



**ANA ISABEL DOS
ANJOS RIBEIRO
MARQUES SILVA**

**O EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL NOS
CENTROS HOSPITALARES**



**ANA ISABEL DOS
ANJOS RIBEIRO
MARQUES SILVA**

**O EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL NOS
CENTROS HOSPITALARES**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, realizada sob a orientação científica da Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho, Professora Auxiliar do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho aos meus pais

Sem o seu apoio este projeto nunca seria concretizado

o júri

Presidente

Professor Doutor Rui Armando Gomes Santiago
Professor associado com agregação à Universidade de Aveiro

Vogal - Arguente Principal

Doutora Sónia Cristina Miranda Cardoso
Investigadora, Cipes – Centro de Investigação de Políticas do Ensino Superior

Vogal - Orientador

Professora Doutora Maria Teresa Geraldo Carvalho
Professora auxiliar da Universidade da Aveiro

agradecimentos

Um agradecimento especial à Prof. Teresa Carvalho pelo acompanhamento como orientadora deste trabalho, não esquecendo a sua paciência e incentivos durante todo este longo processo.

À minha família pela tolerância.

A todas as minhas amigas que não me deixaram desistir.

A todas as associações profissionais e sindicatos que participaram na distribuição do questionário.

Aos participantes do estudo.

Muito obrigada

palavras-chave

A reforma no sistema de saúde Português, Centros Hospitalares, recursos humanos, Empenhamento Organizacional.

resumo

Ao longo dos anos tem-se assistido a várias mudanças em diferentes áreas da administração pública Portuguesa. A saúde não foi excluída dessas alterações, destacando-se as mudanças ao nível do modelo de gestão organizacional do sistema e das instituições. Tendo em conta o contexto atual de contenção de gastos e também a preocupação com a eficiência e eficácia, destacam-se várias alterações ao nível da estrutura hospitalar, com a intenção de racionalizar os seus recursos internos. Neste domínio as fusões hospitalares têm assumido um papel de destaque na reestruturação do sistema. Portugal foi recentemente palco de uma redução significativa do número de hospitais, exclusivamente através de fusões, não alterando o número de estruturas físicas existentes. Não obstante os argumentos justificativos desta reforma e dos objetivos implícitos terem sido amplamente divulgados não se debateu de forma detalhada a importância dos recursos humanos nestes processos de fusão. Recentemente o conceito de empenhamento organizacional tem sido motivo para a realização de vários estudos, uma vez que está associado a resultados organizacionais como é o caso do *turnover*, do absentismo, o desempenho entre outros. Inicialmente estudado como um conceito unidimensional, evolui posteriormente para multidimensional particularmente com o contributo Meyer e Allen (1991), que desenvolveram um instrumento de medida validando três dimensões do empenhamento organizacional (empenhamento afetivo, instrumental e normativo). Com este estudo pretendeu-se contribuir para esta discussão através da análise da relação entre a fusão e o empenhamento organizacional dos Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). O estudo centra-se numa abordagem quantitativa e conclui que os TDT de um modo geral manifestam maior empenhamento instrumental. Em alguns casos o empenhamento afetivo manifesta-se com percentagens muito próximas do instrumental.

keywords

-

The Portuguese health system reform, Hospital Mergers, human resources, Organizational Commitment.

abstract

Over the years various changes have been witnessed in different areas of the public Portuguese administration. The health was not excluded from the alterations, marking the changes at the level of the model of organizational management of this system. Taking into account the actual context of waste contention and also the worry with the efficiency and the effectiveness, various alterations at the level of hospitalar structure are highlighted, with the intention of racionalizing the internal resources, in this case the hospitalar fusions have assumed a basilar role. Portugal recently was a stage of a significative reduction of the number of hospitals, exclusively through fusions not changing the number of physical structures existent. Not however the justificative arguments of this reform e of the implicit objectives, in the middle of this changes, maybe had dimmed the importance that should had been given to the human resources during this fusion processes. The concept of organizational commitment has been recently considered the reason for the implementation of several studies once it is connected to organizational results, like the turnover case, absenteeism or performance, among others. Firstly studied as a unidimensional concept, it develops afterwards to multidimensional, mainly with the contribution of Meyer and Allen (1991), who developed a measuring instrument validating three dimensions of the organizational development: (affective instrumental and normative development). This study aims at comprehending at what point the formation of the hospitalar centers, influenced the organizational commitment of the Technics of Diagnostic and Therapeutics (TDT). The study focuses on a quantitative approach and concludes that the TDT generally show greater instrumental commitment. In some cases the affective commitment manifests with percentages in very close proximity to the instrumental.

De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar...
Fazemos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...

Da procura, um encontro!

Fernando Sabino

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABELAS	IV
ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
ÍNDICE DE ANEXOS	VI
ABREVIATURAS	VII
1. INTRODUÇÃO	1
2. A REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	5
2.1. O novo modelo de gestão	5
2.2. A reforma administrativa Portuguesa	7
2.2.1. <i>Abordagem histórica</i>	7
2.2.2. <i>A gestão orientada pelos resultados</i>	9
3. A REFORMA NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	12
3.1. O sistema de saúde português	13
3.1.1 <i>Enquadramento histórico</i>	13
3.1.2 <i>Mudanças mais recentes</i>	19
3.2. O que se alterou a nível hospitalar	21
3.2.1. <i>Principais alterações</i>	21
3.2.2. <i>Novo regime jurídico e reformas da gestão hospitalar</i>	22
3.2.3. <i>Centros Hospitalares</i>	25
3.2.4. <i>Fusões hospitalares</i>	29
3.3. A adaptação à mudança das organizações hospitalares	32
3.3.1. <i>A mudança organizacional na reforma hospitalar</i>	32
3.3.2. <i>O impacto nos profissionais e o custo emocional das fusões hospitalares</i>	34
3.3.3. <i>Mudança nos recursos humanos</i>	36
4. O EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL	38

4.1. Abordagens do empenhamento organizacional _____	38
4.1.1. <i>Abordagem comportamental</i> _____	39
4.1.2. <i>Abordagem atitudinal</i> _____	39
4.2. Modelos do empenhamento organizacional _____	40
4.2.1. <i>Modelo unidimensional – breve abordagem</i> _____	40
4.2.2. <i>Modelo multidimensional – breve abordagem</i> _____	41
4.3. As orientações de estudo do empenhamento organizacional _____	41
4.3.1. <i>Orientação afetiva</i> _____	41
4.3.2. <i>Orientação instrumental</i> _____	42
4.3.3. <i>Orientação normativa</i> _____	43
4.4. Meyer e Allen - O modelo tridimensional de empenhamento organizacional _____	45
4.5. Antecedentes do empenhamento organizacional _____	47
4.5.1. <i>Antecedentes do empenhamento afetivo</i> _____	48
4.5.2. <i>Antecedentes do empenhamento instrumental</i> _____	49
4.5.3. <i>Antecedentes do empenhamento normativo</i> _____	50
4.6. Consequentes do empenhamento organizacional _____	50
5. METODOLOGIA _____	52
5.1. Objetivo do estudo _____	52
5.2. Hipóteses de investigação _____	52
5.3. Metodologia adotada _____	53
5.3.1. <i>Estudo quantitativo</i> _____	53
5.3.2. <i>Instrumentos usados na pesquisa</i> _____	53
5.4. Caracterização da amostra _____	54
6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS _____	61
6.1. Avaliação dos níveis gerais de empenhamento _____	61
6.2. Variações no empenhamento organizacional _____	63
6.2.1. <i>A relação entre empenhamento e as características individuais</i> _____	63

6.2.2. <i>A relação entre empenhamento e as características organizacionais</i> _____	71
7 - CONCLUSÃO _____	77
BIBLIOGRAFIA _____	81
LEGISLAÇÃO _____	89
ANEXOS _____	91

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Sumário das medidas do ME com a Troika (Junho, 2011) retirado do (OPSS, 2012, p. 32) _____	19
Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo _____	55
Tabela 3 – Distribuição da amostra por classes de idade _____	56
Tabela 4 - Distribuição da amostra por habilitações académicas _____	56
Tabela 5 – Distribuição da amostra por anos de exercício profissional _____	57
Tabela 6 – Distribuição da amostra por anos de exercício profissional no Centro Hospitalar, após fusão _____	57
Tabela 7 – Distribuição da amostra dos TDT sujeitos a mobilidade interna, por tempo de exercício profissional na Unidade Hospitalar após formação do Centro Hospitalar _____	58
Tabela 8 – Distribuição da amostra por tipo de vínculo _____	59
Tabela 9 – Distribuição da amostra por área das tecnologias da saúde _____	60
Tabela 10 - Distribuição por concordo, discordo e não concordo nem discordo dos totais gerais _____	61
Tabela 11 – Níveis globais de empenhamento instrumental, normativo e afetivo _____	62
Tabela 12 - Sub-amostras de TDT de acordo com o tipo de mobilidade interna _____	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com o grupo etário _____	65
Gráfico 2 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com tempo de exercício profissional _____	68
Gráfico 3 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com habilitações acadêmicas _____	70
Gráfico 4 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com a mobilidade interna _____	74
Gráfico 5 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com tipo de vínculo _____	76

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 - A “empresarialização” de 34 hospitais tradicionais transformados em 31 hospitais SA	92
Anexo 2 - Cronograma da formação de centros hospitalares EPE_____	93
Anexo 3 - Questionário de empenhamento organizacional e dados pessoais _____	95
Anexo 4 - Níveis de empenhamento de acordo com o grupo etário _____	104
Anexo 5 - Níveis de empenhamento de acordo com tempo de exercício profissional_____	105
Anexo 6 - Níveis de empenhamento de acordo com habilitações académicas _____	106
Anexo 7 - Níveis de empenhamento de acordo com a mobilidade interna _____	107
Anexo 8 - Níveis de empenhamento de acordo com o tipo de vínculo _____	108
Anexo 9- Análise descritiva dos indicadores por dimensão de empenhamento organizacional _	109

ABREVIATURAS

ACES – Agrupamento Centros Saúde

APIFARMA – Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica

BCE – Banco Central Europeu

CCI – Cuidados continuados integrados

CEE – Comunidade Económica Europeia

CH – Centro Hospitalar

DGAEP – Direção Geral da Administração e do Emprego Público

DR – Diário da República

EO – Empenhamento Organizacional

EPE – Entidades Públicas Empresariais

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

EU – União Europeia

FMI – Fundo Monetário Internacional

GeRAP – Empresa de Gestão Partilhada de recursos da Administração Pública

GTROIH – Grupo Técnico para a Reforma Organização Interna dos Hospitais

INA – Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas

IQF – Instituto para a Qualidade e Formação I.P.

JN – Jornal de Notícias

LBS – Lei Bases da Saúde

ME – Memorando do Entendimento

NGP – Nova Gestão Pública

NOC – Normas de Orientação Clínica

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OCQ – Organizational Commitment Questionnaire

OPSS – Observatório Português dos Serviços de Saúde

PEC – Programa de Estabilidade e Crescimento

PRACE – Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado

PREMAC – Plano de Redução e Melhoria da Administração Central

REDE – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SA – Sociedades Anónimas

SIADAP – Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública

SigaME – Sistema Integrado de Gestão e Apoio à Mobilidade Especial

SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPA – Hospitais do Setor Público Administrativo
UCC – Unidades de Cuidados na Comunidade
USF – Unidade de Saúde Familiar

1. INTRODUÇÃO

A realização desta dissertação, intitulada “O Empenhamento Organizacional nos Centros Hospitalares”, foi concretizada no âmbito do Mestrado em Administração e Gestão Pública, na Universidade de Aveiro. A opção por este tema enquadra-se no decurso da reforma administrativa Portuguesa adotada nos últimos anos e as sucessivas mudanças também na área hospitalar.

Portugal foi sujeito a uma série de mudanças ao nível da administração pública, tal como outros países ocidentais que adotaram várias estratégias para mudar o seu funcionamento, estas enquadravam-se no modelo gestionário confiando que estas ferramentas de reforma seriam capazes de resolver os problemas económicos e sociais (Araújo, 2004).

O modelo gestionário tem a sua expressão na designada Nova Gestão Pública, partindo da convicção que a gestão do sector privado é superior à da gestão pública. Este modelo surgiu inicialmente nos países anglo-saxónicos e tem influenciado a reforma em países que apresentam sistemas administrativos diferentes (Araújo, 2004; Araújo, 2005-a; Carvalho, 2009).

Uma das técnicas de gestão do sector privado que teve grande acolhimento no seio dos reformadores dos países foi a gestão por objetivos, realçando a necessidade de melhorar a eficiência dos serviços públicos através do planeamento, do controlo e da ênfase nos resultados (Hood, 1991; Araújo, 2008).

Ao ser abordado o tema da reforma administrativa em Portugal, é feita referencia particularmente às mudanças que ocorreram nas últimas décadas com o regresso do regime democrático de abril de 1974.

A eficiência, eficácia, qualidade bem como a aproximação ao cidadão, têm sido objetivos manifestos da reforma nas suas diferentes áreas.

É de imperiosa importância, dar notoriedade ao programa do XIX Governo Constitucional, que definiu como objetivo fulcral a redução urgente dos custos da Administração Central do Estado e a implementação de modelos mais eficientes para o seu funcionamento. Outro ponto a destacar relaciona-se com as medidas que se traduzem em alterações nos regimes de emprego público, nomeadamente alteração do período normal de trabalho de 35 para 40

horas semanais e a mecanismos de flexibilidade e de gestão, que visam melhorar a relação do Estado com os cidadãos e aproximá-los dos do setor privado.

Com a aplicação de cortes e a contenção de despesa para poupar o equivalente a 500 milhões de euros de forma estrutural conforme o exigido pela Troika na sétima revisão do programa de ajustamento (composta pelo Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia e Banco Central Europeu), o Governo lançou um programa de rescisões por mútuo acordo na Função Pública para trabalhadores das carreiras de assistente técnico e assistente operacional, com início a 1 de Setembro de 2013 (JN, 2013).

A área da saúde não foi exceção a estas reformas. As mudanças ao nível da saúde em Portugal não foram um acontecimento isolado, integram-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa (OPSS, 2001).

Atualmente Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social muito séria, afetando obrigatoriamente a saúde e o sistema de saúde do país. Por isso, o que se vai passar na saúde depende, em grande parte, da qualidade e da oportunidade da resposta à crise instalada (OPSS, 2012, p. 7).

Em Portugal, tem predominado um sistema de saúde fundamentado no modelo *beveridgeano*, baseado em receitas fiscais e em serviços públicos. Mas devido à pressão social, para serem resolvidos os crescentes problemas de eficiência dos sistemas universais, foi necessário recorrer a novas combinações adotando para o tradicional sistema de saúde, mecanismos típicos do sistema de mercado, o que se enquadra no contexto do *New Public Management*. Surge, então, em Portugal, em finais de 2002, a reforma no setor da Saúde, a Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, que alterou a Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde), prevendo o regime de contrato individual de trabalho e contratação coletiva de trabalho, assegurando o financiamento do SNS através do pagamento dos atos e atividades realizados e a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos, fazendo assim transformação dos hospitais em hospitais-empresa (Harfouche, 2008; Carvalho, 2009).

Procede-se então à criação de 31 Hospitais SA, a regulamentação das Parcerias Público-Privado, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, a Entidade Reguladora de Saúde e o Plano Nacional de Saúde (Harfouche, 2008; Carvalho, 2009; OPSS, 2009).

Em 2005, o programa do XVII Governo Constitucional desta vez do Partido Socialista, apresenta um conjunto de objetivos. Os centros de saúde voltam a surgir como elemento estruturante e propulsor da mudança. De destacar, o renascimento da contratualização e o início de uma reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de uma unidade de missão, envolvendo a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Surge nesta altura, a transformação de hospitais SA em EPE e a transformação de hospitais SPA em EPE (OPSS, 2006; OPSS, 2008; Carvalho, 2009).

Nesta fase também de destacar o encerramento de blocos de partos, formação de agrupamentos hospitalares, a requalificação das urgências e o desenho de uma rede de cuidados continuados. As taxas “moderadoras” de internamento e de cirurgias no ambulatório, surgem como forma de cofinanciamento do SNS (OPSS, 2009).

Os hospitais portugueses têm conhecido ao longo dos anos, mudanças com a introdução de alterações na sua regulamentação e no seu enquadramento, pelo que importa realçar a criação de agrupamentos hospitalares sujeitos a uma única coordenação, tem como foco conduzir-nos a uma maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam (Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho).

Nesse mesmo Decreto Lei, o Centro Hospitalar é definido como uma “[...] *pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica*” (ERS, 2012, p. 24).

Basicamente os objetivos que se pretendiam alcançar com esta *fusão de hospitais* seriam potenciar, através de uma gestão comum e racional, as capacidades disponíveis nas unidades hospitalares cuja complementaridade assistencial é fundamental, rentabilizando recursos materiais, financeiros e humanos, com vista a obter maior eficácia e eficiência na gestão desses meios (OPSS, 2006).

Ainda há poucas evidências sobre o impacto organizacional das fusões, mas neste contexto de mudança, pareceu-me interessante tentar perceber se a nível de recursos humanos existiu otimização após formação do Centro Hospitalar, tentando avaliar o empenhamento organizacional dos profissionais técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), que exercem funções em Centros Hospitalares.

O estudo do empenhamento dos trabalhadores em relação às suas organizações tem a sua origem no século passado ao mesmo tempo que surgem mudanças nos contextos de

trabalho. No início nos anos 70, desenvolveram-se vários estudos no sentido de identificar variáveis que estivessem relacionadas com o *turnover* (rotatividade de trabalhadores na organização) e permitissem reduzir este índice. A década de oitenta foi de extrema importância para o que poderá ser designado por “teoria do empenhamento”, na qual existiram inúmeros trabalhos de natureza teórico-conceitual e houve um aumento de contribuições empíricas. Nas décadas seguintes, o empenhamento na organização continua a ser um tópico de investigação de grande interesse (Frederico, 2005).

Os estudos referentes às abordagens clássicas ressaltam a natureza unidimensional do empenhamento, visualizando-o como uma atitude (Mowday, Steers e Porter, 1979) ou como um comportamento (Becker, 1960). Por outro lado, alguns autores desenvolvem e propõem conceptualizações de natureza multidimensional (Meyer e Allen, 1991).

Apesar dos imensos estudos de investigação realizados acerca dos problemas levantados pelo empenhamento, a orientação da investigação é direcionada ao empenhamento interpretado como a ligação do indivíduo à organização.

Este estudo procurou identificar o tipo de ligação dos profissionais de diagnóstico e terapêutica com os recém-formados Centros Hospitalares onde exercem funções.

2. A REFORMA NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Nas três últimas décadas, têm-se levantado várias vozes afirmando que a Administração Pública é uma estrutura gigante, ineficiente, ineficaz, com custos elevados, muito burocratizada, irresponsável e sobrecarregada de regras excessivas, reclamando em vez disto, uma administração menos cara, mais eficiente e responsável que responda às necessidades de uma sociedade dinâmica em constante mudança e de acordo com as exigências dos agentes económicos (Araújo, 2004; Simões & Marques, 2009).

Surgiram pressões sobre o governo da parte das instituições internacionais, dos *média*, do público em geral, dos consultores e dos partidos políticos, para que estes reformassem a Administração Pública.

Várias são as estratégias de reforma que têm sido adotadas nos países ocidentais para mudar o funcionamento da Administração Pública enquadrando-se no modelo gestionário e acreditando que estes instrumentos de reforma são capazes de responder aos problemas económicos e sociais, em particular introduzindo maior eficiência e eficácia (Araújo, 2005-c).

Segundo Rodrigues & Araújo, 2010, nos últimos anos tem-se observado um ataque ao modelo de gestão pública associado ao Estado *Welfare*, também chamado Estado Providência.

O esgotamento das soluções protagonizadas pela Administração Tradicional proporcionou as condições para o aparecimento de um novo modelo de gestão, a Nova Gestão Pública (NGP) referido em inglês por alguns autores como *New Public Management*. Esta, “convida novos atores a serem parte ativa de um Estado que se pretende menos intervencionista mas que continue a regular funções importantes da vida social e económica” (Rodrigues & Araújo, 2010).

2.1. O novo modelo de gestão

O modelo gestionário tem a sua expressão na designada Nova Gestão Pública, prometendo ser a solução dos problemas da Administração Pública, partindo da convicção que a gestão

do sector privado é superior à da gestão pública. Surgiu inicialmente nos países anglo-saxónicos e tem influenciado a reforma em países que apresentam sistemas administrativos diferentes (Araújo, 2005-c; Araújo, 2005-a; Carvalho, 2009).

A influência da Nova Gestão Pública na reforma administrativa encontrou diferentes expressões nos governos dos vários países, havendo uma abordagem distinta por parte de cada um deles no que diz respeito à implementação dessas ideias e obtendo também respostas diferenciadas (Araújo, 2008; Carvalho, 2009).

Outros governos têm-se demonstrado relutantes a aplicar as ideias da Nova Gestão Pública, como por exemplo o Japão, a Alemanha e a França, outros têm procurado fazer uma abordagem seletiva introduzindo somente aquelas medidas que consideram úteis como é o caso da Finlândia, Canadá, Holanda (Araújo, 2005-c; Carvalho, 2009).

No caso dos países anglo-saxónicos, o modelo gestor, significa a redução do Estado e das suas atividades, no caso dos países nórdicos significa a modernização do Estado para lidar com um ambiente de mudança. Assim, cada país utiliza diferentes formas de gerir os seus serviços públicos, adaptando-o à forma como as políticas, as leis e a administração se interligam (Araújo, 2005-c).

Nos países da OCDE houve a tendência para separar as atividades do governo em unidades autónomas ou semi-autónomas, sendo a responsabilidade e os custos associados aos resultados que se pretendia e responsabilizando os dirigentes pelos resultados obtidos.

Uma das técnicas de gestão do sector privado que teve grande acolhimento no seio dos reformadores dos países foi a gestão orientada pelos resultados ou a gestão por objetivos, realçando a necessidade de melhorar a eficiência dos serviços públicos através do planeamento, do controlo e da ênfase nos resultados.

Assim sendo, um dos componentes e uma das características das reformas implementadas sob influência da Nova Gestão Pública é a avaliação dos resultados (Hood, 1991; Araújo, 2008).

Segundo Carvalho, 2009, Hood (1991-1995), faz uma abordagem à NGP focando a importância dos seguintes elementos que estão interligados: profissionalização da gestão

nas organizações públicas, padrões de desempenho e medidas de avaliação, ênfase no controlo e nos resultados, desagregação das grandes unidades do sector público, introdução da competição no sector público, primazia aos estilos e práticas de gestão do sector privado e ênfase na disciplina e moderação na utilização dos recursos.

Segundo Osborne e Gaebler (1993) in Araújo (2008), a reforma administrativa conduzirá à adoção das ideias da Nova Gestão Pública, num processo idêntico à globalização, assumindo portanto o pressuposto da convergência dos vários sistemas administrativos.

Para Gow e Dufour (2000) in Araújo (2008), a Nova Gestão Pública (NGP) procurou substituir a racionalidade político-jurídica pela racionalidade gestionária pressionando a mudança no sentido da adoção de técnicas de gestão do sector privado as quais enfatizam o desempenho das organizações públicas e o controlo da gestão.

2.2. A reforma administrativa Portuguesa

Segundo Rêgo, 2008, *“A ineficiência e a ineficácia verificadas na Administração Pública e a progressiva substituição das funções clássicas do Estado promoveram alterações significativas no modelo tradicional de Administração Pública”* (Rego, 2008, pp. 31-32) .

Os modelos de Gestão Pública têm-se sucedido ao longo dos anos, a cada modelo de Estado corresponde um modelo de Administração Pública, o qual procura refletir as preferências e os valores que este procura promover (Rocha, 2001).

A Administração Pública Portuguesa, tal como se tem passado com as suas congéneres europeias, tem sofrido um conjunto de reformas que correspondem a um esforço constante para dar resposta às solicitações que se lhe colocam.

2.2.1. Abordagem histórica

Ao abordarmos o tema da reforma administrativa em Portugal, referimo-nos particularmente às mudanças que ocorreram nas últimas décadas com o regresso do regime democrático de abril de 1974. Até lá, Portugal foi alvo de um período de quase cinquenta anos de autoritarismo da liderança política, a decisão era centrada no topo, os funcionários eram executores obedientes e os cidadãos aceitavam tudo que fosse fornecido pelo estado

(Araújo, 2002; Araújo, 2005-b; Carapeto & Fonseca, 2006).

A grande reforma administrativa realizada antes do regime democrático ocorreu em 1935, a qual incidiu fundamentalmente sobre as questões do pessoal (Araújo, 2005-b).

Só na década de sessenta é que surgiu uma tentativa reformadora, enquadrada nos planos de desenvolvimento elaborados na altura, mas sem grande êxito. A forte resistência à mudança impediu a implementação da reforma (Araújo, 2002) .

A partir deste momento, podemos identificar três fases que marcam o processo de Reforma Administrativa Portuguesa, até ao 25 de Abril de 74, em que os aspetos centrais da reforma incidiram na necessidade de revitalizar o sistema dando uma imagem de rutura com o passado, após 25 de abril, o poder político observa que é necessária uma mudança que progressivamente eliminasse o pesado sistema burocrático do "Estado Novo" que era um estado administrativo e nos anos oitenta assiste-se ao início de um verdadeiro processo de mudança (Lampreia, 1997).

Assim, a estratégia de mudança do processo de modernização administrativa, privilegia a visão do serviço público baseado na desburocratização, qualidade, informação ao cidadão e a eficácia da gestão pública (Lampreia, 1997).

A Administração Pública Portuguesa sofreu profundas mudanças nos últimos vinte anos, como referia Corte-Real in Carapeto & Fonseca (2006), na apresentação do relatório “Renovar a Administração Pública” em 1993, *“basta pensar no enquadramento ao retorno de milhares de cidadãos portugueses das antigas colónias, na extensão, desenvolvimento e aprofundamento dos sistemas de saúde, segurança social e educação, na gestão de todos os dossiers relacionados com a integração europeia, em todo o processo de institucionalização da concertação social e na adoção de novas práticas de negociação com os trabalhadores”* (Carapeto & Fonseca, 2006, p. 29).

Portugal não ficou indiferente aos movimentos que estavam a ocorrer noutros países da Europa ocidental relativos à de reforma administrativa, influenciados pelo movimento da Nova Gestão Pública. Uma das técnicas de gestão do sector privado que teve grande acolhimento no seio dos reformadores dos países da OCDE incluindo Portugal, foi a gestão orientada para os resultados ou a gestão por objetivos, na Administração Pública (Billim, 2003; Rocha & Araújo, 2006; Araújo, 2008).

2.2.2. A gestão orientada pelos resultados

Na reforma iniciada em 2003 pelo XV Governo Constitucional, a gestão orientada pelos resultados tem particular importância sendo aplicada de forma integrada ao desempenho organizacional e ao desempenho individual. Para esse efeito, o documento que define o modelo e a estratégia de reforma, foi elaborado por uma empresa de consultoria internacional contratada pelo governo.

