INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

O Papel da Gestão de Pessoas na Criação de Valor numa Unidade Hospitalar Prisional

Mafalda Sofia Teixeira Pato

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento
Professora Associada
ISCTE–Instituto Universitário de Lisboa

abril, 2024

BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

O Papel da Gestão de Pessoas na Criação de Valor numa Unidade Hospitalar Prisional

Mafalda Sofia Teixeira Pato

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:
Professora Doutora Generosa Gonçalves Simões do Nascimento
Professora Associada
ISCTE–Instituto Universitário de Lisboa

abril, 2024

“E a vida não vive em linha reta”

Sophia de Melo Breyner Andresen

Agradecimento

Ao finalizar esta jornada, sinto-me compelida a expressar toda a minha gratidão a todos o que estiveram ao meu lado durante a realização desta tese. A sua concretização foi alcançada não apenas pelo meu esforço individual, mas também pelo apoio incondicional que recebi ao longo do caminho.

À minha orientadora, Professora Generosa do Nascimento, o seu conhecimento e orientação não apenas moldaram a minha pesquisa, como foram, a inspiração na procura da excelência. Sinto-me imensamente grata por ter tido a honra de tê-la como mentora.

Ao meu Eduardo, por ter sido a minha âncora durante todo este processo. A sua paciência, compreensão e encorajamento constante foram fundamentais para eu persistir mesmo nos momentos mais desafiadores das nossas vidas e por isso, sou imensamente grata.

Aos meus filhos, Teresa e Francisco, que foram a minha fonte de inspiração, sou grata pelo amor incondicional e por compreenderem os momentos em que precisei de dedicar-me inteiramente a este projeto, recebendo-me sempre com um sorriso.

À minha mãe, sou grata por todo o seu apoio e por me ter dado alicerces para ser a mulher realizada que sou hoje.

Ao meu pai por me ter mostrado que a vida sem resiliência não poderia ser vivida, acredito que ficaria muito orgulhoso por me ver concluir este desafiante objetivo.

Aos meus amigos, pela presença e por respeitarem a minha ausência, por não me deixarem desistir e acompanharem cada desafio como mais uma conquista.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para os dados colhidos, em especial, sou grata pela partilha sincera dos entrevistados, que toda a diferença fez, para a qualidade desta tese.

A todos obrigada por fazerem parte do meu crescimento.

Resumo

O valor da saúde prisional é multifacetado, desempenhando um papel crucial na proteção da saúde pública, na redução de custos, na promoção da justiça e na reintegração social. O acesso a cuidados de saúde de qualidade é um direito humano básico, que contribui não apenas para o respeito à dignidade e aos direitos humanos, mas também promove a reintegração social dos indivíduos privados de liberdade, após o cumprimento das suas penas. É fundamental que os cuidados de saúde prisionais sejam adequadamente financiados e apoiados para garantir que possam cumprir a sua missão.

O controlo de gestão é uma ferramenta elementar para o sucesso e sustentabilidade de qualquer organização, sendo no âmbito da saúde prisional, ainda mais crucial, uma vez que a gestão eficaz dos recursos e a gestão do desempenho dos profissionais de saúde são essenciais para a qualidade dos cuidados prestados aos reclusos.

O presente trabalho incidiu o seu estudo sobre um Estabelecimento Prisional de natureza Hospitalar, tendo como objetivo a construção de um projeto de intervenção assente num modelo de gestão de *performance* e desempenho que promovesse o alinhamento estratégico organizacional e valorizasse o papel da gestão estratégica de pessoas. Para tal, recorreu-se a uma metodologia qualitativa, em particular o estudo de caso. Efetuou-se um diagnóstico da organização e concebeu-se um *Balanced Scorecard* corporativo e operacional e um sistema de gestão e avaliação de desempenho desenvolvido com base na abordagem AMO (capacidade (*ability*), motivação (*motivation*), oportunidades (*opportunity*).

Palavras-chave: Controlo de gestão, Balanced Scorecard; Sistema de gestão e avaliação de desempenho, Saúde Prisional; Gestão Estratégica de Pessoas

JEL Classification System: M10 – General; M12 – Personnel Management

Abstract

The value of prison health is multifaceted, playing a crucial role in protecting public health, reducing costs, promoting justice and social reintegration. Access to quality healthcare is a basic human right, that contributes not only to respect the dignity and the human rights, but also promotes social reintegration of individuals deprived of liberty, after serving their sentences. It is very important that prison health care is adequately funded and supported to ensure it can fulfill its mission.

Management control is an essential tool for the success and sustainability of any organization, and, in the context of prison health, it is even more crucial, since the effective management of resources and the performance management of health professionals are essential for quality care provided to prisoners.

This work is focused on the study of a Prison Hospital, with the objective of building an intervention project based on a performance management model that would promote organizational strategic alignment, and valued the role of strategic people management. To this end, a qualitative methodology was used, in particular the case study. A diagnosis of the organization was carried out and a corporate and operational Balanced Scorecard was designed, as well as a management and performance evaluation system developed based on the AMO (ability; motivation, opportunity) approach.

Key words: Management Control, Balanced Scorecard, *Performance* Management System; Prison Health; Strategic People Management

JEL Classification System: M10 – General; M12 – Personnel Management

Índice

Agradecimento iii

Resumo v

Abstract vii

Introdução 1

Capítulo 1. Revisão da Literatura 3

1.1. Gestão Estratégica das Unidades de Saúde 3

1.2. Gestão Estratégica na Saúde Prisional 5

1.3. Controlo de Gestão 7

1.4. Balanced Scorecard nos Serviços Públicos – Justiça e Saúde 9

1.5. A Gestão Estratégica de Pessoas como criação de valor 13

1.6. Avaliação do Desempenho - SIADAP 17

Capítulo 2. Metodologia 20

2.1. Método 20

2.2. Técnica de recolha de dados 20

2.3. Técnica de tratamento de dados 21

C**apítulo 3. Diagnóstico da Organização** 23

3.1. Descrição e caraterização da organização 23

3.1.1. Análise Externa 26

3.1.2. Análise Interna 28

3.1.2.1. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho 29

3.1.3. Análise aos Clientes/*Stakeholders* 29

3.1.4. Análise SWOT 36

3.1.5. Benchmarking 37

3.2. Caraterização da CPSM 37

3.2.1. Análise externa da CPSM 39

3.2.2. Análise interna da CPSM 40

3.2.3. Análise SWOT da CPSM 41

3.3. Resultados das Entrevistas 42

3.4. Análise Crítica 44

Capítulo 4. Projeto de Intervenção 47

4.1. Reformulação de Missão, Visão e Valores 47

4.2. BSC Corporativo e Operacional 48

4.2.1. Mapa Estratégico Corporativo do HPSJD 48

4.2.2. BSC corporativo do HPSJD 52

4.2.3. BSC Operacional da CPSM 58

4.3. QUAR do HPSJD 65

4.4. Novo de Modelo de Gestão e Avaliação de Desempenho 67

4.4. Implementação e Avaliação do Projeto 75
Conclusões 78
Referências Bibliográficas 80
Anexos 85

Índice de Tabelas e Figuras

Índice de Tabelas

Tabela 1.1. - Variáveis associadas ao enquadramento AMO 15

Tabela 3.1. - *Stakeholders* do HPSJD 30

Tabela 3.2. - SWOT do HPSJD 36

Tabela 3.3. - SWOT da CPSM 41

Tabela 3.4. - Estrutura de dados segundo metodologia Gioia 43

Tabela 4.1. - Reformulação de Missão, Valores e Visão do HPSJD 47

Tabela 4.2. – Perspetiva dos Clientes/*Stakeholders* – HPSJD 53

Tabela 4.3. – Perspetiva dos Processos Internos – HPSJD 54

Tabela 4.4. – Perspetiva da Aprendizagem e Desenvolvimento – HPSJD 56

Tabela 4.5. – Perspetiva Financeira – HPSJD 57

Tabela 4.6. – Perspetiva dos Clientes/*Stakeholders* – CPSM 59

Tabela 4.7. – Perspetiva dos Processos Internos – CPSM 61

Tabela 4.8. – Perspetiva da Aprendizagem e Desenvolvimento – CPSM 63

Tabela 4.9. – Perspetiva Financeira – CPSM 64

Tabela 4.10. – QUAR do HPSJD 65

Tabela 4.11. – Perfil Profissional Enfermeiro 69

Tabela 4.12. – Perfil Profissional Enfermeiro Especialista 70

Tabela 4.13. – Perfil Profissional Enfermeiro Gestor 71

Tabela 4.14. – Ficha de Avaliação de Desempenho 73

Tabela 4.15. – Plano de Práticas de Gestão de Pessoas 76

Índice de Figuras

Figura 1.1. – Os cinco pilares para melhorar a saúde prisional (OMS, 2020) 6

Figura 1.2. – Modelo de BSC com a Missão no topo 10

Figura 4.1. – Mapa Estratégico Corporativo do HPSJD 49

Glossário de Siglas e Abreviaturas

AIMA – Agência para Integração Migrações e Asilo

AMO – Capacidade, Motivação e Oportunidades (do inglês *Ability, Motivation, Opportunity*)

AO – Assistentes Operacionais

CC – Coordenação Clínica

CCA – Conselho Coordenador da Avaliação

CCGCS – Centro de Competências para a Gestão dos Cuidados de Saúde

CDHOA – Comissão de Direitos Humanos da Ordem dos Advogados

CEPMPL – Código de Execução de Penas e Medidas Privativas da Liberdade

CESMP – Consulta Externa de Saúde Mental e Psiquiatria

CG – Controlo de Gestão

CGP – Corpo da Guarda Prisional

CPSM – Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental

DC – Direção Clínica

DCPSM – Direção da Clínica Psiquiatria e Saúde Mental

DE – Direção de Enfermagem

DGRH – Divisão Gestão Recursos Humanos

DGRSP – Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais

DGSP – Direção Geral Serviços Prisionais

DHPSJD – Direção do Hospital Prisional São João de Deus

et al. – e outros (do latim *et alia*)

EP – Estabelecimento Prisional

EPs – Estabelecimentos Prisionais

GNR – Guarda Nacional Republicana

GPO – Gestão por Objetivos

HIPED – Health in Prison European Database

HPSJD – Hospital Prisional São João de Deus

ICAD – Instituto para os Comportamentos Aditivos e as Dependências

KPI – Key *Performance* Indicators

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MJ – Ministério da Justiça

MS – Ministério da Saúde

N.º - Número

NIF – Número Identificação Fiscal

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OES – Objetivos Estratégicos

OF – Ordem Farmacêuticos

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PAD-SPP – Programa de Acompanhamento de Doentes no Sistema Prisional Português

PdJ – Provedor da Justiça

PDS – Plataforma Dados de Saúde

PI – Peso do Indicador

PIPS – Programa Integrado na Prevenção do Suicídio

PPGD – Programa Psicoeducação e Gestão da Doença

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

PO – Ponderação

PSP – Polícia Segurança Pública

RH – Recursos Humanos

SAEP – Serviços de Acompanhamento à Execução de Penas

SAI – Serviços de Auditoria e Inspeção

SIEP – Serviço de Internamento de Evolução Prolongada

SIEP – Serviço de Internamento Evolução Prolongada

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SWOT – Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças (do inglês *Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats)*

TC - Tribunal de Contas

TEP – Tribunal de Execução Penas

Thc - tetrahidrocanabinol

TO – Terapeuta Ocupacional

TSI – Tecnologias e Sistemas de Informação

UIDA – Unidade de Internamento de Doentes Agudos

UNODL – United Nations Office on Drugs and Crime

UO – Unidade Orgânica

Introdução

Os fenómenos da globalização deram oportunidade à criatividade e ao investimento tecnológico, proporcionando uma difusão do conhecimento e traçando novos caminhos para a criação de valor para os cidadãos no âmbito da saúde. A mudança de lente implementada através de conceitos de otimização de recursos, foi difundida pela conceção de novas estratégias de colaboração assentes na inovação e flexibilidade, com foco na criação de valor para os colaboradores e compreendendo que as pessoas constituem a verdadeira vantagem competitiva e diferenciadora das organizações. Urge, desta forma, a construção de novas estratégias para medir e recompensar o desempenho, promover o *engagement* e reter o talento, onde prevaleça um paradigma customizado e humanizado (Duarte, *et al*., 2023) Desta forma, a gestão da p*erformance* e do desempenho nas organizações públicas, em particular no sector da saúde, necessitam de um olhar mais atento e cuidado, em prol da manutenção de um bem superior que é o direito à saúde (Foglia *et al*., 2019; Paoli *et al*., 2019).

As últimas décadas foram determinantes no sector público da saúde. Várias foram as estratégias implementadas para fazer face à despesa e ineficiência nacional, incluindo a introdução de novas lógicas de mercado. Recorreu-se a instrumentos tradicionalmente utilizados na gestão privada, mais orientada para os resultados e focada no desempenho, procurando o alinhamento da organização com o desempenho do colaborador (*New Public Management*) (Hammerschmid *et al*., 2024). Porém, estas medidas revelaram-se incipientes quando transportadas para a realidade incerta e imprevisível do mundo atual, o que exige uma liderança mais ativa dos profissionais de saúde na construção de modelos de governação clínica sustentáveis e que garantam maior responsabilização e transparência dos processos, capazes de influenciar o clima organizacional (Gonzalez-Sanchez *et al*., 2017; Foglia *et al*., 2019; Paoli *et al*., 2019; Lapuente & Van De Walle, 2020; Kirkpatrick *et al*., 2023).

As dificuldades no sistema de saúde público refletem-se na saúde prisional, uma vez que "*saúde prisional é saúde pública*" (OMS, 2013). Atualmente em Portugal, a responsabilidade da saúde da população reclusa está alocada à Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, sob a tutela do Ministério da Justiça, com atuação desconcentrada em várias unidades (EP), fazendo delas parte, o Hospital Prisional São João de Deus, que com as suas especificidades de segurança reúne características de suporte clínico ímpares, sendo o único hospital prisional português. Esta unidade pública, focada na prestação de cuidados a uma população especialmente vulnerável a doenças orgânicas e mentais, apresenta-se à semelhança das configurações organizacionais de outras entidades públicas de cariz hospitalar, como uma burocracia profissional, sendo o centro operacional a componente chave da organização e para o qual se deverá dirigir o foco de intervenção da gestão de desempenho e *performance*, de forma a criar valor (Mintzerg, 2004).

Neste sentido, justifica-se a pertinência de questionar: qual o papel da gestão de pessoas na criação de valor, numa unidade hospitalar prisional? Assim, propõe-se como objetivo geral deste projeto de intervenção, desenvolver um sistema integrado de gestão de pessoas no HPSJD integrado na DGRSP e enquadrada na realidade do MJ Português. Como objetivos específicos: 1) Adequar o SIADAP, a um alinhamento estratégico recorrendo a metodologia do BSC; 2) Redefinir o modelo de gestão de desempenho para os Enfermeiros; 3) Propor um conjunto de práticas de gestão de pessoas que promovam o desempenho de acordo com o enquadramento da teoria AMO (capacidade (*ability*), motivação (*motivation*), oportunidades (*opportunity*).

Para o efeito, na estrutura deste projeto contempla-se um capítulo de revisão de literatura, no qual se refletiu sobre a estratégia das unidades de saúde em geral e em particular sobre a saúde prisional e onde se expõe concisamente o BSC, como ferramenta e instrumento de eleição no controlo de gestão hospitalar. Desenvolve-se, também, a temática da gestão estratégica de pessoas, em específico o enquadramento conceptual AMO (Appelbaum *et al*., 2000) e o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho, atualmente utilizado na função pública (SIADAP).

No segundo capítulo, expõe-se a metodologia utilizada para a recolha e tratamento de dados e no terceiro, realiza-se uma análise diagnóstica à unidade em questão. Por fim, no capítulo quatro apresenta-se um projeto de intervenção dirigido ao HPSJD e a uma das suas unidades funcionais, a CPSM. Com este projeto de intervenção, pretende-se a construção de um modelo de gestão e avaliação de desempenho, sedimentado em práticas de gestão de pessoas que permita alinhar o desempenho dos colaboradores com a estratégia do hospital, caminhando para um paradigma onde o capital humano seja o maior valor da instituição.

CAPÍTULO 1

Revisão da Literatura

1.1. Gestão Estratégica das Unidades de Saúde

A singularidade das unidades de saúde define-se pela sua missão desafiante de corresponder à prestação de cuidados de saúde, assumindo que esta é uma necessidade básica humana, uma vez que todos os seres humanos em determinada altura da sua existência têm necessidades de saúde. A demanda ilimitada por cuidados de saúde, não é apenas condicionada pela sua necessidade universal, mas também pela complexidade e multifacetada natureza da saúde e do ser humano. Fatores como o envelhecimento demográfico e a incidência de doenças crônicas, exigem que se olhe para os cuidados de saúde nas suas diferentes perspetivas de intervenção, salvaguardando cuidados primários, secundários e terciários. Também o avanço da tecnologia médica com consequente aumento dos custos em saúde, reforçam o sentimento de desejo e valor de acesso a cuidados. Todos estes condicionantes, definem os contornos da estratégia das organizações de saúde, sendo que de acordo com Porter (1996), estratégia é a escolha intencional de um conjunto de orientações diferenciadoras, de forma a criar uma proposta de valor única, visando a melhoria das decisões, do desempenho e do pensamento estratégico.

Na construção da estratégia é fundamental um pensamento crítico e permeável, bem como, um olhar externo à organização de forma a identificar oportunidades e ameaças, mas também uma visão voltada para o interior onde se possa reconhecer recursos e competências. Com esta intervenção, passa-se a definir objetivos e seus indicadores, na procura de implementar processos alinhados (Pinto, 2007). A aplicação da gestão estratégica às unidades de saúde privilegia uma abordagem centrada na definição de objetivos coerentes e na gestão de recursos tendo em conta a sua finitude, contemplando medidas de avaliação, acautelando situações de crise e identificando oportunidades de melhoria para a otimização da qualidade dos cuidados.

Naturalmente, esta complexidade de propósito faz com que as unidades prestadoras de cuidados de saúde hospitalares se organizem estruturalmente, como burocracias profissionais (Mintzberg, 2012). Nesta configuração existe um Topo Estratégico, onde se localiza o Conselho de Administração e a respetiva Linha Hierárquica representada pelos gestores de departamentos altamente especializados, cada um com hierarquia interna própria. Desta forma o fluxo comunicacional de poder e tomada de decisão, flui numa perspetiva *top-down*, centralizados a um nível superior, exercendo-se numa perspetiva de cima para baixo na hierarquia e assumindo uma função de coordenação de recursos. No Centro Operacional encontram-se os profissionais altamente especializados, com diferentes competências e elevado grau de autonomia. Esta estrutura é caracterizada por mecanismos

de coordenação como a estandardização das qualificações e a interação entre os seus intervenientes ocorre através de ajustamento mútuo, por meio de contatos pessoais, no sentido de garantir que a organização cumpra a sua missão e visão. Estes profissionais apesar de desenvolverem atividades operacionais complexas regidas pelos seus códigos deontológicos, também se regem por processos e objetivos padronizados e alinhados com o topo estratégico (Mintzberg, 2012).

Uma das principais vantagens deste tipo de estrutura organizacional é que permite que os profissionais desenvolvam a sua *expertise* nas suas áreas de especialização. No entanto, esta mesma estrutura pode mostrar desafios ao adotar um fluxo comunicacional exclusivo *top-down*. Embora possa ser eficaz em situações de crise e tomada de decisão rápida, quando assumida de forma crônica, tende a comprometer o *engagement* do centro operacional para com a organização e seus objetivos (Mintzberg, 2012).

A complexidade que se evidencia ao caraterizar a estrutura de uma organização de saúde, exige das mesmas um elevado nível de confiabilidade. Desta forma, as organizações altamente fiáveis em saúde são aquelas que demonstram um alto nível de confiabilidade relativamente relação às práticas de cuidados. Estas organizações são caracterizadas por um compromisso com a segurança do doente, liderança forte, comunicação eficaz, cultura de aprendizagem e melhoria contínua (Sculli *et al*., 2022; Polonsky, 2019).

A promoção de uma cultura de segurança valoriza a transparência e a honestidade, pelo que, os seus líderes devem estar comprometidos em fornecer um ambiente seguro a doentes e colaboradores diligenciando uma cultura de *reporting* de incidentes críticos e eventos adversos (Sculli *et al*., 2022; Polonsky, 2019).

Outro pilar das organizações altamente fiáveis em saúde é a comunicação eficaz. A equipa deve ser treinada para comunicar informações de forma clara e concisa e partilhá-las de maneira oportuna e precisa, para alcançar metas comuns de qualidade e segurança (Sculli *et al*., 2022; Polonsky, 2019).

O compromisso com a aprendizagem e melhoria contínua sugere que a equipa deve ser incentivada a refletir nos procedimentos, identificando oportunidades de melhoria numa abordagem sistemática para a melhoria contínua (Sculli *et al*.2022; Polonsky, 2019).

De acordo com Foglia *et al*. (2019), os ambientes complexos destas organizações associados à restrição financeira pública, exige que os órgãos de gestão sejam dotados de competências ambidextras no planeamento da estratégia. Tendo em conta o dinamismo e incerteza que se vive face a exigente diversidade de tipologia de cuidados de saúde, a gestão diária é um equilíbrio tenso entre a prestação de cuidados de qualidade e segurança, a ambição pela inovação e eficiência e a contenção financeira.

A construção de uma estratégia dual que utilize de forma eficiente a exploração e explotação de recursos associada ao alinhamento estratégico, surge assim como imperativo para a sustentabilidade

das organizações. Inerente a esta visão, está a necessidade de uma avaliação contínua de desempenho e *performance* e a aplicação de modelos e ferramentas estratégicas que promovam o alinhamento e a sustentabilidade organizacional. Para isto, é imperativo integrar as preocupações sociais e ambientais nas dinâmicas empresariais de forma a criar valor ambiental, social e económico a longo prazo (Foglia *et al*., 2019; Mio *et al*., 2021; Gleis & Lewandwski, 2022).

As organizações de saúde enquadradas nas suas sociedades são elementos promotores e modelos, que devem incluir nos seus objetivos as preocupações ambientais sociais e éticas da sociedade contemporânea, pelo que devem reger a sua estratégia por princípios e valores de acordo com orientações ecuménicas (Mio *et al*., 2021).

1.2. Gestão Estratégica na Saúde Prisional

Em Portugal, o Estado é responsável por assegurar e promover o direito à proteção da saúde (Constituição da República Portuguesa, 1976) através do SNS (Lei de Bases da Saúde, 1990), constituindo a saúde uma das principais fontes de despesa pública (Campos, 2019). Sendo este, um direito transversal a qualquer cidadão português, a condição de reclusão não inabilita o usufruto do mesmo, encontrando-se sob a tutela do MJ, mais precisamente da DGRSP, o acesso e prestação de cuidados de saúde à população portuguesa privada de liberdade, em parceria com o MS.

Importa compreender que, a prisão não se limita apenas como espaço físico, mas como propósito. Esta é definida por Foucault (2013), como o local onde são aplicadas medidas de privação de liberdade àqueles que violaram os princípios da legislação, protegendo a sociedade dos mesmos, tentando evitar a prática recorrente da criminalidade, porém a leitura rígida desta definição, pode ser redutora face às necessidades que a população reclusa enfrenta.

De acordo com o *United Nations Standard Minimum Rules for Treatment of Prisioners* (2015) (conhecido como Nelson Mandela *Rules*) e com as Regras Penitenciárias para a Europa, elaboradas pelo Conselho da Europa (2006), a acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde à população reclusa deverá manter-se na mesma medida equivalente à de mais população, visto que o único direito que lhes pode ser restringido é a privação da liberdade, para cumprimento de uma medida. Desta forma, no que concerne à realidade das práticas de cuidados de saúde em ambiente prisional, a procura de criação de valor não deverá ser distinta de qualquer outra organização de saúde pública (Bellass *et al*., 2022).

É importante compreender, que de acordo com o CEPMPL, onde são explanados os princípios gerais de proteção da saúde da população reclusa, a prisão tem o dever de promover a integração do recluso através de um processo de acolhimento, privilegiando ações de reabilitação para posterior reintegração na sociedade.

Globalmente, estima-se que exista mais de 11 milhões de pessoas no mundo privadas de liberdade e aproximadamente 30 milhões, são presos todos os anos. Sabendo que a população reclusa tem uma ligação muito próxima com as comunidades, com elevado *turnover*, a maioria dos reclusos são reintegrados na sociedade. Esta realidade evidencia a importância e responsabilidade das entidades públicas face à prestação de cuidados de saúde e na construção de um sistema resiliente onde a saúde e a justiça se possam encontrar (Alves da Costa *et al*., 2022; Bellass *et al*., 2022; Pont *et al*., 2018).

Nesta medida, o direito à proteção da saúde nas prisões, apesar de amplamente explorado em vários documentos orientadores internacionais, encontra-se na literatura como uma temática de preocupação social, sendo valorizada pela ONU (2015) e prevista nos seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, através da ODS3 - Saúde de Qualidade e da ODS10 – Redução das desigualdades.

Concordando que as prisões são um ambiente adequado para abordar as desigualdades na saúde da população, a OMS no seu mais recente plano de ação define cinco áreas principais de investimento para dar resposta à melhoria de o*utcomes* em saúde para todos, com impacto na saúde da comunidade, prevenindo a reincidência de criminalidade e reduzindo custos (figura 1.1.).



Figura 1.1. – Os cinco pilares para melhorar a saúde prisional
(Fonte: Adaptado de OMS (2020). Elaboração própria)

Estes pilares afirmam a necessidade de desenvolvimento de políticas e legislação para melhorar a saúde prisional; identificam a carência de investimento na interface entre o sistema de saúde prisional e o SNS, para promover a continuidade dos cuidados; diligenciam o desenvolvimento de práticas baseadas na evidência e nas necessidades reais de saúde progredindo para a eficiência dos serviços e melhoria dos *outcomes*; reconhecem que o desenvolvimento de processos de capacitação em saúde prisional entre os Estados Membros e a construção de alianças entre os principais *stakeholders* são essenciais para coordenar sinergias e mobilizar recursos; e destacam a gestão da *performance* como estratégia para a promoção da melhoria contínua e para a sustentabilidade da saúde prisional (OMS, 2020).

Internacionalmente, existe uma grande variedade de realidades quanto à tutela da gestão da saúde prisional. Países como a Alemanha, Geórgia e o Azerbaijão, subordinaram os seus departamentos de saúde prisional, diretamente aos MJ. Outros países como a Argentina, Turquia e Eslovénia, aceitaram as sugestões desenvolvidas pela OMS em parceria com o Gabinete das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (OMS, 2013), tendo integrado a assistência de cuidados de saúde, parcialmente nos seus sistemas nacionais de saúde, sendo estes responsáveis por garantir o acesso e prestação de cuidados de saúde à população reclusa.

Não obstante, países como Noruega, França, Reino Unido, Finlândia, já concluíram o processo de transferência total da responsabilidade dos cuidados de saúde prisional, para os seus MS (Ponte *et al*., 2018). O apelo da OMS (2013), para que os cuidados de saúde prestados no sistema prisional, sejam integrados no MS revelam uma política de saúde de base comunitária, onde se afirma que "saúde prisional é saúde pública", sendo defendido que esta orientação estratégica requer um orçamento independente para os cuidados de saúde, segregado do MJ (Ponte *et al*., 2018).

Este encontro entre o sistema prisional e o sistema de saúde, reflete a importância da adoção de modelos neo-burocráticos na gestão, em particular na gestão de unidades de saúde. Ferramentas de controlo de gestão, amplamente aplicadas no contexto da gestão em saúde, como o BSC, são propostas importantes no controlo de gestão de organizações com cariz burocrático profissional, onde se pretende uma cultura mais colaborativa contrapondo os conceitos clássicos da aplicação do BSC, de autoridade rígida, para uma visão holística, flexível e adaptável, com transparência e *accountability*, adaptado a um contexto social e cultural contemporâneo, na procura de sistemas resilientes (Oliveira *et al*. 2020; OMS, 2023).

1.3. Controlo de Gestão

Cada vez mais, é exigido às organizações públicas, estratégias holísticas que façam face à volatilidade dos mercados e à medida que o mundo se transforma. Por esta razão, a definição de CG torna-se cada vez mais complexa e importa abranger, quais os instrumentos possíveis de aplicar, mas também quais são os seus destinatários, uma vez que é através destes, que se promove o alinhamento da estratégia organizacional (Tucker & Parker, 2015; Jordan *et al*., 2021).

O CG, surge como o processo através do qual, os gestores são os responsáveis pela implementação dos objetivos organizacionais pré-definidos, utilizando como meio a influência mútua para o planeamento, implementação e operacionalização da estratégia, revelando subtilmente que o posicionamento intermédio do CG entre a Direção da Organização e os Gestores, exige a contemplação de *skills* comportamentais, como a comunicação eficaz e a liderança, para a promoção da

descentralização e tomada de decisão (Jordan *et al*., 2021; Pinto, 2009; Anthony & Govindarajan, 2007).

A perspetiva tradicional do CG como papel de controlador, desvanece ao longo dos tempos e a lente do controlo de gestão assume a avaliação de desempenho como área de intervenção numa perspetiva de gestão contemporânea que procura a criação de valor e a sustentabilidade para a organização através de instrumentos, que promovem o alinhamento de todos os *stakeholders* que a compõem, sem clivagens e através de informação oportuna fiável e relevante que permitam a implementação de medidas financeiras e não financeiras (Jordan *et al*., 2021; Pinto, 2009).

O CG é de acordo com Jordan *et al*. (2021), "...*um conjunto de instrumentos que motivem os objetivos descentralizados a atingirem os objetivos estratégicos da entidade, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil e favorecendo a delegação de autoridade e responsabilização." Nesta perspetiva, os gestores assumem o papel principal no processo de CG e encontram ao seu dispor, de acordo com os mesmos autores, três tipos de instrumentos: os Instrumentos de pilotagem, os Instrumentos de orientação de comportamento e os Instrumentos de diálogo*.

Os Instrumentos de Pilotagem, numa perspetiva técnica possibilitam definir objetivos, planear e acompanhar resultados, de forma contínua e em tempo útil. Para isto, estão disponíveis vários instrumentos previsionais de pilotagem: no planeamento, o Plano Operacional e o Orçamento, por sua vez, no acompanhamento de resultados prevê-se a utilização do Controlo Orçamental, bem como instrumentos como os Tableaux de Bord e o BSC, que permitem a monitorização em tempo oportuno à tomada de decisão (Jordan *et al*., 2021).

Os Instrumentos de Orientação do Comportamento destinam-se a promover o alinhamento dos gestores descentralizados, canalizando a tomada de decisão não somente para a concretização dos objetivos locais e parciais, mas com vista à mobilização dos mesmos para o alcance dos objetivos estratégicos. Destacam-se deste tipo de instrumentos, a organização segundo Centros de Responsabilidade, que facilita que cada gestor descentralizado defina a sua missão e objetivos, assegurando o alinhamento da unidade descentralizada e autônoma à organização, utilizando sistemas de avaliação de desempenho específicos promotores da implementação da estratégia.

Por último, os instrumentos de diálogo, que são transversais a todos os processos de CG, estando presente na rotina diária de uma organização, assentam na premissa da comunicação eficaz. Aparentemente simples, são instrumentos complexos pois sofrem influência direta de todos os seus atores e tomam lugar em qualquer espaço e processo de negociação, reunião e diálogo entre os *stakeholders* (Jordan *et al*., 2021).

No âmbito do CG, encontra-se a gestão da *performance*, uma vez que é através desta que é possível consciencializar os gestores operacionais que a conquista dos objetivos estratégicos ocorre através da implementação de ferramentas que conduzem a tomada de decisões conscientes. Como

tal, o seu objetivo último não é a medição em si, mas sim a atuação sobre os comportamentos dos profissionais promovendo o seu alinhamento com a visão, missão e prioridades estratégicas da organização (Jordan *et al*., 2021).

Assim, de acordo com Pinto (2009), as organizações devem observar a gestão da *performance* como um processo evolutivo que agrega várias atividades. Esta integra os sistemas de medição de desempenho de *performance* utilizados no CG. Porém, o objetivo destes não é serem um fim em si mesmos, mas sim promover a avaliação, a monitorização e permitir rever a *performance* da organização inspirando o alinhamento das pessoas através do pensamento estratégico, utilizando para isto, um conjunto de atividades que desencadeiam ações de melhoria. Nesta fase deve-se optar por sistemas de medição assentes em indicadores ou métricas, que se podem classificar em diversas categorias. Dos principais sistemas de medição de *performance*, atualmente suportados pelos avanços tecnológicos, destacam-se os seguintes, como os mais utilizados na gestão da saúde, Six Sigma, Total Quality Management, European Foundation for Quality Management - Excellence Model e o BSC. Cada sistema é caracterizado pelos seus conceitos básicos, objetivos, vantagens e desvantagens e deve ser adotado de acordo com o tipo e fase em que se encontra a organização.

A importância de medir *performance* ganhou particular relevo a partir dos anos 80, com o modelo New Public Management, introduzido pelos governos de vários países, onde se proclamava que seria possível melhorar o desempenho do sector público, associando os princípios de um sistema de mercado a instrumentos tradicionalmente utilizados na gestão privada, numa perspetiva focada nos resultados, no desempenho e na eficácia através de projetos de mudança e melhoria contínua (French *et al*., 2023).

Nesta construção, as organizações, apoiam-se em quatro pilares fundamentais: os processos, as infraestruturas, as pessoas e as competências. Este sistema integrado e suportado por elementos tecnológicos, permite que a gestão da *performance* seja realizada de forma sustentável através da recolha, tratamento, integração e análise de dados. Esta perspetiva coloca os sistemas de avaliação da *performance* como uma área a priorizar uma vez que o seu potencial reforça o alinhamento das atividades operacionais com a estratégia (Pinto, 2009; Naranjo-Gil, 2016).

1.4. Balanced Scorecard nos Serviços Públicos – Justiça e Saúde

Desde a apresentação de Kaplan *and* Norton (1992), que o BSC se constituiu, como um dos mais utilizados instrumentos de implementação de estratégia e monitorização de *performance* adotado pelas empresas, tendo sido amplamente aplicado à administração pública, em especial ao sector da saúde (Klassen *et al*., 2010; Amer *et al*., 2022). Foi definido como um instrumento que se distinguia das tradicionais medidas financeiras, focadas em ocorrências passadas, iniciando um novo paradigma

para a criação de valor futuro. Através de medidas operacionais equilibradas e integradas, nomeadamente nas áreas de satisfação do cliente, processos internos e aprendizagem e crescimento. Desta forma, este instrumento estabelece a ponte entre a estratégia a longo prazo e as medidas a implementar no momento (curto prazo) (Kaplan & Norton, 1992).

Desde o início do BSC, várias foram as versões até à constituição de um modelo que operacionalizasse a estratégia e a visão da organização de forma holística. Nesta continuidade emergiu a valorização da importância da comunicação desde a gestão de topo, a todos os níveis da organização, mas também a promoção da *accountability* a todos os *stakeholders*, sem descorar o *feedback* e a aprendizagem e permitiu a otimização da estratégia com base na avaliação de desempenho e a sua efetividade (*double-loop learning*) (Amer *et al*., 2022; Mio *et al*., 2021). Complementar à implementação do BSC, foi desenvolvido pelos mesmos autores, o Mapa Estratégico (*Strategy Map*), um instrumento que permite dar evidência tanto à estratégia da organização, como aos processos e sistemas que promovem a sua implementação. Assim, na sua essência é possível construir uma representação visual dos objetivos críticos e das relações cruciais entre eles (causa-efeito), bem como retirar informação sobre de que forma a organização otimiza recursos em torno de *outputs* tangíveis (Kaplan & Norton, 2000; Mio *et al*., 2022). Apesar da literatura (Gonzalez-Sanchez *et al*., 2017) evidenciar as quatro perspetivas tradicionais, financeira, clientes, processos internos e aprendizagem, é importante realçar que a maturidade do BSC em organizações públicas, em particular na saúde, dá evidência à Missão como uma quinta perspetiva (figura 1.2.).



Figura 1.2. – Modelo de BSC com a Missão no topo
(Fonte: Adaptado de Pinto (2009). Elaboração própria)

A aplicação do BSC à administração pública é assim credível, mediante algumas otimizações, revelando um caráter holístico e dinâmico do BSC. Para melhor compreender a adaptação à

administração pública deste sistema de comunicação e medição de *performance*, com raízes em sistemas privados, é necessário observar as perspetivas sob uma lente conectada com o valor social (Niven, 2008; Pinto 2009; Oliveira *et al*., 2019). Na sua implementação, há que valorizar todos os conceitos, que conferem, singularidade à organização, tal como a missão, os valores, a visão e estratégia.

Na realidade, a missão dos serviços públicos, surge como a perspetiva de topo, uma vez que é colocada acima das quatro perspetivas tradicionais, já que este é o propósito da organização, a sua razão de existir, deve traduzir as leis orgânicas de forma esclarecida e estar encaminhada para as metas, reforçando o alinhamento (Pinto, 2007; Bassani *et al*., 2022).

