



Mariana Salgado Moreira Santos

Gestão do Desempenho: Relevância da Cultura Organizacional

Mestrado em Gestão
Faculdade de Economia

Setembro 2011



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Relatório de Estágio Curricular

**Gestão do Desempenho: Relevância da Cultura
Organizacional**

Estudo Caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

Orientador da FEUC: Prof. Doutora Teresa Carla Oliveira

Orientador da Entidade de Acolhimento: Doutor Rui Moutinho, Administrador

Mariana Salgado Moreira Santos

Nº 2006005854

Agradecimentos

Ao longo destes sete meses em que estive envolvida no estágio do Mestrado em Gestão e na respectiva preparação e redacção deste documento, tive a oportunidade de contar com o apoio de diversas pessoas que, directa ou indirectamente, contribuíram para a obtenção do presente relatório de estágio.

Em primeiro lugar, quero agradecer a todos aqueles que, como seu saber, a sua colaboração e o seu apoio crítico, dispuseram do seu tempo para debater comigo orientações e práticas de gestão no contexto dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Estou especialmente grata à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Carla Oliveira, e ao meu supervisor, Dr. Rui Moutinho, pela valiosa orientação essencial à obtenção deste relatório.

Um especial agradecimento à administradora dos Centros de Responsabilidade Integrada, a Dra. Marta Bronze, pela preciosa ajuda e atenção indispensáveis à concretização do projecto.

Devo também agradecer a todos os profissionais com quem contactamos nos Hospitais de Universitários de Coimbra, pela sua paciência e dedicação.

Por último, não posso deixar de manifestar o meu apreço por todos os conselhos e pelo constante apoio da minha família.

Resumo

A gestão do desempenho humano, e muito em particular no sector de serviços, tem vindo a ser alvo de fortes controvérsias académicas e de práticas de liderança e motivação. Nomeadamente no que se refere às organizações hospitalares o foco tem sido, pelo menos no papel, a qualidade da prestação de serviços centrada no doente.

Sendo a saúde um sector de serviços por excelência necessita de reflectir boas práticas de gestão, as quais se fundamentem num quadro conceptual explícito que promove e facilita o desenvolvimento de culturas e climas organizacionais do elevado desempenho e bem-estar psicológico.

O presente trabalho descreve e analisa a importância da cultura e clima organizacional num grande Hospital Universitário Português nomeadamente no que se refere aos paradigmas de gestão no modelo de centros de gestão integrada. Argumentamos que embora centros de gestão integrada na mesma instituição e com idênticos modelos formais de gestão a lógica destas culturas é diferente, o que reforça a necessidade de uma gestão do desempenho humano muito cuidada e contextualizada.

Palavras-chave: cultura organizacional, clima organizacional, gestão do desempenho, alto desempenho, liderar, motivar

Abstract

The management of human performance, and most particularly in the services sector, has been subject to fierce controversy and academic practices of leadership and motivation. Particularly in relation to hospital organizations the focus has been, at least on paper, the quality of services focused on the patient.

As a health service sector par excellence needs to reflect good management practices, which are based on an explicit conceptual framework that promotes and facilitates the development of organization cultures and climates of the high performance and psychological well-being.

This paper describes and analyzes the importance of culture and organizational climate in a large Portuguese Teaching University Hospital in particular as regards the management paradigms in the model of integrated management centers. We argue that although management centers integrated in the same institution and with identical formal models of management the logic of these cultures is different, which reinforces the need for management of human performance very carefully and in context.

Keywords: organization culture, organization climate, performance management, high performance, lead, motivate

Índice

Índice de figuras	7
Introdução	8
I. Organização Hospitalar e o Serviço Público de Saúde em Portugal	9
Serviço Nacional de Saúde	9
A Saúde e o Memorando da Troika	9
História dos HUC.....	11
Missão, Visão e Valores	13
Objectivos estratégicos	14
Órgãos sociais	16
Órgãos de apoio técnico.....	16
Estrutura de gestão.....	18
Estrutura organizacional	19
Actividades realizadas durante o estágio	20
II. Importância da Cultura Organizacional na Gestão de Profissionais de Saúde para o Alto Desempenho e Bem-estar Psicológico	24
Cultura organizacional	25
Clima organizacional	26
Gestão do desempenho	29
Alto desempenho	32
Liderar e motivar	32
Estudo caso	37
Considerações Finais	47
Referências bibliográficas	49
Anexos	51

Índice de figuras

Figura 1: Medidas propostas pela Troika para a Saúde.....	10
Figura 2: Marcos históricos dos Hospitais da Universidade de Coimbra	12
Figura 3: Visão dos Hospitais da Universidade de Coimbra.....	13
Figura 4: Constituição dos órgãos sociais nos HUC	16
Figura 5: Organização das AGI's nos HUC.....	19
Figura 6: Organização dos CRI's nos HUC	19
Figura 7: Constituição da estrutura organizacional	20
Figura 8: Princípios para uma boa relação entre a organização e as pessoas	24
Figura 9: Exemplos de alguns factores culturais	26
Figura 10: Determinantes organizacionais do comportamento	27
Figura 11: Relacionamento do clima com o desempenho	27
Figura 12: Tipos de clima relevantes em hospitais	28
Figura 13: Principal valor da gestão de desempenho segundo Armstrong e Baron	31
Figura 14: Perspectivas do desempenho organizacional segundo Kaplan e Norton	31
Figura 15: Relação entre motivação, motivo e acção	33
Figura 16: Níveis de liderança segundo Indrik.....	34
Figura 17: Tipos de motivação	36
Figura 18: Síntese do contrato-programa dos CRI's.....	41
Figura 19: Tabela da afectação de recursos referentes a cada CRI	42
Figura 20: Gráfico da afectação de recursos humanos referentes a cada CRI	42
Figura 21: Tabela relativa à intervenção humana em cada CRI.....	43
Figura 22: Gráfico relativo à intervenção humana em cada CRI	43
Figura 23: Tabela relativa aos prémios de desempenho em cada CRI.....	45
Figura 24: Gráfico relativo aos prémios de desempenho em cada CRI	46

Introdução

O Sector Público da Saúde, nomeadamente no que se refere a gestão hospitalar, apresenta diversos desafios na área da gestão e da administração. Uma das principais questões está relacionada com a articulação da gestão para o elevado desempenho e bem-estar psicológico.

O presente trabalho descreve e analisa de forma crítica, uma experiência curricular nos Hospitais da Universidade de Coimbra, de forma a melhor perceber a complexidade de implementar modelos e práticas de gestão do desempenho.

O relatório divide-se essencialmente em duas partes, uma relativa à organização hospitalar e ao serviço público de saúde em Portugal, e outra relativa à contextualização teórica do desempenho humano.

O primeiro capítulo refere-se à instituição acolhedora, onde há o enquadramento contextual e descritivo da mesma, e também o plano de actividades que se realizaram ao longo do estágio.

No capítulo seguinte, é descrita a importância da cultura organizacional no contributo para o alto desempenho dos profissionais de saúde, onde é destacada a comparação entre dois Centros de Responsabilidade Integrada.

Por último, as considerações finais, que compreendem uma síntese, focando os principais aspectos que ressaltam da análise efectuada.

I. Organização Hospitalar e o Serviço Público de Saúde em Portugal

Serviço Nacional de Saúde

No nosso País, os serviços oficiais para prestação de cuidados de saúde à população encontram-se organizados num Serviço Nacional de Saúde (SNS).

O Estatuto do Serviço Nacional de Saúde deriva da incessante preocupação de propiciar aos utentes cuidados compreensivos e de elevada qualidade. Assim, o Estado assegura o direito à protecção da saúde, que abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde. A sua missão passa por garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

O SNS é composto por todas as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde, designadamente estabelecimentos hospitalares, unidades locais de saúde, centros de saúde e agrupamentos de centros de saúde.

Este Serviço abrange ainda os estabelecimentos privados e profissionais de saúde em regime liberal, com os quais tenham sido celebrados contratos ou convenções, que garantam o direito de acesso dos utentes em moldes semelhantes aos oferecidos pelo SNS. Estes foram criados no âmbito de vários ministérios, empresas bancárias, seguradoras e outras instituições, para prestação de cuidados de saúde aos seus trabalhadores ou associados (ADSE, ADME, SAMS, etc.). Os beneficiários destes subsistemas podem utilizar também, caso o desejem, toda a rede do SNS.

A Saúde e o Memorando da Troika

Neste contexto é preciso salientar que vivemos numa era conturbada em que há quem fale de crise ou até mesmo de bancarrota. Face a conjuntura económica dos mercados internacionais e sendo Portugal um país periférico que precisa de recorrer periodicamente a financiamentos e estando a ser alvo de especulações em termos de mercado, foi levado a cabo um processo de resgate formado por um trio: União Europeia, Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional.

Com a ajuda externa, o sistema de saúde vai sofrer uma forte reforma. Algumas das medidas agora apresentadas já tinham sido propostas antes da Troika. O objectivo será tornar o sistema de saúde mais eficiente e eficaz através do uso racional dos serviços, e

assim controlar os custos de forma a ser possível também gerar poupanças, quer para a indústria farmacêutica ou para os hospitais, nos seus custos operacionais.

Para alcançar os objectivos propostos, como a redução de gastos com medicamentos para 1,25% do PIB até ao fim de 2012 e 1% do PIB em 2013, as medidas tomadas pelo Governo passam por:

Revisão e aumento das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde;

Redução dos benefícios fiscais para a saúde e seguros de saúde;

Revisão dos subsistemas de saúde de forma a que até 2016 sejam auto-financiados.;

Revisão do actual sistema de preços dos medicamentos;

Prescrição electrónica de medicamentos obrigatória;

Remoção de barreiras à entrada de medicamentos genéricos no mercado.

Figura 1: Medidas propostas pela Troika para a Saúde

O programa de medidas acordado com a troika para o sector da saúde é considerado por muitos como sendo bastante duro. E já se admite que os portugueses vão pagar mais, mas continuam com a garantia de terem um SNS “*tendencialmente gratuito*”. Para além destes cortes de dois terços nas deduções fiscais, do corte de um terço no transporte de doentes, do aumento das taxas moderadoras e da revisão do actual sistema de isenções, o programa de medidas acordado com a Troika prevê ainda uma redução de 200 milhões de euros nos custos dos hospitais públicos durante este ano e o próximo, além de um corte adicional de cinco por cento em 2013.

“No que diz respeito aos hospitais, os peritos do Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia propõem um corte de 15% nos custos operacionais dos hospitais até 2013, divididos por 6% este ano, 5% no próximo e 4% em 2013, bem como a continuação da criação de centros hospitalares.”

O ex-ministro da Saúde Correia de Campos considera que o programa de medidas acordado com a troika para o sector da saúde “*é duro, mas não é cego*”, uma vez que os

cortes são “*selectivos*” e vão ocorrer onde “*há realmente desperdícios, como nos medicamentos, nas urgências, nas horas extraordinárias, nas isenções de taxas moderadoras e nas redundâncias de serviços*”. Acrescenta ainda que “é uma proposta inteligente e talvez seja a tábua de salvação de um serviço [de saúde] universal. Certamente que os portugueses vão pagar mais, vão sofrer, mas temos a garantia de que a despesa será cortada onde faz sentido” - que antevê um “*grande desagrado*” do sector privado, devido ao corte substancial nos benefícios fiscais previstos no documento.

História dos HUC

Depois de uma breve análise ao sector da saúde, agora vamos passar à descrição da entidade acolhedora. A assistência hospitalar em Coimbra tem um passado histórico que vem desde o ano de 1093, com várias designações e reformas introduzidas ao longo dos tempos. Em 1774, no âmbito da Reforma da Universidade, o Marquês de Pombal determinou que os vários Hospitais existentes passassem a ser administrados pela Universidade de Coimbra, conservando contudo os seus nomes.