É assumido pela primeira vez a opção pelo modelo gestor na Administração Pública. No contexto da organização da Administração Pública, a estratégia do governo refletida nos diplomas legais aprovados, assenta na introdução de novas práticas de gestão elegendo a gestão por objetivos como a grande chave da mudança, associando os organismos públicos a objetivos e resultados. O diploma aprovado, estabelece que “a definição de objetivos constitui o principal pressuposto, não apenas da implementação do novo modelo de gestão, mas também da definição das iniciativas a realizar pelos ministérios e respetivas Unidades Orgânicas” (Resolução do conselho de ministros nº 53/2004).

A Lei nº 10/2004, de 22 de março e o Decreto Regulamentar nº 19-A/2004, de 14 de maio, regulamentam o novo instrumento de gestão por objetivos aprovado pelo governo, denominado Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho da Administração Pública (SIADAP) (Carapeto & Fonseca, 2006; Araújo, 2008).

Exige-se a definição de objetivos individuais por desagregação em cascata dos objetivos organizacionais, procurando garantir desta forma a coerência entre os resultados individuais e os resultados da unidade orgânica, essenciais para assegurar o cumprimento dos objetivos da organização (Araújo, 2008).

A gestão orientada pelos resultados segundo Rocha (1999), dá ênfase às seguintes características: um tipo de gestão participativa em que os trabalhadores possam discutir e conhecer o conjunto de objetivos da organização; a inclusão dos aspetos humanos e dos objetivos da organização; a motivação e o desenvolvimento da capacidade dos subordinados (Rocha, 1999).

A Reforma na Administração Pública foi eleita como uma das prioridades do XVII Governo Constitucional quando anunciou, o seu Programa de Governo em Março de 2005, referenciando a importância da alteração do modelo de organização dos Ministérios, bem

como a introdução de uma reforma, nas carreiras, do regime de vínculos e remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas.

Foi criado o Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado (PRACE), através da Resolução de Conselho de Ministros nº 124/2005. Este foi o primeiro passo para uma reforma abrangente e transversal. Os seus principais objetivos eram modernizar e racionalizar a administração central; melhorar a qualidade de serviços prestados aos cidadãos pela administração; colocar a administração central mais próxima e dialogante com o cidadão.

Na reforma relativa a trabalhadores que exercem funções públicas, o Governo apresentou perante a Assembleia da República a Proposta de Lei 152X, fazendo referência à necessidade de “*reformatar profundamente o sistema de carreiras e remunerações reduzindo substancialmente o número de carreiras, bem como limitar drasticamente os elementos de progressão automática atualmente existentes*”; esta viria a dar origem a atual Lei 12-A/2008, de 27 de fevereiro, que estabelece os regimes de vinculação de carreiras e de remunerações dos trabalhadores que exercem funções públicas (M.F. PEC, 2005) e (Lei 12-A/2008). Contudo em 2010 ainda não tinham sido alcançados parte dos objetivos do PRACE.

No Programa do XIX Governo Constitucional destaca-se como objetivo fulcral a redução urgente dos custos da Administração Central do Estado e a implementação de modelos mais eficientes para o seu funcionamento, afirmando, a intenção expressa de “*eliminar as estruturas sobrepostas na estrutura do Estado, reduzindo o número de organismos e entidades, mantendo a qualidade na prestação do serviço público*” (MF, 2013, pp. 1758-1759).

Assim sendo, o Conselho de Ministros aprovou, em reunião de 20 de Julho de 2011, as linhas gerais do Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC).

Foi assumido o compromisso de ainda em 2011, apresentar um programa concreto de reorganização da Administração Central do Estado, o qual deveria ser objeto de uma execução rigorosa e ambiciosa (DGAEP, 2013).

Outro ponto a destacar tem a ver com a aprovação pelo Governo em Conselho de Ministros a 6 de junho de 2013, de duas propostas de lei que resumem medidas estruturais para

reformular o Estado e a Administração Pública. O Governo viu-se obrigado para cumprir o Acórdão 187/2013 de 5 abril do Tribunal Constitucional, devido às alterações orçamentais.

Estas medidas traduzem-se em alterações nos regimes de emprego público, nomeadamente no que respeita a carga horária, alteração do período normal de trabalho de 35 para 40 horas semanais e a mecanismos de flexibilidade e de gestão, que visam melhorar a relação do Estado com os cidadãos e aproximá-los dos do sector privado. Estas medidas de base à reforma do Estado, visam assegurar uma melhor gestão da mobilidade dos seus trabalhadores e o reforço da capacidade dos órgãos e serviços no sentido de se harmonizarem às novas exigências funcionais.

Foi o caso da modificação do Sistema Integrado de Gestão e Apoio à Mobilidade Especial (sigAME), este aposta na requalificação dos trabalhadores durante um ano, sendo a formação profissional responsabilidade da Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas, sendo este o objetivo central para que seja possível criar melhores condições para que os trabalhadores possam encontrar novas funções no contexto da reorganização dos serviços públicos (GeRAP & Instituto; INA).

De destacar ainda a intenção, por parte do Governo, de aplicar cortes e contenção de despesa para poupar o equivalente a 500 milhões de euros de forma estrutural conforme o exigido pela troika na sétima revisão do programa de ajustamento (composta pelo Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia e Banco Central Europeu). Neste contexto, o Governo lançou um programa de rescisões por mútuo acordo na Função Pública para trabalhadores das carreiras de assistente técnico e assistente operacional, com início a 1 de Setembro de 2013 (JN, 2013).

Após esta breve abordagem à Reforma na Administração Pública e, considerando que este estudo foi direcionado para um grupo profissional da área da saúde, importa destacar algumas das reformas que também se fizeram sentir ao nível do ministério da saúde, sendo o foco na rede hospitalar e nos recursos humanos. Razão pelo qual será realizada uma breve referência histórica das alterações sentidas ao longo dos tempos no sistema de saúde português.

3. A REFORMA NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Analisando o contexto europeu no período pós-guerra, houve grandes investimentos na área da saúde devido ao desenvolvimento e crescimento económico, observando-se uma melhoria na qualidade de vida. Mas foi a partir de 1960, devido à evolução do conhecimento e da técnica, que os sistemas de saúde ocidentais apresentaram um desenvolvimento acentuado (Santos, 1998).

A crescente desproporção entre recursos e necessidades impulsionou, em muitos países da Europa nos anos oitenta, o desenvolvimento de reformas dos sistemas de saúde, em que a matriz ideológica do modelo Bismarck e do modelo Beveridge, não deixou de estar presente.

Nos países de modelo Beveridge os poderes públicos estão diretamente envolvidos no planeamento e gestão dos serviços de saúde, com sistemas integrados de financiamento e prestação de cuidados. No entanto, esta manutenção do Estado como entidade central do sistema rapidamente se considerou obsoleta (Simões, 2004).

Nos países de modelo Bismarck, *“as funções do Estado focalizam-se na afirmação dos princípios gerais do funcionamento dos seguros de saúde e da prestação de cuidados, na aprovação de medidas de contenção de custos, no controlo de qualidade e acreditação, na responsabilidade pela gestão dos hospitais públicos e no financiamento de cuidados de saúde para os excluídos do sistema de seguros”* (Harfouche, 2008, p. 66).

A estratégia seguida, em diversos países, foi no sentido da combinação de elementos dos dois modelos, utilizando incentivos típicos de mercado com a manutenção da propriedade pelo sector público. Este modelo misto teve um papel importante na reforma dos sistemas de saúde da Finlândia, Itália, Espanha, Suécia, Reino Unido e Portugal (Simões, 2004; Stoleroff & Correia, 2008).

Estas duas correntes ideológicas perduram até aos nossos dias, não no estado puro, mas contendo em si a matriz base da tendência dos diversos sistemas de saúde adotados em cada país.

Com o objetivo de diminuir o peso do estado, os países da OCDE, adotaram métodos de gestão empresarial, bem como a desburocratização e descentralização, tendo como suporte um modelo que enfatiza os resultados, o serviço e a participação.

Com esta evolução, tem-se assistido na generalidade dos países europeus à retração do Estado *welfare* (Araújo, 2005-a; Stoleroff & Correia, 2008).

Assim, as mudanças ao nível da saúde em Portugal não foram um acontecimento isolado, integram-se num movimento mais amplo que contempla outros países do sul da Europa, tais como, Itália em 1978, Grécia em 1983 e Espanha em 1986 (OPSS, 2001).

Num contexto mais recente, Portugal está a atravessar uma crise financeira, económica e social muito séria, bem como a Grécia, a Irlanda, a Espanha e a Itália. Apesar de uma forma menos notória, esta crise atinge também outros países europeus da zona Euro (como a Holanda, a França e a Estónia) e fora dela (como a Hungria).

Logo uma crise com esta relevância afeta obrigatoriamente a saúde e o sistema de saúde do país. “*Por isso, o que se vai passar na saúde depende, em grande parte, da qualidade e da oportunidade da resposta à crise instalada*” (OPSS, 2012, p. 7).

3.1. O sistema de saúde português

Em Portugal, nas últimas décadas, predominou no sistema de saúde, o modelo *beveridgeano*, baseado em receitas fiscais e em serviços públicos. Mas devido à pressão social, para serem resolvidos os crescentes problemas de eficiência dos sistemas universais, houve que recorrer a novas combinações adotando para o tradicional sistema de saúde, mecanismos típicos do sistema de mercado, o que se enquadra no contexto do *New Public Management*. Surge, então, em Portugal, em finais de 2002, a reforma no setor da Saúde, com a transformação dos hospitais em hospitais-empresa (Harfouche, 2008).

3.1.1 Enquadramento histórico

Para um melhor conhecimento da evolução do sistema de saúde português, é importante ressaltar que, durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente

transformações de importância superior tais como: a democratização (1974), entrada na CEE (1986) e integração na União Monetária Europeia (2000) (OPSS, 2001; OPSS, 2003; Araújo, 2006-a; Carapeto & Fonseca, 2006).

De destacar ainda a criação da Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro, que alterou a Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde), bem como o Memorando de Entendimento (ME) subscrito entre a Troika e o governo (2011) que tem fortes implicações para o sistema de saúde português.

Durante este período, ocorreram enormes mudanças na população, na saúde e nos recursos, segue-se então esta abordagem de forma mais exaustiva.

No sector da saúde, antes do 25 de abril coexistiam várias instituições, tais como, as Misericórdias, instituições centenárias de solidariedade social que ocupavam um lugar de relevo na saúde, responsabilizando-se por gerir grande parte das instituições hospitalares e outros serviços de saúde por todo o País, os Serviços Médico-Sociais (SMS, vulgo “postos das caixas”), prestavam cuidados médicos aos beneficiários da Federação de Caixas de Previdência, os Serviços de Saúde Pública estavam direcionados para a proteção da saúde (vacinações, proteção maternoinfantil, saneamento ambiental), os Hospitais estatais, gerais e especializados, encontravam-se localizados nos centros urbanos e os serviços privados que eram dirigidos aos estratos socio-económicos mais elevados (Reis, 1999; OPSS, 2001; Carvalho, 2009)

Por volta de 1965, estima-se que, o número de portugueses cobertos por esquemas de seguro-doença andaria à volta dos 40 % (cerca de 3,2 milhões) e em 1970, mais de metade da população (56 %) estava coberta (Campos, 1981).

Durante a década de 70 o sistema de saúde português continuou a sua evolução e agora de forma mais acelerada. Mas só nos finais do Estado Novo, em 1971, após o Decreto-Lei nº 413/71 de 27 de Setembro, da responsabilidade de Professor Gonçalves Ferreira, que definia a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Assistência, reconhecendo o direito à saúde e à conseqüente responsabilização do estado. Esta reforma constituiu já um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde (SNS), que nunca foi completamente implementado (OPSS, 2001; OPSS, 2003; Harfouche, 2008; Carvalho, 2009).

O principal objetivo da política na década de 70, segundo Pita Barros, foi a diminuição das barreiras financeiras e físicas ao acesso de cuidados médicos (Barros, 2010).

Com a revolução de 1974, o SNS conheceu modificações mais profundas e transfiguradoras dando-se a sua efetiva adoção e implementação em 1979, caracterizando-se em dois aspetos fundamentais, o financiamento a partir do orçamento geral do estado em 1976, a integração das várias estruturas de prestação de cuidados de saúde num sistema único, tais como, os Hospitais das Misericórdias foram nacionalizados em 1975 e a integração dos centros de saúde com os postos médicos só tiveram lugar em 1984.

A criação do SNS fez parte da democratização política e social do país e permitiu, em pouco tempo, uma admirável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde, facilitando também o desenvolvimento de uma estrutura de carreiras profissionais para a saúde (OPSS, 2001).

O desenho fundamental do SNS levou cerca de dez anos a ser implementado, o que reflete muito claramente lutas internas entre o Estado e o associativismo/corporativismo médico (Mozzicafreddo, 2000).

Em 1979 e nos termos da Constituição, seria criado o SNS (Lei 56/79; de 15 de Setembro), mais conhecida por Lei Arnaut, com acesso universal por parte da população, a todas as prestações abrangidas pelo SNS sem restrições de forma integrada e gratuita (Harfouche, 2008).

No final da década de 80 permaneciam problemas, sendo evidentes: a permanência de distribuição assimétrica dos profissionais de saúde, as dificuldades de resposta dos serviços de saúde a uma procura que explodira na década de 70, o crescimento da insatisfação dos utentes e profissionais, a falta de coordenação entre os serviços existentes, forte centralização na tomada de decisão; dificuldade em controlar as despesas públicas de saúde e a escassa transparência do mercado da saúde (Reis, 1999; OPSS, 2001).

A segunda revisão Constitucional, em 1989, introduziu algumas reformas do sistema de saúde e comutou o princípio da integral gratuitidade pelo do tendencialmente gratuito, com a aplicação das taxas moderadoras (Harfouche, 2008)

No decorrer da década de 90 surge a Lei de Bases da Saúde (LBS), aprovada pela Lei nº48/90, de 24 de agosto, na qual o Ministério da Saúde tem competências para definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, promover e avaliar a sua execução, sublinha na Base I, que o direito à saúde se efetivará pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado. O Estado promoverá e

garantirá o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. (OPSS, 2001)

A Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde), embora reservando para o SNS um papel promotor na política de saúde, reconhece os subsistemas indiretamente, como estruturas através das quais também se articula a política de saúde do governo (Harfouche, 2008).

Com a integração na CEE, Portugal encontrava-se num período de crescimento económico e de estabilidade política. Houve mais investimento nas infraestruturas do SNS (centros de saúde e hospitais). No entanto, na área dos recursos humanos, a falta de uma política sustentada por uma análise prospectiva da evolução das profissões da saúde e em medidas daí decorrentes, tem tido sérias consequências para o desenvolvimento do sistema de saúde (OPSS, 2001).

Dá-se início de um novo ciclo político que começou em Portugal em finais de 1995, após um período internacional de características liberalizantes, orientadas para uma maior flexibilidade e capacidade de inovação da Administração Pública, tornando-a mais empresarial, direcionando os serviços no cidadão cliente, e passando de uma gestão de recursos para uma gestão de resultados. Isto levaria a alterações dos regimes de bem-estar e, na saúde, a incorporação da contratualização com as unidades de saúde e a separação entre financiador e prestador (OPSS, 2008; Carvalho, 2009).

Neste contexto destaca-se o início a uma reflexão sobre a saúde, criaram-se novos mecanismos de orientação estratégica e de responsabilização e iniciou-se a contratualização, experimentou-se a remuneração associada ao desempenho, constituiu-se um sistema de qualidade e criaram-se centros regionais de saúde pública. É também neste período que se procede à inovação, descentralização e flexibilização de organizações prestadoras de cuidados de saúde, testando-se modelos inovadores de gestão (Hospital de S. Sebastião e Unidade Local de Saúde de Matosinhos) com o Decreto-Lei nº 151/98, de 5 de junho. Criaram-se os Centros de Responsabilidade Integrados nos hospitais e os centros de saúde de 3ª geração (Carvalho, 2009).

Surge um novo ciclo político, de 2002 a 2005, agora liderado pelo Partido Social Democrata. *“Neste período observou-se uma invulgar intensidade na ação governativa,*

[...] intenção bem traduzida na expressão “Portugal em ação”. Esta atitude teve uma forte receptividade na opinião pública” (OPSS, 2009, p. 24).

Em 2002, a Lei nº 27/2002, de 8 de novembro, alterou a Lei nº 48/90 (Lei de Bases da Saúde), prevendo o regime de contrato individual de trabalho e contratação coletiva de trabalho, assegurando o financiamento do SNS através do pagamento dos atos e atividades realizados e a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos (Harfouche, 2008; Carvalho, 2009).

Destaca-se então a criação de 31 Hospitais SA, a regulamentação das Parcerias Público-Privado, o Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas, a Entidade Reguladora de Saúde e o Plano Nacional de Saúde (Harfouche, 2008; Carvalho, 2009; OPSS, 2009).

Este último, vê ser iniciado o seu processo de elaboração ainda em 2002, mas a sua discussão pública realiza-se só em 2003-2004, sendo apresentado ao Parlamento em 2005 onde acolheu o apoio das diferentes forças políticas (OPSS, 2006).

Em 2005, o programa do XVII Governo Constitucional desta vez do Partido Socialista, apresenta um conjunto de objetivos e de medidas dando primazia ao cidadão no sistema de saúde, com pontos que levam a uma maior eficiência e melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. Os centros de saúde voltam a surgir como elemento estruturante e propulsor da mudança. De destacar, o renascimento da contratualização e o início de uma reforma dos cuidados de saúde primários, com a criação de uma unidade de missão, envolvendo a criação de Unidades de Saúde Familiar (USF) e de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). Surge nesta altura, a transformação de hospitais SA em EPE e a transformação de hospitais SPA em EPE (OPSS, 2006; OPSS, 2008; Carvalho, 2009).

Procede-se ao encerramento de blocos de partos, criação de agrupamentos hospitalares, a requalificação das urgências e o desenho de uma rede de cuidados continuados. As taxas “moderadoras” de internamento e de cirurgias no ambulatório surgem como forma de se preparar a sociedade portuguesa para o cofinanciamento do SNS (OPSS, 2009).

No início de 2008, são principais metas do “novo ministério da saúde” a qualificação do SNS e a devolução da confiança aos cidadãos e aos profissionais de saúde.

O objetivo é promover o acesso facilitado e adequado aos cuidados de saúde, dando ênfase aos cuidados de saúde primários, reforçando o empenho do Governo na implementação das USF.

Foram desenvolvidos os projetos relativos aos cuidados continuados integrados, aos cuidados hospitalares, promove-se o acesso à cirurgia, às consultas externas e a reestruturação da rede de urgência (OPSS, 2009).

No primeiro semestre de 2009, foram divulgados estudos sobre a satisfação de profissionais e utilizadores das unidades de saúde familiar (USF), que evidenciam resultados muito positivos. Existiam naquele momento em funcionamento 161 USF, um ano depois 233 USF e aguardam aprovação 49. Um terço das infraestruturas dos cuidados de saúde primários do país já funciona segundo o novo modelo. Projetaram-se 74 novos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), dos quais se “implementaram” 68. Foram identificados e nomeados os seus corpos dirigentes, que assumiram uma “carta de missão”. Os seus diretores executivos completaram um ciclo de formação dirigida às competências próprias da sua função. Foram também implementadas 16 Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estes progressos requereram um grande esforço por parte do Ministério da Saúde, dos seus dirigentes e dos quadros técnicos nacionais, regionais e locais. Todavia, o contexto foi pouco favorável devido à crise económica e financeira global, ao “ano eleitoral” e a reposta à pandemia de gripe, que exigiram um esforço suplementar a dirigentes e serviços (OPSS, 2010).

O Ministério da Saúde anunciou “10 medidas para a gestão mais eficiente do SNS”, que são uma primeira parte de um conjunto de iniciativas com o objetivo de conter os gastos no Ministério da Saúde. Visam muito provavelmente conseguir um primeiro nível de ganhos de eficiência da forma mais rapidamente possível (OPSS 2010).

Na primeira metade de 2010, há uma diferença significativa entre o esperado e o alcançado neste último ano de governação.

No Relatório de Primavera de 2011, foi largamente discutido o tema do impacte da crise na saúde, bem como dar resposta à crise na saúde. “*Não temos – não existem – sistemas de saúde preparados para responder aos tremendos desafios que resultam de uma crise económica, financeira e social destas dimensões*” (OPSS, 2011, p. 51).

3.1.2. Mudanças mais recentes

A súbita incapacidade de Portugal refinar as suas dívidas, levou-o a recorrer a pedidos de financiamento extraordinário junto da União Europeia (EU), do Banco Central Europeu (BCE) e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Estes são concedidos na base de “Memorando de Entendimento” (ME) que explicitam o compromisso do governo em executarem um alargado conjunto de medidas conjunturais e estruturais nos mais diversos setores de atividade (OPSS, 2012).

Este Memorando de Entendimento subscrito entre a Troika e o governo tem fortes implicações para o sistema de saúde português e a sua implementação enfrentará, previsivelmente, inúmeras dificuldades. Estas medidas incidem sobre um sector que já sofreu uma redução de cerca de 13% no seu orçamento de 2011.

Tabela 1 - Sumário das medidas do ME com a Troika (Junho, 2011) retirado do (OPSS, 2012, p. 32)

OBJETIVOS PRIMÁRIOS	
ESTRATEGIA DE CONTENÇÃO E RACIONALIZAÇÃO DE GASTOS	INCREMENTO DE RECEITAS
Medicamento, farmácias e prescrição	Pagamentos no ato de prestação de cuidados de saúde (falsas taxas moderadoras)
Hospitais – concentração; custos operacionais	
Transportes	
Recursos materiais e tecnológicos – gestão centralizada	
Recursos humanos – inventário; mobilidade	
Custo do setor privado – preços e concorrência	
Regularização das dívidas	
Controlo das horas extraordinárias	
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS: MEDIDAS AVULSAS	
Especialistas hospitalares nos centros de saúde	
Unidades de saúde familiar - modelo B	
Registo de saúde eletrónico	

A tabela 1, esquematiza a intenção deste acordo e os principais objetivos são:

“melhorar a eficiência e efetividade no sistema de saúde, induzindo uma utilização mais racional dos serviços e controle da despesa, de modo a obter poupança adicional no sector farmacêutico e reduzir a despesa pública com medicamentos (...) e obter poupança nos custos operacionais dos hospitais” (OPSS, 2012, p. 31).

O Ministério da Saúde tem implementado algumas normas no sentido de racionalizar o setor da saúde, mas mais veemente do que o acordado com a Troika, com resultados assinaláveis nalguns domínios. Com estas medidas adicionais pretende-se a não acumulação de novas dívidas, contribuindo fortemente para a sustentabilidade financeira do SNS. Para tal, foi fundamental o acordo entre os ministérios da Saúde, da Economia e Emprego e das Finanças com a indústria farmacêutica (APIFARMA). No entanto, todo este clima de constante mudança, leva à insatisfação de uma população mais vulnerável com a resposta do SNS, à desmotivação dos profissionais com a consequente diminuição de remunerações, à gestão de “recursos humanos” que ignora os princípios básicos de uma política para as profissões, bem como a ausência de uma linha clara de orientação no investimento em saúde e no desenvolvimento organizacional do SNS, falta de enquadramento em políticas de saúde das medidas de racionalização e falta de uma estratégia de saúde.

O crescente empobrecimento dos portugueses dificulta o acesso aos cuidados de saúde de muitos, dificultado pelo agravamento das falsas “taxas moderadoras” e as dificuldades crescentes com os transportes de doentes. Com a baixa efetiva nos preços dos medicamentos pode haver um maior acesso aos medicamentos por parte da população, havendo no entanto sinais relativos à diminuição da acessibilidade aos medicamentos por parte dos doentes mas associada ao seu empobrecimento.

Por outro lado o surgimento das normas de orientação clínica (NOC) foi uma diligência de grande valor para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, conduzindo-nos a importantes progressos metodológicos (OPSS, 2013, p. 27).

No ponto seguinte, vai ser feita uma breve descrição das principais alterações a nível Hospitalar, visto este ser o ambiente de exercício profissional, da população em estudo.

3.2. O que se alterou a nível hospitalar

Ao longo de vários anos, a prestação de cuidados de saúde em Portugal foi caracterizada essencialmente pela atividade das instituições públicas, os hospitais e os centros de saúde públicos. No entanto, o recurso às instituições hospitalares sempre foi mais evidenciado sendo o sistema de saúde caracterizado pelo hospitalocentrismo.

As tentativas de reorganização da oferta de cuidados de saúde tardaram. Como resultado, os hospitais foram crescendo com ineficiências e sem planeamento nacional ou regional (OPSS, 2008).

3.2.1. Principais alterações

Nas últimas décadas, os recursos canalizados pelas sociedades para a área da saúde tem vindo a aumentar cada vez mais, devido às crescentes necessidades e exigências da população e a uma constante evolução científica e tecnológica. Alguns dos fatores que têm também contribuído para tal são, entre outros, o aumento da esperança de vida, das doenças crónico-degenerativas, as alterações no sistema de financiamento dos serviços de saúde, a crescente especialização dos profissionais e a maior oferta de cuidados hospitalares, etc. (Barros & Sena, 1998).

Os hospitais portugueses têm conhecido ao longo dos anos, mudanças com a introdução de alterações na sua regulamentação e no seu enquadramento, destacando: o Estatuto Hospitalar, em 1968 (Decreto-lei n.º 48357, de 27 de abril de 1968), a concessão de gestão do Hospital Fernando Fonseca — Amadora-Sintra — em 1996 (Decreto-lei n.º 10/96, de 17 de fevereiro de 1996), a “quase-empresarialização” do Hospital de São Sebastião, em 1996 (Decreto-lei n.º 218/96, de 20 de novembro de 1996), da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, em 1999 (Decreto-lei n.º 207/99, de 9 de junho de 1999), e do Hospital do

Barlavento Algarvio, em 2001 (Decreto-lei n.º 76/2001, de 27 de fevereiro de 2001), a “empresarialização” de 34 hospitais tradicionais transformados em 31 hospitais SA, em 2002 (Decreto-lei n.º 272/2002) conforme descrito no anexo 1e cinco hospitais SPA em Hospitais EPE, em 2005, Hospital de Santa Maria (Lisboa), Hospital São João (Porto), Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (que integra os hospitais Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz), Centro Hospitalar de Setúbal (que inclui os hospitais de São Bernardo e o Ortopédico de Santiago do Outão), Centro Hospitalar do Nordeste (hospitais distritais de Bragança, de Macedo de Cavaleiros e de Mirandela (Decreto-lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro de 2005) (Varanda, 2004; OPSS, 2006).

A partir desta data cria-se uma nova era, no regime jurídico da gestão hospitalar, conforme explicitamos de seguida.

3.2.2. Novo regime jurídico e reformas da gestão hospitalar

Desde 2002, no seguimento da política anteriormente traçada, a qual lançara já os alicerces para o desenvolvimento de modelos inovadores de gestão hospitalar, nomeadamente através do incentivo à realização de “parcerias público-privadas” e “parcerias público-públicas” e à “empresarialização de hospitais”, ocorreram mudanças que constituem, alavancas para a promoção da governação hospitalar e dos princípios da boa governação nos hospitais públicos (Faria & Campos, 2003; OPSS, 2008).

