingido > 0,3% Atingido entre 0,3-0,15% Superado <0,15%	10%				
		Taxa de temperatura inferior a 35,5 Celsius na chegada à UCPA	<0,6%	Não atingido > 0,6% Atingido entre 0,6-0,3% Superado < 0,3%	10%				
		Taxa de complicações do bloqueio do neuroeixo (falha no bloqueio, punção inadvertida da dura, bloqueio alto, infecção, complicação neurológica, etc.)	<0,4%	Não atingido > 0,4% Atingido entre 0,4-0,2% Superado < 0,2%	10%				
		Taxa de náuseas e vômitos graves no pós-operatório (2 ou mais episódios de náuseas/vômitos graves com intervalo de 6 horas ou necessidade de mais de 2 doses de antieméticos; utentes que recebem intervenção de um anestesista para NVPO porque não respondem aos protocolos da UCPA no período de recuperação)	<0,6%	Não atingido > 0,6% Atingido entre 0,6-0,3% Superado < 0,3%	10%				
		Taxa de necessidade de intervenção de um anestesiológico na UCPA para resolução de complicação respiratória	<0,3%	Não atingido > 0,3% Atingido entre 0,3-0,15% Superado <0,15%	10%				
		Taxa de controlo adequado da dor pós-operatória	>80%	Não atingido <80% Atingido entre 80-90% Superado >90%	10%				

2 Garantir a eficiência	Quantidade	Número de consultas	Média do serviço	Não atingido < 10% da média Atingido-desvio de 9% da média Superado >10% da média	20%	30%			
		Número de anestésias para cirurgias	Média do serviço	Não atingido < 10% da média Atingido-desvio de 9% da média Superado >10% da média	20%				
		Número de anestésias para MCDT	Média do serviço	Não atingido < 10% da média Atingido-desvio de 9% da média Superado >10% da média	20%				
		Número de anestésias no Bloco de partos	Média do serviço	Não atingido < 10% da média Atingido-desvio de 9% da média Superado >10% da média	20%				
		Número de urgências	Média do serviço	Não atingido < 10% da média Atingido-desvio de 9% da média Superado >10% da média	20%				
3 Desenvolver competências técnicas e/ou cognitivas	Qualidade	Participar/realizar ações de formação, incluindo ações de formação de internos	2	Não atingido <2 Atingido 2-3 Superado >3	50%	20%			
		Participar/realizar investigações e Publicações	1	Não atingido <1 Atingido 1-2 Superado >2	50%				
4 Garantir a atitude profissional	Qualidade	Taxa de incidência de avaliação adequada dos utentes (experiência do utente)	>85%	Não atingido <85% Atingido 85-90% Superado >90%	50%	10%			
		Taxa de incidência de avaliação adequada dos elementos do serviço	>85%	Não atingido <85% Atingido 85-90% Superado >90%	50%				

Tabela 5: (5.2) Tabela de competências dos anestesiólogistas

Competências	Ações	Critérios de superação
Prática de medicina baseada na evidência e de acordo com as <i>guidelines</i> e protocolos	Demonstra conhecimentos sobre as <i>guidelines</i> e protocolos. Aplica-os de forma autónoma. Colabora na atualização e elaboração de novos protocolos.	
Comunicação clínica	Comunica de forma concisa, compreensível e estruturada a informação clínica. Escuta ativamente, não faz juízos de valor. Informa responsáveis sobre ocorrências relevantes.	
Registos nos sistemas de informação	Regista corretamente nos sistemas de informação. Compreende as potencialidades do sistema de informação para a sua actividade. Colabora na sua melhoria contínua.	
Prevenção e controlo da infeção hospitalar	Conhece e cumpre com rigor os procedimentos de controlo de infeção. Contribui com sugestões para a sua melhoria.	
Responsabilidade e compromisso com serviço	Disponível e diligente. Responde às solicitações no âmbito da sua atuação. Compromisso com boas práticas e sua concretização. Assíduo e pontual em todos os compromissos do serviço.	- Não demonstrada (1)
Relacionamento interpessoal	Relaciona-se com cortesia. Estabelece relações de trabalho construtivas. Promove comunicação facilitadora. Gere conflitos com bom senso e respeito pelos outros.	- Demonstrada (3) - Demonstrada a nível elevado (5)
Trabalho de equipa e cooperação	Assume papel ativo e cooperante nas equipas. Partilha informação relevante com colegas. Desenvolve ações necessárias para a equipa. Contribui para ambiente de trabalho harmonioso.	
Responsabilidade profissional ética e legal	Compromete-se com valores e princípios éticos. Respeita valores transparência, integridade, imparcialidade. Garante confidencialidade, privacidade, segurança da informação. Promove o direito do doente à escolha.	
Autonomia e responsabilidade	Identifica os problemas e procura resolvê-los de forma autónoma. Recorre a ajuda atempada sempre que necessário. Avalia e pondera as consequências dos seus atos. Assume os seus erros e responsabilidades de forma clara e franca.	
Orientação para a qualidade/organização e processos	Adere de forma positiva e efetiva às iniciativas institucionais de garantia da qualidade. Disponível para pensar e estruturar os processos organizativos, onde revela contributos consistentemente relevantes.	

Tabela 6: (5.3) Ficha de avaliação de desempenho dos anestesiológicos

Ficha de avaliação de desempenho				
Identificação:				
Nome:				
Nº Mecanográfico:				
Categoria profissional:				
Avaliação dos objetivos				
Descrição do objetivo	FP	Avaliação		
		Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)
Objetivo 1	Garantir a excelência dos cuidados	40%		
Indicador 1.1	Complicações com via aérea	10%		
Indicador 1.2	Incidência de eventos adversos	10%		
Indicador 1.3	Número de erros médicos	10%		
Indicador 1.4	Hipotensão na indução	10%		
Indicador 1.5	Bloqueio neuromuscular residual pós-operatório	10%		
Indicador 1.6	Temperatura inferior a 35,5 Celsius na chegada à UCPA	10%		
Indicador 1.7	Complicações do bloqueio do neuroeixo	10%		
Indicador 1.8	Incidência de náuseas e vômitos graves no pós-operatório	10%		
Indicador 1.9	Complicação respiratória na UCPA	10%		
Indicador 1.10	Controlo adequado da dor pós-operatória	10%		
Avaliação final objetivo 1: $0,4 \times (0,1 \times i1.1 + 0,1 \times i1.2 + 0,1 \times i1.3 + \dots + 0,1 \times i1.10) =$				
Objetivo 2	Garantir a eficiência	30%		
Indicador 2.1	Número de consultas	10%		
Indicador 2.2	Número de anestésias para cirurgias	10%		
Indicador 2.3	Número de anestésias para MCDT	10%		
Indicador 2.4	Número de anestésias no Bloco de partos	10%		
Indicador 2.5	Número de urgências	10%		
Avaliação final objetivo 2: $0,3 \times (0,1 \times i2.1 + 0,1 \times i2.2 + 0,1 \times i2.3 + 0,1 \times i2.4 + 0,1 \times i2.5) =$				
Objetivo 3	Desenvolver competências técnicas e/ou cognitivas	20%		
Indicador 3.1	Participar/realizar ações de formação	50%		
Indicador 3.2	Participar/realizar investigações e Publicações	50%		
Avaliação final do objetivo 3: $0,2 \times (0,5 \times i3.1 + 0,5 \times i3.2) =$				
Objetivo 4	Garantir a atitude profissional	10%		
Indicador 4.1	Avaliação dos utentes	50%		
Indicador 4.2	Avaliação dos elementos do serviço	50%		
Avaliação final do objetivo 4: $0,1 \times (0,5 \times i5.1 + 0,5 \times i4.2) =$				
AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS -				

Avaliação de competências				
Nº	Designação da competência	Avaliação		
		Demonstrada a nível elevado (5 pontos)	Demonstrada (3 pontos)	Não demonstrada (1 ponto)
1				
2				
3				
4				
5				
AVALIAÇÃO FINAL DAS COMPETÊNCIAS -				

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO			
Parâmetros de avaliação/auditoria	Pontuação	Ponderação	Pontuação ponderada
Objetivos		70%	
Competências		30%	
AVALIAÇÃO GLOBAL DE DESEMPENHO -			

Nota: FP- fator de ponderação

Fase2 - Divulgação do processo de avaliação do desempenho:

A perceção por parte dos colaboradores de todo o ciclo é essencial. Para tal, é fulcral a realização de uma reunião individual entre a comissão de avaliação e o anestesiológista, onde se discuta todo o processo, por forma a alcançar um acordo comum a partir da definição de como e o que precisa ser realizado, e que será posteriormente avaliado, bem como o método de mensuração do desempenho. Devem ser discutidos os objetivos, os indicadores e os critérios de superação e as competências.

Fase 3 – Monitorização e acompanhamento do desempenho:

A equipa de avaliação deve realizar frequentemente uma observação e documentação das tarefas, retendo exemplos para o desempenho relevante e para o inadequado. Neste ponto, deve também incluir-se o feedback, tanto para possíveis mudanças de comportamento, como para o progresso e estímulo de melhoria. Deve providenciar-se um reforço construtivo dos comportamentos e avanços em relação aos objetivos, e qualquer percalço no desempenho deve ser diagnosticado prontamente e aplicados os procedimentos necessários para a correção do problema.

Ao longo do percurso podem ser programadas entrevistas de orientação para acompanhamento e monitorização da evolução do processo de avaliação, de acordo com as necessidades individuais.

Fase 4 – Avaliação do desempenho:

Está prevista outra reunião final com a comissão de avaliação onde são analisadas a auto e a heteroavaliação e negociado o plano de desempenho individual para o novo ciclo.