O ano de 1870 foi outro marco de particular importância na história dos HUC, pois representou a data em que o Liceu foi transferido para o edifício do antigo Colégio de S. Bento e os HUC ficaram, finalmente, instalados nos três edifícios (São Jerónimo, Colégio das Artes e Castelo), espaço em que funcionaram até 1961. Neste ano, o Hospital do Castelo foi destruído para dar lugar à construção da cidade universitária, continuando os HUC a funcionar nos outros dois edifícios, até ao dia 6 de Março de 1987, data em que passou a ocupar o actual edifício, construído de raiz, para o efeito.

A “*disseminação*” do Hospital pela cidade é um dos seus traços caracterizadores, que subsiste ainda na actualidade. Assim, os HUC estão hoje instalados nos edifícios do Bloco Central e em dois estabelecimentos periféricos, a Maternidade Dr. Daniel de Matos e o Bloco de Celas.

Marcos históricos a destacar:

- Em 1889, foi instalada a Maternidade dos HUC – Clínica Obstétrica Dr. Daniel de Matos no edifício destinado inicialmente ao Paço Episcopal.
- Em 1943, foi criada e instalada a Clínica Psiquiátrica dos HUC no Manicómio Sena, em Celas, para cujos pavilhões foram transferidos durante a década de 50 vários serviços instalados no Hospital do Castelo.
- Em 1975, a Maternidade Dr. Daniel de Matos foi transferida para o edifício da anterior Clínica de Santa Teresa, onde ainda hoje se encontra.
- Em 1980, iniciaram-se as obras de construção do Bloco Central, com o intuito de albergar os vários serviços espalhados pelas instalações localizadas na zona da Alta e pelos pavilhões do Bloco de Celas. Em 1987, foi inaugurado o o Bloco Central.
- Em 2000, foi inaugurado o Edifício de S. Jerónimo no campus hospitalar do Bloco Central, que alberga os serviços de Radioterapia, Genética, Domiciliário, Saúde do Pessoal, Hospital de Dia de Oncologia e ainda o Centro de Histocompatibilidade da Região Centro.
- Em 2002, foi inaugurado, também no campus, o Edifício de Cirurgia Cardiorácica.

Figura 2: Marcos históricos dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Ao longo da sua existência, os HUC sofreram transformações e adaptações tanto da estrutura como da organização, mantendo-se na linha da frente em desenvolvimento e capacidade de resposta às necessidades dos seus utentes. Os HUC construíram assim, uma imagem consolidada e prestigiada como grande instituição nas áreas dos cuidados de saúde hospitalares, do ensino e da investigação. Actualmente, os HUC reúnem todas as condições para enfrentarem os novos desafios e complexidades em saúde do século XXI:

- Alicerçados nas capacidades humanas e materiais ao seu dispor, na dinâmica existente e no conhecimento e dedicação dos seus profissionais e no seu estatuto de entidade pública empresarial (EPE) criada pelo Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto e pessoa colectiva de direito público e de natureza empresarial, dotada de autonomia administrativa, financeira e patrimonial;
- Sustentados por um orçamento anual que ronda os 300 milhões de euros;
- Orientados por um Plano de Desenvolvimento Estratégico para os anos 2008-2012;

- Organizados sob o ponto de vista gestor e funcional por um Regulamento Interno que inova, mas que também integra o melhor da sua cultura;
- Orientados, ainda, por um Plano Director que espelha a forma de responder, no futuro, às necessidades de uma procura que evoluiu quantitativa e qualitativamente e que já não cabe no espaço físico actualmente disponível;
- E apoiados para a modernização das suas estruturas físicas e dos seus equipamentos num capital estatutário de 108,5 milhões de euros e num Plano de Investimentos de 87,1 milhões de euros.

Missão, Visão e Valores

Os HUC apresentam-se como uma referência do Serviço Nacional de Saúde, com funções diferenciadas na prestação de cuidados de saúde, na formação pré-graduada, pós-graduada e contínua, e na investigação científica, sustentadas no mais actualizado conhecimento científico e técnico dos seus profissionais e na inovação e desenvolvimento de metodologias terapêuticas e tecnológicas próprias.

Os HUC têm como atributos naturais a abordagem de questões clínicas e diagnósticas de elevada complexidade.

Constitui-se como visão dos HUC:

- Aprofundar a sua natureza de grande hospital geral, central e aglutinador de um centro hospitalar universitário.
- Ser um centro assistencial de elevada competência, saber e experiência, dotado dos mais avançados recursos tecnológicos e terapêuticos.
- Ter um forte compromisso com a investigação, a inovação e o desenvolvimento tecnológico e terapêutico.
- Ser, na área da saúde, uma referência de elevada capacidade e qualidade no ensino superior e universitário e na formação pós-graduada e contínua.

Figura 3: Visão dos Hospitais da Universidade de Coimbra

No cumprimento da sua missão, os HUC e os seus profissionais perfilham os seguintes valores e princípios:

- Respeito pela dignidade humana, pela diversidade cultural e pelos direitos dos doentes;
- Universalidade do acesso a cuidados de saúde e equidade no tratamento;
- Colocação do doente no centro dos processos;
- Honestidade, sinceridade e franqueza no relacionamento com os doentes e com os seus familiares e entre os seus profissionais;
- Elevados padrões de humanização, de qualidade e de competência técnica e científica dos serviços prestados – excelência;
- Espírito de equipa, integridade, confidencialidade, privacidade e cordialidade;
- A mudança como motor do desenvolvimento, centrada nos profissionais;
- Respeito pela cultura e pelas tradições fundadoras do hospital, assumindo cada um o dever de acrescentar algo ao capital de cultura herdado;
- Responsabilidade social;
- Respeito pelo ambiente;
- Eficácia e eficiência na utilização dos recursos que a comunidade coloca ao seu dispor.

Objectivos estratégicos

Tendo como “*drivers*” da mudança os princípios do primado do utente e da liberdade de escolha, os HUC assumem como seus os desafios mais relevantes do sector da saúde em Portugal: operacionalizar o planeamento estratégico em saúde, promover e educar para a saúde e para o consumo em saúde, otimizar os gastos em serviços de saúde, melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde e promover a inovação.

E tendo como finalidades a sustentabilidade de elevados padrões de qualidade assistencial, mais eficácia e eficiência e o fomento da inovação, da investigação e do desenvolvimento, os HUC definiram os seguintes objectivos estratégicos para o período de 2008 a 2012:

- A reorientação da oferta para o aumento da diferenciação;
- O desenvolvimento do ambulatório médico e cirúrgico, num cenário de reorganização do internamento e de encerramento de blocos cirúrgicos periféricos, assente, nomeadamente, na criação de um pólo de consultas externas centralizado,

na centralização da cirurgia de ambulatório com a criação de um pólo diferenciado, na concentração dos hospitais de dia não oncológicos, na criação da “consulta de alta resolução”.

- A manutenção de uma dinâmica de inovação e de uma cultura da medicina de emergência, na vanguarda da resposta às novas necessidades da procura;
- O combate à dispersão, assimetria e desperdício de recursos, ao nível do internamento;
- A alteração do modelo de gestão por forma a ir de encontro às expectativas do utente, potenciar sinergias e desenvolver actividades de excelência reconhecida;
- A reorganização da oferta de MCDT's tendente à optimização de recursos, melhoria dos níveis de qualidade e de eficiência dos serviços prestados e aproveitamento de sinergias;
- A melhoria da eficiência na gestão da logística hospitalar, numa perspectiva de satisfação das expectativas dos utilizadores e melhoria da qualidade dos serviços prestados;
- O desenvolvimento do Sistema de Gestão Integrada do Circuito do Medicamento, beneficiando o utente e contribuindo com a racionalização de recursos;
- A promoção de uma articulação efectiva com outras unidades de saúde, proporcionando ao utente um nível de acessibilidade acrescida, maior conveniência, conforto e acesso à informação;
- A melhoria da qualidade, eficiência, diminuição de custos e facturação acrescida através da implementação de um sistema de informação integrado, centrado no utente;
- A implementação de políticas de qualidade efectiva, potenciando a redução de custos e permitindo uma maior eficiência na prestação de cuidados;
- O investimento na qualificação dos recursos humanos, impulsionando a participação activa dos colaboradores na vida da organização;
- O aprofundamento das relações com instituições de ensino e investigação, nomeadamente com a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, na procura do melhor equilíbrio entre uma formação eminentemente científica projectada para o futuro e uma efectiva prestação de cuidados de saúde pautada por padrões de excelência

Órgãos sociais

Os órgãos sociais dos HUC são constituídos pelo Conselho de Administração, Auditor Interno, Conselho Consultivo e Fiscal Único.

Aos membros do Conselho de Administração aplica-se o estatuto do gestor público, sendo este composto por um Presidente, por um Director Clínico e por um Enfermeiro Director. Além dos membros já referidos, nos HUC deve existir um auditor interno, designado pelo conselho de administração. A sua designação, mandato e competências constam do artigo 17.º dos Estatutos. A composição, o mandato, as competências e o funcionamento do conselho consultivo estão reguladas nos artigos 18.º a 20.º dos Estatutos. Por fim, a nomeação, o mandato e as competências do fiscal único são reguladas pelos artigos 15.º e 16.º dos Estatutos.

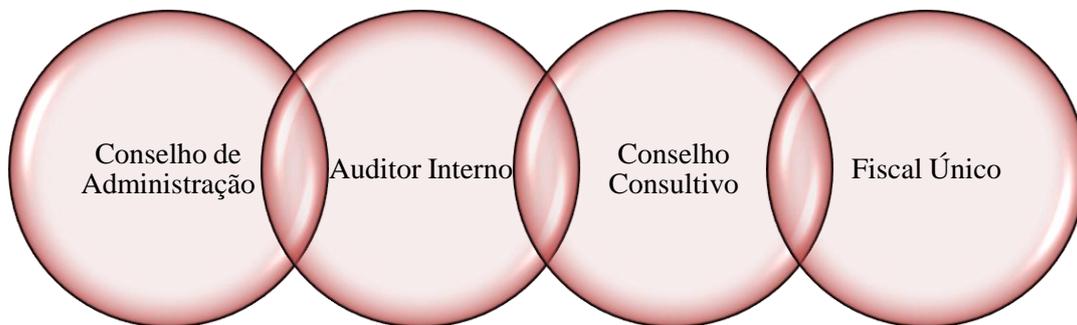


Figura 4: Constituição dos órgãos sociais nos HUC

Órgãos de apoio técnico

Os órgãos de apoio técnico são estruturas de carácter consultivo que têm por função apoiar o Conselho de Administração, a pedido deste ou por iniciativa própria, nas matérias da sua competência.

São comissões de apoio técnico obrigatórias:

- Comissão de Controlo da Infecção Hospitalar: Compete à comissão a vigilância epidemiológica, a elaboração e monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boas práticas, a formação e informação de profissionais de saúde, utentes e visitantes e a consultadoria e apoio nesta área.
- Comissão de Ética: Órgão multidisciplinar de apoio ao conselho de administração, ao pessoal de saúde e aos doentes, compete, nomeadamente, pronunciar-se sobre aspectos de natureza bioética próprios de um hospital com actividades assistenciais, de ensino e de investigação

- Comissão de Farmácia e Terapêutica: Incumbe promover a interligação entre os serviços de acção médica e os serviços farmacêuticos e interagir na dinâmica funcional dos mesmos.
- Comissão de Qualidade e Segurança do Doente: Cabe a promoção e o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e segurança que satisfaça os objectivos estratégicos do hospital e lhe confira o reconhecimento de excelência, num quadro de respeito pelas recomendações da União Europeia mencionadas no preâmbulo do Decreto-Lei 50-A/2007 de 28 de Fevereiro, e utilizando uma abordagem sistémica como alicerce do desenvolvimento de uma cultura de qualidade, segurança e humanização dos serviços.