A referida Lei (27/2002, de 8 de Novembro) ao aprovar o novo regime jurídico da gestão hospitalar, revogando o Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro de 1988, consigna a natureza jurídica dos mesmos em:

- Hospitais públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial [hospitais SPA (Setor Público Administrativo)]. Estes são regidos pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro, pelos regulamentos internos, normas do SNS e, subsidiariamente, pelas normas do sector público administrativo.

- Hospitais públicos, dotados de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial [hospitais EPE (Entidades Públicas Empresariais)]. Neste caso trata-se de hospitais regidos pelos diplomas de criação, pelos seus regulamentos internos, pelas normas em vigor para os hospitais do SNS que não sejam incompatíveis com a sua natureza jurídica e, subsidiariamente, pelo regime jurídico aplicável às entidades públicas empresariais.
- Sociedades Anónimas de capitais exclusivamente públicos [hospitais SA (Sociedades Anónimas)]. Estes são regidos pela Lei n.º 27/2002 em tudo o que não seja incompatível com a sua natureza jurídica, pelos respetivos diplomas de criação, donde constam os estatutos necessários ao seu funcionamento, pelo regime jurídico do sector empresarial do Estado, pela lei reguladora das sociedades anónimas, bem como pelas normas especiais cuja aplicação decorra do seu objeto social e do seu regulamento
- Hospitais privados, com ou sem fins lucrativos, com quem sejam celebrados contratos. No caso de serem *de entidades privadas com fins lucrativos*; regem-se pelos respetivos estatutos e pelas disposições do Código das Sociedades Comerciais. Se forem *de entidades privadas sem fins lucrativos*, regem-se pelo disposto nos respetivos diplomas orgânicos e, subsidiariamente, pela lei geral aplicável. (Campos, 2003; Reis & Falcão, 2003; Faria & Campos, 2003; Harfouche, 2008; Carvalho, 2009).

O Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto, revogou o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de janeiro, e estabeleceu uma nova estrutura e organização no universo de hospitais que, do ponto de vista jurídico, permanecem como pessoas coletivas públicas, dotadas de personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial.

Este diploma passa, então, a regular os hospitais SPA, com regime jurídico próximo do que em 1998 fora aplicado de forma inovadora ao Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira, nomeadamente com a utilização de regras privadas no regime jurídico do pessoal e aquisições de serviços (Harfouche, 2008; Carvalho, 2009).

Com o Decreto-Lei n.º 233/2005 de 29 de dezembro é concretizada a transformação dos então 31 hospitais SA em EPE, sendo finalmente aprovado o regime jurídico e os estatutos destas entidades; atribuiu também o mesmo estatuto a dois hospitais que estavam

integrados no sector público administrativo. Com este diploma formaliza-se também a fusão de vários hospitais e a subsequente criação de três Centros Hospitalares conforme vai ser referido no ponto 3.2.3.

Em 2007, com os Decreto-Lei nº50-A/2007 e nº 50-B/2007, é atribuído o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) a um conjunto de Unidades Hospitalares que se encontravam no sector público administrativo, respetivamente com a criação de 7 novas Entidades Empresariais (o Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, o Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, o Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, o Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE, o Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE, o Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE) aprovando os respetivos estatutos e é atribuído o estatuto de Entidade Pública Empresarial (EPE) à Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, E.P.E, perfazendo um total de 8 unidades (OPSS, 2006; M.S., 2007; Eiriz, Barbosa, & Figueiredo, 2007; Simões & Marques, 2009; Carvalho, 2009) e (Decreto-Lei nº. 50-A/2007 e Decreto-Lei nº. 50-B/2007).

Posteriormente foram transformados em EPE praticamente todos os hospitais portugueses. Das grandes reformas dos últimos tempos, na rede de hospitais do SNS, destaca-se a reorganização e transformação de vários hospitais em Centros Hospitalares (CH), como se explicita mais à frente.

Ainda relacionado com alterações na gestão hospitalar, destaca-se o Memorando do Entendimento (ME) celebrado com a União Europeia, que inclui um conjunto de medidas específicas para a saúde, sendo a maior parte destas medidas úteis e necessárias. Algumas delas tinham já sido identificadas mas nunca foram implementadas. No entanto, o calendário do ME é extraordinariamente apertado o que pode levar a consequências indesejáveis.

Assim, o Governo assumiu com o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional, o compromisso de aperfeiçoar o desempenho e ampliar o rigor na gestão dos hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Neste sentido,

“o Ministério da Saúde criou o Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar (GTRH), através do Despacho nº10601/2011, de 16 de Agosto, tendo este grupo a missão de propor um conjunto de medidas que permitissem, melhorar o acesso e a qualidade das prestações de saúde, melhorar a eficiência hospitalar, garantir a sustentabilidade económico-financeira, melhorar a governação e o desempenho dos profissionais e dos serviços dos hospitais, reforçar o protagonismo e dever de informação dos cidadãos” (OPSS, 2012, p. 153).

Relativamente a este tema, nas considerações finais do Relatório de Primavera 2012, entre outros temas, no ponto sete é salientado que,

“o Ministério da Saúde executou bem grande parte das medidas do ME, num contexto difícil, num tempo limitado, com alguns resultados palpáveis. No entanto, ao fazê-lo, não pode evitar ser “arrastado” pela lógica do curto prazo e pela falta de enquadramento, em políticas de saúde, daquelas medidas (OPSS, 2012, p. 186).

Após esta breve exposição, referenciando os principais pontos sobre a alteração do novo regime jurídico e reformas da gestão hospitalar, vamos de uma forma sintetizada abordar o percurso histórico, cronológico e legal que levou à formação do mapa de Centros Hospitalares no nosso país até à data de aplicação do questionário.

3.2.3. Centros Hospitalares

No âmbito da adoção de modelos alternativos de gestão, já em 1999 com o Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho, foi estabelecido o regime enquadrador para a criação e funcionamento dos Centros Hospitalares (CH).

Sendo a formação de CH uma escolha de política de saúde, que resultou da necessidade de

“[...] definição de objetivos e estratégias de saúde de base populacional, centrada em unidades funcionais que permitam a efetiva interligação entre serviços e instituições que, na mesma área geográfica, prestam cuidados de saúde ou desenvolvem atividades conexas [...]”, o que tornou “[...] prioritária a identificação de situações em que é possível reforçar a articulação e complementaridade dos estabelecimentos hospitalares do Serviço Nacional

de Saúde, através de melhor aproveitamento da capacidade neles instalada.” (ERS, 2012, p. 23).

Pretendia-se com isto que se criassem conjuntos hospitalares sujeitos a uma única coordenação, conduzindo-nos a uma maior rendibilidade e eficiência na prestação dos cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam (Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de Julho). Nesse mesmo Decreto, o CH é definido como uma “[...] *pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica*” (ERS, 2012, p. 24).

No âmbito de uma reestruturação do mapa organizacional do sistema de saúde, tendo em conta uma melhor interligação dos diversos níveis de cuidados, considerando as suas especificidades e exigências, são apresentados dois tipos de integração denominados de integração vertical e integração horizontal.

A primeira consiste na agregação numa única entidade da prestação e gestão dos serviços, ou de todas as atividades relacionadas com a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, através da gestão dos vários níveis de prestação de cuidados (cuidados primários, cuidados hospitalares e cuidados continuados) e da coordenação em rede de todos componentes que fazem parte integrante do mesmo.

A integração horizontal surge quando duas ou mais instituições que produzem o(s) mesmo(s) serviço(s) ou substitutos próximos, se juntam formando uma instituição única. Tem como propósito gerar economias de escala e poder de mercado, na otimização dos serviços prestados por dois ou mais estabelecimentos hospitalares e no reforço da sua articulação e complementaridade, técnica ou assistencial.

A criação de CH foi uma das políticas definidas para reorganizar o sistema hospitalar nacional. Juridicamente um CH caracteriza-se pela junção numa única entidade da responsabilidade e da gestão de várias organizações, que se propõem à prestação de um mesmo nível de cuidados de saúde. (ERS, 2012).

“Nessa medida, os CH passam aos estabelecimentos hospitalares que os integram, na universalidade dos direitos e obrigações de que eram titulares, ficando estes últimos destituídos de personalidade jurídica autónoma face à entidade integradora (ERS, 2012, p. 20 e 21).

De acordo com Vaz in ERS, 2012, a corrente denominação de CH não significa o mesmo relativamente aos anteriormente existentes, *“quando “centro hospitalar” correspondia a um conjunto complementar de hospitais de natureza diversa (como ocorria, por exemplo, com o Centro Hospitalar de Coimbra, que congregava um hospital geral, um hospital pediátrico e uma maternidade), e distinguia-se de “grupo hospitalar” que correspondia um conjunto de hospitais de natureza semelhante (como ocorria com os Hospitais Civis de Lisboa) ” (ERS, 2012, p. 21).*

Os primeiros CH, com a natureza de SPA, a serem instituídos foram o CH de Cova da Beira, em 1999, com o objetivo de contribuir *“para uma gestão mais racional, eficiente e eficaz dos equipamentos hospitalares existentes naquela área geográfica”* (Decreto-Lei n.º 426/99, de 21 de outubro), o CH da Póvoa de Varzim - Vila do Conde e o CH de Cascais, em 2000, o CH de Torres Vedras e o CH do Médio Tejo, em 2001 e o CH do Barlavento Algarvio, em 2004.

Posteriormente foram criados vários Centros Hospitalares EPE conforme se destaca seguidamente.

Assim pelo Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de dezembro o CH de Lisboa Ocidental, EPE, o CH de Setúbal, EPE, e o CH do Nordeste, EPE, tendo em vista uma melhor prestação de cuidados de saúde, através da otimização dos recursos.

Em 2007, através do Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de fevereiro, procedeu-se à criação de mais seis: o CH de Lisboa Central, EPE; o CH de Coimbra, EPE; o CH de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE; CH do Médio Ave, EPE; o CH do Alto Ave, EPE e o CH de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. Ainda em 2007 mas através do Decreto-Lei n.º 326/2007, de 28 de setembro, procedeu à criação do CH do Porto, EPE e do CH do Tâmega e Sousa, EPE.

No decorrer do ano de 2008, o Decreto-Lei n.º 23/2008, de 8 de fevereiro, procedeu à criação do CH de Lisboa Norte, EPE, examinando as complementaridades existentes entre o Hospital de Santa Maria, EPE e o Hospital Pulido Valente, EPE, tendo como objetivo amplificar a articulação entre ambos. Ainda no ano de 2008 com o Decreto-Lei n.º 180/2008, de 26 de Agosto é formado o Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE.

Já em 2009, o Decreto-Lei n.º 27/2009, de 27 de janeiro, procedeu à criação do CH de Entre o Douro e Vouga, EPE. No mesmo ano procedeu à criação do CH do Oeste Norte, sob o modelo SPA, após publicação da Portaria n.º 83/2009, de 22 de janeiro. Em outubro de 2009, e tendo em vista potenciar a articulação entre hospitais, procedeu-se à criação do CH do Barreiro Montijo, EPE, com o Decreto-Lei n.º 280/2009, de 6 de outubro, considerando as complementaridades existentes entre o Hospital de Nossa Senhora do Rosário, EPE e o Hospital Distrital do Montijo.

Em 2011, de acordo com o Decreto-Lei n.º 30/2011 publicado dia 2 de março em Diário da República, o Ministério da Saúde cria, agora, com a natureza de entidades públicas empresariais, os seguintes centros hospitalares; Centro Hospitalar de São João, EPE (CHSJ) – por fusão do Hospital de São João, EPE, e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo; Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) – por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra; Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE (CHBV) – por fusão do Hospital Infante D. Pedro, EPE, do Hospital Visconde Salreu de Estarreja e do Hospital Distrital de Águeda; Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE (CHTV) – por fusão do Hospital Cândido de Figueiredo e do Hospital São Teotónio, EPE; Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE (CHLP) – por fusão do Hospital de Santo André, EPE, e do Hospital Distrital de Pombal. Além disso, é alterado, mantendo a natureza de Entidade Pública Empresarial, o Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP) – por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE, e do Hospital Joaquim Urbano. A criação, destes últimos CH,

“[...] pretende melhorar continuamente a prestação de cuidados de saúde, garantindo às populações qualidade e diversificação da oferta, universalizar o acesso e o aumento da eficiência dos serviços. Para o efeito, entre outras consequências, a criação de todos esses

centros hospitalares reduz a estrutura orgânica, administrativa e funcional das unidades de saúde envolvidas, reduzindo em mais de metade as estruturas de gestão e o número de gestores afetos a estas unidades de saúde, e introduz mecanismos para uma organização integrada e conjunta que tornam mais eficiente a gestão hospitalar das unidades de saúde envolvidas.” (ERS, 2012, p. 28).

Esta decisão decorre da reestruturação do parque hospitalar que tem vindo a ser promovida pelo Governo, numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos - financeiros, tecnológicos e humanos - e de compatibilização de desígnios estratégicos. Na sequência dessa política e com base em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos e circuitos de colaboração, em 2012, procede-se à extinção e integração por fusão no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, do Hospital de Curry Cabral, EPE e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (SGMS, 2012) e (Decreto-Lei n.º 44/2012).

Ainda neste último ano, a 19 de julho de 2013, com o Decreto-Lei n.º 69/2013, DR, n.º 138, 1.ª série, foi recentemente criado o Centro Hospitalar do Algarve, EPE, por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE, com o Hospital de Faro, EPE. (Anexo 2). Após esta descrição sobre as alterações do regime jurídico da gestão hospitalar e as consequentes formações de centros hospitalares, interessa agora fazer um pequeno apontamento acerca da tendência destas fusões noutros países, neste caso tomado como exemplo o Reino Unido, e clarificar como foram fundamentadas do ponto de vista político no nosso país.

3.2.4. Fusões hospitalares

O aumento das despesas no sector da saúde, em particular a nível hospitalar, tem conduzido a várias investigações a nível nacional e internacional com o objetivo de identificar e analisar as razões subjacentes a essa tendência (Barros, 2009).

Tem surgido alguns estudos no sentido de tentar caracterizar os reais motivos que justificam a atual corrente de fusões hospitalares. Na generalidade, as fusões hospitalares têm tido por base duas grandes justificações: a redução de custos e o aumento da reputação

(Dranove & Shanley, 1995).

A redução de custos é possível pelo aumento da eficiência, na medida em que permite uma diminuição dos serviços em duplicado, dos subutilizados, dos custos administrativos e melhoria na gestão e nos processos de produção. O aumento da reputação é possível pela integração, uma vez que pode diminuir os custos para os utilizadores (doentes) que procuram uma qualidade elevada.

Partindo do princípio de que hospitais maiores (centros hospitalares) podem ter custos médios inferiores comparados aos hospitais mais pequenos, segundo Dranove (1998), não significa que a fusão produza eficiência, uma vez que a fusão só atinge os resultados esperados se houver integração das funções clínicas e/ou administrativas, agindo como um único hospital (Dranove, 1998).

No Reino Unido, também se fez sentir a mesma tendência de reestruturação do sistema de saúde, incluindo fusões, como se destaca no estudo realizado por Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings e Normand, em 2004, no qual, fazem referência a outros autores referindo que:

“A mudança organizacional em larga escala, foi conceptualizada como parte de uma cultura de gestão política e administrativa mais vincada, caracterizada por uma reestruturação periódica e pela transformação de instituições do setor público (Ferlie, 1997), e (as) fusões foram especificamente vistas como um exemplo da “nova gestão pública” (Kitchener & Gask, 2003)” (Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings, & Normand, 2004, p. 120).

É relativamente consensual Portugal apresentar como um dos seus grandes problemas a ineficiência do sistema de saúde, na medida em que gasta mal os recursos disponíveis (Barros, 2009).

A política do Ministério da Saúde Português relativa à integração de hospitais até agora autónomos em centros hospitalares seguiu da lógica de agregar hospitais gerais, com diferentes níveis de diferenciação. Basicamente, os objetivos que se pretendiam alcançar com esta *fusão de hospitais* seriam potenciar, através de uma gestão comum e racional, as capacidades disponíveis nas unidades hospitalares cuja complementaridade assistencial é fundamental, rentabilizando recursos materiais, financeiros e humanos, com vista a obter

maior eficácia e eficiência na gestão desses meios (OPSS, 2006).

No entanto a fundamentação desta política, nunca foi, de acordo com o OPSS (2010) suficientemente divulgada. De igual forma o OPSS alerta para a necessidade de estas justificações deverem ser cabalmente explicadas à população, preferencialmente acompanhadas de indicadores seguros de sucesso, em estudos desenvolvidos por entidades isentas ao processo (OPSS, 2010).

Um outro ponto de vista importante que tem sido discutido é a questão da dimensão adequada dos hospitais, é um tema polémico dado que se trata de um importante fator no planeamento hospitalar (Simões & Marques, 2009). Defendem ainda os mesmos autores que os centros hospitalares são, em média, mais ineficientes que os hospitais não agrupados. (...) Logo, *abinitio*, deve ser discutido como pode a criação de Centros Hospitalares introduzir eficiência? (OPSS, 2010).

Com o novo regime jurídico da gestão hospitalar e a consequente publicação dos diplomas, já antes referenciados, estão criados os mecanismos para a modernização e flexibilização do SNS, na busca da eficiência particularmente na contenção da despesa pública.

Como afirma Correia de Campos:

“O sistema de saúde em Portugal, tal como os restantes membros europeus, tem-se, debatido com problemas de sustentabilidade financeira no médio prazo. Ou seja, com a possibilidade de, no futuro, não ser financeiramente suportável, a menos que medidas enérgicas sejam introduzidas no seu funcionamento e que conduzam, ou ao abrandamento do ritmo de crescimento da despesa pública com a saúde, ou ao aumento da receita” (Campos, 2007).

Como referimos antes, nos últimos anos, verificou-se uma significativa redução do número de hospitais, exclusivamente através das fusões e sem quaisquer alterações no número de estruturas físicas existentes. Por outro lado têm-se assumido como papel fundamental a racionalização dos seus recursos internos dada a necessidade de melhorar os mecanismos de funcionamento no sector da saúde para maior eficiência económica e melhor utilização de recursos escassos, adotando políticas de contenção de custos (Jalles & Salvado, 2008).

Desta forma os hospitais EPE, que apresentam regras de gestão mais flexíveis e dinâmicas, pelo menos teoricamente, permitem muito mais facilmente, uma otimização dos serviços e dos recursos tanto físicos como humanos (Simões & Marques, 2009).

No entanto é ainda escassa a literatura sobre o impacto organizacional das fusões. O que podemos facilmente constatar é que, as mudanças realizadas a nível governamental trouxeram enormes transformações na estruturação dos hospitais, alterações que tiveram um grande impacto ao nível da gestão de topo, dos utentes (clientes), dos profissionais de saúde (colaboradores) e a todos os níveis de prestação de cuidados.

3.3. A adaptação à mudança das organizações hospitalares

As mudanças organizacionais são a nova forma de sobrevivência destes organismos e apresentam-se nos dias de hoje como sendo uma necessidade fulcral. É necessária adequação rápida a novos princípios administrativos, e, de igual modo, é necessário compreender as alterações que têm impacto nas organizações e as suas consequências como fator determinante do seu futuro (Pereira & Fonseca, 1997).

Podemos definir a mudança, como a procura de melhorar o desempenho das organizações implicando não só alterações na forma de gestão como também no modo como se lida com estas mudanças.

A mudança das organizações pode incidir sobre vários aspetos tais como na estrutura, na tecnologia, na redefinição de tarefas, na reengenharia dos processos, nos comportamentos dos atores, na cultura e nos produtos ou serviços prestados. Na atualidade, um dos maiores desafios dos dirigentes prende-se, precisamente, com a gestão da mudança (Bilhim, 2001).

3.3.1. A mudança organizacional na reforma hospitalar

A nova matriz organizacional para os hospitais do SNS constitui o resultado do trabalho do Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, criado em 2007, na dependência direta da Ministra da Saúde.

No relatório produzido por este grupo pode ler-se, em relação à Organização Interna e à Governação dos Hospitais que *“os hospitais não podem ignorar que têm, hoje em dia, uma tripla vertente nas respetivas missões: são simultaneamente plataformas tecnológicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vetores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde”* (GTROIH, 2010, p. 8).

Frequentemente acusa-se o hospital, de uma incumbência puramente tecnológica, distanciada das pessoas, caracterizada por episódios curtos e dirigida ao “caso” e não à pessoa/doente, mais direcionado a doenças agudas, sendo uma falha responsável por grande parte da ineficiência.

Ainda no mesmo relatório é defendido que o hospital tem *“responsabilidades éticas especiais que não podem ser comprometidas aquando da inclusão de traços empresariais na sua estruturação”* (GTROIH, 2010, p. 9).

Segundo Anunciação e Zoboli in GTROIH, 2010, os valores e princípios na prestação de cuidados de saúde hospitalares devem ter em linha de conta *“a orientação para os cidadãos-utilizadores, a competência e promoção da melhoria contínua, e a transparência nos processos de decisão e respeito pelos princípios éticos”* (GTROIH, 2010, p. 11).

Acresce que, a organização de saúde não pode descurar aspetos ligados à sua sustentabilidade financeira.

Em 2011, foi criado um Grupo Técnico para a Reforma Hospitalar, pelo Despacho N.º 10.601/2011 do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República N.º162, 2ª Série, de 24 de agosto de 2011. Este grupo tinha como missão propor um conjunto de medidas que visassem reorganizar a rede hospitalar através de uma visão integrada e racional do sistema de saúde e que permitisse: melhorar o acesso e a qualidade das prestações de Saúde; melhorar a eficiência hospitalar; garantir a sustentabilidade económica e financeira; melhorar a governação e o desempenho dos profissionais ao serviço dos hospitais; reforçar o protagonismo e o dever de informação aos cidadãos. O trabalho deste grupo foi apresentado através de um relatório, em Novembro de 2011, tendo como título *“Os Cidadãos no centro do Sistema. Os Profissionais no centro da mudança”*. Fazendo uma abordagem geral a este relatório, foram definidas oito diligências estratégicas, tendo cada

uma, um conjunto de medidas, dando, através da sua implementação e monitorização, cumprimento a um programa de mudança de modo a promover uma reforma estrutural ao nível hospitalar em Portugal.

Alguns pontos a destacar desta reforma são a previsão de abertura de novas unidades hospitalares, a possibilidade de camas de agudos passarem a camas de cuidados continuados integrados (CCI) e a sua reestruturação como encerramento de camas nas actuais unidades hospitalares transformando-as noutra tipo de unidades direccionadas para o reforço da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (doravante designada por REDE). Esta REDE tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que se encontrem em situação de dependência. Este tipo de prestação de cuidados deve-se ao *“aumento da longevidade e ao conseqüente envelhecimento da população, níveis de dependência de idosos, aumento das doenças crónicas e a tendência para o incremento na procura deste tipo de cuidados preconizam a imperatividade de analisar a realidade atual (ao nível de capacidade instalada) e as necessidades futuras em CCI”* (Despacho n.º 8190/2013, p. 19807).

O processo de mudança na área hospitalar constitui uma realidade difícil de alcançar, devido às necessidades e exigências requeridas pelos utentes, aos novos desafios tecnológicos, onde a padronização das ações são cada vez mais complexas e diversas. Esta situação, não é indiferente aos profissionais de saúde e obriga ao investimento constante em novas competências (Parreira, 2005). Neste domínio constata-se que a empresarialização hospitalar conduziu a que uma parte significativa das competências de gestão de recursos humanos passasse a ser da responsabilidade de cada organização.

3.3.2. O impacto nos profissionais e o custo emocional das fusões hospitalares

As relações inter-organizacionais em hospitais incluem diferentes formas de relacionamento. No limite, essas relações podem levar à integração e fusão de hospitais como, aliás, tem acontecido em Portugal, como temos vindo a referir (Eiriz, Barbosa, & Figueiredo, 2007).

Este clima de mudança e instabilidade que terá os seus efeitos ao nível dos recursos humanos pode ser agravado com a fusão hospitalar (formação de centros hospitalares) e com a conseqüente incerteza relativa à nova estruturação desses mesmos centros e à mobilização das pessoas.

Segundo, Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings e Normand (2004), num estudo realizado em Inglaterra, os benefícios da fusão para os funcionários contemplam, uma melhor supervisão clínica, uma gestão mais profissional, melhor avaliação, melhor formação e desenvolvimento de carreira pessoal. No entanto, salientam como pontos negativos, o stress causado pelas incertezas e alterações tanto a nível clínico como de gestão, bem como o aumento do volume de trabalho associado ao processo de fusão. Outro ponto negativo refere-se ao facto dos gestores não anteciparem adequadamente os efeitos negativos da integração dos serviços nas organizações fundidas. Os autores constataram que nem todos os funcionários reagiram da mesma maneira relativamente à fusão mas de uma maneira geral, o stress das incertezas, das mudanças e cargas de trabalho acrescidas foram sublinhados por todos. Paralelamente, outros entrevistados relataram o aumento da autonomia nas suas funções, dado que percecionaram um aumento da sua participação em planos de inovação e mudança. Os meses que antecederam a fusão produziram ansiedades e medos, outros procuraram alternativas de emprego. Alguns destacavam sentir-se ansiosos por ter de trabalhar ao lado de grupos de pessoas de outra organização que anteriormente eram considerados "rivais".

Em Portugal apesar de, como vimos, ter vindo a verificar-se a existência de vários processos de formação de Centros Hospitalares, não existem estudos empíricos suficientes sobre esta matéria. O objetivo deste estudo insere-se na perspectiva de colmatar esta insuficiência propondo-se avaliar o empenhamento organizacional nos profissionais de Diagnóstico e Terapêutica que trabalham em Centros Hospitalares e que foram sujeitos a processos de mudança. Neste âmbito procura-se avaliar tanto os profissionais que foram deslocados dos seus postos de trabalho, como aqueles que os receberam dado que a sua rotina também foi alterada.

3.3.3. Mudança nos recursos humanos

Em cada organização existem pessoas, que representam uma comunidade, um grupo, dividindo-se nos mais diversos subgrupos, cujos membros mantêm relacionamentos constantes entre si.

Com base em pesquisas e observações, constatou-se que o trabalho, realizado por equipas harmoniosas, resulta em maior produtividade e qualidade, além de representar uma importante fonte de satisfação e autorrealização para os seus membros (IQF, 2006).

A empresarialização hospitalar vem estimular a desregulação do sector, liberalizando e flexibilizando a contratação, passando as condições de emprego e da remuneração dos profissionais, ora contratados individualmente, ora através de empresas privadas, a estar sujeitos à lei do mercado. Estas mudanças resultam na emergência de situações contratuais diferentes na mesma instituição.

Um outro exemplo, particularmente complexo, é destacado por Barros (2004) relativamente às “carreiras especiais” nas áreas da saúde, sujeitas não só às transformações dos vínculos, como também às formas de avaliação que estão ainda por definir.

A instabilidade de emprego no sector público e a tendência de concorrer com o sector privado na contratação de profissionais de saúde, poderão levantar dúvidas relativas à qualidade da prestação de cuidados a nível hospitalar.