Os valores, de comportamento acrônico, encontram-se estreitamente interligados com a missão, qualquer incoerência entre ambos tem consequências na credibilidade interna e externa da organização afetando o *Commitment* dos trabalhadores, bem como a satisfação dos *stakeholders* (Pinto, 2007; Bassani *et al*., 2022).

A visão, por sua vez, reforça a projeção no futuro, é a representação do que a organização deseja atingir, deve ser coerente com os valores e com a missão, tangível, realizável e verificável, clara, convincente e apelativa. Nos serviços públicos, a visão é indissociável da agenda política, sendo necessário uma articulação interna e em parceria entre gestores e responsáveis políticos (Pinto, 2007; Bassani *et al*., 2022).

De acordo com os autores desta ferramenta de gestão estratégica, Kaplan *and* Norton (2001), *"as organizações do setor público precisam atender a três objetivos específicos para poderem cumprir a sua missão: criar valor com um custo reduzido, promover o apoio e o comprometimento contínuo"*. Assim para melhor compreensão do modelo esclarece-se as perspetivas do BSC, de acordo com vários autores (Pinto, 2009; Amer *et al*., 2022; Vasconcelos *et al*., 2023):

- Na perspetiva clientes e *stakeholders*, identifica-se o mercado em que se está estabelecido e a respetiva *performance* da organização no mesmo. Os objetivos focam-se na satisfação, retenção e rentabilidade dos clientes, assim como no recrutamento de novos clientes e quota de mercado nos segmentos alvo. Esta perspetiva investe na gestão do cliente, uma vez que privilegia a criação de valor para este. É a protagonista nos serviços públicos, logo após a missão, emergindo dela. Apesar do conceito de cliente/beneficiário no setor público ser bastante complexo, tentou-se esclarecer a quem se pretendia dirigir a criação de valor. De forma generalista, o cliente são todos os destinatários diretos e indiretos interessados *"…não só quanto aos serviços prestados (outputs), mas também quanto aos resultados finais produzidos na sociedade (outcomes)*" (Pinto, 2009).

- Na perspetiva dos processos internos, identifica-se os processos prioritários para a excelência da organização, o que pode implicar melhorias ou conceção de novos. Os processos focam-se em objetivos que promovam a satisfação do cliente e o cumprimento financeiro. Os indicadores desta

perspetiva, devem caminhar lado a lado com as tomadas de decisão que envolvam a perspetiva dos clientes e *stakeholders*, bem como, com a otimização de custos e manutenção da qualidade (perspetiva financeira). Na administração pública, os processos internos correspondem não só a objetivos internos da organização como também a medidas implementadas pelo próprio Estado.

- A perspetiva aprendizagem e desenvolvimento, identifica o capital humano, os sistemas de informação e os procedimentos organizacionais que geram crescimento, valor e melhoria a longo prazo. Os seus objetivos são, investir nos conhecimentos e qualificações dos profissionais da organização, melhorar sistemas de informação através da tecnologia e do alinhamento com os processos organizacionais. Os indicadores devem refletir satisfação, retenção e qualificação do *staff*, através da renovação e aquisição de novas competências. As condicionantes orçamentais da administração pública, constituem uma barreira a esta perspetiva, uma vez que o reduzido número de colaboradores, a ausência de avaliação contínua e o diminuto investimento, bem como o processo burocratizado no investimento de bens e serviços e equipamento informático, podem revelar-se como fatores prejudiciais ao seu sucesso.

- A perspetiva financeira indica o nível de implementação e execução da estratégia e corresponde a um incremento do desempenho. Considera-se que, os objetivos definidos para esta perspetiva se referem tipicamente à rentabilidade, aumento de vendas ou geração de fluxo de caixa. Na realidade dos serviços sob alçada da administração pública, esta perspetiva funciona mais como uma limitação na execução da estratégia, uma vez que está dependente da gestão eficaz e eficiente do orçamento concedido pelo Estado à organização. Por outro lado, esta perspetiva no sector público garante que os objetivos estão a ser cumpridos da forma mais eficiente, recorrendo a menores custos, dentro do orçamento atribuído.

A relação causa-efeito entre perspetivas, metas, objetivos e indicadores é o que diferencia os princípios essenciais na aplicação deste sistema de medição de desempenho e devem ficar evidentes quando se constrói o Mapa Estratégico.

Com a disseminação deste sistema de medição ao longo dos últimos 30 anos, foi possível identificar aspetos determinantes, que funcionam como promotores ou impedimentos à sua implementação. Destaca-se a cultura organizacional e a liderança, sendo que ambas podem ser facilitadoras ou obstáculos mediante a sua prática. Além destas, foram identificados outros aspetos, (des)alinhamento entre a missão e a visão; a utilização do BSC como instrumento de controlo dos profissionais de saúde; ineficientes processos organizacionais; falta de compromisso da administração; desconexão entre a unidade de saúde e as entidades governamentais que a regem; ausência de literacia sobre o BSC; ausência de *accountability*, entre outras (Kaplan & Norton, 2001; Betto *et al*. 2022).

No sector público, a aplicação deste sistema flexível que abrange não só a perspetiva financeira como também a não financeira, permite a otimização de custos e a melhoria da qualidade dos cuidados dos serviços de saúde públicos. Assume-se à partida que a realização da missão e a satisfação de todos os *stakeholders* possam ser conquistadas através de um orçamento com baixos custos (pré-definido), e que com este, possam ser desenvolvidos processos internos de excelência com repercussões construtivas na aprendizagem e inovação do capital humano e de informação, porém não podem ser descurados os constrangimentos, anteriormente identificados (Pinto, 2009).

Salienta-se que as organizações públicas, apresentam um grau de autonomia reduzido para proceder a alterações no que diz respeito aos seus clientes/serviços, uma vez que os mesmos estão definidos pela respetiva tutela, alimentando um modelo tradicional de gestão (Santos, 2008). No caso específico da saúde prisional, esta, encontra-se sob a responsabilidade do MJ, através da DGRSP. Esta entidade tem como missão executar penas e medidas de privação da liberdade, porém, não pode negligenciar a equidade no acesso à saúde da população reclusa, tal como definido na própria missão e Lei Orgânica.

Neste sentido, a aplicação de um modelo de gestão que associa o controlo rigoroso dos *inputs* e *outputs* da *performance* orçamental, focado na qualidade dos processos internos e que aposte na liderança, motivação e desenvolvimento dos recursos humanos é um desafio que vem a ganhar constructo na última década, para a conquista de criação de valor para a saúde prisional (Pinto, 2009; Betto *et al*. 2022;).

O conceito errado, por parte dos gestores, de que o BSC, é exclusivamente, uma ferramenta de controlo de desempenho conduz a uma interpretação limitada das suas potencialidades, uma vez que pode corromper a adesão dos profissionais de saúde a uma cultura de avaliação de desempenho. É, portanto, basilar, refletir sobre a Gestão Estratégica de Pessoas como criação de valor para a Saúde Prisional.

1.5. A Gestão Estratégica de Pessoas como criação de valor

Atendendo às limitações reais de recursos financeiros públicos e a elevada complexidade das unidades de saúde de cariz hospitalar, com centros operacionais altamente qualificados e autónomos no exercício da sua profissão, a valorização do capital humano ganha particular relevo na gestão de *performance* e avaliação de desempenho.

A gestão estratégica de pessoas foca-se em criar vantagem através da gestão de recursos humanos, recorrendo a práticas de alinhamento entre objetivos individuais e corporativos, que reforcem a criação de capital humano e de valor social, para a conquista e preservação de uma *performance* organizacional de nível superior. Imperativo à sustentabilidade de uma organização, está

desta forma, a construção de um modelo que demonstre uma estratégia concebida com atividades fundamentadas na gestão eficiente dos recursos humanos (Buller & McEvoy, 2012, 2016; Boselie, 2021).

A relação entre a gestão de recursos humanos e a *performance* tem vindo a ser explorada por diversos teóricos, na tentativa de clarificar, quais os aspetos que potenciam a criação de valor e quais diminuem a sua efetividade. O enquadramento AMO, desenvolvido por Appelbaum e seus colaboradores (2000), é um dos mais referenciados. Este, enquadra a capacidade (*ability*), a motivação (*motivation*) e as oportunidades (*opportunity*) do colaborador, como preditivas da sua *performance* individual e vem a ser amplamente utilizado para explicar a ligação entre as práticas de RH e o desempenho individual e/ou organizacional.

O construto de capacidade (*ability*), pode ser compreendido como tradutor da aptidão do indivíduo para realizar com eficácia uma dada tarefa, isto é, a sua habilidade (definida pelo conjunto de conhecimentos e competências que o tornam capaz) de operacionalizar adequadamente e com sucesso uma dada atividade.

A motivação (*motivation*) é compreendida, à luz do enquadramento AMO, como o conjunto das forças que incentivam, direcionam e mantêm o comportamento do indivíduo em relação a algo. Assim sendo, a motivação está, não apenas na base do início da ação, mas também intrinsecamente ligada à forma como esta se desenvolve e eventualmente termina, determinando a orientação e a intensidade dos esforços.

As oportunidades (*opportunity*), por sua vez, referem-se aos fatores externos ao indivíduo, que fazem parte do contexto e estão além do seu controlo, podendo, ainda assim, limitar ou potenciar o seu sucesso num dado momento (Bos-Nehles *et al*., 2023; Van den Goor *et al*. 2022).

Existem três variantes do enquadramento AMO que diferem quanto às variáveis preditivas consideradas: uma primeira, que restringe a sua aplicação unicamente ao nível individual; uma segunda, que se situa ao nível organizacional; e uma terceira, mais recente e menos difundida, que as teoriza em ambos os planos. Bos-Nehles e colaboradores (2023), agregaram as temáticas, no que concerne à sua articulação com a gestão estratégica de pessoas e agruparam as variáveis mais referidas, tal como descrito na tabela 1.1.

Marin-Garcia e Tomas (2016), procuraram por meio de uma revisão sistemática, perceber a adequabilidade do modelo AMO às práticas de RH, concluindo que existe uma ampla exploração do modelo em termos práticos e que se testa a influência de práticas de RH na *performance*. Não obstante, os autores verificam a existência de evidências suficientes para concluir que este é um enquadramento muito útil para explorar a referida ligação, devendo ser entendido como complementar, no sentido de proporcionar uma abordagem mais compreensiva dos fenómenos em causa.

Tabela 1.1. - Variáveis associadas ao enquadramento AMO (Fonte: Adaptado de Bos-Nehles *et al*. (2023). Elaboração própria)

Dimensões		Variável AMO	Variável Específica
Capacidade (*Ability*)	Práticas potenciadoras de competências/ habilidades	Formação/treino	Formação e Desenvolvimento
		Contratação	Recrutamento Seleção Contratar seletivamente
		Desenvolvimento	Desenvolvimento de iniciativas de progressão de carreira
	Caraterísticas das Competências/ habilidades	Conhecimento	Conhecimento específico relacionado ao trabalho Partilha de conhecimento
		Autoeficácia	Autoeficácia
Motivação (*Motivation*)	Práticas potenciadoras de Motivação	Avaliação	Avaliação de desempenho Avaliações formais regulares
		Pagamento	Compensação/prémios Pagamento com base na *performance* Pagamento acima da média
		Incentivos	Benefícios Incentivos Recompensas
		Progressão na Carreira	Promoção Seguro de Desemprego
	Características da Motivação	Cultura/Clima	Confiança e Reciprocidade Clima Organizacional
		Motivação individual e *Engagement*	Motivação individual *Engagement*
Oportunidades (*Opportunity*)	Práticas potenciadoras de Oportunidades	Tomada de decisão/ Voz/Participação	Participação *Empowerment* Envolvimento Comunicação
		Design do trabalho	Autonomia *Design* do trabalho
		Políticas	Processos de reclamação e queixa
	Caraterísticas da Oportunidades	Relacionamentos	Trabalho de Equipa Apoio

Tendo em conta este reforço de validade e pertinência, assim como os objetivos do presente estudo, importa analisar a literatura existente quanto ao papel e aplicação da teoria AMO em instituições públicas, especificamente, instituições públicas hospitalares.

Relativamente a instituições públicas, Gould-Williams and Gatenby (2010), realizaram uma investigação com trabalhadores do setor público britânico a fim de analisarem os efeitos do trabalho em equipa e do contexto organizacional na sua *performance*. Para tal, testaram se um conjunto de práticas potenciadoras de capacidades (*ability*), focadas no incentivo (*motivation*) e de trabalho em equipa e desenvolvimento (*opportunity*) influenciava mais a *performance* organizacional ou individual. Não foram identificadas interações significativas que apontassem efeitos positivos da intervenção experimental nos indicadores analisados.

Todavia, Mbukanma and Strydom (2022) realizaram um estudo análogo na África do Sul, feita por meio de uma revisão sistemática de literatura, tendo analisado especificamente se as três

componentes do modelo AMO são determinantes para a atitude dos trabalhadores em prol de uma *performance* ótima e qual o seu impacto para o sucesso das organizações públicas nacionais. Os resultados sugeriram que o enquadramento AMO permite às organizações, estruturar as suas práticas de recursos humanos de forma efetiva, determinando desde logo, os candidatos selecionados para as integrar, o que por si só implica que apenas sejam integrados os profissionais considerados mais propícios de prosperar no âmbito das mesmas.

Em suma, estes autores afirmam que este modelo sugere que as práticas de gestão de recursos humanos contribuem para a otimização do desempenho dos seus colaboradores. Como tal, o desenvolvimento das habilidades e competências proporcionam aos colaboradores a capacidade de realizar a sua função e otimizá-las, podendo ser promovidas através de práticas de gestão de recursos humanos instituídas na organização, como o recrutamento e a formação. A motivação pode ser despertada por um sistema de recompensas, pela avaliação de desempenho, pelo desenvolvimento da carreira e pela segurança no trabalho. Por sua vez as oportunidades, são um conjunto de iniciativas que envolvem os colaboradores, para a melhoria do seu desempenho, através do estímulo do trabalho em equipa, promoção da autonomia e comunicação. Assim, os colaboradores assumem um papel ativo no bom desempenho da organização, quando se encontram dotados de habilidade e competências que identificam congruentes com a sua função e têm a motivação e a oportunidade para as exercer.

Boxall and Purcell (2022), acrescentam ainda que, para a excelência do desempenho da organização não é suficiente existir um conjunto de habilidades e competências definidas, mas sim colocá-las em prática através da aplicação das *best pratices* (melhores práticas) e do *best fite* (melhor ajuste). Entende-se por *best pratices*, aquelas que, permitem captar o comportamento dos colaboradores em função da estratégia organizacional. Por sua vez o *best fit*, demonstra que as práticas de gestão dos recursos humanos devem ser ajustadas de acordo com o contexto interno e externo da organização.

Particularmente em contexto hospitalar, Boselie (2010) estudou o impacto de práticas de alta *performance* no compromisso e cidadania de profissionais hospitalares alemães. Os resultados obtidos evidenciam que as práticas de desenvolvimento (formação) e envolvimento (participação nos processos de tomada de decisão) constituem aspetos determinantes no estabelecimento de uma cultura de alta *performance* em contextos laborais de saúde. Não há dúvida de que, num domínio tão complexo de alto risco e com utilização intensiva de recursos como o dos cuidados de saúde, este sector depende fortemente do conhecimento, das competências e da motivação dos responsáveis pela prestação de serviços de saúde, sendo que fica explícito que o alto desempenho é um equilíbrio entre a qualidade dos cuidados e a satisfação do doente, e por sua vez, a dedicação e a colaboração são as suas dimensões vitais. Assim, o desempenho ideal dos profissionais de saúde é vital para a prestação

de cuidados de elevada qualidade e segurança aos doentes, valorizando o papel da gestão estratégica de pessoas, como essencial na melhoria do desempenho (Van den Goor *et al*. 2022).

1.6. Avaliação do Desempenho - SIADAP

A gestão do desempenho é uma prática de gestão de pessoas, que visa o desenvolvimento de processos internos às organizações e lhes permite sistematizar informação sobre a *performance* individual de um colaborador (integrando eventualmente outros níveis como o coletivo e organizacional) ao longo de um determinado período de tempo, a fim de enquadrar qualitativa ou quantitativamente o seu sucesso no âmbito dos objetivos profissionais que lhe estavam associados (Garengo *et al*., 2022).

No âmbito da administração pública, a Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, define a aplicação do Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP) como um sistema de avaliação do desempenho dirigida aos serviços, dirigentes e trabalhadores dos serviços da administração direta e indireta do Estado, bem como, com as devidas adaptações, aos serviços da administração regional autónoma e à administração autárquica.

O SIADAP, apresenta como foco a melhoria da gestão pública, através de: 1) a avaliação da qualidade dos serviços; 2) a consolidação de práticas de avaliação e autorregulação; 3) o reconhecimento e distinção de serviços e pessoas pelo seu desempenho e resultados; 4) a otimização da informação e a arquitetura dos processos; 5) a promoção da transparência, a comunicação e liderança; 6) a sustentação do processo de decisão estratégica; 7) a nomeação das necessidades de formação; 8) a conjugação da motivação e o desenvolvimento de competências; e 9) robustecer a liderança.

Encontram-se inerente aos seus princípios, a coerência, integração e o alinhamento da atividade dos três subsistemas, serviços, dirigentes e colaboradores, em proveito dos objetivos e execução das políticas públicas (artigo 5.º). É identicamente salientado que, estes devem operar de forma alinhada e integrada, por via da "*coerência entre os objetivos fixados no âmbito do sistema de planeamento, objetivos do ciclo de gestão do serviço, objetivos fixados na carta de missão dos dirigentes superiores e objetivos fixados aos demais dirigentes e trabalhadores*" (n.º 2 do artigo 9.º). Evidencia-se, desta forma, o estreito vínculo com os princípios da gestão por objetivos, através da construção de um sistema ajustado numa gestão centrada no cumprimento de objetivos antecipadamente fixados, interligados e coerentes entre si (Bilhim, 2014; Lira, 2014).

Nos termos dos artigos 2.º e 9.º da Lei n.º 66-B/2007, o SIADAP, pressupõe um modelo global de avaliação do desempenho, abrangendo os serviços, dirigentes e trabalhadores, por via de três subsistemas com diferentes ciclos avaliativos, numa perspetiva *top-down* (Lira, 2014):

- Subsistema de avaliação do desempenho dos serviços (SIADAP 1);

- Subsistema de avaliação do desempenho dos dirigentes (SIADAP 2);

- Subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores (SIADAP 3);

No âmbito da avaliação de desempenho dos serviços (SIADAP 1), prevê-se a aplicação anual do QUAR, de forma a transmitir participação, comprometimento e transparência com o serviço público.

A utilização do QUAR, assegura a visibilidade e informação dos cidadãos sobre o processo, promovendo a sua participação e a co-construção de valor, tendo como obrigatoriedade a sua divulgação na página oficial da unidade orgânica, numa perspetiva de *accountability*. Esta abordagem evidencia a presença dos princípios do paradigma de *Governance*, uma vez que o QUAR consiste num processo de avaliação que projeta os critérios mais significativos acordados pelo serviço e a sua tutela política, integra especificamente: a missão do serviço, os objetivos estratégicos diferenciados por âmbito de eficácia, eficiência e qualidade, os indicadores de desempenho e respetiva fonte de verificação, os meios existentes, o nível de concretização dos resultados, os desvios registados e eventuais fontes e a avaliação de desempenho global do serviço (Lira, 2014).

A avaliação de desempenho dos dirigentes (superiores e intermédios) (SIADAP 2), de caráter anual, apresenta como parâmetros de avaliação, o grau de cumprimento dos compromissos e resultados da unidade orgânica que dirige, bem como as competências de gestão demonstradas. Este subsistema inclui um sistema de recompensas mediante desempenho excelente.

O SIADAP 3, comporta a avaliação do desempenho dos trabalhadores e mantêm a filosofia de avaliação orientada para os resultados, através da contratualização de objetivos individuais em articulação com os objetivos da UO em que se encontra integrado e a avaliação por competências face a função que desempenha.

A revisão do SIADAP, foi levada a cabo, via Decreto-Lei n.º 12/2024, de 10 de janeiro, que procedeu à preconização de várias alterações. Sugere a criação de uma plataforma tecnológica para desmaterialização do processo de avaliação, a construção de portfólio formativo a associar às competências comportamentais e implementação de um conjunto diversificado de ações tendentes à explicitação do modelo, bem como à capacitação dos diferentes intervenientes na avaliação. Estas alterações, a par das implementadas recentemente no que concerne à implementação de ciclos avaliativos anuais, ao fortalecimento dos conhecimentos e competências técnicas profissionais por meio da formação, ao reconhecimento da qualidade e excelência dos serviços e à aplicação de recompensas associadas ao desempenho para gestores intermédios e superiores, visam promover, por um lado, a adesão e confiança dos utilizadores e destinatários do sistema e, por outro, a celeridade no desenvolvimento das carreiras e a sua atratividade.

Esta revisão prevê também uma alteração às percentagens das cotas, 30% para a menção de bom, 30% para a menção de muito bom e, dentro desta quota, 10% para a atribuição do desempenho

excelente. Além, de uma alteração ao nível das menções e da contagem de pontos, a alteração obrigatória de posicionamento remuneratória ocorrerá quando o trabalhador tiver acumulado 8 pontos (em vez dos anteriores 10 pontos).

A Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho, adapta o subsistema de avaliação do desempenho dos trabalhadores da Administração Pública (SIADAP 3) aos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem. Neste sentido, estabelece, no seu artigo 2.º, que a avaliação dos enfermeiros é realizada em alinhamento com metas de qualidade previamente instituídas e objetivos individuais definidos pelo CCA da UO, que evidenciam a adequação das capacidades técnicas e comportamentais dos profissionais e definem objetivos individuais a atingir. Encontram-se preconizados como objetivos individuais: 1) de intervenções de enfermagem; 2) de qualidade e segurança da atividade de enfermagem; 3) de eficiência organizacional; 4) de aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional e atividade formativa (artigo 3.º). A avaliação dos objetivos ocorre de acordo com uma escala em que, 1 corresponde a "objetivo não atingido", 3 a "objetivo atingido" e 5 a "objetivo superado" (artigo 4.º).

Quanto aos comportamentos profissionais pré-definidos, este devem corresponder a: 1) orientação para resultados; 2) planeamento e organização; 3) conhecimentos especializados e experiência; 4) responsabilidade e compromisso com o serviço; 5) relacionamento interpessoal; 6) comunicação; 7) trabalho de equipa e cooperação; 8) coordenação; 9) tolerância à pressão e contrariedades (artigo 5.º). Simultaneamente, as avaliações dos comportamentos profissionais realizam-se através de uma escala em qua a pontuação de 1 corresponde a "comportamento não demonstrado", a de 3 a "comportamento demonstrado" e a de 5 a "comportamento demonstrado a um nível elevado".

Em suma, a avaliação de desempenho é de acordo com Nascimento e Pereira (2015), apena uma das etapas de um todo, que é a gestão de desempenho. Este processo como um todo, carece de práticas de gestão estratégica de pessoas, que permitam o alinhamento ao projeto organizacional, através da valorização do capital humano.

CAPÍTULO 2

Metodologia

2.1. Método

O presente trabalho adota uma metodologia qualitativa, isto é, no âmbito da qual se visa analisar o fenómeno em estudo por via dos significados que os sujeitos que o vivenciam, lhe atribuem. Assim sendo, recorre-se a dados qualitativos, nomeadamente descritivos, para explorar a compreensão que os participantes têm sobre o fenómeno e como tal pode ser interpretado à luz da literatura para consubstanciar uma teoria que permita inferir sobre características e detalhes do mesmo.

O estudo de caso, segundo Yin (2017) é transversal a várias áreas, como ciências sociais, educação, saúde e negócios com o objetivo de explorar e compreender a complexidade do fenómeno investigado por meio de uma análise aprofundada e holística. É uma abordagem de pesquisa qualitativa que visa investigar um fenómeno no seu contexto real, especialmente em situações onde o controlo sobre as variáveis é limitado. Implica a recolha de dados de múltiplas fontes, incluindo entrevistas, observações, documentos e registos, de forma a permitir a triangulação dos mesmos, isto é, o cruzamento da informação gerada por variadas fontes e métodos de recolha. Por sua vez, os dados são analisados qualitativamente, usando técnicas de codificação e categorização para identificar padrões e temas emergentes.

Assim sendo, o estudo de caso não viabiliza, nem pretende viabilizar, a generalização, mas antes proporciona a exploração e compreensão aprofundada de um dado fenómeno no âmbito daquilo que são as suas limitações e características, mediante o contexto e a realidade. O estudo de caso, culmina na descrição detalhada e rica do fenómeno estudado, gerando insights e compreensões valiosas para a área de estudo. O método de estudo de caso de Yin é considerado uma abordagem flexível e adaptável a diferentes contextos e situações, permitindo uma investigação aprofundada e significativa (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

No caso em apreço, o Hospital Prisional São João de Deus, visa-se o estudo desta organização quanto à sua *performance*, tendo como objetivo compreender profundamente a realidade e estabelecer inter-relações entre conceitos, traduzindo tal conhecimento numa mais-valia para a instituição no que concerne à sua estratégia de gestão organizacional e às suas práticas de recursos humanos.

2.2. Técnica de recolha de dados

Para este trabalho recorreu-se às seguintes técnicas de recolha de dados: análise documental, que consiste na compilação de um conjunto de elementos escritos relevantes para a análise do fenómeno

em estudo e respetiva análise e sistematização do seu conteúdo relevante à luz dos objetivos do trabalho de investigação; e entrevistas semiestruturadas, que remetem ao desenvolvimento e implementação de momentos de interação entre participantes e pesquisadores no âmbito dos quais se explora verbalmente um conjunto de tópicos relevantes para a análise do fenómeno em estudo, havendo flexibilidade para que os participantes os abordem mediante as especificidades que lhes atribuem.

Na revisão de literatura foram consultados 96 documentos, entre os quais, 50 artigos científicos, 15 livros de referência, 20 documentos legislativos (Anexo A) sendo estes, leis, decretos-lei e portarias, publicadas em diário da república, bem como 11 documentos pertinentes, de organizações nacionais e internacionais de referência para as boas práticas.

A análise documental da organização foi operacionalizada por meio da exploração de elementos escritos, tais como, os Planos de Atividades e Relatórios (divulgados no site da DGRSP), Atas e Regulamentos do CCA (publicados na intranet da DGRSP), que permitiu o diagnóstico organizacional e a construção de uma Matriz SWOT, que foi complementada por *benchmark* nacional e internacional sobre saúde prisional.

As entrevistas semiestruturadas realizaram-se mediante um guião (Anexo B) desenvolvido previamente e aplicado a dirigentes de topo e nível intermédio do HPSJD, tenho sido elaborado mediante a análise de literatura. Importa referir que os órgãos de gestão da Unidade Hospitalar são compostos atualmente, por três elementos (um diretor e três adjuntos), sobre a tutela do Diretor Geral de Reinserção e Serviços Prisionais, considerando-se ainda importante abranger as chefias intermédias de enfermagem dos cinco serviços do HPSJD, e o diretor clínico, pelo que a amostra foi selecionada por conveniência.

Importa mencionar que, do ponto de vista ético e procedimental, foram tidos em conta todos os princípios deontológicos relevantes, tendo sido obtida autorização do Diretor Geral da DGRSP e da Diretora do HPSJD para a realização do estudo em questão. As entrevistas foram realizadas após obtenção de consentimento informado, tendo sido gravadas para efeito de transcrição e análise subsequente no âmbito do presente trabalho.

2.3. Técnica de tratamento de dados

A análise de conteúdo foi a técnica de tratamento de dados escolhida, visto estar em prática um paradigma interpretativo para conduzir a uma ação (projeto de intervenção). Para tal, optou-se pela abordagem de Gioia (Magnani & Gioia, 2023), que enquadra um processo rigoroso de análise qualitativa de dados e que prevê as seguintes fases:

Fase 1 - Exploração dos dados e criação de códigos analíticos e categorias estruturadas em códigos de primeira ordem (centrados no participante) e temas e dimensões de segunda ordem (centrados na teoria). Nesta fase inicial existe uma significativa adesão da codificação à linguagem dos participantes;

Fase 2 - Desenvolvimento de um modelo teórico *grounded*, por meio da comparação dos dados ao longo do tempo e entre participantes. Nesta fase, procura-se articular as categorias de dados encontradas com a literatura previamente publicada, num processo contínuo de repetida procura e identificação de convergências;

Fase 3 - Apresentação dos resultados do estudo por meio de uma narrativa descritiva detalhada e baseada nos dados, com frequente referência às citações diretas dos contributos dos participantes. Nesta fase final a informação gerada pelos dados é alinhada com a literatura e organizada em descrições tradutoras de significado do fenómeno.

Importa referir que as diferentes etapas não são estanques, mas antes interativas, construindo-se em constante articulação e alinhamento entre os dados e a teoria e evoluindo, inicialmente, por meio da indução, e de seguida pela abdução (combinação sistemática).

CAPÍTULO 3

Diagnóstico da Organização

3.1. Descrição e caraterização da organização

A história do HPSJD remonta a meados do passado século, na altura denominado Prisão-Hospital de São João de Deus, sendo desde a sua raiz um organismo público. Foi idealizado pelo Arquiteto Rodrigues Lima, tendo as obras de edificação tido início em 1950, através da mão de obra das Brigadas de Trabalho Prisional. A sua construção representa um marco na história portuguesa dos serviços prisionais, onde pela primeira vez se reflete sobre as necessidades em saúde da população prisional. A sua construção deu-se início pelo "Pavilhão", destinado a doentes portadores de doença infectocontagiosa e a Capela em 1953, com uma lotação de 41 camas.

Em 1962 foi inaugurado o Pavilhão Clínico, aumentando a capacidade de internamento para 114 camas, destinadas a doentes das especialidades médico-cirúrgicas. O novo complexo hospitalar permitiu o acesso da população reclusa a cuidados hospitalares diferenciados, colmatando as necessidades em saúde, que as pequenas enfermarias dos EPs não tinham capacidade de resposta. Este complexo, tinha ainda como função prestar assistência médica a presos políticos do Ministério da Administração Interna, assim como aos funcionários do MJ. Desde sempre com foco sócio ocupacional, esta instituição contemplava uma escola para reclusos, biblioteca, jogos de mesa, salão de cinema, sessões ocupacionais e audições musicais, tendo sido criada a Federação Cultural e Desportiva para reclusos.

Em 1962, é publicado o "Regulamento dos Serviços Clínicos", que regulamentava a prestação de cuidados de enfermagem, os cuidados dietéticos e a admissão dos doentes na Prisão-Hospitalar. Em 1966, já disponibilizava consultas externas de variadas especialidades médico-cirúrgicas e MCDT. Em 1981, através da Portaria nº 98/81, de 22 de janeiro, a Prisão-Hospitalar, no contexto do normativo legal vigente, altera a sua denominação e consagra-se como "Hospital Prisional de São João de Deus", afirmando a sua natureza singular no universo do sistema prisional português.

O HPSJD, mantêm-se como organismo público ao longo da sua existência, sob a tutela da DGSP. A DGRSP, surge em 2012, após a fusão entre a Direção Geral dos Serviços Prisionais e a Direção Geral de Reinserção Social, no âmbito do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central, dando continuidade às políticas de reforma da Administração Pública. Apresenta-se como um serviço central da administração direta do Estado, em particular do MJ (Decreto-Lei n.º 123/2011, de 29 de dezembro), dotada de autonomia administrativa e estando fundamentada a sua existência nas atribuições explanadas na sua Lei Orgânica (Decreto-Lei n.º 215/2012, de 28 de dezembro). A DGRSP, cresce com o foco de integrar num mesmo serviço a execução de políticas de prevenção criminal e de

reinserção social, pela execução de penas e medidas privativas de liberdade, bem como, medidas alternativas à prisão, tendo como intenção, elaborar intervenções centradas no indivíduo desde a fase pré-sentencial até a libertação, sendo que prevê uma colaboração dos serviços de setor público e privado na elaboração de oportunidades de mudança e reinserção social, reduzindo o risco de reincidência criminal e procurando prevenir as consequências negativas da privação de liberdade.

Esta reestruturação da DGRSP pretende maior domínio do controlo orçamental, uma vez que ambiciona a redução de custos mediante a simplificação da estrutura a nível central, bem como a racionalização dos serviços desconcentrados no caminho da modernização administrativa, ambicionada à altura. Apresenta como Missão, o desenvolvimento de *"…políticas de prevenção criminal, de execução das penas e medidas de reinserção social e a gestão articulada e complementar dos sistemas tutelar educativo e prisional, assegurando condições compatíveis com a dignidade humana e contribuindo para a defesa da ordem e da paz social."* (artigo 2º, do Decreto Lei n.º 215/2012, de 28 de setembro). O seu âmbito é determinante para a definição de abrangência operacional das suas unidades orgânicas, em particular do HPSJD.

O HPSJD é uma unidade orgânica desconcentrada da DGRSP, de cariz operativo, focada na execução de penas e medidas privativas de liberdade no âmbito penal, sendo assim considerado um EP de natureza hospitalar, tendo a sua estrutura orgânica definida no art.º 10 da Portaria n.º 286/2013 de 9 de setembro, e encontra-se classificado, como estabelecimento de nível de segurança Alta e Elevado grau de complexidade de gestão (Portaria n.º 175/2020 de 24 de julho). Importa compreender que o grau de complexidade de gestão é aferido em função da classificação de segurança, lotação e ocupação, das características da população prisional, da diversidade dos regimes, dos programas aplicados e da dimensão dos meios a gerir. Serve desta forma, as necessidades de saúde da população privada de liberdade a nível nacional, sendo a única unidade orgânica com esta especificidade. Porém, sempre que as necessidades da população reclusa não se encontrem abrangidas pela oferta de cuidados do HPSJD, realiza-se a articulação com o SNS para providenciar assistência clínica a esta população vulnerável (art.º 13º da Portaria n.º 286/2013, de 9 setembro).

Apesar de não existirem dados divulgados especificamente sobre a caracterização demográfica do universo de doentes internados no HPSJD, importa nesta fase, contextualizar as caraterísticas da população prisional, no sentido de melhor compreender as necessidades de saúde face à mesma. Segundo dados oficiais a 1 de março de 2024, disponíveis no site da DGRSP, existiam 12223 pessoas privadas da liberdade em Portugal, distribuídas por 49 EPs. Relativamente à sua situação jurídico penal, 77,9% estavam condenados, 21.1% a cumprir medida como preventivos e 186 pessoas cumpriam medida como inimputáveis. Maioritariamente são portugueses (83.10%), do sexo masculino (93%). Por sua vez, recorrendo aos dados de 2023, disponibilizados no site PORDATA, é possível complementar, que a faixa etária com maior prevalência se encontra dos 40 aos 59 anos e é possível constatar que

esta população apresenta baixo nível educacional, sendo que 74.2% da população tem apenas o ensino básico (PORDATA, Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024) (Anexo C).

Pela pesquisa concretizada, constata-se que subsiste a ausência de indicadores divulgados a nível nacional, que traduzam o estado de arte da saúde prisional, esta situação promove as desigualdades no acesso à saúde, uma vez que a impossibilidade de medir desempenho impede a deliberação sobre políticas de saúde baseadas em evidências (Alves da Costa, 2022).

Ainda assim, contemplando as tendências demográficas da população em geral, é possível inferir que, reflexo do envelhecimento demográfico populacional associado às comorbilidades resultantes da situação de privação de liberdade, a população prisional apresenta maior risco de desenvolver doenças orgânicas e psiquiátricas, face à população em geral e às quais está associado o aumento de risco de suicídio, mortalidade após a libertação e reincidência criminal, pelo que se evidencia a necessidade cuidados especializados e dirigido a esta população (Alves da Costa, 2022).

Quanto à estrutura física, o HPSJD é constituído por quatro edifícios distintos, o Pavilhão Administrativo, onde se encontram os órgãos de gestão e serviços de apoio; duas áreas de internamento, a CPSM e o Pavilhão Clínico e um edifício distinto, destinado ao Ambulatório, onde ocorrem Consultas Externas abertas a todos os EPs nacionais. Do Pavilhão Clínico, fazem parte os serviços de Farmácia e o serviço de Patologia Clínica que dão resposta a todo o universo de EPs do país.

Com uma lotação total de 168 camas, atualmente o HPSJD, apresenta uma ocupação significativamente inferior, estando ocupadas 127, uma vez que existem alas desativadas por se encontrarem degradadas fisicamente e a aguardar intervenções. A análise de ocupação de camas é uma informação diariamente atualizada e divulgada internamente, para todo o universo de profissionais do HPSJD, via ordem de serviço por correio interno (Anexo D).

O investimento em equipamentos de saúde e recursos humanos das últimas décadas no HPSJD, tem vindo a caminhar inversamente às necessidades da população reclusa. O HPSJD vem a observar a diminuição dos seus quadros de profissionais de saúde especializados, perdendo especialidades da área médica e cirúrgica com intervenção quer no internamento, quer a nível ambulatório. Instalações encerradas como Bloco Operatório e Serviço de Técnicas Especiais de Gastroenterologia, foram algumas das perdas do HPSJD nas últimas décadas e apesar de ter sido realizado um investimento para que, em 2017, fosse inaugurada a Unidade de Cuidados Continuados, a mesma foi encerrada em 2020 para dar lugar a um serviço polivalente de internamento feminino, perdendo-se todo o investimento em equipamento e formação de recursos humanos especializados anteriormente realizado. Estas circunstâncias não melhoram nos últimos anos, tendo a pandemia COVID-19 promovido para a descaraterização das unidades orgânicas do HPSJD, quanto às suas atividades assistenciais especializadas.