A entrevista de avaliação deve ser objetiva e clara. Com um tempo previamente definido, normalmente 30-45 minutos. O anestesiológista deve ser incentivado a partilhar a sua autoavaliação contrapondo-a com a avaliação da comissão de avaliação. Quando as avaliações não coincidem, devem ser justificados os motivos para tal discrepância e a forma como futuramente pode ser ultrapassada. Juntos, devem trabalhar para a definição de um plano de desenvolvimento futuro, com base nas lacunas existentes no momento e que devem ser melhoradas.

Fase 5- Revisão do processo:

Após a recolha dos dados em relação à avaliação de desempenho e aos resultados obtidos por parte do anestesiológista, são acionadas as consequências, positivas ou negativas, de determinado desempenho. Idealmente, e se todos os procedimentos anteriores forem efetivos, as consequências despoletadas tendem a ser positivas podendo passar por uma promoção na carreira ou compensações (remuneratórias ou outras). Quando o desempenho fica aquém do esperado, o ciclo de gestão de desempenho deve ser novamente iniciado, revendo os problemas e renegociando novas metas.

b) Sistema de gestão de desempenho da equipa de anestesiologia (SGDEA)

Para avaliar o desempenho da equipa, é necessário preencher um mapa que inclui os objetivos estratégicos e os seus indicadores de medição, conforme as perspetivas de Kaplan e Norton (1992).

O preenchimento deste mapa é baseado na análise do cumprimento das metas estabelecidas para cada objetivo. Os resultados possíveis são: não atingido, atingido ou superado, que são pontuados com um, três ou cinco pontos, respetivamente. Com base nessa avaliação, o desempenho da equipa é classificado em três níveis: desempenho inadequado (1 a 1,999), desempenho adequado (2 a 3,999) e desempenho relevante (4 a 5). A tabela 7 mostra um exemplo do mapa estratégico que pode ser definido para a equipa.

Tabela 7: (5.4) Mapa de avaliação do desempenho da equipa

Mapa de avaliação do desempenho da equipa								
Perspetiva	Descrição do objetivo		FP	Metas	Critérios de superação	Avaliação		
						Superado (5 pontos)	Atingido (3 pontos)	Não atingido (1 ponto)
CLIENTE	Objetivo C1 – Promover a satisfação		60%					
	Indicador C1.1	Grau de satisfação	70%	>85% satisfeitos	Não atingido < 85% Atingido – 85 a 95% Superado > 95%			
	Indicador C1.2	Nº reclamações	30%	Redução 10% em relação ao ano anterior	Não atingido < 10% Atingido – 10 a 20% Superado > 20%			
	Objetivo C2 –Promover comunicação eficaz		40%					
	Indicador C2.1	Capacidade de resposta a questões dos utentes < 2 dias	50%	> 90% doentes	Não atingido < 90% Atingido – 90 a 95% Superado > 95			
	Indicador C2.2	Prestação de informação suficiente e precisa	50%	> 90% doentes	Não atingido < 90% Atingido – 90 a 95% Superado > 95			
	AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS C- $0,6x(0,7xC1.1 + 0,3xC1.2) + 0,4x(0,5xC2.2 + 0,5xC2.2) =$							
PROCESSOS INTERNOS	Objetivo P1 – Garantir excelência cuidados		50%					
	Indicador P1.1	% doentes com consulta anestesia	40%	> 80% doentes	Não atingido < 80% Atingido – 80 a 90% Superado > 90%			
	Indicador P1.2	% complicações anestésicas	30%	Redução 10% em relação ao ano anterior	Não atingido < 10% Atingido – 10 a 20% Superado > 20%			
	Indicador P1.3	Monitorização higiene das mãos	30%	Aumento de 5% de adesão à higienização em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			
	Objetivo P2 – Garantir a eficiência		50%					
	Indicador P2.1	Nº de consultas	25%	Aumento de 5% em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			
	Indicador P2.2	Tempo de indução anestésica	25%	Diminuição de 5% em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			

	Indicador P2.3	Tempo de acordar anestésico	25%	Diminuição de 5% em relação ao ano anterior Aumento de 1% em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			
	Indicador P2.4	Turnover entre casos cirúrgicos	25%	Diminuição de 5% em relação ao ano anterior Aumento de 3% em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			
	AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS P - $0,5 \times (0,4 \times P1.1 + 0,3 \times P1.2 + 0,3 \times P1.3) + 0,5 \times (0,25 \times P2.1 + 0,25 \times P2.2 + 0,25 \times P2.3 + 0,25 \times P2.4) =$							
APRENDIZAGEM	Objetivo A1 - Garantir inovação		40%					
	Indicador A1.1	% de aquisição de equipamento novo	100%	Aquisição de > 50% dos equipamentos necessários	Não atingido < 40% Atingido – 40-50% Superado > 50%			
	Objetivo A2 – Desenvolver competências		60%					
	Indicador A2.1	Nº ações formação	80%	> 80 % dos colaboradores com mais do que 1 formação	Não atingido < 80% Atingido – 80-90% Superado > 90%			
	Indicador A2.2	Nº de artigos publicados	20%	> 1 artigo do serviço por ano	Não atingido < 1 Atingido – 1 a 2 Superado > 2			
	AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS A – $0,4 \times (1 \times A1.1) + 0,6 \times (0,8 \times A2.1 + 0,2 \times A2.2) =$							
FINANCEIRA	Objetivo F1 – Garantir sustentabilidade financeira		50%					
	Indicador F1.1	Custos material anestésico/doente	50%	Redução 5% em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			
	Indicador F1.2	Custos medicamentos anestésicos/doente	50%	Redução 5% em relação ao ano anterior	Não atingido < 5% Atingido – 5 a 10% Superado > 10%			
	Objetivo F2 – Otimizar recursos		50%					
	Indicador F2.1	Produção de resíduos/doente	50%	Redução 10% em relação ao ano anterior	Não atingido < 105% Atingido – 10 a 15% Superado > 15%			
	Indicador F2.2	Aquisição de material reutilizável	50%	Redução 10% em relação ao ano anterior	Não atingido < 105% Atingido – 10 a 15% Superado > 15%			
	AVALIAÇÃO FINAL DOS OBJETIVOS F – $0,5 \times (0,5 \times F1.1 + 0,5 \times F1.2) + 0,5 \times (0,5 \times F2.1 + 0,5 \times F2.2) =$							
AVALIAÇÃO FINAL DO DESEMPENHO DA EQUIPA -								

5.2. Sistema de gestão de recompensas

Neste subcapítulo, descreve-se a proposta para o sistema de gestão de recompensas. Este sistema é um componente crucial da estratégia e está estreitamente ligado à avaliação do desempenho para reconhecer tanto o desempenho individual quanto o coletivo, de forma a incentivar as competências de cada profissional e o trabalho em equipa. Este sistema de recompensas considera os objetivos e a estratégia definidos pela organização e pretende reconhecer e premiar o bom desempenho, a produtividade e aqueles que estão alinhados com as metas estabelecidas e não favorecer quem demonstra desvios de comportamento ou atitude.

O sistema de recompensas extrínsecas integra três componentes, remunerações fixas, remunerações variáveis e benefícios, que serão atribuídos segundo determinados critérios (tabela 9):

1. Remunerações fixas:

- a) Salário base mensal, determinado em função da progressão na carreira médica e horário contratualizado.
- b) Subsídio de férias, pago numa única prestação, independentemente da data em que ocorrer o gozo do período de férias.
- c) Subsídio de almoço, poderá ser efetuado em dinheiro ou em espécie, nomeadamente através da atribuição de um cartão pré-pago recarregável com o respetivo valor.
- d) Subsídio de funções de liderança ou governança clínica, para quem desempenha este tipo de funções.

2. Remunerações variáveis:

- a) Pagamento mensal de horas realizadas em Serviço de urgência com majoração de 30% do valor/hora no período noturno, fins-de-semana e feriados, relativamente ao valor/h durante o dia.
- b) Sistema de incentivos, é baseado na participação nos lucros, ou seja, os incentivos são atribuídos após contabilizar as despesas associadas ao serviço de anestesiologia e determinado o lucro, o montante total é utilizado da seguinte forma:
 - Incentivo à disponibilidade para o serviço - 78% do montante total - atribuído mensalmente aos anestesiólogos em função do total de horas trabalhadas.
 - Incentivo ao desempenho individual e da equipa - 20% do montante total – esta remuneração é atribuída anualmente aos anestesiólogos em função do resultado da avaliação de desempenho e inclui uma componente decorrente do desempenho da equipa (30%) e uma componente decorrente do desempenho individual (70%). Estão sujeitos ao

cumprimento dos objetivos e ao nível de proficiência das competências relacionais expectáveis. Definem-se com base num modelo de incentivos progressivo, o trabalho é remunerado a 20% do total destes incentivos se for alcançado um desempenho adequado com uma avaliação de 2 a 3,5 pontos, com um aumento gradual até aos 100% nas avaliações de 4,2 e 4,3 pontos. Acima dessa pontuação existe uma majoração em concordância com a tabela 8.

Tabela 8: (5.5) Sistema de incentivos ao desempenho

Sistema de incentivos ao desempenho		
Pontuação do desempenho	Individual 70%	Equipa 30%
1 a 1,9	0	0
2 a 3,5	20%	20%
3,6 a 3,7	40%	40%
3,8 a 3,9	60%	60%
4 a 4,1	80%	80%
4,2 a 4,3	100%	100%
4,4 a 4,5	105%	105%
4,6 a 4,7	110%	110%
4,8 a 4,9	115%	115%
5	120%	120%

- Incentivo à formação - 2 % do montante total – atribuído anualmente ao serviço, prende-se com a possibilidade de conceder recompensas aos colaboradores sob a forma de ações de formação. Este valor pode ser utilizado em participações em cursos, congressos, conferências, simpósios ou outras ações de formação, desenvolvimento de processos de melhoria da qualidade e desenvolvimento de novos projetos.

