



Universidade de Aveiro

2021

**DANIELA  
RODRIGUES  
ALMEIDA**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO CENTRO  
HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA – O CASO DOS  
MÉDICOS**



Universidade de Aveiro  
Ano 2021

**DANIELA  
RODRIGUES  
ALMEIDA**

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NO CENTRO  
HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA – O CASO DOS  
MÉDICOS**

Relatório de estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção de grau de Mestre em Administração e Gestão Pública, relatório realizado com a orientação científica da Doutora Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo, Professora Coordenadora da Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Águeda da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

Presidente

Prof. Doutor Gonçalo Alves de Sousa Santinha  
Professor Auxiliar da Universidade de Aveiro

Arguente principal

Prof. Doutora Elisabeth de Jesus Oliveira Brito  
Professora Adjunta da Universidade de Aveiro

Orientadora

Prof. Doutora Ana Isabel Pires Beato Alves de Melo  
Professora Coordenadora S/ Agregação da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Quero agradecer a todos os que me ajudaram, de alguma forma, a realizar este Relatório de Estágio, em particular aos meus pais, aos meus amigos, às profissionais do serviço de Recursos Humanos do Centro Hospitalar do Baixo Vouga e à minha orientadora, Professora Ana Isabel Melo, pelo apoio e atenção dispensados.

Muito obrigada a todos.

**palavras-chave**

Desempenho, sistemas de avaliação de desempenho, sistema de avaliação de desempenho dos médicos, setor da saúde, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Hospital Infante D. Pedro (Aveiro).

**resumo**

O desempenho tem vindo a ser cada vez mais falado, sendo um mecanismo de melhoria da qualidade de prestação de serviços. Desta forma, estão a ser utilizados diversos sistemas de avaliação de desempenho para avaliar as mais diversas áreas. Apesar dessa utilização, o sistema de avaliação de desempenho dos médicos não está a ser implementado. Por essa razão, este relatório tem como objetivo principal avaliar o sistema de avaliação de desempenho dos médicos no Centro Hospitalar do Baixo Vouga. Para atingir este objetivo é utilizada uma metodologia qualitativa, tendo sido realizadas entrevistas semiestruturadas a médicos e diretores de serviço de diversas áreas do Hospital Infante D. Pedro (Aveiro). Os resultados deste estudo demonstram que o sistema de avaliação de desempenho dos médicos pode vir a ser implementado no hospital, mas, para isso acontecer, têm de ser garantidas diversas condições e realizadas várias ações de formação e sensibilização, que façam com que os médicos adiram mais facilmente a esta avaliação. De entre as propostas de melhoria sugeridas destacam-se, entre outras: observar boas práticas relativas à implementação de sistemas de avaliação de médicos noutras unidades hospitalares (nomeadamente internacionais); adaptar o sistema às especificidades de cada serviço/especialidade; integrar no sistema de avaliação objetivos quantitativos e qualitativos; desburocratizar o sistema, dentro do permitido por lei; fazer um teste piloto do sistema em alguns serviços com características diferentes, procurando corrigir possíveis falhas que possam surgir e identificar boas práticas de implementação do mesmo; ter uma liderança comprometida para com a implementação do sistema de avaliação de desempenho; e, por fim, associar um sistema de incentivos (que não necessariamente monetários) ao sistema de avaliação. Acredita-se que a implementação destas propostas de melhoria permitirá a implementação do sistema de avaliação dos médicos, tanto neste centro hospitalar, como noutros que se inspirem neste caso.

**keywords**

Performance, performance evaluation systems, physicians' performance evaluation system, health sector, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Hospital Infante D. Pedro (Aveiro).

**abstract**

Performance has been increasingly talked about, being a mechanism for improving the quality of service provision. In this way, different performance evaluation systems are being used to assess the most diverse areas. Despite this use, the physician performance assessment system is not being implemented. For this reason, this report's main objective is to evaluate the system for evaluating the performance of physicians at Centro Hospitalar do Baixo Vouga. To achieve this objective, a qualitative methodology is used, with semi-structured interviews conducted with physicians and service directors from different areas of Hospital Infante D. Pedro (Aveiro). The results of this study demonstrate that the system for evaluating the performance of physicians can be implemented in the hospital, but for this to happen, several conditions must be guaranteed, and several training and awareness actions carried out, which make it easier for physicians to adhere to this assessment. Among the suggested improvement proposals, the following stand out, among others: to observe good practices related to the implementation of physician's evaluation systems in other hospital units (namely international ones); adapt the system to the specifics of each service/specialty; integrate quantitative and qualitative objectives into the evaluation system; reduce bureaucracy in the system, as permitted by law; pilot test the system in some services with different characteristics, seeking to correct possible flaws that may arise and identify good practices for its implementation; have leadership committed to the implementation of the performance appraisal system; and, finally, to associate a system of incentives (which are not necessarily monetary) to the evaluation system. It is believed that the implementation of these improvement proposals will allow the implementation of the physician evaluation system, both in this hospital and in others that are inspired in this case.

# ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| ÍNDICE DE ANEXOS.....  | III |
| ÍNDICE DE GRÁFICOS.....  | V   |
| ÍNDICE DE TABELAS.....   | VI  |
| LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS.....   | VII |
| INTRODUÇÃO .....   | 1   |
| 1. Pertinência do tema e objetivos .....   | 1   |
| 2. Abordagem metodológica.....   | 2   |
| 3. Estrutura do relatório.....   | 2   |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....   | 3   |
| 1. Avaliação de desempenho .....   | 3   |
| 1.1 Conceitos.....   | 3   |
| 1.2 Evolução da avaliação de desempenho nos serviços.....  | 4   |
| 2. Avaliação de desempenho no setor público .....  | 5   |
| 3. Avaliação de desempenho na saúde em Portugal.....   | 7   |
| 4. Ferramentas de avaliação de desempenho.....   | 9   |
| 4.1 Avaliação 360°.....  | 9   |
| 4.2 Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na<br>Administração Pública (SIADAP) ..... | 10  |
| 4.3 Sistemas de avaliação de desempenho adaptados no CHBV .....                                      | 31  |
| 4.4 Adaptação do SIADAP 3 a trabalhadores Médicos.....   | 34  |
| PARTE II – ABORDAGEM METODOLÓGICA.....   | 43  |
| 1. Metodologia .....   | 43  |
| 2. Desenho da investigação: estudo de caso.....  | 43  |
| 3. Métodos de recolha de dados .....   | 44  |
| 3.1 Entrevistas semiestruturadas.....  | 45  |
| PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO .....  | 47  |
| 1. Estágio.....  | 47  |
| 1.1 Caracterização da entidade de acolhimento – CHBV .....   | 47  |
| 1.2 Descrição das atividades desenvolvidas no estágio .....  | 49  |
| 2. Análise e discussão de dados .....  | 51  |
| 2.1 Importância de avaliar o desempenho dos médicos .....  | 51  |
| 2.2 Sistema de avaliação de desempenho dos médicos.....  | 52  |

|                                  |   |    |
|----------------------------------|---|----|
| 2.3                              | Avaliação feita por uma equipa .....  | 54 |
| 2.4                              | Duração do ciclo de avaliação do sistema .....  | 55 |
| 2.5                              | Pontos fortes e fracos do sistema de avaliação de desempenho dos médicos<br>56                        |    |
| 2.6                              | Melhorias que podem ser feitas ao sistema.....  | 57 |
| 2.7                              | Entraves à implementação do sistema no hospital e o que podia levar a que<br>fosse implementado. .... | 58 |
| 3.                               | Propostas de melhoria do sistema de avaliação de desempenho dos médicos....                           | 61 |
| PARTE IV – CONCLUSÃO .....       |   | 63 |
| 1.                               | Considerações finais .....  | 63 |
| 2.                               | Limitações do estudo.....   | 65 |
| 3.                               | Propostas de trabalho futuro.....   | 66 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... |   | 67 |
| ANEXOS .....                     |   | 71 |



## ÍNDICE DE ANEXOS

|   |    |
|---|----|
| Anexo 1: Apresentação sobre a AD dos médicos feita aos entrevistados..... | 71 |
| Anexo 2: Guião de entrevista a Médicos .....                              | 73 |
| Anexo 3: Guião de entrevista a Diretores de Serviço.....                  | 75 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| Figura 1: Organograma do CHBV..... | 48 |
|------------------------------------|----|

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |    |
|--|----|
| Gráfico 1: Sistema de avaliação de desempenho geral .....      | 30 |
| Gráfico 2: Sistema de avaliação de desempenho dos médicos..... | 42 |

## ÍNDICE DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1: Direitos e deveres dos avaliados ..... | 25 |
|--|----|

## **LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

ACT – Acordo Coletivo de Trabalho

AD – Avaliação de desempenho

AP – Administração Pública

BTE – Boletim de Trabalho e Emprego

CA – Ciclo de Avaliação

CCA – Conselho Coordenador de Avaliação

CG – Ciclo de Gestão

CHBV – Centro Hospitalar do Baixo Vouga

CIT – Contrato Individual de Trabalho

CP – Comissão Paritária

CS – Comissão de Serviço

CTFP – Contrato de Trabalho em Funções Públicas

DM – Dirigente Máximo

DS – Dirigentes Superiores

EA – Equipa de Avaliação

EPE – Entidade Pública Empresarial

GeADAP – Gestão Integrada da Avaliação de Desempenho da Administração Pública

QUAR – Quadro de Avaliação e Responsabilização

RHV – Recursos Humanos e Vencimentos

SCI – Sistema de Contributo Interno da Administração Financeira do Estado

SIADAP – Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de desempenho na Administração Pública

SIADAP 1 - Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Serviços da Administração Pública

SIADAP 2 - Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Dirigentes da Administração Pública

SIADAP 3 - Subsistema de Avaliação de Desempenho dos Trabalhadores da Administração Pública

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

UH – Unidades Homogêneas

UO – Unidade Orgânica

# INTRODUÇÃO

## 1. Pertinência do tema e objetivos

O presente relatório de estágio, tem como tema a “Avaliação de desempenho no Centro Hospitalar do Baixo Vouga: o caso dos médicos”.

A avaliação de desempenho (AD) tem vindo a ser cada vez mais estudada, nomeadamente por permitir perceber o que está bem e o que deve ser melhorado. Sendo assim, este tema é pertinente, de forma que permite a aquisição de conhecimentos em relação à AD, de uma forma geral e, também, dos diversos sistemas que a mesma abrange. Neste caso, há um foco na carreira médica, pelo facto de esta ser uma carreira que nos afeta a todos. Este estudo foi também pedido pelo Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), devido ao facto deste sistema não estar implementado no mesmo. Partindo da opinião de diversos médicos que trabalham no centro hospitalar, será possível compreender as razões do sistema não ser realizado, se alguma vez o mesmo poderá vir a ser implementado e, em caso afirmativo, de que forma o devem fazer.

O objetivo principal do presente estudo é avaliar o sistema de avaliação de desempenho (AD) dos médicos no CHBV, aferindo a perceção dos médicos e diretores de serviço relativamente ao sistema existente, e propor sugestões de melhoria. Por forma a atingir este objetivo, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Perceber que características deve ter um bom sistema AD, através de uma revisão cuidada da literatura.
- Identificar o(s) sistema(s) de AD em funcionamento no CHBV.
- Compreender o funcionamento do sistema de AD dos médicos.
- Analisar a perceção dos médicos, enquanto avaliados, sobre a forma como o seu desempenho é ou poderia ser avaliado.
- Analisar a perceção dos avaliadores sobre a forma como o desempenho dos médicos é ou poderia ser avaliado.
- Propor sugestões de melhoria ao sistema de AD dos médicos, de forma a ser implementado no CHBV.

## **2. Abordagem metodológica**

De forma a alcançar os objetivos propostos e, em particular, o objetivo principal, que é avaliar o sistema de AD dos médicos no CHBV e propor sugestões de melhoria, irá ser utilizada uma metodologia qualitativa. Como método de recolha de dados foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas, realizadas a médicos de diferentes especialidades e a avaliadores.

## **3. Estrutura do relatório**

O presente relatório encontra-se dividido em quatro partes.

Na primeira parte é realizado um enquadramento teórico, sendo apresentados: os conceitos de desempenho e AD; a evolução da AD nos serviços; a AD no setor público; a AD na saúde em Portugal; e, ainda, as diversas ferramentas de AD, dando especial ênfase ao Sistema Integrado de Gestão e Avaliação do Desempenho da Administração Pública (SIADAP) e à adaptação do SIADAP 3 aos médicos.

Na segunda parte do relatório é apresentada a metodologia utilizada, explicando de forma mais detalhada os métodos que foram utilizados para realizar este estudo.

A terceira parte do relatório expõe o estudo empírico. Esta parte encontra-se dividida em três subcapítulos, em que, no primeiro, é apresentada a caracterização do CHBV, a entidade de acolhimento do estágio, sendo, de seguida, descritas as atividades realizadas ao longo do estágio. No segundo subcapítulo é apresentada a análise e discussão dos resultados obtidos com as entrevistas. Por fim, no terceiro subcapítulo, são apresentadas propostas de melhoria ao sistema de AD dos médicos.

Na quarta e última parte são apresentadas as principais conclusões, divididas em considerações finais, limitações sentidas no estudo e propostas de trabalho futuro.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1. Avaliação de desempenho**

#### **1.1 Conceitos**

##### **1.1.1 Desempenho**

O conceito de desempenho é amplo, não havendo uma definição única. Azevedo (2007) define desempenho como a medição das concretizações que um indivíduo, uma equipa, uma organização ou até um processo atinge.