Para além das comissões obrigatórias, os HUC dispõem ainda dos seguintes órgãos permanentes de apoio técnico:

- Comissão de Catástrofe e Planeamento Hospitalar de Emergência: Compete apoiar o conselho de administração em todos os assuntos que tenham a ver com a sua área de intervenção
- Comissão de Coordenação Oncológica: Incumbe apoiar o conselho de administração sobre as matérias que forem da sua competência.
- Comissão de Enfermagem: É um órgão de apoio à decisão do enfermeiro director.
- Comissão de Informática Clínica: Cabe apoiar o conselho de administração na área dos sistemas de informação clínica
- Comissão de Normalização de Materiais de Consumo Clínico e Equipamentos Clínicos: Deve pronunciar-se sobre todos os assuntos relativos à política de consumos clínico e de aquisição de equipamentos da mesma tipologia no hospital.
- Comissão de Protecção Radiológica: Compete apoiar o conselho de administração em todas as matérias relativas a protecção radiológica
- Comissão Médica: Incumbe acompanhar e avaliar, periodicamente e de modo sistemático, a actividade clínica, designadamente, os aspectos relacionados com o exercício da medicina e a formação dos médicos.
- Comissão Técnica de Certificação de Condição para a Interrupção de Gravidez: Compete nos termos do n.º 1 do artigo 20.º da Portaria nº 741-A/2007, de 21 de Junho, verificar, em cada situação, a conformidade com as circunstâncias previstas na alínea c) do n.º 1 do artigo 142.º do Código Penal.

- Conselho de Transplantação de Órgãos e Tecidos: Deve coordenar toda a actividade de colheitas e transplantação de órgãos e tecidos, que, nos HUC, está organizada sob a forma de programas.
- Direcção do Internato Médico: Cabe garantir adequadas condições de formação e integração dos médicos a frequentar o internato e o cumprimento das normas legais vigentes.

Estrutura de gestão

A estrutura de gestão de um hospital pode ser caracterizada segundo duas vertentes as Áreas de Gestão Integrada e os Centros de Responsabilidade Integrada.

As AGI's constituem níveis intermédios de gestão, de grande dimensão, agrupando vários serviços e unidades funcionais de acção médica, segundo critérios de homogeneidade ou afinidade funcional. São estruturas destinadas a melhorar a conceptualização, o planeamento, a gestão e o controlo das actividades e objectivos das partes que as integram, na procura de maior eficiência através da utilização e partilha dos recursos disponíveis. O âmbito da responsabilidade pode recair em:

- Centro de resultados: em que o director tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos e proveitos;
- Centro de investimentos: em que o director tem poder de decisão sobre meios que se traduzem em custos, proveitos e activos patrimoniais.

As AGI poderão criar, internamente, unidades de gestão operacional (UGO), correspondentes a um serviço de acção médica, dotadas de grau adequado de autonomia organizacional, direccionada para resultados estabelecidos pela via da contratualização interna entre o seu director e a AGI e orientando a sua actividade através de um modelo retributivo específico e de incentivos aos profissionais.

Ao nível da gestão das AGI, estas são dirigidas por um médico. O director da AGI integra na sua equipa de gestão um ou mais administradores hospitalares e um enfermeiro supervisor nomeado pelo conselho de administração, ouvido o director da AGI. Em cada AGI há um conselho técnico de apoio ao director, composto pelos directores dos serviços e os coordenadores das unidades funcionais que a integrem, bem como os respectivos enfermeiros chefes ou, quando se trate de AGI de MCDT, um representante dos técnicos.

O director da AGI é nomeado pelo conselho de administração, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de actividades e de orçamentos anuais e plurianuais.



Figura 5: Organização das AGI's nos HUC

Os CRI's são estruturas de gestão não integradas em AGI, de dimensão adequada, dotadas de objectivos específicos e de um conjunto de meios materiais e humanos. O director do CRI é nomeado pelo conselho de administração, preferencialmente de entre profissionais com experiência reconhecida em gestão hospitalar, para um mandato de três anos, decorrendo a nomeação da apresentação, avaliação e aprovação de um plano de actividades e de orçamentos anuais e plurianuais. Os CRI, sempre que se justifique, integram um profissional com o perfil adequado as tarefas de gestão hospitalar, nas áreas de organização, de regulação, do controlo de gestão e de avaliação dos processos e resultados.

A grande diferença das AGI para os CRI, é que este último tem um sistema de incentivos, previsto no seu regulamento, sujeito a contratualização anual com o conselho de administração.

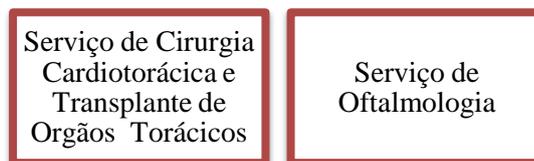


Figura 6: Organização dos CRI's nos HUC

Estrutura organizacional

A estrutura organizacional do hospital é integrada pelas seguintes áreas:

- Acção Médica: Os serviços de acção médica são as unidades básicas da organização do hospital, dotados de recursos humanos e tecnológicos adequados, bem como de autonomia técnica e funcional. Nos serviços de acção médica

prestam-se cuidados directos de saúde nas áreas de internamento, consulta externa, urgência, ambulatório cirúrgico, hospital de dia e apoio domiciliário.

- Suporte à Prestação de Cuidados: As várias estruturas existentes nos HUC neste âmbito são o Serviço de Assistência Espiritual e Religiosa, Serviço de Saúde Ocupacional, Serviços Farmacêuticos, Serviço Social, Unidade Central de Esterilização, Unidade de Nutrição e Dietética, Unidade de Psicologia Clínica, Unidade Hospitalar de Gestão de Inscritos para Cirurgia, Unidade Hospitalar de Gestão do Acesso a Primeira Consulta, Gabinete do Utente, Equipa de Gestão de Altas e Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos
- Apoio à Gestão e Logística: Como áreas que prestam auxílio neste âmbito surge o Serviço de Aprovisionamento, Serviço de Documentação, Serviço de Gestão de Doentes, Serviço de Gestão de Recursos Humanos, Serviço de Instalações e Equipamentos, Serviço de Tecnologias e Sistemas de Informação, Serviços Financeiros, Serviços Hoteleiros, Gabinete de Comunicação, Informação e Relações Públicas, Gabinete de Gestão de Projectos e Investimentos, Gabinete de Planeamento e Controlo de Gestão, Gabinete de Qualidade, Gabinete Jurídico e de Contencioso.
- Formação, Investigação, Inovação e Desenvolvimento: Nesta área verifica-se duas estruturas, o Serviço de Formação e Aperfeiçoamento Profissional e a Unidade de Inovação e Desenvolvimento.

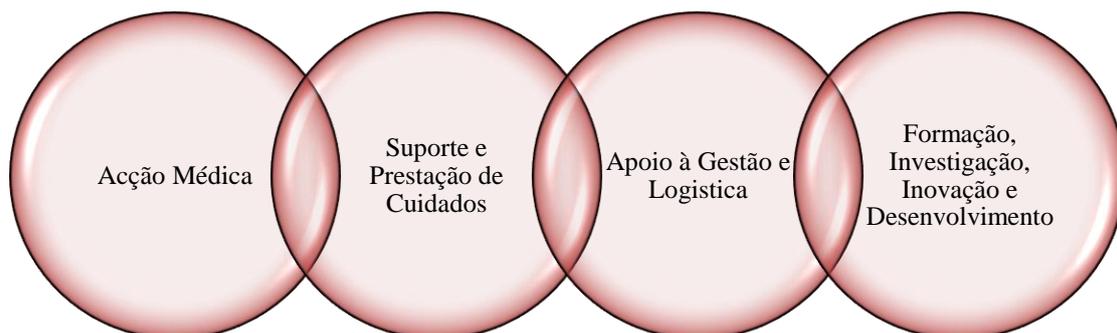


Figura 7: Constituição da estrutura organizacional

Actividades realizadas durante o estágio

Os objectivos propostos para o estágio curricular compreendiam o envolvimento nos diferentes departamentos, entrevistas a profissionais de saúde e administradores com responsabilidades de gestão ao nível de AGI, CRI e serviços de acção médica, codificação e análise dos discursos elaborados nas entrevistas com a finalidade de

apresentar os dados no Congresso Nacional de Administradores Hospitalares, como aconteceu em Maio de 2011. No seu decorrer também houve envolvimento em diversas actividades tais como:

- Participação num projecto de investigação denominado “*Gestão do desempenho: alto desempenho e bem-estar psicológico dos profissionais de saúde*”. Projecto esse dirigido pela Professora Doutora Teresa Carla Trigo de Oliveira, que decorre nos Hospitais da Universidade de Coimbra em parceria com o Centro de Coimbra para Gestão Inovadora, e tem como objectivo melhor compreender a gestão do desempenho em relação ao estado do contrato psicológico;
- Neste sentido foram realizadas entrevistas a profissionais de saúde como foi referido anteriormente;
- Participação na Formação “*Metodologia da Investigação Avançada*” pertencente ao Programa de Doutoramento em Gestão, com o intuito de aprender a trabalhar com o programa “*MAXQDA*”, para posterior codificação e análise dos discursos elaborados nas entrevistas;
- Participação no evento: Congresso Nacional de Administradores Hospitalares para apresentar os dados referentes a codificação de 10 entrevistas realizadas a médicos.
- Envolvimento nos diferentes serviços de apoio como serviço de aprovisionamento, serviços financeiros, serviço de gestão de recursos humanos, serviço de aprovisionamento, serviço de gestão de doentes, gabinete de planeamento e controlo de gestão, serviço social – gabinete do utente, serviço de informática, serviço de medicina do trabalho, gabinete de gestão de projectos e investimentos, serviço de instalações e equipamentos, unidade central de esterilização, centro de documentação, serviços farmacêuticos, serviço de formação e aperfeiçoamento de pessoal, serviços hoteleiros
- Experiência na Comissão de Controlo da Infecção e na Comissão de Qualidade e Segurança do Doente, no sentido de compreender a sua função e contributo para os hospitais
- Relativamente às AGI’s, foram passados 3 dias em cada uma, nos quais aprendi e conheci os serviços pertencentes a cada área, os contratos-programa inerentes e além do contacto com os administradores foi possível a oportunidade de discutir ideias com os respectivos directores de serviço.

AGI MCDT: Integra os designados Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica, compreendendo, actualmente, os Serviços de Anatomia Patológica; Radiologia; Serviço de Sangue e Medicina Transfusional; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Nuclear; Patologia Clínica; e o Serviço de Radioterapia. Actualmente, a AGI MCDT é administrada pelo Dr. Victor Bernardo.

AGI Médica 1: Compreende os Serviços de Endocrinologia; Gastreenterologia; Hematologia Clínica; Imunoalergologia; Medicina Interna; Pneumologia; Reumatologia; e Oncologia Médica. Esta AGI é administrada pelo Dr. Gustavo Oliveira.

AGI Médica 2: Aglutina os Serviços de Cardiologia; Infecções; Nefrologia; Neurologia; e Psiquiatria. Tanto nesta AGI como na anterior não se operam doentes. Esta AGI tem elevada carência interna. Apresenta elevados valores em termos medicamentosos. É actualmente administrada pela Dra. Diana Breda.

AGI Cirúrgica 1: Engloba os Serviços de Cirurgia 1 e Transplantes Hepáticos; Cirurgia 2; Cirurgia 3; Cirurgia Vascular; Urologia e Transplantação Renal. É administrada pela Dra. Filomena Monteiro.