Apesar de intervenções pontuais e inevitáveis ao nível da infraestrutura do Pavilhão Clínico, esta encontra-se degradada com várias limitações que confluem com a segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Apesar, do *core business* do Hospital Prisional ser os cuidados de saúde à população reclusa, colocando os profissionais de saúde no centro da ação, a equipa de vigilância e segurança, apresenta-se como os profissionais da linha da frente, desempenhado o excecional papel de manutenção de regras e ordem, face à população reclusa. A qualidade da parceria diária, entre o Corpo de Guardas Prisionais e os profissionais de saúde, é decisiva para a qualidade do ambiente prisional e carece da parte destes profissionais, *skills* comportamentais diferenciadas para a manutenção da relação com uma população especialmente vulnerável, a população reclusa em condição de doença. Também ao nível do corpo de guarda, é sentida a carência de efetivos, para corresponder às necessidades específicas de um estabelecimento prisional de natureza hospitalar, que comporta um conjunto de dinâmicas muito destintas dos restantes EPs do país.

Toda esta realidade revela que o HPSJD não acompanha a tendência em necessidades de saúde da população prisional, apresentando uma pressão enorme nas admissões do HPSJD, bem como na perda das suas valências médicas, reduzindo a equidade ao acesso de cuidados de saúde.

3.1.1. Análise Externa

O HPSJD enquadra-se na estrutura complexa e ampla, onde se conjuga serviços centrais e desconcentrados (Anexo E) de implantação a nível nacional, fazendo parte do planeamento anual elaborado pela Divisão de Planeamento e Organização da DGRSP. De acordo com o Plano de Atividades para 2023, o planeamento anual implica a partilha de metas e a concertação de todas as unidades orgânicas, implicando toda a organização, com relevo importante dos dirigentes na elaboração da estratégia.

Como órgão público sob a tutela da DGRSP, o HPSJD é o único estabelecimento prisional de natureza hospitalar do país, servindo o universo heterogéneo de necessidades de saúde da população reclusa nacional. Devido à sua singularidade, este compreende um conjunto de necessidades que o distingue das restantes unidades orgânicas, integradas nos serviços prisionais e que se reflete ao nível da gestão de recursos humanos, recursos materiais, de equipamentos e de instalações, pelo que a partilha de transversalidade de objetivos, coíbe a elaboração de uma estratégia interna.

Resultado do impacto político-financeiro, nomeadamente das políticas da administração pública, já referenciado, o investimento vem a ser condicionado, com consequências na capacidade de resposta do HPSJD.

Externamente, à semelhança de outros órgãos públicos, define-se pelo enquadramento legal em vigor, mediante as políticas emanadas pelo Governo que se encontre em posse de funções, resultando

numa instabilidade na continuidade de planeamento e execução visto a impermanência política que se vive, bem como as sucessivas crises político-financeiras.

Também no HPSJD se refletiu o impacto das incertezas vividas no sector da saúde onde a crise pandémica COVID-19 lançou o desafio de rapidamente se adaptar ao contexto caótico que se vivia, realocando os recursos físicos, materiais e humanos às necessidades de todo o universo do sistema prisional. O HPSJD, correspondeu não só às suas necessidades internas, como externas, colaborando com todos os EP do país, no que respeita à vacinação da população reclusa e dos seus colaboradores civis e não civis. Para o efeito, foi definida uma *task force* multidisciplinar que percorreu o território nacional, na campanha vacinal contra a COVID-19. Importa dizer, que os *outcomes* em saúde preventiva foram positivos, com taxa de mortalidade 0%, dentro do sistema prisional resultado da pandemia, situação recentemente reconhecida pela ONU, salientando o sistema prisional português como referência de boas práticas na saúde (Relatório de Conselho de Direitos Humanos da ONU, 2024).

Quanto ao sistema de gestão e avaliação de desempenho dos colaboradores, cumpre as orientações legais de aplicação do SIADAP, porém não vêm a ser contratualizados objetivos para todos os colaboradores, sendo a alternativa de avaliação por ponderação curricular em muitos casos.

Na perspetiva de desempenho dos serviços públicos orientados para os resultados, com foco no crescimento e melhoria das respostas disponibilizadas aos cidadãos e estruturas da sociedade, em termos de eficácia, eficiência e qualidade, a DGRSP define, através da implementação do QUAR, os objetivos operacionais transversais a todas as unidades orgânicas, sendo o HPSJD excluído de algumas pela sua natureza hospitalar, todavia não são contemplados objetivos específicos que traduzam a sua Missão, nem que invistam em inovação.

A ausência de alinhamento estratégico entre a DGRSP, o CCGCS e o HPSJD, constitui-se como um dos obstáculos à sustentabilidade deste último, uma vez que, apesar da sua natureza hospitalar, esta unidade é enquadrada na generalidade dos restantes EPs. Acresce que, o orçamento dirigido à prestação de cuidados de saúde advém do orçamento alocado à DGRSP, não estando enquadrado do SNS. Contribui ainda para a ausência de alinhamento, o fato do seu Regulamento que prevê uma tutela partilhada entre Justiça e Saúde, não se encontrar definido na prática, abrindo espaço para que a sua Missão se desvirtue, por ausência de plano estratégico, fator com impacto também a nível estratégico interno. Urge a adoção de novas soluções de gestão de desempenho que permitam uma gestão eficiente dos recursos e de controlo de gestão, através de projetos de melhoria contínua que conservem o valor desta instituição, através de uma reflexão e atitude proativa de todos os intervenientes (clientes/*stakeholders*).

3.1.2. Análise Interna

Na implementação de um sistema de gestão, nomeadamente na sua adaptação aos serviços públicos, é fundamental uma reflexão, sob uma orientação *top-down*, onde a partir das leis que definem a estrutura orgânica, o regime de funcionamento e as competências dos órgãos e serviços, seja possível definir o valor da organização e o mesmo seja vinculado juridicamente.

A especificidade do HPSJD ser considerado um estabelecimento prisional de natureza hospitalar, requer que, de acordo com o n.º 6 do artigo 10.º da Portaria n.º 286/2013 de 9 setembro, o seu o Regulamento seja aprovado por portaria conjunta entre o MS e o MJ. Tal como já foi abordado, apesar do mesmo ter sido elaborado pelos atuais órgãos de gestão e submetido a validação superior, aguarda-se a sua regulamentação. Esta indefinição impacta negativamente na definição estratégica interna.

Valorizando a intenção de elaboração de um Regulamento por parte dos órgãos de gestão do HPSJD, e segundo o mesmo, a Missão desta unidade consiste em prestar aos reclusos assistência médica e medicamentosa, com elevados níveis de competência, qualidade e rigor, assente numa visão global e interdisciplinar do doente, ética, humana e humanizante, garantindo aos doentes igualdade de tratamento face aos demais cidadãos e o melhor cuidado possível de acordo com o estado da *legis artis*.

O HPSJD tem como visão promover a saúde, prevenir a doença e promover a literacia em saúde da população reclusa em geral, constituindo-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados nos estabelecimentos prisionais, na procura da criação de valor público. Para a exequibilidade da missão e visão, apresenta uma organização complexa, reflexo da orgânica ascendente à DGRSP (Anexo E; Anexo F).

No desenvolvimento da sua atividade, os profissionais do HPSJD regem as suas práticas e comportamentos, por valores reconhecendo a justiça e equidade, a dignidade, singularidade, humanidade, humanização e não discriminação de cada doente, através da valorização da ética e a deontologia profissional, da responsabilidade e da transparência. Planeiam o seu trabalho em colaboração mútua, revelando espírito de equipa e capacidade de trabalho em equipa multiprofissional e multidisciplinar, conduzidos pelo sentido de serviço público e de defesa do interesse público.

A complexidade desta Missão dirigida a uma população vulnerável, com riscos aumentados de doenças mentais e orgânicas, relacionados com a vivência em ambientes de elevado risco, face à população no geral, reforça a necessidade de se valorizar também as circunstâncias de trabalho vividas pelos colaboradores, não podendo ser descurado o ambiente de especial desgaste físico e psicológico onde estes desenvolvem as suas atividades. Assim, a Missão é ainda complementada pelo compromisso de assumir uma cultura de rigor, assente na gestão eficiente dos recursos, no

cumprimento das disposições legais aplicáveis, centrada no doente e focada na competência e aperfeiçoamento técnico-científico dos seus colaboradores, onde o reconhecimento do mérito e valorização destes, é realizado através de um sistema de avaliação de desempenho.

3.1.2.1. Sistema de Gestão e Avaliação de Desempenho

Sendo o HPSJD, um órgão público o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho instituído, consubstancia-se no SIADAP 1, mais especificamente na realização do QUAR da DGRSP. Este instrumento anualmente elaborado, que verte objetivos transversais a todas as unidades orgânicas da DGRSP, limita a missão singular do HPSJD, face às restantes. Os indicadores de desempenho propostos, em nada traduzem a atividade assistencial de cuidados de saúde do HPSJD, pelo que apesar do QUAR prever a transparência da ação de um serviço para os cidadãos, o valor do HPSJD dilui-se na intrincada estrutura da DGRSP, comprometendo a elaboração de um plano estratégico dirigido.

Na operacionalização do SIADAP quanto à avaliação de dirigentes e trabalhadores (SIADAP 2 e 3), mantem-se o paradigma da gestão por objetivos e numa perspetiva *top-down*, como processo interno de avaliação. Porém, a aplicação deste sistema não abrange todos os profissionais de forma linear, estando apenas previstos os que fazem parte dos quadros da DGRSP, excluindo os colaboradores em regime de contrato de avença, os quais não são sujeitos a qualquer avaliação formal. Uma vez que estes últimos representam um número significativo de elementos transversais a várias categorias profissionais, esta disparidade de metodologia faz surgir um sentimento de desvalorização por parte dos profissionais avençados e também não promove a união das equipas na concretização de objetivos, sendo identificado como um obstáculo à implementação da estratégia.

Na objetiva dos colaboradores do quadro, apesar do SIADAP prever a individualização dos critérios de avaliação de desempenho, esta não se verifica acabando por serem contratualizados objetivos gerais a várias categorias profissionais. Por outro lado, nos últimos anos, fruto do contexto pandémico, algumas categorias de profissionais de saúde do HPSJD não foram alvo de avaliação e outras realizaram-na através de ponderação curricular.

Aguarda-se com espectativa a operacionalização da nova lei do SIADAP (Decreto-Lei n.º 12/2024), que visa colmatar algumas das críticas sentidas pelos trabalhadores desde a sua aplicação, que visam a revisão do sistema de quotas e a mudança de posição remuneratória.

3.1.3. Análise aos Clientes/*Stakeholders*

A importância da análise ao ambiente externo e interno à organização e às estratégias de desenvolvimento que otimizam a sua rede, são uma preocupação já amplamente explorada na literatura de gestão, onde se propõe que, uma estratégia eficaz é aquela em que envolve todos os

elementos que a compõem. Assumindo que, os clientes do HPSJD são os doentes e o centro dos cuidados do HPSJD, importa também definir os restantes *stakeholders* (tabela 3.1.)

Tabela 3.1. *Stakeholders* do HPSJD

***Stakeholders* Internos**
Doentes/Reclusos
Funcionários Civis: Assistentes Operacionais; Técnicos Superiores; Enfermeiros; Médicos
Guardas Prisionais
Direção
***Stakeholders* Externos**
Sociedade Civil
Família dos reclusos
Embaixadas
Fornecedores de bens e serviços (Cozinha; Limpeza; Lavandaria)
Tribunais
Advogados
Entidades fiscalizadoras (TC; SAI; Provedoria da Justiça e CDHOA)
Serviços Centrais da DGRSP e Tutela
Forças Policiais (GNR; PSP; AIMA)
Vítimas
Estabelecimentos de Ensino/Formação (Faculdade de Medicina; Escola Superior de Enfermagem)
SNS
Câmara Municipal de Oeiras
Santa Casa da Misericórdia de Oeiras
Comunicação Social

Os *stakeholders* são identificados como qualquer sujeito ou grupo que pode afetar ou ser afetado pelo desempenho da organização e que tem um benefício válido nesta (Freeman *et al*., 2018). Posto isto, realizou-se uma análise aos Clientes/*Stakeholders* do HPSJD através da relação das expetativas entre ambas as partes (Anexo G). A mesma permitiu identificar e compreender os interesses e necessidades desses grupos face ao HPSJD, proporcionando no futuro uma tomada de decisão mais esclarecida e alinhada com as expectativas de ambos para a criação de valor na organização.

Importa, para reflexão, que de acordo com os dados disponibilizados pelo HPSJD à data atual, estão afetos ao HPSJD, 241 profissionais, dos quais 93 pertencem ao Corpo da Guarda Prisional e 148 são civis (órgãos de gestão, enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos superiores e

assistentes técnicos, no total de 123 profissionais de saúde do quadro). Todavia, acresce ao número de civis, os colaboradores em regime de avenças, contratados para suprir as necessidades em profissionais de saúde, no total de 71 profissionais. A contratualização por avença, representa atualmente 36.60% dos profissionais de saúde do HPSJD (Anexo H).

Stakeholders internos:

a) Os Doentes, são os clientes privilegiados do HPSJD, que pela natureza de estabelecimento prisional de natureza hospitalar, acolhe pessoas para cumprimento de medidas privativas de liberdade com necessidades de cuidados de saúde. A espectativa dos doentes, é o acesso equitativo aos cuidados de saúde, de forma digna, em qualquer que seja a fase da sua doença, permitindo integrar um projeto de reinserção social. Por sua vez, o HPSJD espera que os doentes adiram aos cuidados de saúde e cumpram as normas institucionais.

b) Os Funcionários Civis, integrados em várias categorias profissionais, dirigentes, técnicos superiores, assistentes técnicos e assistentes operacionais esperam do HPSJD, estabilidade e segurança no trabalho e poder desenvolver a sua carreira numa perspetiva de meritocracia, através da possibilidade de progressão na carreira e a respetiva remuneração correspondente, bem como participar como agentes na execução da estratégia da organização. Por sua vez o HPSJD, espera que estes colaboradores desempenhem as suas funções com zelo e respeito pela dignidade humana, cumprindo os objetivos estratégicos organizacionais, com competência, assiduidade, empenho e motivação.

c) Os Profissionais de Saúde, sendo de uma forma ampla, os profissionais que estão em contato direto com os doentes e são responsáveis pela prestação de cuidados de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes operacionais. Estes esperam que o HPSJD, lhes proporcione os recursos necessários para uma prestação de cuidados de saúde de excelência e especialmente os profissionais de elevada diferenciação técnica (médicos e enfermeiros) que sejam envolvidos na tomada de decisão estratégica do HPSJD. Esperam também valorização técnica, formativa e remuneratória. O HPSJD, por sua vez, espera que estes profissionais desempenhem as suas competências de acordo com os seus códigos deontológicos, obedecendo a critérios elevados de qualidade e segurança de cuidados de saúde.

d) O Corpo de Guarda Prisional no HPSJD, é responsável pela segurança no que respeita às pessoas às infraestruturas e equipamentos, bem como pela vigilância dos reclusos quer no

interior, quer em diligências ao exterior na qualidade de agentes de autoridade. O HPSJD, espera que o Corpo da Guarda Prisional garanta a segurança e a ordem interna, protegendo a vida e a integridade dos cidadãos em cumprimento de pena e medidas privativas da liberdade, mantendo o respeito pelos seus direitos e liberdades fundamentais, bem como o cumprimento da Lei e das decisões jurídicas. Esta força de segurança, apresenta um estatuto próprio, com deveres, direitos e sistema remuneratório distintos de outros colaboradores pelo que espera do HPSJD o cumprimento do seu estatuto, bem como condições de segurança e estabilidade no trabalho.

e) Os Órgãos do HPSJD são constituídos pelo Diretor, sendo este o presidente do Conselho Técnico do EP e constituído por 3 Adjuntos responsáveis pelas áreas de Administração e Apoio Geral, Tratamento Prisional e de Prestação de Cuidados de Saúde e de Execução de Penas. Deste também faz parte, o Comissário do Corpo da Guarda Prisional. Acresce, o facto que, sendo um EP de natureza hospitalar, este Conselho integra a Direção Técnica, que dela faz parte o Diretor Clínico e o Enfermeiro Diretor. Destes Órgãos se espera a coordenação interdisciplinar, de forma a garantir a qualidade técnica na prestação dos vários serviços específicos, de forma a planear, monitorizar e avaliar o desempenho e a eficiência da gestão dos recursos humanos, patrimoniais e tecnológicos, com vista a execução da visão estratégia da DGRSP, bem como dos objetivos estratégicos dos planos de atividades do HPSJD.

Stakeholders externos:

a) A Sociedade, em geral representada pelos cidadãos comuns, uma vez que é através da "opinião pública" que os serviços que prestamos, são avaliados. A Sociedade espera que o HPSJD preste cuidados de saúde à população reclusa, mantendo o respeito e a dignidade humana e promova a continuidade dos cuidados, assegurando o melhor padrão de saúde possível, bem como dotando os cidadãos reclusos de competências de gestão da saúde mais eficazes. O HPSJD espera que a Sociedade, cada vez mais, assuma a responsabilidade social que lhe compete, assumindo o paradigma "*saúde prisional é saúde pública*", no âmbito da reintegração da população reclusa, apoiando e reconhecendo estes cidadãos, com plenos direitos, após cumprimento das suas medidas. O envolvimento de entidades públicas e privadas são cada vez mais desejáveis e necessários no âmbito da responsabilidade social.

b) Os Familiares do Doentes, esperam que o HPSJD preste cuidados de saúde aos seus familiares reclusos à luz das melhores práticas, assegurando a dignidade do mesmo. O HPSJD espera que os familiares sejam o maior apoio psicológico e financeiro, durante o período em que a pessoa

reclusa se encontra internada. Porém em grande parte das situações, estes familiares encontram-se também em situações de vulnerabilidade, sendo agregados de baixo nível socioeconómico, carentes de intervenção sistémica. A colaboração dos familiares à população reclusa doente é assim influenciada por várias questões, entre as quais o tipo de crime. A situação de internamento no HPSJD, não implica qualquer restringimento às visitas dos familiares à população reclusa, uma vez que este obedece ao CEPMPL.

c) As Embaixadas, são entidades que agem em colaboração com o HPSJD, apoiando os seus nacionais reclusos. Estas visitam regularmente os seus concidadãos e apoiam-nos a nível social, estabelecem o contato com os seus familiares e asseguram a receção de bens materiais aos carenciados. As embaixadas esperam que o HPSJD, proporcione condições dignas de prestação de cuidados de saúde aos seus concidadãos.

d) Os Fornecedores, de bens e serviços, quer privados ou públicos, esperam do HPSJD responsabilidade financeira, no pagamento dos seus serviços adquiridos. O HPSJD, espera dos seus fornecedores, um fornecimento atempado, conforme contratualizado.

e) Os Tribunais, como entidades de soberania que emitem decisões que impõem medidas e penas privativas de liberdade, esperam que, do HPSJD lhe seja previsto o apoio técnico necessário no âmbito das suas competências e na execução das suas decisões judiciais. O HPSJD, espera que os tribunais sejam cooperantes e esclarecedores, fornecendo as informações necessárias à execução das penas e medidas determinadas.

f) Os Advogados dos Reclusos, como defensores legais e representantes do recluso internado, em matéria de direito penal, são interlocutores destes junto dos tribunais. Este esperam que o HPSJD, lhe proporcione o contatos com os seus clientes e execute as medidas e penas privativas da liberdade, no estreito cumprimento da lei. O HPSJD, espera que os advogados esclareçam os reclusos sobre a sua situação jurídico-penal e os apoiem na resolução de situações pessoais e familiares relacionados com a vida exterior, promovendo o equilíbrio necessário à sua situação vulnerável de doença. Espera-se também que os advogados sejam respeitadores das normas internas do HPSJD no que respeita às visitas e atuação.

g) As Entidades Fiscalizadoras, aos mais diversos níveis como seja, o Tribunal de Contas, a Provedoria da Justiça, a Inspeção de Serviços da Justiça, o Serviço de Auditoria e Inspeção, a Comissão dos Direitos Humanos, esperam que o HPSJD, desenvolva a sua atividade em estreito

cumprimento da lei e sempre com maior respeito pela dignidade da população reclusa doente. O HPSJD espera que essas entidades exerçam as suas atribuições de forma rigorosa e isenta.

h) A DGRSP e a tutela, como entidade superintendente que controla a atividade do HPSJD e emana diretrizes estratégicas, esperam que o HPSJD desenvolva a sua atividade no estreito cumprimento da lei e de acordo com os objetivos estratégicos delineados, por forma a dar continuidade à missão e que esta seja encarada como um sistema que atinge níveis de eficiência, eficácia e qualidade. O HPSJD, espera da tutela e da DGRSP a colaboração necessária para levar a cabo o seu planeamento estratégico.

i) As Forças Policiais, tais como, GNR, PSP e AIMA, são forças policiais que cooperam com o HPSJD na execução das medidas e penas privativas da liberdade. A GNR e a PSP, cumprem os mandados de condução e detenção, para cumprimento, emitidos pelos Tribunais, além de serem órgãos de investigação criminal. O AIMA, além de ser um órgão de investigação criminal, executa as penas acessórias de extradição. O HPSJD espera destas forças policiais, que sejam cooperantes e diligentes no cumprimento das decisões judiciais, por sua vez, esta forças atendem também por colaboração do HPSJD na execução das decisões judiciais e nas investigações em curso.

j) As Vítimas, são os principais interessados na forma como é executada a pena/medida privativa da liberdade dos seus agressores. As suas expetativas face ao HPSJD são elevadas, uma vez que entendem que durante o período de reclusão, devem ser implementadas intervenções técnicas profundas ao nível comportamental de reabilitação cognitivo e psicológico, que permita que a pessoa após a libertação viva em sociedade, sem constituírem perigo ou ameaça para os demais. O HPSJD espera corresponder a estas expetativas, porém, com consciência que a justiça penal é ainda uma justiça retributiva a dar paços para uma justiça reparadora e restaurativa.

k) Os Estabelecimentos de Ensino, tais como Faculdade de Medicina e as Escolas Superiores de Enfermagem, integram o HPSJD no âmbito da formação de base e especializada das respetivas categorias profissionais. Os estágios realizados pelos médicos internos têm lugar no âmbito da sua formação especializada em Psiquiatria, já os estágios realizados no âmbito da enfermagem podem decorrer no contexto da licenciatura ou da formação especializada ocorrendo em todas as especialidades do HPSJD. Estes esperam que o HPSJD, lhes proporcione locais de aprendizagem para o desenvolvimento das suas competências, por outro lado o HPSJD espera

que estas parecerias promovam, troca de conhecimento científico e inovação, bem como sejam respeitadores das normas internas do HPSJD.

l) O Sistema Nacional de Saúde, visa assegurar cuidados de saúde globais a toda a população, assegurando o direito à proteção de saúde, sem detrimento da população reclusa. O HPSJD, espera assim do SNS, a prestação de cuidados de saúde em parceria, com vista a continuidade e integração dos cuidados à população reclusa, em situações que configurem a ausência de capacidade de resposta pelo HPSJD, bem como a continuidade dos cuidados ao cidadão, após o cumprimento da pena e medida privativa da liberdade. O SNS espera do HPSJD, que no decorrer da assistência à população reclusa sejam facultadas de forma diligente todas as condições de segurança e vigilância ao cidadão recluso que se encontra sob sua custódia, promovendo a segurança pública e a paz social.

m) A Câmara Municipal de Oeiras, como autarquia do concelho onde se encontra integrado o HPSJD, manifesta desde longa data uma postura de reconhecimento pelo HPSJD, esperando que este seja um estabelecimento referência a nível nacional, visto a sua singularidade. O HPSJD espera que a CMO, invista em projetos de promoção de saúde e de reinserção socio-laboral que promovam a reintegração da população reclusa na sociedade, através de oportunidades dignas.

n) A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Oeiras, constitui-se como uma associação pública de fiéis, que tempo como objetivo dar resposta a carências sociais. A sua ação projeta-se em distintas áreas, umas das quais na saúde, tendo fundado o Grupo de Voluntários Visitadores aos doentes do HPSJD. Este Grupo de Voluntários espera do HPSJD, que lhe sejam dadas as garantias necessárias de segurança e acesso à população reclusa internada, para desenvolverem os seus projetos de ação. O HPSJD espera deste Grupo, o cumprimento de normas e regras associados ao papel de visitadores e representem uma mais valia no apoio lúdico e social a esta população vulnerável.

o) A Comunicação Social, como instrumento e veículo de comunicação com a sociedade, assume o papel de promoção para a cidadania através da disponibilização e acesso à informação. O HPSJD, espera que a Comunicação Social, valorize a sua missão através da divulgação das atividades promovidas que sejam de valor para a sociedade, de forma a desconstruir estigmas associados à população reclusa, que condicionam o investimento em projetos públicos e privados de reintegração, uma vez que condicionam a imagem pública do HPSJD. A Comunicação Social, espera que o HPSJD disponibilize informações sobre os programas de

melhoria contínua em saúde que desenvolve, promovendo uma relação transparente e positiva com os órgãos de comunicação social.

3.1.4. Análise SWOT

Através da elaboração de uma análise SWOT, é possível dar continuidade à análise do envolvente interno e externo em que uma organização se encontra inserida. Identificar e explorar as capacidades internas (forças e fraquezas) de uma organização, de forma a que a tomada de decisão seja elaborada, atendendo às exigências do meio externo (oportunidades e ameaças), é determinante para a sua gestão estratégica (Zhu *et al.*, 2023). Desta forma, pretende-se aplicar esta ferramenta, para evidenciar a atenção sobre a capacidade de resposta do HPSJD, explorando as suas forças, diminuindo as fraquezas, evitar e prevenir as ameaças e aproveitar as oportunidades (tabela 3.2.).

Tabela 3.2. - SWOT do HPSJD

Pontos Fortes (*Strenghts*)	**Pontos Fracos (*Weakness*)**
• Capital Humano experiente e com elevado potencial • Singularidade no sector da saúde prisional • Humanização na prática clínica • Ligação ao Ensino Graduado e Pós-Graduado (Enfermagem) • Ligação ao Ensino Especializado em Medicina • Existência de valências de internamento e ambulatório • Desenvolvimento de tecnologias de informação • Informatização crescente na área da Enfermagem e Registos Clínicos • Linha 24 (linha de apoio clínico urgente interna e externa ao EPs)	• Ausência de uma política de gestão de RH • Rotatividade de RH em contrato de avença • Cultura Organizacional – Resistência a mudança • Comunicação interna pouco eficaz • Orçamento limitado • Degradação estrutura física • Desmotivação dos colaboradores • Desgaste físico e psicológico dos profissionais civis e não civis • Ausência de Comissão Científico-Pedagógica • Ausência de Saúde Ocupacional • Ausência de Comissão de Prevenção e Controlo de Infeção • Necessidade de atualização tecnológica e formação para os colaboradores • Idade média elevada dos colaboradores e das chefias intermédias (pré-reforma) • Perda de especialidades médico-cirúrgicas • Ausência de interoperabilidade de dados de saúde • Carência de efetivos do Corpo de Guarda
Oportunidades (*Opportunities*)	**Ameaças (*Threats*)**
• Comunicação Social • Novas necessidades de saúde • *Know-how* dos colaboradores sobre saúde prisional • Património imobiliário que permite reestruturação das necessidades • Aumentar a taxa de consultas externas	• Contexto social, económico e político do país • Baixo nível socioeconómico da população reclusa • Desemprego elevado da população reclusa • Comunicação Social - Opinião pública • Deficiente suporte familiar e social da população reclusa

• Promoção do Ensino e da Investigação • Melhoria da eficiência e prática clínica • Nova lei do SIADAP (2024) • Parcerias com SNS	• Dependência financeira do Estado • Obstáculos orçamentais à contratação de quadros profissionais • Carreiras profissionais na saúde prisional pouco atrativas por ausência de sistemas de incentivos e recompensas, face ao risco e desgaste psicológico

3.1.5. Benchmarking

Numa ação de *Benchmarking*, promove-se a procura pelas melhores práticas no setor em questão e que possam ser adotadas como referência. Esta, permite a comparação dos processos e *outcomes* de determinada atividade, que tenham resultado positivamente para a *performance* da organização (Van Mechelen *et al.*, 2023). No setor da saúde prisional em contexto hospitalar, esta análise revela-se complexa pela ausência de realidades semelhantes, uma vez que a singularidade do HPSJD como estabelecimento prisional de natureza hospitalar, não se resume à realidade nacional, sendo o único da Europa.

Sob a tutela do MJ, o HPSJD não se enquadra nas organizações de prestação de cuidados de saúde do SNS, pelo que também não está integrado na plataforma de *Benchmarking* da ACSS. No entanto, não se pode ignorar a importância das orientações emanadas pela OMS e pelo UNODC, sobre padrões internacionais de referência para a saúde prisional. Precisamente no sentido de promover a avaliação da *performance* do sistema de saúde prisional, a OMS em 2021, enviou aos MS dos seus Estados Membros, o HIPED. Este instrumento apresenta-se como uma base de dados e visa proporcionar a comparação entre países, através da partilha de alguns indicadores de saúde prisional e criar impacto nas iniciativas e políticas implementadas, para a melhoria da prestação de cuidados à população privada da liberdade (Alves da Costa, 2022).

Reconhece-se assim, a pertinência e a prioridade em reconhecer indicadores que permitam identificar os ganhos em saúde para a população prisional nacional, através da visibilidade do que atualmente se desenvolve no HPSJD, uma vez que é a unidade orgânica especializada em cuidados de saúde, desempenhando um papel central no sistema prisional.

3.2. Caraterização da CPSM

Em 1988, através do Decreto-Lei n.º 469/88, de 17 de dezembro, é promulgada a necessidade de criação de um serviço de Psiquiatria no HPSJD, sendo que a 7 de dezembro de 1989 é inaugurada a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental, que toma lugar no antigo "Pavilhão" de doenças infetocontagiosas. Surge com a Missão de assegurar a assistência clínica, em regime ambulatório e de internamento, aos reclusos que apresentem patologia psiquiátrica e como resposta às necessidades em saúde prisional, tendo em conta o elevado número de suicídios em meio prisional da época.

A Psiquiatria Prisional representa um importante foco de intervenção em saúde mental, tendo em conta a prevalência e risco de doença psiquiátrica na população privada da liberdade face à população geral, situação que contextualiza a pressão atual de internamentos por psiquiatria no HPSJD.

Para a caracterização da CPSM, importa referir que esta apresenta dois serviços de internamento distintos, a UIDA de Psiquiatria e o SIEP, com uma lotação de 51 camas, que visam cobrir as necessidades do doente psiquiátrico através do internamento em fase aguda (UIDA) e a promoção do processo reabilitativo em saúde mental (SIEP). Apresenta também, a valência de Consulta Externa (programada e de urgência) e a Psiquiatria de Ligação, bem como recebe admissões diretamente do ambiente exterior aos serviços prisionais, entenda-se, dos Tribunais, para cumprimento de medidas privativas da liberdade.

Quanto aos seus RH, é composta por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde, psicólogo e terapeuta ocupacional), mas também de técnicos de reeducação, assistente técnica administrativa e o corpo de guarda prisional. A equipa médica é comum a ambos os serviços (UIDA e SIEP) e desenvolvem ainda atividade de urgência em regime de prevenção, apoiando HPSJD, EP e Tribunais. Apresenta equipas de enfermagem distintas visto a diferenciação de cuidados, mas que se articulam semanalmente através das reuniões de serviço e de programas de melhoria contínua comuns, com vista a continuidade dos cuidados do doente psiquiátrico a cumprir medida de privativa de liberdade.

A UIDA dá resposta aos internamentos encaminhados ao HPSJD, por mandado de condução do Tribunal, pela Psiquiatria de Ligação, mas também, através da Consulta Externa aos doentes que carecem de internamento vindos dos EPs nacionais. Atualmente, os internamentos têm maioritariamente como origem o Tribunal (Anexo D) com maior prevalência de doentes inimputáveis e internamentos preventivos, em detrimento do número de condenados vindos dos EPs, que apresentam um número cada vez mais reduzido.

A UIDA, com disponibilidade para 27 doentes, é constituída por duas enfermarias, a ala masculina com dezoito camas, distribuídas por duas enfermarias e a ala feminina com a capacidade de oito camas, com três enfermarias. No sentido da melhoria dos cuidados, a UIDA apresenta, um quarto individual para efeitos de contenção ambiental a ser utilizado na prevenção de comportamentos dos doentes que possam colocar em causa a sua segurança e a de terceiros, no qual é possível controlar a mobilidade do doente sob supervisão clínica e obedecendo ao protocolo internamente elaborado para o efeito, revelando que existe uma preocupação fundamental da CPSM, sobre a segurança no âmbito da prática clínica.

O SIEP, inaugurado em 2014, é uma estrutura com 24 camas, dirigida a indivíduos do sexo masculino com patologia psiquiátrica, que necessitem de cuidados após a estabilização da sintomatologia aguda da sua doença, encaminhados da UIDA. Tem o seu foco na intervenção

reabilitativa e de reinserção da pessoa com doença mental, prevenindo recidivas e reincidência, proporciona projetos de educação para a saúde, treino de competências e autonomia, também com o objetivo de integrar estas pessoas em atividade laboral dentro do HPSJD e capacitá-las para uma reintegração construtiva na sociedade. Procura estabelecer parcerias com entidades que visem o apoio a situações de vulnerabilidade social, para dar resposta à continuidade do projeto reabilitativo dos seus doentes. Proporciona um programa de *Follow-Up* para aqueles que são diretamente reintegrados nas suas famílias, após o cumprimento da sua medida.

3.2.1. Análise externa da CPSM

Atendendo a que 3.7% (407 mil) dos 11 milhões de pessoas privadas de liberdade, possuem uma perturbação psicótica diagnosticada (Aboaja *et al*., 2022), o investimento em políticas de saúde prisional, em matéria de saúde mental, torna-se crucial na conquista de resultados em saúde pública.

Apesar dos dados universalmente divulgados, enfatizarem a prevalência e risco de doença mental nas prisões, as políticas a nível nacional não acompanham esta realidade.

A CPSM, contempla através do Decreto-Lei n.º 469/88, de 17 de dezembro, desde a sua origem, a nomeação de um Diretor de Serviço, nomeado pelo MJ e da qual, a tutela inspetiva pertence ao MS, apesar desta visão progressista para a década de 80, este cargo nunca foi formalmente atribuído, nem constituído Conselho Clínico (Anexo I). Esta indefinição na regulamentação da CPSM traduzem a ausência de visão estratégica e a carência da implementação de políticas, o que na realidade não se traduziu em alterações significativas na orgânica da CPSM, nos seguintes anos. Este decreto, que possibilita a organização estratégica da CPSM e valorizava os cuidados de saúde mental à população prisional, nunca foi consagrado, por ausência de Regulamento do HPSJD, tal como já descrito.

Resultado das revisões à Lei de Saúde Mental e ao CEPMPL, que tanto procuram salvaguardar os direitos humanos da pessoa reclusa com doença mental, várias problemáticas dentro da CPSM vêm a ganhar dimensão. Problemáticas como, lotação de internamentos acima dos 100%, carência de iniciativas ou programas de intervenção que promovam a saúde mental prisional, falta de recursos humanos clínicos e a ausência de resposta no SNS para inimputáveis, são algumas das situações identificadas.

As alterações vinculadas pelo Decreto Lei n.º 70/2019 de 24 de maio, vieram também condicionar a tipologia de internamentos na CPSM. O número elevado de internamentos de doentes inimputáveis, descaracterizou a missão para a qual foi originalmente desenhada, uma vez que o seu foco inicial era dar resposta a reclusos com patologia psiquiátrica que se encontravam dentro do sistema prisional. A CPSM aparece como unidade privilegiada para a admissão de medidas privativas da liberdade aplicadas a inimputáveis ou a imputáveis internados por decisão judicial em estabelecimento destinado a inimputáveis, bem como para internamento preventivo, uma vez que se enquadra nos EP

ou unidades especialmente vocacionadas para a prestação de cuidados de saúde mental. Esta situação deu origem a constrangimentos no circuito da pessoa com doença mental em situação de reclusão, criando um *bottleneck* de acesso à UIDA. De acordo com dados atuais da especialidade de Psiquiatria, quanto ao internamento no HPSJD por medidas como inimputáveis, imputáveis a cumprir pena em enfermaria destinada a inimputáveis, internamentos preventivos, prisões preventivas e condenados, correspondem a uma taxa de lotação de 137.30% (Anexo D). Como resposta à demanda de internamentos por mandado de condução, podem-se encontrar doentes da especialidade psiquiátrica internados nos serviços de especialidades médico-cirúrgicas, com prejuízo direto nas vagas para as necessidades destas especialidades, mas também na diferenciação dos cuidados especializados à pessoa com doença mental.