Com a possibilidade, por parte das organizações hospitalares de individualização do contrato de trabalho, existe a possibilidade de permitira definição de incentivos de forma a criar oportunidades mais vantajosas para atrair determinados profissionais. Como afirmou Stoleroff em 2007; em Portugal este processo ainda está em curso, ainda é difícil prever todas as consequências que daí decorrerão para o SNS. Apesar de, no que diz respeito ao funcionamento do mercado do trabalho da profissão médica, já se poderem constatar algumas redefinições da regulação laboral para a prestação pública de cuidados.

No contexto destas e de outras alterações, muitas vezes, são bem visíveis as manifestações de resistência à mudança tais como conflitos laborais, cortes na informação, absentismo, lentidão na execução das tarefas bem como o desenvolvimento de boatos e intrigas que perturbam a ordem na organização. De referenciar que não são os colaboradores dos escalões inferiores que mais resistem a estas alterações, mas sim (entre outros, pode dar-se

como exemplo) os gestores intermédios que têm medo de perder o poder já instituído, bem como o risco de falharem neste novo contexto (Carapeto & Fonseca, 2006).

Para que tal não aconteça, no processo de mudança é importantíssimo que se informem todos os elementos da organização de todos os processos de mudança, para assim eliminar dúvidas e receios. A participação dos colaboradores no processo leva a um envolvimento pessoal, que pode beneficiar com o seu conhecimento sobre os problemas, constituindo um fator-chave de sucesso das iniciativas a introduzir.

Da estratégia escolhida pelos líderes e da forma como estes gerem os seus recursos humanos, vai depender o desempenho das organizações. Daí ser de destacar a importância na mudança da capacidade de motivar, formar, desenvolver e avaliar o desempenho de todos os colaboradores (Cunha, 1992).

Mudar implica, aprender um novo comportamento ou tarefa, modificar a comunicação interpessoal na organização e por último conservar um bom controlo emocional, para controlar e reduzir as resistências.

Drucker 2000 in Carapeto & Fonseca 2006 sustenta que, a *“melhor mudança é aquela que é parte integrante da estratégia da organização, conduz a desempenhos mais elevados, é alimentada pela criatividade das pessoas e apoiada por elas, tem origem em necessidades específicas do cliente, e não está necessariamente obcecada com o custo mas sim, com uma cultura que valoriza a melhoria contínua”* (Carapeto & Fonseca, 2006, pp. 348-349).

Neste processo de mudança o líder tem um papel fundamental. Espera-se que o líder moderno invista na promoção do capital humano e explore as suas potencialidades, incentive a criatividade e a qualidade, tente atrair e não deixe sair pessoas devidamente qualificadas e com conhecimento relevante para a organização (Simões, 2003).

Como afirma Bilhim, se a realização pessoal de cada colaborador evoluir gradualmente em consonância com os objetivos comuns, alcança-se assim uma gestão de recursos humanos excelente (Bilhim, 2002; Bilhim, 2009).

4. O EMPENHAMENTO ORGANIZACIONAL

O estudo do empenhamento dos trabalhadores com as suas organizações tem a sua origem no século passado, ao mesmo tempo que foram surgindo mudanças nos contextos de trabalho. No início da década 70, desenvolveram-se vários estudos no sentido de identificar variáveis relacionadas com o *turnover* (rotatividade de trabalhadores na organização) de modo a permitir reduzir a sua expressão no contexto organizacional.

Estas mudanças levaram a que os gestores constatassem que um trabalhador com uma ligação forte à organização é mais dedicado, o que resulta num aumento da produtividade da organização e no atingir dos objetivos da mesma.

Dos estudos realizados no domínio do comportamento organizacional, numa tentativa de medir a correlação entre a satisfação e o *turnover*, destaca-se o conceito de “Organizational Commitment”, traduzido para português como empenhamento organizacional (EO). Apesar de esta tradução não ser sempre consensual o empenhamento tornou-se um conceito fundamental para a Gestão de Recursos Humanos. Em grande medida esta importância resulta da comprovação de uma correlação negativa do empenhamento com os comportamentos de abandono da organização (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974; Angle & Perry, 1981).

Ao longo das últimas três ou quatro décadas este conceito tem vindo a ocupar uma posição de destaque na investigação no campo da psicologia organizacional e das ciências sociais de um modo geral (Mowday, 1999) tendo-se vindo a construir diversos modelos teóricos e análises empíricas. Procuramos de seguida, ainda que de uma forma pouco exaustiva, refletir sobre estas abordagens.

4.1. Abordagens do empenhamento organizacional

Meyer e Allen (1984) relatam que a primeira abordagem ao empenhamento organizacional teve origem na década de 60 e 70, do século XX nos trabalhos de Becker (1960) e de Hrebiniak e Alutto (1972). Estes últimos definiram o empenhamento como um fenómeno estrutural, resultante de transações individuo-organização e das mudanças nos benefícios

adquiridos e investimentos realizados pelo indivíduo ao longo do tempo (Meyer & Allen, 1984).

Apesar da forte diversidade de estudos e teorias desenvolvidas sobre este tema, ao longo dos anos tem sido mais ou menos consensual a noção de que o empenhamento depende de dois fatores distintos que, de acordo com Mowday, Porter e Steers (1982), constituem o “*continuance commitment*”/“*calculative commitment*” e “*attitudinal commitment*” habitualmente traduzidos em português como empenhamento comportamental e empenhamento atitudinal.

4.1.1. Abordagem comportamental

O “*continuance commitment*” - abordagem de empenhamento comportamental - reflete comportamentos percebidos como consistentes relativos à permanência de um funcionário numa organização (Hulin, 1990, in Tavares, 2001), baseada nas teorias da dissonância cognitiva (Festinger, 1957) e do processamento de informação (Salancik, 1977).

Já para Mowday e seus colegas, este tipo de empenhamento resulta numa relação de troca do trabalhador com a organização. Verifica-se quando um funcionário consegue sobreviver com o dinheiro que recebe do seu emprego comprometendo-se assim com a organização, já que depende desta para a sua sobrevivência (Mowday, Porter, & Steers, 1982). A abordagem comportamental, segundo Meyer e Allen (1991) entende o empenhamento organizacional simplesmente como um comportamento.

4.1.2. Abordagem atitudinal

O “*attitudinal commitment*”- abordagem atitudinal - é de vertente afetiva. Isto é, um funcionário liga-se emocionalmente à organização porque percebe uma congruência entre os seus valores e os da organização (Mowday, Porter, & Steers, 1982).

Sobre este tema, à luz da abordagem atitudinal, Allen e Meyer (1996), afirmavam que o empenhamento organizacional pode ser definido como uma ligação psicológica entre o

trabalhador e a sua organização. Esta ligação diminuiria a probabilidade do trabalhador abandonar voluntariamente a sua organização.

4.2. Modelos do empenhamento organizacional

Dos estudos realizados sobre empenhamento organizacional não existe, atualmente, um único modelo, mas vários, que se podem dividir em modelos unidimensionais e multidimensionais, tal como apresentamos de seguida.

4.2.1. Modelo unidimensional – breve abordagem

Um dos primeiros modelos apresentados foi o de Porter, Mowday e colaboradores em meados os anos 70 e com desenvolvimentos posteriores (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974; Mowday, Steers, & Porter, 1979; Mowday, 1999).

Dos modelos unidimensionais o que a literatura revela é que, cada conceptualização tem vindo a refletir apenas um de três temas gerais: a ligação afetiva, a perceção de custos e a obrigação.

- O estudo da ligação afetiva é o mais comum na literatura sobre empenhamento organizacional (Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974). Esta é vista como parte da identificação de um indivíduo e do envolvimento do mesmo com uma determinada organização.

- Nos estudos relativos à perceção de custos, o empenhamento é baseado no reconhecimento do indivíduo sobre os custos, ou reconhecimento da perda de algo de importante que o trabalhador investiu como o tempo, esforço ou dinheiro, também denominados de “side-bets”, que seriam perdidos ou desvalorizados, caso o trabalhador deixasse a organização (Becker, 1960 in Meyer & Allen, 1984).

- No que concerne aos estudos centrados na obrigação esta é a menos frequente interpretando o empenhamento como uma responsabilidade moral, uma crença do próprio indivíduo relativamente à sua responsabilidade para com a organização.

Neste caso, os trabalhadores empenhados estão dispostos a fazer sacrifícios pessoais para

o bem da organização (Wiener, 1982).

4.2.2. Modelo multidimensional – breve abordagem

Posteriormente foram propostos, por alguns autores, modelos multidimensionais de empenhamento organizacional (Meyer & Allen, 1984; Allen & Meyer, 1990; Allen & Meyer, 1996; Mayer & Schoorman, 1998). Nas últimas décadas, o modelo definido, em 1991, por Meyer e Allen, tem sido o que tem tido maior aceitação por parte dos seus pares, de forma que as abordagens que tem vindo a ser estudadas, defendem que do comportamento organizacional fazem parte três componentes diferentes, referindo-se a três diferentes tipos de ligação às organizações: ligação afetiva, instrumental e normativa.

Assim Meyer e Allen, 1991, defendem que o empenhamento organizacional “*é visto como um estado psicológico que caracteriza a ligação do trabalhador com a organização, tendo implicações na decisão do indivíduo permanecer como membro da mesma*” (Meyer & Allen, 1991, pp. 61-98).

De um modo geral, a literatura mais recente, indica que não existe só um vínculo na relação funcionário/organização e que sendo o empenhamento um foco multidimensional, possui diversas variáveis que o influenciam e causam impacto numa e/ou noutra dimensão.

4.3. As orientações de estudo do empenhamento organizacional

Na última década, conforme foi referenciado anteriormente, três dimensões conceptuais predominaram no estudo do empenhamento organizacional, nomeadamente a dimensão afetiva, instrumental e normativa. De seguida procuramos refletir, de modo crítico, sobre cada uma delas.

4.3.1. Orientação afetiva

A orientação que dominou a literatura do empenhamento organizacional por mais tempo foi a afetiva, a partir dos trabalhos desenvolvidos pela equipa liderada por Lyman Porter

(Porter, Steers, Mowday, & Boulian, 1974; Mowday, Steers, & Porter, 1979; Mowday, Porter, & Steers, 1982). Apesar de aceitarem a existência de uma corrente comportamental para definir o empenhamento, os investigadores abordam-no numa perspetiva afetiva. Estes defendem que o empenhamento vai muito além de uma postura de lealdade passiva para com a organização e envolve um relacionamento ativo e que procure o seu bem-estar. Os trabalhos desenvolvidos por esta equipa de investigadores tiveram início na década de 70, criando e validando um instrumento para se medir o empenhamento, o *Organizational Commitment Questionnaire* - OCQ (Mowday, Steers, & Porter, 1979). Mesmo reconhecendo que o empenhamento também era investigado na corrente comportamental, decidiram desenvolver um instrumento considerando apenas a perspetiva afetiva. O instrumento de medida foi construído com base na definição de empenhamento estabelecida pelos autores, considerando que:

“o empenhamento é uma relação forte entre um indivíduo identificado com e envolvido numa organização, em particular, e pode ser caracterizado por pelo menos três fatores: (1) estar disposto a exercer esforço considerável em benefício da organização; (2) forte crença e aceitação dos objetivos e valores da organização; e (3) forte desejo de se manter membro da organização” (Mowday, Steers, & Porter, 1979, pp. 224-247).

O OCQ é um instrumento bastante utilizado e tem a característica de medir o empenhamento afetivo, também denominado de atitudinal.

A escala é formada por 15 indicadores de empenhamento, possuindo uma versão reduzida com nove itens. A escala OCQ é do tipo Likert, podendo ser utilizada com 7 ou 5 pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente. Originalmente ela foi aplicada com 7 pontos, mas alguns estudos utilizam-na com apenas 5.

4.3.2. Orientação instrumental

A orientação instrumental do empenhamento organizacional deriva dos primeiros estudos realizados por Becker descrevendo-o como uma tendência do indivíduo em se infiltrar em *"linhas consistentes de atividade"* (Becker, 1960, p. 33). Esse tipo de empenhamento assume diversos nomes tais como calculativo e *"continuance"* ou continuação (Bastos,

1994).

Esta linha de pensamento de Becker (1960) é definida por Hrebiniak e Alluto, (1972) como um fenômeno estrutural, que ocorre como resultado das transações indivíduo-organização e das alterações nos benefícios adquiridos e investimentos realizados pelo indivíduo no seu trabalho de “*side-bets*” (trocas laterais) ao longo do tempo.

Alguns estudos detetaram evidências empíricas que correlacionam a dimensão instrumental do empenhamento, com indicadores relacionados com investimentos feitos pelos funcionários no trabalho e com alternativas de trabalho.

O empenhamento instrumental foi posto em prática pelas escalas desenvolvidas por Ritzer e Trice, em 1969, e por Hrebiniak e Alluto, em 1972.

A escala de Ritzer e Trice (1969) era realizada questionando os funcionários se, na situação de não receberem um pequeno ou grande aumento em relação a cinco variáveis (salário, função, *status*, responsabilidades e oportunidade de crescimento): definitivamente mudariam de emprego e de organização, se estavam indecisos, ou se definitivamente não mudariam. Com esta escala não foi possível iniciar as tentativas de medir o empenhamento instrumental.

As escalas de Hrebiniak e Alutto (1972) são constituídas por uma pequena alteração da escala de Ritzer e Trice, fornecendo algum suporte à teoria “*side-bets*” de Becker (1960) (Alluto, Hrebiniak, & Alonso, 1973).

4.3.3. *Orientação normativa*

No estudo que McGee e Ford (1987) realizaram às escalas previamente desenvolvidas por Meyer e Allen (1984) para medir o empenhamento afetivo e instrumental, foi, também, identificada a componente normativa do empenhamento.

Os autores definiram três fatores distintos: o primeiro era formado por indicadores da escala afetiva; o segundo era formado por indicadores que denotavam a existência de poucas alternativas de emprego para o empregado; o terceiro fator reunia indicadores que refletiam o empenhamento fundamentado no esforço individual, associado à possibilidade de deixar a organização. Este trabalho foi relevante para a operacionalização do empenhamento, uma vez que trouxe a oportunidade de definir uma dimensão até então

pouco operacionalizada.

A dimensão normativa é também descrita por Wiener (1982). Este autor defende que o elemento central na definição do empenhamento é a aceitação dos valores e dos objetivos organizacionais. Os funcionários empenhados desenvolvem determinados comportamentos porque acreditam que estes são corretos e devem moralmente ter essa atitude para com a organização. Estas posturas normativas geralmente são oriundas da cultura da organização, que impõe a ação e o comportamento dos trabalhadores na organização, baseada nas normas e regulamentos.

Wiener e Vardi (1980; 1990) desenvolveram um instrumento de medida, de empenhamento normativo que foi testado de forma bastante simples por meio de três indicadores. Nele era questionado, em que extensão o indivíduo sentia que deveria ser leal à sua organização, se deveria fazer sacrifícios por ela e se deveria evitar criticá-la (Wiener & Vardi, 1980; Wiener & Vardi, 1990).

Bastos (1994) resumindo as propostas destes dois investigadores, sustenta que o comportamento apresentado pelos indivíduos com empenhamento normativo assenta no "*sacrifício pessoal, persistência e preocupação pessoal*" (Bastos, 1994, p. 51).

A primeira escala para mensurar o empenhamento normativo, tentando mostrar evidências da conceituação de três componentes do empenhamento organizacional, foi desenvolvida por Allen e Meyer (1990). Posteriormente em 1991, num segundo trabalho, os mesmos investigadores apresentaram um modelo validado, com novos indicadores de empenhamento normativo.

Allen e Meyer (1990) sugerem a junção das abordagens afetiva, de Mowday, Steers e Porter (1979), instrumental, de Becker (1960) e normativa, de Wiener e Vardi (1982) e passam a caracterizar o empenhamento como correspondendo a três tipos distintos: "*empregados com um forte (empenhamento) afetivo permanecem na organização porque eles querem, aqueles com (empenhamento) instrumental permanecem porque eles precisam e aqueles com (empenhamento) normativo permanecem porque eles sentem que são obrigados*" (Allen & Meyer, 1990, p. 3).

4.4. Meyer e Allen - O modelo tridimensional de empenhamento organizacional

Meyer e Allen (1991) conceptualizam o empenhamento organizacional em três componentes, sendo denominado de modelo tridimensional.

O empenhamento afetivo (*Affective commitment*) resulta de um forte apego à organização. Os trabalhadores com forte empenhamento afetivo permanecem na organização porque querem, dada a sua forte ligação emocional à organização.

O empenhamento instrumental (*Continuance commitment*) resulta da percepção dos custos associados ao abandono da organização. Os trabalhadores com empenhamento instrumental permanecem na organização porque precisam, por necessidade ou por julgarem que é do seu interesse.

Finalmente, o empenhamento normativo (*Normative commitment*) resulta de um sentido de obrigação em permanecer na organização. Todos os trabalhadores com empenhamento normativo permanecem na organização porque sentem que são obrigados ou devem de alguma forma. Este empenhamento é, por vezes, sentido como um dever moral de permanecer na instituição.

Segundo Allen e Meyer (1990) as três componentes não funcionam obrigatoriamente de forma isolada num indivíduo. Este poderá estar afetiva, instrumental e normativamente empenhado na respetiva organização, ou apenas em duas delas. É possível que alguns trabalhadores sintam uma forte necessidade e obrigação de permanecer na organização, mas não tenham qualquer vontade de o fazer. Por outro lado, outros poderão não sentir qualquer necessidade ou obrigação, mas sim um forte desejo de permanecer.

Enquadradas numa abordagem multidimensional do empenhamento, as escalas desenvolvidas por Meyer e Allen (1991), surgem como sendo a principal referência na medição do constructo. As escalas resultam de uma primeira tentativa, composta por 24 itens, e da sua posterior revisão que originou uma escala baseada apenas em 19 itens. Esta escala resulta de um questionário que utiliza uma escala Likert, formada por questões fechadas. Um terço dos indicadores do instrumento é de empenhamento afetivo, e os demais são do empenhamento instrumental e do empenhamento normativo. A contribuição de Meyer e Allen (1984, 1990, 1991) tem um carácter conciliador relativamente às conceptualizações das distintas definições unidimensionais do empenhamento

organizacional. Não obstante, a sua maior mais-valia terá sido a contribuição para a operacionalização dos conceitos na literatura do empenhamento organizacional, através da criação de escalas.

No contexto nacional, Rego, Cunha e Souto (2005), na continuidade dos estudos de Allen e Meyer (1996), consideram que frequentemente os trabalhadores desenvolvem três tipos de laços psicológicos com as organizações, donde decorrem três dimensões do empenhamento. Estas decorrem do que anteriormente definimos e correspondem:

Ligação afetiva, orientação afetiva para com a organização. Traduz o grau com que o colaborador se sente emocionalmente ligado, psicologicamente identificado e envolvido na organização. Trabalhadores com este tipo de ligação apresentam menor *turnover*, menor absentismo e a dotam mais comportamentos de cidadania organizacional.

Ligação instrumental refere-se ao grau com que o colaborador se mantém ligado à organização ou se sente preso devido aos custos associados com a sua saída. Estes não sentem necessidade de dar à organização mais do que aquilo a que estão obrigados. Isto pode ser devido à falta de alternativas de emprego ou à perceção dos elevados custos para o próprio que uma saída representa. No caso de este ser o laço preponderante, é possível que surjam atitudes e ações negativas em relação à organização como o absentismo, e comportamentos retaliatórios.

Laços normativos correspondem a um sentido de lealdade/obrigação moral de permanecer na organização, um senso de dever. Nestes trabalhadores existe a tendência para adotar comportamentos positivos, mas sem suscitar o mesmo entusiasmo e envolvimento, que os produzidos pelo comprometimento afetivo. Logo os resultados organizacionais positivos tendem a ser menos notórios.

Não obstante a consensualidade em torno destas dimensões, alguns estudos têm sido realizados, colocando a possibilidade de haver outro tipo de laços psicológicos além dos afetivos, instrumentais e normativos.

Nesta linha de pensamento, também com Rego e seus colaboradores sugerem que os laços psicológicos que ligam os indivíduos à organização podem ser interpretados à luz de outras facetas. Os autores contrapõem à estrutura tridimensional, uma versão hexadimensional de

empenhamento, testando-a empiricamente. A componente afetiva seria segmentada em duas categorias, comprometimento afetivo e futuro comum, bem como a componente instrumental fracionada em sacrifícios elevados e escassez de alternativas, ainda de destacar na componente normativa o comprometimento normativo e por último medir a ausência psicológica. No entanto, é sublinhada a necessidade de desenvolver mais estudos sobre estas sub-dimensões.

Atualmente estes modelos multidimensionais, são consensualmente os mais utilizados pelos investigadores, por isso mesmo, as escalas do modelo de Meyer e Allen serão as adotadas no presente estudo.

Para além da definição do conceito é importante refletir, também, sobre os seus antecedentes e, tal como temos vindo a referir, sobre os seus efeitos para a organização.

4.5. Antecedentes do empenhamento organizacional

Nos estudos realizados relativamente aos fatores que antecedem o empenhamento, a análise de Mathieu e Zajac (1990) define um conjunto de características situacionais relativas ao contexto de trabalho. Entre estas destaca-se o tipo de liderança, o conflito de papéis, as lacunas na definição de funções, entre outros. Qualquer uma destas variáveis contribui para explicar as variações no empenhamento e possuem correlações muito fortes, particularmente com o empenhamento afetivo. Estas correlações são mais fortes do que as verificadas para as características pessoais tais como a idade, as habilitações literárias e a predisposição para a realização pessoal.

Mowday e seus colaboradores (1982) afirmaram que os indivíduos têm uma propensão diferente uns dos outros para desenvolver empenhamento afetivo. Também estes autores demonstram a possibilidade das variáveis pessoais (valores) e situacionais (experiências de trabalho) se combinarem mutuamente e influenciarem o empenhamento organizacional (Mowday, Porter, & Steers, 1982).

As diferenças conceptuais entre as três dimensões do empenhamento organizacional (afetiva, instrumental e normativa) sugerem que cada uma dessas dimensões se desenvolve um pouco independentemente em função de antecedentes diferentes (Allen & Meyer,

1990; Meyer & Allen, 1991).

4.5.1. Antecedentes do empenhamento afetivo

Os estudos que procuram analisar os antecedentes centram-se num grupo de variáveis enquadradas nas características pessoais dos trabalhadores e nas características profissionais.

Das variáveis incluídas nas características pessoais destaca-se a idade. As análises efetuadas tendo por base esta variável demonstram que os trabalhadores mais velhos tendem a estar mais empenhados afetivamente. Este empenhamento decorre de uma maior satisfação profissional, já que, habitualmente, estes trabalhadores encontram-se em melhor posição na carreira tendo já provado ser uma mais-valia a sua permanência na organização (Meyer & Allen, 1984).

Também as habilitações literárias parecem ter algum efeito nos níveis de empenhamento. Os estudos revelam que os trabalhadores que possuem níveis mais baixos de empenhamento são, também, os que possuem maior nível de habilitações literárias e tendendo, por isso, a estar associados a mais alternativas de emprego (Mathieu & Zajac, 1990).

Finalmente, o reconhecimento das competências demonstra ter também alguma influência. Ao sentirem que as suas competências são reconhecidas os trabalhadores tornam-se mais empenhados com a organização uma vez que reconhecem o investimento que esta efetua na sua realização profissional e pessoal (Morris & Sherman, 1981).

De entre as características profissionais analisadas nos estudos destacam-se as experiências de trabalho positivas. No primeiro caso existe uma correlação positiva, isto é, quanto maior o número de experiências pessoais positivas maior o empenhamento afetivo. É possível que o trabalhador veja aumentada a sua autoestima e se sinta mais confortável aumentando, por esta via, a sua competência no trabalho. De acordo com Meyer e Allen (1991) as experiências de trabalho positivas são precisamente as melhores preditoras de empenhamento afetivo.

4.5.2. Antecedentes do empenhamento instrumental

Como foi caracterizado anteriormente, o empenhamento instrumental reflete o reconhecimento dos custos associados com a saída da organização. Neste sentido, tudo o que aumenta a percepção de custos pode ser considerado como um antecedente deste tipo de empenhamento (Meyer & Allen, 1991).

Desta forma a idade é um antecedente relevante no empenhamento instrumental, já que com o aumento da idade as alternativas e oportunidades de emprego são mais limitadas e os custos da transferência irrecuperáveis (Mathieu & Zajac, 1990).

Outras variáveis relevantes no âmbito do empenhamento instrumental são, também o estado civil e o nível de investimentos. No primeiro caso, os estudos revelam que os trabalhadores casados, em geral, possuem mais empenhamento instrumental porque possuem também mais responsabilidades e gastos, sobretudo com encargos financeiros (Mathieu & Zajac, 1990). No segundo caso, quanto maior o nível ou quantidade de investimentos maior o empenhamento instrumental dado o receio de perda de todo o investimento efetuado pelo trabalhador.

Allen e Meyer (1990) defendem que um dos melhores preditores do empenhamento instrumental entre novos trabalhadores seria a percepção de alternativas disponíveis de emprego. Nesta situação, o período inicial na função e na organização, seria determinante na definição das subseqüentes atitudes e comportamentos na organização.

Nos estudos efetuados, Mayer e Schoorman (1998), concluem que mais tempo de serviço numa organização está fortemente relacionado com o empenhamento instrumental uma vez que se foi desenvolvendo um forte investimento ao longo do tempo. Desta forma a permanência no mesmo sítio torna-se uma situação favorável. Ainda o mesmo estudo confirmou os resultados de Mathieu e Zajac (1990) que sustentavam que indivíduos com maior nível educacional possuem menor empenhamento instrumental (Mayer & Schoorman, 1998).

4.5.3. Antecedentes do empenhamento normativo

Os antecedentes do empenhamento normativo têm sido os menos estudados, mas estes não deixam de ser identificados como estando ligados a características individuais ou organizacionais.

As experiências de socialização anteriores como é o caso da família, agrupamentos desportivos, etc., e posteriores, por exemplo com o ingresso na organização (Allen & Meyer, 1996),

Rego e Carvalho (2002), num estudo realizado com enfermeiros, apontam como variável antecedente com efeito no empenhamento afetivo e normativo a perceção de justiça. Concluíram no seu estudo que as perceções positivas de justiça contribuem para o desenvolvimento de empenhamento afetivo e normativo (Rego & Carvalho, 2002, pp. 959-979).

Para além desta variável organizacional também são consideradas como preditoras de empenhamento normativo, as características como a lealdade, o dever e a identificação organizacional (Wiener, 1982).

O reconhecimento de que a satisfação com várias áreas do trabalho influencia direta e positivamente o empenhamento afetivo, instrumental e normativo (Mathieu e Zajac, 1990) leva a crer que quanto mais satisfeitos os trabalhadores estiverem com as várias dimensões do seu trabalho, mais empenhados estarão na organização.

Sintetizando, encontramos determinadas variáveis que predizem um dado tipo de empenhamento, quer pela força da correlação geralmente obtida nos estudos, quer por serem antecedentes característicos de uma determinada componente de Empenhamento Organizacional.