AGI Cirúrgica 2: Integra a Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Plástica e Queimados; Dermatologia; Estomatologia; Neurocirurgia; Ortopedia e O.R.L. Muitos destes Serviços encontram-se no Bloco de Celas. É administrada pela Dra. Marta Bronze, também responsável pelos CRI's.

AGI Saúde Materno-Fetal: Esta AGI tem os seus Serviços distribuídos entre o Bloco Central e a Maternidade Daniel de Matos. São esses serviços a Reprodução Humana; a Ginecologia; a Neonatologia; e a Obstetrícia. Os dois últimos encontram-se na Maternidade, a Ginecologia no Bloco Central e a Reprodução Humana no S. Jerónimo. Actualmente é administrada pelo Dr. Carlos Gante.

AGI Urgência/ Cuidados Intensivos: Esta reúne, tal como o nome indica, o Serviço de Urgência e o Serviço de Cuidados Intensivos. Nas urgências é utilizado um sistema de triagem de acordo com a urgência do doente, denominado Triagem de Manchester. Existem quatro urgências periféricas: ginecologia, oftalmologia, estomatologia e otorrinolaringologia. Os Cuidados Intensivos requerem toda a assistência hospitalar pois dedicam-se à prestação de cuidados a pessoas em situação crítica com risco ou falência das funções vitais. É administrada pela Dra. Joana Cunha.

- Também houve uma breve passagem pelo Centro de Simulação Biomédica dos HUC, demonstrando um potencial de conhecimento e inovação, onde existe uma preocupação no sucesso de desafios de gestão, liderança, oportunidade, crédito científico e resiliência. Este Centro procura contribuir para uma maior segurança dos doentes e melhor qualidade assistencial nos cuidados críticos de saúde com impacto positivo na confiança pública e na formação contínua dos profissionais e equipas de saúde.

II. Importância da Cultura Organizacional na Gestão de Profissionais de Saúde para o Alto Desempenho e Bem-estar Psicológico

No presente estudo, procurou-se destacar a influência da cultura e do clima organizacional sobre a satisfação no trabalho dos colaboradores. Esta tem bastante relevância para o desempenho organizacional, visto ter repercussões na realização pessoal dos activos humanos e na produtividade da empresa.

As organizações só conseguem atingir os seus objectivos através das pessoas que coordenam os seus esforços no sentido de atingirem objectivos, que solitariamente, não conseguiram. A organização conhece minimamente as pessoas que nela trabalham, conhece as suas aptidões, habilidades, capacidades e potencial de desenvolvimento e, por isso, possui expectativas quanto ao seu comportamento e desempenho.

Porém, por outro lado, as pessoas que trabalham na empresa, também foram desenvolvendo expectativas a seu respeito, esperando, que nela satisfaçam as suas necessidades pessoais.

Existe um processo de interacção entre a organização e as pessoas, oferecendo, a primeira, incentivos e recompensas e as segundas, as suas actividades e o seu trabalho. A organização espera que as pessoas que nela trabalham obedeçam à sua autoridade, não podendo esquecer que existe um contrato entre a organização e as pessoas.

As duas partes têm direitos, praticas, privilégios e obrigações. Para que a relação e o contrato entre as duas partes sejam satisfatórias, é necessário:

Que os objectivos da organização estejam bem definidos;

Que haja clareza quanto às estratégias e processos para os alcançar;

Que a comunicação entre as pessoas, no seio da organização, se faça de forma cara, directa e aberta.

Figura 8: Princípios para uma boa relação entre a organização e as pessoas

O individuo sente-se bem na organização se nela se sentir recompensado, isto é, se espera que as suas satisfações pessoais sejam maiores que os seus esforços pessoais. Se

estes forem maiores que as satisfações, ele sentir-se-á mal na empresa e tenderá abandoná-la.

A organização, por sua vez, espera que a contribuição de cada indivíduo que nela trabalhe ultrapasse o custo de ter as pessoas na organização, ou seja, os seus lucros não podem ser iguais aos custos do pessoal que nela trabalha.

Deste modo na primeira parte deste capítulo vou explicar alguns conceitos que acho relevantes, para posteriormente desenvolver o estudo de caso referente à comparação de culturas de dois Centros de Responsabilidade Integrada dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Cultura organizacional

A cultura é constituída por todas as características da actividade de uma organização que definem a sua “*personalidade*” e que permitem, no seu conjunto, distingui-la das outras organizações. A cultura de uma organização é definida essencialmente a partir da descrição, análise e interpretação de componentes que a constituem. Toda organização, por mais simples que seja, possui uma cultura própria, onde manifestam os seus valores, crenças, costumes, tradições e símbolos.

Sem a definição de valores, consciencialização de crenças e princípios, as organizações tornam-se frágeis à resoluções de problemas. É necessário, portanto, a participação e comprometimento das pessoas para se obter uma cultura transparente e aberta.

As diferentes culturas existentes nas organizações contribuem para as diversas alterações que possam sofrer o clima organizacional. Uma mudança ao nível da cultura tem maior complexidade porque são enraizadas expressões próprias da organização e das pessoas das quais fazem parte este contexto, ocorrendo resistência na aceitação de crenças comuns.

Wilkins, Patterson e Freitas (1991) apresentam outro conceito de cultura organizacional: “*são conclusões que um grupo de pessoas têm a partir de suas experiências e incluem: as práticas convencionais, os valores e os pressupostos*”.

Outra definição muito clara é apresentada por Schein e Freitas (1991) que afirmam: “*a cultura organizacional é o modelo dos pressupostos básicos que determinado grupo tem inventado, descoberto ou desenvolvido no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e integração interna. Uma vez que os*

pressupostos tenham funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, são ensinados aos demais membros como a maneira correcta para se perceber, se pensar e sentir-se em relação àqueles problemas”.

Se a organização como um todo vivenciou experiências comuns, pode existir uma forte cultura organizacional que prevaleça sobre as várias subculturas das unidades. No entanto, a maior importância é o papel dos fundadores da organização no processo de moldar seus padrões culturais: os primeiros líderes, ao desenvolverem formas próprias de equacionar os problemas da organização, acabam por imprimir a sua visão de mundo aos demais e também a sua visão do papel que a organização deve desempenhar no mundo.

Ao discutir técnicas possíveis de investigação dos fenómenos culturais de uma organização, Schein confere grande relevância às entrevistas com estes membros fundadores, considerando que são elementos-chave da organização.

Clima organizacional

A cultura organizacional surge como um traço caracterizador de múltiplos aspectos que definem a vida da organização, que por sua vez se reflecte no clima.

O clima organizacional refere-se ao ambiente interno da organização caracterizado pela natureza e estilo das relações interpessoais. O clima reflecte-se na satisfação, no nível de integração e na sintonia de cada indivíduo com os valores e a cultura da organização, resultando da influência que os factores culturais exercem sobre os indivíduos e da interacção com outros factores por exemplo:

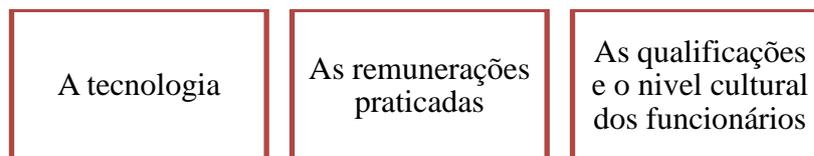


Figura 9: Exemplos de alguns factores culturais

A forma como os trabalhadores de uma empresa interagem entre si determina, ao nível individual, o comportamento. O centro da actuação da Gestão de Recursos Humanos é precisamente o comportamento dos indivíduos na organização. Apesar da generalidade de políticas de GRH ter como objectivo influenciar o comportamento humano, nem sempre o domínio da sua acção é óbvio e claramente delimitado.

Assim, pode apresentar-se o seguinte esquema resumido das relações que habitualmente caracterizam estes determinantes do comportamento:

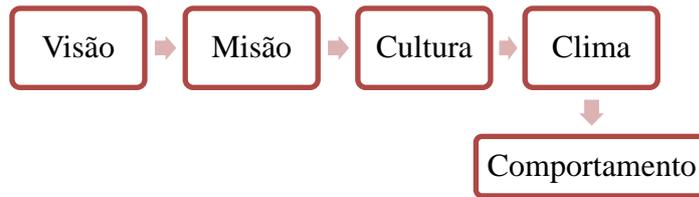


Figura 10: Determinantes organizacionais do comportamento

Qualquer organização é fruto da construção humana e, por conseguinte, não existe sem pessoas. Sendo a empresa uma forma de organização, a intervenção subjectiva está aí sempre presente, não podendo uma empresa ser gerida eficientemente sem se considerar este lado invisível e muitas vezes incomensurável da sua cultura. É o factor humano de uma organização que garante o seu desenvolvimento, a sua utilidade e até mesmo a sua sobrevivência para além da sobrevivência dos que a compõem.

Paauwe (2001) tenta demonstrar graficamente de que forma o clima se relaciona com o desempenho.

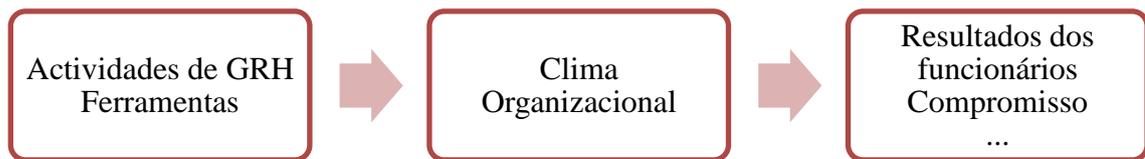


Figura 11: Relacionamento do clima com o desempenho

O clima organizacional influencia a motivação, o desempenho humano e a satisfação no trabalho. Ele cria certos tipos de expectativas cujas consequências se seguem em decorrência de diferentes acções. As pessoas esperam certas recompensas, satisfações e frustrações na base de suas percepções do clima organizacional. Essas expectativas tendem a conduzir à motivação.

O clima organizacional pode ser visto, também, como um conjunto de factores que interferem na satisfação ou descontentamento no trabalho. Entende-se por factores de satisfação, aqueles que demonstram os sentimentos mais positivos do colaborador em relação ao trabalho, tais como: a realização, o reconhecimento, a autonomia, a responsabilidade e o progresso. Por factores de descontentamento, temos aqueles que contribuem com uma conotação negativa, do ponto de vista do colaborador, tais como: as políticas e administração, a supervisão, o salário e as condições de trabalho.

Quando existe um bom clima organizacional, a tendência é que a satisfação das necessidades pessoais e profissionais sejam realizadas, no entanto, quando o clima é

tenso, ocorre frustração destas necessidades, provocando insegurança, desconfiança e descontentamento entre os colaboradores.

Na opinião de Chiavenato (2008) *“o clima organizacional é favorável quando proporciona satisfação das necessidades pessoais dos participantes, produzindo elevação do moral interno. É desfavorável quando proporciona frustração daquelas necessidades.”*

Clima organizacional pode ser definido também como um conjunto de variáveis que procura identificar os aspectos que precisam ser melhorados, em busca da satisfação e bem-estar dos colaboradores. Para Bennis (1996), *“clima significa um conjunto de valores ou atitudes que afectam a maneira pela qual as pessoas se relacionam umas com as outras, tais como sinceridade, padrões de autoridade, relações sociais, etc.”*

Um recente estudo feito por Paauwe e Monique Veld (2011) referente ao meio hospitalar diz que o clima organizacional deve ser entendido como um objectivo estratégico, este passa por uma ligação directa com objectivos estratégicos relevantes da organização.