Por sua vez, de acordo com Caetano (2008), desempenho está definido em duas concepções, sendo estas, meios e fins, que correspondem a comportamentos e resultados, respetivamente. Segundo o mesmo autor, verificamos que, em relação aos meios, o desempenho define-se como os comportamentos que o trabalhador apresenta ao realizar tarefas que são da sua competência. Relativamente aos fins, o desempenho define-se como resultados, em que o trabalhador realiza atividades que ajudam a que sejam atingidos os objetivos da organização. Estes resultados derivam de comportamentos adotados pelos trabalhadores que levam à execução de atividades destinadas a obter os resultados que a organização espera alcançar.

Campbell et al. (1993) afirma que, apenas os comportamentos que são relevantes para as organizações são contabilizados para o desempenho, fazendo, assim, com que o desempenho seja definido pelo que as organizações contratam os funcionários para fazer e, ainda, só irão constituir desempenho as ações que sejam passíveis de medir (como citado em Sonnentag, Sabine & Frese, Michael, 2005).

##### **1.1.2 Avaliação de desempenho**

A AD pode ser definida de diversas formas, pelo que vários autores apresentam definições diferentes para este conceito.

Segundo Caetano (2008), a AD pretende gerar contextos, para que as ações, os resultados e os desempenhos dos colaboradores levem à concretização dos objetivos da organização. Assim, esta deve observar o que é feito pelos trabalhadores, verificar se o que é feito vai ao encontro dos objetivos definidos, e, ainda, apresentar aos trabalhadores sugestões de melhoria.

Já Lawler (2003) define AD como uma perspectiva que gere as atividades realizadas em relação aos objetivos, aos conhecimentos e à habilidade que existe para alcançar objetivos estratégicos. Por outro lado, de acordo com Walters (1995), a AD passa por direcionar e apoiar os funcionários para que estes apresentem um trabalho mais eficaz e eficiente, que vá ao encontro do que a organização necessita.

Ainda Cunha, Rego & Habid (2013, p. 484) e Aguinis (2007) definem este conceito como um processo continuado que procura identificar, medir e desenvolver os funcionários como indivíduos e equipas e fazer com que o desempenho esteja alinhado com os objetivos das organizações, contribuindo, desta forma, para o sucesso das mesmas.

## **1.2 Evolução da avaliação de desempenho nos serviços**

De acordo com Chiavenato (2004), a AD teve a sua origem há muito tempo, tendo sido utilizada pelo Serviço Público Federal dos Estados Unidos da América, em 1842 e, mais tarde, em 1880, pelo exército americano. Nessa altura, esta avaliação era realizada por relatórios anuais que iriam avaliar o desempenho dos empregados. Já no século XX, a General Motors implementou, também, o sistema que iria avaliar os seus executivos em relação ao desempenho. Mas, apenas nos anos que sucederam à Segunda Guerra Mundial, é que a AD alcançou importância nas organizações (Chiavenato, 2004). Nessa altura, a AD começou por, apenas, dar importância à máquina e à forma como o Homem trabalhava com a mesma. Somente após o aparecimento da Escola das Relações Humanas, é que começou a haver um foco no Homem como trabalhador, em detrimento da máquina.

Kaplan & Norton (1996) indicam que, devido a, no setor privado, ter ocorrido um agravamento da concorrência, uma necessidade de inovação, um aumento das expectativas dos clientes e uma introdução das novas tecnologias, a AD surgiu (como citado em Silva, 2005). Começava a haver uma percepção diferente por parte dos gestores, em que estes observavam que as medidas de desempenho, que se baseavam apenas em indicadores financeiros, eram inadequadas. Estes detinham esta percepção, pois as medidas eram limitadas, na medida em que forneciam uma visão de curto prazo e se focavam apenas no controlo das fases de produção, no aumento do lucro e na redução dos custos, sendo que, estes dados são manipuláveis, não existindo possibilidade de realização de uma visão estratégica do desempenho futuro (Kaplan & Norton, 1996, como citado em Silva, 2005).

Segundo Neely (1999), começou a existir uma preocupação com a concorrência, devido ao seu aumento. Passou, então, a ser necessário que as organizações melhorem os seus sistemas de AD, de forma que se diferenciem no mercado concorrencial. Desta forma, para que as organizações alcancem um produto e um desempenho dos serviços, processos e negócio melhores, passa a existir um cuidado com a qualidade, a satisfação dos clientes e em garantir a eficácia e eficiência. Assim, as novas tecnologias levaram a um aumento da capacidade da recolha e análise de dados e a uma melhoria da divulgação da informação, tanto dentro da organização como para as partes interessadas externas (Silva, 2005).

## **2. Avaliação de desempenho no setor público**

A AD surgiu na gestão privada, mas tem sido implementada no setor público (Zheng et al., 2019). Esta mostra que o setor público tem diferentes objetivos, funções e partes interessadas que têm impacto na gestão, mas, quando se fala em atividades do governo, ainda haviam diversas dificuldades na sua aplicação (Oh & Bush, 2015).

A partir dos anos 80, no Reino Unido, foram introduzidos novos conceitos como “valor ao dinheiro” e “medição de desempenho” (Fryer et al., 2009, p.479),

que levaram ao surgimento da Nova Gestão Pública (NGP). A NGP dá ênfase às formas de gestão privada no setor público e tem a AD como um dos seus princípios fundamentais (Fryer et al., 2009).

Há, então, devido à diferença entre os setores, a importância dos grupos de interesse e da comunicação como fatores na AD (Zheng et al., 2019). Como há esta preocupação com o valor, a AD no setor público deve ingressar na Nova Governança Pública, que vai ajudar a atingir o bem comum e o valor social, que é o seu objetivo. A Nova Governança Pública vai dar importância à preparação de processos que auxiliem a conceção de acordos entre os grupos de interesse que irão discutir e poderão ser contra as ações praticadas, havendo assim, a produção de valor público (Zheng et al., 2019). Esta nova conceção é, então, um processo amplo, que pretende afetar todas as componentes das empresas (Fryer et al., 2009).

Segundo Fryer et al. (2019), existem várias características que fazem com que se considere uma boa AD, sendo que, esta deve ter o seu sistema de atuação ordenado com os sistemas que subsistem nas organizações e com as suas estratégias, ter uma dedicação para a liderança, não ver a AD como uma forma de castigar, mas sim, como uma forma de aperfeiçoar o que vem a ser realizado e de reconhecer o que é produzido de bom, implicar os grupos de interesse e supervisionar os resultados continuamente, de forma a perceber o que é feito, disseminando-o e instruindo-se com os erros e acertos (Wang and Berman, 2001; De Waal, 2003; Franco and Bourne, 2003; Cranfield School of Management, 2006; Performance Management, Measurement and Information, 2005; SAS Institute, 2005, como citado em Fryer et al., 2009). Para que haja uma boa AD é também necessário que esta se adapte às realidades em que está inserida, atuando de forma diferente em cada organização, tendo em conta, a evolução das organizações, tornando as diretrizes e os critérios úteis para as mesmas (Bititci et al., 2006, como citado em Fryer et al., 2009).

Ainda para alcançar uma boa AD, é necessário que o objetivo da organização seja a melhoria do desempenho e a prestação de contas sobre este, que sejam medidos os processos que são executados e os resultados obtidos com

estes e ainda, é necessário que o alvo que se pretende alcançar são as partes interessadas internas e externas (Oh & Bush, 2015).

Existem diversas partes interessadas no setor público, o que faz com que o seu envolvimento seja necessário para que haja uma boa AD. Então, para que esta se execute com sucesso, é preciso uma coerência entre todos os elementos que operam nas organizações (Fryer et al., 2009).

Desta forma, verificamos que uma boa AD depende de diversos critérios a praticar pelos gestores, como, a adaptação da atuação às organizações, a interação das partes interessadas, entre outros.

### **3. Avaliação de desempenho na saúde em Portugal**

De acordo com Conceição et al. (2001) não há conhecimento da primeira utilização dos sistemas de AD aplicados aos profissionais de saúde. Maresova et al. (2015) referem, que a procura cada vez maior pelos cuidados de saúde fez com que fosse dada uma maior atenção ao desempenho. Leggat et al. (1998), expõem que os hospitais são cada vez mais avaliados em relação ao seu desempenho, pois o setor da saúde é recetor de uma percentagem significativa do orçamento do Estado. Sendo assim, estes são alvo de avaliação em relação ao seu desempenho, de forma que este seja medido, delimitado e aperfeiçoado (Leggat et al., 1998).

Contudo, e apesar de a AD ser cada vez mais utilizada, o sistema de saúde não tem acompanhado esse progresso, encontrando-se atrasado quando comparado com outros setores. Devido a um problema em relação ao financiamento deste sistema de saúde, os responsáveis compreenderam que ao melhorar o desempenho iria haver uma melhoria nos custos. Esta situação levou a que começasse a ser avaliado o desempenho, sendo dada importância à AD (Figueiredo, 2010).

Segundo Correia (2015), em 2008, entrou em vigor a Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro, em Portugal. Esta lei veio estabelecer o SIADAP, que será desenvolvido mais à frente, sendo o método de AD que seria utilizado na Administração Pública (AP). Com a instituição deste sistema, o interesse nos

sistemas de AD foi reavivado e este assunto começou a ser debatido publicamente e em termos académicos (Correia, 2015).

Com o ressurgimento do interesse na AD, percebeu-se que a realidade da AD na saúde em Portugal é muito segmentada, pois existem diversos sistemas de AD a ser aplicados. Segundo Correia (2015), há, por exemplo, diferença entre a avaliação dos funcionários públicos e dos funcionários com contrato individual de trabalho (CIT). Os primeiros são avaliados de três em três anos, por um sistema de classificação ‘satisfaz’ e ‘não satisfaz’, e os segundos são avaliados pelo SIADAP. Correia (2015) refere, ainda, que, os colaboradores de hospitais privados, que pertencem a grupos empresariais, são avaliados de forma independente, em que o público, normalmente, não tem conhecimento da forma como é executada a avaliação.

## **4. Ferramentas de avaliação de desempenho**

### **4.1 Avaliação 360°**

Existem diversos sistemas para avaliar o desempenho, com diferentes propósitos. A avaliação 360° é um sistema em que o desempenho de um trabalhador é avaliado a partir de diversas fontes, sendo esta uma característica que diferencia este procedimento dos sistemas de AD tradicionais (Gillespie & Parry, 2006; McCarthy & Garavan, 2001, como citado em Mourão et al., 2015). Neste caso, a avaliação pode ser feita por subordinados, pelos colegas, pelos seus superiores e, até, pelos clientes. Sendo que o trabalhador que está a ser avaliado pode também realizar uma autoavaliação (Mondy, 2010)

Esta avaliação não pressupõe a avaliação da personalidade dos trabalhadores, mas sim a sua competência e o comportamento que apresentam. Sendo assim, este sistema permite avaliar os trabalhadores em áreas como as suas capacidades interpessoais e de comunicação e, ainda, a sua postura em relação ao trabalho. Para chegar a estas avaliações, na maioria dos casos, é utilizado um questionário que vai compreender informação de diversas áreas (Rogers & Manifold, 2002).

A partir deste método de avaliação, segundo Bracken et al. (2016), vai ser possível atingir três resultados. Estes vão-se basear em informações que os avaliadores vão fornecer a partir da sua perceção dos comportamentos do avaliado, na comparação das diferentes perceções em relação ao avaliado, havendo uma comparação entre grupos de avaliadores, os avaliadores individualmente e, ainda, as avaliações que foram feitas anteriormente e, ainda, na possibilidade em gerar alterações ao nível não só individual, como em grupos e, até, na organização, de acordo com o que esta última compreende ser o mais adequado (Bracken et al., 2016). Este último resultado é a meta final deste sistema de AD. Ao ser utilizada a avaliação 360° vão ser definidas metas de forma a desenvolver a carreira e a organização em que é realizada esta avaliação (Rodgers & Manifold, 2002).

Devido à meta referida anteriormente, a avaliação 360° tem de ser realizada em função dos requisitos que cada organização detém ao nível comportamental. Desta forma, é necessário ter em atenção, por exemplo, o que o negócio em causa necessita a nível estratégico, as normas relativas à cultura que pretendem alcançar, a missão e visão que a organização almeja, entre outros (Bracken et al., 2016).

Este sistema de AD tem vindo a ser cada vez mais utilizado devido ao facto de as tarefas que se realizam se tornarem mais complexas, a cada dia que passa, o que faz com que a AD tradicional não seja suficiente para perceber as informações todas que são necessárias recolher. Para além disso, a tendência para reduzir os trabalhadores nas organizações fez com que os funcionários sintam uma pressão para se desenvolverem a nível pessoal (Luthans & Farner, 2002).

Desta forma, dá para perceber que o objetivo principal da avaliação 360° é melhorar o desempenho dos trabalhadores e das organizações, pois o facto de haver diversos atores na avaliação proporciona a discussão entre os mesmos. Essa discussão vai proporcionar a melhoria do desempenho ao nível dos avaliados, mas também dos avaliadores, havendo a perceção do que deve ser feito para melhorar (Caetano, 2008, como citado em Mourão et al., 2015).

#### **4.2 Sistema Integrado de Gestão e Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP)**

Segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, o SIADAP tem como objetivo a ajuda no aperfeiçoamento do desempenho e da qualidade do serviço da AP, no acordo e ordem da ação dos serviços, dirigentes e trabalhadores e, ainda, na evolução do seu objetivo profissional e de aptidões. Este sistema é constituído por três subsistemas: o Subsistema de AD dos Serviços da AP, também denominado por SIADAP 1, o Subsistema de AD dos Dirigentes da AP, também denominado por SIADAP 2, e o Subsistema de AD dos Trabalhadores da AP, também denominado por SIADAP 3. Segundo a Lei 66-B/2012, de 31 de



dezembro, estes três subsistemas têm durações diferentes, sendo que o SIADAP 1 tem a duração de um ano, o SIADAP 2 tem a duração de cinco ou de três anos, dependendo da durabilidade da comissão de serviço (CS), e o SIADAP 3 tem a duração de dois anos.