3. Benefícios

- a) Seguro de saúde/Plano de saúde de colaborador
- b) Seguro de acidentes de trabalho
- c) Acesso gratuito ao parque de estacionamento

Tabela 9: (5.6) Sistema de recompensas

Sistema de recompensas				
Componentes			Periodicidade	Critérios de atribuição
Remunerações fixas	Salário base		Mensal	Progressão na carreira e horário
	Subsídio de férias		Anual	De acordo com código de trabalho
	Subsídio de almoço		Mensal	De acordo com código de trabalho
	Subsídio de funções de liderança ou governança clínica		Mensal	Desempenho de funções de liderança ou governança clínica
Remunerações variáveis	Serviço de urgência		Mensal	Valor/h, com majoração de 30% para horas noturnas e fins-de-semana
	Incentivos	Disponibilidade para o serviço	Mensal	78% participação nos lucros
		Desempenho individual e da equipa	Anual	20% participação nos lucros. Esta remuneração estará sujeita ao cumprimento dos objectivos individuais e da equipa.
		Formação	Anual	2% participação nos lucros
Benefícios	Seguro de saúde		Anual	Adesão direta
	Seguro acidentes de trabalho		Anual	Adesão direta
	Parque de estacionamento		Anual	Adesão direta

6. Conclusão

A pesquisa realizada teve como foco central a gestão estratégica de pessoas, especificamente nas áreas de gestão de desempenho e de recompensas, com um olhar detalhado para o contexto particular do Serviço de Anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa.

Para se atingir o principal objetivo desta investigação, que consistiu no desenvolvimento de uma proposta de um sistema de gestão de desempenho e recompensas para o Serviço de Anestesiologia do HLL, foi necessário uma extensa revisão da literatura, foram exploradas algumas práticas nacionais e internacionais e, através da análise de entrevistas e consulta de documentos, foram investigadas as políticas atuais do HLL nesta área, para compreender como elas podem influenciar a prática e a satisfação dos anestesiológicos, identificando-se algumas lacunas e áreas para melhoria. O sistema foi desenvolvido com o intuito de melhorar a eficiência operacional, a qualidade do atendimento ao utente e a satisfação dos profissionais.

Desta pesquisa obteve-se alguns resultados práticos, destaca-se a importância do desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho adaptado às necessidades específicas da anestesiologia, concretizado através do método orientado para os resultados, ou seja, uma gestão por objetivos, indicadores e avaliação das competências. Percebeu-se que a rastreabilidade dos principais KPIs específicos da anestesiologia é fundamental para assegurar que os anestesiológicos prestem serviços de qualidade e alcancem resultados ideais. Neste processo encontrou-se diversos KPIs relevantes, o que conduziu a um difícil processo de escolha. Para ultrapassar estas dificuldades, terá de se recorrer ao feedback contínuo dos profissionais e ajustes permanentes. Verificou-se que para a colheita e análises de alguns desses indicadores há necessidade de ajustes tecnológicos.

Relativamente ao modelo de recompensas em vigor a pesquisa revelou que este apresenta alguns aspetos a melhorar, tais como, a valorização do desempenho individual e da equipa, a segurança financeira e a equidade e justiça percebidas. Desenvolveu-se um sistema de gestão de recompensas que considera os objetivos e a estratégia definidos pela organização e está estreitamente ligado à avaliação do desempenho, de forma a incentivar as competências de cada profissional e o trabalho em equipa, reconhecer e premiar o desempenho e a produtividade daqueles que estão alinhados com as metas estabelecidas. Este sistema contempla uma combinação de recompensas com diferentes componentes (remunerações fixas, remunerações variáveis e benefícios) que foram atribuídos segundo determinados critérios. Para melhorar a equidade, foram revistos e ajustados os processos de distribuição das recompensas. A implementação de políticas transparentes para o cálculo de remunerações é importante para ajudar a garantir a justiça e a motivação entre os profissionais.

Estes aspetos fornecem *insights* para melhorar as práticas de gestão na área da saúde, propondo abordagens mais adaptadas às necessidades específicas dos profissionais e das organizações.

A aplicação destas práticas por gestores e líderes de organizações de saúde pode ser concretizada de diversas formas: na criação de sistemas personalizados, em vez de adotarem um sistema genérico, desenvolverem sistemas de gestão de desempenho adaptados às particularidades de cada especialidade, definindo objetivos e indicadores específicos que reflitam as características e desafios únicos da especialidade; na implementação de mudanças comportamentais, integrando a gestão de desempenho com programas de desenvolvimento profissional, isso pode envolver a frequência de determinadas formações; na atualização de ferramentas tecnológicas, isto é, investir em tecnologias e sistemas informáticos que possam ser ajustados para capturar dados relacionados ao desempenho e às recompensas e gerar relatórios que permitam uma análise detalhada e o acompanhamento contínuo do desempenho, para que sejam utilizados de forma eficaz na tomada de decisões e na melhoria contínua; no garante da equidade nas recompensas, ao integrarem a avaliação de desempenho no sistema de recompensas e comunicarem de forma clara os critérios de remuneração, promovendo a transparência e reduzindo a percepção de injustiça, fornecendo informações regulares sobre como as decisões são tomadas e como os honorários são calculados.

Futuras pesquisas são necessárias para definir os indicadores mais adequados e explorar o impacto dos diferentes tipos de recompensas em contextos específicos dentro da área da saúde.

Com este trabalho espera-se ajudar a construir uma compreensão mais aprofundada e contextualizada dos temas abordados e oferecer novas direções para futuras pesquisas. A importância deste estudo reside na sua capacidade de conectar teoria e prática, proporcionando soluções que são necessárias para enfrentar os desafios contemporâneos na gestão de pessoas em saúde.

7. Referências Bibliográficas

- Aguinis, H. (2005). *Performance Management*, Edinburgh Business School. *Heriot-Watt University, UK*.
- Barbazza, E., Klazinga, N. S., & Kringos, D. S. (2021). Exploring the actionability of healthcare performance indicators for quality of care: a qualitative analysis of the literature, expert opinion and user experience. *BMJ quality & safety*, 30(12), 1010-1020.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. 3a edição. Lisboa: Edições, 70.
- Bayman, E. O., Dexter, F., & Todd, M. M. (2015). Assessing and comparing anesthesiologists' performance on mandated metrics using a Bayesian approach. *Anesthesiology*, 123(1), 101-115.
- Berber, N., Morley, M. J., Slavić, A., & Poór, J. (2017). Management compensation systems in Central and Eastern Europe: a comparative analysis. *The International Journal of human resource management*, 28(12), 1661-1689.
- Berwick, D. M. (2011). Launching accountable care organizations—the proposed rule for the Medicare Shared Savings Program. *New England Journal of Medicine*, 364(16), e32.
- Bessa, R. D. O. (2011). *Análise dos modelos de remuneração médica no setor de saúde suplementar brasileiro* (Doctoral dissertation).
- Bichuetti, J. L., & Mere Jr, Y. A. (2016). Modelos de Remuneração na Saúde. *Harv Bus Rev Brasil*, 91(10), 58-62.
- Boon, C., Den Hartog, D. N., & Lepak, D. P. (2019). A systematic review of human resource management systems and their measurement. *Journal of management*, 45(6), 2498-2537.
- Brefo-Manuh, A. B., Anlesinya, A., Odoi, A. A. S., & Owusu, D. R. (2016). Evaluating organisational uses of performance appraisal system: a conceptual analysis and framework for the future. *International Journal of Business and Management Review*, 4(7), 8-20.
- Camara, P. (2000). *Os Sistemas de Recompensas e a Gestão Estratégica de Recursos Humanos* (2a ed.). Lisboa: Dom Quixote.
- Campos, A. C. (2019). *Administração pública e saúde: ensaios de circunstância*. Almedina
- Cardona, F. (2006). *Performance related pay in the public service in OECD and EU member states*. Programme SIGMA de l'ocde. Paris.
- Cheng, M. I., Dainty, A., & Moore, D. (2007). Implementing a new performance management system within a project-based organization. *International Journal of Productivity and Performance Management*.
- Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. National Academies Press.
- Delery, J., & Gupta, N. (2016). Human resource management practices and organizational effectiveness: internal fit matters. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*.
- Dobson, G., Chow, L., Filteau, L., Hurdle, H., mcintyre, I., Milne, A., ... & Wang, Y. (2021). Guidelines to the Practice of Anesthesia—Revised Edition 2021. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 68(1), 92.
- Duarte, H. (2015). *Gestão de remunerações*. In Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F., Duarte, H. (Eds.), *GRH para Gestores*, 309 - 335, Lisboa: Editora RH.
- Duarte, A., do Nascimento, G., & Almeida, F. (2019). *Gestão de Pessoas 4.0-Entre a continuidade e a reinvenção*.
- Dutton, R. P., Swygert, T. H., Maloney, M., Azam, M., Jones, D. K., Lounsbury, O., ... & Taheri, P. (2022). Scaling up quality in an anesthesia practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 35(1), mzad011.
- Emery, Y., Giauque D. (2001), "New Public Management, Service Contracts and Financial Incentive Schemes: Practice and Problems Encountered in Switzerland", *International Review of Administrative Sciences*, vol.67 (1), pp-171- 194.