4.6. Consequentes do empenhamento organizacional

Os gestores têm procurado identificar os indicadores positivos, responsáveis pelo Empenhamento Organizacional, de modo a poderem otimizar os níveis de empenhamento dos seus funcionários e melhorar a sua eficácia organizacional.

Vários estudos têm revelado que o Empenhamento Organizacional está positivamente relacionado com a satisfação no trabalho (Mowday, Porter, & Steers 1982), com a motivação (Mowday, Steers, & Porter, 1979), com os comportamentos de cidadania organizacional (O'Reilly & Chatman, 1986), e com a assiduidade (Mathieu & Zajac, 1990).

De um modo geral, os trabalhadores empenhados têm intenções de permanecer nas organizações onde desempenham funções, mas quando se verifica a situação oposta, surgem as atitudes de *turnover* como consequência de um empenhamento organizacional menor, existindo assim uma correlação negativa entre ambos.

Foi verificado em alguns estudos, que as três componentes do empenhamento organizacional estão correlacionadas com o *turnover* e têm implicações na permanência ou saída da organização dos trabalhadores (Allen & Meyer, 1990; Allen & Meyer, 1996).

São também identificados outros consequentes do empenhamento tais como, os níveis de desempenho, os comportamentos de cidadania organizacional e o absentismo.

Segundo Meyer e colaboradores (1993) in Allen e Meyer, 1996, no que diz respeito ao absentismo existem correlações negativas significativas entre este e o empenhamento afetivo e o normativo, sendo também um consequente do empenhamento instrumental (Allen & Meyer, 1996). No estudo de Mathieu e Zajac (1990), são também encontrados efeitos negativos associados ao empenhamento organizacional, neste caso, um maior empenhamento por parte do colaborador, pode conduzir a comportamentos de stress na vida familiar, estagnação da carreira, menos inovação e criatividade.

O empenhamento afetivo é esperado ter um efeito positivo no desempenho e nos comportamentos de cidadania organizacional, seguido do empenhamento normativo. O empenhamento instrumental é esperado ter pouco ou nenhum impacto (impacto negativo) nesses comportamentos (Powell & Meyer, 2004).

5. METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se especificar a metodologia utilizada, descrevendo cada um dos elementos do desenho de investigação e caracterizar a amostra utilizada neste estudo.

5.1. Objetivo do estudo

A realização deste estudo teve por objetivo investigar os níveis de empenhamento organizacional dos profissionais Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT) a exercer funções em Centros Hospitalares em Portugal no novo contexto de trabalho.

Com o intuito de perceber o tipo de ligação estabelecida entre os TDT e os centros hospitalares recém-formados foram definidos os seguintes objetivos: estudar a influência das características socio-demográficas nos níveis de empenhamento dos TDT e avaliar o seu empenhamento tendo em consideração as características organizacionais, nomeadamente mobilidade interna e vínculo.

5.2. Hipóteses de investigação

Fundamentado no objetivo bem como na abordagem teórica exposta anteriormente, construíram-se as seguintes hipóteses de investigação:

H.1. Os níveis de empenhamento diferem em função das características sócio-demográficas.

H.1.1. As três dimensões do empenhamento diferem em função da idade dos profissionais.

H.1.2. As três dimensões do empenhamento diferem em função do tempo de serviço.

H.1.3. As três dimensões do empenhamento diferem em função das habilitações académicas.

H.2. Os níveis de empenhamento diferem de acordo com as características organizacionais dos TDT nos Centros Hospitalares sujeitos a fusão.

H.2.1. As três dimensões do empenhamento diferem em função da mobilidade interna dos TDT.

H.2.2. As três dimensões do empenhamento organizacional diferem em função do tipo de vínculo que os TDT têm com o Centro Hospitalar.

5.3. Metodologia adotada

5.3.1. Estudo quantitativo

O estudo assenta numa metodologia quantitativa, com recurso ao inquérito por questionário, por melhor se ajustar aos objetivos da pesquisa. Os métodos quantitativos oferecem características distintas dos métodos qualitativos, fundamentalmente no que respeita ao procedimento de recolha de dados e ao modo como estes são analisados (Bullock, Little, & Milham, 1992). Qualquer um dos métodos (quantitativo ou qualitativo) apresenta vantagens e inconvenientes.

Tendo como foco os métodos quantitativos, a rapidez na recolha de dados e o uso de escalas anteriormente validadas constituem vantagens desta prática de investigação (Hill & Hill, 2002). Os métodos quantitativos também oferecem como vantagens, o anonimato dos inquiridos, bem como o fato das respostas poderem ser codificadas e examinadas podendo os resultados ser universalizados a uma população mais vasta (Silvestre & Moinhos, 2004). Como desvantagens, os autores referem que não oferecem garantia de que a maioria das pessoas devolva o questionário devidamente preenchido, não permitindo uma análise em profundidade (Silvestre & Moinhos, 2004).

Conscientes destas desvantagens selecionámos uma metodologia quantitativa por, tal como referimos anteriormente, ser a que melhor se ajusta aos objetivos da pesquisa.

5.3.2. Instrumentos usados na pesquisa

Utilizou-se uma escala baseada na de Meyer e Allen (1997), pp.118-119, para medir o empenhamento afetivo, instrumental e normativo conforme questionário no anexo 3. No total o questionário apresenta dezanove itens. Algumas questões foram elaboradas na

afirmativa e outras na negativa como forma de assegurar a concentração dos inquiridos no momento da resposta. Tal significou que, no final, alguns resultados obtidos nas respostas que estavam colocadas pela negativa tiveram de ser invertidos (tal é o caso das perguntas 2, 7, 15 da dimensão afetiva e da numero 5 da dimensão normativa). Foram codificados de modo a que os valores mais altos significassem níveis mais elevados de empenhamento na organização, utilizando uma escala de Likert de 7 pontos. Estes variam da seguinte forma: discordo totalmente, discordo moderadamente, discordo ligeiramente, não concordo nem discordo/ sem opinião, concordo ligeiramente, concordo moderadamente, e concordo totalmente.

O questionário foi criado, no servidor Survey Monkey, sendo solicitado, através de correio eletrónico, o pedido de colaboração de modo a garantir a total confidencialidade e anonimato.

Os dados sócio-demográficos e profissionais foram também incluídas no questionário conforme o anexo 3. O questionário final ficou composto por 30 itens (19 de EO e 11 de dados sócio-demográficos e profissionais), todos de resposta obrigatória, excetuando a pergunta número 27, de resposta opcional que questionava o “Tempo de exercício profissional na Unidade Hospitalar para onde foi destacado após formação do Centro Hospitalar”.

Caso não fossem respondidos todos itens, excetuando o opcional, não era permitido enviar o questionário para o servidor. Este “link” para resposta esteve disponível desde 02 de Novembro de 2013 até 05 de Janeiro de 2014. Não obstante a grande maioria das respostas foram obtidas durante os dois primeiros meses em que o questionário esteve disponível.

5.4. Caracterização da amostra

Tendo em atenção o objetivo da análise, a população a estudar foi identificada com o grupo de profissionais de saúde denominados Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica (TDT). Este grupo inclui profissionais de várias áreas, tais como: Análises Clínicas e Saúde Pública, Anatomia Patológica, Audiologia, Cardiopneumologia, Dietética, Farmácia, Fisioterapia,

Higiene Oral, Medicina Nuclear, Neurofisiologia, Ortoprotesia, Ortóptica, Prótese Dentária, Radiologia, Radioterapia, Saúde Ambiental, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional.

Para a identificação desta população e obtenção da respetiva amostra, foram contactadas as associações profissionais e dois sindicatos dos TDT tendo-se obtido o contacto de correio eletrónico de todos os membros ativos. O total de população contactada através destas associações profissionais foi de 3802 elementos sendo de 2921 os contactos obtidos através dos sindicatos. É importante no entanto realçar a possibilidade de duplicação de resposta uma vez que alguns profissionais poderão estar associados simultaneamente às associações e aos sindicatos. Não obstante, a utilização do Survey Monkey exclui esta hipótese já que o sistema identifica o endereço de IP, não sendo possível responder mais do que uma vez.

Tentando definir a amostra de acordo com o tema eleito para análise (a reforma da administração pública, em particular, a fusão dos hospitais), procurou-se selecionar apenas profissionais que estivessem a exercer funções em Centros Hospitalares. Em resultado desta opção obteve-se um total de 410 respostas.

A amostra do estudo caracteriza-se, relativamente à sua distribuição por sexo, por 26,8 % de TDT do sexo masculino e 73,2% TDT do sexo feminino (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra por sexo

<i>SEXO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Masculino	110	26,8
Feminino	300	73,2
Total	410	100,0

No que concerne à distribuição por idade, foram criados 5 grupos etários com intervalos de 9 anos (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 e 60-69 anos). Uma percentagem considerável dos inquiridos possuía entre 30-39 (34,1%) logo seguido pelos que possuíam entre 40-49

(33.7%) das respostas (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição da amostra por classes de idade

<i>IDADE</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
20-29	76	18,5
30-39	140	34,1
40-49	138	33,7
50-59	51	12,4
60-69	5	1,2
Total	410	100,0

Relativamente às habilitações académicas, a amostra foi dividida em três grupos, no primeiro foram agregados os indivíduos com Bacharelato, no segundo com Licenciatura e no terceiro os inquiridos com Mestrado e Doutoramento. Tal como esperado o grupo com maior representatividade na amostra é o dos Licenciados (72,4%), seguido dos que possuem Mestrado/Doutoramento (23,4%) e Bacharelato (4,1%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra por habilitações académicas

<i>GRAU ACADÉMICO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Bacharelato	17	4,1
Licenciatura	297	72,4
Mestrado/Doutoramento	96	23,4
Total	410	100,0

A análise da distribuição por tempo de exercício profissional foi medida em anos, definidos em sete grupos de quatro. De acordo com a tabela 5 é possível verificar que a distribuição dos inquiridos de acordo com o tempo de serviço é relativamente homogénea, sendo os grupos mais expressivos os que possuem entre 5-9 e 15-19 anos de serviço (18,5%) logo seguidos do grupo dos que têm 20-24 anos de serviço (17,6%).

É no grupo de trabalhadores com mais de 30 anos de exercício profissional que existe menor representatividade na amostra (4,8%). Tal seria expectável dado não só o facto, destes indivíduos poderem estar em idade de reforma mas, sobretudo, o carácter recente das profissões em análise no contexto nacional (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra por anos de exercício profissional

<i>ANOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
0-4	44	10,7
5-9	76	18,5
10-14	66	16,1
15-19	76	18,5
20-24	72	17,6
25-29	56	13,7
30ou +	20	4,8
Total	410	100,0

Ainda relativamente ao tempo de exercício profissional mas, desta feita, centrada a análise no tempo de serviço no Centro Hospitalar onde exerce funções, após fusão hospitalar foi possível verificar que a permanência varia entre um a nove anos.

Tabela 6 – Distribuição da amostra por anos de exercício profissional no Centro Hospitalar, após fusão

<i>ANOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1 ano	53	12,9
2 anos	34	8,3
3 anos	53	12,9
4 anos	50	12,2
5 anos	46	11,2
6 anos	24	5,9
7 anos	21	5,1
8 anos	22	5,4
9 anos	107	26,1
Total	410	100,0

Como é possível constatar na tabela 6, o grupo com maior representatividade corresponde

aos trabalhadores que exercem funções nestes centros há 9 anos (26,1%), seguido de quatro grupos com representatividades muito próximas nomeadamente: 1 ano (12,9%), 3 anos (12,9%), 4 anos (12,2%) e 5 anos (11,2%).

Dados os objetivos definidos para o estudo a análise da variável - tempo de exercício profissional na Unidade Hospitalar, após fusão e mobilidade interna - emergiu como relevante. Verificou-se que do total de 410 participantes neste estudo, 192 elementos foram sujeitos a mobilidade interna para outra unidade hospitalar pertencente ao mesmo Centro Hospitalar após a formação do mesmo. Os TDT que estão a exercer funções na nova unidade hospitalar há mais tempo, foram os que obtiveram maior representatividade (28,6%). Uma percentagem considerável de inquiridos está nesta situação de mobilidade há 1 ano (15,6%) logo seguida pelos que estão há 5 anos (11,5%) e pelos que estão há 3 ou 4 anos em mobilidade interna (ambos com 9,9%) (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição da amostra dos TDT sujeitos a mobilidade interna, por tempo de exercício profissional na Unidade Hospitalar após formação do Centro Hospitalar

<i>ANOS</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1 ano	30	15,6
2 anos	14	7,3
3 anos	19	9,9
4 anos	19	9,9
5 anos	22	11,5
6 anos	11	5,7
7 anos	9	4,7
8 anos	13	6,8
9 anos	55	28,6
Total	192	100,0

O tempo de permanência e de trabalho na instituição interfere, também, com o tipo de vínculo que os trabalhadores tiveram oportunidade de celebrar com a instituição.

Foi possível constatar que da amostra obtida uma maioria de trabalhadores (54,4%) pertence ao quadro da função pública, seguidos de uma percentagem considerável (34,4%) de trabalhadores com contrato individual de trabalho. Destes 7,8% possuem um contrato

individual de trabalho a termo certo, 3,2% um contrato individual de trabalho sem termo com incentivos e apenas um participante, que corresponde a 0,2% da amostra, possui um contrato administrativo de provimento (Tabela 8).

Dadas estas características da amostra e de forma apodermos ter resultados sem desvios, optou-se, nas análises em que foram realizados cruzamentos de dados, por retirar do estudo o elemento com vínculo de contrato administrativo de provimento.

Tabela 8 – Distribuição da amostra por tipo de vínculo

<i>TIPO DE VÍNCULO</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Quadro da função pública	223	54,4
Contrato administrativo de provimento	1	0,2
Contrato individual de trabalho a termo certo	32	7,8
Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo)	141	34,4
Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo) com incentivos	13	3,2
Total	410	100,0

Dado que os TDT correspondem a um leque variado de profissões, como tivemos oportunidade de explicitar antes procurámos analisar a distribuição da amostra de acordo com as diferentes áreas das tecnologias da saúde. A profissão com maior representatividade na amostra foi a de Análises Clínicas (28,8%), seguida de Cardiopneumologia (21,7%) e Radiologia (12,7%) as restantes áreas tiveram uma participação menos significativa conforme se pode observar na tabela 9.

Os dados obtidos através das respostas dos trabalhadores que compõem esta amostra através do servidor Survey Monkey foram exportados para Excel e posteriormente para a aplicação informática SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 17 para o Windows.

Os valores obtidos com os questionários foram submetidos à análise quantitativa dos seus

conteúdos, através de análises estatísticas descritivas correspondentes ao cruzamento dos dados.

Tabela 9 – Distribuição da amostra por área das tecnologias da saúde

<i>ÁREA DAS TECNOLOGIAS DA SAÚDE</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Análises clínicas	118	28,8
Neurofisiologia	4	1,0
Ortótica	19	4,6
Prótese dentária	1	0,2
Radiologia	52	12,7
Radioterapia	5	1,2
Saúde ambiental	5	1,2
Terapia da fala	6	1,5
Terapia ocupacional	22	5,4
Anatomia patológica	16	3,9
Audiologia	28	6,8
Cardiopneumologia	89	21,7
Dietética	6	1,5
Farmácia	23	5,6
Fisioterapia	13	3,2
Higiene Oral	1	0,2
Medicina Nuclear	2	0,5
Total	410	100,0

Esta análise teve por objetivo identificar o grau de empenhamento dos profissionais com o Centro Hospitalar onde exercem funções. O nível de empenhamento foi, então, analisado de acordo com um conjunto de variáveis independentes de modo a confirmar ou infirmar as hipóteses inicialmente definidas.

Apresentadoo objetivo do estudo, definidas as hipótese, clarificada a metodologia e as principais características da amostra, procuramos, de seguida, apresentar a análise e discussão dos dados obtidos.

6. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Começo por apresentar neste capítulo as análises realizadas em relação aos níveis gerais de empenhamento bem como a sua discussão e, posteriormente, a análise e discussão da relação entre este empenhamento e a fusão entre hospitais.

6.1. Avaliação dos níveis gerais de empenhamento

De forma a obter os níveis gerais de empenhamento dos 410 inquiridos, foram agrupados os sete níveis da escala de Likert em apenas três: “concordo”, “discordo” e “não concordo nem discordo” do total de 7790 respostas.

Em termos gerais, como é possível verificar na tabela 10, podemos afirmar que os profissionais que reponderam ao questionário se encontram empenhados já que 49% concordam com os itens definidos para esta análise.

Tabela 10 - Distribuição por concordo, discordo e não concordo nem discordo dos totais gerais

<i>EMPENHAMENTO TOTAL GERAL</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Concordo (empenhamento)	3817	49,0%
Discordo (não empenhamento)	3224	41,4%
Não concordo nem discordo (sem opinião)	749	9,6%
Total	7790	100,0%

Não obstante, é necessário realçar que, em termos gerais, os valores de empenhamento não atingem os 50%, o que significa que os valores do empenhamento são apenas ligeiramente superiores aos de não empenhamento, sendo que existem cerca de 10% que não concorda nem discorda.

No entanto, uma verdadeira avaliação dos níveis de empenhamento desta amostra só é possível se se tiver em consideração os três níveis de empenhamento organizacional, identificados anteriormente na revisão da literatura (Meyer & Allen, 1997; Rego, Cunha, &

Souto, 2005) nomeadamente: o empenhamento afetivo, o normativo e o instrumental. No anexo 9 é possível verificar os indicadores considerados para cada dimensão do empenhamento bem como as percentagens de respostas obtidas para cada um.

A análise dos indicadores referentes a cada uma das três dimensões de empenhamento, revela que, no caso dos TDT a exercer funções em Centros Hospitalares, a dimensão instrumental apresenta a percentagem mais elevada (61,3%), seguida da dimensão afetiva (54,2%), surgindo, por último, a dimensão normativa (29,5%) (Tabela 11).

Tabela 11 – Níveis globais de empenhamento instrumental, normativo e afetivo

	<i>EMPENHAMENTO AFETIVO</i>		<i>EMPENHAMENTO INSTRUMENTAL</i>		<i>EMPENHAMENTO NORMATIVO</i>	
	N	%	N	%	N	%
Concordo	1332	54,2%	1760	61,3%	725	29,5%
Discordo	908	36,9%	844	29,4%	1472	59,8%
Não concordo nem discordo	220	8,9%	266	9,3%	263	10,7%
Total de respostas	2460	100,0%	2870	100,0%	2460	100,0%

Na realidade, apesar dos níveis de empenhamento gerais serem relativamente elevados, a análise mais detalhada demonstra existirem diferenças relevantes entre dimensões. Assim, o empenhamento demonstra ser predominante, essencialmente na dimensão instrumental.

Esta sobrevalorização do empenhamento instrumental pode decorrer do contexto económico e financeiro atual. As elevadas taxas de desemprego, aliadas a um contexto de restrição dos orçamentos públicos, traduzidas numa maior insegurança de emprego, conduzem a que os trabalhadores permaneçam ligados às instituições essencialmente por falta de perspectiva de alternativas. Apesar de os trabalhadores poderem estar a fazer uma avaliação negativa do modo como as suas instituições se têm alterado, e do modo como as suas competências estão a ser utilizadas e as suas expectativas satisfeitas, diminuindo, por isso, os níveis de empenhamento normativo e afetivo, a ausência de perspectivas de opção,

conduz à manutenção de níveis de empenhamento instrumental elevados.

6.2. Variações no empenhamento organizacional

Os resultados obtidos com esta primeira análise permitiram-nos obter uma primeira imagem da natureza da ligação psicológica entre os trabalhadores e as novas organizações hospitalares. Importa, agora, analisar o modo como as dimensões do empenhamento se comportam face a um conjunto específico de variáveis tal como definido anteriormente nas hipóteses previamente formuladas.

6.2.1. A relação entre empenhamento e as características individuais

Por forma a obter uma análise da relação entre o empenhamento e as características individuais dos profissionais inquiridos procurámos desenvolver uma análise centrada nas características sócio-demográficas.

Assim, com a formulação da hipótese geral H.1.: “Os níveis de empenhamento diferem em função das características sócio-demográficas”, foram estruturadas três sub-hipóteses, que se procuram analisar detalhadamente de seguida.

- H.1.1. “As três dimensões do empenhamento diferem em função da idade dos profissionais”.

A análise desta sub-hipótese implicou a realização de cruzamentos entre os grupos etários e o empenhamento (medido através da junção das sete opções da escala de Likert em apenas “concordo” que corresponde ao empenhamento, “discordo” que corresponde ao não empenhamento e “não concordo nem discordo” que corresponde ao sem opinião), referentes às suas três dimensões, nomeadamente: afetiva, instrumental e normativa (Anexo 4- Gráfico 4.1, Gráfico 4.2 e Gráfico 4.3).

A dimensão instrumental do empenhamento destaca-se como a dimensão dominante em todos os grupos de idade. No entanto, há pequenas diferenças que importa realçar. O único

grupo que apresenta valores de empenhamento instrumental ligeiramente inferior aos 60% é o que corresponde às idades compreendidas entre os 30 e os 39 anos (59,6%). Potencialmente este grupo, como poderá ter alguma experiência profissional e ainda perspetiva um tempo de atividade longo, poderá equacionar mais facilmente alternativas de emprego do que os restantes grupos.

Parece-nos importante também fazer referência que no grupo com mais idade houve uma maior percentagem de indivíduos sem opinião (Anexo 4 – Gráfico 4.2).

A análise destes resultados permite concluir que existe uma relação positiva entre empenhamento instrumental e a idade.

No que diz respeito à dimensão afetiva, verificou-se que esta era relativamente constante e com valores superiores a 50% em todos os grupos, excetuando o grupo com mais idade. Neste caso, de entre os inquiridos com idades compreendidas entre os 60 e os 69 anos apenas 46,7% demonstraram estar empenhados afetivamente.

Este valor é, de algum modo, surpreendente dado que se esperava que os profissionais mais velhos, sendo muito provavelmente, os que estão há mais tempo na instituição, tivessem níveis de empenhamento afetivo mais elevados. Tal poderá ficar a dever-se a uma reação às recentes mudanças nestas organizações. O facto dos hospitais se terem fundido e de se terem criado centros hospitalares pode ter conduzido a uma diminuição da identificação dos profissionais com a ‘nova’ instituição. Curiosamente é precisamente no grupo dos mais jovens (20-29 anos) que se encontra a maior percentagem de profissionais com empenhamento afetivo. Apesar dos valores não serem muitos distintos dos verificados nos restantes grupos etários (30-39 =54,8%; 50-59 =53,9%), tal poderá significar que os mais jovens tendem a identificar-se mais com a “nova” instituição já que não tiveram a oportunidade de vivenciar a experiência anterior.

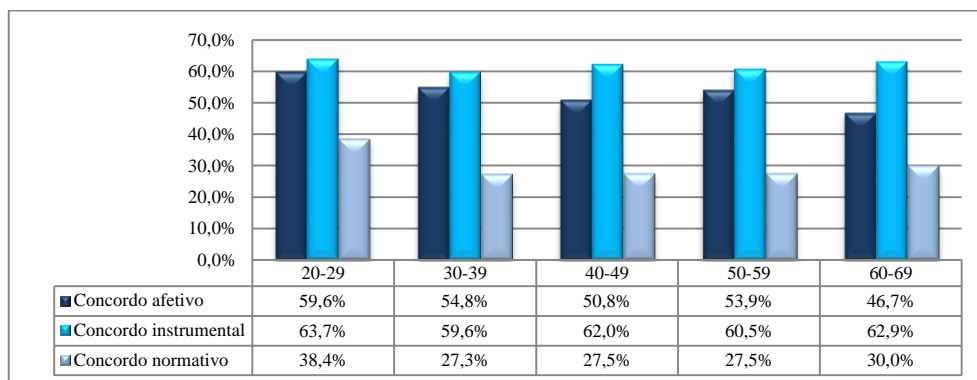
Em conclusão podemos afirmar que existem níveis elevados de empenhamento afetivo nos cinco grupos etários. No entanto, o empenhamento afetivo parece ser mais expressivo na faixa etária dos profissionais que estão a iniciar funções, não se verificando uma tendência para a sua subida de acordo com a idade. A análise desta variável demonstra que o tempo e as experiências do trabalho acumuladas ao longo dos anos podem não ser suficientes para estimular o aumento do empenhamento afetivo organizacional (Anexo 4 – Gráfico 4.1).

Relativamente à dimensão normativa, ao contrário do verificado nas duas dimensões anteriores, os níveis de empenhamento são relativamente baixos. De acordo com Allen e Meyer (1990) os indivíduos com estas características não sentem obrigação ou dever moral em permanecer na organização. Os níveis de empenhamento normativo são baixos em todos os grupos etários sendo que apenas o grupo dos mais jovens (20-29 anos) apresenta valores acima dos 30% (34,8%).

A dimensão do empenhamento normativo parece revelar que a idade não condiciona os níveis de empenhamento já que não é nos grupos etários mais velhos que este apresenta valores mais expressivos (Anexo 4 – Gráfico 4.3).

O gráfico 1 permite visualizar o cruzamento entre as três dimensões do empenhamento e os grupos etários definidos. É possível verificar que, em todos os grupos etários, os TDT estão, sobretudo, empenhados a nível instrumental e afetivo.

Gráfico 1 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com o grupo etário



Os dados analisados parecem confirmar a primeira sub-hipótese. Na realidade em todas as dimensões do empenhamento existem diferenças entre os grupos de idades. No caso do empenhamento afetivo há tendência para a existência de níveis elevados, com exceção do grupo dos 60 aos 69 anos. A mesma tendência de níveis elevados é observada no caso da dimensão instrumental mas, neste caso, o grupo etário dos 30 aos 39 anos apresenta valores ligeiramente inferiores. Finalmente, no que diz respeito ao empenhamento normativo, os níveis demonstram uma ausência de empenhamento que é ligeiramente mais acentuada no

grupo etário dos 20 aos 29 anos.

Dado que as diferenças não são expressivas, a confirmação desta hipótese exigia o recurso a técnicas estatísticas mais elaboradas para as quais necessitaríamos de mais elementos na amostra.

Mais do que a idade o que poderá ser relevante na análise das dimensões do empenhamento é o tempo de serviço ou exercício profissional. Esta é a variável que passamos a analisar de seguida.

A análise desta variável centrou-se na hipótese inicial de que:

- H.1.2. As três dimensões do empenhamento diferem em função do tempo de serviço.

O tempo de serviço identificado pelos inquiridos foi classificado de acordo com sete grupos, com intervalos de quatro anos (1= 0-4 anos, 2=5-9 anos, 3=10-14 anos, 4=15-19 anos, 5=20-24 anos, 6=25-29 anos; 7=30 ou mais anos de exercício profissional).

As três dimensões do empenhamento afetivo, instrumental e normativo (calculadas pela agregação dos 7 valores da escala de Likert em concordo e discordo e 1 um em não concordo nem discordo / sem opinião) foram cruzadas com os grupos referidos (Anexo 5- Gráfico 5.1, Gráfico 5.2 e Gráfico 5.3).