O SIADAP aplica-se a serviços de administração direta e indireta do Estado, aos serviços da administração regional e autónoma e à administração autárquica, sendo que, estes dois últimos são avaliados em relação às capacidades dos órgãos parceiros. Há, ainda, a aplicação do SIADAP a diferentes órgãos e serviços, sendo estes os que prestam apoio e gerem o Presidente da República, a Assembleia da República, os Tribunais e o Ministério Público, segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro.

Apesar de haver uma forma de realizar o SIADAP, a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, prevê a possibilidade de serem feitas alterações ao mesmo, de forma a adaptar a sua realização. Desta forma, pode haver alterações relativas à administração regional, através de decreto legislativo regional e à administração autárquica, através de decreto regulamentar. Ainda, o regime previsto para as atribuições e órgãos dos serviços, as carreiras do pessoal ou as necessidades da sua gestão, podem originar alterações ao SIADAP através de uma portaria dos membros do Governo da tutela e dos responsáveis pelas áreas das finanças e da AP. Em relação aos institutos públicos, esta adaptação é aprovada através de regulamento interno aprovado pelos membros do Governo referidos anteriormente. Por fim, relativamente às relações jurídicas de emprego público constituídas por contrato, esta aprovação é feita através de instrumento de regulamentação coletiva de trabalho. Apesar desta situação, o artigo 83º da lei referenciada, indica que, o SIADAP 3 se aplica a trabalhadores que sejam funcionários ou agentes de pessoas coletivas que se encontram excluídas do âmbito de aplicação, desde que estes não se encontrem completamente excluídos pela lei ou regulamento.

Para realizar estas adaptações têm de ser seguidos certos requisitos, sendo que é fundamental que os princípios, objetivos e subsistemas do SIADAP sejam respeitados, que a AD se baseie na comparação entre os objetivos e os

resultados e, quando diz respeito aos dirigentes e trabalhadores, no confronto das competências que demonstraram e que devem desenvolver. Há, ainda, a necessidade de haver uma distinção do desempenho, em que têm de obedecer ao número mínimo de menções de avaliação e ao valor das percentagens máximas que a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, prevê.

Segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro o SIADAP tem diversos objetivos, sendo estes:

- a possibilidade de colaborar para que haja uma melhoria da gestão da AP, de forma a ir ao encontro das necessidades dos utilizadores e fazer com que a atividade dos serviços esteja alinhada com os objetivos que as políticas públicas têm;
- o progresso e a estabilização dos exercícios de avaliação e autorregulação da AP;
- o reconhecimento das carências a nível de desenvolvimento profissional e formação que se adequem ao aperfeiçoamento do desempenho dos serviços, dirigentes e trabalhadores;
- o progresso da motivação e o desenvolvimento de competências e de qualificações dos dirigentes e trabalhadores, beneficiando a formação ao longo da vida;
- a identificação e diferenciação, através do seu desempenho e dos resultados que obterão, dos serviços, dos dirigentes e dos trabalhadores, e o estímulo ao desenvolvimento de uma cultura de sublimidade e qualidade;
- a melhoria da arquitetura dos processos, através da criação de valor acrescentado para os seus beneficiários, em termos de tempo, custo e qualidade;
- a melhoria do fornecimento da informação e transparência da ação dos serviços da AP;
- o auxílio do processo de deliberações estratégicas a partir de informação referente aos resultados e aos custos, nomeadamente em

relação à conveniência da existência, funções, planeamento e atividades dos serviços.

Ao realizar o SIADAP é necessário ter em atenção um conjunto de princípios, que são importantes e que devem ser respeitados. Estes princípios, que estão referidos na Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, são a coerência e integração, a responsabilidade e o desenvolvimento, a universalidade e a flexibilidade, a transparência e a imparcialidade, a eficácia, a eficiência, a orientação para a qualidade, a comparabilidade dos desempenhos dos serviços, a publicidade dos resultados da avaliação dos serviços, a publicidade da avaliação dos dirigentes e dos trabalhadores, a participação dos dirigentes e dos trabalhadores na definição dos objetivos dos serviços e a participação dos utilizadores na avaliação dos serviços.

De acordo com a mesma lei, o SIADAP tem de ser estruturado de acordo com o sistema de planeamento de cada ministério, sendo um instrumento de avaliação utilizado para obedecer aos objetivos estratégicos plurianuais, que são definidos pelos superiores e os objetivos anuais e planos de atividades, que assentam em indicadores de medição dos resultados que os serviços desejam alcançar. Esta articulação supõe que haja uma ligação permanente entre os serviços todos e aqueles que têm alçadas em matéria de planeamento, estratégia e avaliação em cada ministério.

No SIADAP é necessário obedecer ao ciclo de gestão (CG) de cada serviço, que indica as fases que se devem respeitar na elaboração da AD. Segundo a Lei supracitada as fases do CG são as seguintes:

1. determinação dos objetivos do serviço para o ano que se segue, sendo que, se tem de ter em atenção diversas vertentes, como, a missão e atribuições do serviço, os objetivos estratégicos fixados plurianualmente, que são estabelecidos pelos superiores, os compromissos que o dirigente máximo (DM) assumiu na carta de missão, os resultados da AD e, ainda, as disponibilidades do orçamento;

2. aprovação do orçamento e consentimento, manutenção ou mudança do mapa do pessoal respectivo, de acordo com a legislação;
3. preparação e aprovação do plano de atividades do serviço para o ano seguinte, em que são abrangidos diversos fatores como os objetivos, as atividades e os indicadores de desempenho tanto do serviço como de cada unidade orgânica (UO);
4. monitorização e, caso seja necessário, retificação dos objetivos, tanto do serviço como de cada UO, em função das hipóteses que não estão previstas a nível político e administrativo;
5. elaboração do relatório de atividades, onde se demonstram os resultados que foram alcançados, tanto qualitativa como quantitativamente, integrando também o balanço social e o relatório de autoavaliação que está previsto na Lei 66º-B/2007.

O artigo 8º, nº2 da Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, refere que, a conformidade, estruturação e assistência do ciclo referido com os objetivos globais que o ministério apresenta, e, ainda, a garantia de articulação do ciclo com o SIADAP, são da competência do serviço com alçadas em matéria de preparação, estratégia e avaliação de cada serviço.

#### **4.2.1 SIADAP 1**

De acordo com o artigo 10º da Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, existe o subsistema do SIADAP, que é o Sistema de AD dos Serviços da AP, designado SIADAP 1. Neste subsistema, a AD de cada serviço está presente no quadro de avaliação e responsabilização (QUAR), estando este em constante avaliação e atualização em função das informações do serviço. No SIADAP 1 estão demonstrados a missão, os objetivos, os indicadores de desempenho, os meios que estão disponíveis, o nível de concretização dos resultados alcançados, os desvios que ocorreram e o porquê de terem ocorrido e, ainda, a AD final do serviço.

De acordo com a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, o QUAR está relacionado com o CG do serviço, sendo que, os documentos de prestação de contas e os previsionais do serviço, que estão previstos legalmente, devem ser coesos com este sistema de avaliação, na sua totalidade. Com a utilização deste sistema, existe uma análise dos sistemas externos, das capacidades e das chances de desenvolvimento do serviço e, até, da satisfação dos seus utilizadores. O QUAR depende, também, de uma publicitação, em que este tem de ser divulgado na página eletrónica do serviço. E, ainda, para a sua operacionalização, cada serviço deve examinar diversos planos nacionais e, até, internacionais, ao nível de metodologias e instrumentos.

Este sistema de AD tem diferentes parâmetros de avaliação, tal como indica a Lei supracitada. Avalia cada serviço de acordo com os objetivos de eficácia, de eficiência e de qualidade, sendo que estes objetivos são nomeados pela UO ao membro do órgão de que esta depende, sendo aprovados pelo mesmo. Nos objetivos de eficácia, o serviço chega aos objetivos e alcança ou ultrapassa os resultados expectáveis. Nos objetivos de eficiência, há uma relação entre os bens e serviços gerados e os recursos utilizados. Por fim, os objetivos de qualidade dizem respeito aos recursos que os bens e serviços detêm para que possa haver satisfação das necessidades dos utilizadores do serviço.

Ao realizar a avaliação destes objetivos, a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, pressupõe que o serviço pode ter vários níveis de graduação, podendo superar, atingir ou não atingir cada um dos objetivos. Para obter cada um dos objetivos fixados são definidos indicadores de desempenho e as formas como se verificam esses indicadores, sendo também fixados os meios que vão operacionalizar os níveis de graduação. Para cada parâmetro e objetivo podem, também, ser fixadas ponderações diferentes, dependendo do serviço que estão a avaliar.

Para a realização desta avaliação, a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, refere que são concretizadas duas avaliações: a autoavaliação e a heteroavaliação. A primeira é obrigatória e realizada anualmente, mas há a possibilidade de ser feita plurianualmente, tendo esta periodicidade de ser

suportada pelo orçamento e de explicar o porquê do serviço, tal como as suas atribuições, organização e atividades, terem de existir.

A autoavaliação deve ser divulgada pelo serviço que a realiza, tendo este de divulgar também o parecer dado, tanto se concordar com a sua avaliação como se discordar.

No caso da heteroavaliação, a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, indica que esta é realizada para que haja um conhecimento das causas dos desvios que se encontraram na autoavaliação ou em outro aspeto e para que se exponham sugestões de melhoria dos procedimentos e resultados que venham a ocorrer. Esta avaliação, realizada pelo Conselho Coordenador do Sistema de Contributo Interno da Administração Financeira do Estado (SCI), é pedida pelo ministro responsável pelo serviço ou até pelo serviço, podendo ser uma alternativa à autoavaliação. Não havendo, nesta, as menções qualitativas referidas anteriormente. Depois de avaliados os serviços, é dado um relatório aos mesmos acerca da sua avaliação, de forma que este se possa manifestar. Até 30 dias após o serviço se manifestar, é dado um parecer, pelo Conselho Coordenador do SCI, sendo referida a qualidade do relatório e as recomendações necessárias, apontando os pontos fortes e os pontos que deveriam ser melhorados.

No caso do existirem unidades homogêneas (UH), o DM deve elaborar um sistema de indicadores de desempenho que admita a comparação destas unidades, tendo de estar presentes as atividades seguidas e a viabilização da distribuição destas unidades em cada grupo, de cada serviço, e tendo de ter uma “ótica de eficiência relativa” (artigo 16º da Lei 66º-B/2007 de 28 de dezembro). Em cada uma destas UH tem de haver uma AD final com os níveis de bom, satisfatório e insuficiente, ou deve ser feita uma lista das UH hierarquizadas pela ordem da avaliação que têm. O que foi dito é também adequável aos serviços com atividades e bens ou serviços iguais às UH.

Através desta avaliação, os serviços vão sofrer alterações ao nível do orçamento, do CG seguinte e da AD que é realizada aos dirigentes superiores (DS). Se o serviço apresentar um desempenho insuficiente, esta avaliação pode levar à elaboração de uma nova carta de missão, com novas medidas que

funcionam de forma a incluir um plano de recuperação ou a correção dos desvios que foram detetados. Havendo, a partir desta avaliação, uma justificativa para a conveniência ou não da existência do serviço e da sua missão, atribuições, organização e atividades, sendo sempre investigados os responsáveis por estas falhas.

#### **4.2.2 SIADAP 2**

De acordo com a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, os dirigentes da AP quando estão em CS, são avaliados, em relação ao seu desempenho, no fim desta comissão ou do prazo que a nomeação apresenta. Apesar desta avaliação, é feita uma monitorização em cada ano civil, quando os trabalhadores são dirigentes por seis meses ou mais, sendo estes contínuos ou intervalados. Dentro da avaliação dos dirigentes, é realizada uma avaliação dos DS e uma avaliação dos dirigentes intermédios, segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro.

Em relação à AD dos DS, estes são avaliados relativamente a dois parâmetros, o “Grau de cumprimento dos compromissos” e as “Competências” (artigo 30º da Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro). O primeiro é referente à execução dos compromissos a que se propuseram nas cartas de missão, em que têm por base os indicadores de medida que estão fixados nos objetivos de eficácia, eficiência e qualidade para avaliar os resultados que obtiveram. O segundo diz respeito às competências que demonstraram, em relação à liderança, à visão estratégica, à representação externa e à gestão.

Para além desta avaliação, de acordo com o artigo 31º da lei referida anteriormente, é possível a realização de uma monitorização intercalar, em que o DM vai enviar ao membro do Governo responsável um relatório do qual constem as atividades do dirigente, contendo a sua autoavaliação e uma explicação do cumprimento dos compromissos referidos na carta de missão. Por outro lado, os DS vão entregar ao DM um relatório em que esclarecem os resultados que obtiveram e em que apresentam o seu progresso em comparação com os anos antecedentes.

Nesta avaliação os DS são examinados através de níveis de sucesso, havendo uma averiguação da superação do desempenho em alguns domínios, tendo em conta os requisitos que o cargo que executam pressupõe em relação a cada parâmetro. A monitorização referida anteriormente, no fim da CS, vai justificar o nível apresentado nesta avaliação. Dependendo da apreciação feita na monitorização, esta pode ser uma fundamentação para a cessação da CS. Além desta justificação, a CS pode cessar se a AD dos dirigentes não for positiva e no caso de não ser realizado o SIADAP, quando a justificativa para não o executar se deva aos dirigentes máximos dos serviços.

