



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Estratégia de Desempenho:

Estudo de *Performance* no CHMT

Dissertação de Mestrado

Carla Vanessa Jesus Graça

Mestrado em Gestão

Tomar, outubro de 2019



Instituto Politécnico de Tomar

Escola Superior de Gestão de Tomar

Carla Vanessa Jesus Graça

Estratégia de Desempenho:

Estudo de *Performance* no CHMT

Dissertação de Mestrado

Orientado por:

Professor Doutor Jorge Manuel Marques Simões

Escola Superior de Gestão de Tomar – Instituto Politécnico de Tomar

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Politécnico de Tomar para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão.



Resumo

A avaliação do desempenho nas organizações é atualmente considerada como uma ferramenta de gestão para qualquer organização, pública ou privada. É necessário garantir a sobrevivência das organizações a médio e longo prazo, para tal é essencial o foco nos objetivos estratégicos a cumprir. Por esta razão, a avaliação de desempenho deverá ser um dos principais focos organizacionais.

O setor da saúde é o maior consumidor de recursos públicos, sendo de destacar a necessidade de implementar nas unidades prestadoras de cuidados de saúde modelos de gestão de desempenho orientados para os resultados e para a satisfação dos utentes, influenciando e integrando os profissionais no alcance dos objetivos organizacionais, apoiando a tomada de decisões e promovendo os resultados.

Verifica-se, em Portugal, uma ínfima investigação sobre estas temáticas, que conjuguem a importância da avaliação de desempenho ao setor da saúde, mais concretamente ao setor hospitalar.

Esta proposta de investigação surge com o objetivo de analisar o impacto da avaliação de desempenho em instituições de saúde, devido à complexidade e diversidade de serviços existentes e há dificuldade de traçar objetivos comuns à organização. Sendo o objetivo principal desta investigação caracterizar e operacionalizar a avaliação de desempenho aplicada aos enfermeiros no Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), E.P.E. através da elaboração de um inquérito por questionário. Foi também efetuada uma DEA (*Data Envelopment Analysis*), para complementar os resultados obtidos com o inquérito efetuado. Os resultados revelam que o sistema de avaliação de desempenho deverá ser reformulado na instituição em estudo. A DEA permitiu confirmar que o *score* no CHMT é reduzido em comparação com outras unidades de saúde. Os resultados vão ao encontro de outros estudos já efetuados, permitindo enfatizar a importância de um sistema de avaliação eficaz que vise medir a eficácia organizacional.

Palavras-chave – Estratégias de desempenho; *Performance*; CHMT.



Abstract

Performance appraisal in organizations is currently considered a management tool for any organization, public or private. It is necessary to ensure the survival of organizations in the medium and long term and for this the focus on the strategic objectives to be met is essential. For this reason, performance appraisal should be one of the main organizational focuses.

The health sector is the largest consumer of public resources, and the need to implement results-oriented performance management and user satisfaction models in healthcare units, aiming at influencing and integrating professionals to achieving the organizational goals, supporting decision-making and promoting results.

In Portugal, there is a tiny research on these themes, which combine the importance of performance evaluation to the health sector, more specifically to the hospital sector.

This research proposal arises with the objective of analyzing the impact of performance evaluation in health institutions, due to the complexity and diversity of existing services and it is difficult to set common goals for the organization. Being the main objective of this investigation to characterize and operationalize the performance evaluation applied to nurses at the *Centro Hospitalar do Médio Tejo* (CHMT), E.P.E. by conducting a questionnaire survey. A Data Envelopment Analysis (DEA) was also performed to complement the results obtained from the survey.

The results show that the performance evaluation system should be reformulated in the institution under study. The AED confirmed that the CHMT score is low compared to other health facilities. The results are in line with other studies already carried out, allowing to emphasize the importance of an effective evaluation system that aims to measure organizational effectiveness.

Key words – Performance strategies; Performance; CHMT



Agradecimentos

Não posso deixar de manifestar o meu agradecimento a todos aqueles que colaboraram para que esta investigação fosse possível.

Desta forma, um agradecimento especial:

Ao meu orientador, Professor Doutor Jorge Simões, e ao Professor Doutor Ruben Loureiro pelas importantes orientações e caminhos que me abriram.

Ao CHMT e ao grupo de profissionais de enfermagem pela participação no preenchimento do inquérito por questionário.

Aos meus familiares pelo seu contributo no decorrer de todo o meu percurso académico.

Ao meu companheiro pelo amor, apoio, compreensão e motivação com que me brindou constantemente.

O meu profundo e sentido agradecimento a todos!



Índice

Índice de figuras	X
Índice de tabelas	XI
Lista de siglas	XIII
Capítulo 1 – Introdução	1
Capítulo 2 – Desempenho/<i>performance</i> das organizações	4
2.1 Introdução	4
2.2 Avaliação de desempenho: conceito e evolução	5
2.3 Características dos indicadores	8
2.4 Modelos de avaliação de desempenho	11
2.4.1 <i>Total Quality Management</i>	15
2.4.2 <i>Activity Based Costing</i>	15
2.4.3 Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública	16
2.4.4 <i>Data Envelopment Analysis</i>	17
2.4.5 <i>Benchmarking</i>	19
2.4.6 <i>European Foundation for Quality Management</i>	19
2.4.7 <i>Performance Prism</i>	20
2.4.8 <i>Tableau de Bord</i>	21
2.4.9 <i>Balanced Scorecard</i>	24
2.5 Síntese	29
Capítulo 3 – Caracterização do setor de saúde em Portugal	31
3.1 Introdução	31
3.2 Evolução Histórica	32
3.3 Estrutura do setor e sua dinâmica e crescimento	40
3.4 Estrutura e composição das instituições visadas pela investigação	55
3.5 Síntese	65
Capítulo 4 – Metodologia	66
4.1 Introdução	66
4.2 Inquéritos por questionário	66
4.4 Síntese	69



Capítulo 5 – Análise e Discussão dos Resultados.....	70
5.1 Análise descritiva dos dados.....	70
5.1.1 Descrição e caracterização da taxa de resposta	70
5.1.2 Avaliação de desempenho	72
5.2 <i>Data Envelopment Analysis</i> (DEA).....	82
5.3 Síntese.....	87
Capítulo 6 – Considerações finais	89
Referências	93
Anexos.....	102



Índice de figuras

Figura 1 - Temas da literatura para escolha de indicadores	8
Figura 2 - O que devem os indicadores ter em consideração?	9
Figura 3 - Questões necessárias para seleccionar os indicadores.....	10
Figura 4 - Questões a discutir nos modelos de avaliação de desempenho	11
Figura 5 - Itens a desenvolver para o sucesso dos modelos de avaliação de desempenho..	12
Figura 6 - Processo de produção	18
Figura 7 - Perspetivas da <i>Performance Prism</i>	20
Figura 8 - Exemplo de um TB.....	23
Figura 9 - Princípios para o desenvolvimento de um TB	23
Figura 10 - Perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i>	25
Figura 11 - Perspetivas do <i>Balanced Scorecard</i> nas organizações	26
Figura 12 - Percentagem de trabalhadores por regiões em 2017.....	50
Figura 13 - Estado da Saúde	52
Figura 14 - Serviço de saúde recorrido.....	52
Figura 15 - Satisfação no último contacto com os serviços de saúde.....	53
Figura 16 - Opinião geral sobre o Sistema de Saúde Português.....	53
Figura 17 - Médio Tejo.....	56
Figura 18 - Comissões de Apoio Técnico	60
Figura 19 - Tempo médio de espera - evolução mensal	64
Figura 20 - Desenho da investigação.....	69
Figura 21 - Q3: Experiência profissional	71
Figura 22 - Q6: Os inquiridos conhecem os objetivos estratégicos do CHMT.....	72
Figura 23 - Q7: A avaliação de desempenho no CHMT é efetuada regularmente.....	72
Figura 24 - Q8: Avaliar o desempenho permite detetar erros e adotar medidas de correção	73



Índice de tabelas

Tabela 1 - Modelos de gestão	13
Tabela 2 - Enquadramento legal das ULS	46
Tabela 3 - Trabalhadores por grupo profissional em 2017.....	48
Tabela 4 - Tipologias das entidades na área da saúde em 2017	49
Tabela 5 - Natureza jurídica das entidades na área da saúde.....	49
Tabela 6 - Trabalhadores por grupos profissionais e por regiões em 2017.....	50
Tabela 7 - Total de trabalhadores por modalidade de contrato	51
Tabela 8 - População residente por Concelhos no Médio Tejo.....	55
Tabela 9 - Pontos fortes e ponto fracos	58
Tabela 10 - Oportunidades e ameaças	59
Tabela 11 - Distribuição de trabalhadores por grupo profissional, em 2019	63
Tabela 12 - Vantagens e desvantagens da aplicação de um inquérito por questionário.....	67
Tabela 13 - Q1: Idade	70
Tabela 14 - Q2: Formação académica	70
Tabela 15 - Q4: Anos de trabalho no CHMT	71
Tabela 16 - Q5: Função	71
Tabela 17 - Q9: Principais efeitos da avaliação de desempenho.....	73
Tabela 18 - Q10: A avaliação de desempenho beneficia o avaliador e o avaliado	74
Tabela 19 - Q11: Avaliar o desempenho é benéfico e influencia os resultados organizacionais	74
Tabela 20 - Q12: Os sistemas de avaliação de desempenho introduziram uma gestão por objetivos	75
Tabela 21 - Q13: Os sistemas de avaliação de desempenho introduziram uma maior participação dos colaboradores na definição dos objetivos.....	75
Tabela 22 - Q14: O atual sistema de avaliação de desempenho no CHMT é importante e eficaz.....	76
Tabela 23 - Q14: Razões para que o sistema de avaliação de desempenho não seja eficaz	76
Tabela 24 - Q15: Os beneficiários da avaliação de desempenho	76



Tabela 25 - Q16: A avaliação de desempenho tem importância para o desenvolvimento do CHMT.....	77
Tabela 26 - Q17: Vantagens conseguidas com a avaliação de desempenho	78
Tabela 27 - Q18: Objetivo da informação recolhida na avaliação de desempenho	78
Tabela 28 - Q19: Caracterização do desempenho dos inquiridos no CHMT	79
Tabela 29 - Q20: Caracterização da satisfação dos inquiridos no CHMT	79
Tabela 30 - Q21: É benéfico para os inquiridos e colegas que se efetue uma correta avaliação de desempenho	80
Tabela 31 - Q22: A avaliação de desempenho é um fator motivacional e de desenvolvimento de competências	80
Tabela 32 - Q23: O que influencia o desempenho dos inquiridos no CHMT	81
Tabela 33 - <i>Inputs e outputs</i>	82
Tabela 34 - Desempenho por Unidade de Saúde.....	83
Tabela 35 - Unidades de Saúde por Grupo.....	84
Tabela 36 - Desempenho por Unidades de Saúde	85
Tabela 37 - Desempenho no grupo 1	86
Tabela 38 - Desempenho na Região Centro	87



Lista de siglas

ABC - *Activity Based Costing*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

APCQ - *American Productivity & Quality Center*

ARS - Administração Regional de Saúde

BSC - *Balanced Scorecard*

CEE - Comunidade Económica Europeia

CHMT - Centro Hospitalar do Médio Tejo

DEA - *Data Envelopment Analysis*

DMU - *Decision Making Units*

EFQM - *European Foundation for Quality Management*

EPE - Entidade Pública Empresarial

INE - Instituto Nacional de Estatística

KPI - *Key Performance Indicators*

KSF - *Key Success Factors*

NUTS - Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPP - Parceria Público-Privada

SA - Sociedade Anónima

SEAP - Secretaria de Estado da Administração Pública

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPA - Setor Público Administrativo

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TB - *Tableau de Bord*

TQM - *Total Quality Management*

ULS - Unidade Local de Saúde



Capítulo 1 – Introdução

O conceito de globalização, especialmente a partir dos anos 90, e a evolução das tecnologias gerou novos desafios organizacionais. Foram-se constatando mudanças no ambiente competitivo das organizações, tornando-se cada vez mais indispensável a implementação e a definição de estratégias organizacionais. As organizações têm sofrido muitas transformações de forma a responder ao aumento das constantes alterações nos mercados (Rizescu e Tileagã, 2017). Originaram-se mudanças a nível organizacional, tecnológico, social, cultural e económico, mas também no que diz respeito à competitividade organizacional. Os tempos modernos são marcados pela competitividade e tecnologia exigindo mudanças na forma como as organizações efetuam a gestão dos seus recursos e a medição dos seus resultados (Famá e Cardoso, 2001).

O conjunto de modificações sociais e culturais e o crescimento organizacional que se tem verificado nos últimos tempos permitiu a elaboração de novas ferramentas de gestão, tendo sido desenvolvidos modelos de gestão que permitem medir e avaliar o desempenho.

Não existe um motivo único e sólido para o facto de se estudar e discutir o desempenho das organizações (Roque, 2010). Apesar disso, Neely (2002) realça os seguintes fatores: mudanças na natureza do trabalho; concorrência e competitividade crescentes; iniciativas específicas de melhoria dentro das organizações; criação de prémios de qualidade nacionais e internacionais; mudanças nas funções organizacionais e nas exigências externas e o aumento do poder da tecnologia da informação. Assim, é fundamental para as organizações serem diferenciadas e competitivas a fim de preservarem ou amplificarem a sua posição no mercado, apostando nos processos de melhoria contínua.

Ao longo dos últimos anos, em Portugal, tem-se construído um sistema de saúde com um bom funcionamento e com um elevado potencial de crescimento e desenvolvimento. A avaliação de desempenho em organizações de saúde, com uma grande variedade de serviços, conduz a um grande desafio na constituição de objetivos organizacionais comuns a toda a organização e na escolha de um correto sistema que avalie o desempenho organizacional.



A diversa gama de serviços prestados nas unidades de saúde, a diversidade de objetivos e a complexidade dos sistemas de saúde trazem dificuldades e entraves aos procedimentos de avaliação de desempenho e sua implementação. As unidades de saúde revelam-se entidades muito complexas e que pretendem uma constante melhoria dos seus serviços. Vários são os objetivos desvinculados dentro da mesma organização de saúde, dificultando traçar objetivos organizacionais comuns a todos os serviços (Matias, 2013). Consequentemente torna mais complexa a avaliação de desempenho em instituições de saúde, tornando-se crucial a escolha de indicadores de avaliação de desempenho corretos, bem como a escolha de um modelo de avaliação de desempenho adequado a cada instituição. Drucker (1990) afirma que a primeira tarefa a realizar e também a mais difícil é colocar em acordo todos os grupos de interessados sobre quais as metas a longo prazo para as instituições. A estruturação em torno desse objetivo é o único modo de integrar todos esses interesses. Para tal é necessário que todos os elementos que constituem uma organização estejam ocorrentes dos objetivos estratégicos organizacionais. Em instituições de saúde torna-se imprescindível um sistema de avaliação de desempenho adequado e bem estruturado de forma a permitir a avaliação dos custos, a insatisfação dos utentes, a redução de conflitos organizacionais, a formulação de novos métodos de trabalho, entre outros. Esta avaliação deverá ser um processo contínuo, permanente e sistemático, permitindo verificar se a estratégia da instituição de saúde está a ser cumprida e reformulá-la, sempre que necessário.

Segundo Matias (2013) a avaliação de desempenho em instituições de saúde baseia-se essencialmente em três objetivos: aumento da *performance*, redução de custos e satisfação das necessidades dos utentes.

Verifica-se, em Portugal, uma reduzida investigação sobre este tema, que conjugue a importância da avaliação de desempenho ao setor da saúde, mais precisamente ao setor hospitalar. A partir desse pressuposto, foi definida a problemática desta investigação.

Esta proposta de investigação surge com o objetivo de analisar o impacto da avaliação de desempenho em instituições de saúde, devido à complexidade e diversidade de serviços existentes e há dificuldade de traçar objetivos comuns à organização. Sendo o objetivo principal desta investigação caracterizar e operacionalizar a avaliação de desempenho aplicada aos enfermeiros no Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.



Relativamente aos objetivos secundários pretende-se:

- ✓ Analisar o conceito e a evolução da avaliação de desempenho;
- ✓ Analisar diversos modelos de avaliação de desempenho;
- ✓ Conhecer a importância da avaliação de desempenho;
- ✓ Conhecer as características dos indicadores que permitem analisar o desempenho;
- ✓ Analisar a evolução histórica do setor da saúde em Portugal;
- ✓ Analisar a avaliação de desempenho como fator de motivação e integração dos colaboradores, percebendo como é que estes percebem a importância desta ferramenta.

Esta Dissertação possui uma parte mais descritiva (capítulo 2 e 3), constituindo a revisão da literatura, e uma segunda parte mais prática constituindo o estudo de caso (capítulo 4 e 5).

A presente Dissertação é constituída por 6 capítulos. O capítulo 1 é constituído pela introdução, definição do problema e objetivos do presente estudo. O capítulo 2 aborda a avaliação de desempenho, conceito e evolução, características dos indicadores de avaliação de desempenho e descrição de modelos de avaliação usados para medir o desempenho organizacional. O capítulo 3 é constituído pela caracterização do setor de saúde em Portugal, abordando a evolução histórica do mesmo, a estrutura do setor e a estrutura e composição da instituição visada para este estudo (Centro Hospitalar do Médio Tejo). O capítulo 4 descreve a metodologia a utilizar na presente investigação. O capítulo 5 é constituído pela análise descritiva dos dados obtidos possuindo também uma DEA (*Data Envelopment Analysis*), de forma a complementar a descritiva desta investigação. Termina no capítulo 6 com as conclusões, contribuições e limitações do presente estudo, sugerindo futuras investigações.



Capítulo 2 – Desempenho/*performance* das organizações

2.1 Introdução

A avaliação de desempenho deixou de ser vista como um instrumento de avaliação de colaboradores e passou a ser reconhecida como um importante instrumento de avaliação das organizações. Avaliar os colaboradores e medir o seu desempenho continua a ser importante, mas, na atualidade, esta encontra-se interligada à avaliação do desempenho organizacional (Matias, 2013). Seguindo o raciocínio da mesma autora, atualmente, as organizações são vistas como sistemas abertos, desta forma as relações existentes entre a organização e o ambiente externo afetam e influenciam os procedimentos que decorrem dentro da organização. É neste sentido que todos os *stakeholders* assumem um papel essencial, de modo a que a *performance* organizacional seja alcançada neste mercado cada vez mais competitivo.

A procura pelas vantagens competitivas e excelência organizacional conduz ao aumento das informações na gestão, deixando as organizações de efetuar uma visão a curto prazo com indicadores financeiros e, começando a criar uma visão mais alargada através da análise sistémica das estratégias organizacionais, alinhando indicadores de desempenho não só financeiros, mas também não financeiros (Famá e Cardoso, 2001). Como tal, os modelos de gestão que avaliam o desempenho têm sofrido alterações constantes de forma a incluir os ativos intangíveis para além dos resultados financeiros.

Desta forma, seguidamente, será abordado o conceito de avaliação de desempenho, a sua evolução e relevância nas organizações.



2.2 Avaliação de desempenho: conceito e evolução

Considerando as modificações resultantes da evolução dos tempos, diversas são as noções e os conceitos sobre a avaliação de desempenho. Avaliar significa confrontar informações com critérios com a finalidade de tomar uma decisão (Ketele et al. 1999).

A avaliação de desempenho afirma-se como uma ferramenta de gestão estratégica que tem por objetivo seguir o desempenho das pessoas com base nas suas atividades organizacionais. É definida como um processo de comunicação que possui como objetivo facultar informações às organizações (Lebas e Euske, 2002).

“A avaliação do desempenho é um instrumento de apoio à gestão e um factor de mobilização em torno da missão dos serviços e organismos e por isso deve ser visto como um estímulo ao desenvolvimento das pessoas e à melhoria da qualidade dos serviços” (Avaliação de Desempenho Manual de Apoio, 2004, p.1).

Em tempos, o objetivo da avaliação de desempenho era obter resultados com efeitos positivos na motivação e desenvolvimento dos colaboradores (Magalhães, 2014). A motivação caracteriza-se pelo conjunto de fatores que demarcam os comportamentos e conduta dos indivíduos (Nakamura et al. 2005). Os colaboradores são influenciados e melhoram o seu desempenho organizacional quando se sentem recompensados pelos seus esforços e quando se sentem num clima organizacional justo. As características do local de trabalho, a remuneração, a identidade e significado das tarefas, a variedade de funções, o *feedback*, a igualdade de direitos e a autonomia influenciam o comportamento e motivação dos colaboradores (Nakamura et al. 2005). Quando os colaboradores não se sentem integrados e se sentem desmotivados ocorre a diminuição da produtividade, desempenho e cooperação dos colaboradores. É importante a avaliação de desempenho de forma a detetar as origens do comportamento humano e encontrar soluções.

A avaliação de desempenho, na atualidade, não só mede as capacidades e comportamentos dos colaboradores, mas também, integrada num modelo de gestão de desempenho, permite unir os objetivos estratégicos com os resultados organizacionais, sendo a chave do sucesso das organizações, detetando oportunidades de melhoria processuais, tecnológicas e organizativas (Gomes et al. 2008).

Os mesmos autores classificam três grandes grupos no que diz respeito aos objetivos da avaliação de desempenho (Sarrico, 2001):



- ✓ Objetivos estratégicos;
- ✓ Objetivos de desenvolvimento individual;
- ✓ Objetivos de gestão e organização do capital humano.

A determinação de objetivos estratégicos e organizacionais é um elemento importante na avaliação de desempenho. Estes deverão ser, no ponto de vista de Magalhães (2014): quantificáveis (grelhas de avaliação da *performance* e indicadores indiretos), calendarizados, alcançáveis e ajustáveis (objetivos flexíveis para se adaptarem ao contexto das organizações). Segundo a mesma autora, a avaliação de desempenho, quando é bem planeada, coordenada e desenvolvida conduz benefícios a curto, médio e longo prazo, para os colaboradores, para a organização e para a própria comunidade. A avaliação de desempenho não deve compreender somente o desempenho atual, mas também o alcance de metas e objetivos organizacionais no futuro. Como tal deve-se ter em conta todos os constituintes da organização, dando a conhecer aos colaboradores quais os objetivos que a organização pretende atingir.

O cuidado com a avaliação de desempenho sempre existiu, mas o alinhamento destas medidas com a estratégia das organizações é algo novo. As referências a cerca da avaliação de desempenho surgiram há mais de um século. Apesar disso, só a partir da segunda guerra mundial é que os modelos de avaliação de desempenho criaram um maior impacto dentro das organizações, encarando-se agora numa lógica qualitativa (Veillard et al. 2005).

Avaliar o desempenho pode ser observado como uma medida de controlo. É interpretada como uma fiscalização da qualidade (Mannion e Goddard, 2002). Por um lado, é uma forma de avaliar e/ou corrigir os colaboradores. Noutro ponto de vista, a avaliação de desempenho é uma ferramenta polivalente, que beneficia tanto o avaliador como o avaliado (Magalhães, 2014).

Com o impacto da globalização e as constantes mudanças tecnológicas, levou a que, a partir da década de 70, se desenvolvesse o conceito de gestão estratégica como forma de melhorar a eficiência e a eficácia no ambiente organizacional (Russo, 2017). Segundo o mesmo autor, desenvolveu-se o conceito de sistemas de avaliação desempenho, com a influência de Peter Drucker, introduzindo uma gestão por objetivos, incluindo uma maior participação dos colaboradores na definição dos objetivos estratégicos organizacionais.

Nos anos 90 surgiu uma nova visão sobre a avaliação de desempenho: a forma em que essa avaliação ocorria. Russo (2017) afirma que essa nova abordagem revela a organização



como um método social dos colaboradores (operacionalizado através de conexões interpessoais no grupo de trabalho), o momento específico da avaliação (operacionalizado através de reuniões de informação) e a percepção da avaliação (operacionalizado através da exatidão dos julgamentos emitidos pelos avaliadores).

No ponto de vista de Lebas e Euske (2002) a avaliação dos resultados obtidos permite detetar erros no desempenho dos colaboradores e da organização, permitindo adotar medidas para corrigir esses mesmos erros. A avaliação de desempenho pode ainda ter efeitos: na produtividade através do controlo do desempenho ou, de forma indireta, na seleção, promoção, formação, desenvolvimento e remuneração.

Atualmente, as organizações apresentam uma necessidade cada vez maior de introduzir e rever os seus programas de avaliação de forma a detetar as causas: de redução dos índices de produtividade e/ou de qualidade, aumento de reclamações, aumento de custos, aumento de acidentes de trabalho, absentismo e/ou elevada rotação de pessoal, progressos na carreira, modificação do local de trabalho, aumento salarial, melhoramento do local de trabalho, entre outros (Magalhães, 2014).

“(...) a avaliação de desempenho ao nível organizacional é, sem dúvida, o aspeto mais importante e que se deve ter em conta na organização. A este nível a avaliação vai permitir conhecer melhor o que se passa dentro da organização, permitindo criar valor e detetar desvios com uma maior rapidez. Numa primeira fase, devem-se identificar todos os aspetos que são fundamentais para a organização; posteriormente, deve-se proceder à avaliação, após a qual devem ser feitas ações de melhoria, de modo a aperfeiçoar todas as lacunas existentes ao nível do desempenho organizacional” Matias (2013, p.5).

As organizações trabalham com base nos seus objetivos e nas suas estratégias, no entanto estão sempre aliados ao interesse de aumentar a *performance* organizacional. É importante medir, reportar, gerir e melhorar de forma contínua a *performance* das organizações com vista à obtenção dos objetivos, atendendo às necessidades organizacionais (Matias, 2013). Este processo constitui uma importante ferramenta de gestão e visa contribuir para a modernização dos produtos/serviços.

O insucesso da avaliação de desempenho poderá causar graves consequências, quer a nível pessoal, quer a nível organizacional.



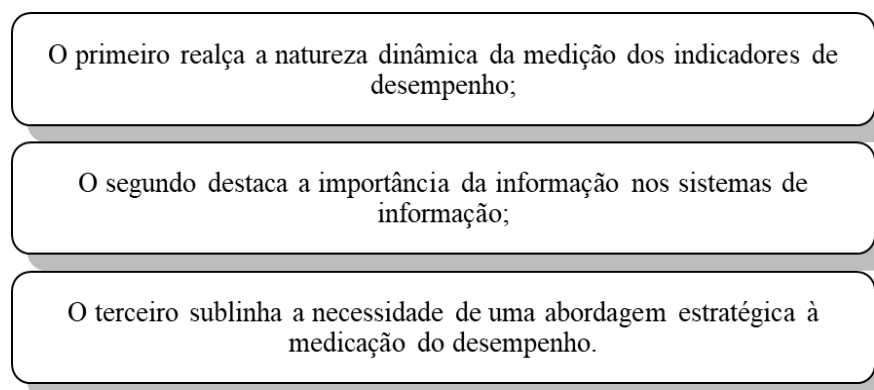
2.3 Características dos indicadores

Indicadores definem-se como uma função que visa obter dados a cerca das características, atributos e resultados ao longo do tempo (Famá e Cardoso, 2001).

Não existem indicadores de avaliação de desempenho corretos e sem erros que devam ser sempre aplicados em qualquer organização. Estes apresentam características e necessidades desiguais. Desta forma, cada organização implementa o método mais adequado para efetuar a avaliação de desempenho escolhendo indicadores que tenham em consideração a sua visão, cultura, história, objetivos organizacionais, propósitos da avaliação e resultados esperados (Lebas e Euske, 2002).

A avaliação de desempenho é fundamental, como tal as organizações identificam quais os indicadores que visam avaliar o correto desempenho organizacional (Gomes et al. 2011). Na recente literatura três temas são destacados na escolha dos indicadores:

Figura 1 - Temas da literatura para escolha de indicadores



Fonte: Adaptado de Gomes et al. (2011)

Os indicadores de avaliação de desempenho tornaram-se indispensáveis no ponto de vista estratégico. As organizações, no passado, possuíam apenas indicadores financeiros adquiridos através da fiscalidade e da contabilidade. Estes indicadores permitiam a tomada de decisões. A partir dos anos 90 até à atualidade, como consequência da globalização e dos avanços tecnológicos, foi-se concluindo que estes indicadores eram limitados, o que poderia distorcer o desempenho organizacional: falta de flexibilidade, elevado custo,

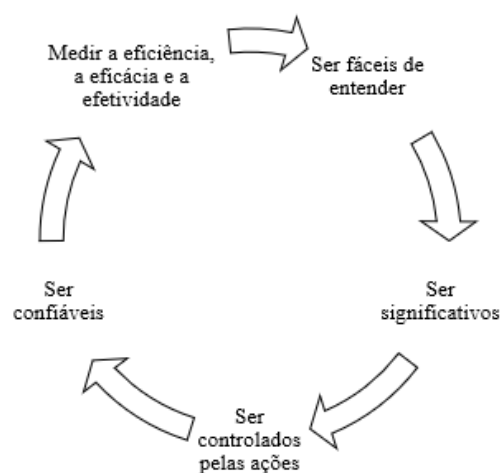


inadequação face ao novo ambiente competitivo, rápida desatualização, entre outros (Ghalayini e Noble, 1996).