- Emery, Y. (2004), "Rewarding civil service performance through team bonuses: findings, analysis and recommendations", *International Review of Administrative Sciences*, vol.70, pp-157-168.
- Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15(2), 126-137.
- Garcia-Arroyo, J., & Osca, A. (2021). Big data contributions to human resource management: a systematic review. *The International Journal of Human Resource Management*, 32(20), 4337-4362.
- Garengo, P., Bititci, U., & Bourne, M. (2022). Performance measurement and management in Industry 4.0: Where are we? What next?. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 71(4), 1005-1007.
- Gosden, T., Forland, F., Kristiansen, I., Sutton, M., Leese, B., Giuffrida, A., ... & Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. (1996). Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(10).
- Gottumukkala, V., Vetter, T. R., & Gan, T. J. (2023). Perioperative medicine: what the future can hold for anesthesiology. *Anesthesia & Analgesia*, 136(4), 628-635.
- Griffith, J. R. (2000). Championship management for healthcare organizations. *Journal of healthcare management*, 45(1), 17-30.
- Haller, G., Stoelwinder, J., Myles, P. S., & mcneil, J. (2009). Quality and safety indicators in anesthesia: a systematic review. *The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 110(5), 1158-1175.
- Hamilton, K. E. S., Coates, V., Kelly, B., Boore, J. R., Cundell, J. H., Gracey, J., ... & Sinclair, M. (2007). Performance assessment in health care providers: a critical review of evidence and current practice. *Journal of nursing management*, 15(8), 773-791.
- Jain, S., Thorpe, K. E., Hockenberry, J. M., & Saltman, R. B. (2019). Strategies for Delivering Value-Based Care: Do Care Management Practices Improve Hospital Performance? *Journal of Healthcare Management*, 64(6), 430-444.
- Jiang, K., & Messersmith, J. (2018). On the shoulders of giants: A meta-review of strategic human resource management. *The International Journal of Human Resource Management*, 29(1), 6-33.
- Jordan, H., das Neves, J. C., & Rodrigues, A. (2011). O Controlo de Gestão ao Serviço da Estratégia e dos Gestores.
- Jotabá, M. N., Fernandes, C. I., Gunkel, M., & Kraus, S. (2022). Innovation and human resource management: a systematic literature review. *European Journal of Innovation Management*, 25(6), 1-18.
- Kaplan, R. S. & Norton, D.P. (1992, January'-February). The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), 71-79.
- Karthik, P., & Devi, V. R. (2023). High-Performance Work Systems in the Healthcare Industry: A Systematic Literature Review. *Management and Labour Studies*, 48(4), 578-606.
- Katula, M. & Perry, J.L. (2003), Comparative performance pay, in B. Guy Peters, & J. Pierre (eds.), *Handbook of Public Administration*, pp-53-61, London, Sage Publications.
- Kiernan, F., & Buggy, D. J. (2015). What's measured matters: measuring performance in anaesthesia. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 114(6), 869-871.
- Lazear, E. P. (2018). Compensation and incentives in the workplace. *Journal of Economic Perspectives*, 32(3), 195-214.
- Lee, B. X., Kjaerulf, F., Turner, S., Cohen, L., Donnelly, P. D., Muggah, R., ... & Gilligan, J. (2016). Transforming our world: implementing the 2030 agenda through sustainable development goal indicators. *Journal of public health policy*, 37, 13-31.

- Lemos, P., Guedes, A., Mourão, J., Lima, J. F., Veiga, J., Chedas, M., ... & Almeida, V. (2018). Censos 2017: Existe Número Suficiente de Anestesiologistas em Portugal?. *Acta Médica Portuguesa*, 31(5), 254-264.
- Maley, J. F., Dabic, M., & Moeller, M. (2021). Employee performance management: charting the field from 1998 to 2018. *International Journal of Manpower*, 42(1), 131-149.
- Millenson, M. L. (2018). *Demanding medical excellence: Doctors and accountability in the information age*. University of Chicago Press.
- Miller, H. D. (2017). *Why value-based payment Isn't working, and how to fix it: creating a patient-centered payment system to support higher-quality, more affordable health care*. Center for Healthcare Quality & Payment Reform.
- Miller, K. J. (2019). Practitioner application: Strategies for Delivering Value-Based Care: Do Care Management Practices Improve Hospital Performance?. *Journal of Healthcare Management*, 64(6), 445-446.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of Organizations*.
- Nag, R., Hambrick, D. C., & Chen, M. J. (2007). What is strategic management, really? Inductive derivation of a consensus definition of the field. *Strategic management journal*, 28(9), 935-955.
- Nascimento, G., & Pereira, A. (2015). A gestão e avaliação de desempenho. In Ferreira, A., Martinez, L., Nunes, F., Duarte, H. (Eds.), *GRH para Gestores*, 249-305, Lisboa: Editora RH.
- Nikoloski, K. (2016). Strategic human resource management: assessment and evaluation of human resources as factors to achieving better economic performance. *International Journal of Information, Business and Management*, 8(3), 81-95.
- Organização Mundial de Saúde - OMS. *Relatório Mundial da Saúde - Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal*. Genebra, 2010
- Ormonde, L. (2017). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e Referenciação de Anestesiologia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(3).
- Petersen, L. A. (2007). Does Pay-for-Performance Improve the Quality of Health Care?. *Annals of Internal Medicine*, 146(7), 538-539.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2004). Redefining competition in health care. *Harvard business review*, 64-77.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Bookman Editora.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard business review*, 91(10), 1-19.
- Pritchard, R. D., Harrell, M. M., Diaz Granados, D., & Guzman, M. J. (2008). The productivity measurement and enhancement system: a meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 540-567.
- Rochaix, L. (1998). *Performance-tied payment systems for physicians¹*. Ebook: Critical Challenges For Health Care Reform In Europe, 196.
- Smith, P. C., & York, N. (2004). Quality incentives: the case of UK general practitioners. *Health Affairs*, 23(3), 112-118.
- Smith, P. C., Mossialos, E., & Papanicolas, I. (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects: background document 2*.
- Tobar, F., Rosenfeld, N., & Reale, A. (1998). Modelos de pago en servicios de salud. *Cuad Med Soc*, 74, 39-52.
- Ugá, M. A. D. (2012). Sistemas de alocação de recursos a prestadores de serviços de saúde-a experiência internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 3437-3445.
- Wacker, J., & Kolbe, M. (2014). Leadership and teamwork in anesthesia—making use of human factors to improve clinical performance. *Trends in anaesthesia and critical care*, 4(6), 200-205.

- Yang, S. B., & Choi, S. O. (2009). Employee empowerment and team performance: Autonomy, responsibility, information, and creativity. *Team Performance Management: An International Journal*, 15(5/6), 289-301.
- Yee, M. S., & Tarshis, J. (2023). Anesthesia quality indicators to measure and improve your practice: a modified delphi study. *BMC anesthesiology*, 23(1), 256.
- Yin, R. 2017. Estudo de Caso: Planejamento e métodos (5). Bookman.
- Zbinden, A. M. (2002). Introducing a balanced scorecard management system in a university anesthesiology department. *Anesthesia & Analgesia*, 95(6), 1731-1738.

8. Anexos

Anexo A: Auditoria aos resultados da prestação de serviços médicos



Auditoria aos resultados da Prestação de Serviços Médicos

Parte I – Informação geral

Nome do auditado:	<input type="text"/>	Função:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>	Serviço:	Anestesiologia
Ano:	<input type="text"/>	Tipo de auditoria:	Intercalar <input type="checkbox"/> Final <input checked="" type="checkbox"/> N.º Mecanográfico: <input type="text"/>
Nome do auditor 1:	<input type="text"/>	Função:	<input type="text"/>
Nome do auditor 2:	<input type="text"/>	Função:	<input type="text"/>

Parte II - Prioridades de desenvolvimento/objetivos definidos (identificados na auditoria anterior)

Parte III - Contextualização da situação contratual do auditado

Parte IV - Classificação geral detalhada*

Pontuação	Grau	Descrição
1	Insuficiente	Desempenho claramente aquém das exigências da função, evidenciando deficiências graves de desempenho.
2	Necessita melhorar	Desempenho não cumpre todos os requisitos da função. Necessidades claras de desenvolvimento em áreas chave do desempenho.
3	Adequado/Bom	Atinge os resultados esperados. Demonstra conhecimentos, formação e experiência adequados para as funções, as quais desenvolve de forma eficaz e profissional.
4	Muito Bom	Reflete um nível superior de execução, um desempenho bom e rigoroso, que supera o esperado nas diferentes funções.
5	Execucional	Reservado exclusivamente aos profissionais que de um modo claro e constante demonstraram atingir resultados excepcionais e extraordinários no desempenho das suas funções.
NO	-	Não observado

* Classificar o desempenho dos serviços prestados e acordo com os critérios definidos no Anexo I para cada competência