Relativamente aos avaliadores de cada sistema de AD, de acordo com o artigo 33º da lei referida, cada dirigente tem um avaliador diferente. O DM é avaliado pelo membro do Governo que deferiu a sua carta de missão e os DS são avaliados pelo DM que deferiu a sua carta de missão, tendo esta avaliação de ser aprovada pelo membro do Governo competente.

Em relação à AD dos dirigentes intermédios, esta é um pouco diferente. Os seus parâmetros de avaliação são os resultados que foram obtidos e as competências de cada dirigente. Nestas últimas, estão inseridas a aptidão para liderar e as competências práticas e de comportamento que devem ter para executar o seu cargo.

Relativamente à avaliação, esta assenta em resultados obtidos, que vão depender dos objetivos e dos indicadores de desempenho, que são negociados no início da CS com o trabalhador que os vai avaliar. Cada objetivo vai ser avaliado de acordo com os resultados em três níveis:

- Objetivo superado – 5 pontos;
- Objetivo atingido – 3 pontos;
- Objetivo não atingido – 1 ponto.

Para chegar à avaliação final de todos os objetivos, que nunca podem ser inferiores a três, é feita uma média aritmética dos pontos atribuídos.

Em relação às competências, estas são selecionadas de entre as que são aprovadas numa lista feita pelo membro do Governo responsável pela AP,



através de um acordo entre o avaliado e o avaliador, sendo superiores ou iguais a cinco. Cada competência vai ser avaliada de acordo com três níveis:

- Competência demonstrada a um nível elevado – 5 pontos;
- Competência demonstrada – 3 pontos;
- Competência não demonstrada ou inexistente – 1 ponto.

Para chegar à avaliação final de todas as competências é feita uma média aritmética dos pontos atribuídos. Desta forma, a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, refere que, para realizar uma avaliação final, é feita uma média dos dois parâmetros, sendo que, os resultados valem, no mínimo, 75% e as competências valem, no máximo, 25%, havendo a possibilidade de alterar as percentagens de acordo com o cargo que os dirigentes detêm. Esta avaliação vai ser apresentada em menções qualitativas, em que:

- Desempenho relevante – 4 a 5 pontos;
- Desempenho adequado – 2 a 3,999 pontos;
- Desempenho inadequado – 1 a 1,999 pontos.

De acordo com o artigo 36º da lei referida anteriormente, nesta avaliação é, também, possível uma monitorização intercalar, sendo necessária a entrega de um relatório, até ao dia 15 de abril de cada ano, em que esteja presente a explicação da evolução dos resultados que foram obtidos tendo em conta os objetivos.

Dentro dos dirigentes intermédios existem os dirigentes intermédios de 1º e de 2º grau, sendo que, são avaliados por superiores diferentes. Os dirigentes intermédios de 1º grau são avaliados pelo dirigente superior de que estejam dependentes diretamente e os dirigentes intermédios de 2º grau são avaliados pelo dirigente superior ou o dirigente intermédio de 1º grau de que estejam dependentes diretamente. Sempre que houver justificação para tal, o dirigente superior pode confiar a avaliação a avaliadores que estejam designados para tal, desde que estes tenham categoria ou cargo superior a quem estão a avaliar.

Esta avaliação pode, também, resultar na cessação ou renovação da CS em causa, sendo que, quando é atribuído um desempenho inadequado, este

constitui justificação para que seja cessada a mesma. Quando não é aplicado o SIADAP 2 devido ao dirigente intermédio, a CS deste cessa e considera-se na AD que as orientações dadas pelo Conselho Coordenador de Avaliação (CCA) não foram alcançadas, sem justificação.

### **4.2.3 SIADAP 3**

Segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, o SIADAP 3 reputa-se aos dois anos civis anteriores e avalia os trabalhadores de dois em dois anos, sendo que podem ser efetuadas alterações.

Para ser realizado o SIADAP 3 são necessários diversos requisitos. A lei, refere que, o facto de que sempre que o trabalhador tenha seis meses de relação jurídica de emprego público no ano que antecede o ano de execução do ciclo avaliativo, a avaliação deve ser realizada juntamente com o ciclo seguinte. É avaliado o desempenho quando o trabalhador tem pelo menos um ano de prática das suas funções, tendo o mesmo tempo de trabalho efetivo. Neste caso, se houver mais do que um avaliador, o que estiver de avaliar o trabalhador pode requerer a opinião dos avaliadores que estiveram encarregues do avaliado, para que a avaliação seja mais adequada. O serviço efetivo referido tem de ser realizado tendo contacto com o avaliador, e, se tal não for possível devido às funções executadas, o CCA poderá permitir que seja realizada a avaliação.

Segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, no caso do CCA não permitir a realização da avaliação, e se o trabalhador, mesmo tendo relação jurídica há mais de um ano com a instituição, não tiver o trabalho efetivo correspondente, a AD não é executada. Por sua vez, é realizado um arrastamento da avaliação do biénio que antecedeu o biénio em que deveria ser feita a avaliação. Ainda, se não for possível realizar a avaliação no ano antecedente ou se o trabalhador pretender ter uma avaliação diferente da que lhe foi atribuída, este pode solicitar que o CCA realize a sua avaliação do biénio anterior, tendo o avaliador de propor esta avaliação.

Pode ser realizada, também, uma avaliação por ponderação curricular. Esta, segundo o artigo 43º da lei referida, vai ser aplicada sobre as habilitações, tanto acadêmicas como curriculares, sobre a experiência em termos de profissão do trabalhador e a apreciação do currículo e, ainda, a prática de cargos dirigentes ou de proveito social ou público. Para chegar a esta avaliação, são definidos critérios delimitados pelo CCA que farão com que haja uma ponderação equilibrada e uniforme para todos os serviços.

Apesar de haver uma confidencialidade do sistema de avaliação, a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, expõe que, depois de realizado o processo de avaliação dos trabalhadores, é publicitado o seu resultado, tanto a alteração de posição da remuneração e a adjudicação de um prémio de desempenho, como as menções qualitativas que originaram essas alterações ou adjudicação.

Para realizar esta avaliação, segundo a lei referenciada, são utilizados dois parâmetros, os resultados e as competências.

De acordo com a lei mencionada, o parâmetro de resultados advém do cumprimento ou não dos objetivos que foram fixados, sendo estes de fabrico de bens e serviços, qualidade, eficiência e progresso das competências, podendo haver, ainda, objetivos de responsabilidade partilhada. Estes objetivos são três no mínimo e sete no máximo e vão ter por base o local onde o trabalhador efetua as suas atividades. Ainda, para chegar aos resultados dos objetivos fixados, têm de se estabelecer, no máximo, três indicadores de medida do desempenho.

Tal como é referido pela Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, estes resultados são avaliados através de três níveis:

- Objetivo superado – 5 pontos;
- Objetivo atingido – 3 pontos;
- Objetivo não atingido – 1 ponto.

Para chegar à avaliação final, realiza-se a média aritmética de todos os pontos atribuídos aos objetivos. Na atribuição desta avaliação, se não tiver sido possível alcançar alguns objetivos, avaliam-se os outros objetivos que tenham sido realizados, desde que a justificação para a não realização destes objetivos

não diga respeito aos participantes da avaliação e não seja praticável a realização de objetivos novos. Relativamente aos objetivos de responsabilidade partilhada, referidos anteriormente, os trabalhadores têm de ter uma avaliação igual, exceto se houver trabalhadores que mereçam uma avaliação distinta, tendo esta de ser fundamentada.

Relativamente ao parâmetro das competências, a lei mencionada refere que estas têm de ser, para cada um dos trabalhadores, iguais ou superiores a cinco. Estas competências têm as mesmas bases referidas anteriormente no SIADAP 2. Em relação à sua avaliação, estas são avaliadas através de uma média ponderada de três níveis:

- Competência demonstrada a nível elevado – 5 pontos;
- Competência demonstrada – 3 pontos;
- Competência não demonstrada ou inexistente – 1 ponto.

Depois de executada esta avaliação, segundo a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, é realizada uma média das ponderações que foram atribuídas aos dois parâmetros referidos, tendo os resultados um peso de 60%, no mínimo e o das competências um peso de 40%, no máximo. Apesar de haver estas ponderações, o membro do Governo que se encontra responsável pela AP e o membro do Governo da tutela, podem instituir limites distintos dependendo da carreira e das alçadas e gestão dos serviços. Depois de realizada esta média, a avaliação final é exposta através de menções qualitativas, que são:

- Desempenho relevante – 4 a 5 pontos;
- Desempenho adequado – 2 a 3,999 pontos;
- Desempenho inadequado – 1 a 1,999 pontos.

Quando o avaliado obtém uma menção de desempenho relevante, é necessário que o CCA reconheça este mérito, sendo este expressado em desempenho excelente, tendo de justificar esta menção através do impacto do desempenho e das colaborações que o trabalhador realizou que tenham sido pertinentes para o serviço. Esta menção equivale à avaliação máxima possível de atribuir e deve ser publicada nos meios internos de que o serviço dispõe.

De acordo com a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, quando o avaliado é classificado com a menção de inadequado, o avaliador tem de fundamentar esta avaliação, tendo de explicar cada parâmetro pelo qual foi avaliado o trabalhador. Tem de haver esta fundamentação para que haja uma decisão de forma a observar quais são essas justificações, quais são as formações que devem ser realizadas e executar um plano que leve ao desenvolvimento do trabalhador em relação ao seu desempenho.

Ainda, a avaliação dos trabalhadores produz efeitos no seu trabalho. Segundo a lei referida, esta faz com que se desenvolvam as potencialidades dos avaliados, tanto a nível pessoal como profissional, se percebam as carências de formação que existem, quais as competências e os comportamentos dos avaliados que devem ser melhoradas e, ainda, se a avaliação produz efeitos na remuneração do trabalhador, fazendo com que possa haver modificação do seu posicionamento remuneratório e levar ao ganho de prémios de desempenho. Com este sistema deve ser possível o reconhecimento da evolução e do desenvolvimento dos avaliados.

De acordo com a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, no processo de avaliação existem diversos intervenientes, sendo estes:

1. Avaliador
2. Avaliado
3. CCA
4. Comissão Paritária (CP) e
5. DM de cada serviço.

1. Avaliador

Em conformidade com a lei supracitada, o avaliador é o superior hierárquico do avaliado ou o superior hierárquico deste, no caso de o primeiro se encontrar ausente ou houver algum impedimento. Este tem diversas competências, sendo elas:

- A negociação dos objetivos do trabalhador e a fixação dos indicadores que vão medir o desempenho, de acordo com o quadro que o CCA elaborou com as instruções globais;
- A revisão dos objetivos que são negociados anualmente com o avaliado, de forma a, caso seja necessário, adaptá-los e, ainda, informar o avaliado sobre o seu desempenho, tanto a sua evolução como os aspetos em que é necessário melhorar;
- O acordo das competências do avaliado (artigos 45º e 48º);
- De acordo com os “princípios integrantes da avaliação” (artigo 56º da Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro), a avaliação dos trabalhadores que estão dependentes de si, anualmente;
- A avaliação do que os trabalhadores esperam no método de reconhecimento das suas carências em relação ao desenvolvimento;
- Quando os avaliados têm as menções de relevante e de inadequado, a justificação desta ponderação.

Para a realização desta avaliação, a lei mencionada indica que, o avaliador deve compilar os contributos que considera essenciais para justificar as menções atribuídas, nomeadamente havendo trabalhadores que detenham uma responsabilidade de organização e guia relativamente à ocupação desenvolvida pelos avaliados. Os avaliadores têm, ainda, de aplicar e divulgar o sistema de avaliação, em tempo válido, aos avaliados, cumprindo sempre os seus princípios e a distinção do mérito.

## 2. Avaliado

O avaliado tem um conjunto de direitos e deveres, que nos são indicados pela Lei 66°-B/2007, de 28 de dezembro, como podemos verificar na **Tabela 1**.

**Tabela 1:** Direitos e deveres dos avaliados

| <b>Direitos</b>  | <b>Deveres</b>   |
|--|--|
| Garantia de meios e condições que façam com que o seu desempenho esteja de acordo com os objetivos e os resultados que sejam contratualizados. | Realizar a autoavaliação, de forma a garantir que haja um envolvimento e uma responsabilização do mesmo no sistema de avaliação. |
| Ao seu desempenho ser avaliado.  | Preparar com o avaliador os seus objetivos e competências, assim como os respetivos indicadores de medida.                       |
| A entender os objetivos, apoios, assuntos abordados e exercício do sistema que os avalia.  |  |
| A queixa, recurso e questionamento jurisdicional.  |  |

Fonte: Lei 66°-B/2007, de 28 de dezembro

## 3. Conselho Coordenador da Avaliação

De acordo com a Lei 66°-B/2007, de 28 de dezembro, o CCA opera em conjunto com o DM do serviço a ser avaliado. Este tem como competências:

- Criar diretrizes que façam com que o SIADAP seja aplicado de uma forma objetiva e harmoniosa;
- Determinar as orientações gerais relativamente à determinação dos objetivos, das competências e dos indicadores de medida, estabelecendo, nomeadamente, orientações em relação à forma como os avaliados poderão superar os objetivos;

- Identificar o número de objetivos e de competências que devem estar presentes na AD, podendo estes ser definidos por trabalhador, serviço, UO ou carreira;
- Assegurar que os desempenhos avaliados pelo SIADAP 3 sejam rigorosos e diferenciados, tendo de validar quando são atribuídas as menções de relevante e inadequado e tendo de reconhecer a menção de excelente;
- Transmitir o seu parecer em relação aos requerimentos relacionados com a análise das sugestões de avaliação dos dirigentes intermédios avaliados;
- Outras competências que lhe são atribuídas através de lei ou de regulamento.