No que concerne à dimensão afetiva verifica-se uma tendência para os TDT, de um modo geral, apresentarem valores elevados de empenhamento afetivo. A exceção é, no entanto, constituída pelo grupo que exerce funções há mais tempo, incluído no grupo dos 30 ou mais anos de serviço (45,8%). Neste grupo estão os técnicos que se encontram próximos da idade da reforma e que terão vivenciado grande parte da sua atividade nos hospitais antes de estes se transformarem em centros hospitalares. Estes dados parecem confirmar a hipótese que levantámos anteriormente de esta mudança na organização se ter traduzido numa diminuição da identificação destes técnicos com a ‘nova’ instituição. Por outro lado, é importante salientar que a formação dos Centros Hospitalares e a sua nova gestão que obrigou a uma alteração de rotinas e regras que presidiram ao seu comportamento durante longos anos.

É também relevante realçar que o grupo que demonstra possuir níveis mais elevados de empenhamento afetivo corresponde precisamente ao que trabalha há menos tempo na instituição (61,5%). O contexto de crise económica e elevado desemprego, associado ao facto de estes técnicos não terem experiência na instituição antes de esta se transformar em centro hospitalar, pode justificar este elevado empenhamento afetivo.

É ainda importante referir que há outro grupo com níveis reduzidos de empenhamento (46,7%). Este grupo correspondente aos que exercem a sua atividade profissional entre 15 e 19 anos. Trata-se de técnicos que também iniciaram a sua atividade numa altura em que o hospital apresentava uma outra estrutura organizacional e que, apesar dos muitos anos de exercício na instituição não parecem sentir-se emocionalmente ligados a ela. Apesar de não terem sido colocadas questões concretas que nos permitam encontrar evidência das razões deste empenhamento afetivo mais reduzido é plausível considerar que as mudanças na organização tenham impacto na identificação emocional com a instituição. O descontentamento com a mudança pode ser o facto que se reflete na dimensão da ligação afetiva destes técnicos com o CH (Anexo 5 – Gráfico 5.1).

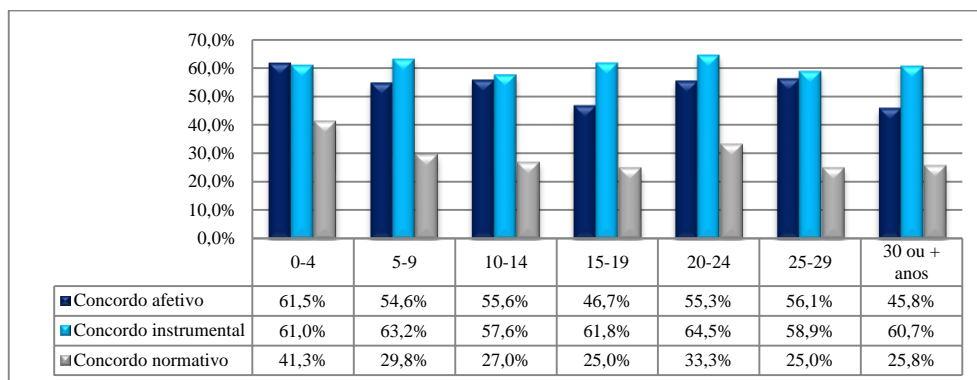
O cruzamento entre o tempo de serviço e a dimensão instrumental reitera a tendência para a existência de níveis elevados desta dimensão em todos os grupos. Não existem diferenças consideráveis entre os grupos encontrando-se valor mais elevado de empenhamento (64,5%) no grupo dos 20-24 anos e o mais reduzido (57,4%) no grupo dos 10-14 anos de exercício profissional (Anexo 5 – Gráfico 5.2). Apesar deste grupo apresentar níveis mais baixos de empenhamento instrumental do que o expectável confirma-se a tendência para que a ligação dos técnicos às instituições se estabeleça, sobretudo, pela perspetiva da falta de alternativas no mercado de trabalho.

Também na dimensão normativa se verificam as mesmas tendências das identificadas na hipótese anterior. Os níveis de empenhamento normativo são reduzidos em todos os grupos com variações entre os cerca de 43% no grupo dos 0-4 anos e a maior expressão no grupo dos 30 ou mais anos de exercício profissional com cerca de 67%. (Anexo 5 – Gráfico 5.3).

O gráfico 2 representa a relação entre as dimensões do empenhamento normativo, afetivo e instrumental e o tempo de exercício profissional. A sua análise permite reiterar as

conclusões da análise anterior verificando-se que os TDT, independentemente no número de anos de exercício profissional estão mais empenhados a nível instrumental e afetivo.

Gráfico 2 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com tempo de exercício profissional



Em síntese a análise das dimensões do empenhamento em relação ao tempo de serviço permite-nos concluir que todas as dimensões variam em função do tempo de serviço. Não obstante não é possível determinar o sentido desta variação. O empenhamento instrumental é sempre o mais elevado, embora a sua presença seja mais significativa nos técnicos que desempenham atividade entre 20 a 24 anos. Por seu lado é menos expressiva nos que se encontram a realizar atividade entre os 10 e os 14 anos. O empenhamento afetivo, por sua vez, é menos expressivo nos grupos dos que trabalham entre 15 e 19 anos e nos que se encontram a trabalhar há 30 ou mais anos. No que concerne ao empenhamento normativo trata-se da dimensão que apresenta níveis mais reduzidos de empenhamento.

Para além da idade e do tempo de serviço também as habilitações surgiram como uma variável a analisar. Parte-se da seguinte hipótese:

- H.1.3. As três dimensões do empenhamento variam em função das habilitações académicas.

Tendo por base a composição da amostra, definida anteriormente, foram criados três grupos respeitantes às habilitações académicas, nomeadamente: bacharelato, licenciatura e

mestrado/doutoramento. A junção destas duas últimas habilitações num único grupo prende-se com o número reduzido de elementos que as possuem.

As três dimensões do empenhamento: afetiva, instrumental e normativa foram, também, cruzadas com esta variável (Anexo 6 - Gráfico 6.1, Gráfico 6.2 e Gráfico 6.3).

Da análise dos dados foi possível concluir que o empenhamento instrumental se assume como a dimensão mais presente, independentemente do tipo de habilitação.

Dos cruzamentos realizados para obtenção de dados relativos à dimensão afetiva, observou-se que os TDT licenciados e com mestrado/doutoramento estão mais empenhados afetivamente com 55,2% e 52,4% respetivamente do que os TDT com bacharelato expressando apenas 45,1%, tendo este grupo uma percentagem igual para o não empenhamento (Anexo 6 – Gráfico 6.1). Estes resultados obtidos não vão de encontro a estudos anteriores realizados por Mathieu e Zajac (1990) que defendiam que os profissionais com maior grau de habilitações literárias têm baixos níveis de empenhamento afetivo estando associados a mais alternativas de emprego. A justificação para este diferencial nos resultados pode estar relacionada com o contexto atual. Tal como temos vindo a referir, a crise económica e financeira que caracteriza o país, conduz a uma efetiva falta de alternativas de emprego no mercado de trabalho.

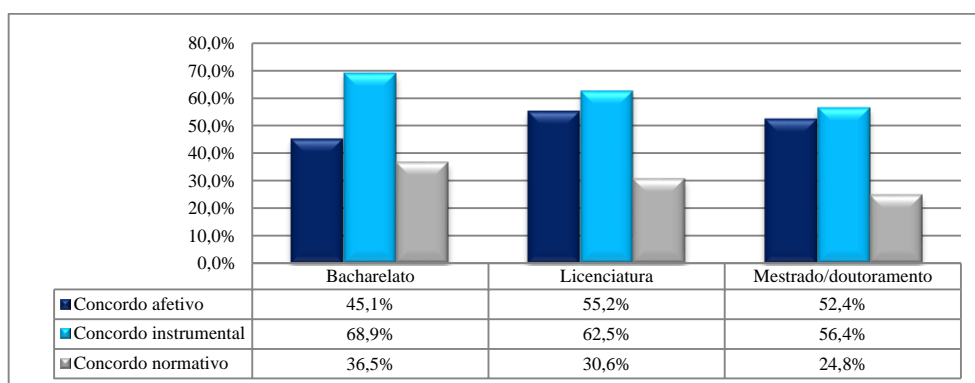
É ainda relevante realçar que a relação entre empenhamento instrumental e as habilitações parece ter um sentido negativo. Ou seja, há medida que aumentam as habilitações diminuem também os níveis de empenhamento instrumental. O grupo dos TDT com bacharelato apresenta 68,9% de empenhamento seguido do dos licenciados com 62,5% e, por último, dos TDT com mestrado/doutoramento com 56,4% (Anexo 6 – Gráfico 6.2). Estes dados confirmam os resultados de Mathieu e Zajac (1990) que concluíram precisamente que os trabalhadores com mais habilitações literárias tem uma relação negativa com o empenhamento instrumental. Tal poderá justificar-se pelo facto do aumento das habilitações se traduzir na perspetiva de existirem mais opções em termos de mercado de trabalho.

A dimensão normativa volta a manifestar a tendência, observada nas análises anteriores, para o não empenhamento. Por outro lado verifica-se que à medida que aumentam as

qualificações os níveis de empenhamento diminuem. Tal poderá relacionar-se com a explicação adiantada antes. Isto é, tendo mais qualificações os TDT manifestam menos características como as que Wiener, em 1982, identificou como antecedentes do empenhamento normativo, como a lealdade e o dever (Anexo 6 – Gráfico 6.3).

O gráfico 3 apresenta graficamente esta relação entre as dimensões do empenhamento e as habilitações académicas. Para concluir, podemos afirmar que independentemente do grau académico existe um predomínio de TDT com empenhamento instrumental que diminui à medida que aumenta o grau académico, mas também com percentagens de ligação afetiva, sendo a menor ligação afetiva observado no grupo com bacharelato (45,1%) e a maior ligação afetiva nos TDT com licenciatura (55,4%).

Gráfico 3 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com habilitações académicas



De acordo com a literatura o investimento feito em formação e o tempo de serviço condicionam os níveis de empenhamento. Um profissional que exerce funções há mais tempo poderá ter níveis de empenhamento diferentes quando comparado com um colega que se licenciou mais recentemente. Quanto menor for a antiguidade menores são os custos associados a uma saída, principalmente a nível da remuneração, aumentando deste modo o empenhamento instrumental. Seguindo esta linha de raciocínio, seria expectável que o vínculo instrumental fosse menor para os TDT que trabalham há menos tempo no serviço dado que os custos associados à saída do centro hospitalar seriam muito menores, quando comparados com os TDT que já exercem a sua atividade naquele serviço há mais tempo. No entanto, tal não se verifica na nossa amostra pois o empenhamento instrumental tem valores muito próximos em todos os grupos. Tal poderá relacionar-se com a diminuição

das condições de trabalho em resultado das medidas políticas tomadas a propósito da ajuda internacional a Portugal consubstanciada na intervenção da chamada Troika. Esta perda de condições poderá significar que se eliminou parte dos custos associados a uma saída dos profissionais que trabalham há mais tempo nas instituições públicas.

É interessante notar que, mesmo sendo notório a superioridade da dimensão instrumental em todos os grupos, a dimensão afetiva é, geralmente também elevada. Esta ligação afetiva pode resultar do gosto pela profissão e da ligação emocional que os técnicos mantêm com a instituição, mesmo após as mudanças ocorridas.

6.2.2. A relação entre empenhamento e as características organizacionais

No que concerne à relação entre o empenhamento e as características organizacionais foram essencialmente analisadas duas variáveis: a mobilidade interna e o tipo de vínculo laboral. A análise partiu da seguinte hipótese geral:

H.2. “Os níveis de empenhamento diferem de acordo com a mobilidade interna e com o tipo de vínculo dos TDT nos Centros Hospitalares sujeitos a fusão”.

A partir desta hipótese geral foram estruturadas mais duas sub-hipóteses, nomeadamente:

- H.2.1. As três dimensões de empenhamento diferem em função da mobilidade interna dos TDT.
- H.2.2. As três dimensões de empenhamento organizacional diferem em função do tipo de vínculo que os TDT têm com o Centro Hospitalar.

A análise da variação do empenhamento de acordo com a mobilidade interna implicou a constituição de duas sub-amostras.

A primeira resultou da análise da resposta ao tempo em anos de exercício profissional na Unidade Hospitalar para onde foi destacado. Esta sub-amostra é constituída por 192 TDT correspondendo aos que foram sujeitos a mobilidade interna após processo de fusão.

A segunda sub-amostra é constituída pelos restantes TDT que se mantiveram nas unidades que constituem um total de 218 indivíduos (Tabela 12).

Tabela 12 - Sub-amostras de TDT de acordo com o tipo de mobilidade interna

<i>TIPO DE MOBILIDADE</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
COM mobilidade interna	192	46,8
SEM mobilidade interna	218	53,2
Total	410	100,0

As três dimensões do empenhamento: afetivo, instrumental e normativo foram então cruzadas com estas variáveis (Anexo 7 – Gráfico 7.1, Gráfico 7.2, Gráfico 7.3).

A análise referente à variação no empenhamento afetivo revela que uma percentagem significativa dos TDT sujeitos a mobilidade interna (49%) estão empenhados afetivamente. Não obstante, a percentagem dos que não se manifestam empenhados ronda os 43% (Anexo 7 – Gráfico 7.1).

Podemos, neste caso verificar que praticamente metade dos indivíduos que foram destacados da unidade hospitalar de onde eram originários, para outra unidade pertencente ao recente centro hospitalar, não tem qualquer tipo de ligação afetiva com a nova unidade.

Isto poder-se-á dever a vários fatores, segundo Morris e Sherman (1981), o reconhecimento de competências nos indivíduos, funciona como um reforço positivo levando-os a sentir-se realizados profissionalmente. Podemos levantar a hipótese de não ter sido dado aos TDT que foram mobilizados para outra unidade o devido reconhecimento tendo, por isso, diminuído a sua ligação afetiva ao recém-formado centro hospitalar. Por outro lado, Meyer e Allen (1991) consideram que as experiências de trabalho positivas também fazem aumentar a ligação e o empenhamento afetiva (Meyer & Allen, 1991). Como, neste caso, os técnicos sujeitos a mobilidade interna ainda não tiveram tempo de acumular estas experiências positivas, o seu empenhamento poderá ser menor.

Foi, ainda analisada a relação entre TDT que não foram sujeitos a mobilidade interna e dimensão afetiva. Verificou-se que 58,7% dos TDT se encontram afetivamente empenhados, contrastando com 31,7% dos que não estão afetivamente empenhados e 9,6% dos que não têm opinião. Estes profissionais, ainda não saíram da unidade hospitalar de onde são originários, daí termos oportunidade de verificar que a sua ligação afetiva destes técnicos é superior (Anexo 7 – Gráfico 7.1).

A dimensão instrumental do grupo que foi sujeito a mobilidade interna, voltou a demonstrar a tendência já verificada anteriormente, para um empenhamento elevado com 60,6 %. A percentagem de técnicos não empenhados instrumentalmente foi de 30,3% e sem opinião 9,1% (Anexo 7 – Gráfico 7.2). Com estes resultados podemos destacar que mais de metade do grupo que foi mobilizado de uma unidade para outra possui uma ligação com o novo local de trabalho que se restringe a questões instrumentais. Segundo Allen e Meyer (1990), a perceção de falta de alternativas de emprego pode justificar estes níveis elevados de empenhamento instrumental.

O mesmo se verifica no grupo que não foi sujeito a mobilidade interna. O nível de empenhamento instrumental é ligeiramente mais elevado (61,9%) neste caso. A percentagem de técnicos não empenhados instrumentalmente é de 28,6% e os sem opinião representam 9,4% (Anexo 7 – Gráfico 7.2). Isto traduz mais uma vez a grande ligação instrumental dos profissionais ao centro hospitalar.

A análise da dimensão normativa nos dois sub-grupos revela níveis de empenhamento reduzidos. Nos técnicos sujeitos a mobilidade interna a percentagem dos que não se encontram empenhados é de 24,6% sendo ligeiramente mais elevado nos técnicos que permaneceram no centro hospitalar (33,8%) enquanto 8,8% não tem opinião em relação a estas questões (Anexo 7 – Gráfico 7.2).

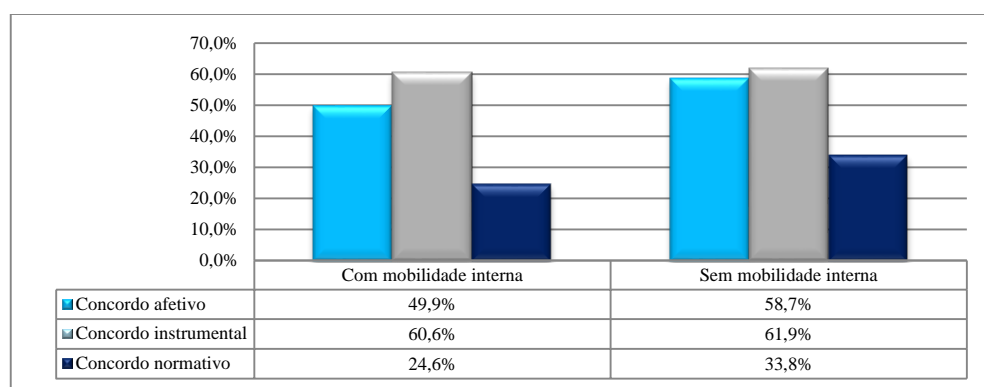
O gráfico 4 apresenta a relação entre as três dimensões do empenhamento e a mobilidade interna dos TDT.

É interessante a observação deste resultado em conjunto. Assim os indivíduos sujeitos a mobilidade interna e os que permaneceram no local de trabalho apresentam percentagens muito próximas para o empenhamento instrumental. No que concerne ao empenhamento

afetivo, os níveis são igualmente elevados existindo também pequenas diferenças entre os indivíduos sujeitos a mobilidade interna e os que não foram. Os TDT sujeitos a mobilidade interna apresentam percentagens menores (49,9%) de empenhamento em relação aos que ficaram (58,7%). Tal justifica-se porque estes últimos, uma maior ligação afetiva possivelmente porque acumularam mais experiências positivas ao longo da sua permanência na instituição. A dimensão de empenhamento com níveis mais reduzidos é a normativa nos dois grupos. Tal poderá significar que os técnicos continuam a desempenhar o seu trabalho nas instituições dado o seu forte empenhamento instrumental, decorrente da falta de alternativas de emprego, mas estão menos conformados com as normas vigentes. Tal poderá significar que existem formas de resistência menos formais nas instituições que passarão pelo menor respeito face às regras instituídas.

De um modo geral, existe consciência individual nos profissionais das tecnologias da saúde sobre os custos ou perdas de investimentos (side-bets), causado pelo contexto atual caracterizado pela incerteza laboral e por uma difícil previsão em termos da natureza, local e duração do trabalho (decorrentes do possível programa de rescisão com o centro hospitalar). Estes fatores naturalmente terão implicações no crescimento dos níveis de empenhamento instrumental no trabalho.

Gráfico 4 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com a mobilidade interna



Para completar a análise dos níveis de empenhamento dos TDT de acordo com o tipo de mobilidade procurámos, ainda, estudar a sua relação como tipo de vínculo celebrado com o Centro Hospitalar. Partimos do pressuposto que as três dimensões do empenhamento

organizacional diferem em função do tipo de vínculo que os TDT têm com o Centro Hospitalar.

Neste processo foi retirado do estudo o vínculo de contrato administrativo de provimento, devido ao facto de só ter tido uma participação.

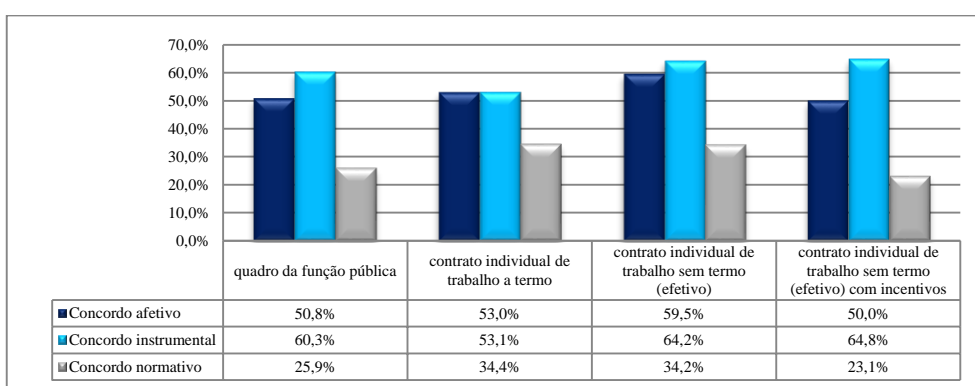
O tipo de vínculo identificado pelos inquiridos foi classificado em quatro grupos de acordo com os critérios que a lei estabelece, nomeadamente: quadro da função pública, contrato individual com termo certo, contrato individual sem termo certo (efetivo) e por fim o contrato individual sem termo certo (efetivo com incentivos). No anexo 8 - Gráfico 8.1, Gráfico 8.2, Gráfico 8.3, podem ser encontrados os cruzamentos entre estes grupos e as três dimensões do empenhamento.

A análise da dimensão afetiva revela que os TDT, de um modo geral, se encontram empenhados afetivamente. Não obstante, existem algumas diferenças entre os grupos. Dos quatro grupos estruturados o que revela uma maior percentagem de empenhamento afetivo, com 59,5%, é o grupo dos TDT que possui um contrato individual sem termo certo (efetivo). A este grupo segue-se o grupo dos que têm um contrato individual com termo certo, com 53,0%. Os restantes grupos são os que revelam um empenhamento afetivo mais baixo. Estes dados revelam que os TDT que têm uma maior ligação afetiva são, também, os que possuem um contrato com maior segurança de emprego. Tal parece indicar que a existência de uma relação de trabalho mais segura potencia uma maior relação afetiva entre os técnicos e as organizações que os empregam (Anexo 8 - Gráfico 8.1).

A análise da dimensão instrumental revela que o empenhamento instrumental tem uma expressão positiva em todos os grupos. O grupo que reflete mais empenhamento instrumental é o de contrato individual sem termo certo (efetivo com incentivos) com 64,8%, seguido de contrato individual sem termo certo (efetivo) com 64,2% e o do quadro da função pública com 60,3%. Por último os TDT que possuem um contrato individual de trabalho com termo certo são os que tem uma menor ligação instrumental. Estes dados são expectáveis na medida em que os custos do abandono da instituição poderão ser menores pelo facto de habitualmente estes técnicos possuírem uma remuneração mais reduzida (Anexo 8 - Gráfico 8.2).

Mais uma vez, também na relação com o vínculo laboral se verifica uma ausência generalizada de empenhamento normativo. No entanto, a ausência de empenhamento a este nível tem maior expressão nos técnicos que possuem um contrato individual sem termo certo (efetivo com incentivos) e nos que pertencem ao quadro da função pública com 64,3% (Anexo 8 - Gráfico 8.3). Neste caso, como os técnicos sentem que possuem uma relação laboral mais segura, podem possuir um menor apego às normas e regras organizacionais.

Gráfico 5 - Níveis de empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com tipo de vínculo



O gráfico 5 apresenta a esquematização gráfica dos níveis de empenhamento afetivo, instrumental e normativo por relação com o tipo de vínculo TDT ao centro hospitalar. Podemos pela sua análise reiterar a conclusão de que os TDT, em geral, se encontram mais empenhados a nível instrumental e afetivo.

Em todos os grupos a ligação instrumental é superior à afetiva, excetuando o grupo dos que possuem um contrato individual de trabalho a termo certo que apresenta percentagens próximas para as duas dimensões. Como estes profissionais se encontram há pouco tempo na instituição a ligação afetiva que foram capazes de estabelecer até ao momento não difere muito da instrumental. Em parte estas percentagens próximas nas duas dimensões podem decorrer também de um menor investimento da organização no estabelecimento de laços afetivos com estes técnicos dada a precariedade do mercado de trabalho na atualidade. De facto, independentemente do tipo de ligação contratual com o centro hospitalar, o empenhamento normativo é a dimensão com níveis mais reduzidos.

7 - CONCLUSÃO

A pertinência deste estudo assentou, antes de mais, na ausência de estudos sobre a realidade recente das fusões hospitalares em Portugal. No entanto a sua escolha resulta, também, de um interesse pessoal pelo tema. Inicialmente o empenhamento organizacional surgiu como ideia principal, mas posteriormente dado o momento que atravessamos de reformas na administração pública incluindo a área da saúde e conseqüentemente a área hospitalar, caracterizada pelo aparecimento dos centros hospitalares, a deslocação dos profissionais de umas unidades para as outras, incerteza das progressões bem como o aumento da carga horária, pareceu-nos ter algum interesse avaliar o empenhamento organizacional dos profissionais das tecnologias da saúde neste clima de mudança e mais especificamente com a formação dos Centros Hospitalares. O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de compreender que tipo ligação psicológica se estabelece entre os técnicos de diagnóstico e terapêutica e os centros hospitalares onde se encontram a exercer atividade. Para tal, foi necessário avaliar os níveis do empenhamento organizacional afetivo, instrumental e normativo, usando como instrumento o questionário de empenhamento organizacional estruturado por Meyer e Allen.

Inicialmente foram encontrados valores para o empenhamento organizacional afetivo, instrumental e normativo geral da amostra e posteriormente realizados os cruzamentos necessários de forma a obtermos resposta para as várias hipóteses e sub-hipóteses formuladas. De forma a conseguirmos perceber se o tipo de empenhamento se mantinha constante nas várias hipóteses formuladas foram realizados cruzamentos com algumas variáveis sócio-demográficas e profissionais obtidas através de questionário.

Dos resultados obtidos podemos constatar que relativamente à hipótese H1, algumas conclusões foram já referidas ao mesmo tempo que foram discutidas, mas importa resumidamente concluir que:

- os níveis de empenhamento nas três dimensões seguem a mesma distribuição, independentemente do grupo etário. Em todos os grupos surge primeiro o empenhamento instrumental seguido do afetivo e, finalmente, do normativo.
- a análise das dimensões do empenhamento relativas ao tempo de exercício profissional permitem concluir que todas as dimensões variam em função do tempo de serviço e os TDT estão mais empenhados a nível instrumental e afetivo.

- da análise dos dados relativas à relação entre as três dimensões do empenhamento e o grau académico, foi possível concluir que o empenhamento instrumental se assume como a dimensão mais presente, independentemente do tipo de grau académico. Importa ainda destacar que o empenhamento diminui à medida que o grau académico aumenta.

Dos dados respeitantes à hipótese H2, sinteticamente é importante destacar as seguintes relações:

- do estudo relativo à relação existente entre as três dimensões do empenhamento e a mobilidade interna dos TDT, os indivíduos sujeitos a mobilidade interna e os que permaneceram no local de trabalho apresentam percentagens muito próximas para o empenhamento instrumental. No que concerne ao empenhamento afetivo, os níveis são igualmente elevados existindo também pequenas diferenças entre os indivíduos sujeitos a mobilidade interna e os que não foram. Os TDT sujeitos a mobilidade interna apresentam percentagens menores (49,9%) de empenhamento em relação aos que ficaram (58,7%).