Com base em entrevistas e análises de documentos decidiram quais os tipos de clima que são relevantes para os hospitais. Eles podem ser distinguidos em quatro tipos:



Figura 12: Tipos de clima relevantes em hospitais

O clima é em geral influenciado pela cultura da organização, embora alguns factores como políticas organizacionais, formas de gestão, lideranças formais e informais, actuação da concorrência e influências governamentais também possam alterá-lo.

Pode-se também definir clima organizacional como um conjunto de valores, ou seja, aquilo que identifica os colaboradores como seres humanos, as suas culturas e as suas crenças. Essas diferenças culturais devem ser reconhecidas como importantes nas organizações, pois mostram a visão de cada um em relação ao ambiente de trabalho.

O clima organizacional reflecte, também, a capacidade da empresa para atrair e reter colaboradores competentes que contribuam com os resultados desejados, daí a preocupação das empresas em avaliar o seu clima organizacional.

Os profissionais de recursos humanos juntamente com os líderes da organização devem sempre analisar o clima organizacional, procurando todas as informações possíveis que possam estar a influenciar o resultado dos colaboradores, tais como preocupações, insatisfações, sugestões, dúvidas e inseguranças.

Mas avaliar o clima organizacional não cabe apenas aos profissionais de recursos humanos ou líderes da organização, mas sim a todas as pessoas englobadas no processo. Pode-se fazer essa constatação, pois as pessoas que estão directamente ligadas às áreas ou sectores que estão a ser avaliados podem analisar com uma margem mais segura como é e como pode ser melhorado o desempenho dos colaboradores para o cumprimento dos objectivos da organização.

Gestão do desempenho

Todas as organizações têm que desenvolver mecanismos de acompanhamento e de controlo da sua actividade. Estes procedimentos permitem avaliar o desempenho da organização e dos seus colaboradores, detectar problemas e ineficiências que necessitem de ser resolvidas e identificar áreas onde exista potencial de crescimento. O desempenho colectivo é avaliado, principalmente, através de resultados organizacionais, da sua evolução e percepção do público e do mercado sobre esses resultados. Este desempenho colectivo é, invariavelmente, resultado da combinação dos desempenhos individuais. E é ao nível do indivíduo que a gestão de recursos humanos intervém.

A avaliação de desempenho acaba por ser um processo formal, sistemático e periódico que visa avaliar os resultados alcançados por cada indivíduo em face de determinados objectivos previamente estabelecidos, detectando desvios que mereçam acções correctivas ou que sugiram um potencial desenvolvimento.

A avaliação do desempenho permite manter um controlo sobre a evolução da actividade, constituindo um instrumento fundamental de desenvolvimento da relação

entre a organização e os seus trabalhadores, através do momento de auto-reflexão e discussão crítica de resultados que proporciona entre supervisores e subordinados. A avaliação também permite esclarecer dúvidas e resolver falhas de comunicação, promovendo o desenvolvimento pessoal e organizacional. Os trabalhadores recebem um feedback sobre a avaliação da sua prestação, o que contribui para aumentar a sua motivação, a sua produtividade e os níveis de satisfação no trabalho.

O formato clássico da avaliação do desempenho previa que os supervisores avaliem unilateralmente os subordinados directos, no entanto podem intervir no processo outros avaliadores. Tendo em conta o perfil da função, cultura organizacional e os objectivos da avaliação, filosofias de avaliação inovadoras apoiadas em técnicas recentes sugerem que a avaliação de cada funcionário deve ser efectuada também pelos seus colegas de trabalho, pelos subordinados, pelos agentes externos com os quais mantém contacto profissional (clientes, fornecedores, banca, etc) ou por ele próprio.

Mas como já foi dito, nem sempre houve estas “*ideias liberais*” referentes à gestão do desempenho. Foi por volta de 1990 que se verificou uma mudança de uma ênfase quase exclusiva dos sistemas de recompensa com base na remuneração por desempenho individual e objectivos quantificáveis, para sistemas mais arredondados de gestão do desempenho com um forte foco no desenvolvimento, reflectindo a importância de integrar as políticas de recursos humanos e as estratégias de negócios.

Hoje os empregadores centram-se sobre o papel da avaliação de desempenho dentro de um contexto mais amplo da organização, em que a avaliação é apenas uma parte, embora componente chave, de um processo mais sistemático de gestão de desempenho.

Assim a gestão do desempenho surge como meio para facilitar a mudança cultural e estabelecer e avaliar o pessoal dentro de um conjunto de competências organizacionais centrais

Armstrong e Baron (1998) sugeriram que o principal valor da gestão de desempenho passa por:

Comunicar a visão partilhada do propósito e valores da organização;

Definir as expectativas do que deve ser entregue e como ele deve ser entregue;

Assegurar que as pessoas estão cientes do que constitui um alto desempenho e do que eles precisam para alcançá-lo;

Reforçar a motivação, o envolvimento e comprometimento, proporcionando um meio de reconhecer o esforço e o sucesso através de feedback;

Habilitar as pessoas para monitorizar o seu próprio desempenho e incentivar o diálogo sobre o que precisa ser feito para melhorar o desempenho.

Figura 13: Principal valor da gestão de desempenho segundo Armstrong e Baron

Robert Kaplan e David Norton (1996, 2001) desenvolveram uma metodologia de medição e gestão do desempenho denominada “Balanced Scorecard”. O desempenho organizacional é mensurado de maneira equilibrada sob quatro perspectivas:

A perspectiva financeira: Como aparecemos aos nossos accionistas?

A perspectiva clientes: Como é que aparecemos aos nossos clientes?

A perspectiva processos internos: Em que parte do processo de negócio devemos primar?

A perspectiva inovação e aprendizagem: Como vamos manter a nossa capacidade de aprender e crescer?

Figura 14: Perspectivas do desempenho organizacional segundo Kaplan e Norton

Porém este modelo foi bastante criticado por ter uma forte componente de gestão de pessoas e insuficiente atenção aos recursos da empresa.

O Instituto do Estudo do Emprego diz que as contradições da avaliação de desempenho resultam de três fontes principais. A mudança de avaliação de desempenho

para gestão de desempenho tem sido associada a um aumento na complexidade dos sistemas que estão a ser utilizados.

Os sistemas de gestão de desempenho que integram os objectivos individuais, corporativos e incentivam a devolução para as chefias têm inconvenientes que não foram explorados. Como os empregadores atribuem mais importância ao processo de gestão de desempenho, torna-se mais politizados, como as consequências para os indivíduos se tornam mais evidentes.

Assim, concluímos que os sistemas de gestão de desempenho são projectados com a suposição de que os gestores das organizações podem estabelecer objectivos claros e inequívocos, que podem ser divididos em componentes individuais, que são aceites pelos indivíduos em questão e que podem facilmente ser medidos. Estes pressupostos destacam os dilemas associados à avaliação de desempenho, que constitui a componente do sistema de gestão de desempenho.

Alto desempenho

As organizações de alto desempenho conseguem criar propostas de valor que definem o local de trabalho. Além disso, contratam pessoas que se encaixam nos valores, nas competências centrais e nos objectivos estratégicos e continuam a treiná-las para fazer o seu trabalho e oferecem-lhes oportunidades para crescer e se desenvolver. Dão responsabilidade e autonomia aos funcionários. Têm a preocupação de ter uma missão, estratégias, metas e valores que os funcionários entendam, suportam e acreditam. Têm sistemas de recompensa que reforçam valores do negócio e da estratégia e contratam e desenvolvem líderes que criem confiança, empenho e num ambiente de trabalho motivador.

Liderar e motivar

A liderança pode ser entendida como a capacidade de influenciar o comportamento dos outros através do seu empenho voluntário na adopção de uma atitude previamente definida. Apesar das inúmeras tentativas, não é possível definir o perfil ideal de um líder aplicável a todas as circunstâncias de tempo, de espaço e de contexto.

Para que exista um líder é preciso que existam liderados. A adequação do perfil de cada trabalhador ao perfil de cada supervisor é que determina o potencial de liderança desse gestor. O êxito de uma liderança depende mais deste ajustamento do que qualquer

outro factor, destacando-se portanto a importância central dos liderados em todo o processo. Este esforço de adequação da linguagem e da postura representa dois grandes desafios com que se debatem os gestores de linha perante a necessidade de liderar pessoas. Cabe à GRH facilitar esta compreensão e auxiliar o desenvolvimento de competências de liderança.

Neste domínio, o exercício da liderança consiste numa actividade permanente de motivação das pessoas envolvidas. Motivar significa dar um motivo para agir.

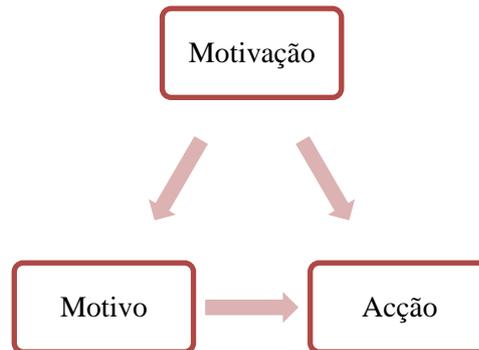


Figura 15: Relação entre motivação, motivo e acção

Frequentemente os gestores concentram-se na definição de objectivos e tendem a ignorar a necessidade de encontrar o motivo adequado que garanta que as pessoas adoptam o comportamento pretendido. Esta exigência de atender ao motivo de cada indivíduo não deve ser remetida para o domínio exclusivo de responsabilidade da GRH, mas deve ser estimulada por cada gestor.

A liderança eficaz é, portanto, um requisito central para o êxito da actuação dos responsáveis organizacionais e o esforço permanente de motivar, mais do que uma rotina, representa provavelmente o maior dos compromissos que um líder assume perante os liderados.

Ao nível da liderança a teoria do Guião de Definição de Objectivos – Path-Goal Theory, relaciona diferentes estilos de liderança com motivação (Indrik, 1986). Assim:

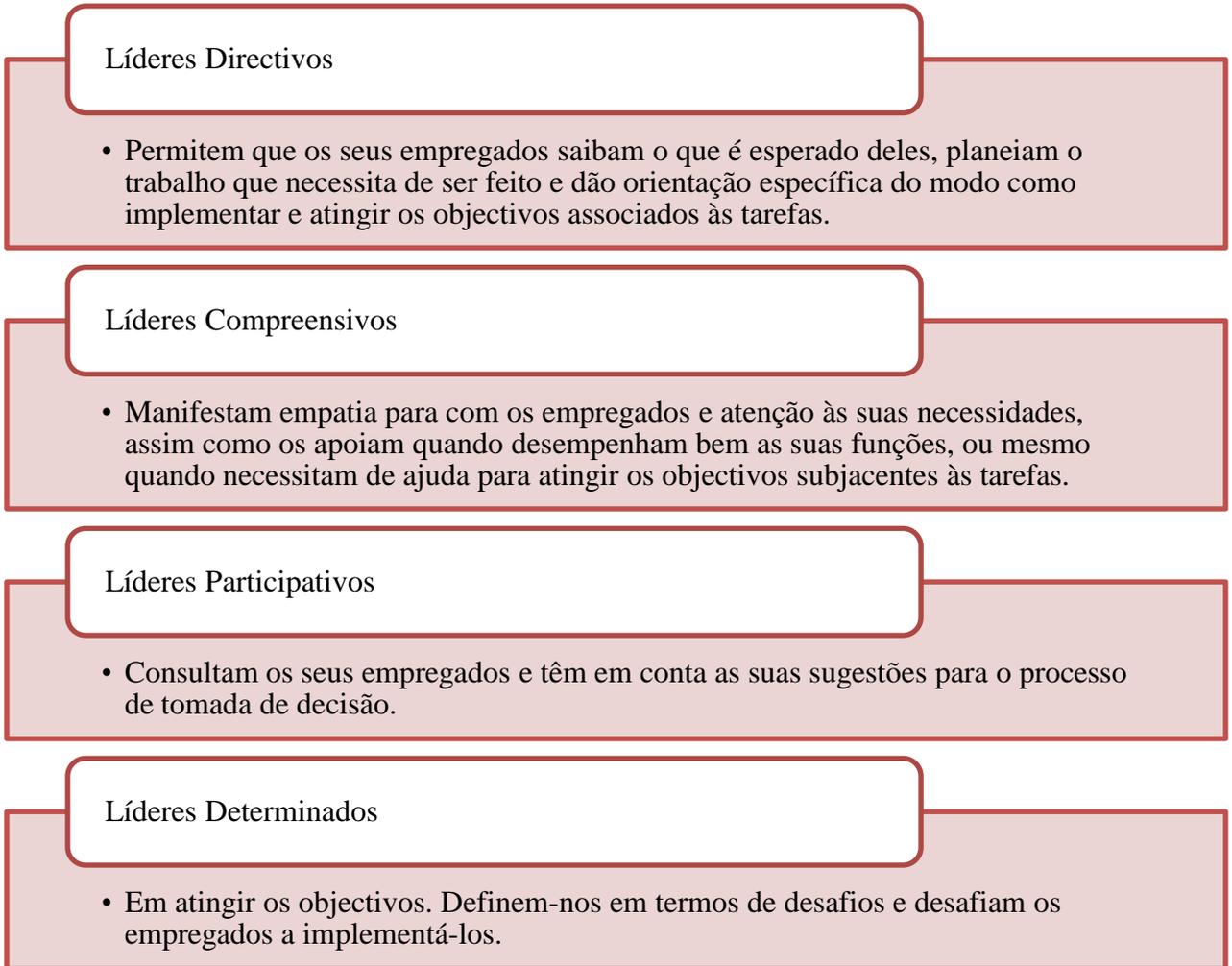


Figura 16: Níveis de liderança segundo Indrik

Esta teoria permite que os diferentes estilos de liderança se possam combinar em um ou mais indivíduos numa determinada organização. Além, disso a liderança e a intensidade desta é implementada tendo em conta o contexto em que se encontra.

Motivar os trabalhadores, empregados ou colaboradores de uma organização é um aspecto central na literatura sobre gestão de recursos humanos. Diferenças chave nas diferentes abordagens têm de ser compreendidas tendo em conta os significados operacionais subjacentes ao fenómeno da motivação.

Motivação Instrumental

- Significa que a remuneração monetária é o motivo para trabalhar, para aquilo que o indivíduo faz.

Remuneração associada ao Desempenho

- Bónus em relação aos resultados ou vendas, quer a nível do indivíduo, quer do grupo.

Partilha de Lucros

- É um importante elemento no sistema de compensação em empresas líderes no Japão.

Teoria das Expectativas

- Parte-se do princípio que os indivíduos esperam ser recompensados pelo esforço que colocam na actividade e pelo sucesso dos seus resultados.

Teoria da Equidade

- Traduz-se na comparação entre quanto o empregado se envolve no trabalho e o que ele e outros recebem.

Promoção

- Relacionada com altos níveis de remuneração monetária e com estatuto, o que significa reconhecimento e congruência com a teoria das expectativas.

Teoria da Diversidade no Trabalho

- Permite que os trabalhadores executem, aceitem a responsabilidade e reconheçam a importância de tarefas integradas, mais do que a da tarefa que envolve uma única simples operação.

Rotatividade no Trabalho

- A rotatividade mais do que uma expansão das funções de uma tarefa que já existe, poderá envolver uma tarefa completamente diferente.

Teoria das Três Necessidades

- Derivada de Maslow (1943) refere-se às necessidades de atingir objectivos, de ter poder e de pertença à organização.

Teoria da Definição de Objectivos

- A definição de objectivos específicos é mais motivante do que simplesmente encorajar os trabalhadores a "façam o vosso melhor".

Flexibilidade da Hora de Trabalho

- São oferecidas condições para uma melhor articulação entre as suas necessidades associadas ao trabalho e aquelas que são independentes deste.

Tele-Trabalho

- Consiste em trabalhar num local diferente do da organização através da utilização de computadores, modems, emails, ou qualquer outro tipo informático.

Participação dos Trabalhadores na Gestão

- Consiste com um estilo de gestão ou liderança consultivo. Não só que oriente o corpo executivo de gestão em geral, mas também se sente no direito de ser antecipadamente notificado do que se relaciona com a organização.

O Modelo das Relações Humanas

- Parte do princípio de que existem e demonstra evidências de uma relação casual entre participação dos trabalhadores no processo de tomada de decisão, elevada satisfação no trabalho e níveis altos de produtividade.

Figura 17: Tipos de motivação

A capacidade de liderar e motivar pessoas está directamente relacionada como tipo de poder formal ou informal que os líderes possuem e exercem. Mais ainda, reflecte o seu estilo de gestão pessoal, o tipo e organização em que estão envolvidos e qual a sua posição e o seu papel na organização. Nem todos os líderes exercem posições de topo. Muitos deles são gestores intermédios ou operacionais, na produção ou serviços, ou líderes em grupos de desenvolvimento conceptual ou de divulgação. A liderança efectiva depende também da relação entre os que lideram e os que são liderados. Numa economia de mercado, mesmo com os encargos do despedimento ou desemprego, há uma serie de formas em que o estilo de liderança pode motivar e facilitar o consentimento de determinada estratégia, de um certo estilo de gestão, ou de novos métodos e formas de organização do trabalho com vista ao desenvolvimento organizacional ao bem-estar das pessoas. No entanto, existem determinados estilos de liderança que podem também criar as condições para o desenvolvimento de resistências perante tal visão, tal etilo ou tal gestão organizacional.

Estudo caso

No seguimento do meu estudo, foi-me proposto a análise de dois serviços com algumas características similares, porém com culturas organizacionais bastante diferentes. Deste modo, decidi analisar os dois serviços que são Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) nos Hospitais da Universidade de Coimbra, o Serviço de Oftalmologia e o Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos.

Os hospitais são organizações complexas, que gerem avultados meios financeiros, materiais, técnicos e humanos, motivo pelo qual têm de perspectivar a sua actividade também numa componente empresarial. Esta complexidade foi traduzida na anterior Lei de Gestão Hospitalar (1988), através da criação dos Centros de Responsabilidade. Os Centros de Responsabilidade Integrada, criados pelo Decreto-Lei n.º 374/1999, têm *“como objectivo primordial a obtenção de um elevado grau de eficiência, (...) implicando a definição de novas regras de financiamento e de remunerações directamente dependentes do volume da actividade realizada, dos níveis de produtividade e da qualidade dos resultados obtidos.”* O decreto que o substitui em 2003, manteve as estruturas mencionadas anteriormente e refere que se torna imperioso *“introduzir uma maior descentralização na estrutura funcional e uma maior*

capacidade directiva dos órgãos máximos e intermédios da gestão hospitalar (...), bem como uma identificação clara das suas responsabilidades.” Tanto o CRI - Cirurgia Cardiorácica, que surgiu numa primeira linha, como o CRI – Oftalmologia que surgiu posteriormente aparecem neste seguimento de orientações estratégicas.

Os CRI's constituem um nível intermédio de gestão, entre o nível operacional e o nível estratégico da organização, que visa facilitar a gestão dos recursos humanos e a capacidade de expansão, assegurando a competitividade do Sector Público e permitindo formas de remuneração aos profissionais, sendo estas associadas à produtividade. Tem por isso como objectivos melhorar o acesso e qualidade de atendimento e cuidados prestados, o desempenho e os resultados, bem como a eficiência na utilização dos recursos.

Liderança

Caracterizando tipo de liderança poderá dizer-se que a Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos demonstra ter um líder directivo e determinado, ou seja dá a conhecer aos empregados o que é esperado deles, planeia o trabalho que necessita de ser feito e dá orientação específica de modo a desafiar e atingir objectivos concretos. Como me foi relatado, *“não há um controlo exagerado sobre os funcionários do serviço”*, porém existem outros elementos que permitem ter um feedback relativamente a prestação destes. *“Quando alguém não se sente bem com este esquema de trabalho e orientação de serviço é transferido para outro sítio.”*

Por sua vez a Oftalmologia apresenta um líder mais compreensivo e participativo, uma vez que manifesta empatia para com os empregados e dá atenção às suas necessidades, assim como os apoiam quando desempenham bem as suas funções, ou mesmo quando necessitam de ajuda para atingir os objectivos subjacentes às tarefas e tem sempre em atenção as suas opiniões para futuras decisões.

Motivação

Podemos dizer que grande parte da motivação dos profissionais de saúde que trabalham nestes CRI's depreende-se com o factor monetário. Por isso os factores mais associados ao seu desempenho provêm da motivação instrumental, da remuneração associada ao desempenho, da partilha de lucros e da promoção. Na Cirurgia Cardiorácica foi-me revelado que fora os aspectos materiais, pensa-se que as pessoas

são atraídas por uma equipa ganhadora, associada ao sucesso e à reputação do serviço. *“Visando a envolvente actual encontra-se alguma desmotivação em alguns profissionais, mas há outros que continuam a puxar a corda, pura e simplesmente pelo prazer de trabalhar numa equipa que é vista e respeitada exteriormente.”*

Mas um pormenor que diferencia os CRI's relaciona-se com o facto de na Oftalmologia haver mais um factor, este é a rotatividade de trabalho. Na Oftalmologia foi-me dito que numa fase inicial esta mudança não foi muito bem aceite, mas hoje os profissionais sabem que contribui para uma melhor aprendizagem e mais experiencia. É necessário que todos conheçam um pouco de tudo, para no caso de alguém faltar poder ser substituído de imediato. *“Temos uma equipa praticamente sem absentismo, apenas temos absentismos de doença e licença de maternidade.”* Não tem pessoas que cheguem atrasadas ao serviço ou que arranjam qualquer desculpa para não aparecerem. Os cargos de gestão deste serviço afirmam que as pessoas vão trabalhar por gosto e acrescentam ainda que ninguém ficou desmotivado com o corte nos incentivos, que *“as pessoas perceberam o contexto e se tiverem que ficar a trabalhar mais uma hora ficam de boa vontade”*. Além disso afirmam que o serviço tem especificidades próprias e reconhecem a importância das pessoas para o funcionamento da organização.

“Os recursos humanos são a coisa mais importante na organização. Tem que haver reconhecimento do mérito, incentivos ao trabalho, controlo de qualidade, e aqui há.”

Orçamento

Ao nível do orçamento dos CRI's, pode dizer-se que tem algumas especificidades. Têm um orçamento próprio, contratualizado anualmente com o Conselho de Administração dos HUC e semelhante ao do Hospital, que constitui uma peça económica base, com vista ao exercício económico do ano, traduzido na vertente dos proveitos pela receita originada com a produção de serviços e na vertente dos custos na despesa originada pela utilização dos meios de produção.