Segundo a lei citada, este conselho tem como elementos o DM do serviço, sendo este o seu presidente, o responsável pelos Recursos Humanos, e entre três e cinco dirigentes que são indicados pelo responsável dos Recursos Humanos. Quando os serviços são de maior dimensão, para que o funcionamento das competências do CCA seja exequível, é possível a criação de seções autónomas das quais o DM será presidente, em que os dirigentes poderão fazer parte, num número reduzido. No caso de não ser possível constituir uma CCA devido à estrutura do serviço, é possível que o DM do serviço crie uma comissão de avaliação através de despacho, sendo esta composta por trabalhadores que detenham funções com uma responsabilidade adequada.

Ainda, de acordo com o nº6 do artigo 58º da Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, o funcionamento do CCA deve ser organizado através de regulamento, em que, cada serviço, de acordo com a sua natureza e dimensão, vai elaborar o seu próprio.



#### 4. Comissão paritária

De acordo com a Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro, a CP detém uma capacidade apenas consultiva, apreciando, em conjunto com o DM do serviço, as propostas avaliativas que foram facultadas aos avaliados, previamente à realização da homologação.

Esta comissão é constituída por quatro vogais, em que dois, indicados pelo DM de cada serviço, são representantes da Administração, sendo que, um deles é membro do CCA, e mais dois que são eleitos pelos trabalhadores como seus representantes. Os primeiros vogais referidos devem ser quatro, dois efetivos e dois suplentes, designados durante quatro anos, sendo que, um dos vogais efetivos vai orientar o que a comissão realiza. Em relação aos segundos vogais referidos, estes devem ser seis, eleitos pelos trabalhadores durante quatro anos, divididos em dois efetivos e quatro suplentes. Quando, no mínimo, metade dos vogais, tanto efetivos como suplentes, vê o seu mandato suspenso, é possível repetir a nomeação dos representantes da Administração e a eleição dos representantes dos trabalhadores. Sendo que, esta repetição só se pode dar cinco dias depois e apenas uma vez, passando os novos vogais a agregar a CP até ao fim do mandato. Caso os trabalhadores não participem na eleição dos vogais que os representam, e caso não seja possível realizar os procedimentos referidos para substituir vogais, a CP não é formada, podendo haver a avaliação sem a hipótese de recorrer a uma comissão para que aprecie a avaliação, tal como é mencionado na Lei 66º-B/2007, de 28 de dezembro.

No caso dos serviços de maior dimensão é possível a composição de diversas comissões paritárias, sendo que a lei supracitada refere que os vogais que representam a Administração são membros das seções autónomas e os vogais que representam os trabalhadores são eleitos pelos trabalhadores que façam parte daquela seção.

## 5. Dirigente máximo do serviço

O DM do serviço tem diversas competências, sendo estas, segundo a Lei 66°-B/2007, de 28 de dezembro:

- A adaptação do sistema de AD ao serviço que irá ser colocado em prática;
- Fazer com que o procedimento avaliativo seja realizado em conformidade com as regras e os princípios que a lei referida define;
- Garantir que as percentagens que diferenciam o desempenho, instituídas na lei do SIADAP, sejam respeitadas;
- Aprovar as avaliações atribuídas (esta pode ser delegada a outros DS do serviço);
- Tomar decisões relativamente às queixas dos avaliados;
- Elaborar o relatório relativo à AD, em que está inserido o relatório de atividades do serviço referente ao ano em que é realizada a avaliação;
- Executar outras competências que lhe possam ser atribuídas.

No caso deste não aprovar as avaliações que foram adjudicadas, tanto pelos avaliadores como pelo CCA, a Lei 66°-B/2007, de 28 de dezembro, menciona que o DM do serviço pode atribuir uma menção qualitativa nova, referindo a sua quantificação e devendo justificar esta nova avaliação.

De acordo com a lei mencionada, para realizar a AD dos trabalhadores é necessário realizar diversas fases, sendo estas:

1. Planear o processo avaliativo e definir os objetivos e os resultados que os avaliados devem atingir;
2. Executar a autoavaliação e a avaliação;
3. Conciliar as propostas de avaliação;
4. Reunir o avaliador e o avaliado, de forma a realizar a avaliação de desempenho, a contratualizar os objetivos e os seus indicadores de medida e fixar as competências;
5. Aprovar as avaliações e reconhecer as menções de Desempenho Excelente;

6. A CP aprovar o processo avaliativo;
7. Aprovar as avaliações;
8. Apresentar queixas e outras impugnações;
9. Monitorizar e rever os objetivos.

Desta forma, ficamos a entender melhor como funciona o SIADAP, para que seja possível, mais à frente, estudar os restantes sistemas de AD dos trabalhadores que existem.

O Gráfico 1 esquematiza o SIADAP.

**Gráfico 1:** Sistema de avaliação de desempenho geral



**Fonte:** Elaboração própria (Lei nº66º-B/2007, de 28 de dezembro)

### **4.3 Sistemas de avaliação de desempenho adaptados no CHBV**

Na entidade de acolhimento do estágio, existem diversas carreiras, tais como: assistentes operacionais e técnicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT), técnicos superiores de saúde, informáticos, farmacêuticos e médicos. Cada uma destas carreiras é avaliada em relação ao seu desempenho através de diferentes sistemas de AD, sendo que os assistentes operacionais e técnicos, os técnicos superiores de saúde e os informáticos são avaliados pelo regime geral e os médicos não são, ainda, avaliados. Desta forma, de seguida, será explicado como são adaptados os sistemas dos enfermeiros, dos farmacêuticos e dos TDT, que são os únicos avaliados por um sistema adaptado face ao sistema geral.

Começando pelo sistema de AD dos enfermeiros, verificamos que, esta carreira profissional é avaliada pelo SIADAP 3, respeitando o que a Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro fixa. Em conjunto com esta, são feitas adaptações através da Portaria nº242/2011, de 21 de junho, para a carreira especial de enfermagem, em que os enfermeiros detêm contrato de trabalho em funções públicas. Sendo essas adaptações ao nível dos parâmetros de avaliação e dos avaliadores.

Os enfermeiros são avaliados de acordo com dois parâmetros de avaliação: “objetivos individuais” e “comportamentos profissionais”, como refere o artigo 2º da portaria nº242/2011, de 21 de junho. Em relação aos objetivos, estes têm de ser pelos menos cinco, sendo fixados de entre objetivos que dizem respeito à intervenção, à qualidade e segurança do trabalho exercido, à eficiência da organização e à evolução profissional, havendo ponderações diferentes para cada objetivo. Em relação aos comportamentos, estes devem ser selecionados de uma lista que é previamente elaborada pelo CCA. No caso de esta lista não ser fixada, os comportamentos são escolhidos de entre uma lista que é estabelecida pela portaria referida, tendo sempre em conta a atividade funcional exercida pelo enfermeiro.

Em relação aos avaliadores, o artigo 9º da portaria referida, afirma que, neste caso, existem dois avaliadores, em que o primeiro detém as competências que estão referidas na Lei que estabelece o SIADAP e o segundo avaliador tem a função de acompanhar o que o avaliado faz ao longo do período de avaliação, fazendo o registo da sua atividade. Apesar de ser função do segundo avaliador, os dois avaliadores têm de ter contacto funcional com o avaliado.

De seguida, apresentando o sistema de AD da carreira especial farmacêutica, verificamos que esta é avaliada pelo SIADAP 3, na sua maioria, havendo apenas algumas alterações, em relação aos avaliadores, ao CCA e à CP, que estão legisladas na Portaria nº26/2019, de 18 de janeiro.

Relativamente aos avaliadores, segundo o artigo 2º da portaria referida, estes são compostos pelos funcionários que sejam diretores ou coordenadores da área a que estão relacionados. Em relação ao CCA, o artigo 3º da mesma portaria, refere que este é composto pelo DM do serviço, sendo o mesmo o presidente, podendo este delegar esse poder a um farmacêutico indicado. Além do presidente, este conselho é composto pelo responsável da gestão de recursos humanos e, ainda, pelos farmacêuticos que detenham funções de direção ou coordenação. Por fim, relativamente à CP, esta é apenas consultiva, sendo constituída unicamente por trabalhadores farmacêuticos. Esta comissão é composta por quatro vogais, que incluem dois representantes da Administração, tendo de ser, um dos seus vogais, pertencente ao CCA, e dois representantes dos trabalhadores farmacêuticos. Fora estas adaptações, este sistema rege-se pelo que está estipulado na Lei nº66-B/2007, de 28 de dezembro.

Por fim, apresentando o sistema de AD dos TDT, este sistema é regido pelo Decreto-lei nº564/99 e pelo Despacho nº13 935/2000.

O Decreto-lei nº 564/99, de 21 de dezembro, estabelece o estatuto da carreira de TDT. De entre os seus diversos temas, este estatuto determina as orientações para a AD dos TDT. Em conjunto com este, está o Despacho nº13 935/2000, que regula, também, a AD dos TDT, em alguns aspetos.

De acordo com o artigo 18º do Decreto-lei nº564/99, de 21 de dezembro, os objetivos desta AD passam por, através da depreensão das necessidades e

potencialidades dos TDT, contribuir para que estes tenham um melhor desempenho, fazer com que os mesmos sejam valorizados, podendo progredir na carreira, reconhecer os motivos que levaram ao rendimento apresentado e aferir se existe a necessidade de realizar formações.

Segundo o Decreto-lei nº 564/99, de 21 de dezembro, e o Despacho nº 13 935/2000, de forma a concretizar esta avaliação são realizadas diversas entrevistas. Os TDT são avaliados de três em três anos e, no decorrer deste período, concretizam-se, pelo menos, duas entrevistas por ano, entre o avaliado e o avaliador. Nas entrevistas referidas, o avaliado deve, previamente, preencher um relatório de autoavaliação e o avaliador deve igualmente preencher um relatório de avaliador, sendo analisados os mesmos aspetos nos dois relatórios. Nestes relatórios são analisados o nível de eficácia, a correção das atuações e a humanização que o avaliado apresenta.

Decorridos os três anos referentes à avaliação, é realizada uma entrevista entre o avaliador e o avaliado, em que é definida a menção qualitativa que é atribuída ao trabalhador. Nesta entrevista, o avaliado apresenta um relatório crítico das atividades que realizou ao longo do período em que está a ser avaliado, sendo, a partir deste, que é discutida a avaliação do trabalhador, apesar de o avaliador poder apresentar a avaliação em que teria pensado.

A menção qualitativa desta avaliação é apresentada como satisfaz e não satisfaz, não havendo, neste caso, uma correspondente quantitativa, de acordo com o artigo 21º do Decreto-lei nº 564/99, de 21 de dezembro.

Neste sistema, os TDT são avaliados por dois técnicos, apesar de o artigo 21º do Decreto-lei supramencionado salvaguardar que, em determinadas situações, é possível haver apenas um avaliador. Estes avaliadores são os técnicos que exercem funções de coordenação e subcoordenação, e pode ser, também, o técnico-diretor. Os técnicos que avaliam devem deter uma categoria superior a quem estão a avaliar. No caso de o mesmo não acontecer, estes devem pertencer aos cargos anteriormente referidos, havendo exceções, podendo um técnico com a mesma categoria do avaliado ser nomeado como avaliador.

Relativamente às restantes fases do sistema de AD dos TDT, ao analisar as normas referidas, depreende-se que estas são iguais ao SIADAP, que foi explicitado anteriormente. Há apenas alteração do nome de CP para comissão técnica, detendo as mesmas funções.

#### **4.4 Adaptação do SIADAP 3 a trabalhadores Médicos**

Como referido anteriormente, este sistema não está a ser implementado na entidade de acolhimento. Por essa razão, será apresentada a forma como este se deveria processar, recorrendo à legislação adequada.

A AD dos médicos está legislada de maneira diferente para os trabalhadores que se encontram com contrato de trabalho em funções públicas (CTFP), sendo que, estes estão integrados na carreira especial médica, e para os que têm um CIT, estando estes integrados na carreira médica (Acss, n.d.). De acordo com o Manual de Apoio relativo à adaptação do SIADAP 3 à carreira especial médica, da Administração Central do Sistema de Saúde, os trabalhadores não sindicalizados regem-se pela Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio, já os trabalhadores em CIT são regidos pelo Acordo celebrado entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. e outros e a Federação Nacional dos Médicos, no Boletim de Trabalho e Emprego (BTE) n.º48\_2011 e os médicos em CTFP, que são sindicalizados, são abrangidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) n.º 12/2011, DR, 2ª Série, de 12 de dezembro.

Desta forma, começamos pelo sistema de AD dos médicos em CTFP, que é regularizado pela Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio. Quem está abrangido por este sistema são os trabalhadores médicos em CTFP, tanto com contratos indeterminados, como com contratos a termo, desde que o termo seja igual ou superior a seis meses e, ainda, os trabalhadores em funções públicas. Neste sistema não estão incluídos os médicos internos.

O artigo 6.º da Portaria n.º209/2011, de 25 de maio, diz respeito à periodicidade da AD dos médicos. Este artigo faz referência ao artigo 41.º da Lei 66.º-B/2007, de 28 de dezembro, sendo que, devido às alterações realizadas a esta



lei, este sistema passou a ser realizado bienalmente, dizendo respeito aos dois anos civis anteriores.