Apesar da situação ter sido desbloqueada legalmente (Decreto Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), os constrangimentos mantêm-se, uma vez que a resposta de internamento para inimputáveis no SNS é inferior às necessidades, prolongando os tempos de internamento para estes, apresentando uma média de dias de internamento de 411 dias (Anexo D), no sistema prisional. Esta situação alimenta um ciclo vicioso que retrai a Missão da CPSM.

Considera-se que face à complexidade dos cuidados de saúde prisional, em especial os cuidados de saúde mental, os sistemas de informação existentes não traduzem a possibilidade de tomadas de decisão em matéria de políticas de saúde baseadas em evidências, sendo necessário um investimento transversal a todo o HPSJD. É imperativo investir na integração de dados de saúde disponibilizando aos profissionais, acesso a plataformas, tais como a PDS, para gestão mais eficiente dos recursos do estado, com impacto direto em ganhos de saúde.

Em matéria de avaliação de *performance* dos cuidados de saúde mental, pode-se concluir que não existindo objetivos e indicadores estratégicos delineados para a CPSM, a sua atividade assistencial turva-se no panorama nacional, não dando visibilidade ao seu valor.

3.2.2. Análise interna da CPSM

Apesar da regulamentação da CPSM, estar definida em decreto-lei, tal como já explanado na análise externa, a sua indefinição quanto à direção clínica representa constrangimentos na gestão estratégica interna.

Se por um lado, a CPSM recebe de forma inequívoca, todos os doentes com mandado de condução para cumprimento de medidas enviados pelo Tribunal, independentemente da sobrelotação, por outro, o acesso ao internamento da pessoa com doença mental que já se encontram em meio prisional é limitado. Este desvirtuar da sua missão, contribui para a iniquidade ao acesso de cuidados de saúde em meio prisional.

A ausência de direção clínica da CPSM, restringe também a tomada de decisão em tempo útil, sobre problemáticas que merecem enquadramento superior à tutela. Como tal a CPSM, não apresenta objetivos contratualizados específicos à sua atividade assistencial, reforçando assim a ausência de plano estratégico dirigido, por parte do HPSJD em matéria de cuidados de saúde e em especial para a área da saúde mental e psiquiatria.

A comunicação interna da CPSM, é promovida através reuniões de serviço, que ocorrem entre a equipa multidisciplinar de ambos os serviços, de forma semanal na UIDA e quinzenal no SIEP. Este momento promove a discussão de casos clínicos, bem como os projetos individuais de cada doente, mas também é o espaço onde se diligencia a gestão do serviço, de forma participativa. Desta, fazem parte a equipa médica, a de enfermagem, os técnicos de reeducação, o terapeuta educacional, a psicologia e o chefe do corpo de guardas da CPSM.

Quanto à sua estrutura física, é em tudo semelhante às restantes áreas clínicas do HPSJD. Com predomínio de infraestruturas degradadas e não adequadas à prestação de cuidados à pessoa com doença mental, reflete um investimento não congruente às necessidades em saúde.

Acresce a esta problemática, a carência de recursos humanos nas categorias profissionais de enfermeiros e médicos, que relacionado com uma vaga de reformas de ambas as categorias, vêm a desfalcar os quadros destes profissionais, sem abertura de concursos para preenchimento de vagas, condicionando a atividade assistencial não só quanto à produtividade e eficiência quanto à qualidade dos cuidados prestados.

Apesar dos constrangimentos sentido, as equipas de enfermagem da CPSM apresentaram, nos últimos anos, vários projetos de melhoria contínua focados na qualidade e segurança dos cuidados que prestam.

3.2.3. Análise SWOT da CPSM

Para completar a análise da CPSM, deu-se continuidade através dos mesmos parâmetros, utilizados na análise do HPSJD (tabela 3.3.). A SWOT, proporciona insights para solucionar problemas, reforçando através de uma visão crítica a necessidade de alinhamento entre o Hospital e a CPSM.

Tabela 3.3. - SWOT da CPSM

Pontos Fortes (*Strenghts*)	Pontos Fracos (*Weakness*)
• Capital Humano experiente e com elevado potencial • Elevada diferenciação e experiência técnica dos profissionais de saúde • Espírito de equipa e pertença por um bem comum • Humanização na prática clínica	• Regulamento não aprovado • Ausência de Direção Clínica • Degradação da estrutura física • Desmotivação dos colaboradores • Insuficiente capacidade instalada para o internamento, dificuldade na capacidade de

• Ligação ao Ensino Graduado e Pós-Graduado (medicina e enfermagem) • Valências: a especialidade dispõe de todas as valências (internamento; ambulatório e urgência – admissões diretas do Tribunal) • Desenvolvimento de tecnologias de informação • Diversidade de áreas de intervenção • Informatização crescente na área da Enfermagem e Registos Clínicos • Programas de Melhoria Contínua	resposta face as necessidades de internamento. • Necessidade de atualização tecnológica e formação para os colaboradores • Ausência de projeto de formação contínua • Carreiras profissionais na saúde prisional pouco atrativas por ausência de sistemas de incentivos e recompensas, face ao risco e desgaste psicológico
Oportunidades (*Opportunities*)	**Ameaças (*Threats*)**
• Comunicação Social • Lei da Saúde Mental (Lei nº 35/2023) • Novas necessidades de saúde • Know-how dos colaboradores sobre saúde mental prisional • Património imobiliário que permite reestruturação das necessidades • Promoção do Ensino e da Investigação • Melhoria da eficiência e prática clínica • Motivação para a mudança e inovação	• Contexto social, económico e político do país • Baixo nível de escolaridade da população reclusa • Desemprego elevado da população reclusa • Opinião pública • Comunicação Social • Deficiente suporte familiar e social da população reclusa • Aumento de prevalência de doença mental • Aumento de doentes inimputáveis • Respostas do SNS insuficientes para dar continuidade ao tratamento de doentes inimputáveis

3.3. Resultados das Entrevistas

Tal como previsto no Capítulo da Metodologia, uma das técnicas de recolha de dados utilizadas foi a realização de entrevistas semiestruturadas, através de um Guião de Entrevista (Anexo B) dirigido aos órgãos de gestão (direção e seus adjuntos) e às chefias intermédias (enfermagem e medicina) do HPSJD. Foram realizadas dez entrevistas, analisadas à luz da metodologia proposta (Magnani & Gioia, 2023). Desta, emergiram 19 conceitos de 1ª ordem, tendo sido constatados 9 temas de 2ª ordem que ficaram agrupados em 4 dimensões agregadas, que são aqui apresentados (tabela 3.4.), contudo, optou-se por apresentar em anexo (Anexo J; Anexo K) a análise mais completa, onde se pode observar as evidências que corroboram as conclusões obtidas.

Considerando que, a realização das entrevistas teve localização temporal, após a elaboração da revisão de literatura, há que considerar a possibilidade de um viés de confirmação, ainda assim, é possível verificar a congruência entre a análise anteriormente realizada com as conclusões da análise das entrevistas.

Tabela 3.4. – Estrutura de dados segundo metodologia Gioia (Magnani & Gioia, 2023).

Conceitos de 1ª Ordem	Temas de 2ª Ordem	Dimensões Agregadas
- Caracterizar a função profissional atualmente exercida nomeadamente no que concerne à senioridade, responsabilidades e desafios.	Função profissional atualmente exercida	Caraterização do entrevistado
- Descrever os processos de tomada de decisão característicos do papel profissional atualmente desempenhado.		
- Identificar os aspetos-chave do papel do Gestor mediante a perceção individual dos profissionais.	Perspetiva individual sobre o papel dos Gestores	
- Descrever os resultados percebidos dos Gestores considerados bons profissionais.		
- Identificar os aspetos-chave que impactam determinantemente o desenvolvimento de uma Estratégia.	Bases para o desenvolvimento de uma Estratégia	Formulação da Estratégia
- Caracterizar os aspetos-chave identificados enquanto recursos (e sua (in)disponibilidade percebida).		
- Identificar os aspetos do QUAR que contribuem ou inibem a formulação da estratégia.	Perspetiva individual sobre o QUAR	
- Caracterizar o nível de visibilidade e conhecimento dos profissionais sobre o QUAR.		
- Sinalizar sugestões de melhoria ao QUAR que promovessem o seu impacto positivo na formulação da estratégia.		
- Identificar a equipa responsável pela contratualização e monitorização.	Objetivos operacionais e respetivos indicadores	Implementação da Estratégia
- Identificar a cobertura dos objetivos operacionais em termos de unidades orgânica.		
- Caracterizar como é comunicada a estratégia aos colaboradores.	Comunicação	
- Identificar o nível de disseminação alcançado pela comunicação da estratégia atual.		
- Identificar como é operacionalizada a monitorização dos objetivos.	Monitorização	Avaliação e controlo
- Caracterizar, quanto à coerência e alinhamento, os objetivos organizacionais e individuais definidos.	Coesão entre níveis de objetivos	
- Identificar como a coesão entre níveis de objetivos reflete a estratégia.		
- Identificar fatores críticos (de sucesso e insucesso) do modelo de avaliação de desempenho vigente.	Avaliação de Desempenho (SIADAP 2 e 3)	
- Caracterizar o potencial de valorização dos colaboradores inerente ao modelo de avaliação de desempenho vigente.		
- Identificar sugestões de melhoria.		

O contributo das entrevistas é de relevância maior, uma vez que testemunham os fatos que vêm a ser considerados anteriormente na análise ao HPSJD. A ausência de alinhamento estratégico entre a DGRSP e o HPSJD, ganham maior dimensão quando são partilhadas palavras-chave como desalinhamento e desconexão (Anexo J; Anexo K).

Apesar do QUAR, permitir a uniformização da formulação da estratégia da DGRSP face às suas unidades orgânicas (EPs), esta apresenta-se restritiva face à especificidade do HPSJD, que se distingue de todas as restantes unidades, pelo seu carácter hospitalar. Assim, o QUAR é entendido como uma metodologia construtiva, mas que não valoriza o *core business* do HPSJ, estando focado na

concretização de objetivos relacionados com a execução de penas e medidas, ou seja, que abrange maioritariamente a Vigilância e a Segurança. É necessária uma mudança de paradigma face ao entendimento da Missão e Visão do HPSJD, dentro da DGRSP, em prol da sustentabilidade dos cuidados de saúde prisionais, através da integração de uma lente holística.

Esta ausência de uma formulação de estratégia, promove uma indefinição do modelo de gestão que se pretende para o HPSJD, contaminando a implementação e avaliação da estratégia e conduzindo a várias lacunas ao nível da comunicação e contratualização de objetivos de eficácia, eficiência e qualidade, bem como à definição dos respetivos indicadores de desempenho corelacionados com a atividade principal do HPSJD, que é a prestação de cuidados de saúde.

O modelo de avaliação de desempenho vigente (SIADAP 2 e 3), é apontado como um fator de descontentamento pelos colaboradores, recebendo várias críticas. A ponderação curricular, como solução dos últimos biénios de avaliação para a enfermagem, resultado de vários constrangimentos internos e externos e a ausência de contratualização de objetivos, conduz a que o SIADAP não seja considerado um sistema que valorize o desempenho efetivo do colaborador.

3.4. Análise Crítica

A gestão de uma unidade hospitalar prisional, como o HPSJD, é uma tarefa complexa, que reclama a reorganização estratégica de uma série de desafios internos e externos.

Internamente, há que lidar com a constante pressão de gerir recursos parcos, incluindo financiamento escasso e uma carência crônica de pessoal do quadro. Além disso, a natureza do ambiente prisional apresenta desafios únicos, como questões de segurança e necessidade de equipas diferenciadas para abordar questões clínicas orgânicas e mentais, dotadas não só de *hard skills*, como também de *soft skills*.

A limitação de autonomia para a contratação de profissionais de saúde e para a retenção de talento nos seus quadros, bem como para a melhoria das condições de trabalho, representam as suas principais fraquezas (SWOT) e um dos maiores desafios à sua sustentabilidade, pois diminui a sua atratividade para a contratação de novos elementos. Urge desta forma, o desenvolvimento de práticas de gestão de pessoas. Acresce o fato, de que os profissionais afetos não se reverem no sistema de avaliação de desempenho atual (SIADAP) uma vez que sentem que os seus interesses e talento não são reconhecidos. Por outro lado, os colaboradores que se encontram com um vínculo precário (36.60%), não estão abrangidos por um sistema de avaliação de desempenho, o que compromete o seu alinhamento à instituição.

Externamente, o HPSJD está sujeito a uma série de pressões, incluindo a necessidade de cumprir regulamentos governamentais rigorosos, pressão da opinião pública e das Comissões de Direitos Humanos (nacionais e internacionais) focados nas condições de reclusão e saúde da população

prisional, sempre procurando sobreviver à volatilidade das políticas governamentais e de restrição de financiamento.

Os contextos de imprevisibilidade recentes, pelas caraterísticas inerentes a esta unidade, bem como o contexto pandémico vivido nos últimos anos, conduziram a uma readaptação constante na gestão de recursos, sendo cada mais exigente apresentar *outcomes* de eficácia e eficiência, relevando dificuldades na gestão da mudança e pouca flexibilidade para seguir as tendências do mercado de saúde.

Aliado às realidades referidas, a ausência de um sistema de controlo de gestão que promova o alinhamento desta organização à sua missão, objetivos e valores, alimentado pelo paradigma comunicacional exclusivo *top-down* dos serviços públicos e pela autonomia limitada, promove que as tomadas de decisão complexas sejam morosas e não respondem em tempo útil às necessidades prementes, comprometendo a implementação de uma gestão estratégica que promova a sua *performance*.

A ausência de Comissões especializadas multidisciplinares, para a melhoria contínua dos cuidados, bem como a inexistência de um sistema de *reporting* de incidentes e eventos, revela a falta de investimento para uma cultura de segurança e de gestão de risco para os cuidados de saúde, que por sua vez é congruente com a falta de alinhamento estratégico já constatada, situando o HPSJD num limbo entre prisão e hospital.

No sentido de promover as melhores práticas, a análise de *Benchmarking* revela que a unicidade do HPSJD, coloca-o isolado dos equipamentos de saúde do estado integrados no SNS, o que contraria o enquadramento legal que esclarece que a tutela inspetiva desta instituição recai sobre a responsabilidade do MS. É por isto fundamental, que se integre um conjunto de ações e medidas que reflitam a tendência internacional de boas práticas em saúde prisional, através da implementação de indicadores.

O modelo atual de gestão da saúde prisional, enquadrado sob a tutela do MJ, necessita de ser repensado à luz das recentes tendências de gestão estratégica internacionais, nas quais é defendida a integração da saúde prisional no MS, contrariando a realidade nacional. A segregação da saúde prisional conduz a iniquidades de acesso e continuidade aos cuidados de saúde da pessoa privada de liberdade, limitando os ganhos em saúde e corrompendo o impacto na saúde pública da população em geral.

Surge também como resultado desta análise a problemática da sobrelotação em áreas específicas do HPSJD, como a CPSM, para a qual é necessária uma revisão consciente da tutela, valorizando a regulamentação desta UO, criando soluções emergentes para fazer face ao cumprimento da lei, e assegurar os direitos da pessoa reclusa com doença mental, independentemente do tipo de medida privativa de liberdade que se encontre.

No entanto, apesar desses desafios, é necessário valorizar o capital humano dos profissionais e o seu conhecimento em saúde prisional, motivando-os através de investimento para a maior diferenciação dos seus conhecimentos técnico-científicos e sensibilizando-os para a importância de se envolverem de forma consciente na melhoria contínua dos cuidados através de projetos centralizados no doente e na construção e valorização dos sistemas de informação disponíveis.

Existem recursos e oportunidades que podem ser explorados para melhorar os serviços de saúde prestados à população reclusa. O investimento em parcerias estratégicas com instituições de saúde externas, podem fornecer acesso a recursos adicionais, *expertise* e tecnologia avançada. Além disso, a obtenção de financiamento adicional por meio de subsídios governamentais ou doações, pode ser uma solução para a melhoraria das infraestruturas e dos serviços oferecidos, mas claro está, é necessário o entendimento político sobre a priorização da saúde prisional.

Uma abordagem colaborativa e proactiva é fundamental para superar os obstáculos enfrentados pela gestão do HPSJD. Carece o envolvimento e o apoio de todos os *stakeholders* relevantes, incluindo colaboradores, tutela, agências governamentais de saúde, organizações de direitos humanos e a comunidade local. Ao trabalhar em conjunto, é possível identificar soluções inovadoras, implementar melhores práticas e promover uma gestão eficaz, humanizada e atenta às necessidades em saúde prisional, ao mesmo tempo que se mantém um ambiente de segurança e paz social para todos os envolvidos.

CAPÍTULO 4

Projeto de Intervenção

A análise previamente realizada, contextualiza a necessidade de elaboração de um projeto que proporcione visibilidade às oportunidades de melhoria identificadas, valorizando a gestão estratégica e a construção de um instrumento que permita o alinhamento do HPSJD à DGRSP, mas também à sua Missão e Visão, salvaguardando a gestão da avaliação de desempenho como meio de alinhamento e valorização do talento dos seus profissionais.

Neste sentido, propõe-se para este capítulo a elaboração de um Projeto de Intervenção, onde se prevê a reformulação da Missão, Visão e Valores do HPSJD e a construção de um instrumento de gestão dirigido aos níveis corporativo e operacional, através da elaboração de um BSC para o HPSJD e para uma das suas unidades orgânicas, a CPSM. No intuito de incrementar a gestão e avaliação de desempenho profissional, pretende-se alicerçar o SIADAP 3, procurando valorizar o perfil profissional dos Enfermeiros e dando visibilidade a um conjunto de práticas de RH fundamentas na abordagem AMO.

4.1. Reformulação de Missão, Visão e Valores

No sentido de melhor corresponder aos interesses de todos os *stakeholders* internos e externos, e após reflexão sobre a Missão do HPSJD, proposta em Regulamento e que aguarda aprovação, propõe-se uma reformulação a estes conceitos fundamentais, que traduzam fielmente o valor desta instituição e reforcem a valorização do seu capital humano bem como a centralidade dos cuidados de saúde na população prisional (tabela 4.1.).

Tabela 4.1. - Reformulação da Missão, Valores e Visão

MISSÃO	
Prestar cuidados de excelência em saúde, centrados na pessoa privada de liberdade. Procurar garantir a acessibilidade, a qualidade e a continuidade dos cuidados, através da articulação com outras entidades, assumindo desta forma, padrões elevados de humanização dos cuidados, desempenho técnico-científico e a eficiência e efetividade da gestão de recursos.	
VALORES	
Respeito	Generosidade
Sustentabilidade	Responsabilidade Social
Justiça	Integridade
Equidade	Espírito de cooperação

Inovação e Melhoria Contínua Acessibilidade	Dignidade
VISÃO	
Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados de saúde prisional, na procura da sustentabilidade, desenvolvimento, inovação e criação de valor, através da promoção e literacia para a saúde, prevenção da doença e reabilitação e reintegração da pessoa privada da liberdade.	

4.2. BSC Corporativo e Operacional

A partilha de metas e objetivos operacionais assume particular relevância numa estrutura orgânica altamente complexa e ampla como a DGRSP, não obstante, a unicidade do HPSJD dilui-se nesta transversalidade ficando omissa a sua natureza hospitalar de elevado contributo. Nesta perspetiva e não desvirtuando o alinhamento à DGRSP, pretende-se que o HPSJD, como unidade desconcentrada, se evidencie através de uma gestão estratégica focada no seu *core business* que é prestação de cuidados de saúde. Para tal, prevê-se o alinhamento à gestão de topo, na continuidade de propósito à execução de penas e medidas privativas de liberdade, assegurando o respeito pelos direitos humanos desta população.

A preferência pelo BSC para esta realidade, sedimenta-se na evidência que este instrumento de gestão pode ser adaptado à gestão pública, assumindo como pretensão um novo alinhamento da sua estratégia e *performance*, pelo que se pretende dar continuidade elaborando também um BSC para uma das suas unidades orgânicas, a CPSM.

4.2.1. Mapa Estratégico Corporativo do HPSJD

A implementação do BSC, pode constituir um desafio, pela exigência de abranger o todo com um orçamento limitado, pelo que se torna fundamental a construção de um mapa estratégico, tal como corroborado pela revisão de literatura. Este instrumento, permite dar evidência a operacionalização lógica, concretizando as relações causa-efeito entre objetivos, sendo crucial na comunicação da estratégia e criando valor acrescentado na implementação desta.

A figura 4.1., apresenta o Mapa Estratégico, onde se clarifica os objetivos estratégicos definidos para as quatros perspetivas do BSC, bem como as relações entre si que sustentam o alinhamento entre os diversos níveis funcionais do HPSJD.

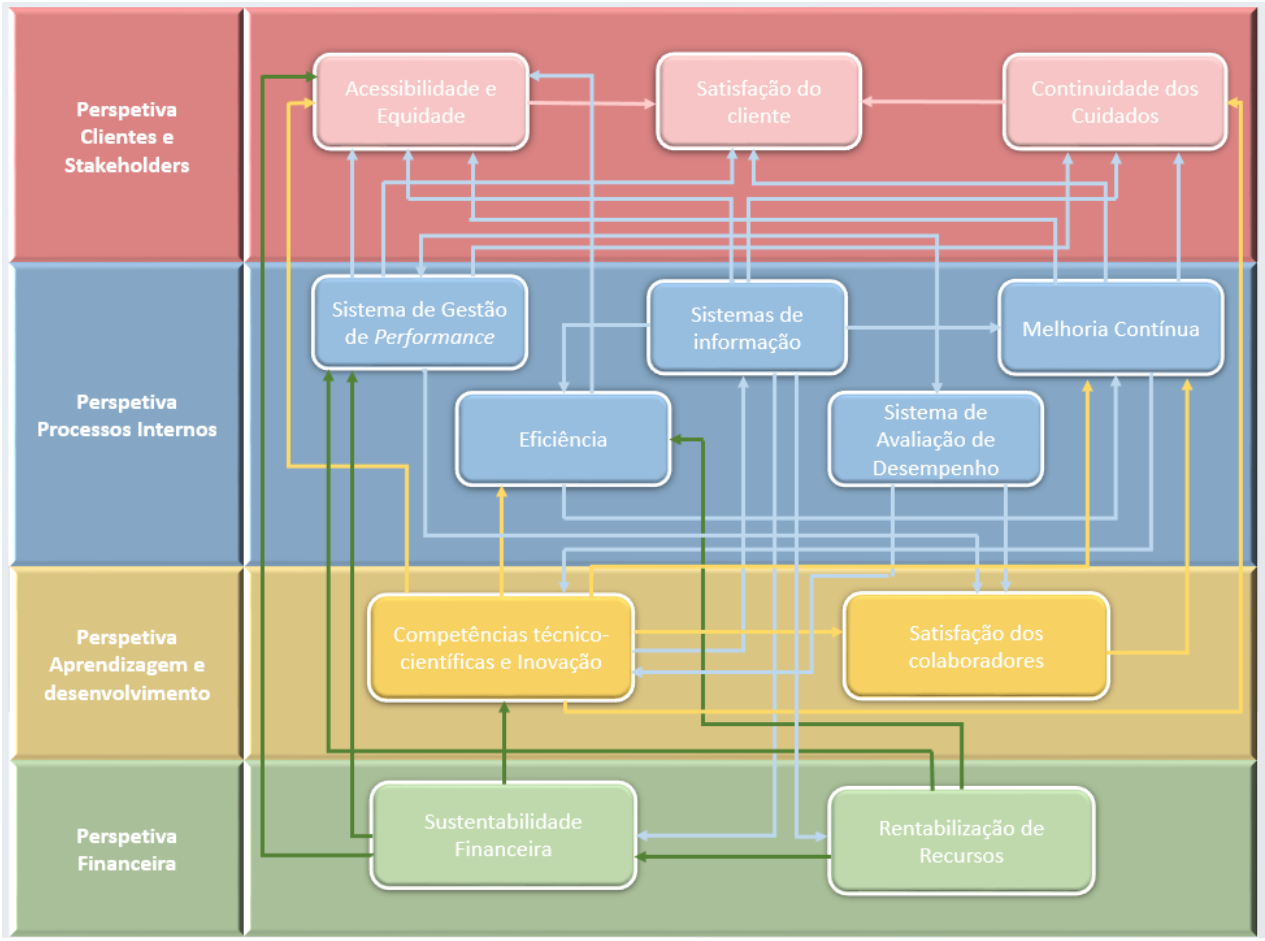


Figura 4.1. – Mapa Estratégico Corporativo do HPSJD

Assim, como perspetiva de topo nomeia-se a Perspetiva Clientes/*Stakeholders*, para a qual os seguintes objetivos, ambicionam:

- Garantir a acessibilidade e equidade à saúde prisional, através de: 1) Operacionalizar sistemas de informação; 2) Sistema de Gestão de performance; 3) Implementar processos de melhoria contínua; 4) Garantir a sustentabilidade financeira; 5) Eficiência; 6) Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde;

- Aumentar a satisfação dos doentes, através de: 1) Garantir a acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde prisional; 2) Garantir a continuidade de cuidados entre estabelecimentos prisionais e comunidade; 3) Sistema de Gestão de performance; 4) Melhoria Contínua;

- Garantir a continuidade de cuidados de saúde com os estabelecimentos prisionais e comunidade, através de: 1) Operacionalizar sistemas de informação; 2) Implementar processos de melhoria contínua; 3) Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde; 4) Sistema de Gestão de performance;

No seu seguimento, identifica-se a Perspetiva dos Processos Internos, e para a qual os seguintes objetivos, que pretendem:

- Implementar um sistema de gestão de *performance*, através de: 1) Garantir a sustentabilidade financeira; 2) Rentabilizar recursos existentes; 3) Melhorar o sistema de avaliação de desempenho;

- Garantir a eficiência, através de: 1) Operacionalizar sistemas de informação; 2) Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde; 3) Rentabilizar recursos existentes;

- Operacionalizar sistemas de informação, através de: Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde.

- Implementar processos de melhoria contínua, através de: 1) Operacionalizar sistemas de informação; 2) Garantir a eficiência; 3) Satisfação dos colaboradores; 4) Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde;

- Melhorar o sistema de avaliação de desempenho, através de: Implementar um sistema de gestão de *performance;*

Relativamente à Perspetiva da Aprendizagem e Desenvolvimento, identificam-se os seguintes objetivos que pretendem:

- Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde, através de: 1) Melhorar o sistema de avaliação de desempenho; 2) Implementar processos de melhoria contínua; 3) Sustentabilidade financeira;

- Satisfação dos colaboradores, através de: 1) Melhorar o sistema de avaliação de desempenho; 2) Implementar um sistema de gestão de *performance*; 3) Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde;

Por fim para a Perspetiva Financeira, identificam-se os seguintes objetivos que pretendem:

- Garantir a sustentabilidade financeira, através de: 1) Rentabilizar recursos existentes; 2) Operacionalizar sistemas de informação;

- Rentabilizar recursos existentes, através de: Operacionalizar sistemas de informação.

O objetivo acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde prisional, encontra-se evidenciado como um dos mais relevantes, corroborando o Quadro de Saúde Prisional da OMS (Alves da Costa *et al*., 2022) onde é premente a redução das desigualdades no acesso à saúde, por parte de populações com necessidades especiais. Para tal, o reforço do quadro de recursos humanos, é um requisito, uma vez que a capacidade de resposta do sistema é dependente da otimização da força de trabalho das várias categorias profissionais, mas que se encontram em números insuficientes para prestar cuidados holísticos que correspondam aos padrões internacionais de direitos humanos e saúde prisional.

Com grande concentração ao nível dos objetivos previstos para os processos internos, os sistemas de informação desempenham o papel de elo de ligação e continuidade, sendo, determinantes no desenvolvimento de políticas de saúde baseadas em evidência. São decisivos, não só para a colheita

de indicadores, mas também estão diretamente relacionados com a melhoria contínua dos processos, sendo este último basilar para a concretização de vários objetivos.

A ausência da integração de dados em saúde é um foco de preocupação dos profissionais de saúde do HPSJD, uma vez que a ausência de acesso a PDS, impacta na qualidade dos cuidados e paralelemente na rentabilização dos recursos de saúde do Estado. Esta problemática torna-se evidente, nas situações em que o Tribunal envia doentes para internamento, diretamente para o HPSJD (mandado de condução), sem se fazer acompanhar por informação clínica. Surge desta forma, obstáculos de equidade à saúde prisional, interrompendo a continuidade de cuidados iniciados na comunidade e motivando a prescrição desnecessária de MCDTs, bem como prolongamento nos tempos de internamento e consequente consumo supérfluo de recursos humanos, materiais e financeiros.

Numa perspetiva de melhoria contínua e através de uma prática de excelência, vários projetos vêm a ser desenvolvidos para dar continuidade aos cuidados de saúde na tríade HPSJ-EP-Comunidade. Para garantir a sua monitorização, carecem de estar integrados nos sistemas de informação, reforçando a importância basilar destes na obtenção de resultados em saúde.

A montante do HPSJD, torna-se importante identificar as necessidades dos EPs, para tal a Linha 24, pretende ser uma linha telefónica de emergência 24 horas, da responsabilidade da DE, que realiza não só a coordenação intra-hospitalar, como visa dar encaminhamento às situações urgentes de saúde. Para a sua exequibilidade ao nível de resposta clínica, estão nomeados médicos das especialidades de medicina interna, cirurgia e psiquiatria de prevenção.

Por outro lado, a jusante, é prioritário introduzir procedimentos para dar continuidade aos internamentos aquando da cessação de medidas privativas de liberdade, onde termina a área de intervenção da justiça e deve iniciar a do SNS. A continuidade de cuidados deve ser assegurada no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sob a responsabilidade da Segurança Social, prevenindo situações de emergência social quer ao nível dos cuidados nas especialidades médico-cirúrgicas, quer no âmbito da saúde mental, tal como previsto na nova Lei da Saúde Mental (Lei n.º 35/2023, de 21 de julho), mas atualmente com resposta exígua.

Para a melhoria dos procedimentos face a indicadores de cuidados de saúde internos, prevê-se a monitorização de indicadores específicos dos cuidados em enfermagem, referenciados pela OE, mas também os KPIs identificados pela OMS como concludentes (Alves da Costa *et al*., 2022), incrementando a necessidade da revisão do Manual de Qualidade de Cuidados de Enfermagem.

A importância de valorizar a satisfação dos colaboradores, numa área tão desgastante física e psicologicamente como a saúde prisional, exige medidas que lhes proporcione momentos de partilha e catarse, reforçando o *engagement* de todos.

Também, a necessidade de investimento nas competências dos colaboradores, através de iniciativas que promovam a inovação, o conhecimento científico e as competências técnicas associadas, urgem para reforçar a implementação de um sistema de gestão de *performance* assente em disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade, impelindo a trajetória do HPSJD para resultados em saúde e garantindo a satisfação dos doentes.

No domínio orçamental, o HPSJD encontra-se sob a tutela da Direção de Serviços de Recursos Financeiros e Patrimoniais da DGRSP. Sendo esta um organismo público, enquadrada no MJ toda a gestão orçamental se encontra dependente do orçamento de Estado, sendo-lhe atribuído um orçamento anual de funcionamento.

4.2.2. BSC corporativo do HPSJD

Na continuidade do projeto, foi elaborado o BSC que responde às quatro perspetivas (tabelas 4.2; 4.3; 4.4; 4.5), já mencionadas, mas agora pretende-se valorizar os seus objetivos através da concretização de indicadores, metas e iniciativas específicas, em que o alinhamento da estratégia ressurte.

Tabela 4.2. – Perspetiva dos Clientes /*Stakeholders* - HPSJD

Objetivos estratégicos	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
Garantir a acessibilidade e equidade à saúde prisional	40	Taxa de internamentos	30	(Nº de camas ocupadas/Nº total de camas) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Garantir ocupação de camas. Promover rotatividade, sem altas precoces. Prevenir sobrelotação	DC
		Taxa de doentes observados em 1ª consulta	30	(Nº de 1ª consultas realizadas/Nº de 1ª consultas pedidas) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Assegurar tempo da atividade assistencial médica e de enfermagem para consulta externas	DHPSJD DC
		Nº de abertura de concursos para profissionais de saúde	40	∑ de Nº de concursos abertos	Não atingido <2 concursos Atingido = 2 concursos Superado>2 concursos	2 concursos	Avaliação das necessidades em profissionais de saúde, para preenchimento de rácios das várias especialidades médico-cirúrgicas, enfermagem, psicologia, assistentes operacionais	DGRSP DGRH DHPSJD DC DE
Aumentar a satisfação dos doentes	20	Grau de satisfação do doente com os serviços	50	(Nº doentes satisfeitos/Nº total de inquéritos preenchidos) *100%	Não atingido<80% Atingido 80%-85% Superado>85%	>80%	Elaboração de questionários de satisfação aos doentes	DGRSP DHPSJD
		Taxa de reclamações	50	(Nº de reclamações/Nº de doentes internados) *100	Não atingido >30% Atingido 20%-30% Superado <20%	<30%	Divulgação de Caixa das Sugestões/reclamações	DGRSP DHPSJD
Garantir a continuidade de cuidados de saúde com os estabelecimentos prisionais e comunidade	40	Taxa de articulação com entidades da comunidade para a alta/liberdade	50	(Nº de doentes encaminhados/nº total de doentes que tiveram alta) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Preparação para a Alta -Protocolo de Parceria com ACES/ULS/SICAD (etc.) Garantir o 1º seguimento em consulta médica após alta/liberdade	DHPSJD DE DC SNS
		Taxa de encaminhamento de situações da Linha 24	20	Nº de chamadas dos EPs com encaminhamentos efetivados /Nº total de chamadas dos EP para a Linha 24	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Consulta da plataforma de registo da equipa de Coordenação de Enfermagem que é responsável pela Linha 24 Criação do indicador na plataforma	DE TSI
		Nº de sessões para a literacia em saúde dirigida a população reclusa	30	(Nº de doentes com mais de 1 sessão/Nº total de doentes) *100	Não atingido<80% Atingido 80%-90% Superado>90%	>80%	Elaborar Programa Anual de Literacia para a saúde prisional transversal a todas as unidades orgânicas do HPSJD	DC DE

Tabela 4.3. - Perspetiva dos Processos internos - HPSJD

Objetivos Estratégicos	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
1. Implementar um sistema de gestão de *performance*	25	Grau de implementação do BSC do HPSJD	50	(Nº de indicadores cumpridos/Nº total de indicadores) *100	Não atingido<100% Atingido 100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Reuniões de Comunicação e Monitorização periódica trimestral Divulgar as boas práticas implementadas	DGRSP DHPSJD DC DE
		Grau de Implementação do BSC da CPSM	25	(Nº de indicadores cumpridos/Nº total de indicadores) *100	Não atingido<100% Atingido 100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Reuniões de Comunicação e Monitorização periódica trimestral Divulgar as boas práticas implementadas	DGRSP DHPSJD DC DE
		Nº de BSC para as restantes UO	25	(Nº de BSC elaborados/Nº de UO) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Reuniões de Comunicação e Monitorização periódica trimestral das 3 UO Divulgar as boas práticas implementadas	DGRSP DHPSJD DC DE
2. Garantir a eficiência	10	Tempo de internamento	40	(Nº total de dias de internamento de todos os doentes (exceto dia da alta) /Nº de doentes saídos)*100	Não atingido >5% Atingido < 5% da meta Superado < 3% da meta	< 5% face ao período homologo	Diminuição dos dias de internamento, através do protelamento da alta por dias clinicamente injustificados	DC TSI
		Taxa de reinternamentos em 30 dias	30	(Nº de reinternamentos ocorridos até 30 dias após a alta do utente/Nº de episódios de internamento) *100	Não atingido >5% Atingido < 5% da meta Superado < 3% da meta	< 5% face ao período homologo	Assegurar procedimentos de continuidade de cuidados para prevenir o reinternamento nos 30 dias seguintes Programas continuidade cuidados HPSJD - EP	DHPSJD DGRSP DC DE TSI
3. Operacionalizar sistemas de informação	20	Nº de módulos de requisições integrados na plataforma Gesfarma	30	∑ de Nº de módulos de requisições	Não atingido <3 módulos Atingido >3 Superado>4 módulos	3 módulos	Programa HPSJD *paperless* – (desmaterialização de requisições de Psiquiatria Ligação; MCDTs; Modelo 69; Extra -Formulários) Formação à equipa médica	DHPSJD TSI DC
		Grau de Implementação do i*Interface* Consulta Externa no Gesfarma	40	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Constituição de Grupo de Trabalho (enfermeiros; médicos e TSI para avaliar necessidades no *interface*)	DC DE TSI
		Adesão à Plataforma Dados de Saúde (PDS)	30	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Promover a integração de dados em saúde Aumentar a interoperabilidade dos dados em saúde Reunião entre as partes	DGRSP SPMS DC DE
	25	Grau de implementação do	30	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100%	100%	Constituição de equipa multidisciplinar	DC DE

4. Implementar processos de melhoria contínua		Gabinete da Qualidade e Auditoria Clínica			Superado - Divulgação de boas práticas		Elaborar plano mensal de auditoria clínicas e não clínicas Implementação do PNSD 2021-2026 Implementar sistema de *report* eventos adversos clínicos e não clínicos	
		Grau de implementação da Comissão Prevenção e Controlo de Infeção	30	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Constituição de equipa multidisciplinar (enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, farmacêutico e técnicos de MCDTs)	DC DE
		Grau de Implementação do Plano de Requalificação do HPSJD	40	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Vistoria periódica para avaliação dos equipamentos hospitalares; Elaboração de Relatório de necessidades; Monitorização de pedidos crónicos de manutenção na plataforma interna especifica;	DGRSP DHPSJD DC DE
5. Melhorar o sistema de avaliação de desempenho	20	Nº de Perfis Profissionais construídos	50	∑ de Nº de perfis profissionais desenvolvidos	Não atingido<3 perfis Atingido>3 Superado>4	3 perfis	Construir perfis profissionais para médicos; AO; TDT; Alinhar os objetivos individuais aos objetivos operacionais	DGRH
		Nº de reuniões realizadas com os colaboradores	50	(Nº de colaboradores que estiveram em mais de 1 reunião/Nº total de colaboradores) *100	Não atingido<80% Atingido 80%-90% Superado>90%	80%	Elaborar Plano de reuniões de para promover o alinhamento e monitorização de objetivos corporativos aos individuais	DHPSJD DC DE

Tabela 4.4. - Perspetiva da Aprendizagem e Desenvolvimento - HPSJD

Objetivos Estratégicos	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
6. Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde	50	Grau de Implementação da Comissão Cientifico-Pedagógica	40	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Constituição de equipa multidisciplinar Elaboração de um Plano de Formação transversal ao HPSJD que promova o conhecimento e competências técnicas dos colaboradores	DC DE
		Nº de horas de formação realizadas aos colaboradores	30	(Nº de formações realizadas ou frequentadas/Nº de formações planeadas) *100%	Não atingido<80% Atingido 80-85% Superado>85%	80%	Formação em serviço conta como hora de trabalho	DC DE
		Nº de protocolos estabelecidos com instituições de ensino superior	30	∑ de Nº de protocolos estabelecidos	Não atingido<2 protocolos Atingido = 2 Superado>3	2 protocolos	Facilitar condições para a investigação e troca de conhecimento para inovação dos cuidados Estabelecer protocolos diversificados na área da formação em saúde	DC DE
7. Aumentar a satisfação dos colaboradores	50	Nº de eventos corporativos realizados	50	∑ de Nº de eventos realizados	Não atingido<3 eventos Atingido = 3 Superado>3	3 eventos	Constituição de Grupo de Trabalhadores dinamizadores de Realização de 3 eventos anuais	Todas as áreas profissionais
		Grau de satisfação dos colaboradores	50	(Nº de colaboradores satisfeitos/nº total de inquéritos preenchidos) *100	Não atingido<80% Atingido 80%-85% Superado>85%	80%	Elaboração de inquéritos de satisfação Caixa das Oportunidades	DGRH DHPSJD

Tabela 4.5. - Perspetiva Financeira - HPSJD

Objetivos Estratégicos	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
8. Garantir a sustentabilidade financeira	50	Cumprimento do plano orçamental anual	100	Orçamento anual – Gastos reais	Não atingido<0 Atingido=0 Superado >0	Cumprir orçamento	Otimizar o orçamento Avaliação trimestral dos gastos	DHPSJD
9. Rentabilizar recursos existentes	50	Custos de medicamentos e dispositivos médicos por doente	50	(Custo de medicamentos e dispositivos médicos/ doente entrado) *100	Não atingido <5% Atingido = 5% Superado > 5%	Redução em 5% face ao ano anterior	Revisão de terapêutica de acordo com as orientações do Guia para a Revisão Terapêutica da OF Reduzir a despesa da prescrição de medicamentos Reduzir despesa de material Diminuir tempo de internamento Implementação da PDS	DHPSJD DC
		Custos de MCDTs com doentes	50	(Custo de MCDTs/ doente entrado) *100	Não atingido >5% Atingido = 5% Superado > 5%	Redução em 5% face ao ano anterior	Avaliar a possibilidade de contratualização de técnicos de ECG para evitar a aquisição externa do MDCTs Implementação da PDS	DHPSJD

4.2.3. BSC Operacional da CPSM

Tal como previsto na construção do BSC corporativo, propõe-se nas seguintes tabelas (4.6.; 4.7.;4.8.;4.9.) dar continuidade ao alinhamento estratégico para a CPSM, através do estabelecimento das quatro perspetivas do BSC.