Desempenho

Para uma melhor compreensão do desempenho, de seguida apresento dados referentes aos contratos-programa do CRI – Oftalmologia e do CRI – Cirurgia Cardiorácica referentes ao presente ano, que acho relevantes para a comparação entre ambos. Os contratos-programa não são mais do que a fixação de objectivos, numa

primeira fase entre a tutela e o hospital e posteriormente entre o hospital e a estrutura de gestão deste. Assim o hospital acorda uma produção correspondente á prestação de serviços para esse ano e depois negocia com as AGI's e com os CRI's, para que o acordo seja cumprido. No inicio de cada ano são definidas metas, negociadas com cada um dos serviços, que devem ser ambiciosas mas realizáveis. Essas metas têm em conta o desempenho relativo de cada um, pedindo-se um esforço maior aos serviços que têm um desempenho inferior e um esforço menor aos serviços que já têm um desempenho superior à média. Assim, os serviços devem ser conduzidos para uma convergência em termos de desempenho de qualidade dos serviços prestados, dos recursos humanos, operacionais, e económico-financeiros. Estas metas negociadas devem ficar espelhadas nos respectivos contratos-programa. Deste modo é necessário explicar algumas siglas que aparecem nos contratos-programa para um melhor entendimento:

- O índice case-mix é um coeficiente global de ponderação da produção que reflecte a relatividade de um hospital face aos outros, em termos da sua maior ou menor proporção de doentes com patologias complexas e, conseqüentemente, mais consumidoras de recursos. O ICM determina-se calculando o rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos GDH e o número total de doentes equivalentes, ou seja:

$$ICM\ Hospital = \frac{\sum(\text{doentes equivalentes } GDH_i \times \text{peso relativo}_i)}{\sum \text{doentes equivalentes } GDH_i}$$

Procede-se ao cálculo do ICM para a produção em Internamento e para a produção em Ambulatório, considerando-se ainda ICM distintos para episódios cirúrgicos e médicos em cada uma daquelas linhas de produção.

- O ambulatório refere-se a um conjunto de serviços que prestam cuidados de saúde a indivíduos não internados.
- A LEC representa a lista de espera para cirurgia.
- Os GDH, Grupos de Diagnósticos Homogéneos, são um sistema de classificação de que agrupa doentes em grupos clinicamente coerentes e similares do ponto de vista do consumo de recursos. Define o conjunto de bens e serviços que cada doente recebe em função das suas necessidades e da patologia. A cada grupo é associado um peso relativo, que reflecte o custo esperado com o tratamento de um doente típico agrupado nesse GDH, expresso em termos relativos face ao custo médio do doente típico a nível nacional.

Gestão do Desempenho: Relevância da Cultura Organizacional
Estudo Caso nos Hospitais da Universidade de Coimbra

		CRI Cirurgia Cardiorotáica	CRI Oftalmologia
A. Recursos Humanos			
Médicos		22	43
Enfermeiros		67	40
Técnicos Sup. De Saúde/ Diag. Terapêutica		6	11
Assistentes Técnicos/Operacionais		23	27
Total		118	121
B. Produção			
Internamento			
N.º de doentes saídos		2.100	1.650
Demora média		6,53	2,00
Taxa de ocupação		64,7%	60,5%
Lotação		59	15
Índice de case-mix do serviço		3,95	0,87
Índice de doente equivalente do serviço		0,89	0,96
Taxa de reinternamento nos primeiros 5 dias		1,0%	94,0%
Valorização do internamento (€)		14.271.246,63	3.245.122
Ambulatório			
GDH's cirúrgicos de ambulatório	Cirurgia de ambulatório - n.º de episódios		6.000
	Índice de case-mix do serviço		0,68
	N.º de doentes em espera para cirurgia à mais de 18 meses		0
	Mediana tempo espera p/ cirurgia (meses)		1,9
	Tempo médio espera p/ cirurgia (meses)		2,7
	Valorização dos GDH's cir. amb. (€)		6.999.600,83
GDH's médicos de ambulatório	GDH's médicos de ambulatório - n. de episódios		0
	Índice de case-mix do serviço		0
	Valorização dos GDH's méd. amb. (€)		0,00
Consultas externas	N.º de primeiras consultas externas	1.200	18.000
	Consultas subsequentes	2.700	48.000
	Total de consultas	3.900	66.000
	Acessibilidade: primeiras consultas/total consultas	30,8%	27,3%
	N.º de doentes em espera p/ 1ª consulta	0	4,235
	Taxa de resolução da LEC (em meses)	0,0	2,8
	Tempo médio avaliação dos pedidos de primeiras consultas (em dias)	0	0
	Percentagem de primeiras consultas realizadas num prazo superior a 150 dias	0	0
	Valorização das consultas (€)	410.973,00	6.931.470,00

Figura 18: Síntese do contrato-programa dos CRI's

Numa primeira fase decidi analisar a afectação de recursos humanos a cada serviço, para perceber se haveria dependência de algum tipo de profissional de saúde relativamente ao serviço. Verifica-se que o Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos ao nível dos recursos humanos tem uma grande necessidade de incorporar enfermeiros, uma vez que estes representam 57% do seu pessoal, enquanto na Oftalmologia se verifica uma repartição equitativa de todos os profissionais de saúde, à excepção dos técnicos. Esta dependência pode acontecer devido ao facto de todas as intervenções na Cirurgia Cardiorácica necessitarem de internamento e um conseqüente acompanhamento durante a fase de recobro, enquanto que a Oftalmologia tem grande parte das suas intervenções em ambulatório.

Afectação de recursos humanos a cada CRI	CRI Cirurgia Cardiorácica	CRI Oftalmologia
Médicos	0,19	0,36
Enfermeiros	0,57	0,33
Técnicos Sup. De Saúde/ Diag. Terapêutica	0,05	0,09
Assistentes Técnicos/Operacionais	0,19	0,22

Figura 19: Tabela da afectação de recursos referentes a cada CRI

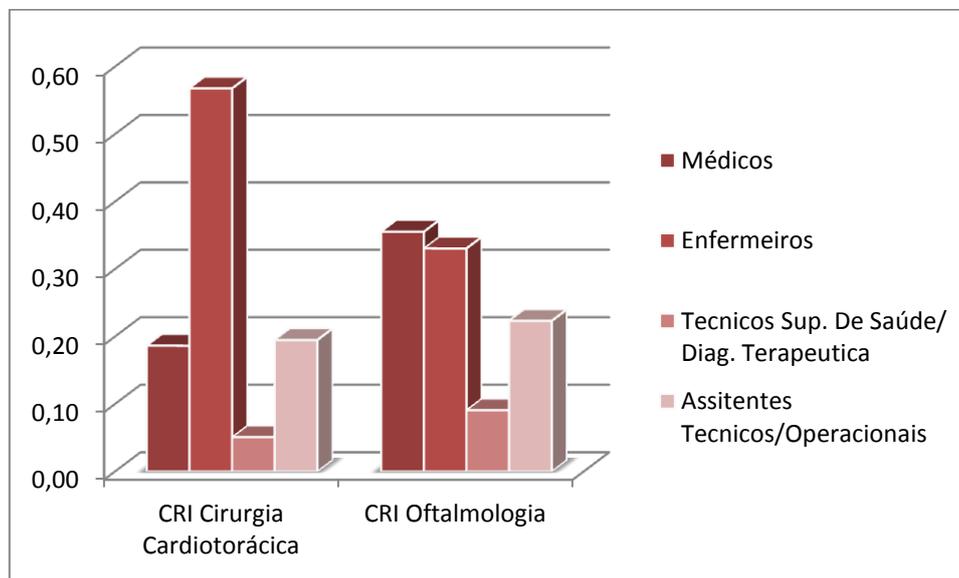


Figura 20: Gráfico da afectação de recursos humanos referentes a cada CRI

Depois decidi fazer uma apreciação da intervenção humana, através de um rácio que expressa o número de doentes saídos por recursos humanos. Deste modo verificamos que com menos recursos humanos a Cirurgia Cardiorácica consegue ter um

profissional de saúde por cada 18 doentes que saem, enquanto a Oftalmologia apenas tem um profissional de saúde por 14 doentes.

	CRI Cirurgia Cardiotorácica	CRI Oftalmologia
Intervenção humana	17,80	13,64

Figura 21: Tabela relativa à intervenção humana em cada CRI

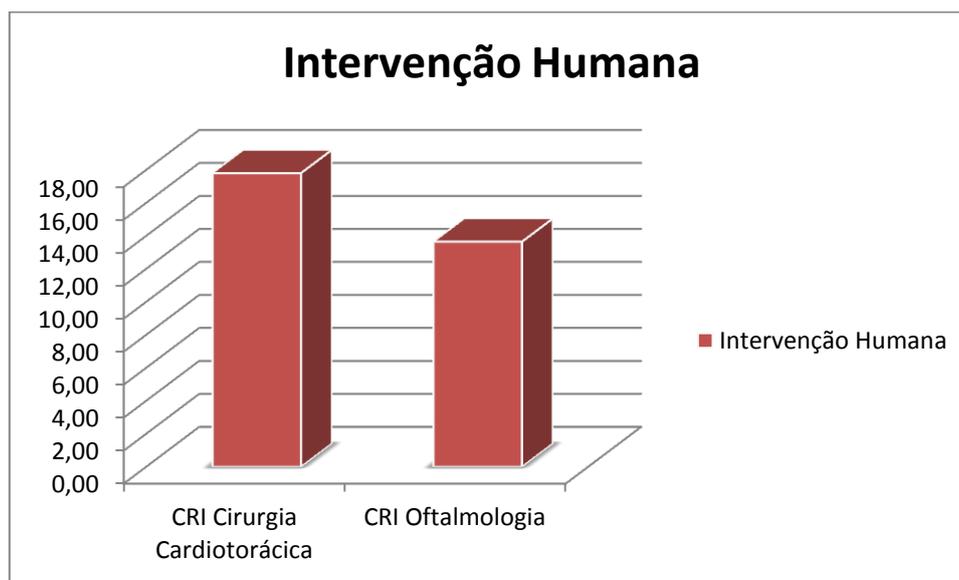


Figura 22: Gráfico relativo à intervenção humana em cada CRI

Taxas de reinternamento

Relativamente à grande diferença entre as taxas de reinternamento nos primeiros 5 dias, tal depreende-se com a demora média dos doentes. Uma vez que os doentes passam mais tempo sob a supervisão dos médicos, saem mais estáveis, não necessitando de recorrer ao serviço e conseqüente ficar internados.

Sistema de incentivos

Como política de contenção de custos o hospital não permitiu a distribuição de lucros a nenhum dos CRI's nestes últimos dois anos, mas nem sempre foi assim.

Relativamente ao sistema de incentivos, podemos dizer que os CRI's conseguiram viver um pouco à margem do que se passa no resto do Hospital. Foi a primeira vez que um Serviço Público distribuiu legalmente prémios de desempenho, um mecanismo corrente no sector privado e que começa a ser aceite no sector público. A sua aplicação

é de carácter individual, mas pode e deve também ter em conta a performance da equipa.

Aqui, as culturas dos CRI divergem. A Cardiorácica tem um processo de avaliação interna de funcionários baseado numa tabela que os enfermeiros utilizavam, em que os parâmetros passam pela assiduidade e pontualidade, capacidade técnica, disponibilidade e relações interpessoais. Desta forma, os incentivos eram repartidos tendo em conta os critérios de avaliação referidos e são aplicados igualmente a todos os grupos profissionais. Assim, 30% do total do prémio era distribuído proporcionalmente pelos elementos do serviço não excluídos, tendo como base as respectivas remunerações. Os restantes 70% eram distribuídos de acordo com a performance individual. A atribuição de incentivos dependia do cumprimento dos objectivos definidos no contrato-programa e por isso também foram estabelecidos alguns critérios de exclusão total ou parcial, tendo em conta que a exclusão de alguns resulta no aumento do prémio dos restantes, que têm de assumir o cumprimento das tarefas dos ausentes. Para o responsável do serviço *“qualquer avaliação de desempenho só tem valor se houver consequências visíveis e que sejam suficientemente discriminativas para separar os bons dos maus.”*

O CRI de Oftalmologia optava por outra política de distribuição de incentivos, distribuindo equitativamente por todos os membros do serviço, chegando a dar pequenas quantias a pessoal que tenha permanecido pouco tempo no serviço, nem que fosse apenas em substituição de alguém, mas que demonstra que todos são necessários para o serviço funcionar. Mesmo não sendo relevante para distribuição de incentivos, neste serviço o bom profissional passa por ser uma pessoa pontual e assídua em relação aos seus horários e ao que tem que fazer no serviço; frontal e honesta no trabalho que faz, sendo receptiva à mudança; e por fim uma pessoa que esteja sempre com vontade de se desenvolver. Os elementos preponderantes na sua avaliação passavam pelo trabalho produzido, avaliação de qualidade e relação com o doente.