Tal como referido em relação ao SIADAP 3, este desempenho pode igualmente ser avaliado por ponderação curricular. Neste caso, esta avaliação deve ser requerida ao CCA por uma equipa de avaliação (EA), devendo esta equipa ser formada por dois médicos que auferem grau de consultor da carreira especial médica, no mínimo, sendo estes designados pelo dirigente ou pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.

O sistema de AD dos médicos, segundo o artigo 8º da portaria referida, é avaliado consoante dois parâmetros: os objetivos individuais e as competências de desempenho.

Os objetivos individuais, que estão referidos no artigo 9º da Portaria nº209/2011, de 25 de maio, prendem-se com a importância da atividade dos médicos, pela quantificação dos atos médicos, pelo progresso e evolução profissional e pela atividade de pesquisa médica. Estes objetivos devem abranger, no mínimo, três dos cinco âmbitos existentes, que passam pela “assistência e produtividade”, “formação”, “investigação”, “organização” e “atitude profissional e comunicação” (artigo 9º da Portaria nº209/2011, de 25 de maio). Os objetivos devem ser fixados de forma que se enquadrem nos objetivos da UO e da equipa médica em que o avaliado está inserido, sendo necessária uma reunião com os avaliados para que os mesmos examinem os objetivos. Sendo assim, a definição destes objetivos vai ser da competência dos avaliados, em conjunto com a equipa que os avalia, tendo de respeitar as orientações dadas pelo CCA. Sempre que os objetivos sejam fixados sem que o avaliado dê a sua opinião, deve haver uma fundamentação por escrito, que tem de ser apresentada ao avaliado. De entre os objetivos que são estabelecidos para cada ano, devem estar incluídos os âmbitos de “assistência e produtividade” e de “atitude profissional e comunicação”, obrigatoriamente, e devem, ainda, ser estabelecidos objetivos de qualidade da atividade dos médicos e de quantificação dos atos praticados pelos médicos. Os objetivos estabelecidos podem, ainda, ser de

responsabilidade partilhada quando os mesmos levem ao desenvolvimento do trabalho em equipa.

Segundo o artigo referido anteriormente, a cada um destes objetivos deve corresponder uma ponderação, tendo esta de ser conferida pelo CCA. De entre os diferentes objetivos existem diferenças na ponderação, sendo que os que correspondem à “assistência e produtividade” devem ter uma ponderação entre os 60% e os 85%, e os que dizem respeito à quantificação dos atos médicos devem ter uma ponderação superior aos 50% do parâmetro que está a ser avaliado. Cada um destes objetivos deve ter, pelo menos, dois, e no máximo cinco, indicadores de medida.

Depois de atribuídas as pontuações aos objetivos, segundo o artigo 10º da portaria supracitada, estes apresentam três níveis:

- Objetivo superado – 5 pontos;
- Objetivo atingido – 3 pontos;
- Objetivo não atingido – 1 ponto.

Sendo que, depois de atribuídos estes níveis aos objetivos se realiza uma média aritmética dos mesmos.

As competências de desempenho, de acordo com o artigo 11º da Portaria nº209/2011, de 25 de maio, dizem respeito às atividades que se podem observar e que são realizadas de uma forma padronizada. Estas vão ser escolhidas para cada avaliado de entre as competências que o CCA aprovou, sendo iguais ou superiores a cinco, não se podendo sobrepor às funções inerentes às categorias dos médicos.

Neste processo de avaliação, de acordo com o artigo 12º da portaria supracitada, é realizada uma autoavaliação, sendo esta executada com o objetivo de fazer com que os avaliados estejam envolvidos na sua avaliação, de forma que reflitam sobre o que realizaram ao longo do ano. Esta autoavaliação é obrigatória, devendo ser compreensível e breve e acompanhada de documentos que sejam considerados pertinentes. Sempre que o avaliado se encontrar em acumulação de funções, a ficha de autoavaliação deve, obrigatoriamente, ser

acompanhada por informação dada pelo responsável ou dirigente máximo relativamente a essas funções.

Esta autoavaliação deve ver tratados, obrigatoriamente, determinados aspetos, que, segundo o artigo referido, são: os objetivos e as competências que foram contratualizados; a descrição das atividades exercidas ao longo do período que está a ser avaliado; os resultados que, de acordo com os parâmetros acordados, o avaliado julga ter atingido; o auxílio que o avaliado prestou na concretização dos objetivos e metas fixados para o serviço; uma análise ao que foi realizado no serviço; as formações que o avaliado realizou e se as mesmas foram pertinentes para o exercício das suas funções; as componentes que o avaliado considera pertinentes para que tenha um desenvolvimento a nível profissional; e, ainda, propostas de projetos que podem vir a ser desenvolvidos, se considerar pertinente.

Depois de realizada a autoavaliação, a EA vai apreciar a mesma, de forma a compreender a opinião do avaliado e realizar uma avaliação mais precisa.

A avaliação final deste sistema de AD consiste no cálculo da média aritmética dos dois parâmetros referidos, em que o parâmetro dos objetivos individuais corresponde a, no mínimo, 60% e o parâmetro das competências de desempenho corresponde, no máximo, a 40%, como expõe o artigo 13º da portaria citada.

Neste sistema de AD intervêm diversos sujeitos, sendo que, de acordo com o artigo 14º da portaria supracitada, dentro de cada serviço ou estabelecimento de saúde, são:

- a) EA;
- b) Avaliado;
- c) CCA;
- d) CP da avaliação;
- e) Dirigente ou órgão máximo de gestão.

Quando o avaliado assim o pretender, pode convocar outros médicos para que estes exprimam a sua opinião em relação às atividades que o avaliado exerce, sendo que estes devem deter, por período igual ou superior a um ano,

conhecimento e experiência relativos a funções semelhantes às que o avaliado realiza e que estejam integrados num serviço diferente do serviço em que este se encontra.

A EA deste sistema, segundo o artigo 15º da Portaria nº209/2011, de 25 de maio, é composta por quatro médicos. O presidente da equipa é o superior hierárquico do avaliado, sendo este o seu superior direto. Este é acompanhado por dois médicos que detenham um grau de consultores e, ainda, é eleito um médico, sendo este da mesma equipa ou unidade orgânica, serviço ou estabelecimento que o avaliado. No caso deste último elemento da EA, não sendo possível a sua escolha ou votação, a equipa será constituída apenas pelo superior hierárquico e os dois médicos com grau de consultor. Quando o serviço ou unidade orgânica for composto por um número diminuto de médicos, a EA é também reduzida. Neste caso, a equipa pode ser composta por dois médicos, sendo que, um deles é o superior hierárquico do avaliado e o outro um médico que o dirigente ou o órgão máximo de gestão do serviço/UO indica. Nesta EA, pelo menos um dos seus elementos tem de contactar, no âmbito das suas funções, com o avaliado, pela duração mínima, imposta legalmente, para que a AD produza efeitos.

De acordo com o artigo 15º da portaria referida anteriormente, o superior hierárquico do avaliado tem diversas funções, sendo que, este tem o dever de recolher e registar as participações referentes ao desempenho dos avaliados por parte da restante EA. Em caso de empate, é o seu voto que desempata, tendo de ser devidamente justificado. E tem, ainda, de efetuar reuniões em conjunto com os restantes membros da EA, de forma a realizar avaliações objetivas e legítimas em relação ao avaliado. Todas as informações que forem retiradas desta reunião são da responsabilidade do superior hierárquico. Ainda, segundo a ACSS (2013), o superior hierárquico tem o dever de recomendar aos restantes membros da EA os objetivos e os critérios para os superar e os indicadores de medida que devem ser contratualizados com cada avaliado. Para realizar esta proposta deve ter em atenção o que o CCA recomendou e os objetivos que foram contratualizados para a UO em que se insere cada avaliado, tal como a sua equipa médica. Nos casos

em que a constituição da EA não seja possível, é também o superior hierárquico que detém o poder de avaliar.

Os membros desta EA são também médicos, o que faz com que tenham de ser, igualmente, avaliados. Neste caso, quando os médicos apresentam cargos de dirigentes, são avaliados pelo SIADAP 2. Quando esse não é o caso, irão ser avaliados por três médicos que fazem parte do seu serviço, equipa ou unidade. Destes três médicos, um é designado pelo dirigente ou órgão máximo de gestão e dois são selecionados pelo corpo clínico ou eleitos, através de voto secreto. Estes elementos irão recolher informação acerca do desempenho da EA, através de um questionário que irá ser autorizado pelo CCA, de forma que seja igual para todos. Quando não é possível a escolha ou votação destes avaliadores, é o DM que irá selecionar esses avaliadores e quem irá preparar a proposta de avaliação, ficando, assim, com as atribuições do superior hierárquico do avaliado.

Como já referido anteriormente, nas AD existe um CCA. No caso da AD dos médicos, este conselho apresenta diversas competências, tendo o mesmo a responsabilidade de definir os critérios e a política que devem ser respeitados neste sistema de avaliação e, ainda, garantir que a utilização do sistema seja uniforme. Para alcançar estas competências gerais, o CCA tem diversas competências específicas, que se prendem com:

- Determinar orientações gerais para que sejam fixados os parâmetros da avaliação referidos acima e para que sejam escolhidos os indicadores de medida, tendo em especial atenção os indicadores que irão levar à superação dos objetivos;
- Homologar a lista que diz respeito ao parâmetro das competências de desempenho;
- Recomendar em relação à realização de formações;
- Propagar a execução de formulários que serão utilizados para que haja um desenvolvimento do processo avaliativo;
- Preparar o relatório relativo à avaliação dos médicos anualmente e o regulamento interno (Portaria nº209/2011, de 25 de maio).

Este conselho é composto pelo diretor clínico, que é o seu presidente, pelo responsável pela gestão de recursos humanos, e por, entre três a cinco, dirigentes designados por este último, tendo estes de apresentar uma categoria não inferior a assistente graduado. Este conselho pode, ainda, recorrer a médicos, que detenham grau de consultores e que apresentem experiência em relação a avaliar trabalhadores, para que estes o auxiliem, sendo que estes não irão poder expor o seu voto. Nos casos em que não seja possível a constituição deste conselho, pode ser formada uma comissão de avaliação, através de despacho elaborado pelo dirigente ou órgão máximo.

O CCA pode, ainda, requerer que outros dirigentes ou chefes participem nas reuniões do conselho, não tendo estes, também, direito a voto e, ainda, pedir aos serviços os componentes e pareceres que considere essenciais.

Nos casos em que os assuntos que estão a ser avaliados disserem respeito a alguns dos elementos do conselho, este deve funcionar de forma restrita, podendo apenas avaliar esses assuntos os elementos em que não haja conflito de interesses.

O artigo 18º da portaria a ser estudada refere a CP. Esta comissão é composta por médicos que, em conjunto com o dirigente ou órgão máximo de cada estabelecimento ou serviço, têm como função a apreciação das propostas que foram dadas para a AD antes que estas sejam homologadas, tendo, assim, um carácter consultivo. Para que esta comissão possa exercer as suas funções, é-lhe permitido solicitar os elementos oportunos à EA, ao avaliado ou ao CCA. Quando ocorrerem divergências entre os atos exercidos pelo dirigente ou órgão máximo e o relatório que a CP elaborar, estas devem ser fundamentadas.

Depois de analisada a Portaria percebemos que esta regula praticamente todas as vertentes da AD dos médicos, mas, para as vertentes que não são referidas nesta, recorre-se à Lei nº66º-B/2007, de 28 de dezembro.

Relativamente à AD dos médicos em CIT, carreira médica, sindicalizados, esta é regulamentada pelo Acordo celebrado entre o Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. e outros e a Federação Nacional dos Médicos, no BTE nº48\_2011, como referido anteriormente. Este acordo diz respeito a

trabalhadores médicos que se encontrem associados aos sindicatos que assinaram o acordo apresentado, tendo os mesmos de exercer funções nas entidades públicas empresariais, mais conhecidas como E.P.E., que façam parte do Serviço Nacional de Saúde. Para que os médicos possam estar abrangidos por este acordo têm, ainda, de apresentar um contrato de trabalho a termo, sendo este de, pelo menos, seis meses.

Depois de lido e analisado o acordo referido, verificou-se que as suas regras são iguais às da Portaria nº209/2011, de 25 de maio. Por esta razão, ambas as carreiras médicas irão ser avaliadas em relação ao seu desempenho da mesma forma.