- por fim, dos últimos cruzamentos realizados para obter resposta relativa à relação existente entre o empenhamento normativo, afetivo e instrumental de acordo com tipo de vínculo, podemos concluir que os TDT, em geral, se encontram mais empenhados a nível instrumental e afetivo. Em todos os grupos a ligação instrumental é superior à afetiva, excetuando o grupo dos que possuem um contrato individual de trabalho a termo certo que apresenta percentagens próximas para as duas dimensões. Como estes profissionais se encontram há pouco tempo na instituição a ligação afetiva que foram capazes de estabelecer até ao momento não difere muito da instrumental, visto ainda não conhecerem bem a organização.

Em termos conclusivos gerais verifica-se que os TDT manifestam maior empenhamento instrumental e afetivo comparativamente a um baixo empenhamento normativo. Revelando-se então no estudo, que a necessidade dos TDT de permanecerem no centro hospitalar concorre com o moderado desejo de ficar, coabitando com um fraco sentimento de obrigação de continuarem na instituição.

Espera-se que este estudo possa contribuir para uma reflexão das organizações de saúde, sobre a utilidade do comportamento organizacional propondo-se ao melhoramento das políticas de gestão de recursos humanos.

Os resultados revelam a necessidade das administrações hospitalares ponderarem intervenções que promovam o aumento da ligação afetiva dos TDT ao centro hospitalar, aumentando seu desejo de querer permanecer na mesma, bem como o aumento da sua consciência de dever moral de permanecer na instituição. Por outro lado, seria relevante as administrações procurarem diminuir o empenhamento instrumental sob pena de possuírem nas organizações apenas os que não perspetivam a existência de outras alternativas. Neste domínio, os estudos de Meyer e Allen (1991), haviam já demonstrado que as experiências de trabalho positivas estão entre os melhores preditores do empenhamento afetivo.

BIBLIOGRAFIA

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

Allen, & Meyer. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: An examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49 , 252-276.

Alluto, Hrebiniak, & Alonso. (1973). On operationalizing the concept of commitment. *Social Forces* , 448-454.

Angle, & Perry. (1981). *An empirical assessment of organizational commitment and organizational effectiveness. Administrative Science Quarterly Vol. 26, No. 1.* (C. U. Johnson Graduate School of Management, Ed.) Obtido em Março 06, 2013, de indiana.edu: <http://links.jstor.org/sici?sici=0001-8392%28198103%2926%3A1%3C1%3AAEA0OC%3E2.0.CO%3B2-A>

Anunciação, & Zoboli. (2008). Hospital: valores éticos que expressam sua missão. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54 , p. 522.

Araújo. (2002). *Gestão Pública em Portugal: mudança e persistência institucional.* Coimbra: Quarteto Editora.

Araújo. (2004). *A reforma da Gestão pública : do mito à realidade - Conference Object.* Obtido em Fevereiro 02, 2010, de Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/3312>

Araújo. (2005-a, Outubro 10). *A reforma do Serviço Nacional de Saúde : o novo contexto de gestão pública - Working paper.* Obtido em Fevereiro 02, 2010, de Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/3225>

Araújo. (2005-b, Outubro 14). *A Reforma administrativa em Portuga l: em busca de um novo paradigma - Working Paper.* Obtido em Fevereiro 02, 2010, de Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/3274>

Araújo. (2005-c, Outubro 19). *A reforma da Gestão pública : do mito à realidade - Conference Object - 2004.* Obtido em Fevereiro 02, 2010, de Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/3312>

Araújo. (2008, Novembro 12). *A implementação da gestão orientada para os resultados em Portugal : a experiência recente - Conference Object - 2007.* Obtido em Fevereiro 02, 2010, de Universidade do Minho: <http://hdl.handle.net/1822/8289>

Barros. (2004). Reformas dos sistemas de saúde - O mixed bang das reformas do sector da saúde pós-2002 *Revista Portuguesa de Saúde Pública. Volume temático: 4*

Barros. (2009). *Economia da Saúde – Conceitos e comportamento.* Coimbra: Almedina.

Barros. (2010). *As políticas de saúde em Portugal nos últimos 25 anos: evolução da prestação na década 1987-1996*

Barros & Sena. (1998) *Quanto maior melhor? Redimensionamento e economias de escala em três hospitais portugueses* London Center for Economic and Policy Research (CEPR) / Universidade Nova de Lisboa

Bastos. (1994). *Comprometimento organizacional: a estrutura dos vínculos do trabalhador com a organização, a carreira e o sindicato* Brasília Universidade de Brasília

Becker. (1960). Notes on the concept of commitment. *The American Journal of Sociology*, v. 66 , 32-40.

Bilhim. (2001). *Teoria organizacional: estruturas e pessoas*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Bilhim. (2002). *Questões atuais de gestão de recursos humanos*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa- Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Billim. (2003). A avaliação de desempenho na Administração Pública. *Revista de Administração e Políticas Públicas* , IV, Nº1 e 2, pp. 72-87.

Bilhim. (2009). *Teoria organizacional; estruturas e pessoas*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa-Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Bullock, Little, & Milham. (1992). The relationships between quantitative and qualitative approaches in social policy research. In J. Brannen, *Mixing methods: Qualitative and quantitative research* (pp. 81-99). Aldershot: Avebury.

Campos. (1981). Eficiência e equidade no sistema de saúde. *Jornadas de economia de la salud*. Bilbao: ENSP.

Campos. (2003, Janeiro/Junho). Hospital-empresa: crónica de um nascimento retardado. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 23-32.

Campos. (2007, Julho/setembro). *Cadernos de Economia*, n.º 80. Obtido em 06 10, 2010, de Ministério da Saúde: <http://www.min-saude.pt/portal>

Carapeto, & Fonseca. (2006). *Administração pública - Modernização, qualidade e inovação*. Lisboa: Edições Sílabo,Lda.

Carvalho. (2009). *Nova Gestão Pública e reformas na saúde - O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo.

Cunha. (1992). *A gestão de recursos humanos na estratégia da empresa*. Lisboa: Instituto de emprego e formação profissional - Colprinter.

DGAEP. (2013, Fevereiro). *Análise da Evolução das estruturas da administração pública central portuguesa decorrente do PRACE e do PREMAC*. Obtido em 02 04, 2014, de Direção geral da administração e do emprego público: http://www.dgaep.gov.pt/upload/Estudos/Evolucao_estruturas_AP_Web.pdf

Dranove. (1998). Economies of scale in non-revenue producing cost centres: implications for hospital mergers. *Journal of Health Economics* 17 , 69-83.

Dranove, & Shanley. (1995). Cost reductions or reputation enhancement as motives for, mergers: the logic of multihospital systems. *Strategic Management Journal*, 16 , 55-74.

Drucker. (2006). Desafios da gestão para o século XXI. In Carapeto, & Fonseca, *Administração Pública - Modernização, qualidade e inovação* (pp. 348-349). Lisboa: Edições Sílabo.

Eiriz, Barbosa, & Figueiredo. (2007, Janeiro - Fevereiro). *Competitividade hospitalar*. Obtido em novembro 22, 2009, de REDE 2020 - Gestão, Estratégia e Marketing: www.groups.yahoo.com/group/rede2020/

ERS. (2012). *Estudo de avaliação dos Centros Hospitalares - Entidade reguladora da saúde*. Porto.

Faria, & Campos. (2003, Janeiro/Junho). O novo xadrez jurídico-legal dos hospitais- A Lei nº 27/2002. *Direito da saúde* , pp. 65 -66; VOL. 21, nº1.

Festinger. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Illinois: Evanston, Row & Peterson.

Frederico. (2005). *Empenhameto organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão*. Braga: Universidade do minho.

Fulop, Protopsaltis, King, Allen, Hutchings, & Normand. (2004). Changing organisations: a study of the context and processes of mergers of health care providers in England. In E. Annandale, *Social Science & Medicine, Volume 60* (pp. 119-130). London, England: Elsevier Ltd.

GeRAP, & Instituto, i. (n.d.). *Sistema Integrado de Gestão e Apoio à Mobilidade Especial*. Obtido em Fevereiro 11, 2014, de Siga-ME: <https://www.sigame.gov.pt/PortalSigaMe/pages/acessoBEP.jsf?PAGE=sigameMainPageContent>

GTROIH. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais - Grupo Técnico Reforma Organização Interna Hospitais*. Lisboa: Ministerio das Finanças e da Administração Interna e Saúde.

Harfouche. (2008). *Hospitais transformados em empresas - Análise do impacto na eficiência: estudo comparativo*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e políticas.

Hill, & Hill. (2002). *Investigação por Questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

Hood. (1991). Public Management for All Seasons. *Public Administration* , n° 69.

Hrebiniak, & Alluto. (1972). Personal and role-related factors in the development of organizational commitment. *Administrative Science Quarterly*, n°17 , 555-573.

INA . (n.d.). *Mobilidade e requalificação*. Obtido em Fevereiro 11, 2014, de Direção Geral da qualificação dos trabalhadores em funções públicas: <http://www.ina.pt/>

IQF. (2006). *Gestão de operações e logística - domínios profissionais – evolução das qualificações e diagnóstico das necessidades de formação*. Lisboa: Instituto para a Qualidade na Formação, I.P.

Jalles, & Salvado. (2008, Julho). *Baumol revisitado: Que futuro para o peso do sector da saúde em portugal?* Obtido em 05 19, 2012, de www.unl.pt: <http://fesrvsd.fe.unl.pt/WPFEUNL/WP2008/wp533.pdf>

JN. (2013, 03 15). *Avança programa de rescisões por mútuo acordo na Função Pública*. Obtido em 02 11, 2014, de Jornal de notícias: http://www.jn.pt/PaginaInicial/Economia/Interior.aspx?content_id=3110222&page=-1

Lampreia. (1997). *Contributos para uma nova cultura de gestão pública*. Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.

M.F. PEC. (2005, junho). *Gabinete de Planeamento, Estratégia, Avaliação e Realções Internacionais*. Obtido em 02 03, 2014, de Ministério das Finanças PEC : <http://www.gpeari.min-financas.pt/analise-economica/publicacoes/documentos-de-politica-economica/programa-de-estabilidade-e-crescimento-pec>

MF. (2013, 03 19). *Diario da republica eletronico, Portaria n.º 109/2013*. Obtido em 03 01, 2014, de Ministerio das finanças: <https://www.dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20130521&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-21&v05=&v06=&v07=&v08=&v09=&v10=&v11=Portaria&v12=&v13=&v14=&v15=&sort=0&submit=Pesquisar>

M.S. (2007). *Ministerio da Saúde, Hospitais EPE, Legislação*. Obtido em Fevereiro 12, 2014, de HEPE: http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Hospitais_EPE/Legislacao/

Mathieu, & Zajac. (1990). MATHIA review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin*, v. 108, n. 2 , 171-194.

Mayer, & Schoorman. (1998). Differentiating antecedents of organizational commitment: A test of March and Simon's model. *Journal of Organizational Behavior*, 19 , 15-28.

McGee., & Ford. (1987). Two (or more?) dimensions of organizational commitment: reexamination of the affective and continuance commitment scales. *Journal of Applied Psychology* , 638-641.

- Meyer, & Allen. (1984). Testing the "Side-Bet Theory" of Organizational Commitment: Some Methodological Considerations. *Journal Of Applied Psychology*, 69 (3) , 372 -378.
- Meyer, & Allen. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment . *Human Resource Management*, V.1, nº1 , 61-98.
- Meyer, & Ellen. (1997). *Commitment in the workplace: Theory, Research, and Application*. Thousand Oaks - California: Sage Publications.
- Morris, & Sherman. (1981). Generalizability of organizational commitment model. *Academy of Management Journal*, 24(3) , 512-526.
- Mowday. (1999). Reflections on the study and relevance of organisational commitment. *Human Resource Management Review*, 8(4) , 387–401.
- Mowday, Porter, & Steers. (1982). *Employee-Organization linkages - the psychology of commitment, absenteeism and turnover*. New York: Academic Press.
- Mowday, Steers, & Porter. (1979). The Measurement of Organizational Commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14 , 224-247.
- Mozzicafreddo. (2000). *Estado-Providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- OPSS. (2001). *Relatório de primavera 2001*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2003). *Relatório de Primavera 2003 - SAÚDE: que ruturas?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2006). *Relatorio de Primavera 2006 - Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- OPSS. (2008). *Relatório de Primavera 2008 Sistema de Saúde Português Riscos e Incertezas*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- OPSS. (2009). *Relatório de primavera 2009, 10/30 anos: Razões para continuar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, Centro de estudos e investigação em saúde da Universidade de Coimbra, Universidade de Évora.
- OPSS. (2010). *Relatório de Primavera 2010 - Desafios em tempo de crise*. Fundação Caoluste Gulbenkian.
- OPSS. (2011). *Relatório de Primavera 2011 - Da depressão da crise: Para a governação prospetiva da saúde*. Fundação Caoluste Gulbenkian.
- OPSS. (2012). *Relatório de Primavera 2012 - Crise & Saúde; Um país em sofrimento*. Fundação Caoluste Gulbenkian.

OPSS. (2013). *Relatório de primavera 2013 - duas faces da saúde*. Fundação Caoluste Gulbenkian.

O'Reilly, & Chatman. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: The effects of compliance, identification, and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71 , 492-499.

Parreira. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau.

Pereira, & Fonseca. (1997). *Faces da decisão, as mudanças de paradigma e o poder da decisão*. São Paulo: Makron Books.

Porter, Steers, Mowday, & Boulian. (1974). Organizational commitment, job satisfaction, and turnover among psychiatric technicians. *Journal of Applied Psychology*, 59 , 603-609.

Powell, & Meyer. (2004). Side-bet theory and the three-component model of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior* , 157–177.

Rego. (2008). Gestão empresarial dos serviços públicos. Uma aplicação ao sector da saúde. *Vida Económica* , 31-32.

Rego, & Carvalho. (2002, Nov/Dez). Enfermeiros empenhados nas suas organizações: a relevância das "rosas". *Revista de Administração Pública*, 36 , pp. 959-979.

Rego, Cunha, & Souto. (2005, Jul./Dez.). *Espiritualidade nas organizações e empenhamento organizacional: Um estudo empírico*. Obtido em Março 06, 2013, de RAE-eletrônica, v. 6, n. 2, Art. 12, j ul./dez. 2007: <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=3840&Secao=ARTIGOS&Volume=6&Numero=2&Ano=2007>

Reis. (1999). Sistema de saúde português: donde vimos e para onde vamos. In P. Barros, & J. Simões, *Livro de homenagem a Augusto Mantas*. Lisboa: Apes.

Reis, & Falcão. (2003, julho/dezembro). Hospital público português: da crise à renovação? VOL. 21, N.o 2. *Revista Portuguesa de saúde pública Vol. 21, n°2* , p. 10.

Ritzer & Trice(1969). An Empirical Study of Howard Becker's Side-Bet Theory, *Social Forces*, Vol. 47, No. 4 (Jun., 1969), pp. 475-478, Oxford University Press

Rocha. (1999). Reformar a Administração Pública é possível. *Forum 2000, Reformar a Administração Pública: um imperativo* (pp. 67-69). Lisboa: ISCSP.

Rocha. (2001). *Gestão Pública e Modernização Administrativa*. Oeiras: Instituto Nacional de Administração.

Rocha, & Araújo. (2006). *Administrative Reform in Portugal: problems and prospects - Conference object*. Obtido em fevereiro 02, 2010, de Universidade do Minho.

Rodrigues, & Araújo. (2010, Janeiro 31). *Ciências Empresariais e Jurídicas*. Retrieved Agosto 05, 2013, from Biblioteca Digital do IPB: <http://hdl.handle.net/10198/1627>

Salancik. (1977). Commitment and the control of organizational behavior. In B. M. In B. Staw, & G. Salancik, *New Directions in Organizational Behavior* (pp. 1-54). Chicago: St. Clair Press.

Santos. (1998). *A autonomia da profissão de enfermagem*. Enfermagem em foco.

SGMS. (2012, março 27). www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+sns.htm#A8. Obtido em 05 07, 2012, de Secretaria Geral do Ministério da Saúde: www.sg.min-saude.pt/sg/conteudos/legisaude/legis+sns.htm#A8,

Silvestre, & Moinhos. (2004). *Técnicas de pesquisa sociológica mais comuns*. Lisboa: Sociologia.

Simões. (2003, setembro-outubro). O desafio da liderança para o enfermeiro. *Revista Latino-Americana de enfermagem*, v.11, n.5 , pp. 567-573.

Simões. (2004). *Retrato Político da Saúde - Dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Coimbra: Livraria Almedina.

Simões, & Marques. (2009, agosto 26). *Performance and Congestion Analysis of the Portuguese Hospital Services - MPRA Paper No. 16940*. Obtido em janeiro 18, 2010, de Munich Personal RePEc Archive: [http://mpra.ub.uni-muenchen.de/16940/MPRA Paper No. 16940](http://mpra.ub.uni-muenchen.de/16940/MPRA_Paper_No._16940), posted 26. August 2009 / 13:37

Stoleroff. (2007). Relações laborais nas empresas e sistema de relações industriais em Portugal. In J. M. Leite Viegas, H. Carreiras, & A. Malamud, *Portugal no Contexto Europeu. Vol. I: Instituições e Política*. Lisboa: CIESISCTE.

Stoleroff, & Correia. (2008). *CIES e-Working Paper N° 47/ 2008 - A empresarialização do setor hospitalar público português: a desregulação do mercado de trabalho médico e os desafios sindicais*. Obtido em outubro 13, 2009, de <http://www.cies.iscte.pt>

Tavares. (2001). Vinculação dos indivíduos às organizações. In J. Ferreira, J. Neves, & A. Caetano, *Manual de Psicossociologia das Organizações* (pp. 307-333). Amadora: McGraw-Hill.

Varanda. (2004, Volume temático - 4). Hospitais: a longa marcha da empresarialização. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , pp. 60-62.

Vaz. (2010). “Hospitais Públicos Portugueses”, em *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde, Um percurso comentado*. Coimbra: Almedina.

Wiener. (1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of Management Review*, 7(3) , 418-428.

Wiener, & Vardi. (1980). Relationship between job, organization, and career commitment and work outcomes: An integrative approach. *Organizational Behavior and Human Performance*, v.26 , pp. p.81- 96.

Wiener, & Vardi. (1990). Relationship between organizational culture and individual motivation: A conceptual integration. *Psychological Reports* , v.67, n.1. pp. 295-306.

Wiener.(1982). Commitment in organizations: A normative view. *Academy of Management Review*, 7(3) , 418-428.

LEGISLAÇÃO

Lei nº 56/79, de 15 de setembro de 1979

Lei nº 48/90, de 24 de agosto de 1990 (Lei de Bases da Saúde)

Lei nº 27/2002, de 8 de novembro de 2002

Lei nº 10/2004, de 22 de março de 2004

Lei n.º 12-A/2008, de 27 de fevereiro de 2008

Proposta de Lei 152X

Decreto-Lei nº 48357, de 27 de abril de 1968

Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de setembro de 1971.

Decreto-Lei nº 19/88, de 21 de janeiro de 1988

Decreto-Lei nº 10/96, de 17 de fevereiro de 1996

Decreto-Lei nº 218/96, de 20 de novembro de 1996

Decreto-Lei nº 151/98, de 5 de Junho 1998

Decreto-Lei nº 207/99, de 9 de junho de 1999

Decreto-Lei nº 284/99, de 26 de julho de 1999

Decreto-Lei nº 426/99, de 21 de outubro de 1999

Decreto-Lei nº 76/2001, de 27 de fevereiro de 2001

Decreto-Lei nº 272/2002 (272 a 302) — 272 a 281, 282 a 292, 293 a 302 — de 9, 10, e 11 de dezembro de 2002 respetivamente

Decreto-Lei nº 188/2003, de 20 de agosto de 2003

Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de dezembro de 2005

Decreto-Lei nº 50-A/2007, de 28 de fevereiro de 2007

Decreto-Lei nº 326/2007, de 28 de setembro de 2007

Decreto-Lei nº 23/2008, de 8 de fevereiro de 2008

Decreto-Lei nº 27/2009, de 27 de janeiro de 2009

Decreto-Lei nº 280/2009, de 6 de outubro de 2009

Decreto-Lei n.º 30/2011. DR n.º 43, Série I de 02 de março de 2011

Decreto-Lei n.º 44/2012. DR n.º 39, Série I de 23 de fevereiro de 2012

Decreto-Lei n.º 69/2013, DR, N.º 138, 1.ª Série

Decreto Regulamentar nº 3/88, de 22 de janeiro de 1988

Decreto Regulamentar nº 19-A/2004, de 14 de maio

Resolução do Conselho de Ministros nº 53/2004, d. 2

Resolução de Conselho de Ministros, nº 124/2005

Despacho nº 10.601/2011, 24 de agosto de 2011

Despacho nº 8190/2013, 24 de junho de 2013

Acórdão 187/2013 de 5 abril de 2014

Anexos

Anexo 1 - A “empresarialização” de 34 hospitais tradicionais transformados em 31 hospitais SA

“... os 31 hospitais SA estavam distribuídos pelas cinco Regiões de Saúde da seguinte forma: onze unidades na Região Norte, incluindo os hospitais de Amarante, Barcelos, Bragança, Guimarães, Vale de Sousa, Santo António, e Vila Nova de Famalicão, os centros hospitalares do Alto Minho (Viana do Castelo e Ponte de Lima) e de Vila Real (Vila Real e Peso da Régua), a Unidade de Saúde de Matosinhos, e o IPO do Porto; sete unidades na Região Centro, incluindo os hospitais de Aveiro, Figueira da Foz, Leiria, Santa Maria da Feira, Viseu, o centro hospitalar da Cova da Beira (Covilhã e Fundão), e o IPO de Coimbra; onze unidades na Região de Lisboa e Vale do Tejo, incluindo os hospitais do Barreiro, Egas Moniz, Garcia de Orta, Pulido Valente, Santa Cruz, Santa Marta, Santarém, São Francisco Xavier, Setúbal, o centro hospitalar do Médio Tejo (Abrantes, Tomar e Torres Novas), e o IPO de Lisboa; uma unidade na Região do Alentejo, o Hospital Distrital de Beja; uma unidade na Região do Algarve, o Hospital do Barlavento Algarvio; a transformação dos 31 hospitais SA em Hospitais EPE: Hospital Infante D. Pedro, S. A., Centro Hospitalar de Vila Real/Peso da Régua, S. A., Hospital de São Gonçalo, S. A., Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, S. A., Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Coimbra, S. A., Hospital Distrital de Bragança, S. A., Hospital de Egas Moniz, S. A., Hospital de São Francisco Xavier, S. A., Hospital Geral de Santo António, S. A., Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia do Porto, S. A., Unidade Local de Saúde de Matosinhos, S. A., Hospital Padre Américo – Vale do Sousa, S. A., Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, S. A., Hospital Distrital da Figueira da Foz, S. A., Hospital de São Teotónio, S. A., Centro Hospitalar da Cova da Beira, S. A., Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil – Centro Regional de Oncologia de Lisboa, S. A., Hospital Pulido Valente, S. A., Hospital de Santa Cruz, S. A., Hospital de Santa Marta, S. A., Hospital de Santa Maria Maior, S. A., Hospital São João de Deus, S. A., Centro Hospitalar do Alto Minho, S. A., Hospital de São Sebastião, S. A., Hospital de Santo André, S. A., Hospital Garcia de Orta, S. A., Hospital de Nossa Senhora do Rosário, S. A., Hospital de São Bernardo, S. A., Centro Hospitalar do Médio Tejo, S. A., Hospital Distrital de Santarém, S. A., Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, S. A”. (M.S., 2007)

Anexo 2 - Cronograma da formação de centros hospitalares EPE

Decreto-Lei n.º 233/2005. DR 249 SÉRIE I-A de 2005-12-29

- Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE,
- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE,
- Centro Hospitalar do Nordeste, EPE

Decreto-Lei n.º 50-A/2007. DR 42 SÉRIE I 2º SUPLEMENTO de 2007-02-28

- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE,
- Centro Hospitalar de Coimbra, EPE,
- Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE,
- Centro Hospitalar do Médio Ave, EPE,
- Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, e o
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE

Decreto-Lei n.º 326/2007. DR 188 SÉRIE I de 2007-09-28

- Centro Hospitalar do Porto, EPE,
- Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE

Decreto-Lei n.º 23/2008. DR 28 SÉRIE I de 2008-02-08

- Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

Decreto-Lei n.º 180/2008, DR n.º 164, Série I de 2008-08-26

- Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, EPE

Decreto-Lei n.º 27/2009. DR n.º 18, Série I de 2009-01-27

- Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, EPE

Decreto-Lei n.º 280/2009. DR n.º 193, Série I de 2009-10-06

- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE, e aprova os respetivos Estatutos

Decreto-Lei n.º 30/2011. DR n.º 43, Série I de 2011-03-02, funde várias unidades de saúde e cria o

- Centro Hospitalar de São João, EPE,
- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE,
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE,
- Centro Hospitalar Tondela-Viscu, EPE, e o
- Centro Hospitalar de Leiria-Pombal, EPE,
- Além disso, é alterado, mantendo a natureza de entidade pública empresarial:

Centro Hospitalar do Porto, EPE (CHP) – por fusão do Centro Hospitalar do Porto, EPE, e do Hospital Joaquim Urbano.

Decreto-Lei n.º 44/2012, DR n.º 39, Série I de 2012-02-23

Procede à extinção e integração por fusão no

- Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, do Hospital de Curry Cabral, EPE, e da Maternidade Dr. Alfredo da Costa (SGMS, 2012)

Decreto-Lei n.º 69/2013, DR, N.º 138, 1.ª série de 19 de julho de 2013, foi recentemente criado o

- Centro Hospitalar do Algarve, E. P. E., por fusão do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E. P. E., com o Hospital de Faro, E. P. E, impondo-se, em consequência, a aprovação classificação desta nova entidade.

Anexo 3 - Questionário de empenhamento organizacional e dados pessoais

Caro colega, o meu nome é Ana Marques Silva encontro-me a frequentar o Mestrado em Administração e Gestão Pública, na Universidade de Aveiro.

Este questionário destina-se a todos os TDT's a exercer funções em Centros Hospitalares. A sua colaboração de aproximadamente 7 minutos, respondendo a este questionário sobre Empenhamento Organizacional relativo ao Centro Hospitalar onde trabalha (que não precisa ser identificado) torna-se imprescindível para a realização do mesmo.

Os dados obtidos, através desta plataforma eletrónica, são confidenciais.

É assegurada a total confidencialidade dos dados que serão utilizados estritamente para fins científicos, nomeadamente, para proceder a análises estatísticas.

No fim, não esquecer de clicar em CONCLUIDO.

Grata pela sua preciosa colaboração.