Tabela 4.6. - Perspetiva dos Clientes/*Stakeholders* - CPSM

Objetivos Operacionais	OES	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
Garantir a acessibilidade e equidade aos cuidados de saúde mental e psiquiatria	1.	40	Taxa de internamentos na CPSM	40	(Nº de camas ocupadas/Nº total de camas) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Garantir ocupação de camas. Promover rotatividade, sem altas precoces Gerir a sobrelotação e a ocupação de camas por Psiquiatria em outras UO	CCPSM
			Taxa de doentes observados em 1ª consulta de Psiquiatria	20	(Nº de 1ª consultas realizadas/Nº de 1ª consultas pedidas) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Assegurar tempo da atividade assistencial médica e de enfermagem para consulta externas Atribuir 1 elemento da enfermagem a Consulta Externa Contratualização de profissionais (médico e enfermagem)	DHPSJD CCPSM DE
			Taxa de videoconsultas de Psiquiatria aos EPs	40	(Número de videoconsultas realizadas/Nº de videoconsultas solicitadas) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Assegurar tempo da atividade assistencial médica para vídeoconsulta	DHPSJD DC CCPSM TSI
Aumentar a satisfação dos doentes	2.	20	Índice de satisfação com o serviço	40	(Nº doentes satisfeitos/Nº total de inquéritos preenchidos) *100%	Não atingido<80% Atingido 80%-85% Superado>85%	>80%	Elaborar e aplicar questionários de satisfação aos doentes (implementar à saída dos serviços)	CCPSM DE
			Nº de sessões de âmbito psicoterapêutico e sócio ocupacional	40	∑ de Nº de sessões assistidas por doente internado	Não atingido<3 sessões Atingido = 3 Superado>3	3 sessões Trimestral	Elaborar Projeto de atividades de âmbito psicoterapêutico e sócio ocupacional.	DE TO Psicologia
			Nº de doentes integrados em ocupação laboral	20	∑ de Nº de doentes integrados em ocupação laboral	Não atingido<5 sessões Atingido = 5 Superado>5	Anual	Aumentar as oportunidades de reabilitação e reinserção socioprofissional. Aumento dos postos disponíveis remunerados	DHPSJD SAEP CGP CPSM DE
Garantir a continuidade de cuidados de saúde mental e psiquiatria com os EPs e comunidade	3.	40	Grau de Implementação da Fase II do Projeto PAD-SPP	20	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Constituir Equipa de Enfermeiros Elos das UO HPSJD – EP Dar continuidade ao Programa Psicoeducativo de continuidade de cuidados de saúde mental	DHPSJD DE
			Nº de encaminhamentos da Linha 24 para a Psiquiatria	20	(Nº de chamadas dos EPs com encaminhamentos para a Psiquiatria efetivados/Nº total de chamadas dos EP para a Psiquiatria) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	90%	Aferir as necessidades dos EPs para a especialidade de Psiquiatria através do registo da Linha 24 no Gesfarma	CCPSM DE TSI

			Nº de doentes em regime de tratamento involuntário pós-alta	20	(Nº de doentes em tratamento involuntário pós-alta/Nº de doentes referenciados para tratamento involuntário no pós- alta) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Reuniões de articulação entre parceiros (DHPSJD; CCPSM; DE; SNS)	CCPSM SNS
			Nº de utentes em Programa de *Follow-Up* Telefónico após Alta para a Comunidade	20	(Nº de doentes seguidos em *Follow Up* telefónico após alta/Nº de doentes com alta) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Continuidade do programa de Follow-Up Implementação transversal a outras especialidades	DE
			Nº de doentes integrados no PPGD	20	(Nº de doentes em Programa PPGD/Nº total de doentes internados) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	>90%	Realizar as avaliações aos doentes internados na UIDA e fazer o respetivo encaminhamento para a continuidade dos cuidados para o SIEP	DE Psicologia

Tabela 4.7. - Perspetiva dos Processos internos - CPSM

Objetivos Operacionais	OES	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
Implementar o BSC da CPSM	4. 5.	20	Grau de Implementação do BSC da CPSM	100	(Nº de indicadores cumpridos/Nº total de indicadores) *100	Não atingido<100% Atingido 100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Monitorização periódica e trimestral de objetivos Nomear Direção Clínica da CPSM de acordo com Decreto-Lei nº 469/88 de 17 de dezembro	DGRSP DHPSJD DCPSM DE
Melhorar os Sistemas de Informação	6.	20	Grau de Implementação da interface Consulta Externa de Psiquiatria e Saúde Mental	100	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Constituir Grupo de Trabalho (enfermeiros, médicos e informático para construção da interface) Integrar interface no Gesfarma	DCPSM DE TSI
Implementar projetos de melhoria contínua	7.	20	Revisão do Manual de Qualidade de cuidados de Enfermagem de acordo com orientação da OE	40	(Situação atual/Grau total de implementação) *100	Não atingido<100% Atingido=100% Superado - Divulgação de boas práticas	100%	Constituir Grupo de Trabalho Elaborar e implementar normas e procedimentos orientadores para a qualidade e segurança dos cuidados especializados	DE
			Grau de implementação das normas elaboradas na Revisão do Manual de Serviço de Enfermagem	40	(Nº de Normas orientadoras implementadas/Nº total de normas revistas) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	100%	Auditorias às Normas implementadas Formação *On Job*	DE
Melhorar os procedimentos face aos indicadores de cuidados de saúde mental e psiquiatria		40	Taxa de adesão ao tratamento medicamentoso	20	(Nº de doentes internados com adesão presente/Nº total de doentes internados) *100	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	90%	Aplicar escala MAT no acolhimento do doente (disponível no Gesfarma) Integrar doentes no PAD-SPP e no PPGD Responder ao Indicador da OE	DE TSI
			Taxa de prevalência de suicídio	30	(Nº de suicídios/Nº total de doentes internados) *100	Não Atingido>0 Atingido = 0 Superado - Divulgação de boas práticas	0%	Proporcionar formação à equipa multidisciplinar para a prevenção Uniformizar boas práticas, atendendo ao PIPS Indicador da OMS e OE	CGP DC DE
			Nº de testes de pesquisa de SPAS realizados na admissão do doente	20	(Nº de testes de pesquisa de SPAS realizado na	Não atingido<90% Atingido 90%-95% Superado>95%	90%	Implementar Protocolo para despiste de Substâncias Psicoativas no momento de acolhimento do doente que vem do	DCPSM DE CPG

					admissão do doente/ Nº de doentes internados) *100			exterior (metadona, cocaína, thc; opiáceos; benzodiazepinas) Identificar nº de doentes com patologia aditiva Implementar programas para a adição opióide Implementar Indicador da OMS e OE	TSI Laboratório ICAD
			Nº de doentes com contenção prescrita de acordo com o Protocolo de Contenção	30	Nº de doentes em que foi prescrito em processo clínico indicação de contenção/Nº doentes que estiveram sob contenção	Não atingido<100% Atingido - 100% Divulgação de boas práticas	100%	Aplicar Protocolo a Doentes sob contenção Registo de Entrada em Quarto de Contenção Ambiental Proporcionar formação à equipa multidisciplinar para uniformização	DCPSM DE CGP TSI

Tabela 4.8. - Perspetiva da Aprendizagem e Desenvolvimento - CPSM

Objetivos Operacionais	OES	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
Promover a melhoria das competências técnico-científicas dos colaboradores	9.	50	Nº de horas de formação realizadas aos colaboradores	40	(Nº de formações realizadas ou frequentadas/Nº de formações planeadas) *100%	Não atingido<80% Atingido 80-85% Superado>85%	80%	Promover a frequência de formações em serviço de todos os grupos profissionais	DCPSM DE
			Nº de reuniões multidisciplinares de serviço	30	∑ de Nº de reuniões multidisciplinares de serviço	Não atingido>70 Atingido 70-80 Superado>80	70 reuniões	Reuniões semanais (UIDA) e quinzenais (SIEP) Proporcionar discussão e supervisão de casos clínicos Gestão do serviço Proporcionar alinhamento aos objetivos estratégicos DHPSJD estar presente nas reuniões trimestralmente	DHPSJD DCPSM DE SAEP CGP Psicologia TO
			Nº de artigos científicos publicados	30	∑ de Nº artigo científico publicados	Não atingido<1 artigo Atingido = 1 Superado>1	1 artigo	Promover a publicação de artigos científicos em revistas indexadas	DCPSM DE
Aumentar a satisfação e compromisso dos colaboradores	10.	50	Nº de eventos corporativos realizados	50	∑ de Nº de eventos realizados	Não atingido<3 artigo Atingido = 3 Superado>3	3 eventos	Eventos de convívio Psico-Almoço Constituir Grupo de Trabalhadores dinamizadores Realização de *team building* anual	Todas as categorias profissionais da CPSM
			Grau de satisfação dos colaboradores	50	(Nº de colaboradores satisfeitos/nº total de inquéritos preenchidos) *100	Não atingido<80% Atingido 80-85% Superado>85%	80%	Elaborar e aplicar inquéritos de satisfação Caixa das Oportunidades (sugestões)	DE DCPSM

Tabela 4.9. - Perspetiva Financeira - CPSM

Objetivos Operacionais	OES	PO	Indicadores	PI	Fórmula de cálculo	Critérios de superação	Metas	Iniciativas	Responsáveis
Garantir a sustentabilidade financeira	11.	50	Taxa ocupação	100	(Nº de camas ocupadas/Nº total de camas) *100	Não atingido<95%;>100% Atingido 95%-100%	100%	Garantir que a lotação está sempre completa	DHPSJD DCPSM
Rentabilizar recursos existentes	12.	50	Custos de medicamentos e dispositivos médicos por doente	50	(Custo de medicamentos e dispositivos médicos/ doente entrado) *100	Não atingido >5% Atingido = 5% Superado > 5%	Redução em 5% face ao ano anterior	Rever terapêutica de acordo com as orientações do Guia para a Revisão Terapêutica da OF Implementar PDS	Direção Farmácia DC
			Custos de MCDTs com doentes	50	(Custo com MCDT/ doente entrado) *100	Não atingido >5% Atingido = 5% Superado > 5%	Redução em 5% face ao ano anterior	Contratualizar TDT de ECG para evitar a aquisição externa do MDCTs Implementar PDS	DHPSJD

4.3. QUAR do HPSJD

Na sequência da aplicação do BSC como ferramenta de gestão que permite a avaliação e a comunicação da estratégia, propõe-se agora, como instrumento complementar o QUAR (tabela 4.10.), uma vez que este é utilizado como instrumento de avaliação de desempenho dos serviços integrados na administração pública, nomeadamente no SIADAP 1.

A natureza sintética do QUAR permite que num documento se agregue informação que possibilita a comunicação da estratégia do HPSJD, permitindo o alinhamento com a DGRSP, quer a nível interno, uma vez que permite a avaliação de desempenho dos serviços promovendo a tomada de decisão, quer a nível externo pois fomenta a *accountability* ao cidadão e *stakeholders*. Todos os instrumentos de gestão, nomeadamente os previsionais e de prestação de contas (plano e relatório de atividades) devem ser coerentes com o os objetivos definidos em sede de QUAR.

Conforme determinado no artigo 11.º da Lei n.º 66-B/2007, os objetivos operacionais subdividem-se em três tipos de objetivos, servindo de parâmetro de avaliação ao desempenho organizacional:

• Objetivos de eficácia: medida em que um serviço atinge os seus objetivos e obtém ou ultrapassa os resultados esperados (alínea a) do n.º 1);

• Objetivos de eficiência: relação entre os bens produzidos e serviços prestados e os recursos utilizados (alínea b) do n.º 1);

• Objetivos de qualidade: conjunto de propriedades e características de bens ou serviços, que lhes conferem aptidão para satisfazer necessidades explícitas ou implícitas dos utilizadores (alínea c) do n.º 1).

Tabela 4.10. – QUAR do HPSJD

QUAR HPSJD		
OBJETIVOS DE EFICÁCIA (EF)		**PONDERAÇÃO 25%**
Obj.1	**Ef.1 - Garantir a sustentabilidade financeira**	**5%**
Indicador 01 **Cumprimento do plano orçamental anual**		
Obj.2	**Ef.2 - Garantir a acessibilidade e equidade à saúde prisional**	**10%**
Indicador 02 **Taxa de internamentos**		
Indicador 03 **Taxa de doentes observado em 1ª consulta**		
Indicador 04 **Nº de abertura de concursos para profissionais de saúde**		

Obj.3	**Ef.3 - Garantir a continuidade dos cuidados de saúde com os EP e comunidade**	**10%**
Indicador 05 **Taxa de articulação com entidades da comunidade para a alta/liberdade**		
Indicador 06 **Taxa de encaminhamento de situações da Linha 24**		
Indicador 07 **Nº de sessões para a literacia em saúde dirigida a população reclusa**		
OBJETIVOS DE EFICIÊNCIA (EF)		**PONDERAÇÃO 25%**
Obj.4	**EF.1 - Implementar um sistema de gestão de *performance***	**10%**
Indicador 08 **Grau de implementação do BSC do HPSJD**		
Indicador 09 **Grau de Implementação do BSC da CPSM**		
Indicador 10 **Elaboração do BSC para as restantes 3 UO**		
Obj.5	**EF.2 - Melhorar o sistema de avaliação de desempenho**	**5%**
Indicador 11 **Nº de Perfis Profissionais construídos**		
Indicador 12 **Nº de reuniões realizadas com os colaboradores**		
Obj.6	**EF.3 - Garantir a eficiência**	**5%**
Indicador 13 **Tempos de internamento**		
Indicador 14 **Taxa de reinternamentos em 30 dias**		
Obj.7	**EF.4 - Rentabilizar os recursos existentes**	**5%**
Indicador 15 **Custos de medicamentos e dispositivos médicos por doente**		
Indicador 16 **Custos de MCDTs com doentes**		
OBJETIVOS DE QUALIDADE (Q)		**PONDERAÇÃO 50%**
Obj.8	**Q.1 - Aumentar a satisfação dos doentes**	**10%**
Indicador 17 **Grau de satisfação dos doentes com os serviços**		
Indicador 18 **Taxa de reclamações**		
Obj.9	**Q.2 - Operacionalizar sistemas de informação**	**10%**
Indicador 19		

Nº de módulos de requisições integrados na plataforma Gesfarma		
Indicador 20 **Grau de Implementação do *Interface* Consulta Externa no Gesfarma**		
Indicador 21 **Adesão à Plataforma Dados de Saúde (PDS)**		
Obj.10	**Q.3 - Implementar processos de melhoria contínua**	**10%**
Indicador 22 **Grau de implementação do Gabinete da Qualidade e Auditoria Clínica**		
Indicador 23 **Grau de implementação da Comissão Prevenção e Controlo de Infeção**		
Indicador 24 **Grau de Implementação do Plano de Requalificação do HPSJD**		
Obj.11	**Q.4 - Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde**	**10%**
Indicador 25 **Grau de Implementação da Comissão Cientifico-Pedagógica**		
Indicador 26 **Nº de horas de formação realizadas aos colaboradores**		
Indicador 27 **Nº de protocolos estabelecidos com instituições de ensino superior**		
Obj.12	**Q.5 - Aumentar a satisfação dos colaboradores**	**10%**
Indicador 28 **Nº de eventos corporativos realizados**		
Indicador 29 **Grau de satisfação dos colaboradores**		

Desta forma o QUAR proposto para o HPSJD, integra 12 objetivos estratégicos e 29 indicadores de medida que correspondem respetivamente a 3 objetivos de eficácia, medidos por 7 indicadores, com uma ponderação de 25%. Relativamente a eficiência foram identificados 4 objetivos, com uma ponderação de 25%, medidos por 9 indicadores e por fim quanto aos objetivos de qualidade pode-se identificar 5, com uma ponderação de 50%, que se desdobraram em 13 indicadores. Importa referir, que a ausência de dados de referência face a todos os indicadores identificados, prioriza a necessidade da colheita dos mesmos, para o estabelecimento de metas objetivas e reais de concretização.

4.4. Novo de Modelo de Gestão e Avaliação de Desempenho

Orientando a perspetiva do gestor para uma avaliação em que o foco no desempenho, seja o futuro da organização e não meramente, numa análise transata, torna-se crucial a congruência da estratégica

organizacional à individual. Atentando, que se vem a realizar neste projeto de intervenção uma trajetória de alinhamento estratégico, importa reforçar que é fundamental uma visão da organização, que reflita a necessidade de centralizar o alinhamento até aos objetivos e indicadores individuais dos colaboradores, onde se evidencie o desempenho dos mesmos. Importa desta forma compreender, que a gestão de *performance* de uma organização não se encerra nos sistemas de controlo de gestão, mas sim ganha uma perspetiva holística quando eficientemente utilizados em estreita colaboração, na construção de um sistema integrado de gestão de desempenho.

Não obstante, a realidade do HPSJD ser um organismo público, faz prevalecer que a avaliação de desempenho, obedeça a critérios transversais à função pública, tal como já descrito, sendo o SIADAP (3) o subsistema implementado para a gestão e avaliação de desempenho dos colaboradores.

Atendendo à necessidade de valorização do capital humano da instituição para a estrutura de um sistema de gestão de desempenho, é crucial a construção de perfis profissionais, com o intuito de valorizar competências e promover a *performance* organizacional. O método de construção de perfis profissionais constitui um importante instrumento para a gestão das organizações, uma vez que permitem uma visão prospetiva. Distancia-se do conceito tradicional de análise descritiva de funções e permite a identificação de competências associadas ao exercício de uma profissão atribuindo-lhe um carater dinâmico, onde se integra as variáveis de contexto. Nas profissões altamente qualificadas, as exigências ao nível de conhecimento e competências aumentam progressivamente a sua complexidade face a progressão tecnológica, exigindo que de acordo com as áreas de especialização se incremente competências a nível comportamental e relacional. Desta forma este instrumento é particularmente útil na gestão estratégica de RH, uma vez que permite valorizar o desenvolvimento do potencial, a gestão de competências e a gestão do conhecimento, identificando níveis desejados de proficiência correspondente a cada tipo de competência (Almeida, 2015).

Dada a diversidade de categorias profissionais do HPSJD, projetou-se a título exemplificativo, no âmbito da atividade da Enfermagem, a elaboração dos Perfis Profissionais correspondentes às suas 3 categorias profissionais, (tabelas 4.11; 4.12; 4.13). A sua elaboração procurou responder a vários requisitos, reforçando o valor dinâmico destes instrumentos. A sua construção alicerçou-se nos conteúdos funcionais das categorias de Enfermeiro, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Gestor, explanados na lei (Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio), na adaptação do SIADAP à carreira especial de Enfermagem (Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho), bem como, nas orientações emanadas no Regulamento Interno da Direção de Enfermagem do HPSJD e Atas de Reunião do CCA dos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem.

Tabela 4.11. – Perfil Profissional Enfermeiro

Perfil Profissional de Enfermeiro			
Missão **Prestação de cuidados de enfermagem em articulação com os demais profissionais, aos jovens e adultos privados de liberdade, tendo sempre presente a qualidade, a eficiência e a eficácia dos procedimentos e das diferentes atividades.**			
Unidade Orgânica	HPSJD		
Categoria Profissional	Enfermeiro	**Serviço**	
Conteúdo Funcional	Qualificações e competências em enfermagem, tem como foco o indivíduo, a família e a comunidade, ao longo de todo o seu ciclo de vida		
Níveis de Proficiência das Competências			
Competência demonstrada a nível elevado (5)	Competência demonstrada (3)	Competência não demonstrada (1)	

	Competências Técnico-Cognitivas	Proficiência
T1	Orientação para os resultados	5
T2	Planeamento e Organização	5
T3	Conhecimentos Especializados	5
T4	Inovação e Melhoria Contínua	5
T5	Responsabilidade e compromisso	5
T6	Resolução de problemas	3
T7	Flexibilidade/Adaptabilidade	3
T8	Iniciativa	3
T9	Aprendizagem e desenvolvimento	3
T10	Autocontrolo	3
T11	Autonomia	3

	Competências Relacionais	Proficiência
R1	Comunicação	3
R2	Trabalho de equipa e cooperação	3
R3	Capacitação	3
R4	Orientação para os clientes	5
R5	Empatia	3
R6	Gestão de conflitos	3
R7	Relacionamento interpessoal	3

	Conteúdo Funcional	Competências	Periodicidade
CF1	Identificar necessidades de cuidados de enfermagem no âmbito da promoção de saúde, da prevenção da doença, do tratamento, da reabilitação e readaptação funcional e da paliação	T1;T2;T3;T4;T5;T8; R4;R5	Diário
CF2	Planear os cuidados de enfermagem, tendo em conta as necessidades de cuidados identificadas, estabelecendo prioridades de acordo com os recursos disponíveis	T1;T2;T5;T6;T7;R1; R2;R4;R5	Diário
CF3	Prestar cuidados de enfermagem ao longo do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção, documentando apropriadamente todas as intervenções e informações relevantes para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados e para a avaliação da sua eficiência	T1;T2;T3;T4;T5;R1; R2;R4;R5	Diário
CF4	Avaliar os cuidados de enfermagem, ajustando-os sempre que necessário	T1;T2;T3;T4;T6;T7; T8;T11;R4	Diário
CF5	Registar e produzir informação relativa ao exercício profissional, incluindo a relevante para os sistemas de informação	T1;T3;T4;R1;R2;R4	Diário
CF6	Avaliar as suas intervenções, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, tendo em vista a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem, a autonomia e a valorização profissional	T1;T2;T3;T4;T5;T11; R1;R2;R3;R4	Diário
CF7	Participar nos processos de decisão próprios da sua atividade integrando as equipas multidisciplinares	T1;T2;T3;T5;T10;T11; R1;R2;R7;R6	Diário
CF8	Promover e participar em ações que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde	T1;T2;T3;T4;T5; T8;R1; R2;R3;R4;R7	Anual
CF9	Participar em processos formativos, contribuindo para a sua valorização profissional e para a valorização profissional dos seus pares	T1;T3;T4;T8;T9;R1;R2; R3; R7	Anual
CF10	Colaborar no processo de formação de estudantes de enfermagem	T3;T4;R1;R3;R7	Bianual
CF11	Apresentar propostas de melhoria com impacto na melhoria contínua dos cuidados	T1;T2;T3;T4;T5;T8;T9; R1; R4	Anual

	KPI´s	Atividades
K1	Grau de concretização dos objetivos da unidade orgânica	CF1 a CF11
K2	Grau de satisfação dos doentes	CF1 a CF11
K3	Número de propostas com impacto na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem	CF11
K4	Taxa de execução das atividades	CF1 a CF11

Tabela 4.12. – Perfil Profissional Enfermeiro Especialista

Perfil Profissional de Enfermeiro Especialista			
Missão **Prestação de cuidados de enfermagem em articulação com os demais profissionais, aos jovens e adultos privados de liberdade, tendo sempre presente a qualidade, a eficiência e a eficácia dos procedimentos e das diferentes atividades.**			
Unidade Orgânica	HPSJD		
Categoria Profissional	Enfermeiro Especialista	**Serviço**	
Conteúdo Funcional	Além do conteúdo funcional da categoria de enfermeiro, o enfermeiro especialista desenvolve competências próprias inerentes à sua área de especialização		
Níveis de Proficiência das Competências			
Competência demonstrada a nível elevado (5)	Competência demonstrada (3)	Competência não demonstrada (1)	

Competências Técnico-Cognitivas		Proficiência
T1	Orientação para os resultados	5
T2	Planeamento e Organização	5
T3	Conhecimentos Especializados	5
T4	Inovação e Melhoria Contínua	5
T5	Responsabilidade e compromisso	5
T6	Resolução de problemas	3
T7	Flexibilidade/Adaptabilidade	3
T8	Iniciativa	3
T9	Aprendizagem e desenvolvimento	5
T10	Autocontrolo	3
T11	Autonomia	5

Competências Gestão e Liderança		Proficiência
G1	Coordenação	5
G2	Tomada de decisões	3
G3	Delegação	3
G4	Desenvolvimento de equipas	3
Competências Relacionais		Proficiência
R1	Comunicação	5
R2	Trabalho de equipa e cooperação	5
R3	Capacitação	3
R4	Orientação para os clientes	5
R5	Empatia	3
R6	Gestão de conflitos	3
R7	Relacionamento interpessoal	3

Conteúdo Funcional		Competências	Periodicidade
CF1	Identificar as necessidades em saúde do indivíduo, família, grupo ou comunidade, planear cuidados, coordenar e desenvolver intervenções em enfermagem na sua área de especialidade	T1;T2;T3;T4;T5;T8; R4;R5;G1;G2;G3;	Diário
CF2	Prestar cuidados de enfermagem diferenciados e complexos, dentro da sua área de especialidade, ao longo do ciclo de vida e nos três níveis de prevenção, documentando apropriadamente todas as intervenções e informações relevantes para a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados e para a avaliação da sua eficiência	T1;T2;T3;T4;T5;T6; T11;R1;R2;R4; R5;G2	Diário
CF3	Avaliar as intervenções de enfermagem diferenciadas e complexas, ajustando-as sempre que necessário	T1;T2;T3;T4;T6;T7; T8;T11;R4	Diário
CF4	Avaliar as intervenções de enfermagem na sua área de especialidade, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, tendo em vista a eficiência e qualidade dos cuidados de enfermagem, a autonomia e a valorização profissional	T1;T2;T3;T4;T5;T11; R1;R2;R3;R4	Diário
CF5	Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem na sua área de especialidade e à consecução das intervenções delas decorrentes	T1;T2;T3;T4;T5;T11; R1;R2;R4;G2;G3	Diário
CF6	Exercer funções de consultadoria de natureza técnico-científica na sua área de especialidade	T3;T4;T5;T11;G2;R1	Diário
CF7	Definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na sua área de especialidade e monitorizar os resultados obtidos em articulação com o enfermeiro gestor ou com o que exerça funções de direção	T1;T2;T4;G2;R2;R4	Semestral
CF8	Coordenar a supervisão clínica de estudantes de enfermagem	T3;T4;T5;T9;R1;R3;R 7;G1	Bianual
CF9	Coordenar a supervisão clínica de enfermeiros especialistas da sua área de especialidade	T3;T4;T5;T9;R1;R3;R 7;G1	Bianual
CF10	Coordenar e supervisionar enfermeiros especialistas em contexto de integração profissional	T3;T4;T5;T9;R1;R3; R7;G1;G4	Pontual
CF11	Coordenar, quando adequado, a formação de outros perfis profissionais	T3;T4;T5;T9;R1;R3; R7;G1;G4	Anual
CF12	Identificar oportunidades relevantes para a investigação em saúde, investigando ou colaborando em estudos de investigação e divulgando os seus resultados	T1;T3;T4;T9;G4;R4	Anual
CF13	Colaborar nos processos de avaliação de desempenho dos enfermeiros e enfermeiros especialistas, desde que funcionalmente dependentes	T1;T5;T10;G4;R1; R3;R6;R7	Anual
CF14	Participar em projetos institucionais na área da acreditação e certificação, gestão da qualidade e do risco, em particular na sua área de especialidade	T1;T2;T3;T4;T9;R1	Anual
CF15	Integrar júris de procedimentos concursais para recrutamento de enfermeiros e enfermeiros especialistas na sua área de especialidade	T2;T5;T10;G2;R1;R6; R7	Pontual

KPI´s		Atividades
K1	Grau de concretização dos objetivos da unidade orgânica	CF1 a CF15
K2	Grau de satisfação dos doentes	CF1 a CF7
K3	Número de propostas com impacto na melhoria continua dos cuidados de enfermagem	CF7; CF14
K4	Taxa de execução das atividades	CF1 a CF15

Tabela 4.13. – Perfil Profissional Enfermeiro Gestor

Perfil Profissional de Enfermeiro Gestor			
Missão **Prestação de cuidados de enfermagem em articulação com os demais profissionais, aos jovens e adultos privados de liberdade, tendo sempre presente a qualidade, a eficiência e a eficácia dos procedimentos e das diferentes atividades.**			
Unidade Orgânica	HPSJD		
Categoria Profissional	Enfermeiro Gestor	**Serviço**	
Conteúdo Funcional	Além das funções inerentes às categorias de enfermeiro e de enfermeiro especialista integra funções planeamento, organização, direção e avaliação dos cuidados de enfermagem, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e segurança		
Níveis de Proficiência das Competências			
Competência demonstrada a nível elevado (5)	Competência demonstrada (3)	Competência não demonstrada (1)	

Competências Técnico-Cognitivas		Proficiência
T1	Orientação para os resultados	5
T2	Planeamento e Organização	5
T3	Conhecimentos Especializados	5
T4	Inovação e Melhoria Contínua	5
T5	Responsabilidade e compromisso	5
T6	Resolução de problemas	5
T7	Flexibilidade/Adaptabilidade	5
T8	Iniciativa	5
T9	Aprendizagem e desenvolvimento	5
T10	Autocontrolo	5
T11	Autonomia	5

Competências Gestão e Liderança		Proficiência
G1	Coordenação	5
G2	Tomada de decisões	5
G3	Delegação	5
G4	Desenvolvimento de equipas	5

Competências Relacionais		Proficiência
R1	Comunicação	5
R2	Trabalho de equipa e cooperação	5
R3	Capacitação	5
R4	Orientação para os clientes	5
R5	Empatia	5
R6	Gestão de conflitos	5
R7	Relacionamento interpessoal	5

Conteúdo Funcional		Competências	Periodicidade
CF1	Gerir os recursos da unidade ou serviço, otimizando as respostas às necessidades em cuidados de saúde das pessoas, grupos e comunidade, defendendo os princípios do Serviço Nacional de Saúde, bem como o respeito pela ética e pela deontologia do exercício da enfermagem	T1;T2;T3;T4;T5;T6;T7; T8;T9;T10;T11;R1;;R3;R4; R6;R7;G1;G2;G3;G4	Diário
CF2	Gerir os recursos humanos funcionalmente dependentes em função das necessidades de cuidados, nomeadamente através da elaboração de planos de trabalho, escalas e planos de férias, otimizando a eficiência e a produtividade	T2;T5;T6;T7;T10;G1; G2;G3; G4;R1;R6;R7	Anual
CF3	Criar as condições para um trabalho cooperativo e de efetiva articulação da equipa multiprofissional e um ambiente de trabalho saudável na unidade ou serviço, salvaguardando a dignidade e autonomia de exercício profissional e promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros	T1;T2;T3;T4;T6;T7;T10; T11; G1;G2;G4;R1;R6;	Diário
CF4	Garantir uma prática de enfermagem na unidade ou serviço baseada em normas de boas práticas e na melhor evidência disponível	T1;T2;T4;T9;G1;G4;R1; R3;R4;	Diário
CF5	Garantir a implementação dos processos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e participar nos processos de acreditação e certificação	T1;T2;T4;T5;T8;T9;G1; G4;R1;R4;R7	Anual
CF6	Promover uma cultura de segurança na prestação de cuidados de saúde, gerindo os riscos na sua unidade ou serviço, integrando grupos de trabalho e comissões nesta área	T1;T2;T4;G1;G4;R1; R4;R6	Diário
CF7	Promover a divulgação de informação relevante para o exercício profissional de enfermagem na unidade ou serviço	T1;T2;T4;T6;T8;G4; R1;R3	Diário
CF8	Responsabilizar-se pela valorização de competências da equipa que gere, facilitando e promovendo os processos formativos de acordo com as diretrizes institucionais	T1;T2;T4;T5;T9;G1;G4; R3;R7	Diário

KPI´s		Atividades
K1	Grau de concretização dos objetivos da unidade orgânica	CF1 a CF8
K2	Grau de satisfação dos doentes	CF4
K3	Número de propostas com impacto na melhoria continua dos cuidados de enfermagem	CF5
K4	Taxa de execução das atividades	CF1 a CF8

Para a continuidade do novo modelo de gestão de desempenho proposto, é fundamental a concretização da monitorização e avaliação de desempenho dos perfis profissionais propostos.

Obedecendo à lógica do SIADAP, apresenta-se a ficha de avaliação de desempenho dos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem, elaborada em consonância com a recente revisão à Lei (tabela 4.14). Para a sua elaboração, recorreu-se aos modelos de ficha propostas na Portaria n.º 359/2013, de 13 de dezembro e que se encontram aplicadas transversalmente às restantes unidades orgânicas da DGRSP (Anexo L).