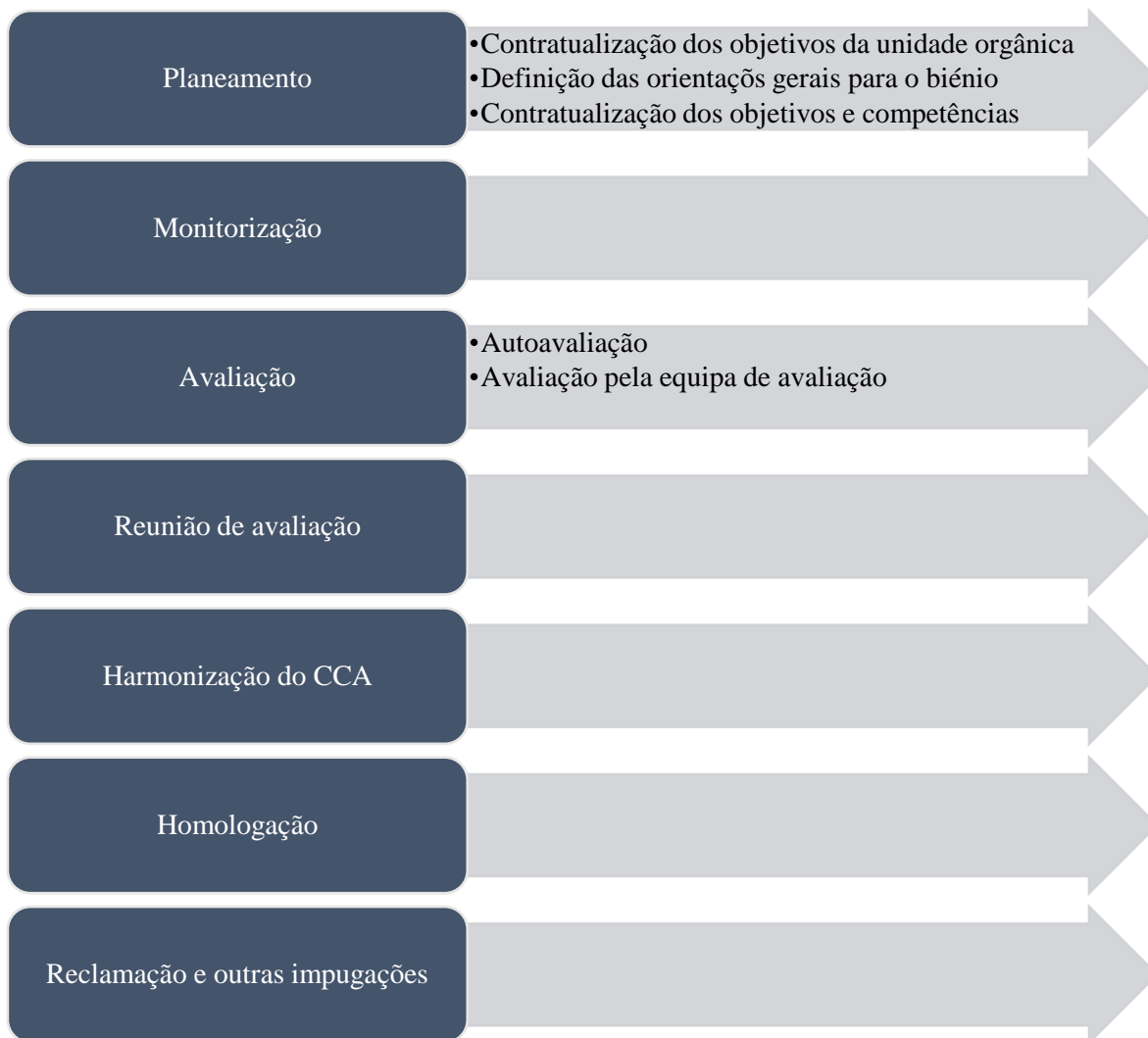
Por fim, relativamente aos trabalhadores médicos em CTFP, carreira especial médica, sindicalizados, estes são regulados pelo ACT n.º 12/2011, DR, 2ª Série, de 12 de dezembro, como supramencionado.

Mais uma vez, depois de analisado o acordo citado, verifica-se que as regras são as mesmas que foram apresentadas pela Portaria nº209/2011, de 25 de maio, sendo que, existe apenas uma alteração com a presença de uma CP do acordo.

A CP do Acordo está legislada na cláusula 25ª do ACT supracitado. Esta comissão é constituída por quatro representantes dos sindicatos e por quatro representantes das EPE, que fazem parte do acordo, sendo necessária a presença de, pelo menos, dois representantes de cada parte para que possa haver uma deliberação. A CP do Acordo irá acompanhar a aplicação do mesmo, registar as informações relativas aos efeitos e resultados, compreender e incluir as disposições do Acordo e as lacunas que possam suscitar através da sua aplicação e, por fim, pode decidir acerca dos modelos relativos às fichas de autoavaliação, à avaliação, à reformulação de objetivos e respetivos indicadores e à monitorização. Esta comissão irá ser convocada, quando necessário, por qualquer uma das partes, deliberando acerca dos assuntos requisitados. Esta deliberação, no caso de haver unanimidade dos representantes, irá ser vinculativa, sendo necessária a sua publicação no Diário da República.

O Gráfico 2 esquematiza o sistema de AD dos médicos.

**Gráfico 2:** Sistema de avaliação de desempenho dos médicos



**Fonte:** Elaboração própria (Portaria nº 209/2011, de 25 de maio)



## **PARTE II – ABORDAGEM METODOLÓGICA**

### **1. Metodologia**

De forma a justificar o que foi utilizado como métodos, pelo investigador, para o estudo, são utilizadas noções teóricas, que são explicadas pela metodologia. Esta metodologia vai observar e caracterizar os métodos, retratando os efeitos, as restrições e as qualidades que os mesmos incutem (Coutinho, 2019). Assim, devido à orientação deste relatório, foi adotada uma metodologia de carácter qualitativo.

Ao utilizar a metodologia qualitativa, segundo Biklen (2010), quem está a realizar a investigação pretende encontrar significados para as ações dos sujeitos que deseja estudar. Para alcançar estes resultados, o investigador apoia-se nas visões que os indivíduos têm do caso em estudo (Biklen, 2010). Segundo Coutinho (2019), a metodologia qualitativa demonstra que a teoria que se gera tem origem na informação que é recolhida, apresentando esta teoria uma natureza interpretativa. Esta metodologia qualitativa almeja perceber um tema, através do que as pessoas compreendem, das situações que vivenciam e dos conhecimentos que vão adquirindo ao longo da vida (Minayo, 2012). Assim, a metodologia qualitativa vai questionar os indivíduos relativamente ao que conhecem e sentem em relação a um tema e a sua opinião sobre a razão de uma situação ter-se passado de uma certa forma (Seers, 2012). Assim, quando é efetuada uma análise às perspetivas de atores sociais, a metodologia qualitativa é mais adequada (Kelly, 2016).

### **2. Desenho da investigação: estudo de caso**

Segundo Barañano (2008, p.102), “Um estudo de caso é uma investigação empírica que estuda um fenómeno contemporâneo, dentro de um contexto real, ...”. Já para Pardal e Lopes (1995, p.23), “os estudos de caso correspondem a um modelo de análise intensiva de uma situação particular (caso)”. Tal método possibilitará adquirir o conhecimento de um caso específico, concreto e real, o

que é pertinente para o tema em estudo e auxiliará a obtenção do objetivo inicialmente proposto. Desta forma, como o presente estudo irá incidir na opinião dos médicos do CHBV, com o propósito de perceber o sistema de AD dos médicos, verificando a percepção dos médicos e diretores de serviço relativamente a este sistema, e propor sugestões de melhoria, esta investigação será concretizada com recurso a um estudo de caso.

### **3. Métodos de recolha de dados**

Os métodos de recolha de dados fazem referência aos mecanismos que possibilitam a concretização dos objetivos da investigação, por parte do investigador, sendo a base que é necessária para obter conhecimento acerca do tema em estudo (Coutinho, 2019). Estes métodos de recolha de dados podem ser os métodos de investigação qualitativa ou os métodos de investigação quantitativa. Os primeiros apresentam uma abordagem de índole descritiva, em que são expostos conceitos, suscitando informações que se podem traduzir em palavras ou em imagens. Desta forma, para realizar este estudo, foram usados os métodos de investigação qualitativa.

Existem diversos métodos de recolha de dados que podem ser utilizados, como, por exemplo, a observação participante ou não participante, as entrevistas, os questionários, a análise documental, entre outros (Coutinho, 2019). Para serem escolhidos os métodos mais adequados, é necessário ter em atenção o objetivo principal do trabalho (Kelly, 2016).

Segundo Coutinho (2019), as entrevistas semiestruturadas são introduzidas em situações em que, o que se pretende, é recolher informação através das respostas de entrevistados, de forma a realizar comparações das suas respostas. Seguindo este pressuposto, de forma alcançar o objetivo principal deste relatório, que consiste em “avaliar o sistema de AD dos médicos no CHBV” foi definido que se iria utilizar como método as entrevistas semiestruturadas. Este método é pertinente, pois, como o sistema não é

realizado no centro hospitalar, dá a possibilidade de escutar, de uma forma mais profunda, os possíveis intervenientes no mesmo (médicos).

### **3.1 Entrevistas semiestruturadas**

As entrevistas realizadas provieram de dois guiões, um destinado aos médicos que têm cargos de direção de serviço e outro a médicos que integram os serviços.

De forma que os entrevistados menos familiarizados com o sistema de AD dos médicos pudessem perceber o seu funcionamento de uma forma mais clara, no início da entrevista foi mostrado um documento impresso, elaborado pela entrevistadora, com um resumo das fases deste sistema (ver anexo 1).

O guião de entrevista direcionado aos diretores de serviço é composto por 12 questões (ver anexo 2) e o guião direcionado aos médicos que não ocupam cargos de gestão é composto por 11 questões (ver anexo 3). Nestes guiões foram abordados os seguintes temas: importância de avaliar o desempenho; sistema de AD dos médicos; importância de ser avaliado por uma equipa; duração do ciclo de avaliação (CA) do sistema; pontos fortes e fracos do sistema; melhorias que poderiam ser feitas ao sistema; entraves à implementação do sistema; e o que podia levar a que fosse implementado.

Foram realizadas entrevistas em diversos serviços, sendo estes: Cirurgia Geral, Hematologia Clínica, Imuno-hemoterapia, Medicina do Trabalho, Medicina Intensiva, Medicina Interna, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia e Pediatria.

As entrevistas realizadas ocorreram entre o dia 28 de abril e o dia 27 de maio de 2021, tendo sido todas realizadas presencialmente no CHBV. As entrevistas tiveram uma duração média de 17 minutos. Foi pedido que as mesmas fossem registadas por via de áudio, para transcrição, tendo o mesmo sido autorizado em alguns casos. Noutros casos, não houve autorização para a gravação, tendo as respostas sido registadas em formato de papel.

De forma a assegurar o anonimato dos entrevistados, foi conferida uma codificação aos mesmos. Assim, os diretores de serviço foram identificados como “D” de “Diretor”, sendo codificados de “D1” a “D9”. Por outro lado, os médicos que não detêm cargos de direção, foram identificados como “M” de “Médicos”, sendo codificados de “M1” a “M11”.

## **PARTE III – ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. Estágio**

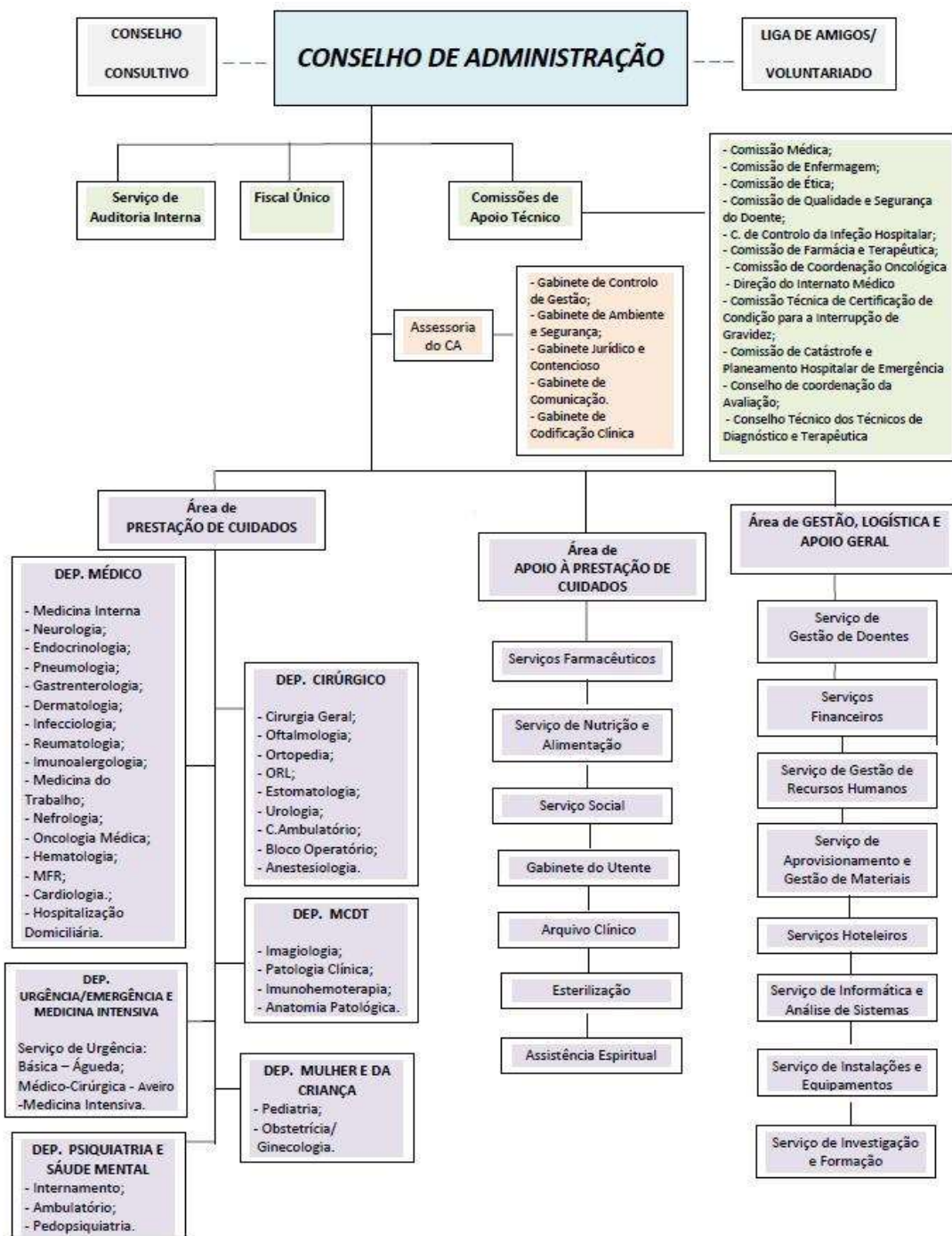
#### **1.1 Caracterização da entidade de acolhimento – CHBV**

A entidade de acolhimento do estágio realizado ao longo do ano letivo foi o Hospital Infante D. Pedro (Aveiro). Este pertence ao CHBV, que é constituído pelas unidades de Aveiro, Estarreja e Águeda (Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde, 2020).