Os indicadores financeiros mensuram o sucesso organizacional, mas não contribuem para a identificação da área organizacional que conduziu a esse sucesso (Globerson, 1985). Deste modo, os indicadores da medição de desempenho devem estar baseados não só em indicadores financeiros (lucro, retorno de investimento, custos de produção, entre outros), mas também em indicadores não financeiros, ou seja, em métricas de qualidade, satisfação de consumidores, inovação e vantagens competitivas e também fatores como a eficácia e a eficiência. Estas mudanças fazem com que a avaliação de desempenho organizacional seja cada vez mais diversificada (Veillard et al. 2005).

Com os progressos na era da informação, as organizações começaram a valorizar os ativos intangíveis, que conduzem aos indicadores não financeiros: relacionamento com clientes, potencial de inovação e capacidade dos colaboradores. Os indicadores não-financeiros incluem também o comportamento ético, a relação com os fornecedores, o seu desempenho, a satisfação dos clientes, taxa de acidentes, satisfação dos empregados e indicadores de qualidade e de produção (exemplo: cumprimento do plano de produção), entre outros (Roque, 2010). Os indicadores devem ter em consideração algumas variáveis (Fig.2).

Figura 2 - O que devem os indicadores ter em consideração?

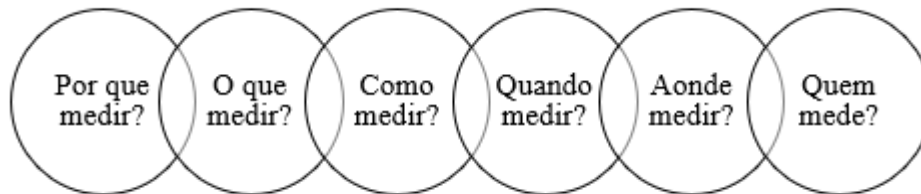


Fonte: Adaptado de Famá e Cardoso (2001)



Na seleção dos indicadores é necessário ponderar algumas questões (Fig.3).

Figura 3 - Questões necessárias para selecionar os indicadores



Fonte: Adaptado de Famá e Cardoso (2001)

Os indicadores devem estar selecionados de forma a estimar as condições organizacionais e o crescimento esperado (Eccles, 1991). Medir a eficácia, a eficiência, a qualidade, entre outros indicadores, oferece condições para melhorar o desempenho e modificar positivamente o resultado organizacional (Mannion e Goddard, 2002).

As organizações podem, então, encontrar alguns indicadores de medição do desempenho, com base na: eficácia, eficiência, qualidade, produtividade, inovação, gastos e lucratividade. Muitos são os indicadores de desempenho que se consideram relevantes para uma boa avaliação de desempenho, seguem-se alguns, divididos em quatro grupos distintos (Matias, 2013 e Carvalho, 2008):

- ✓ **Indicadores de estrutura** (capacidade organizacional e atividade organizacional);
- ✓ **Indicadores de processos** (tempos de espera);
- ✓ **Indicadores de Outputs** (satisfação dos clientes e satisfação dos colaboradores);
- ✓ **Indicadores de Outcomes** (resultados, incidindo nos indicadores financeiros).

Segundo Matias (2013) para que estes indicadores agreguem valor a uma organização, independentemente da sua área ou cariz lucrativo, devem ser agrupados em três conjuntos: produtos/serviços, relação com cliente e imagem/reputação, todos capazes de traduzir os objetivos que se pretende alcançar. Conclui-se, que uma avaliação de desempenho organizacional permite efetuar comparações do desempenho alcançado e do desempenho que era, efetivamente, esperado alcançar. Os indicadores devem ser agrupados e não utilizados de forma isolada pois, desta forma, as informações obtidas sobre a organização são mais completas e credíveis.

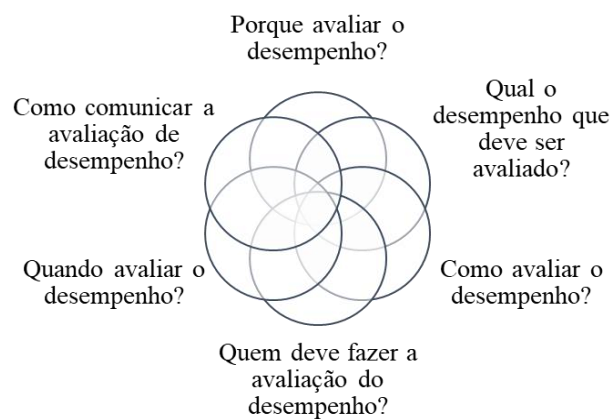


2.4 Modelos de avaliação de desempenho

Para que os modelos de avaliação de desempenho formem uma estrutura coerente e sejam eficientes, foram identificados os seguintes requisitos: relevância, clareza e objetividade, ser controlados pelas ações, sensibilidade, confiança, aceitabilidade, praticabilidade e confiança (Gomes et al. 2008). Devem ainda ter capacidade de medir a eficiência, eficácia e a efetividade (Cánepa e Ludwig, 2002).

Para Pedrotti (2012) existem questões que devem ser discutidas nos modelos de avaliação de desempenho (Fig.4)

Figura 4 - Questões a discutir nos modelos de avaliação de desempenho



Fonte: Adaptado de Pedrotti (2012)

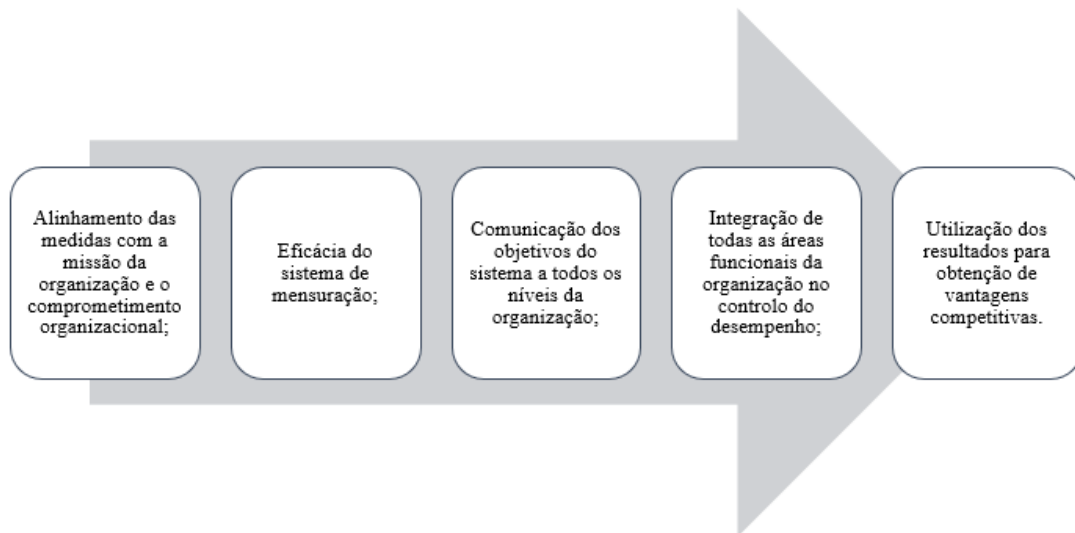
Independentemente das ferramentas utilizadas para medir o desempenho organizacional é importante ter em consideração os objetivos organizacionais que foram fixados pelas chefias. Desta forma, a avaliação de desempenho permitirá efetuar mudanças e correções adequadas através das falhas detetadas.

Segundo Ferreira (2013, p.5): *“Atualmente, as organizações devem adoptar uma postura constantemente pró-activa, concentradas no seu objectivo último – o sucesso, face à actual envolvente contextual, extremamente competitiva, na qual a procura pela melhoria contínua se torna essencial.”*



Tendo em conta um estudo efetuado pelo Centro Americano de Produtividade e Qualidade (*American Productivity & Quality Center – APCQ*) há itens que devem ser desenvolvidos para o sucesso dos modelos de avaliação de desempenho (Fig.5).

Figura 5 - Itens a desenvolver para o sucesso dos modelos de avaliação de desempenho



Fonte: Adaptado de Demery (1999)

Existem cinco condições de eficácia para os modelos de avaliação de desempenho (Gomes et al. 2008):

- ✓ **Relevância** (de forma a que as normas de desempenho para uma determinada função sejam importantes para o alcance dos objetivos organizacionais);
- ✓ **Sensibilidade** (saber escolher um modelo de desempenho bom e adaptado à organização);
- ✓ **Confiança** (consistência de julgamentos e comportamentos);
- ✓ **Aceitabilidade** (os avaliados deverão aceitar as avaliações e corrigir lacunas detetadas nos modelos);
- ✓ **Praticabilidade** (os avaliados e quem avalia devem compreender os modelos como uma ferramenta prática e útil).



Segundo Eccles (1991), os modelos de avaliação de desempenho devem traduzir os objetivos e as estratégias organizacionais e conter critérios de mensuração que englobem os indicadores financeiros e os indicadores não financeiros. Devem incluir medidas internas e externas à organização, demonstrando os esforços do passado e os objetivos do desempenho a atingir no futuro (Vignochi et al. 2014).

A avaliação de desempenho engloba um conjunto de componentes que desencadeiam novas abordagens. Existem muitas ferramentas que auxiliam a gestão e que estão relacionadas com a avaliação de desempenho organizacional. Estas ferramentas permitiram que a avaliação de desempenho começasse a ser vista como uma ferramenta cada vez mais útil para o sucesso das organizações (Lebas e Euske, 2002).

Destacam-se algumas ferramentas (Tabela 1), que se traduzem em modelos de gestão para avaliar o desempenho, sendo estas efetuadas de forma individual e/ou organizacional.

Tabela 1 - Modelos de gestão

Modelos de Gestão	Organizacional	Individual
<i>Total Quality Management (TQM)</i>	X	X
<i>Activity Based Costing (ABC)</i>	X	
Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP)	X	X
<i>Data Envelopment Analysis (DEA)</i>	X	X
<i>Benchmarking – Organizacional e sistemático</i>	X	
<i>European Foundation for Quality Management (EFQM)</i>	X	
<i>Performance Prism</i>	X	
<i>Tableau de Bord (TB)</i>	X	
<i>Balanced Scorecard (BSC)</i>	X	

Fonte: Elaboração própria

A implementação de modelos de avaliação de desempenho permite a criação de mecanismos com vista à maior responsabilização das organizações e colaboradores, bem como das chefias.



Segundo Matos (2009), a avaliação de desempenho possibilita ainda obter indicadores de desempenho comparáveis com outras organizações do mesmo setor (utilizando a ferramenta de gestão designada de *benchmarking*).

É importante referir a existência de ferramentas mais simples e com uma abrangência menor:

- ✓ **Questionários de satisfação a clientes**, tentando perceber a qualidade dos produtos/serviços prestados (tempo de espera, profissionais, instalações, equipamentos, entre outros);
- ✓ **Questionários internos**, tentando perceber a opinião de todos os profissionais dentro da organização;
- ✓ **Autoavaliação**, tentando perceber a opinião individual de cada colaborador quanto ao seu trabalho e à organização onde se encontra inserido.

Segundo (Matias, 2013) também poderão fazer parte deste processo entrevistas feitas por chefias, visando clarificar alguns aspetos sobre a avaliação que não tenham sido explícitos nos questionários ou na autoavaliação. Estas ferramentas, embora muito simplificadas, permitem que as chefias tenham um *feedback* relativamente às opiniões dos colaboradores e dos clientes, permitindo melhorar a qualidade dos produtos/serviços prestados.

A avaliação de desempenho, através dos modelos existentes, deve ser traduzida num: “*processo contínuo, sistemático e estruturado de análise de recursos utilizados e dos resultados obtidos*” (Matias, 2013, p.11, citado de Carvalho, 1998).

Seguidamente, os modelos de gestão acima evidenciados serão descritos de forma sucinta.



2.4.1 Total Quality Management

O *Total Quality Management* (TQM) descreve um modelo de abordagem de gestão para o sucesso a longo prazo através da satisfação dos clientes. Todos os membros de uma organização participam na melhoria contínua de processos, produtos/serviços e cultura da organização em que trabalham (*The Certified Manager of Quality/Organizational Excellence Handbook*, 2013).

Neste modelo, e segundo a Norma ISO 9004:2000, há 8 princípios da gestão da qualidade total: focados no cliente, envolvimento total do colaborador, centrado nos processos, sistemas integrados, abordagem estratégica e sistemática, melhoria contínua e tomada de decisão baseada em factos e comunicação.

2.4.2 Activity Based Costing

O *Activity Based Costing* (ABC), trata-se de um modelo de sistema de custos que permite o cálculo dos custos da rentabilidade dos produtos/serviços e dos clientes. É um modelo que se apoia em atividades, incluindo não só os custos diretamente relacionados com a produção, mas também os custos indiretos que contribuem para a produção. Deverá fazer-se acompanhar por medidas de qualidade, para que a redução dos custos não invalide a qualidade dos produtos/serviços (Portal da Gestão, 2015).

Existem modelos mais centrados em abordagens financeiras que permitem avaliar o desempenho da organização uma vez que, através de um conjunto de indicadores, avaliam o ramo financeiro. Normalmente são efetuados relatórios, por chefias, abordando os pontos fortes e fracos de toda organização, que vão permitindo segundo Matias (2013) obter informações úteis. A mesma autora destaca os seguintes indicadores centrados em abordagens financeiras: rentabilidade, crescimento, risco, equilíbrio financeiro e criação de valor pela gestão. Dentro das abordagens financeiras destaca-se o modelo acima descrito, o modelo ABC.



2.4.3 Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública

A avaliação de desempenho é um instrumento de gestão flexível, desta forma, facilmente se adapta para cada setor de atividade, procedendo às alterações consideradas necessárias. Apesar disso, existem diversos modelos, uns mais direcionados para o setor público e outros para o setor privado.

No que diz respeito ao setor público, destaca-se o Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP). Permite avaliar: a qualidade dos serviços prestados e avaliar o desempenho dos colaboradores. Permitindo analisar informações, tomar decisões e definir objetivos organizacionais.

“O SIADAP visa contribuir para a melhoria do desempenho e qualidade de serviço da Administração Pública, para a coerência e harmonia da acção dos serviços, dirigentes e demais trabalhadores e para a promoção da sua motivação profissional e desenvolvimento de competências” (Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

Segundo a Secretaria de Estado da Administração Pública (SEAP), este modelo enquadra-se nos processos de reforma e possui como objetivos: qualidade, excelência, liderança, responsabilidade, mérito e qualificação (Avaliação de Desempenho Manual de Apoio, 2004). Citando a mesma fonte, p.3: *“A gestão do desempenho é um instrumento fundamental na promoção de uma cultura de mérito, no desenvolvimento dos funcionários e na melhoria da qualidade dos serviços prestados ao cidadão, à sociedade civil, empresas e comunidades”*.

Aplica-se aos serviços da administração direta e indireta do Estado e, com os ajustes necessários, no que diz respeito às competências dos correspondentes órgãos, aos serviços da administração regional autónoma e à administração autárquica (Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro).

Caracteriza-se pelos seguintes princípios (Artigo 5.º do mesmo Decreto-Lei): coerência e integração, responsabilização e desenvolvimento, universalidade e flexibilidade, transparência e imparcialidade, eficácia, eficiência, orientação para a qualidade nos serviços públicos, comparabilidade dos desempenhos dos serviços, publicidade dos resultados da avaliação dos serviços, publicidade na avaliação dos dirigentes e dos trabalhadores, participação dos dirigentes e dos trabalhadores na fixação dos objetivos dos serviços e participação dos utilizadores na avaliação dos serviços.



Constituem os objetivos do SIADAP (Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro):

“a) Contribuir para a melhoria da gestão da Administração Pública em razão das necessidades dos utilizadores e alinhar a actividade dos serviços com os objectivos das políticas públicas; b) Desenvolver e consolidar práticas de avaliação e auto-regulação da Administração Pública; c) Identificar as necessidades de formação e desenvolvimento profissional adequadas à melhoria do desempenho dos serviços, dos dirigentes e dos trabalhadores; d) Promover a motivação e o desenvolvimento das competências e qualificações dos dirigentes e trabalhadores, favorecendo a formação ao longo da vida; e) Reconhecer e distinguir serviços, dirigentes e trabalhadores pelo seu desempenho e pelos resultados obtidos e estimulando o desenvolvimento de uma cultura de excelência e qualidade; f) Melhorar a arquitectura de processos, gerando valor acrescentado para os utilizadores, numa óptica de tempo, custo e qualidade; g) Melhorar a prestação de informação e a transparência da acção dos serviços da Administração Pública; h) Apoiar o processo de decisões estratégicas através de informação relativa a resultados e custos, designadamente em matéria de pertinência da existência de serviços, das suas atribuições, organização e actividades.”

Comportam-se os seguintes ciclos de avaliação (Artigo 9.º do mesmo Decreto-Lei): SIADAP 1, anual; SIADAP 2, de cinco ou três anos, de acordo com a duração da comissão de serviço; c) SIADAP 3, bienal. Segundo o Artigo 10.º a avaliação do desempenho é realizada com base nos critérios da realização de objetivos assentes na eficácia, eficiência e qualidade.

2.4.4 Data Envelopment Analysis

O *Data Envelopment Analysis* (DEA) é outro modelo de avaliação que analisa os dados através de uma metodologia não-paramétrica multifatorial, baseado em programação linear. Permite calcular a eficiência recorrendo a múltiplas medidas de *inputs* e *outputs* (Charnes et al. 1978).

O DEA possui duas abordagens (Charnes et al., 1997 e Carrasqueira et al. 2010):



1. Modelo CCR – desenvolvido por Charnes, Cooper e Rhodes em 1978

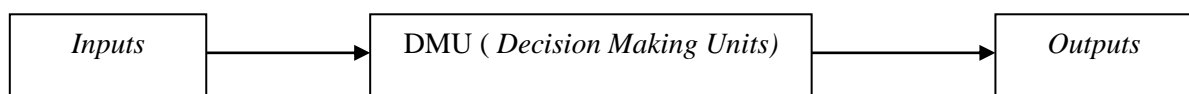
Este modelo origina uma medida de produtividade global, ou seja, um indicador de eficiência produtiva. Efetua uma avaliação objetiva da eficiência. Para tal vai identificar as fontes da ineficiência e, conseqüentemente, os seus montantes.

2. Modelo BCC – desenvolvido por Banker, Charnes e Cooper em 1984

Este modelo visa estimar uma eficiência técnica pura para uma determinada escala de operações, determinando se os ganhos da escala são crescentes, decrescentes ou constantes para futuras explorações. Para tal, partimos do pressuposto de que as unidades avaliadas possuem rendimentos de escala com variação.

A análise do desempenho resulta das variáveis que se denominam de *inputs* utilizados e *outputs* obtidos. Os *inputs* são os recursos utilizados e os *outputs* são os bens/serviços obtidos, sendo o resultado do processo de produção. Os dados a utilizar na DEA devem ser positivos e numéricos.

Figura 6 - Processo de produção



Fonte: Adaptado de Fernandes (2007)

A DEA analisa as combinações entre *inputs* e *outputs* com base no desempenho observado pelas DMU. As DMU traduzem-se por unidades tomadoras de decisão, são unidades produtivas que avaliam e comparam unidades da mesma natureza. As DMU são responsáveis pela conversão de entradas em saídas. Os *inputs* e *outputs* devem refletir a produção, ou seja, o trabalho efetuado. Quanto menos *inputs* existirem melhor será o rácio da eficiência. O nível máximo de cada *output* é determinado através dos níveis de *inputs*, constituindo assim fronteiras tecnológicas de produção. Estas fronteiras visam determinar a ineficiência relativa e procurar determinar soluções para reduzir as ineficiências e aumentar a eficiência organizacional (Fernandes, 2007).

A redução das ineficiências é efetuada na perspectiva dos *inputs*, avaliando a quantidade de *inputs* que se podem reduzir, mantendo o nível de *outputs* (orientação *input*), ou na perspectiva dos *outputs*, mantendo o nível de *inputs*, avaliando a quantidade de *outputs* a



umentar (orientação *output*) para que a DMU atinja a eficiência (Thanassoulis, 2001 e Carrasqueira et al. 2010).

2.4.5 Benchmarking

O *Benchmarking* apresenta-se como outro modelo que permite melhorar a *performance* organizacional. Este modelo está centrado na avaliação com base na qualidade. Resume-se na comparação com outras organizações do mesmo setor de atividade, procurando implementar melhores práticas organizacionais. Este modelo pode ocorrer de forma interna onde, de algum departamento, se retiram as melhores práticas organizacionais e, de seguida, são implementadas em toda a organização.

Benchmarking é um processo contínuo de aprendizagem que permite comparar desempenhos e processos (Andersen, 1999). Segundo o mesmo autor é um processo de avaliação e comparação de indicadores específicos de desempenho.

2.4.6 European Foundation for Quality Management

Segundo o *British Association for Supported Employment (2010)*, O *European Foundation for Quality Management (EFQM)* foi introduzido no início de 1992. Trata-se de uma estrutura organizacional amplamente utilizada na Europa e tornou-se a base para uma série de prémios de qualidade nacionais e regionais. O modelo EFQM é usado como um modelo de gestão que incentiva a disciplina de autoavaliação organizacional. É uma ferramenta prática para ajudar as organizações a medir o caminho para a excelência. Ajuda-as a detetar lacunas e soluções. Tem ampla aplicabilidade para pequenas e grandes organizações, tanto no setor público quanto no privado. Baseia-se em nove critérios: orientação para resultados, foco no cliente, propósito de liderança e firmeza, gestão por processos e factos, desenvolvimento de pessoas e envolvimento das mesmas, aprendizagem contínua, inovação e melhoria, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social corporativa (*British Association for Supported Employment, 2010*).



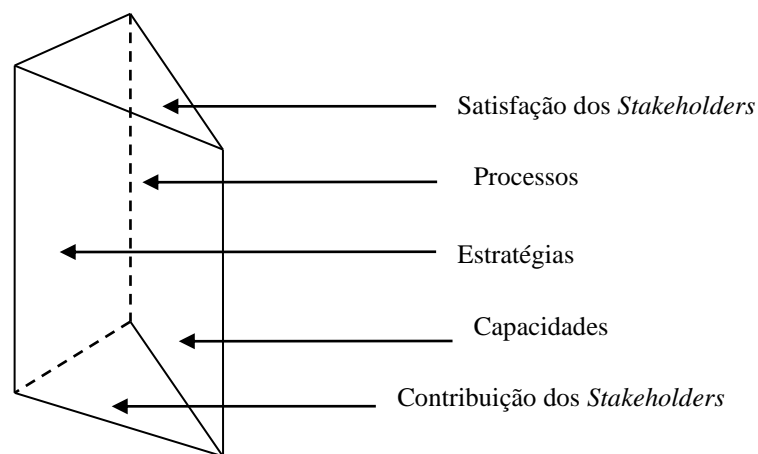
2.4.7 *Performance Prism*

O *Performance Prism* foi desenvolvido por membros do *Centre for Business Performance* e professores da *Cranfield School of Management* e do *Process Excellence Core Capability Group* da *Andersen Consulting*. Por Andrew Neely, Chris Adams e Mike Kennerley.

Consiste num modelo tridimensional com as seguintes perspetivas (Neely, 2000):

- ✓ **Perspetiva superior**, que corresponde à satisfação dos *stakeholders*;
- ✓ **Perspetiva inferior**, que corresponde à contribuição dos *stakeholders*;
- ✓ **Perspetiva intermédia**, que engloba a estratégia, os processos e as capacidades.

Figura 7 - Perspetivas da *Performance Prism*



Fonte: Adaptado de Neely (2000)

Segundo Ladeira (2009):

- ✓ A **perspetiva superior** questiona: Quem são os *stakeholders* e o que é que eles desejam?
 - Exemplos: acionistas, fornecedores, colaboradores, Estado, entre outros.
- ✓ A **perspetiva inferior** questiona: De que forma é que os vários *stakeholders* contribuem para a organização?



- Exemplos: a nível de clientes e a sua rentabilidade, a nível de colaboradores e a sua lealdade, entre outros.
- ✓ A **perspetiva intermédia** conta com as estratégias, processos e capacidades, questionando: Que processos é que precisam de ser implementados para a estratégia definida ter sucesso? Que capacidades é que são necessárias para operar os processos, agora e no futuro?

O presente modelo não se inicia com a definição de estratégias, mas sim com *stakeholders*. A estratégia é vista como o caminho para atingir resultados organizacionais (Neely et al. 2002).

2.4.8 Tableau de Bord

O *Tableau de Bord* (TB), ou Painel de Controlo, é um modelo de gestão de desempenho. Representa um modelo muito abrangente. É um modelo antigo que surgiu na França, no início do século XX. Foi desenvolvido por meio de engenheiros que investigavam hipóteses para melhorar os métodos de produção, através do estudo das relações causa-efeito, ou seja, a ligação entre as ações e o desempenho (Bourguignon et al. 2004).

Os gestores de topo, seguindo os mesmos princípios, começaram a adotar este sistema e a criar indicadores que lhes permitissem supervisionar, controlar e evoluir dentro da organização, com base nos objetivos organizacionais, permitindo tomar medidas corretivas (Epstein e Manzoni, 1998).

O TB compreende documentos de gestão com indicadores que visam orientar para a ação. Pretendem oferecer aos gestores uma visão geral organizacional para auxiliar as decisões de gestão. Não é prático para os gestores harmonizarem muita quantidade de informação devendo possuir como características a rapidez e a variabilidade (Bourguignon et al. 2003). Existem duas condições que requerem o seu cumprimento para que o modelo de TB funcione de forma correta (Matos, 2009):

1. O TB é composto por diversos painéis de controlo de gestão, tendo em conta as áreas e divisões organizacionais.
 - Ou seja, não deve ser um documento único. Cada centro de responsabilidade deverá ter o seu, assim como cada gestor deverá ter as suas metas e



obrigações. No entanto, todos eles devem ser coerentes na estrutura organizacional (Epstein e Manzoni, 1998).

- O TB resume-se em um:

“mecanismo de rede que traduz uma quantidade de outros documentos de suporte à decisão a escalas inferiores” (Matos, 2009, p.20).

2. O TB carece de ampliar as suas perspectivas para além dos indicadores financeiros e aproveitar informações operacionais ou indicadores não financeiros, uma vez que estes apresentam cada vez maior impacto.

- Citando Ladeira (2009, p.31):

“Um TB deve ser desenvolvido tendo por base a missão e os objectivos de cada centro de responsabilidade, de uma forma piramidal, no seio da organização, de maneira a que cada TB de um centro de responsabilidade sintetize de forma coerente os TB dos centros de responsabilidade de nível hierárquico inferior”.

Segundo Epstein e Manzoni (1998), para além dessas condições é essencial trabalhar os objetivos organizacionais através da visão e missão em cada área de responsabilidade.

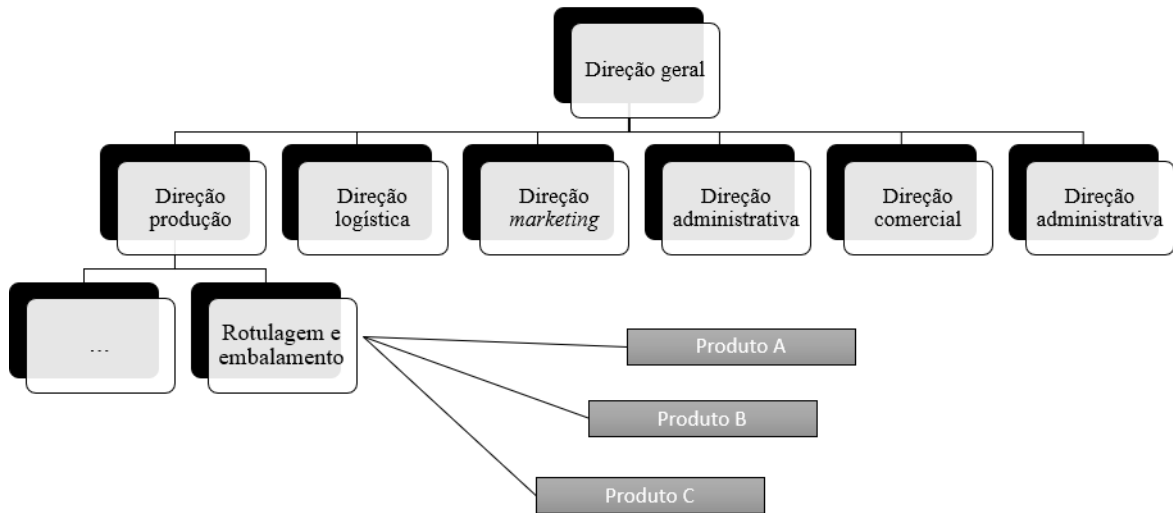
O TB deverá, por norma, possuir as seguintes particularidades (Matos, 2009):

- ✓ Possuir uma avaliação mensal;
- ✓ Permitir medir os desvios para o previsto (tendo em conta os objetivos organizacionais);
- ✓ Disponibilizar dados desde o início do ano;
- ✓ Comparar desempenhos internos e externos (*benchmarking*);
- ✓ Estarem reunidos os dados referentes à realidade que se está a medir com os dados do período correspondente.