“Houve realmente durante alguns anos, do ponto de vista financeiro, alguns incentivos, mas isso acabou já á muito tempo. Mas como lhe disse, nós prescindimos disso nestes primeiros tempos, num contexto próprio, mas pelo menos dê alguma autonomia. Porque o superavit vai diminuir se a produção diminuir.”

O Serviço de Oftalmologia é o serviço com maior produtividade no hospital, e portanto tem gente nova, motivada e produção científica com um grande peso a nível internacional. O responsável pelo serviço explica que hoje em dia as pessoas continuam

no serviço pela camisola. É uma especialidade com um bom plano de negócios, e uma vez que não existem compensações existe a preocupação da deserção de pessoas. “As pessoas perguntam para que hão-de estar a trabalhar como loucas se depois não têm compensação.” Existe uma cultura muito própria neste serviço, e tentou-se combater a falta de incentivos com aditivos científicos, e as pessoas motivam-se muito com esse aspecto. Uma vez que não existem factores de benefício ou de penalização, a proposta deste serviço passaria por um reconhecimento de mérito científico e de produção.

Rentabilidade dos serviços

Ambos os centros têm procurado aumentar os proveitos em proporção maior ao aumento dos custos, em que a meu ver têm conseguido com bastante sucesso, devido a políticas de contenção de gastos, utilização racional dos recursos humanos e eliminação do desperdício. O apuramento contabilístico tem contribuído para perceber quais os factores que influenciam os resultados positivos e assumir as medidas consideradas apropriadas aos propósitos de cada CRI.

Com os dados referentes aos proveitos e custos, conseguimos racionalizar o custo por doente de cada CRI e por conseguinte a rentabilidade do serviço. Numa primeira análise, percebemos que tanto ao nível de custos como proveitos a Oftalmologia obtém melhores resultados do que a Cirurgia Cardiotorácica, e isso deve-se essencialmente ao facto de a Oftalmologia prestar serviços em ambulatório e receber GDH's por isso, o que não acontece com o outro CRI. Exactamente por esse motivo, se explica que a Oftalmologia tenha um retorno superior ao da Cirurgia Cardiotorácica.

	CRI Cirurgia Cardiotorácica	CRI Oftalmologia
Distribuição de prémios de incentivo	1.102.823,05 €	1.465.630,02 €
Proveitos	15.683.796,39 €	18.363.696,20 €
Custos	10.432.258,04 €	9.988.667,49 €
Desvio	5.251.538,35 €	8.375.028,71 €
Rentabilidade do serviço	50,34%	83,85%
Proveito por doente	7.468,47 €	11.129,51 €
Custo por doente	4.967,74 €	6.053,74 €

Figura 23: Tabela relativa aos prémios de desempenho em cada CRI

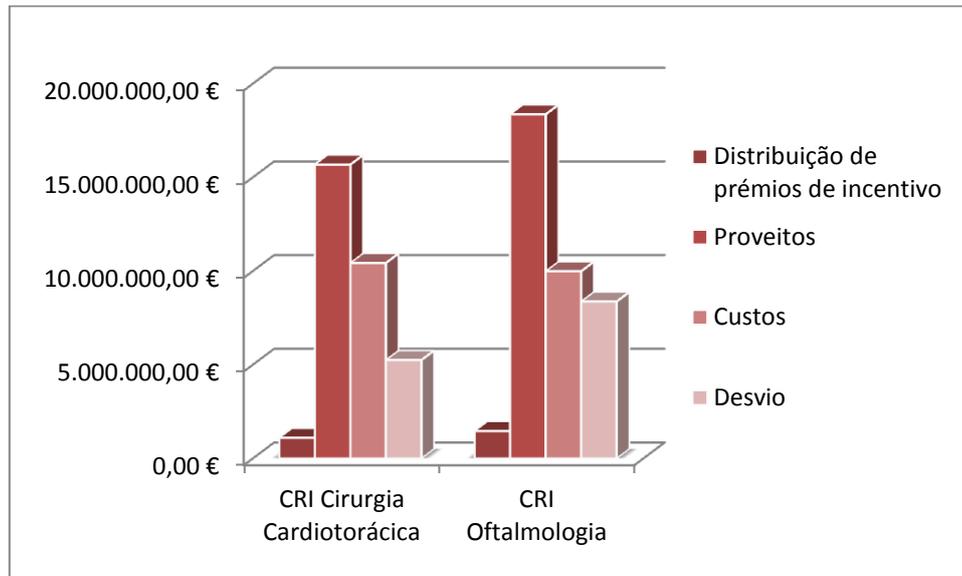


Figura 24: Gráfico relativo aos prémios de desempenho em cada CRI

Considerações Finais

Numa era de crescente flexibilidade organizacional e laboral, inerente aos novos paradigmas dum mundo pós-moderno, o que se pede aos profissionais é que sejam capazes de desenvolver um vasto leque de actividades, que vão desde o planeamento, à coordenação e colaboração, passando pela capacidade de decidir em sistemas complexos e inconstantes. Requer-se dos profissionais capacidades que vão desde o resolver novos problemas, à maior versatilidade para lidar com a mudança, quer na actividade desempenhada, quer na organização do trabalho.

O clima organizacional depende apenas da colaboração das pessoas e, com a colaboração de todos e uma actuação constante dos gestores nesse sentido, toda a organização pode ficar cada vez melhor, inclusive com melhores resultados, não só financeiros como também qualitativos. Um plano de actuação na gestão do clima organizacional que leve em consideração critérios baseados nos colaboradores, como desempenho, avaliação, desenvolvimento, integração entre outros, visando obter um bom clima de trabalho, influencia directamente os negócios e resultados de uma organização. Com um clima organizacional satisfatório, as empresas conseguem gerar condições diferenciadas de inovação e integração para seus colaboradores, criando agilidade e rapidez de resposta num mundo em forte mudança.

Por isso, nos dias de hoje os centros de Responsabilidade devem ser encarados como uma importante forma de inovação de gestão no meio hospitalar. O Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos dos HUC e o Serviço de Oftalmologia organizados em CRI's são exemplos de uma solução técnica que aperfeiçoa a organização e funcionamento dos hospitais. O sucesso desta experiência baseia-se nos princípios de liderança, atribuição e assunção de responsabilidades, gestão eficiente dos recursos materiais e humanos e atribuição dos prémios de desempenho. A celebração dos contratos-programa implica uma relação de confiança recíproca entre a Administração Hospitalar e a Direcção do CRI's, que não pode ser afectada por factores circunstanciais. O não cumprimento do contrato por parte da Administração, resulta em descrédito de um sistema cuja implementação exige cuidados especiais e deve ser progressiva, com frequentes correcções do mesmo.

As diferenças perceptíveis entre os serviços ao nível da cultura são relevantes, mas ao nível do desempenho são quase insignificantes. Não poderei dizer se um serviço é

melhor que o outro, pois os dois têm as suas particularidades e mesmo em ambientes tão diferentes os seus colaboradores parecem satisfeitos, porque mesmo em situações controversas o ser humano consegue adaptar-se e moldar-se em face do seu meio.

Muitos livros sugerem que as características culturais que podem proporcionar melhores níveis de desempenho são o foco no cliente, a grande ênfase à inovação, a flexibilidade, a melhoria contínua, desenvolvimento profissional, a promoção da participação, o bem-estar dos funcionários, a cooperação e um ambiente de trabalho familiar. Por outro lado, afirmam que as culturas que primam pela formalidade, pela burocracia, pela hierarquia rígida e pelo controle acabam dificultando o desenvolvimento do serviço e sendo associadas a padrões de desempenho inferiores.

Assim sendo, percebemos que a Oftalmologia consegue ir ao encontro do que são as características de excelência, mas ao invés, a Cirurgia Cardiorádica prima por ter uma cultura de controlo e formalidade, e contrariamente a todas as expectativas o seu desempenho é do mesmo modo excelente. A maior causa centra-se no facto de o factor económico ser preponderante, mas a reputação de excelência do serviço também é relevante. Por isso, como já foi dito anteriormente, o ser humano acaba por se adaptar em prol de um objectivo maior.

Concluindo, as organizações devem direccionar os seus esforços no processo de adequação cultural para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade, procurando desenvolver culturas positivas, focalizando valores e características que incentivem o desempenho de serviços de qualidade, porque nem tudo se pode basear na recompensa monetária.

Referências bibliográficas

- BACH, Stephen (2005) *Managing Human Resources*, Blackwell Publishing
- BENNIS, W. (1996) *A Formação do Líder*, Atlas
- CHIAVENATO, I. (2008) *Gestão de Pessoas*, Editora Elsevier – Campus
- Conferência realizada pelo Professor Paauwe (2011) na Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
- Contrato-programa do Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos
- Contrato-programa do Serviço de Oftalmologia
- DAVIS, Keith & W.NEUSTROM, John (1998) *Comportamento Humano no Trabalho: uma abordagem psicológica*, Pioneira
- Decreto-Lei 180/2008 - Criação do Hospital de Faro, E.P.E., dos Hospitais da Universidade de Coimbra, E. P. E., e do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim e Vila do Conde, E. P. E., e aprovação dos respectivos Estatutos
- Decreto-Lei 188/2003 - Regulamenta os artigos 9.º e 11.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002
- Decreto-Lei n.º 233/2005 - Transformação em E.P.E. do Hospital de Santa Maria e de S. João; Criação dos Centros Hospitalares de Lisboa Ocidental E.P.E; de Setúbal, E.P.E. e do Nordeste, E.P.E., com aprovação dos seus Estatutos
- Decreto-Lei n.º 11/93 – Estatuto do Serviço Nacional de Saúde
- Decreto-Lei n.º 30/2011 - Funde várias unidades de saúde e cria o Centro Hospitalar de São João, E. P. E., o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E., o Centro Hospitalar do Baixo Vouga, E. P. E., o Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E. P. E., e o Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, E. P. E., e altera o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E.
- Decreto-Lei n.º 374/1999 - Cria os centros de responsabilidade integrados nos hospitais do SNS
- Entrevistas realizadas no âmbito do Projecto de Investigação denominado “Gestão do desempenho: alto desempenho e bem-estar psicológico dos profissionais de saúde” nos Hospitais da Universidade de Coimbra
- FREITAS, Maria Ester de (1991) *Cultura Organizacional: formação, tipologias e impactos*, McGraw-Hill

- Jornal Público, 04 Maio de 2011
- Lei n.º 27/2002 – Lei de Gestão Hospitalar
- LISBOA, João; COELHO, Arnaldo; COELHO, Filipe; ALMEIDA, Filipe; MARTIS, António (2004) Introdução à Gestão de organizações, Vida Económica
- Memorando de entendimento sobre as condicionalidades de política economia
- PAAUWE, Jaap (2001) HRM and Performance, Oxford University Press
- Regulamento interno dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Sites Consultados:

- Site da Direcção Geral de Saúde - www.dgs.pt/
- Site do Centro de Simulação Biomédica - www.simcoimbra.org/
- Site dos Hospitais da Universidade de Coimbra - www.huc.min-saude.pt/

Anexos

- Decreto-Lei 180/2008
- Decreto-Lei 188/2003
- Decreto-Lei °233/2005
- Decreto-Lei 11/93
- Decreto-Lei 30/2011
- Decreto-Lei 374/1999
- Organigrama dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- Regulamento interno dos Hospitais da Universidade de Coimbra
- Resumo do contrato-programa da Cirurgia Cardiotorácica
- Resumo do contrato-programa da Oftalmologia