Parte V - Desempenho

Competências auditada e classificação		Descreva os pontos fortes e as necessidades de desenvolvimento*
1. Prestação de cuidados / Produtividade (Anexo 1)	Pontuação	
.Níveis de produtividade face aos objetivos e standards definidos para a especialidade		
Pontuação global no critério		
2. Prestação de cuidados / Qualidade (Anexo 2)	Pontuação	
.Nível de conhecimentos e competência clínica (25%)		
.Planeamento, execução e avaliação dos cuidados (10%)		
.Prática de medicina baseada na evidência e de acordo com as guidelines e protocolos definidos na instituição (incluindo nível de utilização de recursos clínicos, prescrição de MCDTs e fármacos, tempo médio de internamento por patologia) (15%)		
.Grau de performance relativa aos indicadores de qualidade clínica definidos para a especialidade (10%)		
.Colaboração multidisciplinar (10%)		
.Coordenação de cuidados: adesão aos protocolos de follow-up para clientes, médicos referenciadores e hospitais de referência (5%)		
.Adaptabilidade a situações inesperadas ou de emergência (5%)		
.Comunicação clínica (10%)		
.Envolvimento do cliente/família (10%)		
Pontuação global no critério		
3. Políticas e procedimentos da organização	Pontuação	
.Utilização de dispositivos clínicos e consumíveis (10%)		
.Manutenção e funcionalidade do equipamento (10%)		
.Registos nos sistemas de informação (35%)		
.Prevenção e controlo da infeção hospitalar (25%)		
.Gestão de risco (10%)		
.Orientação para a qualidade/organização e processos (10%)		
Pontuação global no critério		
4. Planeamento e organização	Pontuação	
.Autonomia e responsabilidade (40%)		
.Ausência ou presença da atividade agendada (40%)		
.Colaboração com os restantes membros do serviço (20%)		
Pontuação global no critério		
5. Excelência de serviço	Pontuação	
.Respeito pelo cliente e sua família		
.Sensibilidade e dedicação		
.Impacto		
Pontuação global no critério		
6. Trabalho em equipa	Pontuação	
.Coesão / Trabalho em equipa		
.Trabalho multidisciplinar envolvendo outros profissionais não médicos (enfermeiros, técnicos de saúde e staff administrativo)		
Pontuação global no critério		
7. Desenvolvimento profissional	Pontuação	
.Atualização de conhecimentos		
.Formação / Ensino / Investigação (externa)		
.Evolução do desempenho nas necessidades de desenvolvimento definidas		
.Cumprimento do objetivo da formação (interna)	4,5	
Pontuação global no critério	4,5	
8. Integração na organização / Cidadania hospitalar	Pontuação	
.Bom senso e maturidade		
.Atitude e dedicação		
.Envolvimento na governação clínica da instituição		
.Forma de estar / Apresentação		
.Contribuição para a valorização externa da organização		
Pontuação global no critério		

* Especificar questões relevantes / exemplos concretos observados de pontos fortes e necessidades de desenvolvimento do profissional que justificam a classificação atribuída

Parte VI - Resumo

Competências	Pontuação	Ponderação	Resultado
1. Prestação de cuidados / Produtividade (Anexo 1)		29,5%	
2. Prestação de cuidados / Qualidade (Anexo 2)		29,5%	
3. Políticas e procedimentos da organização		4,5%	
4. Planejamento e organização		4,5%	
5. Excelência de serviço		9,5%	
6. Trabalho em equipa		9,5%	
7. Desenvolvimento profissional	4,5	8,5%	0,4
8. Integração na organização / Cidadania hospitalar		4,5%	
Classificação global quantitativa:			
Classificação global qualitativa*:			
INSUFICIENTE <input type="checkbox"/> NECESSITA MELHORAR <input type="checkbox"/> ADEQUADO/BOM <input type="checkbox"/> MUITO BOM <input type="checkbox"/> EXCECIONAL <input type="checkbox"/>			

*Correspondência entre a classificação quantitativa e qualitativa:

Insuficiente [1 –1,9]; Necessita melhorar [2 –2,9]; Adequado/ Bom [3 –3,9]; Muito Bom [4 –4,5]; Excecional [4,6 –5]

Parte VII - Síntese global

Parte VIII - Identificação de duas a três necessidades chave de desenvolvimento / objetivos para o ano em curso

Parte IX - Expectativas futuras do profissional (a preencher pelo médico)

Parte X - Impacto nos Privilégios

Revisão extraordinária dos privilégios			Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Assinatura do auditado	Assinatura dos auditores	Assinatura do homologador		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Data: <input style="width: 50%;" type="text"/>	Data: <input style="width: 50%;" type="text"/>	Data: <input style="width: 50%;" type="text"/>		

Anexo 1 Médicos

I – Informação geral

Nome do auditado:	<input type="text"/>	Categoria/Função:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>	Serviço:	<input type="text"/>
Ano:	<input type="text"/>	Tipo de auditoria:	Intercalar <input type="checkbox"/> Final <input checked="" type="checkbox"/>
		Nº Mecan.:	<input type="text"/>

II – Indicadores de Produtividade

	Objetivos do Serviço (Média)	Média do Serviço	Médico	Obj.	Média
Número de consultas de especialidade / ano	198	202			
Taxa de primeiras consultas de especialidade / ano	NA	96,7%			
Taxa de consultas subsequentes de especialidade / ano	NA	3,3%			
Número de consultas de especialidade / hora	NA	3			
Número de videoconsultas	NA	7			
Número de cirurgias	NA	782			
Número de partos e cesarianas	NA	NA			
Número de altas de Internamento	NA	NA			
Número de consultas do Atendimento Urgente	NA	NA			
Número de altas do Atendimento Urgente / hora	NA	NA			
Número de exames realizados, exceto Imagiologia	NA	362			
Número de exames de Imagiologia (RX)	NA	NA			
Número de exames de Imagiologia (RM)	NA	NA			
Número de exames de Imagiologia (TC)	NA	NA			
Número de exames de Imagiologia (ECO)	NA	NA			
Número de exames de Imagiologia (Outros)	NA	NA			
Taxa de execução de técnicas com consentimentos informados	ND	NA			
Número de registos anestésicos	NA	101			
Número de reclamações	0	2			
Número de elogios	ND	0			

Anexo 2 Médicos

I – Informação geral

Nome do auditado:	<input type="text"/>	Categoria/Função:	<input type="text"/>
Departamento:	<input type="text"/>	Serviço:	Anestesiologia
Ano:	2022	Tipo de avaliação:	Intercalar <input type="checkbox"/> Final <input checked="" type="checkbox"/>
		Nº Mecanográfico:	<input type="text"/>

II – Indicadores de Qualidade

	Benchmark	Média do Serviço	Médico	B	Serviço
Demora média no internamento	NA	NA			
Taxa de preenchimento do Tronco Comum na Consulta Externa	100,0%	93,7%			
Taxa de Preenchimento Inquérito Epidemiológico de Admissão	NA	NA			

Anexo B: Guião da entrevista aos anestesiológicos

Data: __/__/__

Número a atribuir ao entrevistado: ____

A entrevista:

Inserir-se no âmbito de um projeto de mestrado de gestão de empresas do ISCTE Business School que tem como objetivo geral o desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas, no contexto do Serviço de Anestesiologia do HLL, alinhado com a estratégia do hospital.

Pretende recolher informação que permita identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas do sistema vigente, perceber quais os pontos fortes e fracos e aferir as expectativas.

Todos os dados recolhidos na entrevista são estritamente confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos.

Questões do Guião:

1. Gestão de desempenho.

- 1.1. Qual é o modelo de gestão e avaliação de desempenho adotado pelo seu serviço e como é a sua estrutura?
- 1.2. Considera importante o serviço dispor de um sistema de avaliação de desempenho? Porquê?
- 1.3. Como se sente ao ser avaliado?
- 1.4. Entende que a avaliação de desempenho pode contribuir para identificar necessidades de formação dos colaboradores?
- 1.5. Considera que a avaliação de desempenho aumenta a motivação dos colaboradores no exercício das suas funções? Justifique.
- 1.6. Pensa que os resultados da avaliação de desempenho podem alterar a sua situação profissional no serviço. Como?
- 1.7. O modelo está alinhado com os resultados do serviço? Se sim pode especificar?

2. Gestão de recompensas:

No que respeita ao tema das recompensas, existe uma distinção entre recompensas financeiras (que envolvem transação de dinheiro ou custos financeiros indiretos suportados pela empresa e que se podem dividir em remuneração fixa, remuneração variável e benefícios) e recompensas não-financeiras (que não envolvem dinheiro e estão mais relacionadas com a experiência e a relação de trabalho).

- 2.1. Qual o tipo de recompensas que a sua organização lhe atribui? (Por favor, refira tudo aquilo que recebe que é considerado recompensa para si).
- 2.2. No âmbito das suas funções, indique o significado que atribui a cada uma das categorias de recompensas (financeiras e não-financeiras).
- 2.3. Ao nível das recompensas financeiras, quais as que têm mais significado para si e contribuem para que se sinta recompensado? (aferir remuneração fixa, a remuneração variável e os benefícios)
- 2.4. Ao nível das recompensas não-financeiras, quais as que têm mais significado para si e contribuem para que se sinta recompensado? (aferir o reconhecimento, estatuto, segurança no emprego, trabalho desafiante,

oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, sentimento de competência ou de propósito, qualidade de vida, orgulho da empresa, liberdade e autonomia).

3. Quadro de expectativas:

- 3.1. Na sua opinião, e tendo em conta os objetivos do serviço, considera que o modelo de avaliação de desempenho adotado está adequado? Que alterações propõe?
 - 3.1.1. A avaliação deve ser feita por quem? (aferir: superior hierárquico, autoavaliação e/ou pares)
 - 3.1.2. Que periodicidade deve ter a avaliação?
 - 3.1.3. Como deve ser feita a avaliação? (aferir se deve focar as competências das pessoas; focar os comportamentos; focar os resultados)
 - 3.1.4. Como devem ser comunicados os resultados da avaliação?
- 3.2. Considera importante a existência de indicadores de produtividade e/ou qualidade? Quais?
- 3.3. Considera que os resultados da avaliação de desempenho devem ter implicações nas remunerações dos colaboradores? Se sim, de que forma.
- 3.4. Considera que o sistema de recompensas do serviço valoriza adequadamente o desempenho individual? E da equipa? Que alterações propõe?
- 3.5. Conhece algum modelo de recompensas interessante praticado noutra hospital ou país?
- 3.6. Se pudesse, o que mudaria no sistema de recompensas do serviço? Apresente sugestões.