Segue-se um esquema que representa um TB numa organização (Fig.8).



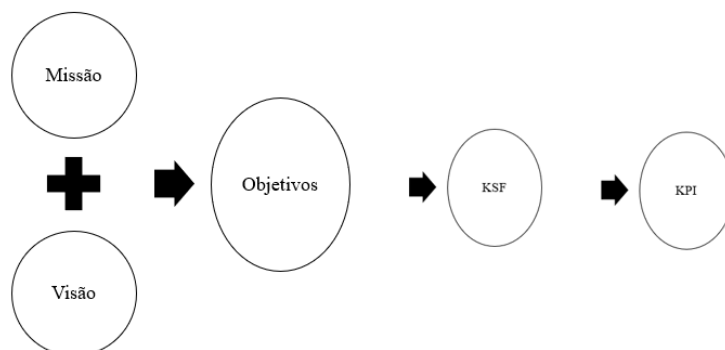
Figura 8 - Exemplo de um TB



Fonte: Adaptado de Epstein e Manzoni (1998)

Através destes passos e consoante os autores deste modelo, é possível às organizações reconhecer os fatores chave de sucesso (*Key Success Factors, KSF*), traduzidos, posteriormente, em indicadores chave de *performance* (*Key Performance Indicators, KPI*), (Fig.9).

Figura 9 - Princípios para o desenvolvimento de um TB



Fonte: Adaptado de Epstein e Manzoni (1998)



2.4.9 *Balanced Scorecard*

Surge em 1992 num artigo publicado na *Harvard Business Review*, por Robert Kaplan e David Norton, professores da *Harvard University*. Estes autores envolveram 12 organizações e efetuaram uma pesquisa que durou um ano.

Dada a necessidade de reunir num só documento medidas que forneçam aos gestores uma visão rápida, pormenorizada, completa e abrangente das diversas áreas organizacionais e, como resultado a essa pesquisa, desenvolveram um modelo integrado de medição que tem por base um conjunto de indicadores que permitem aos gestores ter uma visão profunda e veloz da sua organização. Surge como uma nova versão do *Tableau de Bord*, apresentando-se como um instrumento mais direcionado para a junção das operações à estratégia organizacional (Jordan et al. 2015).

O *Balanced Scorecard* (BSC) assume-se como uma ferramenta que traduz a missão e a estratégia organizacional num conjunto de medidas de desempenho que permitem o desenvolvimento de um modelo de gestão eficiente através da criação de estratégias.

É um modelo que abrange diversas componentes, avaliando-as em diferentes perspetivas, permitindo fornecer informações úteis às chefias.

“O nome [Balanced Scorecard] reflecte o balanço estabelecido entre os objectivos de curto e longo prazo, entre os indicadores financeiros e não financeiros, entre os ‘lagging indicators’ e os ‘leading indicators’ e as perspetivas de desempenho interno e externo.” (Kaplan e Norton, 1996, p.8).

Em suma, este modelo é muito completo e engloba os indicadores financeiros, mas também os indicadores não financeiros, acrescentando três perspetivas adicionais: clientes, processos internos e aprendizagem e inovação. Os indicadores financeiros vêm mostrar o resultado das ações no passado. Já os indicadores não financeiros visam impulsionar o desempenho financeiro no futuro.

Kaplan e Norton (1996) tiveram como objetivo primordial dar aos gestores instrumentos de gestão que os permitam auxiliar o alcance dos objetivos futuros, oferecendo-lhe a possibilidade de alinhar as ações diárias da organização à sua missão. Permite que o desempenho organizacional seja medido de forma equilibrada.



Este modelo de gestão tem enfoque a curto, médio e longo prazo e é aplicado aos diferentes níveis da organização, representando um progresso relevante na avaliação do desempenho organizacional (Kaplan e Norton, 1993b).

Segundo Kaplan e Norton (1992) e dada a complexidade da gestão organizacional é necessário que os gestores visualizem o desempenho da empresa sob quatro perspectivas: a dos clientes, a interna à organização, a da inovação e a aprendizagem e financeira.

Figura 10 - Perspetivas do *Balanced Scorecard*



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1992)

Este modelo apresenta as seguintes características (Matos, 2009):

- ✓ É um único documento que agrupa diversos indicadores, permitindo uma melhor visão global da organização;
- ✓ Os detalhes devem ser acessíveis via documento principal, de forma informática ou automática;
- ✓ Ao agrupar os indicadores em quatro áreas, concede uma perspetiva de cada uma delas acerca o desempenho da organização;
- ✓ Os indicadores de desempenho devem ter em consideração a visão e a estratégia organizacional. Ou seja, não utilizar os indicadores logo disponíveis e adequá-los primeiramente ao contexto das organizações.



Segundo Ferreira (2013) as perspetivas que sustentam o BSC devem proporcionar respostas a quatro perguntas:

- ✓ **Perspetiva financeira:** De que forma devemos ser vistos pelos acionistas?
- ✓ **Perspetiva interna:** Em que é que nos devemos destacar?
- ✓ **Perspetiva de inovação e aprendizagem:** Podemos continuar a melhorar e a criar valor?
- ✓ **Perspetiva do cliente:** De que forma somos vistos pelos clientes?

Segundo Matos (2009) as mesmas perspetivas devem responder, igualmente às seguintes questões:

Figura 11 - Perspetivas do *Balanced Scorecard* nas organizações



Fonte: Adaptado de Matos (2009)

Na perspetiva de Ferreira (2013) este modelo de avaliação de desempenho desencadeia inúmeras vantagens:

- ✓ Ajuda na informação, comunicação e aprendizagem;
- ✓ Clarifica a estratégia organizacional, impondo a introdução de objetivos táticos;
- ✓ Une a organização e as suas unidades de negócio com a estratégia das organizações;



- ✓ Permite adicionar aos indicadores de desempenho do passado, os objetivos do desempenho no futuro;
- ✓ Permite experimentar, adaptar e melhorar a estratégia periodicamente consoante as necessidades organizacionais;
- ✓ Inclui a participação de todos os colaboradores da organização, como fator de motivação, de forma a colaborarem em conjunto para o sucesso organizacional;
- ✓ Permite a tomada de decisões acertadas (através do mapa estratégico com os objetivos organizacionais, impedindo informações desnecessárias).

Seguidamente, de forma sucinta, são descritas as perspetivas que sustentam o BSC:

Perspetiva interna:

Alguns exemplos de indicadores desta perspetiva são: tempo de desenvolvimento de produtos da próxima geração, inovação, tempo médio de lançamento de produtos novos, sucesso no desenvolvimento de produtos novos, entre outros (Cánepa e Ludwig, 2002).

Deve-se conhecer e medir os processos internos das organizações que possam, de alguma forma, ter impacto na forma como os clientes vêm as mesmas. Estas devem conhecer as suas mais-valias e pontos fortes, mas também saber onde e como melhorar em relação a outras organizações.

Perspetiva dos clientes:

Alguns exemplos de indicadores desta perspetiva são: taxa de retenção de clientes, índice de satisfação de clientes, número de clientes, participação no mercado, entre outros (Kaplan et al. 1992).

As organizações deverão definir uma missão que expresse as necessidades dos seus clientes. Kaplan et al. (1992) indicam quatro perspetivas importantes: tempo até os produtos/serviços serem prestados, qualidade dos produtos/serviços prestados, desempenho dos produtos/serviços prestados e o custo para os clientes (Matos, 2009).



Perspetiva de inovação e aprendizagem:

Alguns exemplos de indicadores desta perspetiva são: taxa de retenção dos funcionários e *turn over*, satisfação dos funcionários, produtividade dos funcionários, horas de formação, número de demissões, entre outros (Cánepa e Ludwig, 2002).

Perspetiva financeira:

Alguns exemplos de indicadores desta perspetiva são: retorno sobre o investimento, rentabilidade do ativo, faturação, margem de contribuição, endividamento, liquidez, lucro, investimentos, entre outros. (Cánepa e Ludwig, 2002).

Os dados financeiros apesar de apresentarem uma visão retrospectiva são a forma como a sociedade, de forma generalizada, mede o seu desempenho. A criação de modelos que englobam dados financeiros e não financeiros apresentam o problema de deixarem de ter um elo de ligação tão forte (Matos, 2009).

Segundo o mesmo autor, apesar da relevância dos dados financeiros, esta perspetiva não deve ser subalternizada a nenhuma das outras nem ser prioridade. É cada vez mais primordial que os objetivos organizacionais não se prendam apenas nos indicadores financeiros, como o lucro, mas também na satisfação das necessidades dos clientes.

Para o cumprimento dos objetivos estratégicos, cada perspetiva inclui (Kaplan e Norton, 1993a):

- ✓ Objetivos;
- ✓ Indicadores;
- ✓ Metas;
- ✓ Ações a desenvolver.



2.5 Síntese

É notório que a avaliação de desempenho sofreu uma evolução autêntica ao longo dos anos, principalmente nas últimas três décadas. Inicialmente, a mesma consistia somente na avaliação e desenvolvimento dos colaboradores. Na atualidade, trata-se de uma ferramenta de gestão, chave para o sucesso e para o desenvolvimento organizacional.

Na contemporânea “era do conhecimento” que engloba a globalização e os constantes avanços tecnológicos, as organizações não podem somente utilizar ferramentas e sistemas de contabilidade analítica e financeira para tomar decisões e para implementar estratégias que visem a obtenção de vantagens competitivas.

Tendo em conta a complexidade das organizações e as suas estratégias é evidente que escolher os indicadores corretos, de forma a ir ao encontro dos objetivos e estratégias organizacionais, é essencial para a implementação de um modelo de avaliação de desempenho, efetivação das mudanças e correções adequadas, tendo em conta os erros detetados com essa mesma avaliação.

Esta ferramenta foi sofrendo evoluções e, na atualidade, conta não só com indicadores financeiros, mas também se encontra alinhada a indicadores não financeiros. Estes possibilitam que a avaliação de desempenho seja cada vez mais completa, diversificada e com menos limitações, permitindo tomar decisões organizacionais para o futuro. Esta dificuldade foi superada, posteriormente, com a apresentação do modelo *Balanced Scorecard*, uma vez que o mesmo contempla quatro perspetivas: financeira, interna, clientes e inovação e aprendizagem. Integrando os dois tipos de indicadores.

Após indicadores de desempenho bem definidos, equilibrados e classificados com a cultura, missão, visão, estratégia e objetivos organizacionais, os modelos de avaliação de desempenho assumem um papel fundamental: *Balanced Scorecard*, *Performance Prism*, entre muitos outros. Estes modelos tornaram esta ferramenta de gestão extremamente útil dentro das organizações. Existem modelos mais abrangentes como, por exemplo, o EFQM e o TB.

São muitos os modelos que permitem avaliar o desempenho organizacional. No entanto, em muitos deles, é de destacar os seguintes indicadores: qualidade, satisfação dos clientes, inovação, produtividade, entre outros (Famá e Cardoso, 2001).



Segundo Roque (2010) tem-se vindo a confirmar que a gestão está cada vez mais direcionada não só para os resultados, mas também para os clientes. São comuns as avaliações de desempenho a nível organizacional, mas também a nível individual uma vez que os indicadores financeiros nem sempre se assumem como prioritários. Os principais objetivos definidos nas organizações baseiam-se em indicadores e metas não financeiras.

As limitações que caracterizam a avaliação de desempenho é a existência de diversos *stakeholders*, ou seja, vários interesses. A resistência à mudança, a falta de motivação política, a cultura burocrática, a medição de *inputs* e *outputs* e a sua ligação aos objetivos, o tempo e os meios financeiros indispensáveis à implementação dos modelos de avaliação de desempenho e a ausência da ligação entre a recompensa dos colaboradores e o seu desempenho dificultam e limitam os processos (Roque, 2010).

A avaliação de desempenho trata-se de uma ferramenta fundamental e destaca-se por ter um alto contributo para o desenvolvimento das organizações. Igualmente possui um grande contributo para o envolvimento, desenvolvimento e integração dos colaboradores nas organizações.

Conclui-se que a avaliação de desempenho é uma ferramenta essencial ao alcance da *performance* organizacional. Permite colaboradores mais eficientes, eficazes, responsáveis e satisfeitos dentro da organização, compreendendo as suas funções e papéis no seu local de trabalho. Permite melhorar e/ou implementar sistemas de gestão de apoio à avaliação de desempenho, de forma a atingir os objetivos e metas organizacionais previamente estabelecidos (Veillard et al. 2005).



Capítulo 3 – Caracterização do setor de saúde em Portugal

3.1 Introdução

Ao longo dos últimos anos, em Portugal, tem-se construído um Sistema de Saúde com um bom funcionamento e com um elevado potencial de crescimento e desenvolvimento.

O setor hospitalar é o maior consumidor de recursos financeiros públicos. Como tal, estas unidades prestadoras de saúde pretendem garantir a sustentabilidade organizacional, apostando em inovações que garantam a eficiência, eficácia, modernização e melhoria contínua dos serviços (Ferreira, 2013). Estas medidas devem ser refletidas a nível dos cuidados primários, cuidados secundários e dos cuidados continuados. Todas estas modificações vão ocorrendo de forma a melhorar as condições de acesso a todos os utentes, desenvolvendo a qualidade dos serviços prestados.

Desta forma, serão descritos, de forma sucinta, o Sistema de Saúde e o Serviço Nacional de Saúde, efetuando uma abordagem à sua evolução no tempo. Será abordada a estrutura deste setor, caracterizando-a a nível da sua dinâmica e crescimento.

Tendo em consideração que as entidades de saúde, em Portugal, prestam bons serviços, das quais se destacam alguns hospitais de grande qualidade (Portela, 2013), será abordado e descrito um centro hospitalar no território português: O Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT).



3.2 Evolução Histórica

O Sistema de Saúde em Portugal até 1974, antes do 25 de abril, era constituído pelos seguintes serviços (Baganha et al. 2002):

- ✓ **Misericórdias:** instituições de solidariedade que geriam a maioria das Instituições Hospitalares e outros Serviços de Saúde;
- ✓ **Serviços médico-sociais:** prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência;
- ✓ **Serviços de saúde pública:** proteção de saúde (proteção materno-infantil, vacinações, entre outros);
- ✓ **Hospitais estatais, gerais e especializados:** localizados nos grandes centros urbanos;
- ✓ **Serviços privados:** dirigidos à classe social mais elevada.

Até à criação do Serviço Nacional de Saúde, designadamente abreviado por SNS, a assistência médica era competência das famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência¹. A criação do SNS, em 1979, surgiu de forma a garantir melhores acessos, igualdade e solidariedade a toda a população. Este sistema tem evoluído positivamente, ao longo das últimas décadas com conceitos sociais, religiosos, económicos e políticos destacando-se a sua eficiência, qualidade e sustentabilidade. Dá resposta aos problemas de saúde que se vão identificando, promovendo e conservando a saúde dos utentes (Retrato da Saúde, 2018).

O Sistema de Saúde Português, na atualidade, constitui-se pelo SNS e por todas as entidades públicas que desenvolvam atividades de promoção, prevenção e tratamentos na área da saúde. Incluindo as entidades privadas e os profissionais livres que acordem algumas dessas atividades. Ou seja, abrange todas as instituições e serviços oficiais que prestam cuidados de saúde e que dependam do Ministério da Saúde e disponham de estatuto próprio (Base XIII do Decreto-Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto).

De acordo com o mesmo Decreto-Lei o Serviço Nacional de Saúde é constituído por todas as entidades públicas e privadas que efetuem atividades de promoção, prevenção e

¹ “Conjunto de instituições ou de medidas de proteção e assistência aos cidadãos em caso de doença, desemprego, aposentação, etc.”



tratamento, mas também por todas as entidades sociais que contribuam para um melhor estado de vida para a população.

Identificam-se três objetivos gerais de um Sistema de Saúde: bons cuidados de saúde e serviços para a população, garantir que os mesmos sejam recetivos ao público e garantir sistemas de pagamento justos.

O seu estatuto foi criado com o Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro. Segundo o Artigo 1.º do mesmo Decreto-Lei, o SNS define-se como um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e de serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a superintendência ou a tutela do Ministério da Saúde. Segundo a mesma fonte, Artigo 2.º, o SNS tem por objetivo a efetivação, por parte do Estado, da responsabilidade que lhe cabe na proteção da saúde individual e coletiva.

O SNS caracteriza-se por (Base XXIV do Decreto-Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto):

- ✓ Ser universal quanto à população que abrange;
- ✓ Prestar cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- ✓ Possuir ou não um custo para os utentes, tendo em consideração as condições económicas e sociais dos mesmos;
- ✓ Garantir a equidade no acesso dos utentes, atenuando os efeitos das desigualdades económicas e geográficas no acesso aos cuidados;
- ✓ Possuir organizações regionalizadas e gestão descentralizada e participada.

O SNS foi desenvolvido em 1979, através do Decreto-Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro. Integram o SNS todos os serviços e entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde (Artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro): os Agrupamentos de Centros de Saúde, os Estabelecimentos Hospitalares, independentemente da sua designação e as Unidades Locais de Saúde. O SNS organiza-se em regiões de saúde e divide-se em sub-regiões (Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro). Cada região de saúde corresponde ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS): Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve.

As sub-regiões correspondem, segundo o Artigo 5.º do mesmo Decreto-Lei, às áreas dos distritos do continente. Sendo que as áreas de saúde correspondem às áreas dos Municípios, podendo ser estabelecidas modificações nesta divisão, com o acordo dos Municípios interessados.



Nos termos do Artigo 2.º do Decreto-Lei 56/1979, de 15 de setembro: *“O SNS é constituído pela rede de órgãos e serviços prevista neste diploma que na dependência da Secretaria de Estado de Saúde e atuando de forma articulada e sob a direção unificada, gestão descentralizada e democrática, visa a prestação de cuidados globais de saúde a toda a população”*.

No Artigo 28.º do Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro, já se visualiza a eventualidade de uma futura entrada das instituições privadas: *“A gestão de instituições e serviços do SNS pode ser entregue a outras entidades mediante contrato de gestão ou a grupo de médicos em regime de convenção”*.

Na data da criação deste serviço, este já englobava todos os cuidados de saúde, abrangendo a promoção e vigilância da mesma, a prevenção da doença, o diagnóstico, tratamento de doentes e reabilitação médica e social. O seu acesso era gratuito, no entanto já abrangia a possibilidade de se virem a criar taxas moderadoras, com vista a racionalizar a utilização dos serviços. O diploma que estabelece o SNS informa a sua autonomia administrativa e financeira, contendo uma estrutura descentralizada e desconcentrada, incluindo órgãos centrais, regionais e locais. Dispondo de serviços de saúde primários (centros comunitários de saúde) e diferenciados (hospitais gerais, hospitais especializados e outras instituições especializadas). O acesso aos mesmos é garantido a todos os cidadãos, sendo portugueses ou estrangeiros, independentemente das condições sociais e económicas (SNS, 2017).

A prestação de cuidados de saúde pelas entidades do SNS obedece aos seguintes princípios gerais (Artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro):

- ✓ *“Livre acesso e circulação no SNS observados os princípios definidos para a rede de referência técnica em articulação com os cuidados de saúde primários;*
- ✓ *Promoção da qualidade dos cuidados de saúde num contexto da humanização e de respeito pelos direitos dos utentes;*
- ✓ *Garantia dos direitos de acesso dos utentes a cuidados de saúde de qualidade em tempo adequado;*
- ✓ *Cumprimento das normas de ética e deontologia profissionais.*
- ✓ *Valorização da educação para a saúde, a literacia e os autocuidados, de forma a permitir que os cidadãos tenham um papel cada vez mais ativo na gestão da sua saúde.”*



“A evolução da Saúde em Portugal é notória nos últimos dez anos, sobretudo no setor público, ou seja, no Serviço Nacional de Saúde (SNS). E isto resulta de um conjunto de reformas estruturais, do reforço da rede de prestação de cuidados e de um ambicioso processo de modernização e de transformação digital” (Retrato da Saúde, 2018, p.42).

O SNS em Portugal tem evoluído positivamente e constantemente nas últimas décadas. Como tal, seguidamente, será descrita a sua evolução ao longo dos últimos anos, evidenciando os acontecimentos mais notórios, entre 1889 à atualidade (SNS, 2018).

De 1889 a 1979:

Em 1889 surgiu a Organização dos Serviços de Saúde Pública, através de Ricardo Jorge. Apenas em 1901 se desenvolveu a sua regulamentação que inicia a sua aplicação em 1903. Em 1911 estruturou-se a Direção-Geral da Saúde. Surgiram os primeiros hospitais regionais e sub-regionais, geridos através das Misericórdias, em que o Estado possuía apenas um papel complementar.

Em 1946, através do Decreto-Lei n.º 2011, de 2 de abril, fixou-se a organização legal dos serviços prestadores de cuidados de saúde existentes (hospitais das misericórdias, estatais, serviços médico-sociais, serviços de saúde pública e serviços privados). Lançando as bases para uma rede hospitalar. Começa um programa de construção de hospitais que serão, posteriormente, entregues às Misericórdias.

Em 1963 foi publicado o Estatuto da Saúde e Assistência, em que o Estado intervém com mais incidência na saúde pública, embora com um papel ainda diminuto.

Em 1968 emergiu o Estatuto Hospitalar, com o objetivo de disciplinar o funcionamento dos hospitais, a sua organização e as carreiras da saúde (médicos, enfermeiros, administração e farmácia).

Em 1971, com a nova reforma, foram reduzidas as barreiras de acesso aos cuidados médicos: quer no financiamento, quer nos acessos, conduzindo o direito à saúde a toda a população.

Em 1973 surge o Ministério da Saúde. Segundo o Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, o Ministério da Saúde é o departamento governamental que possui a missão de definir e conduzir as políticas de saúde, garantindo uma aplicação e utilização sustentáveis



dos recursos e a avaliação dos seus resultados. Foi desenvolvido através do Decreto-Lei n.º 584/1973, de 6 de novembro. Visa (SNS, 2017):

- ✓ *“Assegurar as ações necessárias à formulação, execução, acompanhamento e avaliação da política nacional de saúde;*
- ✓ *Exercer, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designado por SNS, funções de regulamentação, planeamento, financiamento, orientação, acompanhamento, avaliação, auditoria e inspeção;*
- ✓ *Exercer funções de regulamentação, inspeção e fiscalização relativamente às atividades e prestações de saúde desenvolvidas pelo setor privado, integradas ou não no sistema de saúde, incluindo os profissionais neles envolvidos;*
- ✓ *Gerir o subsistema de saúde da Administração Pública”.*

Em 1974 o financiamento da saúde era 41% do Estado e 59% da responsabilidade da Previdência. Os hospitais das misericórdias passaram a ser geridos por comissões que são nomeadas e respondem perante o Secretário de Estado. Portugal sofreu a transformação de democratização e descolonização.

Para Baganha et al. (2002, p.5): *“os resultados são animadores: entre 1974 e 1978 houve um aumento quase de 100% na população coberta. O salto qualitativo deu-se (...) onde a criação dos Centros de Saúde desempenhou um papel fundamental”.*

Em 1976 foi aprovada a Constituição da República Portuguesa, ditando que todos os cidadãos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

Em 1979 surge o SNS para assegurar o direito à proteção da saúde, nos termos da Constituição, enquanto instrumento do Estado. Vem envolver todos os cuidados de saúde: promoção, vigilância da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. O seu objetivo assenta na universalidade, generalidade e gratuidade.

De 1980 a 1989:

Em 1980 já existiam 20.000 médicos, tendo sido duplicado o valor desde 1970.

Em 1982 formaram-se 18 Administrações Regionais de Saúde (ARS). Regulamentou-se os centros de saúde e desenvolveu-se três carreiras médicas (médica hospitalar, saúde pública e clínica geral).



Em 1984 a criação da Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários põe fim aos serviços médico-sociais da Previdência e marca a expansão do SNS.

Em 1985 Portugal entrou para a Comunidade Económica Europeia (CEE).

Em 1988 surgiu a nova Lei da gestão hospitalar que traduziu a preocupação decorrente do aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento do Estado e em 1989 surgiu a 2ª Revisão Constitucional.

De 1990 a 1999:

Segundo Loureiro (2015) durante a década de 90 o sistema de saúde português começou a ser regulamentado por dois diplomas fundamentais: a Lei de Bases da Saúde (Decreto-Lei n.º 48/1990 de 24 de agosto) e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde (Decreto-Lei n.º 22/1993, de 15 de janeiro), onde a proteção da saúde é um direito e uma responsabilização conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado (Baganha et al., 2002).

Em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde que indica como a administração das unidades de saúde deve obedecer às regras de gestão empresarial. A saúde é perspectivada como um direito, mas também como uma responsabilidade dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados.

Entre 1993 e 1995 introduziu-se o conceito de gestão privada nos hospitais públicos. Surgiu o programa de recuperação das listas de espera, introduziram-se taxas moderadoras e desenvolveu-se um sistema de informação baseado nos grupos de diagnóstico homogéneo para a gestão hospitalar.

Em 1998 promoveu-se o ensino da enfermagem, da investigação e da formação pré e pós-graduada, apresentando um melhor planeamento entre as instituições.

Em 1999 são estruturados os serviços de saúde pública no âmbito dos quais se integra o exercício de poderes de autoridade de saúde enquanto poder/dever de intervenção do Estado na defesa da saúde pública, na prevenção da doença e na promoção da saúde.

De 2000 a 2009:

Em 2000 Portugal integrou-se na União Monetária Europeia.

Em 2002, com a aprovação do regime de gestão hospitalar, introduzem-se modificações profundas na Lei de Bases de Saúde. Foi definido um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a rede de prestação de cuidados



de saúde, dando-se expressão institucional aos modelos de gestão de tipo empresarial (E.P.E.). Segundo o Artigo 56.º do Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro: “*São entidades públicas empresariais as pessoas coletivas de direito público, com natureza empresarial, criadas pelo Estado para prossecução dos seus fins (...)*”. São dotadas de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e não estão sujeitas às normas da contabilidade pública. As entidades públicas empresariais, abreviadamente conhecidas por E.P.E., têm um capital, designado “capital estatutário”, detido pelo Estado e destinado a responder às respetivas necessidades permanentes (Artigo 59.º do mesmo Decreto-Lei).

Em 2003 criou-se a rede de cuidados de saúde primários. Para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, esta rede deve, de igual forma, constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde hospitalar e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção de saúde e na prevenção de doença.

Em 2005 surgem os primeiros hospitais E.P.E., transformando os hospitais S.A. (Sociedade Anónima) em entidades públicas do empresariais (E.P.E.).

Em 2006 criou-se a rede nacional de cuidados continuados integrados, visando dar resposta ao progressivo envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e à crescente prevalência das pessoas com doenças crónicas incapacitantes.

Em 2007 surgiram as primeiras Unidades de Saúde Familiar, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários.

Em 2008 deu-se um passo importante na reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de agrupamentos de centros de saúde do SNS.

Em 2009 reestruturou-se a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando-se com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. A Assembleia da República aprovou o direito de acompanhamento nos serviços de urgência.

De 2010 ao presente:

Em 2011 foi facilitado o acesso dos cidadãos aos medicamentos, promovendo a prescrição eletrónica, evitando o circuito administrativo do medicamento, informatizando os sistemas de saúde.



Em 2012 foram informatizados dados pessoais para constituição de ficheiros de âmbito nacional, com recurso a tecnologias de informação e no quadro do SNS.

Em 2013 foi aprovado o novo regime jurídico das convenções, afirmando-se como um modelo mais flexível do ponto de vista dos procedimentos.

Em 2014 foi criado o fundo para a investigação em saúde, para fortalecer as atividades de investigação para a proteção, promoção e melhoria da saúde da população, obtendo dados importantes nesta área. *“A investigação em saúde é considerada instrumental para a melhoria contínua da qualidade, formação de profissionais e projeção internacional do país numa área de grande competitividade, onde os ganhos com a produção de conhecimento podem ser significativos”* (SNS, 2018).