Ana Marques Silva

1. Acredito que há muito poucas alternativas para poder pensar em sair deste Centro Hospitalar

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

2. Não me sinto “emocionalmente ligado” ao Centro Hospitalar

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

3. Seria materialmente muito penalizador para mim sair neste momento deste Centro Hospitalar, mesmo se o pudesse fazer

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

4. Eu não iria deixar este Centro Hospitalar neste momento porque tenho um sentimento de obrigação para com as pessoas que trabalham aqui

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

5. Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer no Centro Hospitalar onde estou atualmente

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

6. Este Centro Hospitalar tem um grande significado pessoal para mim

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

7. Não me sinto como “fazendo parte da família” neste Centro Hospitalar

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

8. Mesmo se fosse uma vantagem para mim, sinto que não seria correto deixar este Centro Hospitalar no presente momento

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

9. Na realidade sinto os problemas deste Centro Hospitalar como se fossem meus

- Discordo totalmente

- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

10. Este Centro Hospitalar merece a minha lealdade

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

11. Ficaria muito feliz em passar o resto da minha carreira neste Centro Hospitalar

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

12. Eu sentir-me-ia culpado se deixasse este Centro Hospitalar agora

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente

- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

13. Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para este Centro Hospitalar relaciona-se com o facto da saída requerer um considerável sacrifício pessoal já que outro Centro Hospitalar não iria cobrir a totalidade dos benefícios que possuo aqui

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

14. Neste momento, manter-me neste Centro Hospitalar é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

15. Não me sinto como fazendo parte deste Centro Hospitalar

- Discordo totalmente

- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

16. Para mim, uma das consequências negativas da saída deste Centro Hospitalar prende-se com a escassez de alternativas que teria disponíveis

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

17. Se decidisse sair deste Centro Hospitalar, neste momento, muito da minha vida iria ser afetada

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

18. Sinto que tenho um grande dever para com este Centro Hospitalar

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente

- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

19. Como já dei tanto neste Centro Hospitalar, não considero atualmente a possibilidade de trabalhar noutro

- Discordo totalmente
- Discordo moderadamente
- Discordo ligeiramente
- Não concordo nem discordo/ Sem opinião
- Concordo ligeiramente
- Concordo moderadamente
- Concordo totalmente

*

20. Indique a sua idade.

*

21. Indique o seu sexo.

- Masculino
- Feminino

*

22. O seu estado civil

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo
- União de facto

*

23. Tem filhos?

Sim

Não

*

24. As suas Habilitações Académicas

4ª classe

9º ano

12º ano

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

*

25. O tempo de exercício profissional (em anos).

*

26. Tempo (em anos) de exercício profissional no Centro Hospitalar, após fusão.

27. Tempo de exercício profissional na Unidade Hospitalar para onde foi destacado após formação do Centro Hospitalar (responda se for o caso).

*

28. Tipo de vínculo

Quadro da função pública

Contrato administrativo de provimento

Contrato individual de trabalho a termo certo

Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo)

Contrato individual de trabalho sem termo (efetivo) com incentivos

*

29. Para além do Centro Hospitalar, presta serviço noutra local?

Sim

Não

*

30. É profissional das tecnologias da saúde, na área de:

- Análises Clínicas
- Anatomia Patológica
- Audiologia
- Cardiopneumologia
- Dietética
- Farmácia
- Fisioterapia
- Higiene Oral
- Medicina Nuclear
- Neurofisiologia
- Ortoprotesia
- Ortóptica
- Prótese Dentária
- Radiologia
- Radioterapia
- Saúde Ambiental
- Terapia da Fala
- Terapia Ocupacional

Anexo 4 - Níveis de empenhamento de acordo com o grupo etário

Gráfico 4.1- Nível de empenhamento afetivo de acordo com o grupo etário

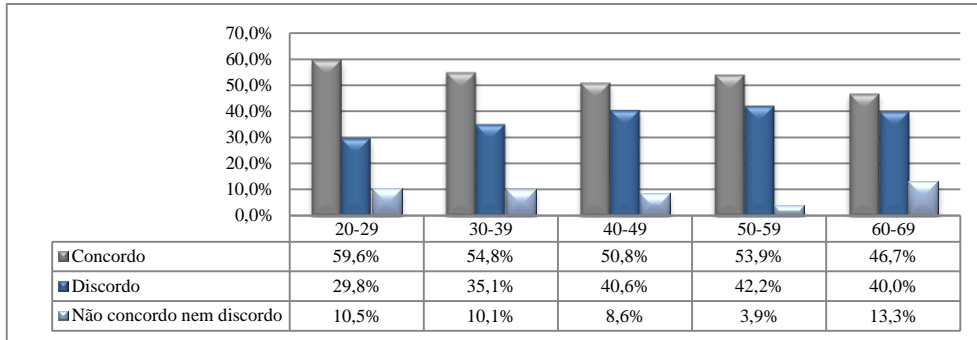


Gráfico 4.2 - Nível de empenhamento instrumental de acordo com o grupo etário

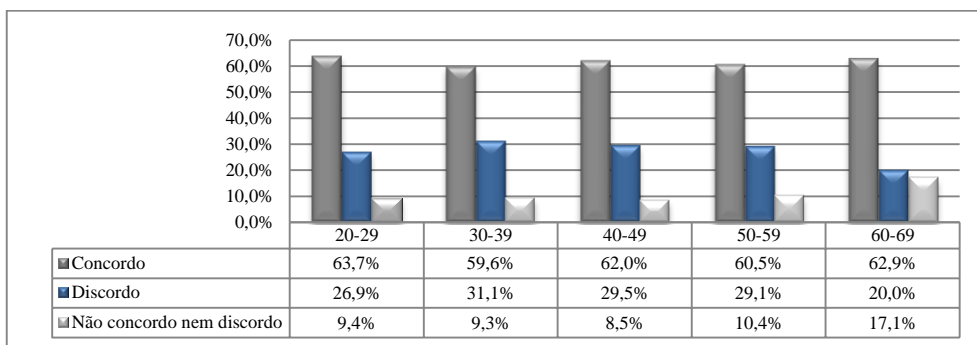
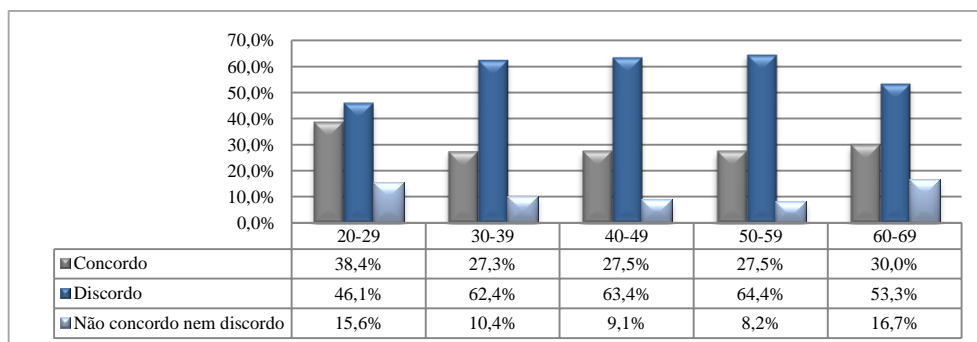


Gráfico 4.3 - Nível de empenhamento normativo de acordo com o grupo etário



Anexo 5 - Níveis de empenhamento de acordo com tempo de exercício profissional

Gráfico 5.1 - Nível de empenhamento afetivo de acordo com tempo de exercício profissional

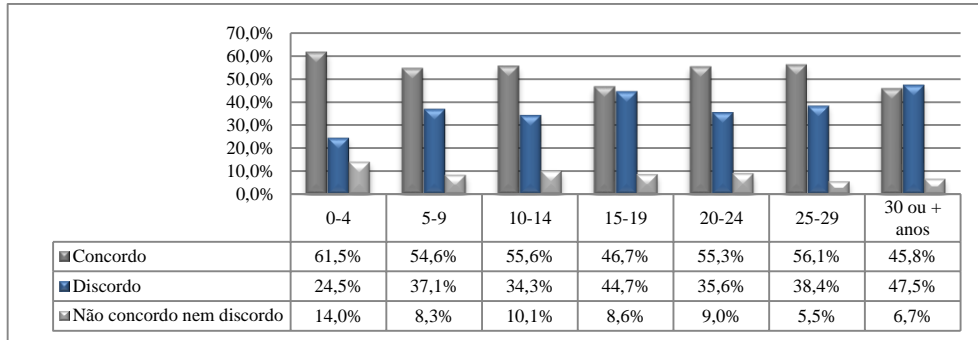


Gráfico 5.2 - Nível de empenhamento instrumental de acordo com tempo de exercício profissional

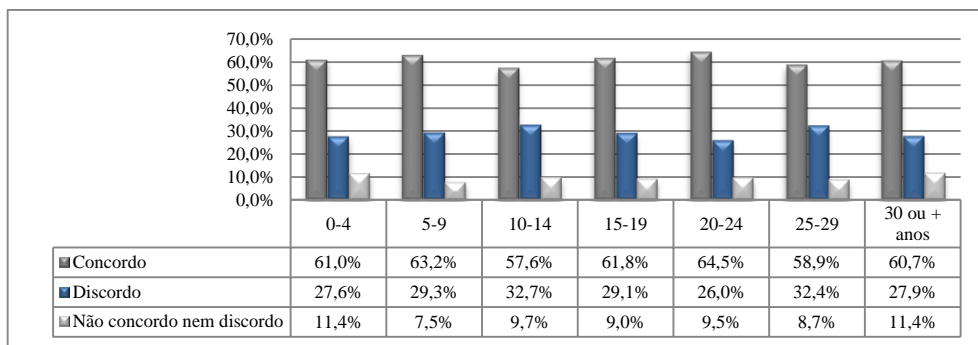
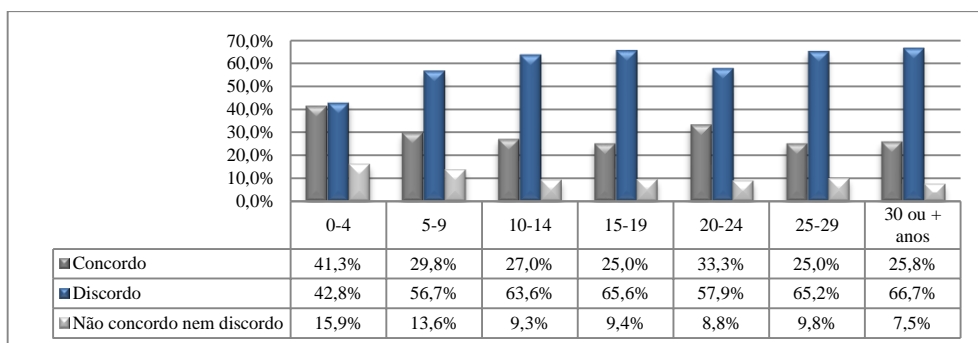


Gráfico 5.3 - Nível de empenhamento normativo de acordo com tempo de exercício profissional



Anexo 6 - Níveis de empenhamento de acordo com habilitações académicas

Gráfico 6.1 - Nível de empenhamento afetivo de acordo com habilitações académicas

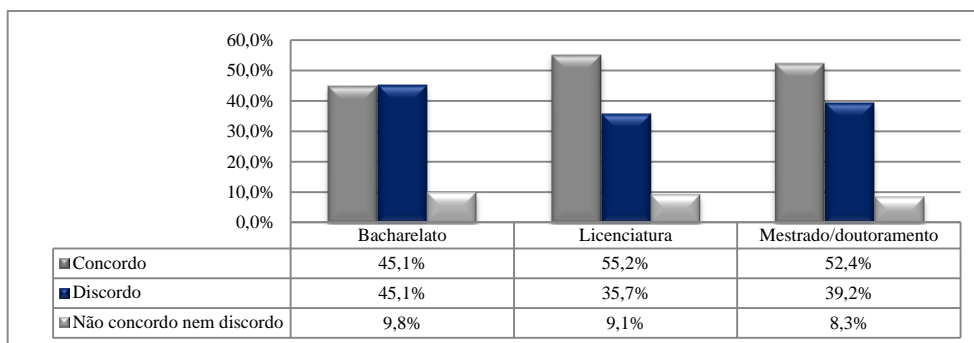


Gráfico 6.2 - Nível de empenhamento instrumental de acordo com habilitações académicas

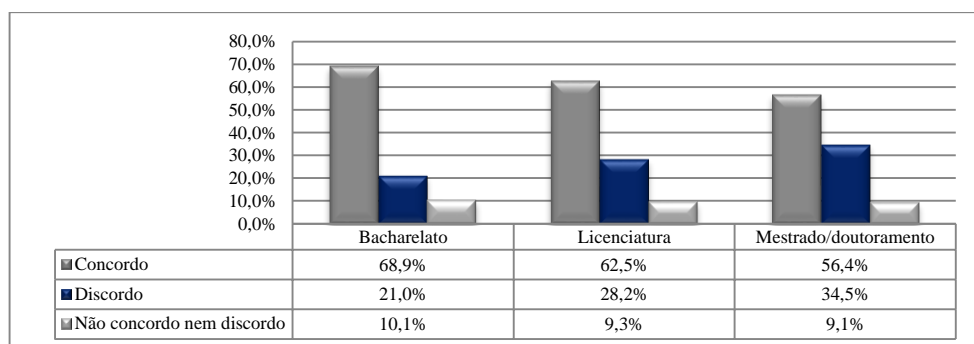
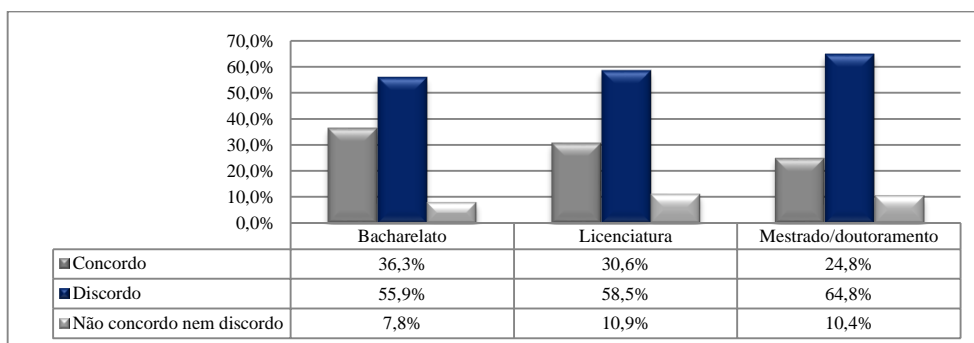


Gráfico 6.3 - Nível de empenhamento normativo de acordo com habilitações académicas



Anexo 7 - Níveis de empenhamento de acordo com a mobilidade interna

Gráfico 7.1 - Nível de empenhamento afetivo de acordo com a mobilidade interna

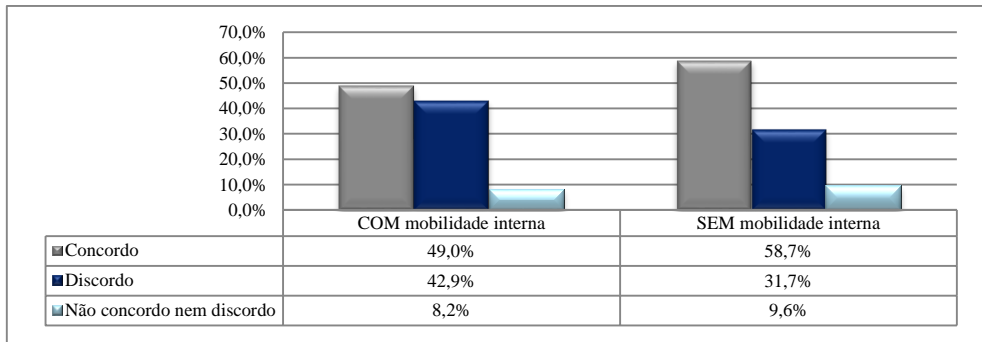


Gráfico 7.2 - Nível de empenhamento instrumental de acordo com a mobilidade interna

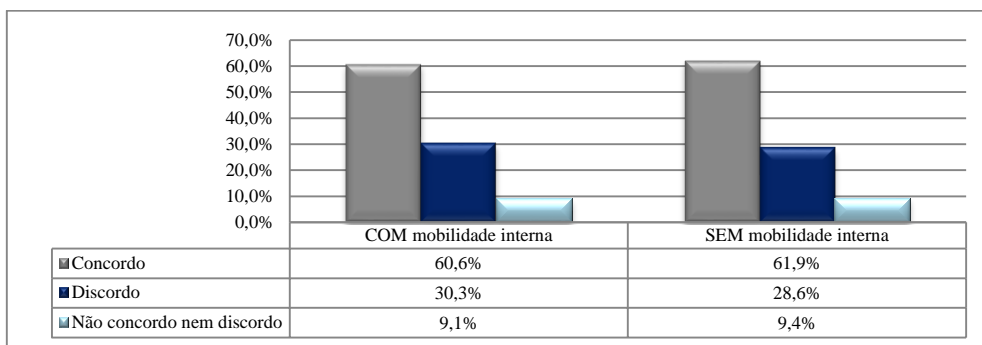
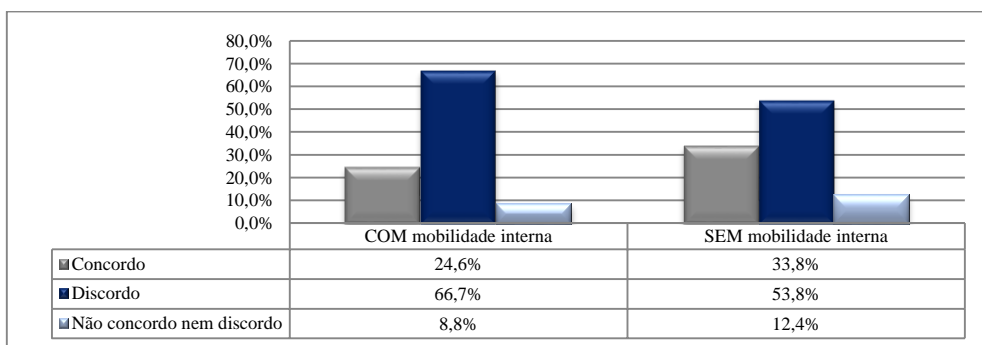


Gráfico 7.3 - Nível de empenhamento normativo de acordo com a mobilidade interna



Anexo 8 - Níveis de empenhamento de acordo com o tipo de vínculo

Gráfico 8.1 - Nível de empenhamento afetivo de acordo com tipo de vínculo

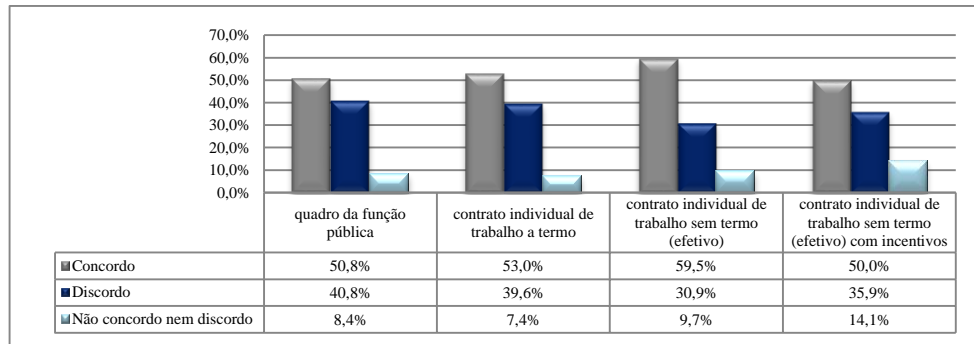


Gráfico 8.2 - Nível de empenhamento instrumental com tipo de vínculo

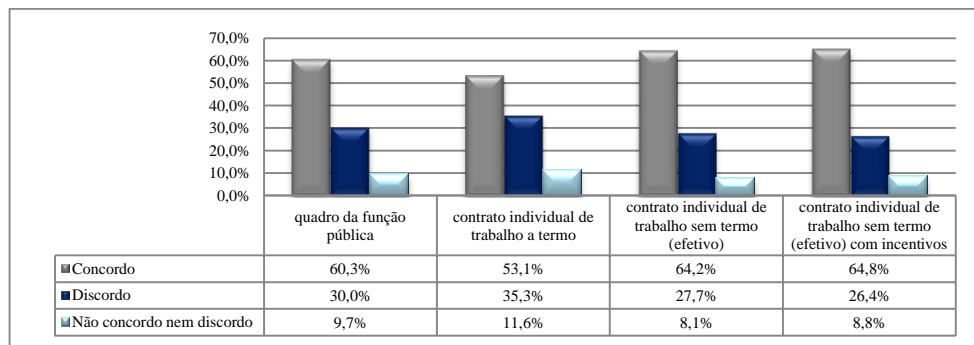
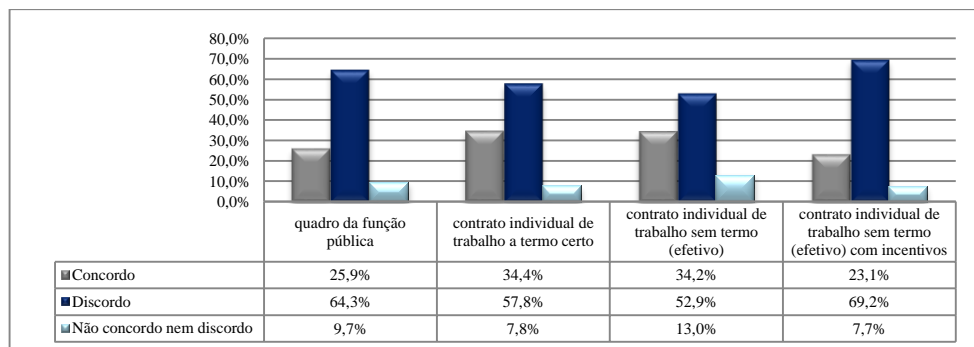


Gráfico 8.3 - Nível de empenhamento normativo com tipo de vínculo



Anexo 9- Análise descritiva dos indicadores por dimensão de empenhamento organizacional

		Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Discordo moderadamente	Discordo totalmente	Não concordo nem discordo / Sem opinião	Total
Empenhamento instrumental									
1. Acredito que há muito poucas alternativas para poder pensar em sair deste Centro Hospitalar	n	186	53	98	34	15	14	10	410
	%	45,4%	12,9%	23,9%	8,3%	3,7%	3,4%	2,4%	100,0%
3. Seria materialmente muito penalizador para mim sair neste momento deste Centro Hospitalar, mesmo se o pudesse fazer	n	109	63	69	45	36	44	44	410
	%	26,6%	15,4%	16,8%	11,0%	8,8%	10,7%	10,7%	100,0%
13. Uma das principais razões para eu continuar a trabalhar para este Centro Hospitalar relaciona-se com o facto da saída requerer um considerável sacrifício pessoal já que outro Centro Hospitalar não iria cobrir a totalidade dos benefícios que possuo aqui	n	40	55	63	42	42	97	71	410
	%	9,8%	13,4%	15,4%	10,2%	10,2%	23,7%	17,3%	100,0%
14. Neste momento, manter-me neste Centro Hospitalar é tanto uma questão de necessidade material quanto de vontade pessoal	n	81	78	84	39	32	47	49	410
	%	19,8%	19,0%	20,5%	9,5%	7,8%	11,5%	12,0%	100,0%
16. Para mim, uma das consequências negativas da saída deste Centro Hospitalar prende-se com a escassez de alternativas que teria disponíveis	n	191	73	80	25	14	11	16	410
	%	46,6%	17,8%	19,5%	6,1%	3,4%	2,7%	3,9%	100,0%
17. Se decidisse sair deste Centro Hospitalar, neste momento, muito da minha vida iria ser afetada	n	169	65	94	21	15	17	29	410
	%	41,2%	15,9%	22,9%	5,1%	3,7%	4,1%	7,1%	100,0%

Anexo 9 (cont.) - Análise descritiva dos indicadores por dimensão de empenhamento organizacional

		Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Discordo moderadamente	Discordo totalmente	Não concordo nem discordo/ Sem opinião	Total
Empenhamento afetivo									
19. Como já dei tanto neste Centro Hospitalar, não considero atualmente a possibilidade de trabalhar noutra	n	19	50	40	67	60	127	47	410
	%	4,6%	12,2%	9,8%	16,3%	14,6%	31,0%	11,5%	100,0%
2. Não me sinto “emocionalmente ligado” ao Centro Hospitalar (*)	n	42	53	53	59	98	85	20	410
	%	10,2%	12,9%	12,9%	14,4%	23,9%	20,7%	4,9%	100,0%
6. Este Centro Hospitalar tem um grande significado pessoal para mim	n	74	92	90	28	38	53	35	410
	%	18,0%	22,4%	22,0%	6,8%	9,3%	12,9%	8,5%	100,0%
7. Não me sinto como “fazendo parte da família” neste Centro Hospitalar (*)	n	56	46	45	74	80	78	31	410
	%	13,7%	11,2%	11,0%	18,0%	19,5%	19,0%	7,6%	100,0%
9. Na realidade sinto os problemas deste Centro Hospitalar como se fossem meus	n	18	94	47	38	70	117	26	410
	%	4,4%	22,9%	11,5%	9,3%	17,1%	28,5%	6,3%	100,0%
11. Ficaria muito feliz em passar o resto da minha carreira neste Centro Hospitalar	n	45	66	69	32	34	85	79	410
	%	11,0%	16,1%	16,8%	7,8%	8,3%	20,7%	19,3%	100,0%
15. Não me sinto como fazendo parte deste Centro Hospitalar(*)	n	36	48	34	84	80	99	29	410
	%	8,8%	11,7%	8,3%	20,5%	19,5%	24,1%	7,1%	100,0%

(*) Questão colocada pela negativa

Anexo 9 (cont.) - Análise descritiva dos indicadores por dimensão de empenhamento organizacional

		Concordo totalmente	Concordo ligeiramente	Concordo moderadamente	Discordo ligeiramente	Discordo moderadamente	Discordo totalmente	Não concordo nem discordo/ Sem opinião	Total
Empenhamento normativo									
4. Eu não iria deixar este Centro Hospitalar neste momento porque tenho um sentimento de obrigação para com as pessoas que trabalham aqui	n	9	57	39	51	65	150	39	410
	%	2,2%	13,9%	9,5%	12,4%	15,9%	36,6%	9,5%	100,0%
5. Sinto que não tenho qualquer dever moral em permanecer no Centro Hospitalar onde estou atualmente (*)	n	104	39	52	67	58	45	45	410
	%	25,4%	9,5%	12,7%	16,3%	14,1%	11,0%	11,0%	100,0%
8. Mesmo se fosse uma vantagem para mim, sinto que não seria correto deixar este Centro Hospitalar no presente momento	n	14	28	27	49	65	201	26	410
	%	3,4%	6,8%	6,6%	12,0%	15,9%	49,0%	6,3%	100,0%
10. Este Centro Hospitalar merece a minha lealdade	n	61	86	63	40	32	71	57	410
	%	14,9%	21,0%	15,4%	9,8%	7,8%	17,3%	13,9%	100,0%
12. Eu sentir-me-ia culpado se deixasse este Centro Hospitalar agora	n	12	35	14	51	62	198	38	410
	%	2,9%	8,5%	3,4%	12,4%	15,1%	48,3%	9,3%	100,0%
18. Sinto que tenho um grande dever para com este Centro Hospitalar	n	16	61	33	58	67	117	58	410
	%	3,9%	14,9%	8,0%	14,1%	16,3%	28,5%	14,1%	100,0%

(*) Questão colocada pela negativa