Anexo C: Guião da entrevista ao diretor de serviço

Data: __/__/____

Número a atribuir ao entrevistado: ____

A entrevista:

Inserir-se no âmbito de um projeto de mestrado de gestão de empresas do ISCTE Business School que tem como objetivo geral o desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas, no contexto do Serviço de Anestesiologia do HLL, alinhado com a estratégia do hospital.

Pretende recolher informação que permita identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas do sistema vigente, perceber quais os pontos fortes e fracos e aferir as expectativas.

Todos os dados recolhidos na entrevista são estritamente confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos.

Questões do Guião:

Gestão de desempenho:

- 1.1. Qual é o modelo de gestão e avaliação de desempenho adotado pelo seu serviço e como é a sua estrutura?
- 1.2. Considera importante o serviço dispor de um sistema de avaliação de desempenho? Porquê?
- 1.3. Como se sente ao pensar em avaliar?
- 1.4. Entende que a avaliação de desempenho pode contribuir para identificar necessidades de formação dos colaboradores?
- 1.5. Considera que a avaliação de desempenho aumenta a motivação dos colaboradores no exercício das suas funções? Justifique.
- 1.6. Pensa que os resultados da avaliação de desempenho podem alterar a situação profissional dos colaboradores no serviço. Como?
- 1.7. O modelo está alinhado com os resultados do serviço? Se sim pode especificar?

2. Gestão de recompensas:

No que respeita ao tema das recompensas, existe uma distinção entre recompensas financeiras (que envolvem transação de dinheiro ou custos financeiros indiretos suportados pela empresa e que se podem dividir em remuneração fixa, remuneração variável e benefícios) e recompensas não-financeiras (que não envolvem dinheiro e estão mais relacionadas com a experiência e a relação de trabalho).

- 2.1. Qual o tipo de recompensas que a sua organização atribui? (Por favor, refira tudo aquilo que recebe que é considerado recompensa para si).
- 2.2. No âmbito das suas funções, indique o significado que atribui a cada uma das categorias de recompensas (financeiras e não-financeiras).
- 2.3. Ao nível das recompensas financeiras, quais são as que considera que têm mais significado para os colaboradores e que mais contribuem para que se sintam recompensados? (aferir remuneração fixa, a remuneração variável e os benefícios)

- 2.4. Ao nível das recompensas não-financeiras, quais são as que considera que têm mais significado para os colaboradores e que mais contribuem para que se sintam recompensados? (aferir o reconhecimento, estatuto, segurança no emprego, trabalho desafiante, oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, sentimento de competência ou de propósito, qualidade de vida, orgulho da empresa, liberdade e autonomia).
3. Quadro de expectativas:
- 3.1. Na sua opinião, e tendo em conta os objetivos do serviço, considera que o modelo de avaliação de desempenho adotado está adequado? Que alterações propõe?
- 3.1.1. A avaliação deve ser feita por quem? (aferir: superior hierárquico, autoavaliação e/ou pares)
- 3.1.2. Que periodicidade deve ter a avaliação?
- 3.1.3. Como deve ser feita a avaliação? (aferir se deve focar as competências das pessoas; focar os comportamentos; focar os resultados)
- 3.1.4. Como devem ser comunicados os resultados da avaliação?
- 3.2. Considera importante a existência de indicadores de produtividade e/ou qualidade? Quais?
- 3.3. Considera que os resultados da avaliação de desempenho devem ter implicações nas remunerações dos colaboradores? Se sim, de que forma.
- 3.4. Considera que o sistema de recompensas do serviço valoriza adequadamente o desempenho individual? E da equipa? Que alterações propõe?
- 3.5. Conhece algum modelo de recompensas interessante praticado noutra hospital ou país?
- 3.6. Se pudesse, o que mudaria no sistema de recompensas do serviço? Apresente sugestões.

Anexo D: Guião da entrevista a elementos da administração

Data: __/__/____

Número a atribuir ao entrevistado: ____

A entrevista:

Inserir-se no âmbito de um projeto de mestrado de gestão de empresas do ISCTE Business School que tem como objetivo geral o desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas, no contexto do Serviço de Anestesiologia do HLL, alinhado com a estratégia do hospital.

Pretende recolher informação que permita identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas do sistema vigente, perceber quais os pontos fortes e fracos e aferir as expectativas.

Todos os dados recolhidos na entrevista são estritamente confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos.

Questões do Guião:

1. Gestão de desempenho:

- 1.1. Qual é o modelo de gestão e avaliação de desempenho adotado pelo serviço de anestesiologia e como é a sua estrutura?
- 1.2. Considera importante avaliar o trabalho desenvolvido pelos seus colaboradores? Porquê?
- 1.3. Quais os principais objetivos de um sistema de avaliação de desempenho para o serviço de anestesiologia?
- 1.4. Um sistema de avaliação de desempenho no serviço de anestesiologia poderá contribuir para o desenvolvimento das pessoas? Se sim, de que forma.
- 1.5. Entende que a avaliação de desempenho pode contribuir para identificar necessidades de formação dos seus colaboradores?
- 1.6. Considera que a avaliação de desempenho aumenta a motivação dos seus colaboradores no exercício das suas funções? Justifique.
- 1.7. Pensa que os resultados da avaliação de desempenho podem alterar a situação profissional dos seus colaboradores no serviço. Como?
- 1.8. O modelo está alinhado com os resultados do serviço? Se sim pode especificar?

2. Gestão de recompensas:

No que respeita ao tema das recompensas, existe uma distinção entre recompensas financeiras (que envolvem transação de dinheiro ou custos financeiros indiretos suportados pela empresa e que se podem dividir em remuneração fixa, remuneração variável e benefícios) e recompensas não-financeiras (que não envolvem dinheiro e estão mais relacionadas com a experiência e a relação de trabalho).

- 2.1. Qual o tipo de recompensas que a sua organização atribui?
- 2.2. Que significado atribui a cada uma das categorias de recompensas (financeiras e não-financeiras).
- 2.3. Ao nível das recompensas financeiras, quais são as que considera que têm mais significado para os seus colaboradores e que mais contribuem para que se sintam recompensados? (aferir remuneração fixa, a remuneração variável e os benefícios)

- 2.4. Ao nível das recompensas não-financeiras, quais as são as que considera que têm mais significado para os seus colaboradores e que mais contribuem para que se sintam recompensados? (aferir o reconhecimento, estatuto, segurança no emprego, trabalho desafiante, oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento, sentimento de competência ou de propósito, qualidade de vida, orgulho da empresa, liberdade e autonomia).
3. Quadro de expectativas:
- 3.1. Na sua opinião, e tendo em conta os objetivos do serviço, considera que o modelo de avaliação de desempenho adotado está adequado? Que alterações propõe?
- 3.1.1. A avaliação deve ser feita por quem? (aferir: superior hierárquico, autoavaliação e/ou pares)
- 3.1.2. Que periodicidade deve ter a avaliação?
- 3.1.3. Como deve ser feita a avaliação? (aferir se deve focar as competências das pessoas; focar os comportamentos; focar os resultados)
- 3.1.4. Como devem ser comunicados os resultados da avaliação?
- 3.2. Considera importante a existência de indicadores de produtividade e/ou qualidade? Quais?
- 3.3. Considera que os resultados da avaliação de desempenho devem ter implicações nas remunerações dos colaboradores? Se sim, de que forma.
- 3.4. Considera que o sistema de recompensas do serviço valoriza adequadamente o desempenho individual? E da equipa? Que alterações propõe?
- 3.5. Conhece algum modelo de recompensas interessante praticado noutra hospital ou país?
- 3.6. Se pudesse, o que mudaria no sistema de recompensas do serviço? Apresente sugestões.

Anexo E: Consentimento dos participantes nas entrevistas

Participação em Estudo de Investigação

Nome do Estudo de Investigação: um sistema de gestão de desempenho e recompensas em anestesiologia

Centro do Estudo: Hospital da Luz Lisboa

Nome do Investigador Principal: Dr.ª Sílvia Pica

Versão: 1.0 de 26 de março de 2024

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Está a ser convidado/a a participar num estudo de investigação no âmbito de uma tese de mestrado em gestão de empresas do Instituto Universitário de Lisboa que está a decorrer no Serviço de Anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa. Antes de decidir se quer participar, é importante que compreenda o motivo da realização deste estudo e o modo como a sua informação será utilizada. Por favor, leia atentamente esta informação e coloque todas as perguntas que entender. Tome o tempo que precisar.

A decisão de participar ou não neste estudo não afetará de modo nenhum a sua relação, no presente ou no futuro, na instituição.

QUAL É O OBJETIVO DESTE ESTUDO?

Este estudo tem como objetivo o desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas, no contexto do Serviço de Anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa, alinhado com a estratégia do hospital. Assim pretende-se com este estudo caracterizar os modelos de gestão de desempenho e gestão de recompensas utilizados no Serviço de anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa; identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas nacionais e internacionais existentes nos serviços de anestesiologia dos hospitais privados e criar um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas do serviço de anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa.

TENHO QUE ACEITAR PARTICIPAR NESTE ESTUDO?