Em 2014 foram definidos princípios para a atividade do enfermeiro de família nas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, reforçando a importância dos enfermeiros para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Foram também estabelecidas normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços de forma a promover a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

Em 2016, foi desenvolvido um grupo profissional cuja atividade veio confirmar a importância da implementação da especialidade de enfermagem de saúde familiar. No que diz respeito a consultas, realizaram-se 19, das quais mais de 12 milhões no SNS. Procedeu-se ainda à revisão das taxas moderadoras, refletindo-se no aumento da procura dos serviços de urgência pela população isenta.

Em 2017, 93% dos portugueses tinham médico de família, resultado do reforço da rede de cuidados de saúde primários.

Em 2018, trabalhavam no SNS, mais de 30 mil médicos, mais de 43 mil enfermeiros e mais de oito mil técnicos de diagnóstico e terapêutica. Registando os valores mais altos dos últimos dez anos. No que diz respeito aos médicos de família, nunca se registaram valores tão elevados: mais de 5.800.

Nos últimos anos o número de consultas médicas tem sido superior a 30 milhões por ano. As consultas não presenciais aumentaram em consequência dos novos sistemas de informação como, por exemplo, a prescrição eletrónica de medicamentos, a telessaúde, entre outros. Os domicílios médicos e as consultas de enfermagem igualmente têm vindo a aumentar, resultado da disponibilização de respostas do SNS (Retrato da Saúde, 2018).



3.3 Estrutura do setor e sua dinâmica e crescimento

Em Portugal verifica-se a existência de serviços de saúde: públicos, privados e parcerias público-privadas.

O sistema de saúde público português é sustentado através de impostos descontados pelos trabalhadores, mas há ainda a hipótese de usufruir do sistema privado através de contribuições diretas: ADSE, seguros de saúde, entre outros (Loureiro, 2015, Barros e Gomes 2002).

Antes da modificação dos hospitais S.A. em hospitais E.P.E., surgiu um outro modelo de gestão no setor da saúde em Portugal, as parcerias público-privadas (PPP) (Loureiro, 2015). Estas foram criadas para responder à necessidade de construção de novas unidades hospitalares (Retrato de Saúde, 2018). As PPP resumem-se em contratos de gestão que vão desde a conceção, construção, financiamento, conservação e exploração dos ativos estruturais até à gestão dos hospitais, incluindo a prestação de serviços clínicos (Loureiro, 2015, Simões, 2004).

No Artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, definem-se parcerias público-privadas por um: “ *contrato ou a união de contratos, por via dos quais entidades privadas, designadas por parceiros privados, se obrigam, de forma duradoura, perante um parceiro público, a assegurar o desenvolvimento de uma actividade tendente à satisfação de uma necessidade colectiva, e em que o financiamento e a responsabilidade pelo investimento e pela exploração incumbem, no todo ou em parte, ao parceiro privado*”. São considerados parceiros públicos: o Estado e Entidades Públicas Estaduais; os Fundos e Serviços Autónomos e as Entidades Públicas Empresariais.

As PPP caracterizam-se pelo compartilhamento de investimentos, riscos, responsabilidades e resultados. Representam o envolvimento de uma entidade privada em projetos de investimento de interesse público. Consistem numa relação, por um prazo determinado, entre duas ou mais organizações, de natureza pública e de natureza privada, com base em expectativas e valores mútuos (Economistas, 2016). Possuem como objetivo alcançar uma maior eficácia dos recursos de ambas as organizações.

São essencialmente caracterizadas por (Economistas, 2016) “*a longa duração da relação entre os parceiros; o papel a desempenhar pelos parceiros na definição, conceção, realização, exploração e financiamento; a partilha de riscos entre os parceiros.*”



No caso do setor público o objetivo organizacional essencial não é o lucro, mas sim a satisfação das necessidades dos utentes. No setor privado os objetivos organizacionais passam não só pela satisfação dos utentes de saúde, mas também pelo lucro organizacional. Em 2017 havia 15.254 entidades e 26.658 estabelecimentos registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER), número esse que tem vindo a aumentar, conforme figura a baixo.

Figura 12 - Entidades de saúde registadas no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados



Fonte: Retrato da Saúde, 2018, adaptado da Entidade Reguladora da Saúde, 2018

Segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE (2018), referente a dados de 2016, Portugal contava com 225 hospitais:

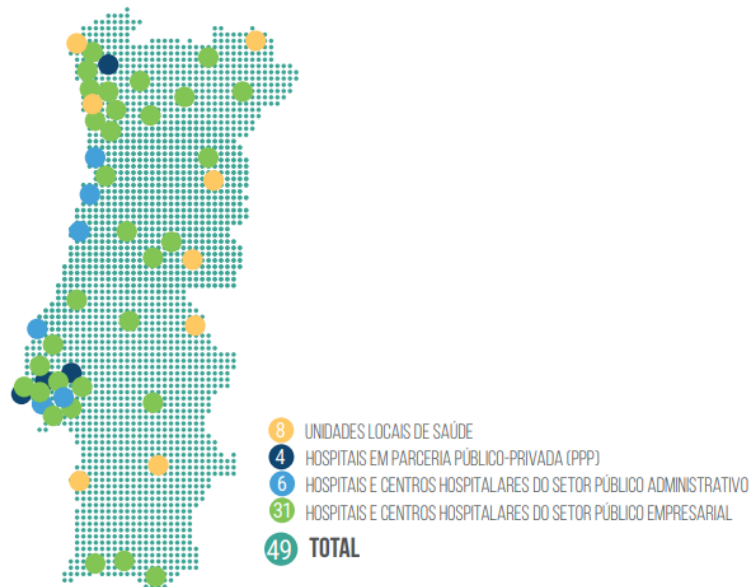
- ✓ 107 hospitais públicos;
- ✓ 114 hospitais privados;
- ✓ 4 parcerias público-privadas.

O Retrato da Saúde (2018) afirma que os hospitais “*têm respondido positivamente ao aumento crescente da procura, através da adoção de medidas de reorganização interna que têm permitido melhores resultados em saúde para os utentes e elevados níveis de eficácia e eficiência na gestão e governação clínicas. Além disso, garantem maior*



transparência, responsabilização, prestação de contas e centralidade no cidadão e na sua família”.

Figura 11 - Número de instituições hospitalares do SNS



Fonte: Retrato da Saúde, 2018, ACSS, 2018

Segundo o Instituto Nacional de Estatística – INE (2018) o número de camas, em 2016, totalizava 35,3 mil:

- ✓ 22,4 mil nos hospitais públicos;
- ✓ 11,3 mil nos hospitais privados;
- ✓ 1,7 mil nas parcerias público-privadas.

De notar que, em 2016, já existiam mais hospitais privados do que hospitais públicos. Os hospitais do sector público asseguram a maioria dos cuidados de saúde, porém o setor privado tem demonstrado um grande e constante crescimento.

Pela primeira vez em 10 anos houve um aumento do número de camas para internamento (mais 29 camas do que em 2015). Nos hospitais privados o número de camas disponíveis também tem aumentado (mais 418 camas do que em 2015). O número de médicos e de enfermeiros registados na respetivas Ordens também aumentou em 2016, demonstrando crescimento constante no setor da saúde (3,6% médicos e 2,6% enfermeiros).



Segundo a Administração Central do Sistema de Saúde (2018), abreviadamente designada por ACSS, destacam-se os cuidados de saúde primários, hospitalares e, recentemente, os cuidados de saúde continuados integrados:

- ✓ **Cuidados de saúde primários:** São considerados como o primeiro nível de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, para as famílias e para todos os cidadãos. Visam a obtenção de cuidados de saúde públicos o mais próximo possível para a comunidade.

Exemplos: educação, prevenção e deteção precoce e cuidados de rotina (Loureiro, 2015).

Segundo a mesma fonte, deu-se a reforma dos cuidados de saúde primários, que já tinha tido início em 2005, concretizando-se em 2008 com o aparecimento dos agrupamentos de centros de saúde através do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. Os agrupamentos de centros de saúde incluem diversos centros de saúde: unidades de saúde familiar, unidades de cuidados de saúde personalizados, unidades de saúde pública, unidades de cuidados na comunidade e unidades de recursos assistenciais partilhados (Loureiro, 2015).

Segundo o Retrato de Saúde (2018) a reforma de que têm sido alvo tem vindo a implicar uma reorganização notória, com ganhos visíveis na melhoria da qualidade, acesso, efetividade, eficiência e equidade. Segundo a mesma fonte os *“Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do SNS. Situam-se na proximidade das populações e têm um papel fundamental na gestão contínua da doença crónica, primeira linha de cuidados na doença aguda, mas também na promoção da saúde e prevenção da doença, com especial relevo nas áreas da Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Rastreio Oncológico”*.

- ✓ **Cuidados de saúde hospitalares:** Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados à população na sua área de influência, podendo ser de cariz público ou privado.

Exemplos: tratamento de emergência e cuidados críticos (diagnóstico e tratamento, rigoroso e contínuo) (Loureiro, 2015).



Os cuidados de saúde hospitalares incluem: os hospitais (hospitais E.P.E. e parcerias público-privadas) e os centros hospitalares (diversas unidades hospitalares E.P.E.) (Loureiro, 2015).

Segundo o Retrato de Saúde (2018) e, no que diz respeito aos cuidados de saúde hospitalares “*ocorreram também importantes transformações durante os últimos anos, quer a nível jurídico quer a nível da organização da oferta e dos modelos de prestação de cuidados. Mudanças que têm permitido aliar proximidade a especialização*”.

- ✓ **Cuidados de saúde continuados integrados:** Constituídos por um conjunto de instituições públicas e privadas que prestam cuidados continuados de saúde, sendo maioritariamente constituídos por instituições privadas. Estes são os cuidados de recuperação e reintegração de doentes crónicos e pessoas com situação de dependência. Visam a recuperação destes doentes, promovendo a sua autonomia, através da sua recuperação, readaptação e reinserção familiar e social. Com o aumento da esperança média de vida estes cuidados assumem-se como cada vez mais importantes.

Exemplos: reabilitação, cuidados domiciliários, cuidados de longa duração, cuidados a doentes crónicos e cuidados pessoais (Loureiro, 2015).

Segundo a mesma fonte, *cit. in* Reis (2014), existem três grandes motivos para o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados: necessidade de reduzir custos, necessidade de desbloquear camas e necessidade de apoiar populações dependentes e com necessidades diferenciadas.

Os cuidados de saúde continuados integrados incluem: unidades de internamento (cuidados continuados de convalescença, cuidados continuados de média duração e reabilitação, cuidados continuados de longa duração e manutenção e cuidados paliativos) e unidades de ambulatório (equipas hospitalares de cuidados continuados de saúde e de apoio social e equipas domiciliárias de cuidados continuados de saúde e de apoio social) (Loureiro, 2015).



Destacam-se na área da saúde as seguintes entidades: estabelecimentos hospitalares, administrações regionais de saúde (ARS), unidades locais de saúde (ULS) e serviços centrais.

Estabelecimentos Hospitalares: Centros Hospitalares E.P.E. e Hospitais, E.P.E.:

Atualmente, um centro hospitalar é definido como uma entidade dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial e o conjunto de órgãos legalmente estabelecidos para os hospitais públicos, que integra um ou vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica (Batista e Raposo, 2016).

De acordo com o Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril de 1968, os hospitais definem-se como o conjunto de serviços de interesse público, organizados e administrados com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação. Compete-lhes ainda contribuir para a prevenção de doenças, ensino e investigação científica.

Integram o setor de atividade económica uma vez que são organizações prestadoras de serviços. Afirmam-se como organizações valiosas para a vida da população. Englobam diversos recursos: humanos, tecnológicos, materiais e financeiros.

Segundo o Artigo 18.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, um hospital E. P. E., ou um centro hospitalar E. P. E., trata-se de uma pessoa coletiva de direito público, com uma natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial.

O Artigo 2.º do mesmo Decreto-Lei, descreve o objetivo principal dos hospitais: “(...) *prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral, designadamente: a) Aos utentes do Serviço Nacional de Saúde; b) Às entidades externas que com ele contratualizem a prestação de cuidados de saúde; c) Aos cidadãos estrangeiros não residentes no âmbito da legislação nacional e internacional em vigor.*” ;

“O hospital E. P. E., tem, também, por objetivo desenvolver atividades de investigação, formação e ensino, sendo a sua participação na formação de profissionais de saúde dependente da respetiva capacidade formativa, podendo ser objeto de contratos-programa em que se definam as respetivas formas de financiamento.”

**Administrações Regionais de Saúde:**

Em cada região de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) existe uma Administração Regional de Saúde, abreviadamente designada por ARS. Estas possuem personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira e património próprio. Segundo o Artigo 6.º do Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro: “*As ARS têm funções de planeamento, distribuição de recursos, orientação e coordenação de actividades, gestão de recursos humanos, apoio técnico e administrativo e ainda de avaliação do funcionamento das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde*”. Têm por missão a prevenção da doença e a prestação de cuidados de saúde diferenciados/especializados.

Unidades Locais de Saúde, E.P.E.:

Segundo o Artigo 1.º do Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, uma Unidade Local de Saúde, E.P.E. (abreviadamente conhecida por ULS), é: “*uma pessoa coletiva de direito público de natureza empresarial dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial, nos termos do regime jurídico do setor público empresarial*”. Tendo por objetivo a prestação de cuidados de saúde, a todos os cidadãos em geral.

As ULS começaram-se a expandir em 1999 com a implementação de uma Unidade Local de Saúde em Matosinhos e desde aí que se afirma como uma boa aposta ao nível dos cuidados de saúde pois incluem: os cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados. Portugal conta hoje com oito ULS em funcionamento (Loureiro, 2015), conforme Tabela 2.

Tabela 2 - Enquadramento legal das ULS

ULS	Data de criação	ARS	População
Matosinhos	1999	Norte	169.122
Norte Alentejano	2007	Alentejo	118.066
Alto Minho	2008	Norte	251.676
Guarda	2008	Centro	158.055
Baixo Alentejo	2008	Alentejo	127.581
Castelo Branco	2009	Centro	108.202
Nordeste	2011	Norte	143.564
Litoral Alentejano	2012	Alentejo	100.000

Fonte: Adaptado de Loureiro (2015)



Serviços Centrais:

Os Serviços Centrais exercem, em relação ao SNS, segundo a Base VI do Decreto-Lei n.º 48/1990, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspeção, a par da afetação regional dos recursos humanos que, dadas as suas funções, possuem uma abrangência a nível nacional.

No que diz respeito à dinâmica e crescimento deste setor, segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (2017), o Ministério da Saúde foi considerado o segundo maior empregador da administração pública com 26,7% do total dos trabalhadores da administração central.

Em 2017 contabilizaram-se 131.998 colaboradores. 97,3% encontravam-se nas entidades prestadoras de cuidados de saúde primários e hospitalares. 2,7% encontrava-se nos serviços centrais técnicos e administrativos.

Segundo a mesma fonte, o número de trabalhadores mencionado anteriormente cresceu 1,6% face ao ano civil anterior. Os enfermeiros foram o grupo de profissionais em que se verificou um crescimento mais elevado (contou com mais 1.166 profissionais de enfermagem relativamente ao ano civil anterior).

No que diz respeito à natureza jurídica as Entidades Públicas Empresariais (E.P.E.) totalizam 72% dos profissionais, seguindo-se as entidades do setor público administrativo com 23%. As entidades hospitalares que estão em regime de PPP contêm 5% dos trabalhadores.

Os grupos profissionais que apresentaram maior dimensão, em 2017 do SNS e do ministério da saúde, foram:

- ✓ Grupo de enfermagem (43.559 trabalhadores, representando 33,0%);
- ✓ Grupo de médicos (28.609 trabalhadores, representando 21,7%);
- ✓ Grupo de assistentes operacionais (26.317 trabalhadores, representando 19,9%).

Em suma, em 2017, destacaram-se os seguintes grupos de profissionais:

- ✓ **Pessoal de enfermagem:** totalizaram-se 43.559 enfermeiros, distribuídos em Regiões de Saúde e Serviços Centrais.
- ✓ **Pessoal médico:** totalizaram-se 28.609 médicos (67% especialistas e 33% internos).



- ✓ **Pessoal técnico superior das áreas de diagnóstico e terapêutica:** totalizaram-se 8.206 técnicos superiores das áreas de diagnóstico e terapêutica. Destacaram-se como mais representativos os técnicos de análises clínicas e de saúde pública (25%), os técnicos de radiologia (19%) e os fisioterapeutas (12%).
- ✓ **Pessoal técnico superior de saúde:** totalizaram-se 1.713 técnicos superiores de saúde. Destacaram-se como mais representativos os psicólogos clínicos (37%) e os farmacêuticos (27%).

Na Tabela 3 é possível visualizar o número de trabalhadores divididos pelos diversos grupos profissionais, contabilizando-se um total de 131.998 colaboradores em 2017.

Tabela 3 - Trabalhadores por grupo profissional em 2017

	Número de trabalhadores	%
Médicos	28.609	21,7%
Enfermeiros	43.559	33,0%
Técnicos Superiores de Saúde	1.713	1,3%
Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica	8.206	6,2%
Assistentes Técnicos	16.416	12,4%
Assistentes Operacionais	26.317	19,9%
Técnicos Superiores	4.333	3,3%
Informáticos	613	0,5%
Outros	2.232	1,7%
Total	131.998	100,0%

Fonte: Adaptado do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017)

Os Estabelecimentos Hospitalares são o maior empregador do Sistema de Saúde (90.070 profissionais, totalizando 68,2%). Seguem-se as Administrações Regionais de Saúde (ARS) representando 18,5%. Já as Unidades Locais de Saúde (ULS) representam 10,6% e, por fim, os Serviços Centrais com 2,7% do total dos profissionais.

Em suma, os Estabelecimentos Hospitalares contemplavam 90.070 profissionais de saúde, seguem-se as ARS com 24.371 colaboradores. As ULS continham 14.015 profissionais e, por fim, os Serviços Centrais contavam com 3.542 profissionais, como se pode verificar e analisar na Tabela 4.

**Tabela 4 - Tipologias das entidades na área da saúde em 2017**

Entidade	Médicos	Enfermeiros	TSS	TSDT	AT	AO	TS	Inf.	Outros	Total
Administrações Regionais de Saúde	7.267	7.088	433	774	5.368	2.151	1.077	94	119	24.371
Estabelecimentos Hospitalares	18.787	31.195	998	6.343	8.585	20.955	2.098	365	744	90.070
Unidades Locais de Saúde	2.493	5.017	150	864	1.930	2.995	352	90	124	14.015
Serviços Centrais	62	259	132	225	533	216	806	64	1.245	3.542
Total	28.609	43.559	1.713	8.206	16.416	26.317	4.333	613	2.232	131.998

Legenda: **TSS** – Técnico Superior de Saúde; **TSDT** – Técnico Superior das áreas de Diagnóstico e Terapêutica; **AT** – Assistente Técnico; **AO** – Assistente Operacional; **TS** – Técnico Superior; **Inf.** – Pessoal de Informática;

Fonte: Adaptado do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017)

Quanto à natureza jurídica as entidades na área da saúde agrupam-se nas seguintes tipologias: Entidades do Setor Público Administrativo (SPA), as E.P.E. e por instituições em regime de PPP. As entidades E.P.E. contaram, em 2017, com 95.175 profissionais, seguem-se as entidades SPA com 30.189 profissionais e, por fim, as PPP contaram, em 2017, com 6.634 profissionais de saúde.

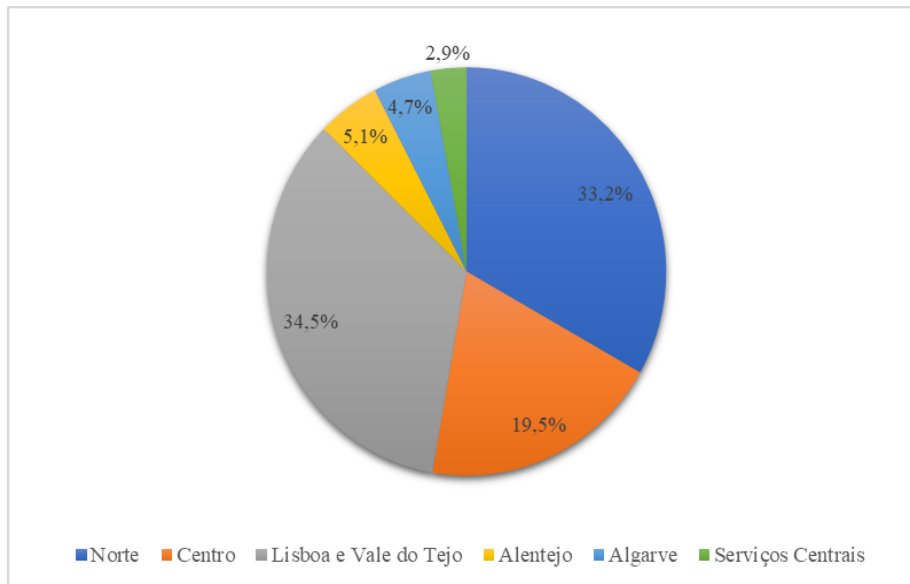
Tabela 5 - Natureza jurídica das entidades na área da saúde

Entidade	Médicos	Enfermeiros	TSS	TSDT	AT	AO	TS	Inf.	Outros	Total
SPA	7.766	8.249	631	1.183	6.153	2.894	1.788	151	1.374	30.189
E.P.E.	19.374	33.208	981	6.609	9.603	21.759	2.390	456	795	95.175
PPP	1.469	2.102	101	414	660	1.664	155	6	63	6.634
Total	28.609	43.559	1.713	8.206	16.416	26.317	4.333	613	2.232	131.998

Legenda: **TSS** – Técnico Superior de Saúde; **TSDT** – Técnico Superior das áreas de Diagnóstico e Terapêutica; **AT** – Assistente Técnico; **AO** – Assistente Operacional; **TS** – Técnico Superior; **Inf.** – Pessoal de Informática;

Fonte: Adaptado do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017)

Os diversos grupos de colaboradores divididos pelas cinco regiões de saúde e pelos Serviços Centrais, totalizam as seguintes percentagens:

**Figura 12 - Percentagem de trabalhadores por regiões em 2017**

Nota: Não inclui as entidades em regime de PPP

Fonte: Adaptado do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017)

Os colaboradores divididos por diversos grupos profissionais e, divididos por regiões, totalizam os valores indicados na Tabela 6. Destaca-se a região de Lisboa e Vale do Tejo com 43.232 profissionais e a região norte com 41.775 profissionais. Os serviços centrais contabilizaram, em 2017, 3.542 profissionais.

Tabela 6 - Trabalhadores por grupos profissionais e por regiões em 2017

Região/ Instituição	Médicos	Enfermeiros	TSS	TSDD	AT	AO	TS	Inf.	Outros	Total
Norte	10.089	14.264	517	2.185	5.175	7.955	1.142	182	266	41.775
Centro	5.222	8.641	334	1.488	3.030	5.025	610	112	166	24.628
Lisboa e Vale do Tejo	9.753	14.131	512	3.017	5.240	8.866	1.184	171	358	43.232
Alentejo	980	2.181	63	454	963	1.372	197	47	93	6.350
Algarve	1.034	1.981	54	423	815	1.219	239	31	41	5.837
Serviços Centrais	62	259	132	225	533	216	806	64	1.245	3.542

Legenda: TSS – Técnico Superior de Saúde; TSDD – Técnico Superior das áreas de Diagnóstico e Terapêutica; AT – Assistente Técnico; AO – Assistente Operacional; TS – Técnico Superior; Inf. – Pessoal de Informática.

Nota: Não inclui as entidades em regime de PPP

Fonte: Adaptado do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017)



Quanto aos tipos de vínculos existem os contratos de trabalho em função pública e os contratos individuais de trabalho. Para as entidades SPA e E.P.E., verifica-se que 60% dos vínculos existentes têm contratos de trabalho em funções públicas e 40% representam vínculos com contratos individuais de trabalho.

Segundo o Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017, p.56) em “*termos de modalidade de contrato, aproximadamente 91% dos vínculos existentes assumem a modalidade de contrato por tempo indeterminado ou sem termo. Os restantes 9% que consubstanciam contratos a termo (certo ou incerto) dizem maioritariamente respeito aos médicos internos, cerca de 76%, cuja modalidade de vinculação, como ficou dito, decorrente do regime jurídico do Internato Médico, é essencialmente o contrato de trabalho em funções públicas a termo resolutivo incerto.*

As demais situações de vínculos temporários dizem essencialmente respeito a contratos de trabalho a termo cuja fundamentação assenta na substituição de trabalhadores temporariamente ausentes”.

Tabela 7 - Total de trabalhadores por modalidade de contrato

Vínculos	Modalidade Contrato	Médicos		Enfermeiros	TSS	TSDT	AT	AO	TS	Inf	Outros	Total
		S/Internos	Internos									
CTFP	Tempo Indeterminado/Sem Termo	11.178	16	22.902	1.037	4.422	10.457	11.158	2.256	345	1.752	65.523
	Termo (certo e incerto)	292	8.877	44	48	62	344	257	18	1	7	9.950
CIT	Tempo Indeterminado/Sem Termo	6.667	0	17.446	523	3.205	4.903	12.859	1.841	260	405	48.109
	Termo (certo e incerto)	110	0	1.065	4	103	52	379	63	1	5	1.782
Total		18.247	8.893	41.457	1.612	7.792	15.756	24.653	4.178	607	2.169	125.364

Legenda: CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas; CIT – Contrato Individual de Trabalho; TSS – Técnico Superior de Saúde; TSDT – Técnico Superior das áreas de Diagnóstico e Terapêutica; AT – Assistente Técnico; AO – Assistente Operacional; TS – Técnico Superior; Inf. – Pessoal de Informática

Nota: Não contempla as entidades em regime de PPP

Fonte: Adaptado do Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional De Saúde (2017)

A tabela acima permite concluir que em 2017 e, não contabilizando as PPP, a percentagem de trabalhadores por modalidade de contrato está distribuída da seguinte forma:

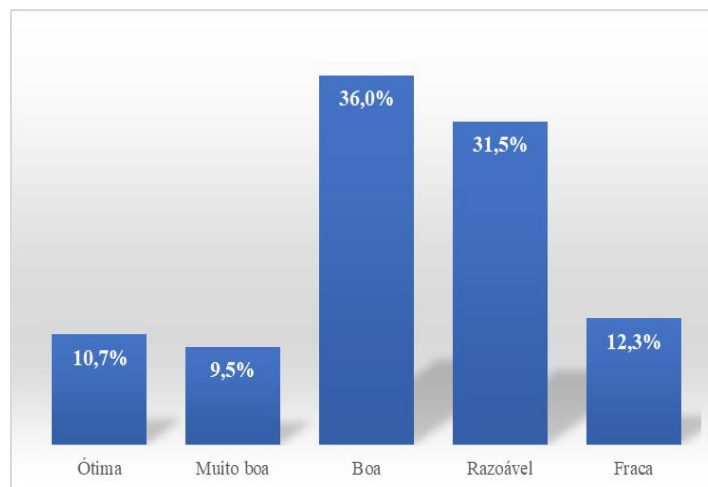
- ✓ Termo/Termo Incerto: 9,4%
- ✓ Tempo Indeterminado/Sem Termo: 90,6%



Em 2015 foi efetuado um Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português pela Direção-Geral da Saúde. Este estudo contou com 2.300 entrevistas válidas, distribuídas pelas Regiões NUTS II (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) em quotas proporcionais à população que residem nas diversas regiões.