Tabela 4.14. – Ficha de avaliação de desempenho de acordo com a revisão do SIADAP 2024

Ficha de Avaliação de Desempenho			
	Avaliado	**1º Avaliador**	**2º Avaliador**
Nome			
Categoria			
NIF			
UO			
1. Objetivos da Unidade Orgânica			
a) Aumentar a eficiência, qualidade, acessibilidade, equidade, sustentabilidade, da prestação de cuidados de saúde em meio prisional **b) Garantir o desenvolvimento de conhecimento científico, competências técnicas e inovação em saúde** **c) Implementar processos de melhoria contínua em cuidados de saúde**			
2.Parâmetros de Avaliação			
Objetivos Individuais		Ponderação 70%	
Comportamentos Profissionais		Ponderação 30%	
Avaliação dos Objetivos Individuais			
Superado (S) – 5 pontos	Atingido (A) – 3 pontos	Não atingidos (NA) - 1	
Avaliação das Comportamentos Profissionais			
Comportamento demonstrado a nível elevado (DE) – 5 pontos	Comportamento demonstrado (D) – 3 pontos	Comportamento não demonstrado ou inexistente (ND) – 1 ponto	

2.1 Objetivos Individuais 70%	Objetivos	Indicador de medida	Critérios de superação	Ponderação	Avaliação		
					S	**A**	**NA**
	Objetivos de Realização			**40%**			
	1.Grau de concretização do plano de atividades	Concretizar o plano de atividades	Implementação de boas práticas e divulgá-las	20%			
	2.Grau de concretização do BSC	Concretizar o BSC	Elaborar relatório de atividades	20%			
	Objetivos de Qualidade			**40%**			
	3. Implementar uma melhoria significativa para a segurança dos cuidados de enfermagem na UO	Implementação de uma melhoria	Implementar duas ou mais melhorias	20%			
	4. Revisão de documentos de boas práticas na UO	Realização da revisão de um documento	Realização da revisão de dois documentos	20%			
	Objetivos de Aperfeiçoamento e Desenvolvimento			**20%**			
	5.Participar em ações de formação, num total de 100 horas	Frequência total de 100 horas de formação	Frequência total de 150 horas de formação	20%			
			PONTUAÇÃO DO PARÂMETRO	**100%**			
	O 1º Avaliador, ___/___/___	**O 2º Avaliador, ___/___/___**		**O Avaliado, ___/___/___**			
	Os objetivos nº_____foram reformulados em, ___/___/___, constando de anexo a esta ficha.						
	O 1º Avaliador, ___/___/___	**O 2º Avaliador, ___/___/___**		**O Avaliado, ___/___/___**			

2.2 Comportamentos	**Comportamentos**	**Avaliação**		
		DE	**D**	**ND**
	1. Orientação para os resultados			
	2. Relacionamento Interpessoal			
	3. Inovação e Melhoria Contínua			

	4. Trabalho de Equipa e Cooperação			
	5. Responsabilidade e Compromisso			
	PONTUAÇÃO DO PARÂMETRO			
	O 1º Avaliador, ___/___/___	**O 2º Avaliador, ___/___/___**	**O Avaliado, ___/___/___**	

3. Avaliação Global do Desempenho			
Parâmetro de Avaliação	**A**	**B**	**C(AxB)**
	Pontuação	**Ponderação**	**Pontuação Ponderada**
Objetivos Individuais		70%	
Comportamentos Profissionais		**30%**	
		TOTAL	

Avaliação Final Menção Qualitativa	**Muito Bom (4 a 5)**	**Bom (3.500 a 3.999)**	**Regular (2 a 3.499)**	**Inadequado (1 a 1.999)**
	O 1º Avaliador, ___/___/___	**O 2º Avaliador, ___/___/___**	**O Avaliado, ___/___/___**	

4. Fundamentação da Menção de Desempenho Final

☐ **A avaliação com menção de "Desempenho Relevante"**	☐ A avaliação com menção de "Desempenho Inadequado"

☐ **Foi validada em reunião do Conselho Coordenador de Avaliação realizada em _____/____/____ conforme respetiva Ata.**

☐ **Não foi validada em reunião do Conselho Coordenador de Avaliação realizada em _____/____/____ conforme respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia, tendo sido atribuída menção de "DESEMPENHO ADEQUADO" correspondendo a _____.**

5. Reconhecimento do Mérito (Desempenho Excelente)

Foi reconhecido mérito (Desempenho Excelente) em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em _____/____/____, com os fundamentos que constam da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia.

6. Justificação da não avaliação

7. Expetativas, condições e/ou requisitos de desenvolvimento pessoal e profissional

8. Diagnóstico de necessidades de formação

9. Comunicação da avaliação atribuída ao avaliado

Observações:

Tomei conhecimento da minha avaliação

O avaliado, em_____/_____/_____, _____

10. Homologação/Despacho do Dirigente máximo do Serviço

11. Conhecimento da avaliação após Homologação/ Despacho do Dirigente máximo do Serviço

Tomei conhecimento da homologação da minha avaliação

O avaliado, em_____/_____/_____, _____

Todo o ciclo de avaliação cumpre a obrigatoriedade legal do pressuposto na Lei do SIADAP, estando previstas todas as fases do processo. Importa referir que, na procura do alinhamento organizacional e valorização da missão do HPSJD, a DGRSP deverá em primeiro lugar auscultar o HPSJD

para a definição de indicadores a estabelecer no QUAR, através de uma perspetiva comunicacional *bottom-up*. Por sua vez, estes devem obedecer aos seguintes princípios, pertinência face aos objetivos que pretendem medir; credibilidade; facilidade de recolha; clareza; comparabilidade, pois só desta forma será possível a mensurabilidade quer da *performance* organizacional quer individual no HPSJD.

4.4. Implementação e Avaliação do Projeto

A constituição de um projeto com esta abrangência, carece de respeitar o cumprimento de etapas que visem a cobertura de fases estruturais que conduzam à satisfação das necessidades organizacionais e individuais dos seus colaboradores. Posto isto, este projeto foi conduzido de forma a que numa primeira fase de planeamento, se realizasse uma profunda análise e caraterização da organização. Para isto, foi levado a cabo uma recolha intensa de informação que permitiu uma melhor consciência e contextualização do tema, tendo sido realizada a análise externa e interna da organização, não descurando a importância dos seus *stakeholders* e assim concluir quais as necessidades prementes para reformulação da estratégia, bem como os potenciais e fragilidades (SWOT).

Na reformulação da estratégia, redefiniu-se a Missão, a Visão e os Valores do HPSJD, procurando um alinhamento estratégico através da construção de um BSC corporativo e respetivo mapa estratégico e de um BSC operacional dirigido à CPSM. A importância de nesta fase abranger uma unidade orgânica do HPSJD, na construção do sistema de controlo de gestão, reforça a importância de prever o alinhamento dos objetivos estratégicos aos operacionais, com a concretização de indicadores que contemplassem as respetivas fórmulas de cálculo, fatores de superação, metas, iniciativas para o seu cumprimento e quais os órgãos responsáveis pela sua implementação. O contributo dos principais elementos envolvidos na gestão do HPSJD, através das entrevistas, permitiu uma análise mais clara, porém revela-se prioritário o envolvimento de todos os atores propostos em sede de BSC.

Para a implementação da nova estratégia, será essencial, tal como proposto, a viabilização do BSC corporativo, utilizando-o como instrumento de gestão, sem descorar o seu potencial de comunicação da estratégia aos colaboradores, mas também investir na elaboração dos BSC dirigidos às restantes UO integradas no HPSJD.

Neste âmbito importa acrescentar, que não obstante o trabalho realizado, o BSC revela-se como instrumento dinâmico, pelo que é influenciado por fatores internos e externos, exigindo a sua monitorização e avaliação regular, pelo que as metas e os fatores de superação devem ser revistos à data da implementação, no sentido de corresponder fielmente ao *state point* do HPSJD e promover tomadas de decisão conscientes.

No seguimento da implementação de um sistema de gestão integrado de desempenho importa refletir que deverá ser realizado um investimento a vários níveis, para corresponder à satisfação das necessidades organizacionais do HPSJD e dos seus colaboradores. Deverá ser dada continuidade à elaboração dos perfis para as restantes categorias profissionais que compõem o corpo do HPSJD, por forma a dar lugar ao ciclo avaliativo anual. Este, corresponde a cada ano civil, tendo em conta, todas as fases inerentes ao SIADAP (contratualização e reformulação de objetivos, monitorização, *feedback* ao colaborador, elaboração de plano de necessidades de formação e avaliação do desempenho).

Na continuidade da gestão por objetivos, orientada para os resultados e no sentido de complementar a avaliação de desempenho prevista, propõe-se nesta fase a aplicação do enquadramento AMO na perspetiva de incrementar as práticas de gestão de pessoas em ambiente hospitalar e o respetivo desempenho individual (Van den Goor *et al*., 2022).

Para a otimização de todo este processo de alinhamento dos colaboradores com a estratégia da organização é imperativo a aplicação de um conjunto de práticas e políticas que mobilizem o potencial individual do colaborador para resultados organizacionais. Neste âmbito o enquadramento AMO (Appelbaum *et al*., 2000), providencia um aporte significativo para o desenvolvimento de práticas de gestão de RH baseadas nas competências/habilidades (*habilitys*), na motivação (*motivation*) e nas oportunidades (*opportunitys*). Propõe-se o seguinte (tabela 4.15.) destas práticas para o capital humano do HPSJD, como um exemplo para um projeto piloto:

Tabela 4.15. – Plano de Práticas de Gestão de Pessoas

Plano de Práticas de Gestão de Pessoas (AMO)				
Práticas de gestão baseadas nas competências/habilidades (A)				
	Iniciativas	Destinatários	*Outcomes* RH	*Outcomes* Operacionais
Treino e Desenvolvimento	Workshop de *soft skills*	Equipa multidisciplinar em contato direto com a população prisional internada	Prevenção de *burnout* profissional Prevenção de absentismo Satisfação Profissional Clima Organizacional Comportamento Inovador Confiança na Gestão	Satisfação do doente Desempenho Qualidade e Segurança dos cuidados
	Programa "Direitos Humanos para todos"	Equipa multidisciplinar em contato direto com a população prisional internada		
	Formação na área da segurança e qualidade na saúde	Profissionais de saúde		
Recrutamento e Seleção	Programa de Recrutamento baseado no Perfil Profissional	Profissionais de saúde	Prevenção do *turnover* *Commitment* Retenção de talento Comportamento de Cidadania Organizacional (OCB)	Eficiente gestão de recursos humanos Eficácia Rácios profissionais de saúde/doentes de
	Programa de Integração	Equipa multidisciplinar em contato direto com a população prisional internada		

				acordo com as *guidelines* *Performance* Organizacional Satisfação do doente
Práticas de gestão baseadas na Motivação (M)				
Motivação Intrínseca e Extrínseca	Iniciativas	Destinatários	*Outcomes* RH	*Outcomes* Operacionais
	Nomeação 360º "*E-mail* personalizado; Dia de aniversário"	Todos os profissionais	Ambiente trabalho seguro Empenho Clima Organizacional Motivação Individual *Engagement*	Eficiente gestão de recursos humanos *Performance*
	Consulta Aberta (apoio clínico e psicológico)	Todos os profissionais		
	Avaliação de desempenho; Reunião de *feedback* periódicas	Todos os profissionais		
Práticas de gestão baseadas nas Oportunidades (O)				
Individuais	Iniciativas	Destinatários	*Outcomes* RH	*Outcomes* Operacionais
	Plataforma interna de oportunidades de melhoria	Todos os profissionais	Comportamento de inovação Clima Organizacional Confiança na Gestão *Empowerment*	Mudança Organizacional *Performance*
Ambiente de Trabalho	Reuniões de Equipa envolvimento de tomadas de decisão	Todos os profissionais		

Em suma, a associação de um sistema de controlo de gestão com um sistema de gestão de avaliação de desempenho, é a solução para garantir uma gestão estratégica que promova a sustentabilidade do HPSJD, assente numa abordagem de gestão de mudança e positividade através da valorização de todos os intervenientes.

Conclusões

O presente estudo revela-se fundamental para compreender os desafios enfrentados pelo HPSJD e pela saúde prisional nacional. A construção de um sistema integrado de gestão de pessoas para esta organização de singular natureza prisional e hospitalar, apresenta-se como um projeto de valor acrescido, crucial e empreendedor para a sustentabilidade dos cuidados de saúde no contexto complexo do sistema prisional, que tem por missão maior, a execução de penas e medidas privativas da liberdade.

A vulnerabilidade da pessoa privada da liberdade, associada às condições adversas de vivência em ambiente prisional, ao envelhecimento demográfico e à elevada prevalência de doenças, expõe esta população a maior risco de doenças mentais e orgânicas, enquadrando a prestação de cuidados de saúde primários, secundários e terciários como prioritária, o que justifica a atual pressão nas admissões no HPSJD.

Considera-se que a ausência de alinhamento entre DGRSP e HPSJD, constitui o obstáculo mais premente de resolução, uma vez que representa impacto direto na orientação estratégica do HPSJD retraindo a sua atividade assistencial e sustentabilidade. A dependência orçamental do MJ, a fraca autonomia na contratualização e retenção do talento profissional, bem como a degradação do equipamento são fatores conclusivos da análise realizada e para qual emerge a necessidade de novas abordagens.

Esta diversidade de imposições fundamenta a pertinência deste projeto para a adoção de medidas de controlo de gestão que valorizem a requalificação estratégica organizacional, da saúde prisional, em particular do HPSJD, não desvirtuando a sua missão e visão, mas sim, articulando com as restantes unidades orgânicas da DGRSP e construindo uma gestão eficiente dos seus recursos, numa perspetiva de prestação e continuidade de cuidados.

O controlo de gestão emerge como determinante, pelo que foi desenvolvido um BSC estratégico da organização e um operacional dirigido à CPSM. Este instrumento revelou-se particularmente pertinente para o alinhamento dos objetivos com a sua missão e visão, permitiu a integração de métricas, oferecendo uma perspetiva abrangente do desempenho organizacional e em maior pormenor a nível operacional, com o objetivo de alinhar os objetivos estratégicos aos operacionais.

Redefiniu-se o modelo de gestão e avaliação de desempenho do HPSJD através da elaboração do QUAR, mas também ao nível dos colaboradores através da construção dos perfis profissionais dos enfermeiros, sendo este o ponto de partida para uma nova abordagem de avaliação transparente e objetiva, porém é essencial a sua generalização pelas restantes categorias profissionais.

A gestão estratégica de pessoas permitiu complementar a criação de valor para o HPSJD, através da promoção de um ambiente de trabalho motivador, que incentive o comprometimento e o crescimento profissional, reconhecendo os colaboradores como o recurso mais valioso. Para tal, uma proposta de práticas de gestão de pessoas foi elaborada, esta procura a condução no alinhamento de todos os envolvidos.

Este projeto conclui-se num momento político particularmente marcante para o país. A tomada de posse do XXIV Governo Constitucional, pode consistir em uma oportunidade para o *turnaround* da saúde prisional nacional.

Repensar o modelo de gestão atual da saúde prisional e priorizá-la como uma necessidade em saúde pública é uma temática de valor que caminha a par das *guidelines* internacionais e nas quais se preconiza a mudança do modelo de gestão atual, através da integração dos cuidados de saúde prisional no SNS.

Esta mudança de paradigma exige uma reforma interna e externa da estrutura orgânica da saúde prisional em Portugal, traduzindo-se em benefícios para a pessoa privada da liberdade, através da uniformização dos cuidados. Porém também comporta novos desafios para o SNS, uma vez que a saúde prisional apresenta contornos complexos e a sua integração exigiria um planeamento de transição transparente que envolvesse todos os seus *stakeholders*. Desta forma, o SNS teria que se encontrar capacitado de recursos especializados uma vez que a transição pode representar um aumento de pressão sobre o orçamento do SNS, que por sua vez, já apresenta recursos limitados.

Além dos desafios operacionais e orçamentais há que salientar as considerações éticas e legais da proteção à saúde da pessoa privada da liberdade, através da colaboração com as autoridades judiciais e com as organizações de direitos humanos.

Em virtude do que foi apresentado este projeto de intervenção representa o mote para um movimento maior, sedimentado por um diagnóstico objetivo, que corrobora a implementação de um modelo de gestão responsável e transparente, focado na centralidade, acessibilidade e qualidade dos cuidados de saúde à pessoa privada de liberdade, valorizando os colaboradores pelo mérito do seu desempenho e contribuindo para uma sociedade mais justa e saudável como um todo.

Referências Bibliográficas

Aboaja, A., Pandurangi, P., Almeida, S., Castelletti, L., Rivera-Arroyo, G., Opitz-Welke, A., ... & Barlow, S. (2023). Six nations: a clinical scenario comparison of systems for prisoners with psychosis in Australia, Bolivia and four European nations. BJPsych international, 20(1), 13-17. https://doi.org/10.1192/bji.2022.16

Almeida, F. (2015). Análise do trabalho. In A. Ferreira, L. Martinez, F. Nunes e H. Duarte (Orgs.). GRH para Gestores: 121-137. Lisboa: RH Editora.

Alves da Costa, F., Verschuuren, M., Andersen, Y., Stürup-Toft, S., Lopez-Acuña, D., & Ferreira-Borges, C. (2022). The WHO Prison Health Framework: a framework for assessment of prison health system *performance*. European Journal of Public Health, 32(4), 565-570. 10.1093/eurpub/ckac020

Amer, F., Hammoud, S., Khatatbeh, H., Lohner, S., Boncz, I., & Endrei, D. (2022). The deployment of Balanced scorecard in health care organizations: is it beneficial? A systematic review. BMC health services research, 22(1), 1-14. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-021-07452-7

Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2007). Management Control System, the 12th Edition. New York: Mc. Grow Hill Companies Inc.

Appelbaum, E., Bailey, T., Berg, P., Kalleberg, A. L., & Bailey, T. A. (2000). Manufacturing advantage: Why high-*performance* work systems pay off. Cornell University Press. DOI:10.2307/259189

Armstrong, M., & Baron, A., (2004) Managing *performance*: *performance* management in action. The Chartered Institute of Personnel and Development. 2ª Ed.

Bassani, G., Leardini, C., Campedelli, B., & Moggi, S. (2022). The dynamic use of a balanced scorecard in an Italian public hospital. The International Journal of Health Planning and Management, 37(3), 1781-1798. https://doi. org/10.1002/hpm.3440

Bellass, S., Canvin, K., McLintock, K., Wright, N., Farragher, T., Foy, R., & Sheard, L. (2022). Indicadores de qualidade e medidas de desempenho para a saúde prisional: uma revisão de escopo. Saúde e justiça, 10(1), 13. https://doi.org/10.1186/s40352-022-00175-9

Betto, F., Sardi, A., Garengo, P., & Sorano, E. (2022). The Evolution of Balanced Scorecard in Healthcare: A Systematic Review of Its Design, Implementation, Use, and Review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(16), 10291. https://doi.org/10.3390/ijerph191610291

Bilhim, João (2014). Papel dos gestores na mudança cultural da administração central do estado: o caso da meritocracia. Passagens. Revista Internacional de História Política e Cultura Jurídica Rio de Janeiro: vol. 5, no. 2, maio-agosto, 2013, 205-227. http://hdl.handle.net/10400.5/5683

Boselie, P. (2010). High *performance* work practices in the health care sector: a Dutch case study. International journal of manpower, 31(1), 42-58. https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/014377210

Boselie, P., Van Harten, J., & Veld, M. (2021). A human resource management review on public management and public administration research: stop right there… before we go any further…. Public Management Review, 23(4), 483-500. https://doi.org/10.1080/14719037.2019.1695880

Bos-Nehles, A., Townsend, K., Cafferkey, K., & Trullen, J. (2023). Examining the Ability, *Motivation* and *Opportunity* (AMO) framework in HRM research: Conceptualization, measurement and interactions. International Journal of Management Reviews. https://doi.org/10.1111/ijmr.12332

Boxall, P., & Purcell, J. (2022). Strategy and human resource management. Bloomsbury Publishing.

Buller, P. F., & McEvoy, G. M. (2012). Strategy, human resource management and *performance*: Sharpening line of sight. Human resource management review, 22(1), 43-56. https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2011.11.002

Buller, P. F., & McEvoy, G. M. (2016). A model for implementing a sustainability strategy through HRM practices. Business and Society Review, 121(4), 465-495. https://doi.org/10.1111/basr.12099

Cameron, K. S., Quin, R. E. (1996) Diagnosing and changing organizational culture. [S. L.: s.n.], 1996.
Campos, A.C. (2019). Administração pública e saúde: ensaios de circunstâncias, Coimbra: Almedina.
Conselho de Direitos Humanos da ONU, Relatório (2024). https://dgrsp.justica.gov.pt/Noticias-da-DGRSP/ONU-reconhece-gest%C3%A3o-prisional-portuguesa-como-exemplo-de-boas-pr%C3%A1ticas
Core de indicadores sensíveis aos cuidados especializados de Enfermagem e Saúde Mental Psiquiátrica; Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf
Decreto de Aprovação da Constituição da República Portuguesa, Diário da República n.º 86/1976, Série I de 1976-04-10 https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775
Decreto-Lei n.º 265/79, de 01 de agosto. Diário da República n.º 176/1979, 1º Suplemento, Série I de 1979-08-01 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/265-1979-396771
Decreto-Lei n.º 469/88, de 17 de dezembro. Diário da República n.º 290/1988, Série I de 1988-12-17 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/469-360930
Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril. Diário da República n.º 71/2011, Série I de 2011-04-11 https://data.dre.pt/eli/dec-lei/51/2011/04/11/p/dre/pt/html
Decreto-Lei nº 123/2011, de 29 de dezembro. Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29 https://data.dre.pt/eli/dec-lei/123/2011/p/cons/20170821/pt/html
Decreto-Lei nº 215 de 2012, de 28 de setembro. Diário da República n.º 189/2012, Série I de 2012-09-28 https://data.dre.pt/eli/dec-lei/215/2012/p/cons/19000102/pt/html
Decreto-Lei n.º 18/2017. Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. https://files.dre.pt/1s/2017/02/03000/0069400720.pdf
Decreto Lei n.º 70/2019, de 24 de maio. Diário da República n.º 100/2019, Série I de 2019-05-24 https://data.dre.pt/eli/dec-lei/70/2019/05/24/p/dre/pt/html
Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 maio. Diário da República n.º 101/2019, Série I de 2019-05-27 https://data.dre.pt/eli/dec-lei/71/2019/05/27/p/dre/pt/html
Decreto-Lei n. º 12/2024, de 10 de janeiro. Diário da República n.º 7/2024, Série I de 2024-01-10 https://data.dre.pt/eli/dec-lei/12/2024/01/10/p/dre/pt/html
Duarte, A., do Nascimento, G., & Nunes, F. (2023). People Management in Healthcare: The Challenges in the Era of Digital Disruption. In Future Health Scenarios (pp. 21-36). CRC Press. https://doi.org/10.1201/9781003227892
Duarte, E. B., de Arruda Leitão, I. M. T., & de Araújo Duarte, L. P. (2022). Processos de gestão de pessoas e suas implicações para o clima organizacional: estudo de caso em uma unidade de atenção especializada de saúde. Editora Dialética.
Figueiredo, M. D. C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. Revista da UIIPS–Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém, 6(2), 102-107. http://hdl.handle.net/10400.15/2590
Foglia, E., Ferrario, L., Lettieri, E., Porazzi, E., & Gastaldi, L. (2019). What drives hospital wards' ambidexterity: Insights on the determinants of exploration and exploitation. Health policy, 123(12), 1298-1307. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.10.004
Foucault, M. (2013). Vigiar e punir. Nascimento da prisão. Leya.
Freeman, R. E., Harrison, J. S., Harrison; Syglidopoulos, S. (2018), Stakeholder Theory, Cambrige University Press. https://doi.org/10.1017/9781108539500
French, M., Kimmitt, J., Wilson, R., Jamieson, D., & Lowe, T. (2023). Social impact bonds and public service reform: back to the future of New Public Management?. International Public Management Journal, 26(3), 376-395. https://doi.org/10.1080/10967494.2022.2050859
Garengo, P., Sardi, A., & Nudurupati, S. S. (2022). Human resource management (HRM) in the *performance* measurement and management (PMM) domain: a bibliometric review.

International Journal of Productivity and *Performance* Management, 71(7), 3056-3077. https://doi.org/10.1108/IJPPM-04-2020-0177

Gleiss, A., Lewandowski, S. Removing barriers for digital health through organizing ambidexterity in hospitals. J Public Health (Berl.) 30, 21–35 (2022). https://doi.org/10.1007/s10389-021-01532-y

Gonzalez-Sanchez, M., Broccardo, L., Martins A. (2017). The use and design of the BSC in the health care sector: A systematic literature review for Italy, Spain, and Portugal. International Journal Health Plan Management, 1–25. https://doi.org/10.1002/hpm.2415

Gould-Williams, J. S., & Gatenby, M. (2010). The effects of organizational context and teamworking activities on *performance Outcomes* : A study conducted in England local government. Public Management Review, 12(6), 759-787. https://doi.org/10.1080/14719037.2010.488862

Hammerschmid, G., Palaric, E., Rackwitz, M., & Wegrich, K. (2024). A shift in paradigm? Collaborative public administration in the context of national digitalization strategies. Governance, 37(2), 411-430. https://doi.org/10.1111/gove.12778

Jordan, H., das Neves, J. C., & Rodrigues, A. (2021). O Controlo de Gestão ao Serviço da Estratégia e dos Gestores 11ª ed. Áreas Editora.

Kaplan, R.S., & Norton, D.P. 1992. The Balanced scorecard- measures that drive *performance*. Harvard Business Review, January-February. https://web.archive.org/web/20200321062337id_/http://www.quickmanager.it/clienti/files/The-Balanced-Scorecard---Measures-That-Drive-*Performance*.pdf

Kaplan, R.S., & Norton, D.P. 2000. Having trouble with your strategy? Then map it.. Harvard Business Review, September-October, pp. 167-76. 77 https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/43662394/Kaplan_Norton_Balanced_Scorecard_-_3_articles

Kaplan, R.S., 2010. Conceptual foundations of the Balanced scorecard. Working Paper 10-074. Harvard Business School. http://ssrn.com/abstract=1562586.

Karatas, Y. E., & Cinaroglu, S. (2024). Multivariate Relationships Between Health *Outcomes* and Health System *Performance* Indicators: An Integrated Factor Analysis With Canonical Correlations. Value in Health Regional Issues, 40, 100-107. https://doi.org/10.1016/j.vhri.2023.10.009

Kirkpatrick, I., Altanlar, A., & Veronesi, G. (2023). Hybrid professional managers in healthcare: an expanding or thwarted occupational interest?. Public Management Review, 25(5), 859-878.https://doi.org/10.1080/14719037.2021.1996777

Klassen, A., Miller, A., Anderson, N., Shen, J., Schiariti, V., & O'Donnell, M (2010). *Performance* measurement and improvement frameworks in health, education and social services: a systematic review. International Journal for Quality in Health care, 22(1), 44-69. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzp057

Lapuente, V., & Van de Walle, S. (2020). The effects of new public management on the quality of public services. Governance, 33(3), 461-475. https://doi.org/10.1111/gove.12502

Lei n.º 48/90, de 24 de agosto. Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24 https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/lei/1990-34540475

Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro. Diário da República, 1.ª série — N.º 250 https://files.dre.pt/gratuitos/1s/2007/12/25001.pdf

Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro. Diário da República n.º 197/2009, Série I de 2009-10-12, https://data.dre.pt/eli/lei/115/2009/10/12/p/dre/pt/html

Lei nº95/2019, de 04 setembro. Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04 https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre/pt/html

Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. Diário da República n.º 141/2023, Série I de 2023-07-21 https://data.dre.pt/eli/lei/35/2023/07/21/p/dre/pt/html

Lira, M. (2014). A influência dos modelos de administração pública na reforma administrativa portuguesa: o caso da avaliação do desempenho. Instituto Politécnico de Coimbra. DOI:10.13140/2.1.2909.0566

Magnani, G., & Gioia, D. (2023). Using the Gioia Methodology in international business and entrepreneurship research. International Business Review, 32(2), 102097. https://doi.org/10.1016/j.ibusrev.2022.102097

Marin-Garcia, J. A., & Tomas, J. M. (2016). Deconstructing AMO framework: A systematic review. Intangible capital, 12(4), 1040-1087. https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54947443007

Mbukanma, I., & Strydom, K. (2022). Adopting the Ability, *Motivation* and *Opportunity* (AMO) Theory to Enhance Employees' *Performance* in South African Public Service Organisations Amid the Covid-19 Outbreak. Journal of Public Administration, 57(2), 361-377. https://hdl.handle.net/10520/ejc-jpad_v57_n2_a13

Mio, C., Costantini, A., & Panfilo, S. (2022). *Performance* measurement tools for sustainable business: A systematic literature review on the sustainability Balanced scorecard use. Corporate social responsibility and environmental management, 29(2), 367-384. https://doi.org/10.1002/csr.2206

Naranjo-Gil, D. (2016). Role of management control systems in crafting realized strategies. Journal of Business Economics and Management, 17(6), 865-881 DOI:10.3846/16111699.2014.994558

Nascimento, G. & Pereira, A. (2015). A Gestão e Avaliação de Desempenho. In A. Ferreira, L. Martinez, F. Nunes e H. Duarte (Orgs.). GRH para Gestores: 249- 305. Lisboa: RH Editora.

Niven, P. R. (2008). Balanced scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies. Wiley & Sons, inc. downloaded from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781119197287.

Oliveira, H. C., Lima-Rodrigues, L., & Craig, R. (2019). The Presence of bureaucracy in the Balanced scorecard: La presencia de la burocracia en el Balanced scorecard. Revista de Contabilidad-Spanish Accounting Review, 22(2), 218-224. https://doi.org/10.6018/rcsar.382271

Oliveira, H. C., Rodrigues, L. L., & Craig, R. (2020). Bureaucracy and the Balanced scorecard in health care settings. International journal of health care quality assurance, ahead-of-print. https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2019-0121

Ordem dos Enfermeiros (2023). Core de Indicadores Sensíveis a Enfermagem Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28324/documento-do-core-de-indicadores-eesmp.pdf 2023

Paoli, F., Schmidt, I., Wigzell, O., & Ryś, A. (2019). An EU approach to health system *performance* assessment: Building trust and learning from each other. Health Policy, 123(4), 403-407. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.004

Portaria nº 98/81, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18/1981, Série I de 1981-01-22 https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/98-390198

Portaria nº 242/2011, de 21 de junho. Diário da República n.º 118/2011, Série I de 2011-06-21 https://data.dre.pt/eli/port/242/2011/06/21/p/dre/pt/html

Portaria nº 286/2013, de 9 setembro. Diário da República n.º 173/2013, Série I de 2013-09-09 https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2013/09/17300.pdf

Portaria n.º 359/2013, de 13 de dezembro. Diário da República n.º 242/2013, Série I de 2013-12-13 https://data.dre.pt/eli/port/359/2013/12/13/p/dre/pt/html

Portaria nº 175/2020, de 24 de julho. Diário da República n.º143/2020, Série I de 2020-07-24 https://data.dre.pt/eli/port/175/2020/07/24/p/dre/pt/html

Pfeffer, J., & Veiga, J. F. (1999). Putting people first for organizational success. Academy of management perspectives, 13(2), 37-48. https://doi.org/10.5465/ame.1999.1899547

Pinto, F., 2009. Balanced scorecard- alinhar mudança, estratégia e *performance* nos serviços públicos. (1ª Ed.) Edições Sílabo, Lda.

Polonsky, Marisa S. (2019). High-Reliability Organizations. Journal of Healthcare Management, 64(4), 213–221. doi:10.1097/JHM-D-19-00098

Pont, J., Enggist, S., Stöver, H., Williams, B., Greifinger, R., & Wolff, H. (2018). Prison health care governance: guaranteeing clinical independence. American journal of public health, 108(4), 472-476. https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304248

Porter, M. E. 1996. What is strategy? Harvard Business Review, 61-78. https://hbr.org/1996/11/what-is-strategy

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business School Press.

Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). How physicians can change the future of health care. Jama, 297(10), 1103-1111. doi:10.1001/jama.297.10.1103

Regras Penitenciárias para a Europa. 2020. Centro de Competências de Comunicação e Relações Externas Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais. https://dgrsp.justica.gov.pt/Portals/16/Legislacao/Justica%20Penal/RPEuropeias.pdf?ver=2020-08-06-161754-313

Renwick, D. W., Redman, T., & Maguire, S. (2013). Green human resource management: A review and research agenda. International journal of management reviews, 15(1), 1-14.
https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2011.00328.x

Santos, A. J. R. (2008). Gestão Estratégica: conceitos, modelos e instrumentos. Escolar Editora.