Terá toda a liberdade para recusar-se a participar no estudo ou retirar o seu consentimento, suspendendo a participação em qualquer momento. A participação é voluntária e a sua recusa em participar não envolverá qualquer penalização ou perda de benefícios, presentemente ou no futuro, nesta instituição.

O QUE ENVOLVE A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?

Ao aceitar participar no estudo, ser-lhe-á solicitado que responda a questões de resposta aberta de forma a recolher informação que permita identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas do sistema vigente, perceber quais os pontos fortes e fracos e aferir as expectativas.

QUAIS SÃO OS CUSTOS POR PARTICIPAR NESTE ESTUDO?

Não terá custos acrescidos por participar neste estudo, no entanto também não haverá qualquer remuneração por participar neste estudo.

COMO SERÁ MANTIDA A MINHA CONFIDENCIALIDADE NESTE ESTUDO?

Todos os dados recolhidos na entrevista são estritamente confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos. Os participantes serão identificados por número de série, ficando a identidade dos participantes envolvidos e os dados recolhidos apenas na posse do investigador. O nome dos participantes não será identificado em nenhum relatório ou publicação decorrente deste estudo. Poderá, no entanto, ser mencionada a categoria profissional. A gravação do áudio da entrevista será destruída após a sua transcrição, dentro de um prazo máximo de 8 meses

SEREI COMPENSADO PELA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO?

Não está prevista qualquer compensação pela sua participação no estudo.

A QUEM DEVO COLOCAR QUESTÕES SOBRE O ESTUDO?

O Investigador poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha. Informações de contactos:

E-mail: silviapica@gmail.com

Telefone: +351 966970786

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao assinar este documento, declaro que li e compreendi toda a informação que me foi disponibilizada, em linguagem clara e acessível, oralmente e por escrito acima indicada. Dessa forma pude compreender os objetivos e implicações da minha participação no estudo proposto.

Foi-me dito que posso, a qualquer momento, solicitar ao Investigador Principal mais informações que necessite e de que só deverei tomar a decisão que aqui expresse se estiver totalmente esclarecido e capaz de decidir de forma livre, ponderada, informada e consciente. Foi-me dada oportunidade para fazer todas as perguntas sobre o assunto, obtive respostas esclarecedoras e tive o tempo de reflexão suficiente para tomar a minha decisão. Estou ciente de que a minha participação no estudo é voluntária, gratuita e revogável a qualquer momento e sem consequências. Uma cópia data deste documento ser-me-á fornecida.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Nome do Investigador Principal: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Anexo F: Consentimento do diretor de serviço na entrevista

Participação em Estudo de Investigação

Nome do Estudo de Investigação: um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas em anestesiologia

Centro do Estudo: Hospital da Luz Lisboa

Nome do Investigador Principal: Dr.ª Sílvia Pica

Versão: 1.0 de 26 de março de 2024

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Está a ser convidado/a a participar num estudo de investigação no âmbito de uma tese de mestrado em gestão de empresas do Instituto Universitário de Lisboa que está a decorrer no Serviço de Anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa.

Antes de decidir se quer participar, é importante que compreenda o motivo da realização deste estudo e o modo como a sua informação será utilizada. Por favor, leia atentamente esta informação e coloque todas as perguntas que entender. Tome o tempo que precisar.

A decisão de participar ou não neste estudo não afetará de modo nenhum a sua relação, no presente ou no futuro, na instituição.

QUAL É O OBJETIVO DESTE ESTUDO?

Este estudo tem como objetivo o desenvolvimento de um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas, no contexto do Serviço de Anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa, alinhado com a estratégia do hospital. Assim pretende-se com este estudo caracterizar os modelos de gestão de desempenho e gestão de recompensas utilizados no Serviço de anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa; identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas nacionais e internacionais existentes nos serviços de anestesiologia dos hospitais privados e criar um sistema de gestão de desempenho e gestão de recompensas do serviço de anestesiologia do Hospital da Luz Lisboa.

TENHO QUE ACEITAR PARTICIPAR NESTE ESTUDO?

Terá toda a liberdade para recusar-se a participar no estudo ou retirar o seu consentimento, suspendendo a participação em qualquer momento. A participação é voluntária e a sua recusa em participar não envolverá qualquer penalização ou perda de benefícios, presentemente ou no futuro, nesta instituição.

O QUE ENVOLVE A MINHA PARTICIPAÇÃO NESTE ESTUDO?

Ao aceitar participar no estudo, ser-lhe-á solicitado que responda a questões de resposta aberta de forma a recolher informação que permita identificar as práticas de gestão de desempenho e gestão de recompensas do sistema vigente, perceber quais os pontos fortes e fracos e aferir as expectativas.

QUAIS SÃO OS CUSTOS POR PARTICIPAR NESTE ESTUDO?

Não terá custos acrescidos por participar neste estudo, no entanto também não haverá qualquer remuneração por participar neste estudo.

COMO SERÁ MANTIDA A MINHA CONFIDENCIALIDADE NESTE ESTUDO?

Os dados recolhidos na entrevista não serão confidenciais, sendo apenas utilizados para fins académicos. A sua categoria profissional poderá ser mencionada em relatórios ou publicações decorrentes deste estudo. A gravação do áudio da entrevista será destruída após a sua transcrição, dentro de um prazo máximo de 8 meses.

SEREI COMPENSADO PELA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO?

Não está prevista qualquer compensação pela sua participação no estudo.

A QUEM DEVO COLOCAR QUESTÕES SOBRE O ESTUDO?

O Investigador poderá esclarecer qualquer dúvida que tenha. Informações de contactos:

E-mail: silviapica@gmail.com

Telefone: +351 966970786

CONSENTIMENTO INFORMADO

Ao assinar este documento, declaro que li e compreendi toda a informação que me foi disponibilizada, em linguagem clara e acessível, oralmente e por escrito acima indicada. Dessa forma pude compreender os objetivos e implicações da minha participação no estudo proposto.

Foi-me dito que posso, a qualquer momento, solicitar ao Investigador Principal mais informações que necessite e de que só deverei tomar a decisão que aqui expresse se estiver totalmente esclarecido e capaz de decidir de forma livre, ponderada, informada e consciente. Foi-me dada oportunidade para fazer todas as perguntas sobre o assunto, obtive respostas esclarecedoras e tive o tempo de reflexão suficiente para tomar a minha decisão. Estou ciente de que a minha participação no estudo é voluntária, gratuita e revogável a qualquer momento e sem consequências. Uma cópia data deste documento ser-me-á fornecida.

Nome do Participante: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Nome do Investigador Principal: _____

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Anexo G: Tabela de análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas

Categorias	Sub-categorias	Unidades de contexto	Unidades de análise	Total						%	+	-
				E V 1	E V 2	E V 3	E V 4	E V 5	E V 6			
Modelo de Avaliação de desempenho vigente	Estrutura	EV1 – “Autoavaliação, feita anualmente, semelhante para todos os médicos.” EV2 – “Avaliação anual de desempenho do colaborador em várias áreas.” EV3 – “Modelo institucional, transversal a todos os funcionários, com adaptações consoante a categoria profissional. Avalia aspetos do colaborador desde a produção ao impacto que este tem dentro do serviço. Com nota final ponderada de 1-5.”; “É considerado uma boa prática em termos de gestão empresarial.” EV4 – “Modelo imposto pela JCI, tem de ser igual para todos os colaboradores.” EV5 – “Modelo que não é específico do serviço, é uma autoavaliação, cuja nota é subjetiva e terá de ser confirmada pelo diretor de serviço e diretor de departamento.”	Periodicidade - anual Fontes – autoavaliação Instrumentos – Escalas de competências Características – Adequação aos avaliados Resultados – escala de 1-5	X	X	X	X	X		83,3	5	
				X	X	X	X	X		83,3	5	
				X	X	x	x	x		83,3	5	5
				X	X	X	X	X		83,3		
				x	x	x	x	x		83,3	5	
	Constrangimentos	EV1 – “Não reflete a realidade dos anestesiolistas.” EV2 - “Se o objetivo é ter um serviço de qualidade então o modelo não está alinhado” EV3 – “Por ser transversal está pouco alinhado.”; “Os dados que são colhidos são inúteis e errados.” EV4 – “Não reflete as particularidades da anestesia.”; “O modelo avalia parâmetros que não dependem da atuação do colaborador, são parâmetros relacionados com números gerais de produtividade e isso depende da escala realizada pelos diretores.”	Alinhamento do modelo com resultados do serviço	x	x	x	x	x		83,3		5
		EV1 – “As pessoas têm de estar no mesmo barco e saberem o que representa a avaliação.” EV2 – “Quando recebemos o email para preencher não é claro qual é o objetivo da avaliação e a eventualidade de estar associada a um prémio. Não há uma informação.” EV4 – “Deve ser bem explicado ao grupo.” EV5 – “Não sabemos muito bem para que serve, tendo em conta que não há qualquer recompensa.”	Partilha dos objetivos do modelo com os avaliados	x	x		x	X		66,6		4
		EV2 – “Não se discute com os superiores hierárquicos, não se tem feedback.” EV3 – “Após algum tempo os colaboradores recebem as folhas da autoavaliação com a nota para assinarem.” EV5 – “Até à data, nunca tivemos um feedback.”	Feedback do avaliador	X	X		x	x		66,6		4
		EV1 – “Para ter algum tipo de valor não pode ser feito assim.”; “A avaliação não é levada a sério por ninguém.”; “Serve para preencher um ponto nas	Aceitação do modelo	x	x	x	x	x		83,3		5