À questão: “Em geral, como classifica a sua saúde neste momento?” obtiveram-se os seguintes resultados:

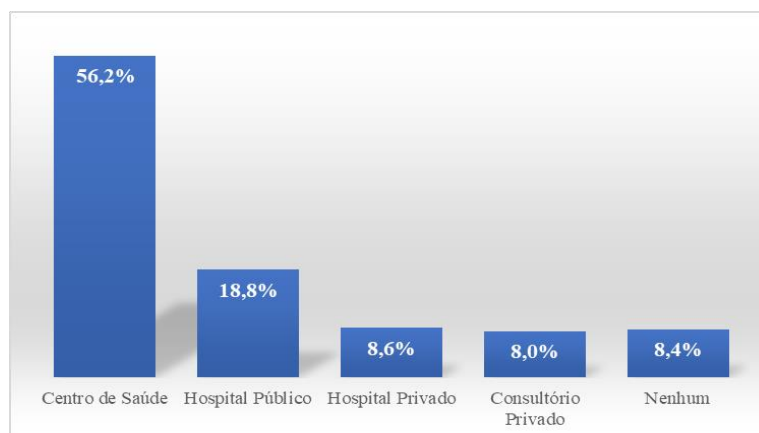
Figura 13 - Estado da Saúde



Fonte: Adaptado do Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português, 2015

À questão “Nos últimos 12 meses, a que serviço de saúde recorreu mais vezes?” obtiveram-se os seguintes resultados:

Figura 14 - Serviço de saúde recorrido

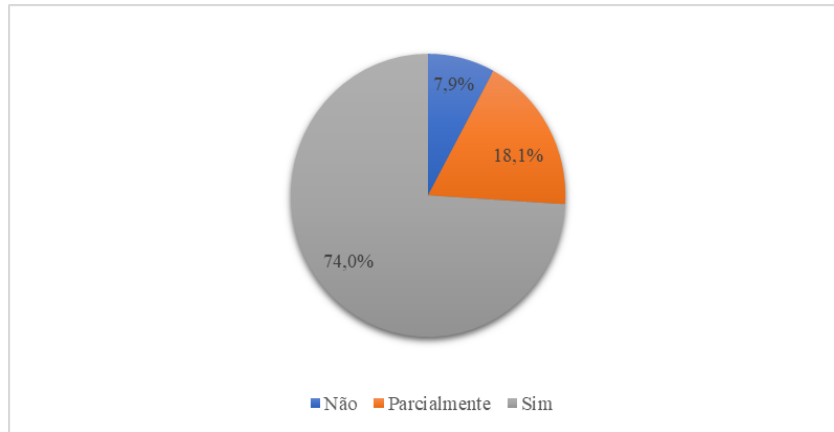


Fonte: Adaptado do Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português, 2015



À questão “No último contato com os serviços de saúde, considera que o seu problema de saúde foi resolvido?” obtiveram-se os seguintes resultados:

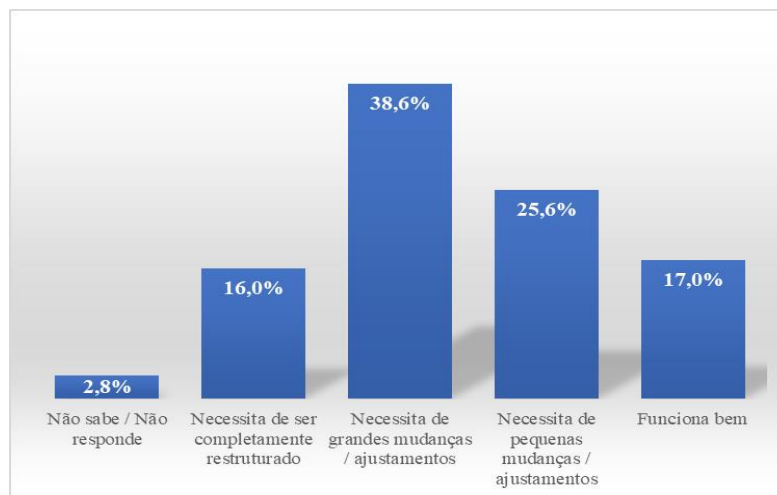
Figura 15 - Satisfação no último contacto com os serviços de saúde



Fonte: Adaptado do Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português, 2015

À questão a cerca da opinião geral sobre o funcionamento do Sistema de Saúde Português obtiveram-se os seguintes resultados:

Figura 16 - Opinião geral sobre o Sistema de Saúde Português



Fonte: Adaptado do Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português, 2015

Após uma análise detalhada a todas as questões abordadas neste estudo, é possível concluir que:



- ✓ A população inquirida classificou, de uma forma geral e, representado 36,1% da totalidade dos inquiridos, que a sua saúde está “Boa”;
- ✓ Das diversas instituições de saúde, 56,2% da população inquirida recorreu mais vezes aos centros de saúde, ficando os hospitais públicos em segundo lugar, representando 18,8%. Com percentagens mais baixas encontra-se o setor privado. Evidenciando o deterioramento das entidades privadas.
- ✓ 75% dos inquiridos recorreram ao setor de saúde público. 56,2% deslocaram-se aos cuidados de saúde primários (centros de saúde) e 18,8% deslocaram-se aos cuidados de saúde secundários ou hospitalares (hospitais públicos).
- ✓ 43% dos utentes de saúde inquiridos consideram que o Sistema de Saúde funciona bem ou necessita de pequenos ajustes. A necessidade de grandes mudanças/ajustamentos no sistema de saúde totaliza cerca de 39% e a necessidade de este ter de ser completamente reestruturado totaliza 16%. Desta forma, apenas 17% da população inquirida acha que o sistema de saúde funciona de forma correta.
- ✓ Cerca de 90,7% dos inquiridos consideram ser “bem atendidos” pelos profissionais de saúde.
- ✓ 74,0% dos inquiridos consideram que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido.
- ✓ O tempo despendido pelo médico durante as consultas satisfaz 87,4% dos inquiridos. 89,2% dos inquiridos considera que o médico lhes deu oportunidade de esclarecerem as suas questões e 93,9% dos inquiridos referem que as indicações dadas foram claras, esclarecedoras e compreensíveis. Cerca de 87,2% dos inquiridos considerou que o médico os envolveu sobre as decisões dos tratamentos a seguir.

Apesar das elevadas percentagens sobre a necessidade de ajustamentos nos sistemas de saúde verifica-se, com este estudo, que os utentes, de uma forma geral, se encontram satisfeitos com o SNS. Segundo informações contidas neste estudo, algumas percentagens de satisfação chegam a atingir valores acima da média registada no conjunto dos 14 países da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico).

O número de profissionais de saúde também se encontra em constante aumento, conforme a análise efetuada anteriormente. Conclui-se que o sistema de saúde em Portugal se encontra em constante crescimento e desenvolvimento.



3.4 Estrutura e composição das instituições visadas pela investigação

A zona geográfica do Médio Tejo tem sofrido complexos de processos de reengenharia hospitalar desde 1996, passando por uma constituição do Grupo Hospitalar em 1999. Sendo transformado, posteriormente, em Centro Hospitalar em 2001. Passando em 2002 para a natureza de Sociedade Anónima – S.A. (Decreto-Lei n.º 301/2002, de 11 de dezembro). O Centro Hospitalar do Médio Tejo modificou-se para o estatuto de Entidade Pública Empresarial (E.P.E.) em 2005, através do Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho e do Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, alterando o seu estatuto. As E.P.E. diferem das S.A. pois começaram a ser geridas de um ponto de vista mais empresarial combinando a satisfação dos utentes de saúde com a eficiência na gestão (Franca & Monte, 2010).

A população que abrange o Médio Tejo ascende os 235 mil habitantes numa área geográfica de 2.783km² (Pordata, 2017). Seguidamente é possível visualizar o número da população residente distribuída pelos Concelhos do Médio Tejo.

Tabela 8 - População residente por Concelhos no Médio Tejo

Concelhos	População Residente
Abrantes	36.062
Alcanena	13.012
Constância	3.994
Entroncamento	20.916
Ferreira do Zêzere	8.091
Mação	6.519
Ourém	44.579
Sardoal	3.785
Tomar	37.573
Torres Novas	35.314
Vila de Rei	3.346
Vila Nova da Barquinha	7.348
Médio Tejo	235.456

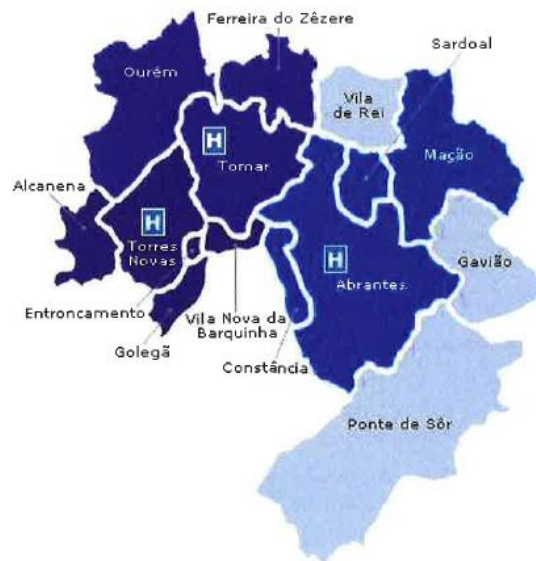
Fonte: Adaptado de Pordata (2017)



O Centro Hospitalar do Médio Tejo, abreviadamente reconhecido por CHMT, é constituído por três unidades hospitalares: Abrantes (Hospital Manoel Constâncio), Tomar (Hospital N.ª. Sra. Da Graça) e Torres Novas (Hospital Rainha Santa Isabel). Tais edifícios foram inaugurados, respetivamente, em 1985, 2003 e 2000.

O CHMT abrange os doze concelhos do distrito de Santarém e ainda os concelhos de Gavião, Ponte de Sôr e Vila de Rei, conforme a figura a baixo.

Figura 17- Médio Tejo



Fonte: Plano de Prevenção de Riscos de Gestão (2017)

Segundo o seu Regulamento Interno (2014) o CHMT é uma pessoa coletiva de direito público e de natureza empresarial. Possui autonomia financeira, administrativa e patrimonial. A sua sede é na Avenida Maria de Lourdes de Mello Castro, Apartado 118, em Tomar. Possuindo o número único de registo de identificação de pessoa coletiva: 506 361 608.

O CHMT assegura o princípio da igualdade. Possui como objetivo ser referenciado na prestação de cuidados de saúde, na eficiência e na eficácia da utilização dos recursos, ambicionando a satisfação dos seus utentes. Em suma visa “... o *tratamento e a reabilitação, em tempo clinicamente adequado, dos doentes, em condições ótimas de qualidade e humanidade dos serviços prestados*” (CHMT, 2018).



Segundo o Artigo 5.º do Regulamento Interno (2014), este Centro Hospitalar é regido pelo princípio da universalidade do acesso ao SNS, em função das regras de organização e as redes dos cuidados de saúde. Segundo a mesma fonte, executa os seguintes objetivos:

- ✓ Fim primário, que se resume como o tratamento e reabilitação dos utentes em tempo adequado, com condições de qualidade e humanidade excelentes;
- ✓ Internamento hospitalar, sempre que a assistência não poder ser efetuada no regime ambulatorio e/ou domicílio, prestando os serviços em estabelecimentos mais apropriados de unidades de saúde.

Segundo o Artigo 2.º a sua visão é ser reconhecido: “... *como um Centro Hospitalar de referência na prestação de cuidados de saúde, com especialidades diferenciadas, apostando no desenvolvimento de serviços eficientes e inovadores com uma gestão adequada dos recursos, sempre com o objetivo de atingir a satisfação dos seus utentes/clientes*”.

Segundo o Artigo 3.º, do Regulamento Interno (2014), o CHMT possui como missão: “*Prestar cuidados de saúde diferenciados, com eficiência e qualidade, em articulação com outros serviços de saúde e sociais da comunidade, a custos comportáveis, aos utentes da área de influência do Médio Tejo, promovendo a complementaridade entre os hospitais do centro hospitalar e apostando na motivação e satisfação dos seus profissionais*”.

O CHMT possui os seguintes valores: (Artigo 4.º, do Regulamento Interno, 2014):

- ✓ **Qualidade:** procurando obter bons resultados e bons níveis de serviço na prestação de cuidados, tendo como base a satisfação das necessidades dos utentes, apostando na melhoria contínua dos serviços, promovendo a sua cooperação;
- ✓ **Ética e integridade:** orientando as ações tomadas segundo os princípios de conduta;
- ✓ **Respeito pelos direitos individuais:** assumindo o compromisso de garantir a dignidade dos indivíduos nas relações decorrentes da sua operacionalidade;
- ✓ **Competência e inovação:** promovendo o desenvolvimento da instituição e a implementação de soluções que visem melhorar os serviços.



Quanto às políticas, o CHMT visa orientar os cuidados de saúde pela gestão da qualidade, com vista à satisfação dos utentes, a custos considerados justos. Visa (SNS, 2017):

- ✓ Orientar, satisfazendo as necessidades dos utentes;
- ✓ Garantir a transparência e a integridade da informação;
- ✓ Envolver os colaboradores na melhoria dos serviços prestados e assegurar a sua comunicação e formação;
- ✓ Controlar os riscos das instalações e atividades, garantindo a segurança;
- ✓ Cumprir os requisitos aplicáveis e melhorar a eficácia do sistema de gestão da qualidade;
- ✓ Garantir que os princípios desta política abranjam todas as funções.

Segundo o Plano de Atividades e Orçamento (2017), segue-se a Análise *Swot* do CHMT, com os seus pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças (Tabela 9 e 10).

Tabela 9 - Pontos fortes e ponto fracos

Pontos Fortes	Pontos Fracos
<ul style="list-style-type: none">- Fortalecimento dos quadros médicos;- Dinâmica e capacidade de inovação;- Capacidade instalada nos três edifícios hospitalares;- Promoção da melhoria contínua dos cuidados;- Reapetrechamento/renovação de equipamentos afetos às funções de diagnóstico e terapia.	<ul style="list-style-type: none">- Dispersão geográfica entre os três edifícios hospitalares;- Edifícios hospitalares de dimensão idêntica e cinco serviços de urgência;- Quadro de pessoal desequilibrado entre grupos profissionais.

Fonte: Adaptado de Plano de Atividades e Orçamento (2017)

**Tabela 10 - Oportunidades e ameaças**

Oportunidades	Ameaças
<ul style="list-style-type: none">- Expansão da atividade assistencial rentabilizando a capacidade instalada;- Aumento da produtividade melhorando os níveis de eficiência;- Garantia de sustentabilidade econômico-financeira;- Aumento da produtividade de atração dos recursos médicos;- Aposta na formação pré e pós-graduada dos médicos, enfatizando a recuperação das idoneidades formativas.	<ul style="list-style-type: none">- Constrangimentos econômico-financeiros;- Modelo de financiamento inadequado à realidade do CHMT;- Excesso de oferta hospitalar (sete hospitais num raio de 50/100kms);- Resistência à criação de uma identidade institucional agregada, que fortaleça a marca CHMT.

Fonte: Adaptado de Plano de Atividades e Orçamento (2017)

A estrutura organizacional encontra-se definida no Regulamento Interno e pode ser visualizada no **Anexo I**. No que concerne aos órgãos sociais do CHMT são:

- ✓ Conselho de Administração;
- ✓ Fiscal Único;
- ✓ Conselho Consultivo.

Segundo o Artigo 4.º do Regulamento Interno (2014), o Conselho de Administração é composto pelo Presidente e no máximo por quatro vogais, exercendo funções executivas. Um dos membros é o Diretor Clínico e outro dos membros é o Enfermeiro-Diretor. Cada mandato possui a duração de três anos e pode ser renovado três vezes consecutivamente. Segundo o Artigo 10.º do mesmo Regulamento, compete ao Conselho de Administração cumprir os objetivos básicos e o exercício de todos os poderes de gestão, desde que não estejam reservados a outros órgãos.



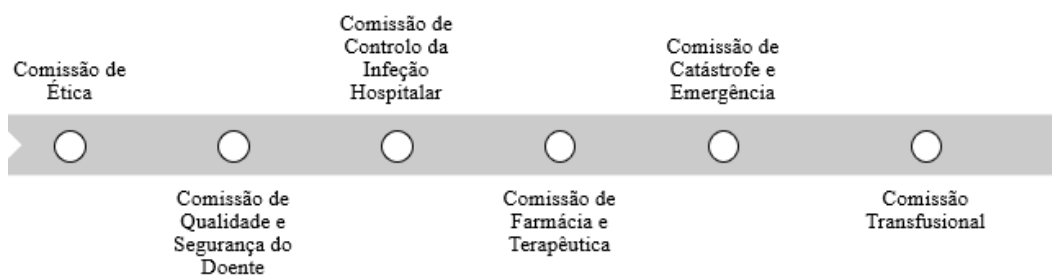
Segundo o Artigo 16.º, do mesmo Regulamento, o Fiscal Único é o responsável pelo controlo da legalidade, regularidade e gestão financeira e patrimonial. Este é designado por despacho do membro do governo que é responsável pela área de finanças, entre os auditores registados na Comissão do Mercado de Valores Mobiliários ou de entre os Revisores Oficiais de Contas, sempre que o primeiro não se mostre adequado. O mandato possui a duração de três anos e é renovável uma vez.

O Artigo 18.º afirma que o Conselho Consultivo é composto por diversos representantes, e cujo mandato tem a duração de três anos. Compete-lhe:

- ✓ Analisar planos de atividade anuais e plurianuais;
- ✓ Analisar as informações necessárias ao acompanhamento da atividade no CHMT;
- ✓ Emitir recomendações de forma a melhorar o funcionamento dos serviços em função dos recursos disponíveis.

No CHMT existem as Comissões de Apoio Técnico. Assumem-se como órgãos de carácter consultivo que colaboram com o Conselho de Administração, por iniciativa própria, ou a pedido, nas matérias que lhes compete (Artigo 26.º Regulamento Interno, 2014). São designadas as seis Comissões (Fig. 18).

Figura 18 – Comissões de Apoio Técnico



Fonte: Adaptado do Artigo 26.º do Regulamento Interno (2014)

Segundo o Plano de Atividades e Orçamento (2017) o CHMT articula-se com outras instituições hospitalares e redes de cuidados continuados, garantindo a gestão integrada dos cuidados de saúde prestados. Na mesma região existem outras unidades hospitalares: Hospital Distrital de Santarém, Centro Hospitalar de Leiria, Unidade Local de Saúde de



Castelo Branco e Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano. Para além destas, o CHMT também se relaciona com as seguintes instituições: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil (Lisboa e Coimbra), Centro Hospitalar de Lisboa Central, Centro Hospitalar de Lisboa Norte e Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

O Artigo 34.º do Regulamento Interno (2014) divide o CHMT em duas áreas. A área assistencial, que engloba os departamentos e serviços que prestam diretamente serviços médicos e a área de apoio, que engloba as unidades de suporte à atividade, que se subdividem em serviços.

No seguimento do referido anteriormente, o CHMT compreende os seguintes departamentos e serviços assistenciais (Artigo 35.º, do mesmo Regulamento):

- ✓ **Departamento da urgência e unidade de cuidados intensivos:** Serviço de Urgência:
 - 1) Urgência Médico-Cirúrgica - Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes;
 - 2) Urgências Básicas.
- ✓ **Departamento da área médica:** Serviço de Medicina Interna; Cardiologia; Pneumologia; Gastroenterologia; Nefrologia; Psiquiatria; Ambulatórios:
 - 1) Consultas Externas;
 - 2) Hospitais de Dia.
- ✓ **Departamentos da área cirúrgica:** Serviço de Cirurgia Geral; Ortopedia; Urologia; Otorrinolaringologia; Oftalmologia.
- ✓ **Departamento da área da mulher e da criança:** Serviço de Ginecologia/Obstetrícia; Pediatria e Neonatologia.
- ✓ **Departamento da área de anestesiologia e bloco operatório:** Serviço de Anestesiologia; Blocos Operatórios; Unidade de Cuidados Paliativos; Central de Esterilização.
- ✓ **Departamento de meios complementares de diagnóstico e terapêutica:** Serviço de Patologia Clínica; Imagiologia; Medicina Física e Reabilitação; Imunohemoterapia.

No seguimento do referido anteriormente, o CHMT compreende a seguinte área de apoio, constituída pelos serviços de suporte à atividade assistencial (Artigo 36.º, do mesmo



regulamento): farmácia, gestão de doentes, gestão financeira, gestão hoteleira, gestão logística, gestão da qualidade, gestão dos recursos humanos, instalações e equipamentos, serviço social, sistemas de informação e planeamento e controlo de gestão.

Quanto aos instrumentos de planeamento o CHMT elabora um Plano Estratégico de caráter anual onde efetua a delimitação das suas opções estratégicas. Este é operacionalizado através do Plano de Atividades e Orçamento e do Contrato de Gestão. São estes os documentos que indicam os resultados que se pretendem alcançar. Quanto aos instrumentos de execução e controlo, permitem acompanhar e avaliar a atividade planeada através de relatórios trimestrais acompanhados de relatórios dos órgãos fiscais.

Foram definidos os seguintes eixos estratégicos de eficiência e controlo orçamental (Plano de Atividades e Orçamento, 2017):

- ✓ Ganhos de eficiência e aquisição de bens e serviços;
- ✓ Otimização da gestão do património imobiliário, incluindo o uso mais eficiente de espaço e eliminação de arrendamentos injustificadamente onerosos;
- ✓ Aumentar a produtividade dos serviços, por exemplo, por reconfiguração de processos e eliminação de atividades redundantes;
- ✓ Melhoria do acesso a cuidados de saúde diferenciados.

O CHMT é então um estabelecimento de referência do SNS. Desempenha funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde. Visa a aposta crescente no desenvolvimento de serviços eficazes, eficientes e inovadores. Pretende uma gestão adequada dos recursos com o objetivo satisfazer os seus utentes.

A sua atividade é orientada por critérios de qualidade, economia, eficiência e eficácia e através da sustentabilidade: económica, financeira, social e ambiental.

Segundo o CHMT (2017) o ano de 2016 foi um ano de grande crescimento. Contou com mais internamentos, mais consultas externas, mais atendimentos nas urgências, mais cirurgias e mais recursos humanos. O número de profissionais que prestaram diretamente cuidados de saúde, em 2016, teve um acréscimo de 219 colaboradores comparando com o ano de 2014 (1.628 profissionais em 2016, 1.409 profissionais em 2014).

Em 2012 saíram 117 profissionais e entraram 38. Já no ano de 2016 saíram 169 e entraram 309 profissionais. Realça-se o grupo profissional de enfermeiros. Em 2016 foram



contratados 153, terminando a colaboração de 82 enfermeiros. O que conta com o acréscimo de 71 profissionais de saúde na área de enfermagem.

Segundo a mesma fonte, 2016 foi um ano de grande crescimento exceto para a Maternidade. O número anual de partos tem vindo a decrescer desde 2010.

O CHMT registou, em 2017:

- ✓ 17.297 internamentos;
- ✓ 178.473 consultas externas (o número mais elevado desde 2010);
- ✓ 10.507 intervenções cirúrgicas;
- ✓ 153.872 atendimentos de urgência, mais 4.040 que em 2012;
- ✓ Diminuiu a dívida acumulada para 26.047.173,63€. Em 2013 a dívida estava em valores superiores a 50 Milhões de Euros.

Segundo o SNS (2019) o CHMT conta com 1.908 trabalhadores. Destacando-se o número de enfermeiros: 730 e o número de médicos: 239.

Tabela 11 - Distribuição de trabalhadores por grupo profissional, em 2019

Região/ Instituição	Médicos	Enfermeiros	TSS	TSDT	AT	AO	TS	Inf.	Outros	Total
Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.	239	731	25	144	172	521	51	12	14	1.908

Legenda: **TSS** – Técnico Superior de Saúde; **TSDT** – Técnico Superior das áreas de Diagnóstico e Terapêutica; **AT** – Assistente Técnico; **AO** – Assistente Operacional; **TS** – Técnico Superior; **Inf.** – Pessoal de Informática.

Fonte: Adaptado da base de dados transparência do SNS (2019)

No que diz respeito à análise do desempenho hospitalar e, segundo o Relatório Analítico de Março, elaborado em 2017 pelo CHMT, foram realizadas 17.459 consultas médicas, uma subida de 11,9% face ao mês de março de 2016.

No primeiro trimestre de 2017 o CHMT realizou 48.879 consultas, um aumento de 3.568 consultas relativamente ao primeiro trimestre de 2016. Destaca-se a especialidade de oftalmologia com mais de 1.709 consultas, apresentando um crescimento de 38,5% e destaca-se a especialidade de ortopedia com mais 579 consultas, apresentando um crescimento de 19,8%.

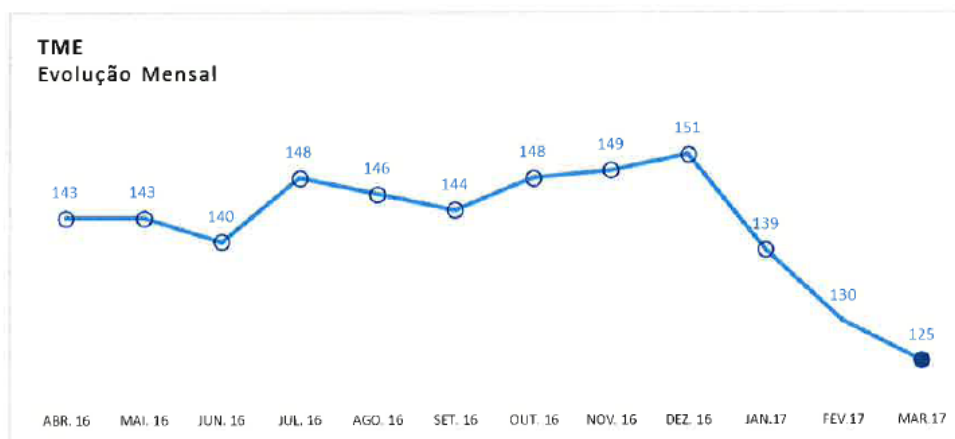


Em março de 2017 foram realizadas 949 cirurgias, registrando-se um aumento de 95 face ao período homólogo. Quanto ao hospital de dia registou-se também um crescimento de 506 sessões por mês. Totalizando em março de 2017 2.834 sessões.

O atendimento de urgências registou um aumento de 308 atendimentos de março de 2016 comparando com março de 2017, totalizando 12.787 atendimentos, uma subida de 2,5%.

Seguidamente é ilustrado o gráfico com o TME (tempo médio de espera) para cirurgia, de março de 2016 a março de 2017. O tempo médio de espera para a realização de uma cirurgia situava-se nos 125 dias em 2017, uma redução de 26 dias face ao final do ano de 2016. A cirurgia geral destaca-se com a maior redução do tempo de espera com menos de 46 dias.

Figura 19 - Tempo médio de espera - evolução mensal



Fonte: Relatório Analítico de Março (2017)

Em 2016 o CHMT efetuou 177.299 consultas médicas, 17.297 altas, 795 partos, 537 visitas domiciliárias, 10.507 cirurgias, 153.872 atendimentos nas urgências e 27.108 sessões de hospital de dia (Relatório e Contas, 2016).



3.5 Síntese

A taxa de mortalidade, a esperança média de vida, entre outros indicadores confirma que Portugal é um país desenvolvido. Tais indicadores revelam que as condições de vida e os avanços tecnológicos hospitalares têm evoluído de forma eficaz, eficiente e inovadora. Sendo que o SNS se tem vindo a adaptar consoante as evoluções e novas necessidades, melhorando o acesso aos cuidados de saúde.

O desenvolvimento de áreas como: definição de prioridades de saúde, planeamento de sistemas, financiamento e alocação de recursos, reconhecimento profissional e gestão geral da qualidade, são importantes objetivos para melhorar os sistemas de saúde (Shaw, 2003).

Como consequência da globalização o setor da saúde não foi exceção e tem-se tornado cada vez mais competitivo no que diz respeito à qualidade dos serviços prestados. Em suma, os hospitais pretendem melhorar os seus serviços de saúde de forma contínua.

O SNS dispõe de cuidados de saúde primários, hospitalares e cuidados de saúde continuados integrados.

Verifica-se a existência de serviços de saúde: públicos, privados e parcerias público-privadas. As entidades de saúde agrupam-se em Administrações Regionais de Saúde, Estabelecimentos Hospitalares, Unidades Locais de Saúde e Serviços Centrais.

Através dos dados apresentados ao longo deste capítulo é possível verificar que o setor da saúde se encontra em constante crescimento. Apresenta boas taxas de satisfação dos utentes, no entanto é visível que várias ainda são as lacunas existentes, que necessitam de ser colmatadas.

Destaca-se o aumento dos profissionais de saúde em todo o território nacional. No CHMT também se destaca o aumento do número de profissionais de saúde, destacando-se o aumento dos enfermeiros assim como o aumento dos internamentos, consultas externas, intervenções cirúrgicas, atendimentos de urgência e diminuição da dívida acumulada.



Capítulo 4 – Metodologia

4.1 Introdução

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia adotada para esta investigação, identificando e descrevendo os métodos científicos utilizados para a recolha dos dados e para o seu respetivo tratamento, fundamentando as decisões tomadas.

A metodologia é uma componente fundamental para esta investigação, assumindo-se como a base para o alcance dos seus objetivos, previamente estabelecidos. Dada a natureza qualitativa da informação recolhida, o estudo de caso irá ser o instrumento metodológico a utilizar nesta investigação. Um estudo de caso é *“um método de investigação utilizado no âmbito das Ciências Sociais que pressupõe uma apresentação rigorosa de dados empíricos, baseada numa combinação de evidências quantitativas e qualitativas”* Barañano (2004, p.102).