Sculli, G. L., Pendley-Louis, R., Neily, J., Anderson, T. M., Isaacks, D. B., Knowles, R., Young-Xu, Y., & Gunnar, W. (2022). A High-Reliability Organization Framework for Health Care: A Multiyear Implementation Strategy and Associated *Outcomes* . Journal of patient safety, 18(1), 64–70.https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000788

The United Nations (2020) The Sustainable development goals report – 2020. The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020.pdf (un.org)

The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules). 2015. General Assembly resolution The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (unodc.org)

The United Nations. Transforming our world. The 2030 agenda for sustainable devolopment. 21252030 Agenda for Sustainable Development web.pdf (un.org)

Tucker, B. P., & Parker, L. D. (2015). Business as usual? An institutional view of the relationship between management control systems and strategy. Financial *Accountability* & Management, 31(2). https://doi.org/10.1111/faam.12050

Van den Goor, M., Bondarouk, T., & Bos-Nehles, A. (2022). People Management in Hospitals: Where Doctors and HR Do (Not?) Meet. Health, 14(6), 629-649. DOI: 10.4236/health.2022.146046

Van Mechelen, I., Boulesteix, A. L., Dangl, R., Dean, N., Hennig, C., Leisch, F., ... & Warrens, M. J. (2023). A white paper on good research practices in benchmarking: The case of cluster analysis. Wiley Interdisciplinary Reviews: Data Mining and Knowledge Discovery, 13(6), e1511. https://doi.org/10.1002/widm.1511

Vasconcelos, C. R., de Carvalho, R. S. M. C., de Melo, F. J. C., & de Medeiros, D. D. (2023). Improving Quality in Public Health Service: An Integrated Approach to the Kano Model and the Balanced Scorecard. Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing, 35(2), 215-241. DOI:10.1080/10495142.2022.2066598

World Health Organization. (2013). Good governance for prison health in the 21st century. http://www. euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governancefor-prison-health-in-the-21st-century

World Health Organization. (2020). Health in Prisons. WHO prison factsheet_ENG_v8.indd

World Health Organization. (2021). Health in Prisons European Database (HIPED). https://www.who.int/data/region/europe/health-in-prisons-european-database-(hiped)

World Health Organization. (2023). Building resiliente systems where health and justice meet. https://www.who.int/europe/news-room/feature-stories/item/building-resilient-systems-where-health-and-justice-meet

Yin, R. 2017. Estudo de Caso: Planejamento e métodos (5). Bookman

Zhu, D., Wang, S., & Li, Y. (2023). Strategic management and risk control of emergency hospital construction: SWOT and STPA framework from a systems thinking perspective. PLoS one, 18(11), e0295125. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0295125

Anexos

Anexo A - Enquadramento Legal

Enquadramento Legal	Descrição
Constituição Portuguesa Artigo 64º Diário da República n.º 86/1976 de 10 abril	Definição da responsabilidade do Estado, em assegurar o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover
Reforma do Sistema Prisional Decreto-Lei n.º 265/79, de 01 de agosto	Reestruturação dos serviços que têm a seu cargo as medidas privativas de liberdade. Revogada pela Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro
Portaria n.º 98/81, de 22 de janeiro	Alteração na designação dos estabelecimentos prisionais, de acordo com o normativo legal. A prisão hospital passa a designar-se HPSJD
Decreto-Lei n.º 469/88, de 17 de dezembro	Criação do Serviço de Psiquiatria do HPSJD com a definição das suas atribuições e estrutura orgânica
Lei de Bases da Saúde Lei n.º 48/90, de 24 de agosto	Definição das Leis fundamentais na área da Saúde. Define o enquadramento do SNS
SIADAP Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro	Estabelece o sistema integrado de gestão e avaliação de desempenho na administração pública. Alinhamento dos ciclos de avaliação, através da anualização que permite a declinação em cascata dos objetivos entre os três subsistemas (SIADAP 1,2, e 3)
Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade Lei n.º 115/2009, de 12 de outubro	Definição dos direitos e deveres do recluso, bem como a responsabilidade da execução das penas e medidas privativas de liberdade
Regulamento Geral dos Estabelecimentos Prisionais Decreto-Lei n.º 51/2011, de 11 de abril	Regulamentação do Código de Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade
Portaria n.º 242/2011, de 21 de junho	Adaptação do SIADAP 3 aos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem
Lei Orgânica do Ministério da Justiça Decreto-Lei n.º 123/2011, de 29 de dezembro	Definição da estrutura orgânica do Ministério da Justiça que assume a conceção, condução, execução e avaliação da política de justiça definida pela Assembleia da República e pelo Governo
Lei Orgânica da Direção Geral de Reinserção e Serviços Prisionais Decreto-Lei n.º 215 de 2012, de 28 de setembro	Definição da estrutura orgânica da DGRSP, a qual, resulta da fusão dos serviços prisionais e dos serviços de reinserção social
Portaria n.º 286/2013, de 9 setembro	Definição da estrutura orgânica, funcionamento e competências dos órgãos e serviços dos estabelecimentos prisionais. Enquadramento do HPSJD como EP de natureza hospitalar
Portaria n.º 359/2013, de 13 de dezembro	Define modelos de fichas de avaliação de desempenho a serem aplicadas no âmbito do SIADAP
Regras das unidades de saúde do SNS	Estabelece os princípios e regras aplicáveis às unidades de saúde que integram o Serviço Nacional de Saúde (SNS) com a natureza de entidade pública empresarial

Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro	
Adaptação da execução de medidas de internamento Decreto Lei n.º 70/2019, de 24 de maio	Adaptação do Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade às regras aplicáveis à execução das medidas de internamento em unidades de saúde mental não integradas no sistema prisional
Carreira Especial de Enfermagem Decreto-Lei n.º 71/2019, de 27 maio	Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parecerias de saúde
Nova Lei de Bases de Saúde Lei n.º95/2019, de 04 setembro	Revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto
Complexidade de Gestão e Segurança do HPSJD Portaria n.º 175/2020, de 24 de julho	Determina a classificação dos estabelecimentos prisionais em função do nível de segurança e do grau de complexidade de gestão
Lei da Saúde Mental Lei n.º 35/2023, de 21 de julho	Altera legislação conexa, o Código Penal, o Código da Execução das Penas e Medidas Privativas da Liberdade e o Código Civil e revoga a Lei n.º 36/98, de 24 de julho Consagra os direitos e deveres das pessoas com necessidade de cuidados de saúde mental Elimina a possibilidade de prorrogação indefinida da medida de segurança de internamento de inimputáveis Definição do tratamento involuntário
Revisão do SIADAP Decreto-Lei n. º 12/2024, de 10 de janeiro	Revisão à Lei nº 66-B/2007, de 28 de dezembro (SIADAP)
Carreira Especial de Enfermagem Decreto-Lei n.º 71/2019	Altera o regime da carreira especial de enfermagem, bem como o regime da carreira de enfermagem nas entidades públicas empresariais e nas parecerias de saúde

Anexo B - Guião de Entrevista

Questão	
1.	Pode caraterizar o seu percurso em cargos de gestão, ou atividades de planeamento na administração pública?
2.	Quais os maiores desafios que enfrentou durante o seu desempenho como Gestor Público?
3.	Na sua perspetiva, quais as características essenciais que um Gestor deve assumir?
4.	Como promove a tomada de decisão no lugar que exerce? (Individualmente ou alicerça-se numa equipa?)
5.	Ao assumir um cargo de gestão no HP, qual a estratégia que releva? (de que forma é para si importante a Missão, Visão e Valores e objetivos estratégicos do HPSJD?)
6.	Pode descrever-me com maior pormenor como a conceção do QUAR é efetivada e se corresponde à Missão do HP? (Qual a sua opinião sobre o QUAR e se considera que este corresponde à Missão do HP?)
7.	Este instrumento estratégico (QUAR) permite a monitorização (acompanhamento contínuo na gestão da *performance* da organização)? Que outra abordagem consideraria adequada ao HP?
8.	Pode explicar mais detalhadamente as vantagens e limitações do QUAR?
9.	Que equipa está envolvida na contratualização e monitorização dos objetivos operacionais e respetivos indicadores do HPSJD?
10.	Estão contratualizados objetivos operacionais para todas as unidades orgânicas?
11.	Qual a estratégia utilizada para comunicar os objetivos estratégicos aos colaboradores?
12.	De que forma é realizada a monitorização dos objetivos?
13.	De que forma a definição dos objetivos do HP e das unidades orgânicas está alinhada com os objetivos individuais dos colaboradores?
14.	Falando agora de Avaliação de Desempenho na DGRSP, isto é, SIADAP 2 e 3. O que considera como fatores críticos, de sucesso e insucesso, deste sistema de avaliação?
15.	Considera que este sistema valoriza o efetivo desempenho dos colaboradores? (em termos de objetivos e de competências)

ANEXO C - Caraterização da população reclusa nacional

Tabela - População prisional, lotação e distribuição por tipo de EP, segundo a situação penal a 15 de fevereiro e 1 de março de 2024. (Fonte: DGRSP https://dgrsp.justica.gov.pt/Estat%C3%ADsticas-e-indicadores/Prisionais)

			E. P. Segundo o Grau de Complexidade de Gestão				
			Grau ELEVADO	Grau MÉDIO	TOTAL	Inimputáveis (ENPrs)	Total Geral
15/fev	Preventivos	Aguardar Julgamento	1183	884			
		Aguardar Trânsito Julg	440	116			
	Condenados	Condenados	7889	1465			
		Condenados Por Dias Livres	22	16			
	Sub-Total		*9534*	*2481*	*12015*	*186*	*12201*
01/mar	Preventivos	Aguardar Julgamento	1199	897			
		Aguardar Trânsito Julg	432	127			
	Condenados	Condenados	7855	1489			
		Condenados Por Dias Livres	22	16			
	Sub-Total		*9508*	*2529*	*12037*	*186*	*12223*
Variação	Preventivos	Aguardar Julgamento	16	13			
		Aguardar Trânsito Julg	-8	11			
	Condenados	Condenados	-34	24			
		Condenados Por Dias Livres	0	0			
	Sub-Total		*-26*	*48*	*22*	*0*	*22*
		Lotação	10365	2262	*12627*		
		Taxa Ocupação Com Condenados Por Dias Livres	9,7%	111,8%	*95,3*		

Gráfico – População Prisional, distribuição por Preventivos/Condenados; Homens/Mulheres; Nacionais/Estrangeiros, a 1 de março de 2024 (Fonte: DGRSP https://dgrsp.justica.gov.pt/Estat%C3%ADsticas-e-indicadores/Prisionais)

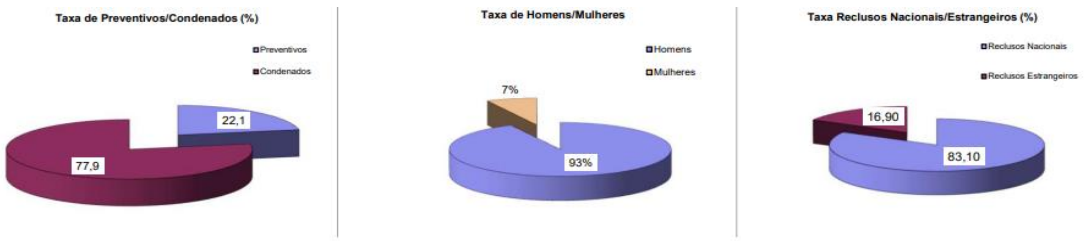


Tabela - População prisional, distribuição por grupo etário, a 2 de novembro de 2023. (Fonte: PORDATA https://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/5839949)

Reclusos: total e por grupo etário

Quantas pessoas estão presas, por faixa etária?

Percentagem (Totais das Categorias)

Anos	Grupos etários					
	Total	16-18	19-24	25-39	40-59	60 ou mais
2022	100,0	0,4	6,1	41,3	43,9	8,2

Reclusos: total e por grupo etário
Fontes de Dados: DGPJ/MJ
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2023-11-02

Tabela - População prisional, distribuição por nível de instrução a 2 de novembro de 2023. (Fonte: PORDATAhttps://www.pordata.pt/db/portugal/ambiente+de+consulta/tabela/583994)

Reclusos: total e por nível de instrução completo

Quantos presos não sabem ler nem escrever ou têm o ensino básico, secundário ou superior?

Percentagem (Totais das Categorias)

Anos	Níveis de instrução						
	Total	Não sabe ler nem escrever	Sabe ler	Ensino básico	Ensino secundário	Ensino superior	Outros, ignorados e não especificados
2022	100,0	3,2	3,8	74,2	14,6	3,0	1,2

Reclusos: total e por nível de instrução completo
Fontes de Dados: DGPJ/MJ
Fonte: PORDATA
Última actualização: 2023-11-02

Anexo D - Caraterísticas de Internamentos no HPSJD

Tabela – Lotação do HPSJD (elaboração própria, dados HPSJD)

Lotação HPSJD			
	Lotação	**Ocupação**	**Taxa de Ocupação (%)**
HPSJD	**168**	**127**	**75.60 %**
Internamentos pela especialidade Psiquiatria	**51**	**70**	**137.30%**

Tabela - Internamentos por Psiquiatria, de acordo com tipologia, e tempo médio de internamento, (elaboração própria, dados HPSJD)

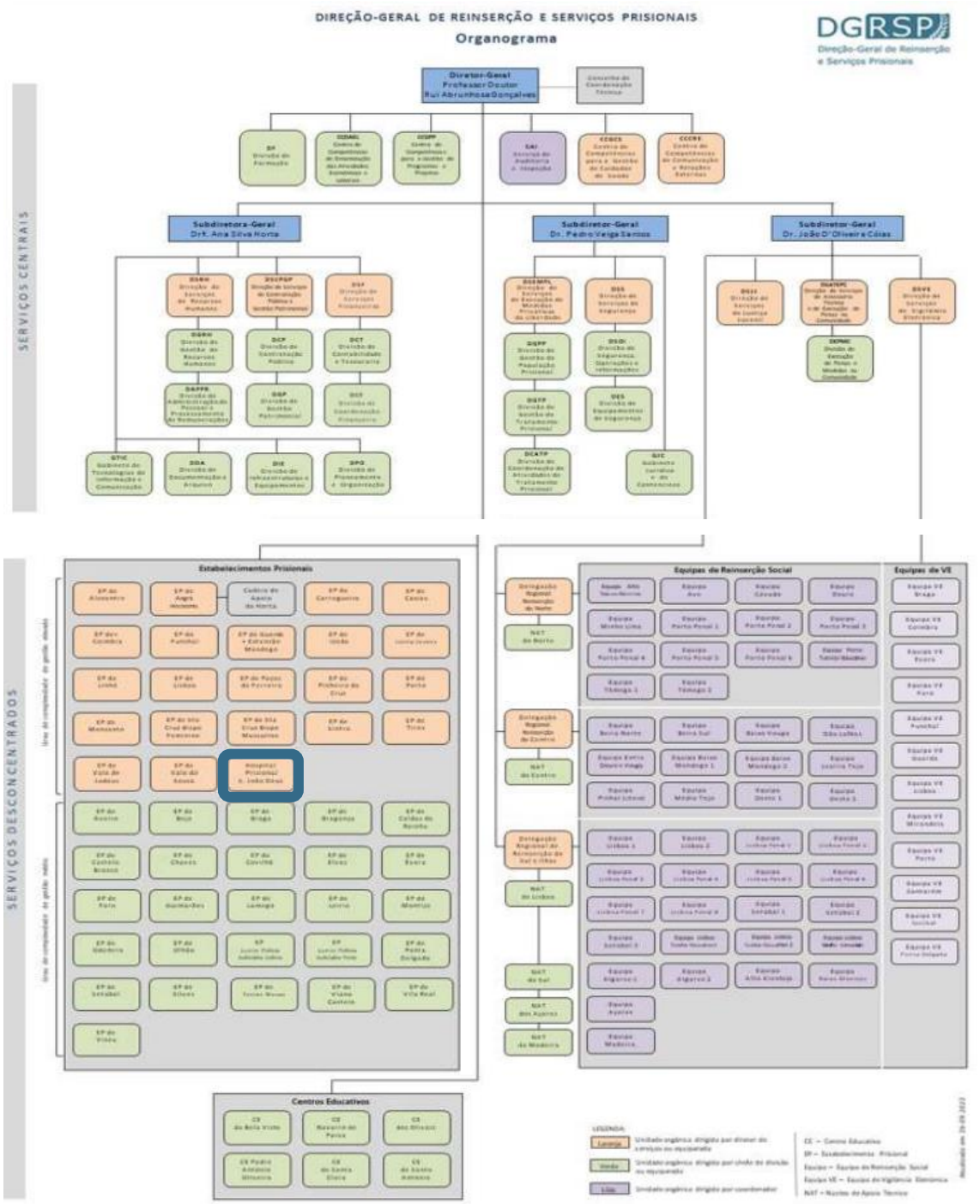
Internamentos Psiquiatria *		
Tipologia de Medida	**Número de doentes**	**Tempo médio de internamento (dias)**
Internamento Preventivo	36	151.5
Prisão Preventiva	3	------
Inimputável	23	411
Imputáveis **	3	739.67
Condenado	2	------
Total	70	------

Tabela - Internamentos por Psiquiatria de acordo com origem (elaboração própria, dados HPSJD)

Internamentos Psiquiatria***	
Origem	
EP	**Tribunal**
18	53
25.35%	74.65%

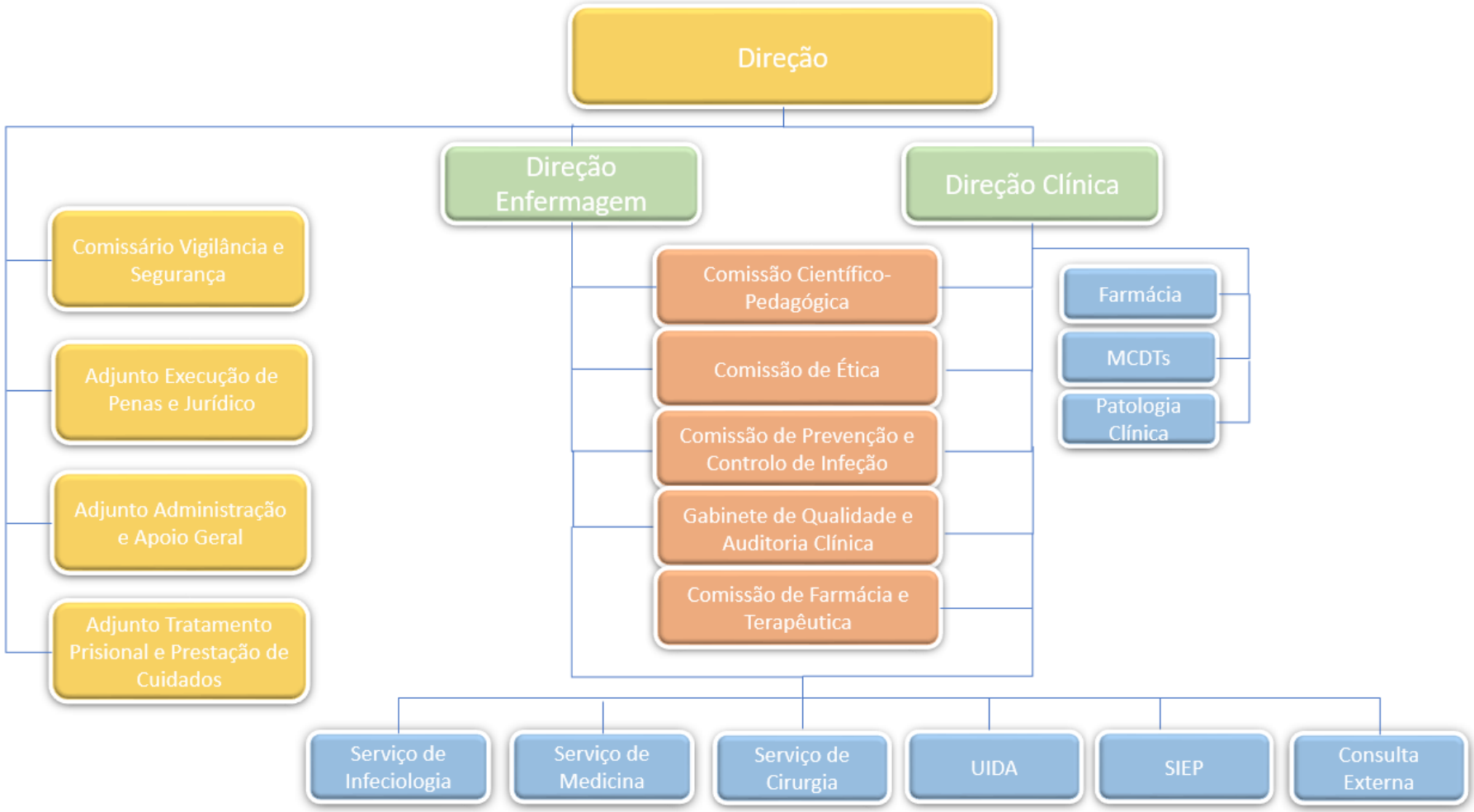
- * dados de 8 de março de 2024
- ** Imputáveis a cumprir medida em enfermaria destinada a inimputáveis
- ***dados de 11 de março de 2024

Anexo E – Organograma DGRSP (FONTE: DGRSP – Plano de Atividades 2023 - https://dgrsp.justica.gov.pt/Instrumentos-de-gest%C3%A3o/Plano-de-atividades)



Legenda: Posicionamento do HPSJD no Organograma da DGRSP

Anexo F – Organograma do HPSJD atual (elaboração própria)



Anexo G- Análise de expetativas – *Stakeholders* Vs HPSJD

Stakeholder (SH)	O que espera o SH do HPSJD?	O que tem?	O que espera o HPSJD do SH?	O que tem?	Ações a tomar
Doentes	Acesso a cuidados de saúde hospitalares	Acesso equitativo a cuidados de saúde hospitalares	Adesão aos cuidados de saúde Cumprimento das normas institucionais	Reinternamentos	Aumentar as ações de promoção de saúde Promover projetos de continuidade de cuidados EP-HPSJD-SNS
Funcionários Civis	Condições de trabalho dignas Estabilidade e segurança no trabalho Qualificação profissional Reconhecimento do mérito Progressão na carreira	Condições de trabalho dignas Estabilidade e segurança Ausência de investimento na formação técnica Avaliação de desempenho (SIADAP) Progressão profissional limitada Instalações degradadas	Competências; Assiduidade e Pontualidade; Empenho e Motivação; Zelo; Isenção e Lealdade.	Desmotivação Segregação entre grupos profissionais Empenho Falta de qualificação dos funcionários administrativos	*Empowerment* Promover a valorização profissional Promover o espírito de equipa entre categorias profissionais Aumentar a motivação
Profissionais Clínicos	Recursos para a prestação de cuidados de saúde de excelência Condições de trabalho dignas Estabilidade e segurança no trabalho Qualificação profissional Reconhecimento do mérito Progressão na carreira	Carência de recursos materiais e humanos Instalações degradadas, não adaptadas a prestação de cuidados de saúde. Ausência de Inovação Avaliação de desempenho (SIADAP) Progressão profissional limitada	Prestação de cuidados de saúde de excelência, de acordo com a deontologia profissional Competências; Assiduidade e Pontualidade; Empenho e Motivação; Zelo; Isenção e Lealdade.	Desmotivação	Proporcionar envolvimento das profissões de elevada diferenciação técnico-científica na tomada de decisão estratégica dos cuidados de saúde. *Engagement*
Corpo de Guarda Prisional	Condições de trabalho dignas Colocação na sua área de residência Estabilidade e segurança Formação Progressão na carreira	Condições de trabalho dignas Colocação conforme as necessidades dos EP e por ordem de pedido de transferência Estatuto próprio que lhe confere sistema	Manutenção da ordem e segurança Competências; Assiduidade e Pontualidade; Empenho e Motivação; Zelo; Isenção e Lealdade e Integridade	Alta taxa de absentismo Desmotivação Empenho	Promover o espírito de equipa entre categorias profissionais Aumentar a motivação Proporcionar formação especifica *Empowerment*

		remuneratório e regalias próprias.			
Órgãos de Gestão	Condições de trabalho dignas Recursos materiais e humanos para o cumprimento da missão do HPSJD	Condições de trabalho dignas Ausência de alinhamento entre objetivos estratégicos e operacionais Sobrelotação medidas de internamento e inimputáveis (Psiquiatria)	Gestão eficiente e eficaz dos recursos disponíveis Tratamento penitenciário e de cuidados de saúde de qualidade	Instalações degradas Perda de especialidades médicas Taxa elevada de RH em idade pré-reforma	Formação em Gestão de RH Promover a valorização e contratação dos RH
Sociedade	Prestação de cuidados de saúde dignos e de qualidade à população reclusa, com vista a sua reintegração e reinserção social A proteção da sociedade e a paz social Manutenção da ordem e segurança Eliminação da reincidência criminal	Prestação de cuidados de saúde dignos e de qualidade à população reclusa, com vista a sua reintegração e reinserção social A proteção da sociedade e a paz social Manutenção da ordem e segurança Reincidência criminal Insucesso na reinserção social	Apoio aos reclusos doentes no processo da sua reinserção social durante o percurso prisional e na continuidade do seu processo de tratamento após a sua libertação.	Deficiente rede de apoio aos reclusos nestes processos Ambiente social pouco apoiante na sua área de residência Estigma associado à reclusão Descontinuidade nos cuidados de saúde	Promover ações de sensibilização junto da sociedade para aumentar a responsabilidade social Promover novas parcerias e desenvolver as parcerias existentes com entidades públicas e privadas
Familiares dos Doentes	Prestação de cuidados de saúde dignos e de qualidade cada vez mais especializados e holísticos Justiça restauradora Aproximação ao doente	Cuidados de saúde à população reclusa mais especializados e holísticos. Contato com o doente	Apoio familiar, através de visitas aos doentes privados de liberdade Apoio psicológico e financeiro	Famílias disfuncionais em situações de vulnerabilidade social, psicológica e financeira	Promover Consulta Multidisciplinar de Acolhimento à Família do doente privado da liberdade. Estabelecer parcerias com instituições de apoio psicossocial para encaminhamento das famílias.
Embaixadas	Prestação de cuidados de saúde à pessoa sua compatriota que cumpre medidas privativas de liberdade Informações sobre a entrada dos compatriotas no hospital	Prestação de cuidados de saúde à pessoa sua compatriota que cumpre medidas privativas de liberdade Informações sobre a entrada dos compatriotas no hospital	Apoio social, económico e ao nível de documentação aos doentes reclusos estrangeiros	Apoio deficiente ou inexistente de algumas embaixadas	Promover a articulação com as embaixadas

	Facilidade de contato com o doente	Facilidade de contato com o doente			
Fornecedores	Parceiro de negócio Responsabilidade financeira	Parceiro de negócio Responsabilidade financeira	Serviço de qualidade dentro dos prazos e nas demais condições contratualizadas	Deficiente execução de alguns contratos de prestação de serviços Baixa qualidade na prestação de serviços	Garantir níveis mínimos de serviço Otimizar recursos Garantir stocks mínimos Reduzir tempo médio de aquisição Realização de auditorias internas aos serviços prestados
Tribunais	Execução das penas e medidas privativas de liberdade Apoio técnico no âmbito das suas competências Manutenção da ordem e segurança interna Proteção da sociedade Cumprimento de medidas de internamento e inimputáveis	Execução das penas e medidas privativas de liberdade Apoio técnico no âmbito das suas competências Manutenção da ordem e segurança interna Proteção da sociedade Cumprimento de medidas de internamento e inimputáveis	Cooperação institucional e prestação de esclarecimentos e informações de forma clara e precisa com vista a boa execução das medidas privativas da liberdade	Comunicação ineficaz Sobrelotação de medidas de internamento e	Promover cooperação com os tribunais
Advogados	Execução das penas e medidas privativas de liberdade em condições dignas Cooperação institucional Facilidade no acesso aos clientes	Execução das penas e medidas privativas de liberdade em condições dignas Cooperação institucional Facilidade no acesso aos clientes	Apoio consistente aos reclusos de âmbito processual e jurídico ao longo do internamento Colaboração na resolução de problemas pessoais e familiares dos doentes	Apoio pouco consistente	Sensibilização dos advogados para a necessidade de apoio mais consistente aos reclusos em especial aos internados no âmbito psiquiátrico
Entidades Fiscalizadoras	Cumprimento da Lei Respeito pelos Direitos da população reclusa doente	Cumprimento da Lei Respeito pelos Direitos da população reclusa doente Sobrelotação de internamentos de Psiquiatria Carência de recursos humanos clínicos	Exercício das suas funções de forma rigorosa e isenta Serviços de consultadoria Fiscalização de cariz pedagógico Apoio técnico e jurídico	Exercício das suas funções de forma rigorosa e isenta com baixo impacto nas mudanças das políticas internas e externas em matéria	Eliminar as inconformidades identificadas pelas entidades fiscalizadoras Envolvimento da tutela na responsabilização das inconformidades

		Instalações degradadas, não adaptadas a prestação de cuidados de saúde		de qualidade de saúde prisional	Observar as inconformidades como um processo de oportunidade de melhoria
DGRSP e Tutela	Execução das medidas privativas de liberdade impostas pelos tribunais com respeito pela dignidade humana, no mais estreito cumprimento da Lei. Manutenção da ordem e segurança Cumprimento dos objetivos estratégicos Prestação de cuidados de saúde à população reclusa.	Execução das medidas privativas de liberdade impostas pelos tribunais com respeito pela dignidade humana, no mais estreito cumprimento da Lei. Manutenção da ordem e segurança Cumprimento dos objetivos estratégicos Prestação de cuidados de saúde à população reclusa	Disponibilização de recursos necessários à prossecução da missão e dos objetivos estratégicos. Apoio na execução das medidas e no tratamento penitenciário.	Objetivos estratégicos impostos e desconexos à sua missão. Recursos materiais e humanos insuficientes às necessidades Sistemas de informação desajustado à realidade atual	Desenvolver parcerias entre MJ e MS Estabelecer plano estratégico específico para o HPSJD
Forças Policiais	Cumprimento da Lei Manutenção da ordem e da segurança e da paz social Cooperação institucional eficaz	Cumprimento da Lei Manutenção da ordem e da segurança e da paz social Cooperação institucional eficaz	Que sejam cooperantes e diligentes no cumprimento das decisões judiciais	Cooperação no cumprimento das decisões judiciais	Celebrações de protocolos de colaboração com estas Forças Policiais
Vítimas	Justiça Reparadora ou Restaurativa Execução das penas impostas pelos Tribunais Segurança	Execução das penas impostas pelos Tribunais Segurança Reincidência criminal	Reconhecimento pela prestação de cuidados de saúde e manutenção da medida/pena privativa de liberdade	Sentimento de desvalorização	Dinamização de programas de justiça reparadora ou restaurativa, prevenção criminal, reabilitação psicossocial. Melhorar os serviços de reabilitação física e psicossocial.
Estabelecimentos de Ensino	Locais para realização de ensinos clínicos, com orientadores especializados nas suas áreas de eleição	Elevado número de alunos de licenciatura e das áreas de especialidade de enfermagem anualmente e internos da especialidade de psiquiatria	Cumprimento de regras institucionais. Certificação dos orientadores para efeitos curriculares Troca de conhecimento científico e inovação	Cumprimento de regras institucionais. Certificação dos orientadores para efeitos curriculares Troca de conhecimento científico e inovação	Desenvolver novas parcerias entre estabelecimentos de ensinos para outras categorias profissionais.

Sistema Nacional de Saúde	Prestação de cuidados de saúde à pessoa que cumpre medidas privativas de liberdade Segurança e vigilância do doente recluso que se encontra sob custódia da DGRSP no SNS	Número crescente de casos de doentes reclusos a serem encaminhados para o SNS por ausência de recursos humanos clínicos Segurança e vigilância do doente recluso que se encontra sob custódia da DGRSP no SNS	Colaboração na prestação de cuidados de saúde à pessoa que cumpre medidas privativas de liberdade, sempre que ocorra ausência de capacidade de resposta do HPSJD Continuidade dos cuidados após libertação da pessoa reclusa	Forte resistência Estigma associado ao "preso" Carência de respostas para a continuidade de cuidados, especificamente nas de cumprimento de medidas de internamento e inimputáveis fora do sistema prisional e nas situações doentes que necessitam de cuidados continuados	Revisão da parceria MJ e MS
Câmara Municipal de Oeiras	Prestação de cuidados de saúde à pessoa que cumpre medidas privativas de liberdade Manutenção da ordem e da segurança e da paz social	Prestação de cuidados de saúde à pessoa que cumpre medidas privativas de liberdade Manutenção da ordem e da segurança e da paz social	Apoio comunitário aos doentes reclusos carenciados Investimento em projetos de promoção de saúde e de reinserção social dirigida a população reclusa	Ausência de projetos dirigidas às necessidades da população reclusa com	Estabelecer parcerias com a Câmara Municipal de Oeiras, para o desenvolvimento de projetos de valor na reinserção e reabilitação da população reclusa
Irmandade da Santa Casa Misericórdia de Oeiras	Desenvolver projetos de ação lúdica e social dirigida aos doentes Segurança no acesso à população doente reclusa	Colaboração e envolvimento Acompanhamento e monitorização das atividades desenvolvidas	Apoio psicossocial e espiritual aos doentes Desenvolvimento das competências socias dos doentes Apoio a doentes carenciados Cumprimento das regras institucionais	Voluntariado com poucos meios Atividades pouco diversificadas e adaptadas à idade da população internada.	Promover a motivação dos doentes para adesão às atividades propostas Desenvolver novas parcerias Reuniões intercalares para avaliação do projeto e necessidades de mudança
Comunicação Social	Transparência e acesso a toda a informação	Restrição a determinada informação Falta de valorização do valor público do hospital	Divulgação da missão do HPSJD Literacia para a saúde prisional Desconstrução do estigma associado à saúde prisional	Divulgação de notícias negativas para o sistema prisional, sem solicitar esclarecimentos, moldando	Promover uma relação positiva de abertura e transparência com os órgãos de comunicação social Envolver a comunicação social na tarefa de responsabilidade que também lhes cabe

				negativamente a opinião pública Inexistente divulgação das boas práticas	

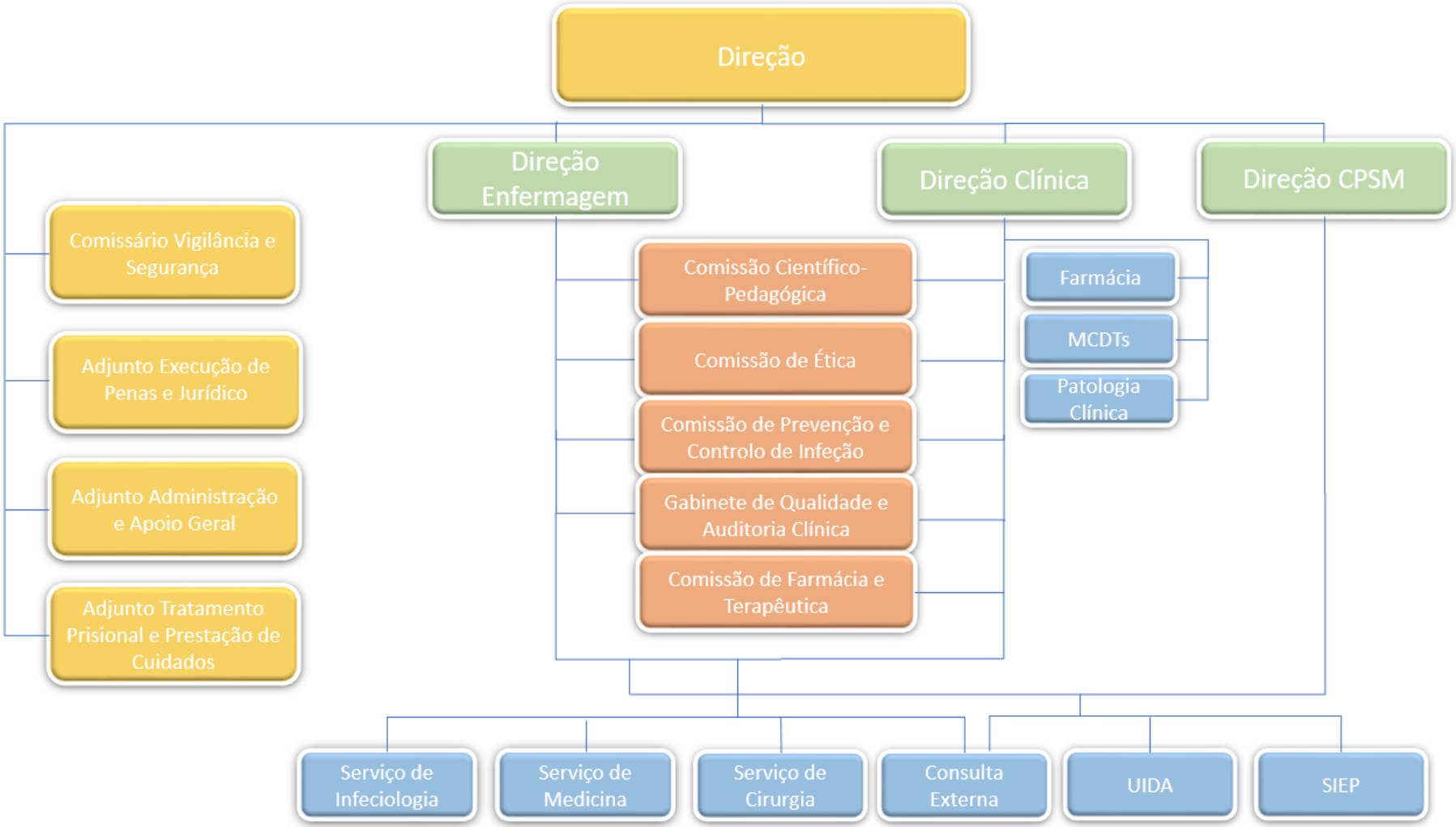
Anexo H – Mapas de Profissionais do HPSJD (elaboração própria, a partir de dados fornecidos pelos Órgãos de Gestão do HPSJD para o 1º semestre de 2024)

Mapa Geral de Profissionais			
Grupo Profissional	Situação Profissional		TOTAL
	Quadro	Avenças	
Diretor	1	----	1
Adjuntos	3	----	3
Técnicos superiores	17	----	17
Assistentes Técnicos	14	-----	14
Guardas prisionais	93	-------	93
TDT; TO	----	5	5
Médicos	10	7	17
Enfermeiros	56	31	87
Assistentes Operacionais	47	28	75
TOTAL	241	71	312
%	77.2%	22.8%	100%

Mapa Profissionais de Saúde			
Grupo Profissional	Situação Profissional		Total
	Quadro	Avenças*	
Médicos	10	6	16
Enfermeiros	56	31	87
Assistentes Operacionais	47	28	75
TDT	6	4	10
TO	1	1	2
Farmacêutico	1	1	2
Psicóloga	1	-----	1
Fisioterapeuta	1	-----	1
TOTAL	123	71	194
%	63.40%	36.60%	100%

- * Contratos em regime não integral de diferentes cargas horárias

Anexo I - Organograma do HPSJD de acordo com a Portaria nº 286/2013, de 9 de setembro e Decreto-Lei nº 469/88, de 17 de dezembro (elaboração própria)



Anexo J - Estrutura de dados segundo a metodologia Gioia (Magnani & Gioia, 2023) evidências de acordo com tipologia profissional – Direção e Adjuntos