		auditorias da JCI.” EV2 – “É só o preenchimento de um papel.” EV3 – “É uma ferramenta inconsequente.”; “Pode perturbar as pessoas.” EV4 – “Não é uma avaliação séria e fidedigna.”										
Modelo de Gestão de recompensas vigente	Estrutura	EV1 – “Vencimento variável, dependente da vontade da chefia.” EV2 – “Temos a avença, que podemos considerar uma remuneração fixa; um prémio no final do ano que é variável; e um seguro de saúde.” EV3 – “Oficialmente existe uma remuneração fixa, que é a avença, e uma remuneração variável, que é o que consideram o prémio, que é o que se produz acima da avença.”; “Um benefício é o acesso a formações como é o caso do curso de SAV.” EV4 – “Lugar no parque de estacionamento, plano de colaborador, seguro de saúde e descontos em alguns parceiros comerciais.” EV5 – “Totalmente dependentes da produtividade, totalmente variável.” EV6 – “Todo o ordenado está indexado à produção, mas há um mínimo, a avença, que no fundo é o ordenado fixo.”; “É premiada a produtividade”; “Outra coisa distinta e que não está indexada à produtividade são as remunerações dos profissionais que participam na governança clínica ou têm postos de liderança.”; “Todos têm acesso aos <i>fringe benefits</i> ”.	Tipos de recompensas financeiras: - Fixa - Variável - Benefícios									
		EV1 – “Ter estatuto. É bem visto, pelo público em geral, ser médico do HLL”; “Orgulho em trabalhar num hospital que funciona bem e que presta bons cuidados de saúde.” EV2 – “Flexibilidade na marcação de férias e folgas e possibilidade de ficar em locais de trabalho das áreas de interesse dos colaboradores.” EV3 – “Acesso a cursos (SAV), formações, congressos.”; “As pessoas podem fazer o que querem em termos de investimento pessoal, atividade técnica, horário e férias.” EV4 – “É dos poucos hospitais que permite fazer cirurgia complexa em várias especialidades.” EV5 – “Este serviço permite-me trabalhar na área que gosto e que me sinto mais capaz.” EV6 – “As pessoas valorizam o <i>long life learning</i> , a possibilidade de continuar a evoluir nos conhecimentos técnicos e na carreira.”	Tipos de recompensas não financeiras: - Orgulho em pertencer à instituição - liberdade e autonomia - Trabalhar na área de interesse - Progressão na carreira - Formação									
	Importância dos diferentes tipos de recompensas	EV1 – “As recompensas financeiras são importantes para ter melhor qualidade de vida, mas também é muito importante estar feliz no local de trabalho, dou valor às duas coisas.”	Recompensas financeiras têm o mesmo significado que as recompensas não financeiras									
		EV2 – “A remuneração financeira é o que me mantém na instituição”; “As recompensas financeiras são as mais importantes, mas o grau de satisfação também é influenciado pelas recompensas não financeiras.” EV5 – “As remunerações no HLL são boas, o que se ganha é uma mais-valia, dá qualidade de vida.” EV4 – “A avença é um patamar de segurança. Acaba por ser benéfico do ponto de vista de conforto financeiro, porque estamos muito dependentes das	Recompensas financeiras têm maior significado que as recompensas não financeiras Importância da remunerações: -Fixa									

	vontades do hospital.”; “Ter um lugar no parque deixa-me muito descansado mentalmente.” EV6 – “A remuneração fixa é importante pois garante a segurança no caso de haver flutuações de procura, como aconteceu na altura da pandemia.”	-Variável -Benefícios	X	X	x	X	x	x	100 16,6	5 1	
Valorização do desempenho individual e da equipa	EV1 – “Não valoriza o desempenho individual, nem da equipa.” EV3 – “É possível a direção do serviço valorizar o desempenho individual e premiar através da forma como distribui o trabalho, ou seja, dirige para determinadas pessoas o trabalho que é mais bem remunerado.”; “O tempo despendido na formação de internos e alunos, participação em cursos e congressos, atividades académicas tem um impacto negativo nas remunerações, são dias sem auferir vencimento.” EV4 – “Não valoriza o desempenho, as recompensas financeiras e não-financeiras acabam por ser iguais para todos.”; “O modelo instituído de colocar as pessoas em cirurgias mais bem pagas, não considero uma boa forma de valorização do desempenho.”; “Não existem recompensas de equipa.” EV6 – “Ainda estamos muito longe de premiar a parte que tem a ver com a qualidade. Os indicadores que temos hoje na anestesiologia na realidade não distinguem os anestesiológicos.”; “...estamos a fazer isso nas escalas de urgência, foi um grande passo que o serviço de anestesia deu nas recompensas da equipa.”	Valorização do desempenho: - Individual - Equipa	X x	X x	x x	X x	X x	X x	33,3/66,6 16,6/83,3	2 1	4 5
Justiça percebida	EV1 - “Há muitas injustiças interprofissionais.”; “O sistema está enviesado pelos gostos da chefia, são eles que decidem.”; “A distribuição do trabalho não é justa.”; “O sentimento de injustiça é dos sentimentos que mais estraga a minha vida profissional.” EV4 – “Remuneração variável está muito dependente das escalas do serviço e isso é um problema para o serviço.” EV6 – “É um trabalho complexo para o diretor de serviço aquando da realização das escalas, temos de estar muito atentos, porque os honorários dependem do tipo de intervenção e as seguradoras não pagam de forma igual os procedimentos. Para ser justo temos de ter em conta isto e ao mesmo tempo o que os anestesistas gostam de fazer e para o qual se especializaram. Mas tem-se conseguido. Tentamos ser tão objetivos quanto possível, mas é de facto difícil.”; “Como está tudo indexado à produção, às vezes acontece que uma pessoa menos diferenciada, se produzir mais, ganha mais do que uma pessoa mais diferenciada.”	Equidade	x	x		x	x	x	16,6/66,6	1	5
	EV4 – “É um modelo pouco seguro porque estamos dependentes das vontades do hospital.” EV5 – “Não dá nenhuma proteção, pode-se ser despedido de um dia para o outro sem direito a indemnização, período de rescisão ou pagamento de férias. São vulnerabilidades do sistema.”	Segurança	x			x	x		50		3

Quadro de expectativas	Sistema de avaliação de desempenho	EV1 – “É importante que exista, se for bem feito e que reflita a realidade.” EV2- “É uma forma de ter melhoria no serviço.” EV3 – “É importante, se tiver algum resultado prático.” EV4 – “Para discutir áreas a melhorara e cumprir objetivos.” EV5 – “Se for adequado e justo, permite diferenciar os elementos e reorganizar a equipa.”	Importância	x	x	x	x	x		100	6		
		EV1 – “É uma oportunidade de melhoria.” EV4 – “Permite ao avaliado perceber as áreas em que pode melhorar e em que pode atingir os objetivos do serviço.” EV2 - “Permite identificar os pontos fracos e desenvolvê-los” EV4 – “Aumenta a motivação dos colaboradores se estiver associado a algum ganho, intrínseco ou extrínseco.”	Objetivos - Melhorar de desempenho - Identificar necessidades de formação - Motivação dos colaboradores	x	x	x	x	x	x	100	6		
		EV1 – “Deve haver uma explicação prévia do que representam as notas.” EV4 – “É importante que a hierarquia diga aquilo que pretende dos colaboradores.” EV5 - “Antes da sua realização deve haver um momento introdutório em que deve ser explicado ao grupo quais são os objetivos, tanto pessoais como coletivos.”; “A arte e o segredo deve ser a forma como é conduzido.”	Partilha e aceitação pelos colaboradores	x	x		x	x		66,6	4		
		EV1 – “Deve ser uma conversa entre chefia e avaliado, com uma grelha bem definida, onde possam aferir os aspetos fortes e a melhorar.”; “É essencial que seja uma chefia com uma visão aberta e que tenha em conta a opinião dos pares.”; “Deve ser focada nas coisas todas, resultados, qualidade, competências, integração no serviço.”; “Os resultados devem ser comunicados pessoalmente, no momento da conversa com a chefia.” EV2 – “Deve haver anualmente um momento em que as chefias e avaliado parem para pensar no que se passou no ano anterior, no que se pode melhorar, no que podes trabalhar para o teu desenvolvimento pessoal e para teres um serviço de qualidade.”; “Deve-se ter em consideração a opinião de todos.” EV3 – “Deve ser feito pelo diretor de serviço com uma autoavaliação que serve de base de discussão, anualmente, porque dá muito trabalho. Deve focar a maneira como as pessoas se integram no serviço, comportamentos, resultados e espírito de equipa.”; “Deveria haver um modelo de recolha de dados da atividade de cada anestesista, como rigor dos registos efetuados e as técnicas anestésicas utilizadas para determinados procedimentos, que induzisse nas pessoas a necessidade de ter uma conduta alinhada com o resto do serviço, o que iria ter impacto favorável na qualidade dos cuidados de saúde prestados.” EV4 – “os resultados devem ser comunicados pela chefia ao colaborador em espaço fechado.”	Estrutura: - Avaliador - Auto - Chefia - Pares - Periodicidade anual - Critérios de avaliação - Resultados - Qualidade - Competências - Integração no serviço - Comunicação dos resultados no momento/pessoalmente - Alteração dos dados colhidos	X	X	X	x	X		66,6/16,6	4	1	
		EV1 – “Considero que são importantes, embora sejam difíceis de definir.”; “O número de procedimentos realizados pode ser indiretamente proporcional à qualidade.” EV3 – “Os anestesistas mais rápidos podem não ser propriamente os	Indicadores de qualidade e produtividade: - Importância - Exemplos: - Dor pós-operatória	x	x	X	X	X	X	100	6		
				x	x	X	x			66,6	4		