4.2 Inquéritos por questionário

Para a obtenção de dados podem ser utilizados: questionários, entrevistas, análise de conteúdos, entre outros (Oliveira, 1999). Considerando as várias hipóteses, foi decidido que o método a utilizar seria a aplicação de inquéritos por questionário uma vez que se trata de um estudo de caráter exploratório e com fins descritivos (Babbie, 2010).

De forma a recolher os dados necessários à investigação optou-se pelo envio de inquéritos por questionário via *e-mail*, através do envio de um *link*, utilizando a plataforma de questionários *online* da Google a todo o universo pretendido.

O grupo profissional que apresentou maior dimensão, em 2017, foi o grupo de enfermagem totalizando 43.559 trabalhadores, representando 33,0% do total dos colaboradores do Ministério da Saúde e do SNS. Em 2017, a instituição selecionada para estudo de caso, o Centro Hospitalar do Médio Tejo, contou com 1.886 trabalhadores, destacando-se igualmente o número de enfermeiros (731). Considerando o exposto, optou-se por definir que o grupo profissional de enfermagem a operar no ano de 2019 no CHMT, incluindo



todas as suas hierarquias: coordenadores, chefes, especialistas e enfermeiros de cuidados gerais iria ser o universo desta investigação, ou seja, o conjunto de todos os elementos cujas características pretendemos estudar (Barañano, 2004). Procurando esclarecer, com este inquérito por questionário, as questões levantadas para esta investigação. Para tal foi necessário a colaboração do CHMT. Foi efetuado um pedido, que foi a Comissão de Ética, passando também pelo Conselho de Administração do CHMT. Pedido esse que teve parecer positivo (**Anexo II e III**).

O questionário define-se como *“a ferramenta utilizada para a obtenção de informação em primeira mão, onde o entrevistador tem bastantes conhecimentos sobre o tema em análise e foca explicitamente os aspectos essenciais em que tenciona aumentar os seus conhecimentos”* Barañano (2004, p.96). Segundo o ponto de vista de Quivy e Campenhoudt (2005, p.189) o questionário é *“um instrumento de observação não participante, baseado numa sequência de questões escritas, que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, representações, crenças e informações factuais, sobre eles próprios e o seu meio”*.

O inquérito por questionário é fundamental para a verificação das hipóteses previamente formuladas. A aplicação de inquéritos por questionário, assim como qualquer outro método para recolha de dados, apresenta vantagens e desvantagens. Parreira (2012) menciona as seguintes:

Tabela 12 - Vantagens e desvantagens da aplicação de um inquérito por questionário

Vantagens	Desvantagens
Permite recolher informação de um elevado número de inquiridos ao mesmo tempo e de forma rápida; Custo menor; Maior sistematização dos resultados fornecidos; Maior facilidade de análise.	Processo de elaboração pode ser demorado; Elevada taxa de não-respostas; Não é aplicável a toda a população; Nem sempre é fácil a interpretação das respostas; É difícil saber se os inquiridos estão a responder o que sentem ou se respondem de acordo com o que pensam que são as expectativas do investigador.

Fonte: Adaptado de Parreira (2012) e Oliveira (2014)



Segundo Barañano (2004) existem questões de resposta aberta e questões de resposta fechada. Nas questões de resposta aberta e, segundo a mesma autora (p.97), “*o entrevistador formula uma questão e o entrevistado responde como quer, sendo aquilo que diz integralmente anotado pelo entrevistador*”. As questões de resposta aberta possuem a grande vantagem de não enviesar as respostas, constituindo um importante apoio na interpretação dos resultados. Já nas questões de resposta fechada “*o entrevistador, depois de colocar a questão, apresenta ao entrevistado uma lista pré-estabelecida de respostas possíveis, de entre as quais este tem de indicar a mais parecida à resposta que deseja dar*” Barañano (2004, p.98).

As questões de resposta fechada possuem como vantagem a facilidade na codificação e análise de resultados. O inquérito por questionário a efetuar possui todas as questões de resposta fechada no entanto, para que os colaboradores possam verificar que estão de facto a ser ouvidos, pretende-se manter um espaço livre para que os mesmos concluem o questionário com qualquer comentário adicional que lhes pareça pertinente sobre esta temática (conforme se pode verificar no **Anexo IV**).

Para a elaboração do inquérito por questionário foi efetuada uma consulta bibliográfica acerca da avaliação de desempenho em hospitais, mas também foi efetuada uma consulta em estudos cujos objetivos incidiam na avaliação de desempenho em outros contextos, complementando, desta forma, a informação pretendida. Trata-se de um questionário adaptado da investigação de Matias (2013).

As investigações possuem dois métodos de desenvolvimento do conhecimento científico: o método qualitativo e o método quantitativo. Segundo Oliveira (2014) o “*método qualitativo difere, em princípio, do quantitativo na medida que não emprega metodologias estatísticas como base do processo de análise do problema. Já o método quantitativo é caracterizado pela quantificação, tanto na recolha de informações como no tratamento dessas, através de técnicas estatísticas, desde as mais simples até às mais complexas*”. A presente investigação afirma-se com um carácter qualitativo.

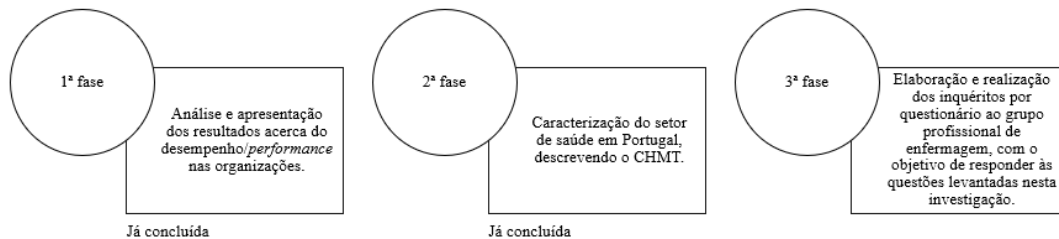
4.3 Desenho da investigação

Numa primeira fase foi efetuada a revisão da literatura que se dividiu em dois capítulos. O primeiro capítulo abordou o desempenho e a sua importância nas organizações. O segundo



capítulo incidiu sobre a caracterização do setor de saúde em Portugal, no qual foi descrita a instituição de saúde selecionada para o estudo de caso desta investigação.

Figura 20 - Desenho da investigação



Fonte: Adaptado de Loureiro (2015)

4.4 Síntese

A presente investigação estava dependente da participação voluntária do CHMT bem como do grupo profissional de enfermagem. Após Comissão de Ética e após passar pelo Conselho de Administração tivemos parecer positivo para implementação e divulgação dos inquéritos pelo grupo profissional de enfermagem, o grupo com o maior número de profissionais no CHMT e com maior crescimento. A presente investigação é qualitativa.

Para a recolha de dados foi elaborado um inquérito por questionário, relacionado com a importância da avaliação de desempenho, com questões de resposta fechada contendo, no entanto, um espaço de observações para que os enfermeiros tivessem a oportunidade de escrever comentários pertinentes sobre esta temática. O universo existente é constituído por 758 enfermeiros (SNS, 2019), constituindo cerca de 38% do CHMT. Estes questionários foram colocados *online* através da plataforma Google Forms.

Este inquérito por questionário foi efetuado com base num estudo realizado anteriormente por Matias, em 2013, encontrando-se já validado. O tratamento dos dados realizados nesse mesmo estudo foi de origem descritiva. Na presente investigação o tratamento dos dados seguirá a mesma metodologia, sendo igualmente de natureza descritiva. Para fazer a análise descritiva dos dados obtidos com os inquéritos por questionário os mesmos serão analisados através do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). De forma a complementar a análise descritiva será efetuada uma DEA com a finalidade de verificar o desempenho do CHMT, DEA recorrendo ao uso do *Software Frontier Analyst*, versão 4.2.0.



Capítulo 5 – Análise e Discussão dos Resultados

Este capítulo pretende descrever e caracterizar a amostra e, complementando essa caracterização, será efetuada uma DEA.

5.1 Análise descritiva dos dados

Ao inquérito por questionário efetuado foram obtidas 82 respostas. A amostra existente são 758 enfermeiros (SNS, 2019), constituindo os mesmos cerca de 38% do CHMT, sendo a taxa de resposta 11%. O sistema de avaliação de desempenho utilizado nesta instituição é o SIADAP (CHMT, 2019).

5.1.1 Descrição e caracterização da taxa de resposta

A taxa de resposta obtida, conforme Tabela 13, é superior na faixa etária dos 31 aos 40 anos. Sendo que com idade igual ou superior a 61 anos ninguém respondeu a este inquérito. Verifica-se, com percentagens mais elevadas, que 73,2% dos colaboradores inquiridos possuem Licenciatura e 24,4% possuem Mestrado (Tabela 14).

Tabela 13 – Q1: Idade

	%	Totalidade
20 - 30 Anos	14,6%	12
31 - 40 Anos	39%	32
41 - 50 Anos	26,8%	22
51 - 60 Anos	19,5%	16
>= 61 Anos	0%	0

Fonte: Elaboração própria

Tabela 14 – Q2: Formação académica

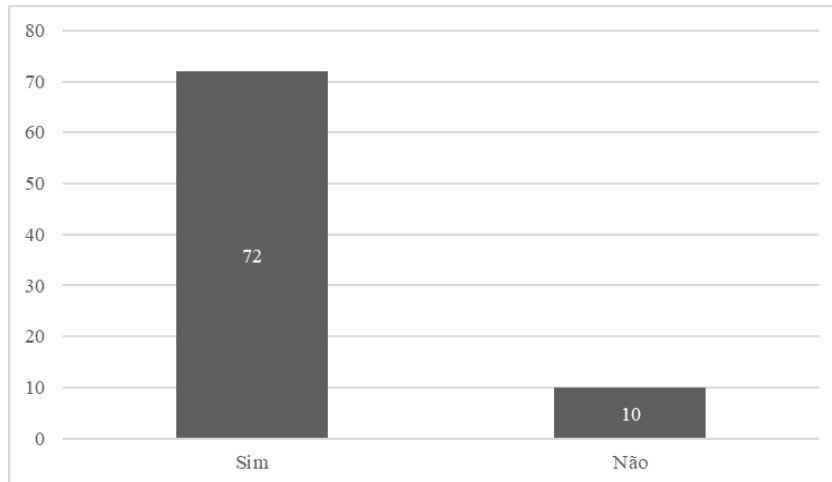
	%	Totalidade
Básico	1,2%	1
Secundário	0%	0
Licenciatura	73,2%	60
Mestrado	24,4%	20
Doutoramento	0%	0
Outra	1,2%	1

Fonte: Elaboração própria



Na Q3, 76,8% afirma possuir experiência profissional anterior. Somente 23,2% não têm experiência profissional anterior.

Figura 21 – Q3: Experiência profissional



Fonte: Elaboração própria

Destaca-se que 57,3% trabalha no CHMT há mais de 10 anos. Somente 8,5% trabalha há menos de 1 ano nesta instituição.

Tabela 15 – Q4: Anos de trabalho no CHMT

	%	Totalidade
Menos de 1 ano	8,5%	7
1 - 5 anos	18,3%	15
6 - 10 anos	15,9%	13
Mais de 10 anos	57,3%	47

Fonte: Elaboração própria

Os enfermeiros de cuidados gerais correspondem a 56,1% do total de respostas. De seguida os enfermeiros especialistas, com 25,6% e os chefes com 15,9%.

Tabela 16 – Q5: Função

	%	Totalidade
Coordenador/a	0%	0
Chefe	15,9%	13
Especialista	25,6%	21
Cuidados gerais	56,1%	46
Outra	2,4%	2

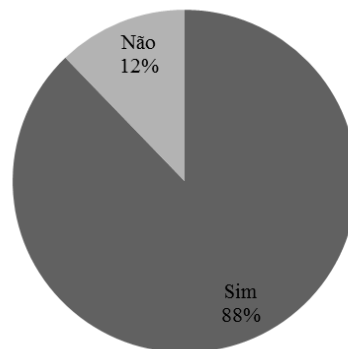
Fonte: Elaboração própria



5.1.2 Avaliação de desempenho

Conforme o gráfico circular (Fig. 22), 88% conhece os objetivos estratégicos do CHMT. Os restantes 10 enfermeiros que participaram neste questionário não conhecem os objetivos do CHMT.

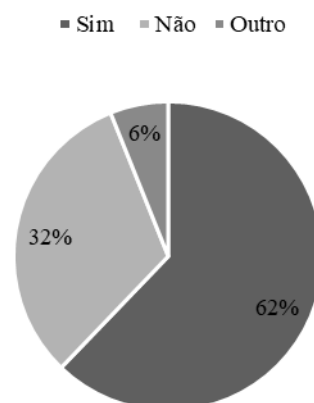
Figura 22 - Q6: Os inquiridos conhecem os objetivos estratégicos do CHMT



Fonte: Elaboração própria

Na Q7, 51 enfermeiros consideram que a avaliação de desempenho é efetuada regularmente no CHMT, já os restantes 26 inquiridos acham que a mesma não é efetuada regularmente. 5 inquiridos responderam outro.

Figura 23 – Q7: A avaliação de desempenho no CHMT é efetuada regularmente

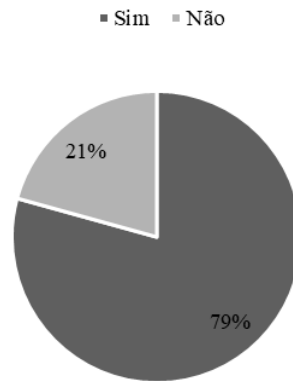


Fonte: Elaboração própria



Na Q8, 79% considera que avaliar o desempenho permite detetar erros e adotar medidas de correcção. 21% não concorda com essa afirmação.

Figura 24 – Q8: Avaliar o desempenho permite detetar erros e adotar medidas de correcção



Fonte: Elaboração própria

A Q8 do questionário confirma o ponto de vista de Lebas & Euske (2002), que avaliar o desempenho permite detetar erros e permite adoção de medidas correctivas. Na Q9, também com elevadas percentagens, temos como efeitos da avaliação de desempenho a produtividade, a selecção, formação, desenvolvimento e remuneração, confirmando novamente com a revisão da literatura, no ponto de vista de Lebas & Euske (2002). No entanto os enfermeiros consideraram como os três principais efeitos da avaliação de desempenho: alcançar a *performance* organizacional (53,7%), a nível pessoal e a nível organizacional (50%) e permitir melhorar e implementar sistemas de gestão de apoio à avaliação de desempenho (50%).

Tabela 17 – Q9: Principais efeitos da avaliação de desempenho

	%	Totalidade
Na produtividade através do controlo do desempenho	35,4%	29
Na selecção	11%	9
Na formação	34,1%	28
No desenvolvimento	48,8%	40
Na remuneração	24,4%	20
A nível pessoal e a nível organizacional	50%	41
No alcance da <i>performance</i> organizacional	53,7%	44
Nos colaboradores, tornando-os mais eficientes, eficazes, responsáveis e satisfeitos dentro da organização, compreendendo as suas funções e papéis no seu local de trabalho	42,7%	35



	%	Totalidade
Melhorando e/ou implementando sistemas de gestão de apoio à avaliação de desempenho, de forma a atingir os objetivos e metas organizacionais previamente estabelecidos	50%	41
Outros	15,9%	13

Fonte: Elaboração própria

Verifica-se que 72% considera que a avaliação de desempenho não beneficia de igual forma o avaliador e o avaliado, não se verificando na taxa de resposta obtida que avaliar o desempenho no CHMT seja uma ferramenta polivalente que beneficia o avaliador e o avaliado conforme afirma Magalhães (2014). Somente 28% considera beneficiar o avaliador e o avaliado.

Tabela 18 - Q10: A avaliação de desempenho beneficia o avaliador e o avaliado

	%	Totalidade
Sim	28%	23
Não	72%	59

Fonte: Elaboração própria

Em relação à questão acerca da avaliação de desempenho ser benéfica e influenciar os resultados organizacionais destaca-se que 29,3% concorda e 28% concorda fortemente, numa escala de Likert. Apesar de na Q10 considerarem que a avaliação de desempenho não beneficia o avaliador e o avaliado é constatado que 68% concordam, concordam muito ou concordam fortemente a influência da mesma nos resultados organizacionais.

Tabela 19 - Q11: Avaliar o desempenho é benéfico e influencia os resultados organizacionais

	%	Totalidade
Discordo fortemente	13,4%	11
Discordo muito	9,8%	8
Não concordo nem discordo	7,3%	6
Concordo	29,3%	24
Concordo muito	11%	9
Concordo fortemente	28%	23
Outro	1,2%	1

Fonte: Elaboração própria



É constatado que 73,2% considera que a avaliação de desempenho veio introduzir uma gestão por objectivos. Somente 26,8% respondeu que a avaliação de desempenho não veio introduzir uma gestão por objetivos.

Tabela 20 - Q12: Os sistemas de avaliação de desempenho introduziram uma gestão por objetivos

	%	Totalidade
Sim	73,2%	60
Não	26,8%	22

Fonte: Elaboração própria

Na Q12 confirmou-se a revisão da literatura, os sistemas de avaliação de desempenho vieram efectivamente introduzir uma gestão por objectivos (Russo, 2017). Já na Q13 não se verifica que os sistemas de avaliação de desempenho vieram introduzir uma maior participação dos colaboradores na definição dos objectivos, conforme afirmou o mesmo autor, pois 75,6% respondeu que não. Somente 24,4% considera que a avaliação de desempenho veio introduzir uma maior participação dos colaboradores na definição dos objetivos.

Tabela 21 - Q13: Os sistemas de avaliação de desempenho introduziram uma maior participação dos colaboradores na definição dos objetivos

	%	Totalidade
Sim	24,4%	20
Não	75,6%	62

Fonte: Elaboração própria

Apesar de se verificar que 56 das 82 respostas obtidas considerarem a avaliação de desempenho muito importante para os resultados organizacionais, na questão sobre se o atual sistema de avaliação de desempenho é importante e eficaz, verifica-se que os enfermeiros consideram o sistema pouco importante e eficaz, totalizando 45,1% e nada importante e eficaz, totalizando 31,7% (Tabela 22).

**Tabela 22 - Q14: O atual sistema de avaliação de desempenho no CHMT é importante e eficaz**

	%	Totalidade
Nada importante e eficaz	31,7%	26
Pouco importante e eficaz	45,1%	37
Totalmente importante e eficaz	23,2%	19

Fonte: Elaboração própria

Quem considerou o sistema de avaliação de desempenho pouco ou nada importante e eficaz considera, essencialmente, que o sistema não foi claro nem bem estruturado (67,7%), os indicadores utilizados não são os mais adequados (66,1%) e a avaliação nem sempre é feita nos moldes em que é definida (54,8%).

Tabela 23 – Q14: Razões para que o sistema de avaliação de desempenho não seja eficaz

	%	Totalidade
Os avaliadores continuam a não perceber a importância da correta definição dos objetivos, e como tal não os definem corretamente	21%	13
As chefias continuam a não se envolver, ou a envolver-se muito pouco	27,4%	17
Falta de visão estratégica	41,9%	26
O processo de decisão é lento	25,8%	16
Não há recursos qualificados para conduzir o processo de avaliação de desempenho	14,5%	9
Os resultados esperados não foram conseguidos	11,3%	7
A avaliação nem sempre é feita nos moldes em que foi definida	54,8%	34
Os indicadores utilizados para avaliar o desempenho não são os mais adequados	66,1%	41
As escalas utilizadas não são as mais adequadas	38,7%	24
Não é possível identificar deficiências	16,1%	10
O sistema não foi claro nem bem estruturado	67,7%	42

Fonte: Elaboração própria

À questão sobre quem são os beneficiários da avaliação de desempenho somente 51,2% concorda que são todos os membros que compõe a organização.

Tabela 24 - Q15: Os beneficiários da avaliação de desempenho

	%	Totalidade
Ninguém	15,9%	13
Todos os membros que compõem a organização	51,2%	42



	%	Totalidade
Os utentes	42,7%	35
Os administradores e acionistas	6,1%	5
Os gestores	17,1%	14
O departamento de recursos humanos	7,3%	6
Outros	4,9 %	4

Fonte: Elaboração própria

Na Q16, 37,8% respondeu que concordam que a avaliação de desempenho tem importância para o desenvolvimento da organização em estudo, numa escala de Likert. As restantes respostas dividiram-se de forma semelhante pelas outras opções de resposta, conforme tabela abaixo.

Tabela 25 - Q16: A avaliação de desempenho tem importância para o desenvolvimento do CHMT

	%	Totalidade
Discordo fortemente	15,9%	13
Discordo muito	11%	9
Não concordo nem discordo	9,8%	8
Concordo	37,8%	31
Concordo muito	14,6%	12
Concordo fortemente	11%	9
Outro	0%	0

Fonte: Elaboração própria

Com as 82 respostas obtidas com este inquérito por questionário conclui-se que para os enfermeiros as três principais vantagens conseguidas com a avaliação de desempenho são: foram conseguidos objetivos mais específicos (47,6%), a avaliação passou a ser um processo contínuo, sistemático e permanente (41,5%) e passou a haver objetivos que variam consoante os serviços (37,8%). 34,1% (28 enfermeiros) considera que não foram conseguidas vantagens com a avaliação de desempenho (Tabela 28).

As restantes opções de resposta também obtiveram respostas, embora com percentagens menores que as referidas anteriormente, confirmando a literatura (Magalhães, 2014).

**Tabela 26 – Q17: Vantagens conseguidas com a avaliação de desempenho**

	%	Totalidade
Não foram conseguidas vantagens	34,1%	28
Reduziu-se os conflitos na organização	9,8%	8
Foram definidos objetivos mais específicos	47,6%	39
Passou a haver objetivos que variam consoante os serviços	37,8%	31
O desempenho organizacional melhorou	32,9%	27
A avaliação passou a ser um processo contínuo, sistemático e permanente	41,5%	34
A avaliação passou a ser um meio de obter conhecimentos mais concretos sobre os serviços e funcionários	35,4%	29
Permitiu compreender as reclamações dos utentes	24,4%	20
Contribuiu para o aumento salarial e melhoramento do local de trabalho	8,5%	7
Diminuição do absentismo e/ou elevada rotação de pessoal	4,9%	4
Permitiu compreender o aumento de custos	14,6%	12
Permitiu reduzir o número de acidentes no trabalho	2,4%	2

Fonte: Elaboração própria

Através da resposta à Q18 deste inquérito conclui-se que para os enfermeiros os três objetivos principais da informação recolhida com a avaliação de desempenho são: permitir saber quais são os pontos fracos de modo a melhorá-los (63,4%), permitir saber quais são os pontos fortes (56,1%) e permitir identificar problemas e consequentemente aplicar medidas corretivas (43,9%). Confirma-se que os objetivos da avaliação de desempenho são medir capacidades e comportamentos dos colaboradores e unir os objetivos estratégicos com os resultados organizacionais, detetando oportunidades de melhoria processuais, tecnológicas e organizativas (Gomes et al. 2008).

Tabela 27 – Q18: Objetivo da informação recolhida na avaliação de desempenho

	%	Totalidade
Não se utiliza a informação, porque não há tempo para tratá-la	20,7%	17
Permite refletir sobre a trajetória da evolução dos programas	15,9%	13
Permite melhorar as políticas de promoção da qualidade	15,9%	13
Permite introduzir novas medidas de avaliação de desempenho	24,4%	20
A informação recolhida é divulgada pelos funcionários de modo a ser usada no desempenho das suas funções	18,3%	15
A informação recolhida é divulgada pelos gestores de modo a auxiliar na tomada de decisão	15,9%	13
Permite saber quais são os pontos fracos de modo a melhorá-los;	63,4%	52
Permite saber quais são os pontos fortes	56,1%	46
Permite identificar problemas e consequentemente aplicar medidas corretivas	43,9%	36
Permite verificar se a estratégia do hospital está a ser cumprida	34,1%	28



	%	Totalidade
Permite reformular a estratégia do hospital	35,4%	29
Permite formular novos métodos de trabalho	36,6%	30
Permite compreender até que ponto é que os funcionários se envolvem nas suas tarefas e posteriormente criar meios para que se envolvam mais	24,4%	20
Permite avaliar e criar condições para melhorar os serviços prestados	35,4%	29
Outro	17,1%	14

Fonte: Elaboração própria

Na caracterização do desempenho dos inquiridos no CHMT é de destacar que 79,3% considera executar de forma integral as tarefas que lhe são atribuídas, totalizando 65 respostas.

Tabela 28 – Q19: Caracterização do desempenho dos inquiridos no CHMT

	%	Totalidade
Executo de forma integral as tarefas que me são atribuídas	79,3%	65
Cumpro com todas as responsabilidades exigidas pelo meu cargo	78%	64
Raramente falho no desempenho das minhas obrigações essenciais no meu cargo	53,7%	44
Nunca negligencio qualquer aspeto nas tarefas que estou obrigado(a) a realizar	50%	41
Cumpro todos os requisitos formais de desempenho no meu trabalho	69,5%	57
Eu identifico facilmente qual está a ser o meu desempenho no trabalho	64,6%	53

Fonte: Elaboração própria

Quanto à caracterização da satisfação dos inquiridos no CHMT destaca-se a resposta “Neste trabalho eu tenho a oportunidade de fazer algo que vale a pena” com 54,9% e, de seguida, “O trabalho que faço neste centro hospitalar realiza-me profissionalmente” com 42,7%.

Tabela 29 – Q20: Caracterização da satisfação dos inquiridos no CHMT

	%	Totalidade
O trabalho que faço é estimulante	34,1%	28
O trabalho que faço é gratificante	37,8%	31
Valorizam o meu desempenho	31,7%	26
Neste trabalho eu tenho a oportunidade de fazer algo que vale a pena	54,9%	45
O trabalho que faço neste centro hospitalar realiza-me profissionalmente	42,7%	35

Fonte: Elaboração própria



Os inquiridos, numa escala de Likert, consideram na sua maioria, concordar (35,4%) ou concordar fortemente (24,4%) ser benéfico para eles e para os colegas que se efetue uma correta avaliação de desempenho, confirmando a revisão da literatura.

Tabela 30 – Q21: É benéfico para os inquiridos e colegas que se efetue uma correta avaliação de desempenho

	%	Totalidade
Discordo fortemente	4,9%	4
Discordo muito	7,3%	6
Não concordo nem discordo	12,2%	10
Concordo	35,4%	29
Concordo muito	13,4%	11
Concordo fortemente	24,4%	20
Outro	2,4%	2

Fonte: Elaboração própria

Os enfermeiros, numa escala de Likert, à questão sobre se a avaliação de desempenho é um fator motivacional e de desenvolvimento de competências responderam, na sua maioria, que discordam muito (23,2%) e que concordam (23,2%), havendo aqui uma divergência de opiniões entre os inquiridos.

Tabela 31 – Q22: A avaliação de desempenho é um fator motivacional e de desenvolvimento de competências

	%	Totalidade
Discordo fortemente	17,1%	14
Discordo muito	23,2%	19
Não concordo nem discordo	15,9%	13
Concordo	23,2%	19
Concordo muito	12,2%	10
Concordo fortemente	6,1%	5
Outro	2,4%	2

Fonte: Elaboração própria

Confirma-se a revisão da literatura (Nakamura et al. 2005) que o que mais influencia o desempenho dos inquiridos no CHMT é a remuneração (74,4%), a recompensa pelo esforço (51,2%) e o tipo de contrato de trabalho (46,3%).

**Tabela 32 – Q23: O que influencia o desempenho dos inquiridos no CHMT**

	%	Totalidade
Tipo de contrato de trabalho	46,3%	38
Remuneração	74,4%	61
Variedade de funções	13,4%	11
Identidade e significado das tarefas	26,8%	22
Autonomia	34,1%	28
Igualdade de direitos	45,1%	37
Recompensa pelo seu esforço	51,2%	42
<i>Feedback</i>	45,1%	37
Outro	14,6%	12

Fonte: Elaboração própria

Na pergunta de resposta aberta, obtiveram-se algumas observações, destacando-se as seguintes:

- ✓ Nos moldes atuais a avaliação de desempenho não beneficia os trabalhadores.
- ✓ A avaliação de desempenho nos moldes aplicados no CHMT não avalia o efetivo trabalho. É hipervalorizado a questão dos registos.
- ✓ A avaliação de desempenho pode ser, e deveria ser, norteadora para empregador e empregados no desenvolvimento profissional, mas nos moldes em que é realizada é desmotivadora e com poucos resultados benéficos.
- ✓ O SIADAP é restrito e não reflete os cuidados de enfermagem prestados. Mesmo a forma como os enfermeiros são remunerados é divergente de instituição para instituição.