Conceitos de 1ª Ordem	Temas 2ª Ordem	Dimensões agregadas	Evidências	Perguntas mais significativas	Palavras-chave	Nº de resultados
- Caracterizar a função profissional atualmente exercida nomeadamente no que concerne à senioridade, responsabilidades e desafios **- Descrever os processos de tomada de decisão característicos do papel profissional atualmente desempenhado**	Função profissional atualmente exercida	Caraterização do entrevistado	"Fui convidada para ser adjunta da direção desde 1997" "E a minha preocupação é considerar que as equipas têm que estar motivadas para fazer um bom trabalho e ter um bom desempenho. Motivar equipas." "Sou uma líder muito participativa, ou seja, não gosto de tomar decisões sozinha, quero que as pessoas se envolvam na decisão" "Desempenho estas funções de adjunta da área jurídica, há 17 anos" "Eu acho que este nosso nível de gestão é um bocadinho o saco de boxe, porque temos os trabalhadores em baixo, que obviamente têm muitas aspirações e muitas vontades, e que muitas delas até são legítimas, e até são bem-vindas pelos serviços, mas que depois nós não conseguimos corresponder, porque não temos poder para isso, não temos capacidade de gestão para isso. Portanto, isto por um lado, por outro lado, de cima, exigem-nos imensas coisas para as quais nem sequer nos dão condições para executar." "Verdade se diga que tirando decisões técnicas, jurídicas, quem toma todas as decisões do meu trabalho é a senhora diretora." "Agora estou no Hospital Prisional S. João de Deus, onde também, tudo ao nível desta área financeira, contratação pública." "Os maiores desafios são ao nível do pessoal, devido às limitações" "Nem tudo o que faço tenho que ir a correr e pedir autorização à diretora, mas gosto de o fazer, para estarmos sempre em sintonia." "Estive como diretora do Estabelecimento Prisional de Tires durante 6 anos, a seguir no Estabelecimento Prisional da Carregueira outros 6 anos e aqui no Hospital Prisional já há cerca de 4 anos" "Nós aqui além de nos balizarmos por toda a legislação da administração pública nos mais diversos aspetos, que são	1., 2., 4.	Adjunto Participativa	4/4

			comuns a todos os outros organismos, temos também a legislação que nos obriga a atuar determinada maneira com os nossos clientes, que são os reclusos, sejam eles doentes ou não. E, portanto, temos que nos cingir ao regulamento geral dos estabelecimentos prisionais e temos que nos cingir ao Código de Execução de Penas e Medidas Privativas da Liberdade. É essa a grande diferença" "Há decisões do dia a dia que eu tomo sozinha. Mas se de facto são decisões que implicam as áreas de atuação da equipa da direção, pois eu convoco os colegas da direção para me ajudarem nessa decisão. Portanto, normalmente as decisões de determinadas áreas é com o adjunto da área que eu tomo essa decisão."			
- Identificar os aspetos-chave do papel do Gestor mediante a perceção individual dos profissionais **- Descrever os resultados percebidos dos Gestores considerados bons profissionais**	Perspetiva individual sobre o papel dos Gestores		"É a disponibilidade, o saber ouvir e saber transmitir às pessoas os objetivos." "Muita calma, muita tolerância." "O gestor, cada vez mais, é um técnico superior, é um executor." "Um gestor tem que se adaptar às circunstâncias do cargo, ou seja, tem que se adaptar às características específicas de cada unidade onde estivermos." "Temos que ser flexíveis, encontrar as melhores soluções no dia a dia para os constrangimentos com que nos deparamos e é uma gestão um bocadinho em cima da hora."	3.	Recursos humanos Adaptabilidade	3/4
- Identificar os aspetos-chave que impactam determinantemente o desenvolvimento de uma Estratégia **- Caracterizar os aspetos-chave identificados enquanto recursos (e sua (in)disponibilidade percebida)**	Bases para o desenvolvimento de uma Estratégia	Formulação da Estratégia	"Quando eu tomo uma decisão tenho sempre que enquadrar nessa missão do hospital prisional e nas especiais características do hospital prisional." "Começar por saber qual era a missão, os objetivos, e tudo aquilo que move o próprio hospital prisional, e isso era fundamental. Tendo uma perceção disso, apesar de, quais são os objetivos que me estão acometidos relativamente ao hospital prisional, são todos área financeira. Estão ligados diretamente ao seu core business" "Nós, hospital, somos uma unidade orgânica da direção geral de reinserção e serviços prisionais, portanto, é ao diretor geral que cabe, anualmente, fazer o QUAR dos serviços prisionais para ir à aprovação ministerial e depois,	5.	Missão Objetivos	4/5

			ele também anualmente nos manda, os objetivos que entende para as nossas unidades orgânicas.”			
- Identificar os aspetos do QUAR que contribuem ou inibem a formulação da estratégia **- Caracterizar o nível de visibilidade e conhecimento dos profissionais sobre o QUAR** **- Sinalizar sugestões de melhoria ao QUAR que promovessem o seu impacto positivo na formulação da estratégia**	Perspetiva individual sobre o QUAR		“Quer o QUAR, quer o SIADAP, deveriam estar muito ajustados às especificidades das unidades orgânicas e não estão. Devia ser exatamente ao contrário, perguntar-nos a nós primeiro, antes de determinarem os objetivos e as linhas de orientação” “Eu acho que de acordo com aquelas linhas de orientação, nós de facto recebemos elementos que nos permitem monitorizar aqueles objetivos.” “O QUAR ajudou a fazer esta linha de uniformização do funcionamento de todos os estabelecimentos prisionais, muito em particular com o regulamento geral, que não existia, cada estabelecimento prisional tinha o seu regulamento (...)Por outro lado, não me parece que tenha ajudado a motivação dos colaboradores.” “A direção geral exige-nos o cumprimento daqueles objetivos, mas não cuida de saber se aqueles objetivos são exequíveis nesta unidade orgânica, ao hospital propriamente tido.” “Eu acho que permite, embora com estas nuances que temos vindo aqui abordar, de às vezes não ser adequado ou não ser exequível, mas permite, a partir do momento em que nós consideramos que aquele objetivo é exequível e começamos a trabalhar nele, depois consegue monitorizar se o QUAR está ou não está a ser satisfeito.” “A única coisa que eu critico, é aquela que já mencionei há pouco, que é, nós não somos consultados previamente” “Eu acho que as vantagens são a transparência e o todos nós sabermos verdadeiramente, no fim, o que é pretendido. E tentarmos orientar o nosso esforço de trabalho e a nossa forma de estar para isso.” “A desvantagem é esta, o QUAR é tratado muito friamente, muito mecanicamente e até às vezes mostrando algum alienamento da realidade.” “A nível do QUAR, tem muito a ver com o core business do próprio hospital, e a mim ultrapassa-me um bocadinho, eu é só mesmo a parte financeira e alcançar os resultados que se pretendem.”	6., 7., 8.	Uniformização	4/4

			"Quem define o QUAR são os serviços gerais e nós estamos aqui para executar, basicamente. Não fazemos parte do problema neste caso." "O QUAR é feito pelos serviços centrais, é aprovado pelo diretor geral, é o diretor geral que propõe e é aprovado depois pela ministra da justiça. Depois, os objetivos que no âmbito do QUAR são aprovados, o diretor geral manda para os estabelecimentos prisionais, para cumprimento." "Os ministros mudam muito e os diretores gerais também. E então faz com que não haja continuidade." "O que eu acho é que se faz um bocadinho o QUAR para cumprir a legislação. Era preciso fazer um plano a longo prazo para o sistema e para esta unidade hospitalar. Era preciso saber o que é que é preciso e o que se vai fazendo todos os anos para se chegar àquilo que se pretende, atendendo a essa instabilidade que faz parte dos ciclos." "Além destas atividades que são mensuráveis e que estão no QUAR há muitas outras coisas que se fazem no dia a dia e que de facto não são objetivamente valoráveis. Há que encontrar outra forma de avaliação das unidades e das pessoas, das outras matérias e valências que não são traduzidas em números."			
- Identificar a equipa responsável pela contratualização e monitorização **- Identificar a cobertura dos objetivos operacionais em termos de unidades orgânica**	Objetivos operacionais e respetivos indicadores	Implementação da Estratégia	"A monitorização efetivamente é sempre com o chefe de serviço. No caso do hospital, os adjuntos e, no meu caso em particular, tenho trabalhado também com as enfermeiras-chefes para monitorizar e avaliar o desempenho de funções dos auxiliares da ação médica." "Todas as vezes que fazemos a avaliação nós falamos disso, que era necessário haver objetivos mais direcionados aos serviços" "De facto as unidades orgânicas não têm objetivos operacionais contratualizados. Seria uma mais-valia." "Aqui dentro é a Sra. Diretora, que depois convoca as respetivas direções ou serviços e com elas articula, qual será a melhor forma de levar a prossecução dos objetivos por diante e de conseguir, se não superar, pelo menos cumprir." "Não estão. Desde logo, como não estão para o gabinete jurídico. Eu também coordeno a secção de reclusos e a secção de reclusos, também não tem tido objetivos	9., 10.	Direção	4/4

			traçados na maior parte dos anos, já teve ocasionalmente, mas por regra não tem." "A equipa sou eu relativamente aos meus objetivos e à minha área." "Ao nível individual, cada um dos responsáveis de cada uma das áreas faz sentido definir objetivos que tenham em atenção a concretização dos objetivos de cada uma das unidades orgânicas, e, portanto, acho que por aí poderá estar salvaguardado, ao nível dos objetivos macro não." "Os objetivos operacionais são comuns aos demais estabelecimentos prisionais. Embora alguns, sejam específicos aqui do hospital."			
- Caracterizar como é comunicada a estratégia aos colaboradores **- Identificar o nível de disseminação alcançado pela comunicação da estratégia atual**	Comunicação		"Quando se contratualiza os objetivos eu falo sempre muito em pormenor do plano de atividades que nós temos a desenvolver para a frente." "Tivemos uma primeira reunião em conjunto em que lhes comuniquei, disse-lhes, fiquem a pensar, vejam que dúvidas têm, eu depois vou chamar cada um individualmente e teremos a oportunidade de debater mais em profundidade e de esclarecer as dúvidas que eventualmente vos surjam." "Comunico aos adjuntos e ponho nos objetivos deles de cada ano, aqueles que se traduzem da sua atividade. Os objetivos individuais, correspondem ao SIADAP 1. Eu faço corresponder esses objetivos que me são impostos, aos meus adjuntos de cada área. Por outro lado, esses adjuntos fazem descer esses objetivos para os seus trabalhadores. Em escala, em hierarquia descendo" "É precisamente no momento da contratualização que nós fazemos isso, eu contratualizo os objetivos com os meus adjuntos, explico, quer dizer, já lhes comuniquei, enfim, o que veio de cima e depois eles fazem a mesma coisa com os trabalhadores da sua equipa."	9., 11.	Cascata	3/4
- Identificar como é operacionalizada a monitorização dos objetivos	Monitorização	Avaliação e controlo	"Cada um dos colaboradores tem que me dar trimestralmente ou semestralmente relatórios de monitorização do objetivo que lhe foi atribuído." "Eu tinha que chegar ao final do ano e ter dados." "Faço aqueles formulários, chamo as pessoas e depois individualmente temos uma conversa."	12.	Dados	4/4

			"O que é que eu faço no início de cada ano, e, portanto, estava a preparar isso agora também, é reunir-me com todos, e vou ouvir cada uma das pessoas, no fundo fazer o balanço do ano anterior, e aquilo que podemos melhorar para o ano seguinte, sei lá, há coisas que se calhar não correram tão bem." "Podemos monitorizar porque já vem tudo com métricas. Temos que fazer um x número de procedimentos, até quando, já sabemos o que é que temos que fazer para conseguirmos cumprir o objetivo e temos a métrica da superação. Isso já vem tudo definido de cima, vem para mim, vem para os adjuntos, e os adjuntos transmitem da mesma forma. É definido um plano anual de atividades e onde isso é divulgado para cada estabelecimento prisional."			
- Caracterizar, quanto à coerência e alinhamento, os objetivos organizacionais e individuais definidos **- Identificar como a coesão inter-níveis de objetivos reflete a estratégia**	Coesão entre níveis de objetivos		"Desalinhada. Salvo raras exceções, mas efetivamente os objetivos são sempre muito genéricos, muito transversais aos estabelecimentos prisionais e sem atender à especificidade do próprio hospital." "Eu acho que aquela ideia da cascata e da desmultiplicação dos objetivos, é nisso mesmo que se traduz. E, portanto, tem que estar. Quando são traçados objetivos para a minha área, eu tenho que ter essa preocupação." "Numa unidade orgânica em que se fazem diversas coisas, e que se definem só, eu estou a falar muito em técnicos superiores, em que se definem objetivos, e eu já tive um técnico superior aqui comigo, em que defini três objetivos. O problema é que o técnico superior depois fica vinculado, estritamente ligado àqueles três objetivos, e se impede para fazer outras coisas além daqueles objetivos" "É em cadeia. E já vem tudo definido, as métricas já vêm definidas para o cumprimento do objetivo, em que circunstâncias cumprimos e em que circunstâncias superamos. Já vem lá tudo."	13.	Desalinhamento	4/4
- Identificar fatores críticos (de sucesso e insucesso) do modelo de Avaliação de Desempenho vigente	Avaliação de Desempenho (SIADAP 2 e 3)		"Os colaboradores tendem a dizer que é um trabalho burocrático, que não valora a qualidade e é muito mais difícil fazer uma avaliação qualitativa, porque as questões não são mensuráveis e, portanto, são muito críticas. Por outro lado, as pessoas sentem que não são valorizadas	14., 15	Cotas Qualidade	4/4

- Caracterizar o potencial de valorização dos colaboradores inerente ao modelo de Avaliação de Desempenho vigente **- Identificar sugestões de melhoria**			pelo trabalho que têm, portanto, as cotas limitam imensamente o entendimento da questão da carreira e da necessidade das pessoas se sentirem também um bocadinho valorizadas." "Como os objetivos já vêm traçados de cima e nós temos que nos adequar ao que vem traçado de cima, muitas vezes não vai ao encontro daquilo que especificamente, e em concreto, a pessoa faz ou está habituada a fazer." "É a frieza e a rigidez do SIADAP aplicada a pessoas que não são robôs." "Um dos fatores de insucesso é as cotas." "Outro problema é a comunicação. É óbvio, quem atribui, quem faz a avaliação dos objetivos, é parcial." "As cotas alargarem-se, se calhar, sim. Prémios de desempenho acho que também. É como a cenoura à frente do mundo, se a pessoa souber que se fizer um bocadinho melhor vai ganhar qualquer coisa, nota-se que a pessoa melhora." "O SIADAP, já tem alguns anos, bastantes, eu sei que é difícil arranjar sistemas de avaliação, que não sejam auditáveis, que não sejam medidos, mas na verdade, há muitos objetivos que as pessoas fazem, sobretudo ao nível técnico, que não são mensuráveis. E medir a qualidade da execução de determinados documentos é muito difícil, é uma coisa que ainda não foi encontrada na administração pública a forma de resolver esse resultado." "A única coisa que eu acho que os objetivos do SIADAP fazem cumprir é de facto a métrica, ou seja, se tem que se fazer x número de documentos, de relatórios, ou disto ou daquilo em determinado período, pois, digamos que impõe uma velocidade. Agora, que seja o melhor sistema para se chegar ao objetivo, isso eu já não sei se é de facto o sistema ideal, porque impõe a velocidade, as pessoas cumprem, mas em termos de qualidade muita coisa falha" "Era o ideal, era encontrar-se uma forma de medir a qualidade do que é produzido."			

Anexo K - Estrutura de dados segundo a metodologia Gioia (Magnani & Gioia, 2023) evidências de acordo com tipologia profissional – Médicos e Enfermeiros

Conceitos de 1ª Ordem	Temas 2ª Ordem	Dimensões agregadas	Evidências	Perguntas mais significativas	Palavras-chave	Nº de resultados
- Caracterizar a função profissional atualmente exercida nomeadamente no que concerne à senioridade, responsabilidades e desafios **- Descrever os processos de tomada de decisão característicos do papel profissional atualmente desempenhado**	Função profissional atualmente exercida	Caraterização do entrevistado	"Tenho sido adjunto do diretor clínico. Não lhe quero mentir, mas penso que desde 2008." "O mais complicado para quem está nestas funções são as relações humanas dentro da própria classe profissional." "É essencial passar informação quando a temos, porque a informação deve ser partilhada. E, por outro lado, também ouvir as sensibilidades dos colegas." "Em 2006, vim para o Serviço de Psiquiatria, para a Clínica de Psiquiatria e Saúde Mental a convite da enfermeira diretora e da coordenadora clínica, para chefiar a clínica" "O maior desafio foi ter que vir para este serviço, para chefiar a clínica. Eu estava muito acomodada ao serviço de cirurgia, era o meu porto de abrigo." "Eu tenho sempre que me uma alicerçar na equipa e também na parte da direção do hospital, principalmente na direção de enfermagem" "Exerço funções de enfermeira chefe em comissão de serviço, nomeada desde 2018" "O primeiro grande desafio foi montar a unidade de raiz e conseguir arranjar pessoal e motivar enfermeiros e auxiliares para aquele trabalho que não era propriamente o trabalho habitual do enfermeiro e do auxiliar numa enfermaria." "Eu tento me alicerçar sempre numa equipa e pedir sempre opinião." "Sai do bloco operatório em 2007 e desde essa altura chefio a cirurgia" "Gerir pessoas é difícil porque não estamos a trabalhar com números, é muito difícil. Porque as pessoas são todas diferentes, mas eu acho que tem sido muito difícil nos últimos tempos. Porque os vínculos precários condicionam muito a forma como as pessoas encaram a responsabilidade" "Raramente tomo uma decisão de forma individual e normalmente é sempre conversada, e é sempre colocada	1., 2., 4.	Equipa	6/6

			a equipa. Se for uma decisão que implica algum tipo de mudança tem que ser em equipa. Eu acho." "janeiro de 2000. Há 24 anos então. É desde essa data que estou à frente do Serviço." "Um dos maiores desafios que senti durante todo este percurso, tem a ver muito com o meu objetivo do cuidar, com o meu entender da saúde numa pessoa que está no sistema e outra parte. Ou seja, eu estou aqui para cuidar e tratar, a vigilância está aqui para vigiar e punir, grosso modo." "Eu gosto de uma gestão participada, e portanto, nós no serviço promovemos reuniões, colocam-se as questões em cima da mesa" "Desde 2014, encontro-me em funções de gestão" "Sendo este um meio prisional, caracterizado por ser um meio muito burocrático, onde existem muitas formalidades. Existe o sistema nacional de saúde, mas também existe a intervenção do regime prisional, que se encontra sob a tutela do Ministério da Justiça, tem que se arranjar um equilíbrio. Portanto, nem sempre é fácil este equilíbrio." "A minha tomada de decisão, é sempre alicerçada na equipa."			
- Identificar os aspetos-chave do papel do Gestor mediante a perceção individual dos profissionais **- Descrever os resultados percebidos dos Gestores considerados bons profissionais**	Perspetiva individual sobre o papel dos Gestores		"Um gestor de recursos humanos (…) Tem que saber ouvir as pessoas, tem que saber ouvir os seus colegas. Tem que auscultar, naturalmente, as suas dificuldades, as suas motivações, os seus anseios." "E um bom gestor de recursos humanos, tem que perceber quais são as áreas em que aquela pessoa vai render mais. Vai se realizar mais, vai estar motivada para. E isso, acho que é essencial, portanto é a proximidade com os seus pares." "Os resultados sejam melhores. Os nossos clientes que são os doentes, fiquem também melhor. Que esse é o nosso principal objetivo." "Responsabilizar e simultaneamente dar autonomia no trabalho." "Das características que o gestor deve assumir é ser líder, sim. Mas para mim também a humildade, se não tiver humildade não se consegue fazer muita coisa. Conseguir	3.	Liderança Multidisciplinar	6/6

			ter o grupo de trabalho homogéneo, todo a remar para o mesmo objetivo, não dizer gosto mais daquele, gosto menos do outro, tem que ser imparcial. Também dentro da equipa multiprofissional deve saber estar, saber ser e defender o serviço onde está e a instituição, defender a própria instituição, mas para mim a humildade é uma caraterística essencial." "Deve ser humano, acima de tudo. Humano. As pessoas devem estar em primeiro lugar." "Um gestor deve ser acima de tudo um líder, não um chefe, aqui na verdadeira aceção da palavra, deve deixar que os outros cresçam, deve permitir que os outros intervenham, deve essencialmente liderar" "As pessoas têm que se afastar das situações, olhar para elas de uma forma exterior ao seu envolvimento na situação e pensar aqui com alguma realidade, não esquecendo que a parte afetiva também é uma parte importante." "De ser conhecedor dos objetivos, do caminho a trilhar pela instituição, para em sintonia, conseguir acompanhar e envolver a sua própria equipa para a concretização desses mesmos valores e objetivos. Considero também que, um bom gestor de uma equipa será a pessoa que consegue, não meramente, mandar ou chefiar, mas delegar. "			
- Identificar os aspetos-chave que impactam determinantemente o desenvolvimento de uma Estratégia **- Caracterizar os aspetos-chave identificados enquanto recursos (e sua (in)disponibilidade percebida)**	Bases para o desenvolvimento de uma Estratégia	Formulação da Estratégia	"Enquanto profissionais deste hospital, não temos acesso a uma Visão de globalidade de médio prazo e de longo prazo" "E isso faz com que o nosso hospital esteja cada vez mais limitado na sua atividade assistencial e muitas vezes temos que enviar os nossos utentes a outros hospitais aqui da área." "Continuidade de cuidados, no fundo. Aqui efetivamente há uma vertente muito particular, que passa pela fragilidade do próprio internado." "A missão do hospital desta instituição prisional é o bem-estar da saúde mental do doente, tanto seja na cirurgia, na medicina, na infeto, é o bem-estar do doente." "A missão nós sabemos. Não temos grande coisa mais. Depois vamos à direção geral. Não sei se é assim que	5.	Missão Visão	6/6

			vocês fazem, é assim que eu faço. Eu fui à procura da missão do hospital e da visão para conseguir criar a missão e a visão do meu serviço. Como eu não encontrei, fui à missão e à visão da direção geral. Tentei a missão e a visão do meu serviço de acordo com isso" "Eu valorizo a missão, enquanto objetivo. Se o objetivo é prestar os melhores cuidados, a tua estratégia tem que ser direcionada nesse sentido (...) O resto, acho que vem por acréscimo, é um bocado satélite." "Portanto, isto é um hospital prisional, portanto, não podemos esquecer que também se enquadra dentro dos estabelecimentos prisionais, ainda que seja um estabelecimento prisional especial e que as pessoas que cá estão de facto também a cumprir uma pena." "Portanto, o objetivo é realmente que o gestor esteja a par com a direção do hospital para que se consiga chegar ao mesmo fim, que haja produtividade, que haja eficácia, eficiência na gestão e em todas as áreas, quer de recursos, quer de metas."			
- Identificar os aspetos do QUAR que contribuem ou inibem a formulação da estratégia **- Caracterizar o nível de visibilidade e conhecimento dos profissionais sobre o QUAR** **- Sinalizar sugestões de melhoria ao QUAR que promovessem o seu impacto positivo na formulação da estratégia**	Perspetiva individual sobre o QUAR		"Sabemos os princípios filosóficos e princípios gerais de que a Missão do hospital é prestar a assistência aos reclusos no limite de todo o país (…) Mas tirando essa Visão de princípio e uma Visão global, não há objetivos específicos nem objetivos anuais. Pelo menos que me chegue. Não me dão conhecimento disso." "Não tenho conhecimento sobre o QUAR. Não tenho dados." "Acho que é uma mais-valia, porque nos obriga também a trabalhar indicadores" "Não está muito divulgado. E se formos perguntar aos funcionários da instituição, há quem nem saiba o que é, não estão familiarizados porque também não está devidamente explicado." "Nós não temos acesso, só conseguimos ter acesso a esse quadro quando nós pesquisamos muito. Ou seja, não nos aparece, pelo menos a mim, nunca apareceu." "Acho que não está completamente direcionado. É um bocado chapa 4 e está muito mais direcionado para os estabelecimentos prisionais, a parte da saúde fica um bocadinho aquém é um bocadinho desvalorizada."	6., 7., 8.	Desadaptado	6/6

			"O QUAR, é determinado pela direção geral e, portanto, tem os seus objetivos, estratégicos. É evidente que eu acho que está desadaptado daquilo que é a missão do hospital prisional. Acho que há aqui uma divergência." "Neste momento o QUAR e os objetivos estão desadequados" "Portanto em termos do QUAR, este responde apenas à visão enquanto prisões, falam muito em termos de uma reinserção social e existem os planos, os PIR, ou até a formação, alguns deles com áreas de formação que facilitam a reintegração ou até depois, quando vão em liberdade, estas pessoas vão numa situação de uma melhor possibilidade de inscrição, num centro de formação ou no centro de emprego, levam algumas competências. Na área da saúde acho que deixa muito a desejar." "Se corresponde à missão do hospital prisional? Não, não acho que corresponda, porque considero que a área da saúde neste âmbito está muito aquém." "Os objetivos são objetivos obsoletos, a meu ver, porque já são objetivos que vêm sendo reutilizados a cada QUAR, que é construído para cada ano estratégico." "O QUAR não dá visibilidade do trabalho que é desenvolvido no Hospital Prisional, porque no meu entender, é feito muito mais do que isso e que poderia ser muito mais aproveitado" "As limitações do QUAR, como eu já falei anteriormente, são no âmbito da saúde, porque são sempre muito direcionadas para objetivos já ultrapassados. Não há, a meu ver, a consulta junto dos responsáveis da saúde, representantes da saúde"			
- Identificar a equipa responsável pela contratualização e monitorização **- Identificar a cobertura dos objetivos operacionais em termos de unidades orgânica**	Objetivos operacionais e respetivos indicadores	Implementação da Estratégia	"Não nos é colocado nenhum objetivo nem indicadores face à nossa atividade assistencial." "A equipa que está envolvida é a direção do hospital em colaboração com o informático. Os gestores intermédios não estão, limitamo-nos a preencher aquelas tabelas, mas nós não estamos envolvidos na contratualização nem monitorização." "Mas cada serviço não tem objetivos operacionais específicos. Só existem a nível da instituição."	9., 10.	Nível institucional	5/6

			"Os enfermeiros." "Eu só posso falar pelo serviço e no meu serviço, portanto, estamos a falar de um serviço de medicina toda a equipa está envolvida nesta monitorização e nesta contratualização" "Supostamente seriam os gestores de serviços e o enfermeiro gestor, em parceria com a direção do hospital" "Os objetivos que existem são os que são emanados pela Direção Geral, portanto, não são definidos pelo serviço."			
- Caracterizar como é comunicada a estratégia aos colaboradores **- Identificar o nível de disseminação alcançado pela comunicação da estratégia atual**	Comunicação		"Não existe." "Através do SIADAP." "Eu faço o plano estratégico e depois faço a avaliação anual da unidade. E toda a gente do serviço tem acesso a esses resultados, que são comunicados aí os objetivos e as conclusões, e aquilo que vamos melhorar e aquilo que vamos fazer para o próximo." "Não existem objetivos contratualizados, por isso não existe comunicação sobre os mesmos." "Reuniões de equipa, esta é a primordial" "É através do envio do QUAR, do instrumento que existe, que está supostamente implementado. É através desse instrumento estratégico, é a única forma que eu tenho conhecimento, por *E-mail* para as chefias intermédias para lhes ser dado conhecimento."	9., 11.	Dar conhecimento	6/6
- Identificar como é operacionalizada a monitorização dos objetivos	Monitorização	Avaliação e controlo	"Não existe." "A monitorização dos objetivos colocados aos trabalhadores tem a ver como o SIADAP é feito." "Através de relatórios de avaliação. A meio do ano, aos 6 meses, vamos vendo como é que estão" "Ontem fizemos uma reunião e colocávamos aqui uma série de objetivos e atividades a desenvolver ao longo deste ano de 2024. Faço reuniões de serviço, quando tem algo para lhes comunicar" "É realizada através da metodologia do SIADAP, portanto, sempre que há divergências daquilo, ou se é preciso uma orientação, arranjam se entrevistas e momentos de orientação e é a partir daí que se consegue atingir o objetivo final."	12.	Metodologia SIADAP	6/6

			"Sinceramente, não sei como é monitorizada. Pontualmente é-nos solicitado o trabalho desenvolvido nos serviços, no que se refere às atividades realizadas, quer no âmbito terapêutico, quer no âmbito lúdico. Ou seja, a atividade de serviço efetivamente. Pelo preenchimento de pequenas grelhas, os dados são fornecidos à adjunta da direção da área da saúde e depois, a partir daí o *feedback* não existe."			
- Caracterizar, quanto à coerência e alinhamento, os objetivos organizacionais e individuais definidos **- Identificar como a coesão inter-níveis de objetivos reflete a estratégia**	Coesão entre níveis de objetivos		"Eu acho que, sinceramente isto está tão mau que não há objetivos nem gerais, nem individuais." "Os objetivos da instituição não estão interligados aos nossos da enfermagem. Os objetivos dos enfermeiros são definidos pela direção de enfermagem." "Eu penso que nós aqui estamos alinhados, porque quando as pessoas se propõem a fazer, por isso eles têm os seus próprios objetivos, sim, mas o hospital não define objetivos não, não são definidos" "Estando aqui a falar de colaboradores enfermeiros, está completamente desalinhado. Não sei se por defeito de formação de quem nos gere a um patamar mais superior, não operacional, que estão mais focados para objetivos que tem a ver com a vigilância, do que com os cuidados às pessoas." "Em relação aos serviços em si, estão alinhados porque no fundo existe um objetivo do serviço. Um não, existe mais do que um objetivo do serviço e é a partir destes objetivos gerais, que vamos definir objetivos particulares e que cada um deles vai desenvolver os seus objetivos de acordo com o objetivo geral." "Enquanto profissionais de saúde na área, os objetivos são dirigidos, mas não são muito específicos, porque estão de acordo com os objetivos estratégicos emanados pelo QUAR, lá está, porque não estão adequados e não existe objetivos estratégicos específicos para esta área."	13.	Desconexão Generalista	6/6
- Identificar fatores críticos (de sucesso e insucesso) do modelo de Avaliação de Desempenho vigente **- Caracterizar o potencial de valorização dos**	Avaliação de Desempenho (SIADAP 2 e 3)		"Infelizmente, ainda não foi dado seguimento à avaliação obrigatória que nós funcionários públicos, deveríamos estar sujeitos." "É um sistema perverso. Porque a partida, vai querer encaixar as pessoas em categorias, ou seja, atribuindo cotas"	14., 15	Cotas Ponderação curricular	6/6

colaboradores inerente ao modelo de Avaliação de Desempenho vigente **- Identificar sugestões de melhoria**			"Deveria haver avaliação da função pública que acho que deve haver. As pessoas devem ser também gratificadas e remuneradas até de acordo com as suas produtividades, mas de outra maneira, como é feito no privado. No sistema privado, quer seja de saúde, quer seja outro, são valorizadas e são remuneradas conforme o seu desempenho. Esse desempenho é avaliado não só quantitativamente, mas também qualitativamente." "Acho que o SIADAP não é um sistema ótimo, um sistema ideal, um sistema adequado para avaliar o desempenho. E eu penso que ele só existe na função pública. Há de ouvir com certeza outras opiniões sobre o SIADAP mas eu não concordo com este sistema de avaliação. Não consigo identificar nenhum sucesso. Só consigo identificar coisas más neste processo de avaliação. Que, nomeadamente o mau estar entre uma equipa de profissionais. Além do tempo que consome fazer equipas de avaliação, avaliar currículos, uma série de situações que são morosas. E depois no fim, os resultados não são bons em geral." "Penso que se calhar valeria a pena em vez do SIADAP tentar perceber o que é que é feito em outros sistemas que não sejam públicos, como é que é feita a avaliação de desempenho." "Eu concordo com o SIADAP no que seria exigido por contratualização de objetivos e não pela ponderação curricular. Existe a ponderação curricular e a avaliação por objetivos, sendo que aqui no hospital não se conseguiu iniciar por objetivos." "Assim, bem de verdade, nós nunca trabalhámos os objetivos contratualizados, por isso eu não consigo avaliar se traz alguma coisa de bom ou não. O que nós temos de trabalhar sempre aqui é as ponderações curriculares" "Desempenho eu não consigo avaliar através de uma ponderação curricular, por isso acho que é uma avaliação muito injusta, é uma avaliação que não serve para nada. Ninguém cresce com isto." "Vejo alguns fatores de insucesso que começa logo pelas cotas, que condiciona imenso a forma como as pessoas encaram o próprio sistema de avaliação."			

			"O SIADAP não está na minha opinião, adaptado. Tinha que se arranjar um sistema de avaliação completamente diferente. Não tenho competências para dizer como, mas tenho alguns exemplos de algumas empresas privadas da área da saúde e não só, mas que não sei como se aplicam. O SIADAP é um fator de desmotivação." "O que é que isto poderá ter de melhor? Eu acho que é sobretudo perceber qual é o objetivo do SIADAP e é a motivação das pessoas para atingir estes objetivos. Promover o envolvimento das pessoas, o crescer com um objetivo final, não só para aquele crescimento individual, mas também para o crescimento da instituição." "Não podem entender o SIADAP como uma questão punitiva, porque é muito isto que está na cabeça das pessoas. Poderá ter alterações sim, como o problema das cotas, que é sempre um problema muito complicado e muitas vezes ter que decidir não é fácil. E, portanto, se calhar é mais por aí, realmente a situação das cotas e a métrica para atingir, tem que ser pensada também de uma maneira diferente." "Este SIADAP quase que foi criado um bocadinho com base na política que existia nas dificuldades do país e um bocadinho também travar a progressão dos profissionais, neste caso os profissionais de saúde… é isto que causa estes constrangimentos." "Depois também uma outra questão, é preciso uma maior proximidade de todos os envolvidos, dentro do sistema prisional, todos estes profissionais, para promover a continuidade dos cuidados, melhoria dos sistemas de informação, conhecimento do pessoal, reuniões e envolver tudo. Trabalham aqui dentro vários grupos profissionais. Nós temos de estar todos envolvidos. Temos que perceber e entender também a perspetiva de cada um deles." "Do que eu conheço desse modelo, julgo que não é um modelo adequado para avaliação do desempenho dos enfermeiros, nem do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros ao nível da sua atividade profissional." "O SIADAP é uma forma de motivar as equipas, os colaboradores, porque tem objetivos e competências a		

			alcançar. É quase como que colocar-lhes etapas para atingir. Mais que não seja, para que de alguma forma os direcione para os objetivos em concreto, porque vão ter que desenvolver atividades nesse âmbito e definir objetivos e competências. Agora se daí valoriza o efetivo desempenho, tenho algumas dúvidas.”			

Anexo L - Fichas de avaliação de desempenho

Avaliação de Desempenho - Enfermeiros

Ficha de Avaliação

Ministério	**da Justiça**
Serviço	**Direção-Geral de Reinserção e Serviços Prisionais**
Unidade Orgânica	

Primeiro Avaliador									
Categoria/Cargo									
NIF									

Segundo Avaliador									
Categoria/Cargo									
NIF									

Avaliado									
Categoria/Cargo									
Unidade Orgânica									
NIF									

Período em avaliação	/ / a / /

1. Objetivos da Unidade Orgânica

(Descrição dos objetivos da Unidade Orgânica)

2. Parâmetros da Avaliação

Parâmetro de Avaliação	Ponderação
Objetivos individuais	70%
Comportamentos profissionais	30%

2.1. Objetivos Individuais

(A preencher no início do período de avaliação - Entrevista de orientação inicial)

(A preencher no final do período de avaliação)

	Descrição do Objetivo Determinação do(s) indicador(es) de medida e critérios da superação		Avaliação		
			Superado (pont. 5)	Atingido (pont. 3)	N/ atingido (pont. 1)
1	Objetivo				
	Indicador de medida				
	Critérios de superação				
	Ponderação				

2	Objetivo				
	Indicador de medida				
	Critérios de superação				
	Ponderação				
3	Objetivo				
	Indicador de medida				
	Critérios de superação				
	Ponderação				
4	Objetivo				
	Indicador de medida				
	Critérios de superação				
	Ponderação				
5	Objetivo				
	Indicador de medida				
	Critérios de superação				
	Ponderação				

Pontuação do parâmetro

O primeiro avaliador, em __/__/__, _____

O segundo avaliador, em __/__/__, _____

O avaliado, em __/__/__, _____

O(s) objetivo(s) nº(s) _____ foram reformulados em __/__/__

constando de anexo a esta ficha.

O primeiro avaliador, em / / , _____

O segundo avaliador, em / / , _____

O avaliado, em / / , _____

2.2. Comportamentos profissionais

(A preencher no início do período de avaliação - Entrevista de orientação inicial)

(A preencher no final do período de avaliação)

Comportamentos profissionais escolhidos Designação	Avaliação		
	Demonstrado nível elevado (pont. 5)	Demonstrado (pont. 3)	N/ demonstrado (pont. 1)
Orientação para resultados			
Conhecimentos especializados e experiência			
Tolerância à pressão e contrariedades			
Planeamento e organização			
Responsabilidade e compromisso com o serviço			

Obs: A descrição de cada comportamento e dos descritivos a ele associados constantes das Lista de comportamentos referem-se ao padrão médio exigível de desempenho (Comportamento Demonstrado), nos termos definidos pelo Conselho Coordenador de Avaliação.

Pontuação do parâmetro

O primeiro avaliador, em / / , _____

O segundo avaliador, em / / , _____

O avaliado, em / / , _____

3. Avaliação global do Desempenho

Parâmetro de Avaliação	A	B	C (A x B)
	Pontuação	Ponderação	Pontuação ponderada
Objetivos individuais		70%	
Comportamentos Profissionais		30%	
		Total	

AVALIAÇÃO FINAL MENÇÃO QUALITATIVA	Desempenho relevante	
	Desempenho adequado	
	Desempenho inadequado	

4. Fundamentação da menção de Desempenho Relevante

A avaliação com menção de "Desempenho Relevante":

☐ **Foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ____/____/_____, conforme consta da respetiva Ata.

☐ **Não foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ____/____/_____, conforme consta da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia, tendo sido atribuída a menção de "Desempenho Adequado" correspondendo a _____.

5. Fundamentação da menção de Desempenho Inadequado

Parâmetro de objetivos individuais:
Parâmetros de comportamentos profissionais:

A avaliação com menção de "Desempenho Inadequado":

☐ **Foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ____/____/_____, conforme consta da respetiva Ata.

☐ **Não foi validada** em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ____/____/_____, conforme consta da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia, tendo sido atribuída a menção de "Desempenho Adequado" correspondendo a _____.

6. Reconhecimento do mérito (Desempenho Excelente)

Foi reconhecido mérito (Desempenho Excelente) em reunião do Conselho Coordenador da Avaliação realizada em ____/____/_____, com os fundamentos que constam da respetiva Ata, de cuja parte relevante se anexa cópia.

7. Justificação da não avaliação

8. Expectativas, condições e/ou requisitos de desenvolvimento pessoal e profissional

9. Diagnóstico de necessidades de formação

Areas a desenvolver	Ações de formação profissional a considerar

10. Comunicação da avaliação atribuída ao avaliado

Observações:

Tomei conhecimento da minha avaliação.

O avaliado, em ____/____/_____, _____

11. Homologação / Despacho do Dirigente máximo do Serviço

12. Conhecimento da avaliação após a Homologação / Despacho do Dirigente máximo do Serviço

Tomei conhecimento da homologação da minha avaliação.

O avaliado, em ____/____/_____, _____