5.2 *Data Envelopment Analysis (DEA)*

No seguimento da revisão da literatura verificou-se a escassez de estudos sobre o desempenho em hospitais, no entanto, segundo Seiford e Tone (2007) os estudos que relacionam a avaliação de desempenho com a eficiência têm vindo a aumentar. Os hospitais são organizações com grandes despesas e desperdícios pelo que analisar a eficiência em conjunto com a avaliação de desempenho é cada vez mais essencial e benéfico. A DEA supera outros modelos de avaliação de desempenho por esse mesmo motivo, identifica e qualifica as eficiências (Mujasi et al. 2016). Nesse sentido, e considerando os objetivos do presente estudo, é efetuada uma DEA (Modelo CCR) para mensurar o desempenho do CHMT, complementando a análise descritiva dos inquéritos por questionário efetuados.

Pretende-se verificar a eficiência do CHMT. Para tal foram selecionadas as variáveis mais apropriadas ao estudo que refletem o trabalho do CHMT e também o de outras unidades de saúde (Tabela 33). Os *inputs* a utilizar são o nº de profissionais e o nº médio de camas e os *outputs* a utilizar são o nº de utentes saídos, o nº de consultas e o nº de urgências (Marques e Simões, 2005 e Nunes, 2016). Estes obedecem às necessidades comparativas e de maximização de relações entre unidades de saúde.

Tabela 33 - *Inputs* e *outputs*

<i>Inputs</i>	<i>Outputs</i>
Número de profissionais	Número de doentes saídos
Número médio de camas	Número de consultas
	Número de urgências

Fonte: Elaboração própria

Segundo o INE, há 43 Instituições Hospitalares. Para este estudo serão excluídas 4 PPP e 3 IPO'S uma vez que estas são mais específicas e apresentam escassez de dados capazes de gerar os resultados pretendidos.



Ficam em estudo 36 unidades de saúde: 21 Centros Hospitalares (CH), 7 Hospitais (H) e 8 Unidades Locais de Saúde (ULS). As unidades de saúde encontram-se divididas em 4 grupos, conforme Portaria n. °82/2014 de 10 de abril, que as diferencia pela população abrangente e o tipo de oferta, sendo elas classificadas hierarquicamente através da natureza e valência das responsabilidades exercidas (Tabela 34). Para o presente estudo apenas se irá trabalhar com 3 grupos.

Tabela 34 - Desempenho por Unidade de Saúde

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
CH Médio Ave	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	CHU do Porto
CH Barreira/Montijo	CH Trás-os-Montes e Alto Douro	CHU de São João
CHU Cova da Beira	CH Tondela - Viseu	CHU de Coimbra
CH Leiria	CHU Algarve	CHU Lisboa Central
CH Setúbal	H Garcia da Orta	CHU Lisboa Norte
H Sra. Oliveira, Guimarães	CH Lisboa Ocidental	
CH Baixa Vouga	H Espírito Santo Évora	
CH Entre Douro e Vouga		
CH Médio Tejo		
H Distrital de Santarém		
CH Tâmega e Vouga		
CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde		
ULS Alto Minho		
ULS Matosinhos		
ULS Baixo Alentejo		
ULS Norte Alentejano		
H Fernando da Fonseca		
H Distrital Figueira da Foz		
H Santa Maria Maior		
CH Oeste		
ULS Nordeste		
ULS Castelo Branco		
ULS Guarda		
ULS Litoral Alentejano		

Fonte: Elaboração própria

O *Frontier Analyst* permite responder à questão “as organizações são eficientes?” mas também, “quanto as organizações podem melhorar?”. Sugere metas de desempenho



(exemplo: a unidade A deve produzir 15% a mais com o seu nível de pessoal ou a unidade B deve reduzir os custos em 25%, produzindo o mesmo). Identifica as unidades com melhor desempenho, podendo estas ser examinadas para permitir desenvolver um “guia de boas práticas”.

Os dados apresentados na tabela 35 foram retirados do portal Transparência (2019) e ACSS (2019), compreendendo o período de 01-01-2018 a 31-05-2019. A análise da eficiência foi efetuada com o método DEA recorrendo ao uso do *Software Frontier Analyst*, versão 4.2.0.

Tabela 35 - Unidades de Saúde por Grupo

Grupo	Nome Instituição	Inputs		Outputs		
		Nº profissionais	Nº camas	Episódios de urgência	Nº doentes saídos	Nº de consultas
Grupo I	CH de Setúbal	2219,67	355,2	12351,07	4,86	20628,47
	CH do Médio Tejo	1940,27	406,53	12120,53	3,19	15319,93
	CH do Oeste	1651,27	323,27	14742,6	3,5	11839,67
	CH Baixo Vouga	1810,8	406,6	14306,4	3,34	18815,53
	CH Barreiro/Montijo	1765,27	387,87	12783,93	2,86	14736,73
	CH Entre Douro e Vouga	2078,27	358,67	17491,07	4,04	23114,87
	CH Leiria	2073,27	492,87	15933,8	6	22475,27
	CH Médio Ave	1104,13	247	11144	3,3	14238,93
	CH Póvoa do Varzim e Vila do Conde	696,6	143	6133,4	4,31	7609,87
	CH Tâmega e Sousa	1973,27	469,2	16001,93	3,71	26141,13
	CHU Cova da Beira	1226,67	306,33	5969,47	2,68	12374,93
	H Fernando da Fonseca	2959,87	794,67	21796,8	2,62	26983,07
	H Figueira da Foz	635,87	154	6129	3,12	7620,6
	H Sra. Oliveira, Guimarães	1678,67	544,73	11607,67	3,21	21343,93
	H Santa Maria Maior	522,27	117	5337,93	3,7	6758,93
	H Santarém	1634,6	442	11042,53	2,82	12050,87
	ULS Alto Minho	2588,8	398,8	13616,93	3,64	20331,4
	ULS Baixo Alentejo	1671,4	215	8791,4	3,02	7570,53
	ULS Castelo Branco	1271,13	225	5298,93	2,96	7158,87
	ULS Guarda	1987,13	314,4	8257,73	3,96	8281,07
	ULS Litoral Alentejano	976,8	116,2	7746,27	3,4	6099,93
ULS Matosinhos	2386,8	343,73	7335,2	3,74	23989,27	
ULS Nordeste	1858,4	358,27	9208,07	2,52	8375,67	
ULS Norte Alentejano	1571,93	235,6	7550,4	2,61	8446,87	
CH de Lisboa Ocidental	4044,73	799	13300,47	2,52	38763,53	



Grupo	Nome Instituição	Inputs		Outputs		
		Nº profissionais	Nº camas	Episódios de urgência	Nº doentes saídos	Nº de consultas
Grupo II	CH TM Alto Douro	2591,53	563,33	15089,27	3,65	25932,4
	CH Tondela - Viseu	2413,27	627	13348,07	2,71	21713,73
	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	3516	578	15049,2	3,3	42367,27
	CHU Algarve	4381,13	938,8	29091,07	2,62	23861,27
	H Évora	1548,87	284	6198,33	3,4	15994,67
	H Garcia da Orta	2710,8	589	13934,33	2,99	24423,4
Grupo III	CH Porto	4431,13	747,53	12413,33	3,45	57472,2
	CHU Coimbra	7760,87	1745,53	24747,27	2,76	74998,6
	CHU Lisboa Central	7608,07	1266,67	20441,33	2,85	60720,8
	CHU Lisboa Norte	6303,73	1073,07	20645,93	2,95	60263,2
	CHU São João	5942,2	1055	21358,4	3,18	62503,27

Fonte: Elaboração própria

Este *Software* permite medir e melhorar o desempenho das organizações. Compara a eficiência de organizações que utilizem recursos semelhantes, permitindo gerar resultados idênticos. O *Frontier Analyst* efetua esse processo convertendo os múltiplos *inputs* e *outputs* em uma única medida de eficiência (eficiência = *output* / *input*). Através desse método identifica quais as organizações que utilizam melhor os seus recursos (classificando-as com um *score* de 100%). As organizações ineficientes possuem pontuações mais baixas. O *Software* gera um *score* para cada instituição.

Na tabela 36 avaliou-se o comportamento da eficiência obtida nas 36 unidades de saúde. A média das *scores* é 79,46%, o mínimo é 47,41% e o máximo 100%. Apresentando um desvio padrão de 15,71 %. Verifica-se que o *score* para o CHMT é de 64,02%, ficando em 34º lugar entre as restantes unidades de saúde em estudo.

Tabela 36 - Desempenho por Unidades de Saúde

Score %	Nome instituição	Score %	Nome instituição
100,00	CH Vila Nova de Gaia/Espinho	77,54	ULS Alto Minho
100,00	CH Entre Douro e Vouga	76,50	CH Trás-os-Montes e Alto Douro
100,00	CH Tâmega e Sousa	76,48	CHU Cova de Beira
100,00	H Santa Maria Maior	76,44	CHU Lisboa Norte



Score %	Nome instituição
100,00	CHU do Porto
100,00	ULS Litoral Alentejano
99,62	CH Médio Ave
96,67	ULS Matosinhos
96,02	H Sra. da Oliveira, Guimarães
95,28	CH Póvoa do Varzim/Vila do Conde
94,31	H Distrital Figueira da Foz
92,95	CH Oeste
88,23	CH Setúbal
82,88	CH Leiria
82,03	CH de São João
80,34	H Espírito Santo Évora
80,08	CH Baixa Vouga

Score %	Nome instituição
73,24	CH Lisboa Ocidental
73,23	CHU Coimbra
72,05	H Fernanda da Fonseca
71,51	CH Barreira/Montijo
68,82	H Garcia da Orta
67,94	CH Tondela - Viseu
66,35	CHU Algarve
66,10	H Distrital de Santarém
65,01	CHU Lisboa Central
65,01	ULS Baixo Alentejo
64,02	CH Médio Tejo
59,53	ULS Norte Alentejo
52,54	ULS Castelo Branco
51,94	ULS Nordeste
47,41	ULS Guarda

Fonte: Elaboração própria

Referente ao grupo em que se insere (grupo 1) e considerando que foram estudadas 24 instituições deste grupo o CHMT apresenta um *score* abaixo da média, que é 80,08%.

Tabela 37 - Desempenho no grupo 1

Grupo	Nome Instituição	Score %
Grupo 1 - Representa um <i>score</i> médio de 80,08%	ULS Guarda	47,41
	ULS Nordeste	51,94
	ULS Castelo Branco	52,54
	ULS Norte Alentejano	59,63
	CH Médio Tejo	64,02
	ULS Baixo Alentejo	65,01
	H Distrital de Santarém	66,10
	CH Barreiro/Montijo	71,51
	H Fernando da Fonseca	72,05
	CHU Cova da Beira	76,48
	ULS Alto Minho	77,54
	CH Baixa Vouga	80,08
	CH Leiria	82,88
	CH Setúbal	88,23
	CH Oeste	92,95
	H Distrital Figueira da Foz	94,31
	CH Póvoa do Varzim e Vila do Conde	95,28



Grupo	Nome Instituição	Score %
	H Sra. Oliveira, Guimarães	96,02
	CH Médio Ave	99,62
	ULS Matosinhos	96,67
	CH Entre Douro e Vouga	100,00
	CH Tâmega e Sousa	100,00
	H Santa Maria Maior	100,00
	ULS Litoral Alentejano	100,00

Fonte: Elaboração própria

Referente à região onde se insere (consoante as NUTS) o CHMT também apresenta um *score* inferior à média, que é 73,18%.

Tabela 38 - Desempenho na Região Centro

Região	Nome Instituição	Score %
Centro – Representa um <i>score</i> médio de 73,18%	ULS Guarda	47,4
	ULS Castelo Branco	52,5
	CH Médio Tejo	64
	CH Tondela-Viseu	67,9
	CHU Coimbra	73,2
	CHU Cova da Beira	76,5
	CH Baixo Vouga	80,1
	CH Leiria	82,9
	CH Oeste	93
H Figueira da Foz	94,3	

Fonte: Elaboração própria

5.3 Síntese

O setor da saúde assume-se como o maior consumidor de recursos públicos, contendo recursos humanos, financeiros e materiais. Apresenta uma grande diversidade de objetivos organizacionais divididos por diferentes setores tornando complexa a sua gestão, reforçando a importância de avaliar o desempenho nessas instituições.

O presente estudo teve como objetivo verificar se o CHMT está a fazer uma correta avaliação do desempenho e de que forma esta é vista no ponto de vista dos seus colaboradores. Para tal verificou-se qual o grupo profissional com mais trabalhadores e em



constante crescimento. Após análise verificou-se que é o grupo de enfermagem, seleccionando-o para a nossa amostra. Foi efetuado um inquérito por questionário obtendo 82 respostas. Conclui-se que a maioria dos enfermeiros que responderam ao inquérito conhece os objetivos estratégicos do CHMT, no entanto, na maior parte das respostas obtidas, os enfermeiros consideraram que o CHMT possui um sistema de avaliação de desempenho pouco ou nada importante e eficaz.

De forma a complementar o resultado dos inquéritos por questionário e, uma vez que, verificados os pressupostos não é possível efetuar um tratamento estatístico devidamente significativo foi efetuada uma DEA. Com a mesma conclui-se que o desempenho do CHMT é de 64,2%, ficando abaixo da média (79,46%). Efetuando uma análise por grupos e pela região em que se encontra inserido o CHMT continua com um desempenho abaixo da média (80,08% e 73,18%, respectivamente).



Capítulo 6 – Considerações finais

A presente Dissertação teve como base metodológica os sistemas de avaliação de desempenho, como consequência da globalização, tecnologia e constantes alterações nos mercados. Ao longo da revisão da literatura verificou-se que para as organizações serem eficazes e sobreviverem ao atual ambiente organizacional, cada vez mais competitivo, devem apostar num modelo que vise medir e avaliar o desempenho organizacional, sendo estas medidas válidas para o setor público e para o setor privado (Bourne e Neely 2003). Verificou-se que muitas são as ferramentas, que se devem utilizar de forma sistemática e permanente, que se traduzem em modelos de gestão para avaliar o desempenho, sendo estas efetuadas de forma individual e/ou organizacional.

De forma a garantir a sobrevivência das organizações a médio e longo prazo é fundamental a estruturação dos objetivos a cumprir, por essa razão a avaliação de desempenho deve ser um dos principais focos das organizações.

Na revisão da literatura verificou-se que a implementação de um sistema de avaliação de desempenho é uma tarefa complexa sendo imprescindível a escolha minuciosa dos indicadores de desempenho e indispensável a escolha de um sistema que melhor se adapte à organização e que melhor avalie a sua eficácia, de forma a garantir os resultados organizacionais esperados. Concluiu-se que todos os constituintes de cada organização devem ter a consciência de que esta ferramenta é extremamente útil e estratégica para melhorar a gestão das organizações ao nível de todos os seus recursos. Diversos autores defendem que a avaliação de desempenho pode influenciar a produtividade, a motivação e o comprometimento organizacional (Magalhães, 2014 e Nakamura et al. 2005).

Na área da saúde verificou-se que o SNS tem evoluído constantemente e de forma positiva tornando-se cada vez mais importante que as organizações escolham indicadores de avaliação de desempenho que verifiquem se a missão, valores e os objetivos organizacionais estão ou não a ser atingidos (Cánepa e Ludwig, 2002). Conforme revisão da literatura (Ministério da Saúde, 2010) as avaliações de desempenho em instituições de saúde englobam indicadores financeiros, mas também indicadores não financeiros (a estratégia, os objetivos, a vertente financeira e a prestação de cuidados de saúde). As instituições de saúde investem constantemente em novas tecnologias, melhorando



continuamente os serviços prestados, proporcionando aos utentes cuidados hospitalares rápidos e eficientes, otimizando recursos, sempre que possível (Mannion e Goddard, 2002).

A avaliação de desempenho é justificada na área da saúde para detetar: a insatisfação dos utentes, os custos elevados, os cortes no setor da saúde, a ineficiência de setores, a responsabilidade social, entre outros. Estes fatores permitem identificar os indicadores mais adequados a cada instituição de saúde, criando modelos de avaliação de desempenho que visem melhorar a eficácia organizacional (Matias, 2013). Avaliar o desempenho permite desenvolver os processos de gestão em saúde uma vez que os resultados apresentam informações reais do desempenho atual, mas orientam-se para os objetivos atuais e futuros das instituições de saúde.

Verificam-se poucos estudos sobre os sistemas de avaliação de desempenho, em diversos contextos, que visem compreender quais os indicadores que possam medir a (in)eficácia organizacional (Bourne e Neely 2003). A presente investigação pretende dar uma contribuição sobre o estudo dos sistemas de avaliação de desempenho na área da saúde, mais precisamente no setor hospitalar. Sendo esta área caracterizada pela existência de vários objetivos desvinculados dentro da mesma organização e, como consequência, dificulta a definição de objetivos organizacionais comuns a todos os departamentos. Concluiu-se que em instituições de saúde a avaliação de desempenho é mais complexa e mais difícil de ser efetuada tornando-se essencial a escolha de bons indicadores de saúde bem como a escolha de um sistema que avalie o desempenho, devidamente adequado a cada instituição (Matias, 2013).

Dada a complexidade e diversidade de serviços existentes e há dificuldade de traçar objetivos comuns a cada organização, foi escolhido o Centro Hospitalar do Médio Tejo (CHMT), para estudo de caso da presente Dissertação, efetuando inquéritos por questionário a um grupo de profissionais (enfermagem).

A amostra da presente investigação é constituída por 758 enfermeiros do CHMT. Obteve-se 82 respostas ao inquérito por questionário. Verifica-se que 57,3% dos respondentes colabora no CHMT há mais de 10 anos e 88% conhece os objetivos estratégicos do CHMT. Os enfermeiros consideram que avaliar o desempenho permite detetar erros e adotar medidas de correção. Consideram, essencialmente que avaliar o desempenho permite alcançar a *performance* organizacional, tem efeitos a nível pessoal e a nível



organizacional e permite melhorar e implementar sistemas de gestão de apoio à avaliação de desempenho e 72% considera que avaliar o desempenho não beneficia o avaliador e o avaliado.

Concordam que a avaliação de desempenho é benéfica e influencia os resultados organizacionais (57,6%), A maioria (73,2%) considera que os sistemas de avaliação de desempenho veio introduzir uma gestão por objetivos. Sendo que 76,8% considera que o atual sistema de avaliação de desempenho é pouco ou nada importante e eficaz, afirmando que o mesmo não foi claro nem bem estruturado e os indicadores utilizados não são os mais adequados. Apesar disso 35,4% concorda e 24,4% concorda fortemente ser benéfico para eles e para os colegas que se efetue uma correta avaliação de desempenho, considerando que os maiores beneficiários são todos os membros que compõe a organização e os utentes.

As três principais vantagens da avaliação de desempenho são a definição de objetivos mais específicos, na opinião de 47,6%, a avaliação passou a ser um processo contínuo, sistemático e permanente, de acordo com 41,5%, sendo que passou a haver objetivos que variam consoante os serviços (37,8%). Note-se que 34,1% considera que não foram conseguidas vantagens.

Conclui-se que os objetivos principais da informação recolhida com a avaliação de desempenho são permitir saber quais os pontos fracos de modo a melhorá-los, permitir saber quais os pontos fortes e permitir identificar problemas e consequentemente aplicar medidas corretivas. Na questão sobre a avaliação de desempenho ser motivacional e permitir desenvolver competências 23,2% discorda muito e 23,2% concorda. Havendo aqui uma divergência de opiniões entre os inquiridos.

Conforme revisão da literatura (Nakamura et al. 2005) o que mais influencia o desempenho dos colaboradores, confirmando-se através da taxa de resposta obtida, é a remuneração (74,4%), a recompensa pelo esforço (51,2%) e o tipo de contrato de trabalho (46,3%).

Tais resultados vão ao encontro de outros estudos já desenvolvidos sobre a avaliação de desempenho em organizações de cariz público ou privado (Bourne e Neely, 2003).

Com os resultados obtidos verificaram-se algumas limitações uma vez que este estudo se focou numa amostra reduzida, apenas dirigida a um grupo profissional, e com uma taxa de resposta de 11%. A taxa de resposta e o tipo de questões efetuadas no inquérito por questionário, de caráter descritivo, limitou a análise estatística dos dados tendo sido



efetuada uma DEA, complementando os resultados. A DEA permitiu verificar que o desempenho no CHMT é de 64,02%, ficando abaixo da média das organizações analisadas na DEA (79,46%). O mesmo se verifica com a divisão por grupos e por região (centro). Os resultados evidenciam que o CHMT deverá reformular o sistema de avaliação de desempenho e adotar medidas que permitam a avaliação de desempenho ter resultados organizacionais mais favoráveis. Os resultados vão ao encontro de outros estudos já efetuados, permitindo enfatizar a importância da escolha de um sistema de avaliação eficaz que vise medir a eficácia organizacional.

A importância desta Dissertação deve-se à falta de estudos existentes sobre esta temática. Pretende-se que esta investigação ajude a contribuir para a desmistificação dos processos de avaliação de desempenho, visando promover a importância dos colaboradores e a importância dos mesmos se sentirem integrados e participarem na definição dos objetivos organizacionais, prevalecendo o comprometimento e a satisfação.

Trata-se de um tema árduo pois não existe um conjunto de indicadores capazes de medir o desempenho organizacional em saúde de forma 100% eficaz, nem existe um conjunto coerente de vantagens para medir a importância dos sistemas de avaliação de desempenho nesta área tão pertinente. Neste sentido considera-se relevante que sejam efetuados novos e complexos estudos sobre esta temática. Cujos estudos poderão trazer novas ferramentas que se traduzam em modelos que avaliem o desempenho organizacional em saúde.



Referências

- Andersen, B. (1999). Industrial benchmarking for competitive advantage. *Human Systems Management*, Volume 18: 287-296.
- ASQ. (2018). *What is total quality management (TQM)?* Obtido de ASQ - American Society for Quality - Lean About Quality: Acedido em 06/11/2018; <http://asq.org/learn-about-quality/total-quality-management/overview/overview.html>
- Babbie, E. (2010). *The Practice of Social Research*. 12ª Edição, Belmonte: Wadsworth.
- Baganha, M. I., Ribeiro, J. S., & Pires, S. (2002). *O Sector da Saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional*. Coimbra: Oficina do Centro de Estudos Sociais, Volume 182.
- Barañano, A. M. (2004). *Métodos e Técnicas de Investigação em Gestão. Manual de apoio à realização de trabalhos de investigação*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Barros, P.P. e Gomes, J.P. (2002). *Os Sistemas Nacionais de Saúde da União Europeia, Principais Modelos de Gestão Hospitalar e Eficiência no Sistema Hospitalar Português*. Lisboa: GANEC – Gabinete de Análise Económica.
- Base. (2010). *European foundation for quality management (EFQM)*. Obtido de Base - British Association for Supported Employment: Acedido em 04/11/2018; <https://www.base-uk.org/knowledge/european-foundation-quality-management-efqm>
- Batista, V., e Raposo, V. (2016). Desempenho Económico e Financeiro dos Hospitais Empresarializados – Uma Análise Regional no Período entre 2007 e 2011. *Revista Portuguesa de Estudos Regionais*, Volume 43: 89-105.
- Bourguignon, A., Malleret, V., & Norreklit, H. (2004). The American Balanced Scorecard Versus the French Tableau de Bord: The Ideological Dimension. *Management Accounting Research*, 15º Volume, Nº2: 107-134.
- Bourne M. e A. Neely. (2003). *Implementing Performance Measurement Systems: A Literature Review*, *Int J. Business Performance Management*, Volume 5, Nº1: 1-24.
- Cánepa, D., e Ludwig, V. (2002). *Avaliação de desempenho empresarial: estudo de caso de uma agroindústria no RS*. Rio Grande do Sul.



- Carrasqueira, H., Teotónio, I., Carrasco, P., e Rebelo, S. (2010). Revista da ESGHT/UALG: Dos Algarves Nº19. *Aplicação da metodologia DEA na análise do desempenho de núcleos científicos numa instituição de ensino*: 3-17.
- Carvalho, M. J. (2008). *Gestão e Liderança na Saúde, Uma Abordagem Estratégica*. Maia: Vida Económica.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo. (2016). *Relatório e Contas*.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo. (2017). Plano de Atividades e Orçamento - CHMT.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo. (2017). Plano de Prevenção de Riscos de Gestão - Relatório de 2017 e Plano de 2018.
- Centro Hospitalar do Médio Tejo. (2017). *Relatório Analítico Março*.
- Charnes, A., Cooper, W. W., Lewin, A. Y. e Seiford, L. M. (1997). Data Envelopment Analysis: theory, methodology, and application. *Kluwer Academic Publishers, USA*.
- Charnes, A., Cooper, W., e Rhodes, E. (1978). Measuring the Efficiency of Decision Making Units. *European Journal of Operational Research*, Volume 2, Nº6: 429-441.
- Sarrico, C., (2001) Data Envelopment Analysis: A Comprehensive Text with Models, Applications, References and DEA-Solver Software. *Journal of the Operational Research Society*, Volume 52, Nº12:1408–1409.
- Demery, A. (1999). Best Practices in Performance Measurement. Em Barry J. Brinker, *Guide to Cost Management*. Wiley Cost, New York.
- Diário da República. (1968). Diário do Governo n.º 101/1968, Série I de 1968-04-27. *Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de abril*, 612-626.
- Diário da República. (1979). Diário da República n.º 214/1979, Série I de 1979-09-15. *Decreto-Lei n.º 56/1979, de 15 de setembro*, 2357-2363.
- Diário da República. (1990). Diário da República n.º 195/1990, Série I de 1990-08-24. *Decreto-Lei n.º 48/1990, de 24 de agosto*, 3452-3459.
- Diário da República. (1993). Diário da República n.º 12/1993, Série I-A de 1993-01-15. *Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de janeiro*, 129-134.
- Diário da República. (1993). Diário da República n.º 12/1993, Série I-A de 1993-01-15. *Decreto-Lei n.º 11/1993, de 15 de Janeiro*, 129-134.
- Diário da República. (1993). Diário da República n.º 18/1993, Série I-A de 1993-01-22. *Decreto-Lei n.º 22/1993, de 15 de janeiro*, 234-252.



- Diário da República. (2002). Diário da República n.º 286/2002, Série I-A de 2002-12-11. *Decreto-Lei n.º 301/2002, de 11 de dezembro, 7794-7802.*
- Diário da República. (2003). Diário da República n.º 97/2003, Série I-A de 2003-04-26. *Decreto-Lei n.º 86/2003, de 26 de abril, 2682-2686.*
- Diário da República. (2005). Diário da República n.º 109/2005, Série I-A de 2005-06-07. *Decreto-Lei n.º 93/2005, de 7 de junho, 3636-3637.*
- Diário da República. (2005). Diário da República n.º 249/2005, Série I-A de 2005-12-29. *Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro, 7323-7333.*
- Diário da República. (2007). Diário da República n.º 250/2007, 1º Suplemento, Série I de 2007-12-28. *Decreto-Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro, 9114-(2) a 9114-(21).*
- Diário da República. (2008). Diário da República n.º 38/2008, Série I de 2008-02-22. *Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, 1182-1189.*
- Diário da República. (2011). Diário da República n.º 249/2011, Série I de 2011-12-29. *Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, 5491-5498.*
- Diário da República. (2013). Diário da República n.º 191/2013, Série I de 2013-10-03. *Decreto-Lei n.º 133/2013, de 3 de outubro, 5988-6002.*
- Diário da República. (2014). Diário da República n.º 71/2014, Série I de 2014-04-10. *Portaria n.º 82/2014 de 10 de abril, 2364 - 2366.*
- Diário da República. (2015). Diário da República n.º 102/2015, Série II de 2015-05-27. *Despacho n.º 5613/2015, de 27 de maio, 13550-13553.*
- Diário da República. (2017). Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. *Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, 694-720.*
- Diário da República. (2017). Diário da República n.º 30/2017, Série I de 2017-02-10. *Decreto-Lei n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, 694-720.*
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português*. Lisboa: Relatório elaborado pelo Departamento da Qualidade na Saúde.
- Drucker, P. (1990). *As organizações sem fins lucrativos*. Lisboa: Difusão Cultural, Coleção Homens & Empresas.
- Eccles, R. (1991). The performance measurement manifesto. *Harvard Business Review*, Volume 69, Nº1, 131-137.
- Economias. (2016). *Empresas*. Obtido de Economias: Acedido em 07/01/2019; <https://www.economias.pt/ppp-parceria-publico-privada/>



- Epstein, M. J., e Manzoni, J. F. (1998). Implementing Corporate Strategy: From Tableaux de Bord to Balanced Scorecards. *European Management Journal*, Volume 16, Nº2: 190-203.
- Famá, R., e Cardoso, R. (2001). *Os Indicadores de Desempenho, suas Classificações e Relevância para o Sistema de Medição - VIII Congresso Brasileiro de Custos*. São Leopoldo, RS, Brasil.
- Fernandes, M. (2007). *Desenvolvimento de um sistema de avaliação de desempenho no sector do retalho*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Industrial e Gestão. Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Porto.
- Ferreira, P. (2013). *Sistema de Avaliação do Desempenho da Gestão*. Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Franca, L., e Monte, A. (2010). *Comparação entre Sistemas de Gestão Hospitalar: SPA, SA e EPE, na Perspectiva do Planeamento e Controlo Orçamental – Um estudo de caso*. México.
- Ghalayini, A., e Noble, J. (1996). The Changing Basis of Performance Measurement. *International Journal of Operations & Production Management*, Volume 16, Nº8: 63-80.
- Globerson, S. (1985). Issues in developing a performance criteria system for an organization. *International Journal of Production Research*, Volume 23, Nº4: 639-646.
- Gomes, C., Cunha, M., Gomes, J., Cardoso, C., Rego, A., e Cunha, R. (2008). Os processos de gestão e melhoria do desempenho. *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. Lisboa: Edições Sílabo: 483-533.
- Gomes, C., Yasin, M., e Lisboa, J. (2011). Performance measurement practices in manufacturing firms revisited. *International Journal of Operations & Production*, Volume 31, Nº1: 5-30.
- How Data Envelopment Analysis works*. (s.d.). Obtido de Frontier Analyst: Acedido em 05/09/2019; <https://banxia.com/frontier/resources/how-data-envelopment-analysisworks/>
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Os hospitais do sector público continuam a assegurar a maior parte dos cuidados de saúde, mas o setor privado tem evidenciado um forte crescimento*. Obtido de Instituto Nacional de Estatística: Acedido em 17/01/2019; https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=313635671&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt



- Jordan, H., Neves, J., e Rodrigues, J. (2015). *O Controlo de Gestão – Ao Serviço da Estratégia e dos Gestores* (10ª Edição). Áreas Editora.
- Kaplan, R., e Norton, D. (1992). The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review*, Volume 70, Nº1: 71-79.
- Kaplan, R., e Norton, D. (1993a). Putting the Balanced Scorecard to Work. *Harvard Business Review*, Volume 71, Nº5: 134-147.
- Kaplan, R., e Norton, D. (1993b). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review*, Volume 74, Nº1: 75-85.
- Kaplan, R., e Norton, D. (1996). Strategic learning & the balanced scorecard. *Strategy & Leadership*, Volume 24, Nº5: 18-24.
- Ketele, J., Roegiers, X., e Brito, C. (1999). *Metodologia da recolha de dados: fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas, e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Ladeira, A. (2009). *Avaliação da Performance numa Organização de Saúde: O caso da Clínica de Santo António*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Lebas, M., e Euske, K. (2002). A conceptual and Operational Delineation of Performance. *Business Performance Measurement: Theory and Practice*. Cranfield University, Reino Unido: Andy Neely: 65-79.
- Loureiro, R. (2015). *Integração Vertical em Saúde*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde. Instituto Politécnico de Tomar. Escola Superior de Gestão de Tomar, Tomar.
- Magalhães, R. (2014). *Avaliação de desempenho: uma ferramenta para o desenvolvimento profissional*. Dissertação de Mestrado em Educação: Formação, Trabalho. Instituto de Educação - Universidade do Minho, Minho.
- Mannion, R., e Goddard, M. (2002). Performance measurement and improvement in health care. *Applied Health Economics and Health Policy*, Volume 1, Nº1: 13-23.
- Marques, R., e Simões, P. (2011). Performance and congestion analysis of the portuguese hospital services. *Central European Journal of Operation Research*, Volume 19, Nº1: 39-63.
- Marras, J. P., e Marília, T. (2012). *Avaliação de desempenho Humano 1st Edition*. Brasil: Elsevier Editora Lda.



- Matias, A. (2013). *Análise sobre a implementação de modelos de avaliação de desempenho nos hospitais portugueses: uma análise exploratória*. Dissertação de Mestrado em Gestão Empresarial. Faculdade do Algarve - Universidade do Algarve, Faro.
- Matos, L. (2006). *A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um hospital*. Dissertação de Mestrado em Sistemas de Informação. Escola de Engenharia - Universidade do Minho, Minho.
- Matos, M. (2009). *Indicadores de desempenho em saúde - reflexão teórica e prática*. Dissertação de Mestrado em Gestão da Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2014). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar do Médio Tejo, E.P.E.* Obtido de Centro Hospitalar do Médio Tejo: Acedido em 14/12-2018; http://www.chmt.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/27/2018/01/regulamento_interno_CHMT.pdf
- Ministério da Saúde. (2018). Obtido de Serviço Nacional de Saúde: Acedido em 05/12/2018; <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>
- Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde 2018*. Lisboa.
- Ministério da Saúde. (2019). *Notícias*. Obtido de Centro Hospitalar do Médio Tejo: Acedido em 16/01/2019; <http://www.chmt.min-saude.pt/noticias/os-numeros-de-2016-o-melhor-ano-do-chmt/>
- Ministério da Saúde. (2019). *Trabalhadores por Grupo Profissional*. Obtido de Transparência - Serviço Nacional de Saúde: Acedido em 24/08/2019; <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/trabalhadores-por-grupo-profissional/table/?disjunctive.regiao&disjunctive.instituicao&sort=periodo&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+do+Centro&refine.regiao=Regi%C3%A3o+de+Sa%C3%BAde+LV+T&refine.insti>
- Ministério das Finanças. (2004). *Avaliação do desempenho: manual de apoio*. Lisboa: Secretaria de Estado da Administração Pública.
- Mujasi P.N., Asbu E.Z., e Puing-Junoy J. (2004). How efficient are referral hospitals in Uganda? A data envelopment analysis and tobit regression approach. *BMC Health Services Research*, Volume 16, Nº230.



- Nakamura, C. C., Fortunato, J. C., Rosa, L. M., Marçal, R., Pereira, T. A. A., e Barbosa, D. F. (2005). Motivação no trabalho. *Maringá Management*, Volume 2, Nº1: 20-25.
- Neely, A. (2000). Perspectives on Performance: The Performance Prism. *Journal of Cost Management*, Volume 15, Nº1: 7-15.
- Neely, A. (2002). *Avaliação do Desempenho das Empresas - Porquê, o quê e como*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Neely, A., Adams, C., & Kennerley, M. (2002). *Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Stakeholder Relationships*. Obtido de ResearchGate: Acedido em 11/01/2019; https://www.researchgate.net/publication/265453886_The_Performance_Prism_The_Scorecard_for_Measuring_and_Managing_Business_Success
- Norma NBR ISO 9004:2000. (2000). *Norma NBR ISO 9004:2000 Sistemas de gestão da qualidade - Diretrizes para melhorias dedesempenho*. Obtido de Scribd: Acedido em 24-11-2018; <https://pt.scribd.com/document/63790724/NBR-ISO-9004-2000-Diretrizes-Para-Melhorias-de-Desempenho>
- Nunes, A. M. (2016). *Reformas na gestão hospitalar: análise dos efeitos da empresarialização*. Tese de Doutoramento em Administração da Saúde – Universidade de Lisboa. Lisboa.
- Oliveira, H. (2014). *Empreendedorismo Nascente: Estudo de caso nas Escolas Profissionais dos Açores*. Dissertação de Mestrado em Gestão de Recursos de Saúde. Instituto Politécnico de Tomar. Escola Superior de Gestão de Tomar, Tomar.
- Oliveira, L. (1999). *Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses*. Pioneira, São Paulo.
- OMS - Organização Mundial de Saúde. (2000). *Informe Sobre la Salud en el Mundo 2000, Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Suíça: World Health Report.
- Parreira, S. (2012). *Perspectiva CTSA (Ciência, Tecnologia, Sociedade e Ambiente) no Ensino das Ciências - Concepções e práticas de Professores de Ciências da Natureza do 2.º Ciclo do Ensino Básico*. Dissertação de Mestrado em Ensino das Ciências. Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Educação, Bragança.
- Pedrotti, O. P. (2012). *Avaliação de Desempenho*. Curso de Pós-Graduação do Lato Sensu - Gestão de Pessoas. Faculdade de Ciências Contábeis e Administração do Vale do Juruena, Brasil.



- Plano Nacional Saúde 2011-2015. (2010). *Tecnologias de Informação e Comunicação*. Acedido em: 05/02/2019; <http://pns.dgs.pt/files/2010/7/TIC1.pdf>
- Pordata. (2017). *Municípios*. Obtido de Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo: Acedido em 05/12/2018; <https://www.pordata.pt/Municipios/Populacao>
- Portal de Gestão. (2015). *O que é o Activity Based Costing (ABC)?* Obtido de Portal de Gestão: Acedido em 04/11/2018; <https://www.portal-gestao.com/artigos/7656-o-que-%C3%A9-o-activity-based-costing-abc.html>
- Portela, L. (2013). *O Setor da Saúde: Da Racionalização à Excelência - Relatório de Síntese*. Obtido de Health Portugal: Acedido em 05/01/2019; <http://healthportugal.com/noticias/hcp-pbs-da-racionalizacao-a-excelencia.pdf>
- Priberam Dicionário. (2018). *Previdência*. Obtido de Priberam: Acedido em 09-12-2018; <https://dicionario.priberam.org/previdencia>
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva Publicações.
- República Portuguesa - Saúde. (2017). *Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional da Saúde*.
- República Portuguesa - Saúde. (2018). Obtido de Administração Central do Sistema de Saúde: Acedido em 16/01/2019; <http://www.acss.min-saude.pt/>
- República Portuguesa - Saúde. (2019). Obtido de Centro Hospitalar do Médio Tejo: Acedido em 07/01/2019; <http://www.chmt.min-saude.pt>
- Roque, F. (2010). *A Medição da Performance das Organizações*. Dissertação de Mestrado em Gestão. Faculdade de Coimbra - Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Russel, T. W. (2005). *The Certified Manager of Quality/Organizational Excellence Handbook Third Edition*. Estados Unidos da América.
- Russo, C. (2017). *Avaliação de desempenho: estudo de caso do setor do papel e dos produtos florestais*. Dissertação de Mestrado em Gestão Estratégica de Recursos Humanos. Escola Superior de Ciências Empresariais - Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal.
- Shaw, C. (2003). *How can hospital performance be measured and monitored?* Obtido de WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report), Copenhagen; Acedido em 12/11/2018; <http://www.euro.who.int/document/e82975.pdf>
- Simões, J. (2004). As parcerias público-privadas no sector da saúde em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*: 79-90.



Thanassoulis, E. (2001). Introduction to the Theory and Application of Data Envelopment Analysis. *Kluwer Academic Publishers*, USA.

Tileagã, C., & Rizescu, A. (2017). The Effects of Globalization on the Transformation of Organizational Management. *Journal of Defense Resources Management*, Volume 8, Nº1: 135-140.

Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O., & Guisset, A. (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *International Journal for Quality in Health Care*, Volume 17, Nº6: 487-496.

Vignochi, L., Gonçalo, C., & Lezana, A. (2014). Como Gestores Hospitalares utilizam Indicadores de Desempenho? *Revista de Administração de Empresas*, Volume 54, Nº5: 496-509.



Anexos

Anexo I: Estrutura Organizacional do CHMT

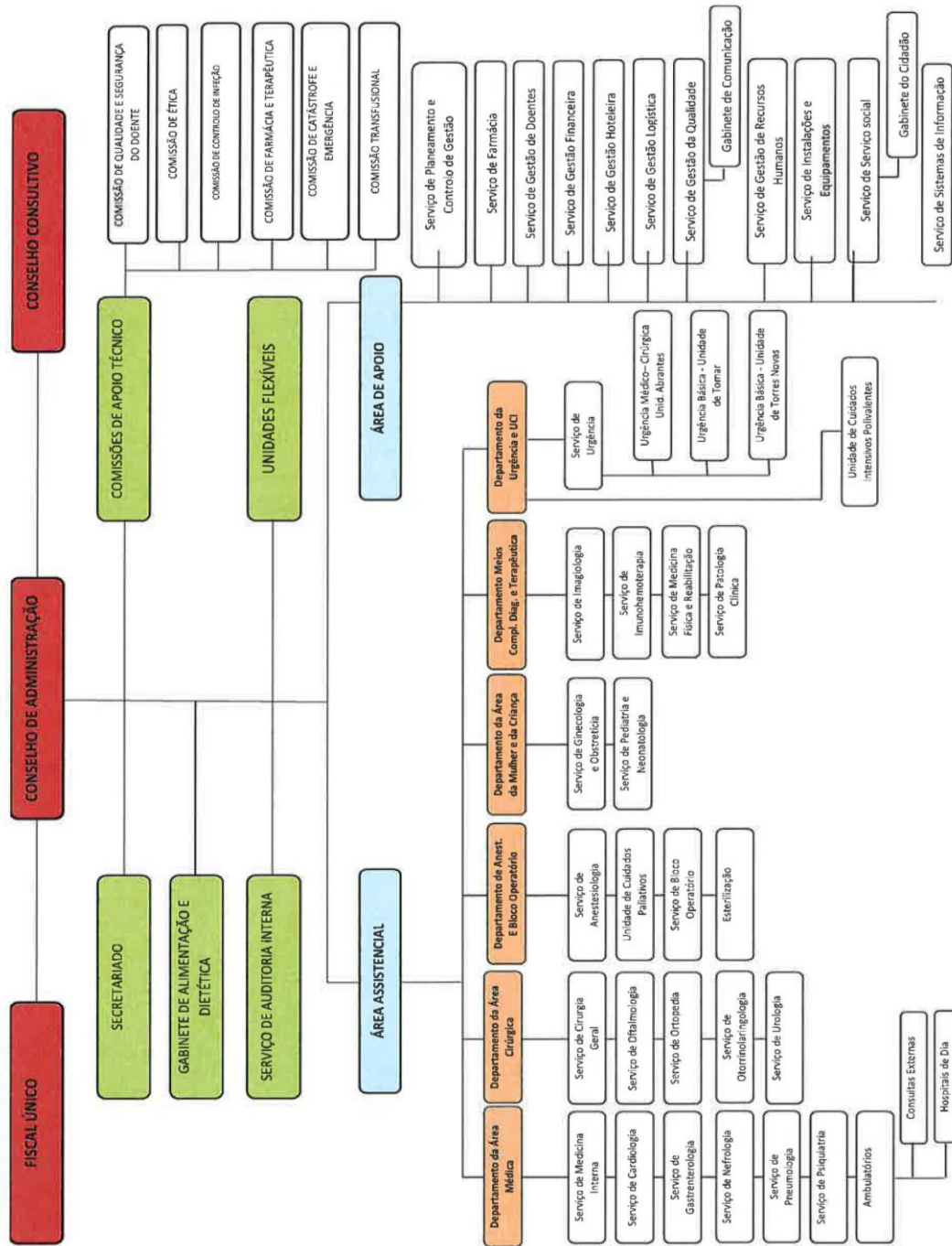
Anexo II: Pedido de autorização para inquirir os enfermeiros do CHMT

Anexo III: Autorização para inquirir os enfermeiros do CHMT

Anexo IV: Estrutura do Inquérito por questionário



Anexo I: Estrutura Organizacional do CHMT



Fonte: SNS (2016)



Anexo II: Pedido de autorização para inquirir os enfermeiros do CHMT

**Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração
Dr. Carlos Andrade
Centro Hospitalar do Médio Tejo
Torres Novas**

Assunto: Colaboração num estudo sobre avaliação de desempenho - Preenchimento de questionário

Exmo. Sr. Dr. Carlos Andrade,

Venho por este meio solicitar a vossa excelência a sua colaboração para a minha investigação através de um pedido de autorização para realização de um inquérito por questionário no CHMT. Os inquéritos por questionário visam analisar o impacto da avaliação de desempenho no Centro Hospitalar do Médio Tejo, incidindo no grupo profissional de enfermagem.

A presente investigação visa a realização de um estudo de caso para a concretização da minha Dissertação de Mestrado em Gestão, no Instituto Politécnico de Tomar sob o título: “Fatores de avaliação de desempenho para uma melhor performance organizacional”.

A avaliação de desempenho encontra-se no topo da agenda de muitas organizações e pode ser realizada a vários níveis. Em particular, é meu objetivo determinar se o CHMT está a utilizar ou considera importante utilizar instrumentos que procurem motivar os seus principais responsáveis a atingir os objetivos estratégicos da organização, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil.

A sua colaboração nesta investigação passaria por delegar o preenchimento dos inquéritos por questionário, disponíveis através de um *link*. Trata-se de um questionário constituído por questões fechadas que, no seu conjunto, demorarão 5/10 minutos a responder. Com este inquérito pretendo recolher dados que me permitam identificar a importância e o impacto da avaliação de desempenho nas organizações de saúde.

Espero poder contar com a sua preciosa colaboração, de extrema importância para o êxito desta investigação. Consciente da sobrecarga que acarreta, peço desculpa pelo incómodo e pelo tempo tomado, o que desde já reconhecidamente agradeço. Junto anexo a documentação necessária para a obtenção de parecer para a realização de estudos.

Com os meus melhores cumprimentos,

29/03/2019

Vanessa Graça, Aluna de Mestrado

(Orientada pelo Professor Doutor Jorge Simões do Instituto Politécnico de Tomar)



Anexo III: Autorização para inquirir os enfermeiros do CHMT

Comissão de Ética do Centro <comissao.etica@chmt.min-saude.pt>
 seg. 01/07/2019 12:17
 Você: jorgsimoes@ipt.pt; Ruben Jaquim Pinto Loureiro <>

Boa tarde,

Informamos que o pedido de realização de estudo em causa, sobre a "avaliação de desempenho da enfermagem", teve parecer favorável da Comissão de Ética, condicionado à retirada do questionário da questão onde pede a identificação do género. Isto porque sendo o questionário anónimo, a identificação do género ao ser cruzada com outras respostas permitirá a identificação de alguns dos enfermeiros a quem se destina, retraindo assim o anonimato.

O processo foi remetido ao Conselho de Administração do CHMT, para decisão final.

Com os melhores cumprimentos,

Pia Comissão de Ética

Pedro Almeida

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TETO

Av. Xanana Gusmão - Apartado 45 | 2350-754 Torres Novas | PORTUGAL

Tel: 249 810 100

comissao.etica@chmt.min-saude.pt | www.chmt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



SP

Sandra Policarpo <sandra.policarpo@chmt.min-saude.pt>
 ter. 23/07/2019 14:47
 Você: jorgsimoes@ipt.pt <>

Ex.ma Senhora
 Dra. Carla Graça,

Encarregada a Senhora Enfermeira Diretora do CHMT, Enfermeira Ana Paula Eusébio, de informar que está autorizada a aplicação de questionário, no âmbito do estudo que se encontra a desenvolver, intitulado "Fatores de avaliação de desempenho para uma melhor performance organizacional", condicionado à retirada da questão que solicita a identificação do género, já que é nosso entendimento que a resposta cruzada com outras permite identificar alguns enfermeiros que respondam ao questionário.

Agradecemos contacto por forma a definir a aplicação do referido questionário aos Enfermeiros Chefes/Responsáveis do CHMT.

Mais se solicita que os resultados sejam partilhados com o CHMT, para fins de base de dados educacionais.

Com os melhores cumprimentos,

Sandra Policarpo

Secretariado do Conselho de Administração

CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TETO, E.P.E.

Av. Xanana Gusmão - Apartado 45 | 2350-754 Torres Novas | PORTUGAL

Telem: 912 556 577 | Tel: 249 810 105 EXT. 726505 | Fax: 249 810 105

sandra.policarpo@chmt.min-saude.pt | www.chmt.min-saude.pt

PENSE ANTES DE IMPRIMIR





Anexo IV: Estrutura do Inquérito por questionário

No âmbito do Mestrado em Gestão do Instituto Politécnico de Tomar venho por este meio convidá-lo/a a preencher um questionário relativo à avaliação de desempenho.

A avaliação de desempenho encontra-se no topo da agenda de muitas organizações e pode ser realizada a vários níveis. Este inquérito por questionário incide sobre a avaliação de desempenho no CHMT.

Em particular, é nosso objetivo determinar até que ponto o CHMT está a utilizar ou considera importante utilizar instrumentos que procurem motivar os seus principais responsáveis a atingir os objetivos estratégicos da organização, privilegiando a ação e a tomada de decisão em tempo útil.

Todas as respostas são anónimas e os resultados serão apenas analisados de forma agregada e tratados com confidencialidade.

Obrigada pela sua colaboração!

CAPÍTULO I – Informações pessoais

1. Faixa Etária:

- [20-30] anos;
- [31-40] anos;
- [41-50] anos;
- [51-60] anos;
- > = 61 anos.

2. Formação profissional:

- Básico;
- Secundário;
- Licenciatura;
- Mestrado;
- Doutoramento;
- Outra.

3. Possui experiência profissional em outras unidades hospitalares ou em outro setor profissional?

- Sim;
- Não.

4. Há quanto tempo trabalha no CHMT?

- Menos de 1 ano;
- 1 - 5 anos;
- 6 - 10 anos;



- Mais de 10 anos.
- 5. Qual a sua função, dentro do grupo de enfermagem no CHMT?
 - Coordenador/a;
 - Chefe;
 - Especialista;
 - Cuidados gerais;
 - Outra.

CAPÍTULO II – Avaliação de Desempenho

- 6. Conhece os objetivos estratégicos do CHMT?
 - Sim;
 - Não;
 - Outro.
- 7. Considera que o CHMT procede a uma avaliação regular do desempenho organizacional?
 - Sim;
 - Não;
 - Outro.
- 8. Considera que avaliar o desempenho permite detetar erros no desempenho dos colaboradores e da organização, permitindo adotar medidas de correção?
 - Sim;
 - Não;
- 9. A avaliação de desempenho possui efeitos (assinale todas as opções aplicáveis):
 - Na produtividade através do controlo do desempenho;
 - Na seleção;
 - Na formação;
 - No desenvolvimento;
 - Na remuneração;
 - A nível pessoal e a nível organizacional;
 - No alcance da *performance* organizacional;
 - Nos colaboradores, tornando-os mais eficientes, eficazes, responsáveis e satisfeitos dentro da organização, compreendendo as suas funções e papéis no seu local de trabalho;
 - Melhorando e/ou implementando sistemas de gestão de apoio à avaliação de desempenho, de forma a atingir os objetivos e metas organizacionais previamente estabelecidos;
 - Outros.



10. Considera que a avaliação de desempenho beneficia tanto o avaliador como o avaliado?
- Sim;
 - Não.
11. Considera que a avaliação de desempenho é benéfica para a organização e considera que tem influência nos seus resultados organizacionais?
- Discordo fortemente;
 - Discordo muito;
 - Não concordo nem discordo;
 - Concordo;
 - Concordo muito;
 - Concordo fortemente;
 - Outro.
12. Considera que os sistemas de avaliação de desempenho vieram introduzir uma gestão por objetivos?
- Sim;
 - Não.
13. Considera que os sistemas de avaliação de desempenho vieram introduzir uma maior participação dos colaboradores na definição dos objetivos estratégicos organizacionais?
- Sim;
 - Não.
14. Considerando a organização como um todo, acha que o atual sistema de avaliação de desempenho é importante e eficaz?
- Nada importante e eficaz;
 - Pouco importante e eficaz;
 - Totalmente importante e eficaz.

Se considerou o atual sistema como nada/pouco importante e eficaz, assinale todas as opções aplicáveis.

- Os avaliadores continuam a não perceber a importância da correta definição dos objetivos, e como tal não os definem corretamente;
- As chefias continuam a não se envolver, ou a envolver-se muito pouco;
- Falta de visão estratégica;
- O processo de decisão é lento;
- Não há recursos qualificados para conduzir o processo de avaliação de desempenho;
- Os resultados esperados não foram conseguidos;
- A avaliação nem sempre é feita nos moldes em que foi definida;
- Os indicadores utilizados para avaliar o desempenho não são os mais adequados;
- As escalas utilizadas não são as mais adequadas;
- Não é possível identificar deficiências;
- O sistema não foi claro nem bem estruturado.



15. Quem são os principais beneficiários da avaliação de desempenho?
- Ninguém;
 - Todos os membros que compõem a organização;
 - Os utentes;
 - Os administradores e acionistas;
 - Os gestores;
 - O departamento de recursos humanos;
 - Outros.
16. A avaliação de desempenho tem importância para a evolução do CHMT?
- Discordo fortemente;
 - Discordo muito;
 - Não concordo nem discordo;
 - Concordo;
 - Concordo muito;
 - Concordo fortemente;
 - Outro.
17. Que vantagens considera que foram conseguidas com a implementação do sistema de avaliação de desempenho? (assinale todas as opções aplicáveis):
- Não foram conseguidas vantagens;
 - Reduziu-se os conflitos na organização;
 - Foram definidos objetivos mais específicos;
 - Passou a haver objetivos que variam consoante os serviços;
 - O desempenho organizacional melhorou;
 - A avaliação passou a ser um processo contínuo, sistemático e permanente;
 - A avaliação passou a ser um meio de obter conhecimentos mais concretos sobre os serviços e funcionários;
 - Permitiu compreender as reclamações dos utentes;
 - Contribuiu para o aumento salarial e melhoramento do local de trabalho;
 - Diminuição do absentismo e/ou elevada rotação de pessoal;
 - Permitiu compreender o aumento de custos;
 - Permitiu reduzir o número de acidentes no trabalho.
18. Qual o objetivo da informação recolhida na avaliação de desempenho?
- Não se utiliza a informação, porque não há tempo para tratá-la;
 - Permite refletir sobre a trajetória da evolução dos programas;
 - Permite melhorar as políticas de promoção da qualidade;
 - Permite introduzir novas medidas de avaliação de desempenho;
 - A informação recolhida é divulgada pelos funcionários de modo a ser usada no desempenho das suas funções;
 - A informação recolhida é divulgada pelos gestores de modo a auxiliar na tomada de decisão;
 - Permite saber quais são os pontos fracos de modo a melhorá-los;
 - Permite saber quais são os pontos fortes;
 - Permite identificar problemas e consequentemente aplicar medidas corretivas;



- Permite verificar se a estratégia do hospital está a ser cumprida;
 - Permite reformular a estratégia do hospital;
 - Permite formular novos métodos de trabalho;
 - Permite compreender até que ponto é que os funcionários se envolvem nas suas tarefas e posteriormente criar meios para que se envolvam mais;
 - Permite avaliar e criar condições para melhorar os serviços prestados;
 - Outro.
19. Como caracteriza o seu desempenho no CHMT (assinale todas as opções aplicáveis):
- Executo de forma integral as tarefas que me são atribuídas;
 - Cumpro com todas as responsabilidades exigidas pelo meu cargo;
 - Raramente falho no desempenho das minhas obrigações essenciais no meu cargo;
 - Nunca negligencio qualquer aspeto nas tarefas que estou obrigado(a) a realizar;
 - Cumpro todos os requisitos formais de desempenho no meu trabalho;
 - Eu identifico facilmente qual está a ser o meu desempenho no trabalho.
20. Como caracteriza a sua satisfação com as características do seu local de trabalho (assinale todas as opções aplicáveis):
- O trabalho que faço é estimulante;
 - O trabalho que faço é gratificante;
 - Valorizam o meu desempenho;
 - Neste trabalho eu tenho a oportunidade de fazer algo que vale a pena;
 - O trabalho que faço neste centro hospitalar realiza-me profissionalmente.
21. Considera benéfico para si e para os seus colegas do mesmo grupo profissional que o CHMT proceda a uma correta avaliação do desempenho?
- Discordo fortemente;
 - Discordo muito;
 - Não concordo nem discordo;
 - Concordo;
 - Concordo muito;
 - Concordo fortemente;
 - Outro.
22. Considera a avaliação de desempenho como fator motivacional e de desenvolvimento de competências para os colaboradores no CHMT?
- Discordo fortemente;
 - Discordo muito;
 - Não concordo nem discordo;
 - Concordo;
 - Concordo muito;
 - Concordo fortemente;
 - Outro.
23. Das seguintes opções indique as que considera influenciar o seu desempenho no seu local de trabalho?



- Tipo de contrato de trabalho;
- Remuneração;
- Variedade de funções;
- Identidade e significado das tarefas;
- Autonomia;
- Igualdade de direitos;
- Recompensa pelo seu esforço;
- *Feedback*;
- Outro.

CAPÍTULO III – Observações

Termina aqui o seu questionário.
Muito obrigada pela sua colaboração.

Caso esteja interessado/a em receber informações sobre os resultados deste estudo indique-me o seu nome e *e-mail*. Oportunamente essa informação será enviada.

Nome: _____

E-mail: _____

Por favor, use este espaço para incluir qualquer comentário adicional que lhe pareça pertinente sobre esta temática.

_____.