O CHBV é uma pessoa coletiva de direito público, que detém personalidade jurídica e autonomia a nível administrativo, financeiro e patrimonial, o que o institui como uma EPE (Centro Hospitalar Baixo Vouga, 2013).

A entidade de acolhimento tem como missão a prestação de diferentes cuidados de saúde com qualidade a diversos concelhos do distrito de Aveiro, realizando parcerias com serviços de saúde e sociais diferentes e dando ênfase à motivação dos funcionários. De forma a ser possível o cumprimento da sua missão, o CHBV dispõe de diversas áreas de prestação de cuidados e de apoio direto a essa prestação e, ainda, dispõe de serviços de suporte a todas as áreas, que passam pelas áreas de gestão, logística e apoio geral, tal como vemos na figura 1 (Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde, 2020).

**Figura 1: Organograma do CHBV**



Fonte: Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde (2020)

## 1.2 Descrição das atividades desenvolvidas no estágio

Ao longo do estágio foram desempenhadas diversas tarefas, entre as quais:

- Observação das diferentes atividades realizadas no serviço;
  - Acompanhar as atividades realizadas no dia a dia das diferentes áreas abrangidas pelo serviço, como assiduidades, remunerações, AD e criação de novos processos.
- Participação no atendimento do serviço;
- Verificar os atrasos de alguns funcionários, a partir das picagens mensais:
  - São considerados atrasos quando estes ultrapassam os 15 minutos;
- Verificar quando o cartão não foi picado (se forem muitas vezes é importante averiguar a razão);
- Observar a criação ou reentrada de prestadores de serviço;
- Assistir a uma reunião com o CCA sobre a AD:
  - Discussão relativamente a problemas de avaliações;
  - Preparação do SIADAP para o biénio 2021/2022;
- Verificar a AD da carreira de enfermagem na plataforma Recursos Humanos e Vencimentos (RHV) e inserir dados que não se encontravam lá;
- Elaborar uma lista no Excel relativa à AD dos enfermeiros;
- Verificar as remunerações dos assistentes operacionais na plataforma RHV;
- Elaborar uma lista de quem está com COVID-19 para a Segurança Social;
- Colocar números mecanográficos numa lista do Excel de forma a facilitar a sua introdução na plataforma GeADAP (Gestão Integrada da AD da AP);
- Verificar centros de custo;

- Retirar os enfermeiros chefe das listas de AD dos biénios 2017-2018 e 2019-2020, colocando-os numa lista autónoma;
- Alterar os enfermeiros na plataforma GeADAP, de enfermeiros para enfermeiros especialistas, nos casos em que é necessário e colocar os seus e-mails;
- Colocar os processos dos prestadores de serviço em capas;
- Verificar escalas;
- Participar na formação do GeADAP, relativa aos enfermeiros;
- Participar na formação do GeADAP, relativa aos médicos;
- Arquivar processos;
- Criar processos de enfermeiros e médicos;
- Adicionar novos funcionários e funcionários, que passaram a ter direito, na ADSE:
  - Adicionar funcionários com CIT;
  - Verificar início de contratos dos funcionários que vão ser inscritos;
  - Adicionar os filhos dos funcionários com CIT;
- Verificar onde os enfermeiros estão a trabalhar, em que serviços:
  - Observar as escalas em que estão inseridos e comparar com os centros de custos que lhes estão atribuídos;
- Alterar os centros de custo dos enfermeiros que estão em serviços diferentes;
- Verificar onde os assistentes operacionais estão a trabalhar, em que serviços:
  - Observar as escalas em que estão inseridos e comparar com os centros de custos que lhes estão atribuídos;
- Alterar os centros de custo dos assistentes operacionais que estão em serviços diferentes;
- Adicionar a especialização de uma lista de médicos internos no RHV.



## **2. Análise e discussão de dados**

Neste subcapítulo irá ser desenvolvida a análise e a discussão dos dados que foram recolhidos através das entrevistas semiestruturadas.

### **2.1 Importância de avaliar o desempenho dos médicos**

Quando questionados acerca da importância de avaliar o desempenho dos médicos, os entrevistados foram unânimes na opinião, tendo todos afirmado que esta avaliação é importante, havendo uns a dar mais importância que outros.

Foram apontadas duas razões para a importância da avaliação do seu desempenho, sendo que, a mais indicada é a melhoria. Os entrevistados consideram que ao realizar esta avaliação vai haver uma melhoria do seu trabalho. O entrevistado D1 afirma que “... ninguém está a ser julgado, a avaliação serve para ver se as coisas e se a pessoa está a fazer bem ou se pode ainda melhorar. Eu vejo isto sempre no sentido positivo, em que fico a saber como é que posso melhorar mais.” e afirma, ainda, “acho que há sempre pontos a melhorar e a avaliação serve exatamente para isso, para ver onde é que se pode ainda melhorar, ...”. Ainda em relação à melhoria, o entrevistado D3 declara que “... qualquer passo que fica inacabado, o facto de irmos saber o porquê, também é relevante para poder haver melhoria no sítio onde houve estagnação.” e, ainda, menciona que “... muitas vezes as pessoas não gostam de ser (...) apto ou não. Mas eu acho que isso, pelo menos, incentiva ao brio, ...”.

A outra razão que foi mencionada foi o compromisso. O entrevistado D3, referiu que “... é um compromisso escrito, um compromisso público e abre as perspetivas de realização daquilo que nós nos propomos a fazer.

Apesar da unanimidade na importância da avaliação do seu desempenho, houve entrevistados que referiram que a mesma é importante, mas só deve ser realizada quando são asseguradas determinadas situações. O entrevistado D2 refere que a AD deve ser realizada “... sempre e quando são proporcionadas as condições adequadas para poder exercer as suas funções com segurança, qualidade e eficiência. Caso contrário não haveria vantagem.”. Já o entrevistado

D4 menciona que o sistema de AD dos médicos é importante “... desde que seja equitativo, justo e não um mero procedimento administrativo.” É referida outra situação pelo entrevistado M10, que diz que “se for para melhorar a qualidade acho bem, se for para melhorar a remuneração, não concordo.” E, ainda, é mencionado pelo entrevistado D8: “se tiver limitações, se não for traduzido em nada, acho que não vale a pena”.

## **2.2 Sistema de avaliação de desempenho dos médicos**

Em relação ao sistema de AD dos médicos, no geral, existem diversas opiniões de todos os entrevistados. Estes, na sua maioria, encontram dificuldades para a sua realização, que não têm necessariamente a ver com as suas fases, mas com o sistema em geral e a sua aplicação.

Apenas três entrevistados referem que não fariam nenhuma alteração, considerando que todas as fases do sistema são praticáveis. Um dos entrevistados não quis responder a esta questão. E, ainda, sete dos médicos entrevistados mencionam que não sabem pronunciar-se sobre o assunto. Sendo que, de entre estes, o entrevistado D4, menciona que não se consegue pronunciar e apenas diz que “... tem de ser é muito moldado a cada especialidade, a cada serviço.”. O entrevistado M11 menciona, também, que “...isto tem de ser de facto uma coisa muito bem montada e devidamente ajustada a cada serviço...”. O entrevistado M6 refere que, deveria ser feito “... um plano do diretor de serviço e os objetivos que pretende para o serviço, para que possa ser específica.” e o entrevistado M8 relata que “só com a prática é que vamos perceber.”

Em relação aos restantes entrevistados, estes apresentam diversos temas que consideram que seriam difíceis de realizar neste sistema, ou que condicionam a sua realização.

Três dos entrevistados mencionam os números como um dos focos do sistema de AD, referindo que “... está a focar mais em números, produtividade, enquanto, acho que há outras coisas que eu acho que são fundamentais...” (D1) e “... é um sistema muito de números, é muito de estatística e a medicina para

mim não tem que ser de estatísticas.” (M5). Ainda, o entrevistado M7 menciona os números, dizendo que “a quantidade tem de ser assegurada, mas não é o mais importante”, sendo que, a partir desta situação, considera os objetivos difíceis de definir.

O entrevistado M2, refere que o mais difícil de realizar seria a monitorização, dando a justificação que “...o período é longo, são dois anos.” Outro dos entrevistados refere que é necessário tempo e investimento, para que haja uma base para a realização da avaliação, mencionando que é necessário “além de espaço, investimento em materiais de apoio e estudo” (D3). O entrevistado D5 considera que o mais difícil de executar seria “... sempre o agendamento da reunião com cada médico”. Um dos entrevistados relata que é difícil implementar o sistema, não tanto pelo sistema, mas porque “a coisa mais importante e mais difícil de se desenvolver num serviço é a produtividade (...) um serviço depende de muitas coisas exteriores” (D7). No seguimento desta opinião, o entrevistado D9 considera que há dificuldade em executar este sistema devido ao facto de “... os médicos não foram muito vocacionados, não têm preparação para trabalho administrativo.”

Houve, ainda, um dos médicos que expõe a sua opinião de que as fases do sistema são todas difíceis de realizar, dando uma especial ênfase à definição de objetivos, mais precisamente relacionados com as formações. Indiretamente este entrevistado menciona que os médicos são sobrecarregados de trabalho, tendo falta de tempo para realizar estas formações. Sendo assim, afirma que “...para um ir, os outros têm de ficar e fazer o trabalho dele” (D8).

Por último, um dos médicos considera que haver uma classificação é desnecessário, dando, assim, a ideia de que o sistema poderia ser executado, mas não deveria produzir efeitos. Segundo este médico devia haver “... monitorização contínua por parte dos médicos coordenadores, em que estes têm de ter x horas de assistência a doente e x horas de monitorização”, mas considera que uma “classificação é desnecessária (...) Classificar é criar divisões que prejudicam o trabalho em equipa” (M10). Este médico refere, ainda, que o sistema não deveria

resultar em alterações no vencimento, relatando que “não concorda que profissionais da mesma categoria ganhem valores diferentes”.

### **2.3 Avaliação feita por uma equipa**

Em relação à avaliação ser efetuada por uma equipa, apenas três entrevistados não responderam, argumentando não o conseguir fazer. O entrevistado M7, apesar de dizer que não sabe, refere que “só um não, mas se calhar duas pessoas já chega, um superior hierárquico e um médico, até escolhido pelo próprio. Ou até os próprios doentes, que deem a sua opinião, se têm muitas queixas ou não”.

Em relação aos que expuseram a sua opinião de forma positiva relativamente à avaliação por uma equipa, estes deram diversas razões para tal. O entrevistado D1 menciona: “O que acho fundamental é que não seja só uma pessoa ou duas, devia ser sempre número ímpar, para desempates...”. Mesmo sendo informado de que, em caso de empate, quem desempata é o superior hierárquico, o entrevistado mantém a mesma opinião.

Os entrevistados referiram, ainda, outras razões para a utilização de uma equipa, como: “...traz benefícios vários, diferentes pontos de vista, uma coisa mais global” (M3); “... só haver uma pessoa é muito subjetivo e perigoso” (M6); “... às vezes pode-se não gostar de uma pessoa e pode-se penalizar essa pessoa, (...) E, às vezes, eu poderei ditar uma coisa e até posso não estar a ser muito correta, não é? E a outra pessoa é capaz de colmatar a falha.” (D9)

Por último, há ainda um entrevistado que, ao concordar com a equipa de avaliação, refere que “tem de haver sempre alguém externo ao serviço... o lado pessoal vai influenciar” (D6). Isto vai contra o que o entrevistado M2 menciona, pois este concorda com a equipa de avaliação, mas refere que “não posso ser avaliada por outro médico de outra especialidade, porque a Especialidade X é muito diferenciada”.

## 2.4 Duração do ciclo de avaliação do sistema

Em relação ao CA do sistema de AD dos médicos as opiniões estão mais divididas. A maioria dos entrevistados concorda com os dois anos de CA. Cinco dos avaliados não concordam, três ficaram indecisos e um não respondeu.

No que diz respeito aos entrevistados que não concordam com a duração do CA, o entrevistado D2 refere que este deveria ser anual. Para justificar este parecer, mencionou que “... de dois em dois anos perde-se um bocado a rotina (...) acaba por ser um intervalo muito dilatado e as pessoas, às vezes, esquecem-se ou desleixam-se”. M4 corrobora esta opinião. Por outro lado, o entrevistado D2, refere que, a avaliação poderia, talvez, ser de três em três anos. O entrevistado M5 menciona que “alargava um bocado mais o período dos dois anos” e o entrevistado D8 refere que “para o trabalho que dá, é pouco tempo.” Estas últimas opiniões corroboram a ideia de o ciclo ter mais de dois anos, mas não referem quantos anos deveria ter.

Em relação aos três entrevistados que ficaram indecisos quanto ao CA, o entrevistado M2 diz que concorda, mas, ao mesmo tempo, menciona que “...talvez seja um bocadinho pouco”. O entrevistado D4 refere que “depende muito do que é que se vai querer, o que é que se vai conseguir.” E, ainda, o entrevistado M11 demonstra a sua indecisão ao referir que “até podia ser anual, as coisas deviam ser anuais. Se bem que depois dá um bocadinho mais de margem, mas, também, mais do que isso não.”

Por último, de entre os entrevistados que concordam com a duração do CA, M9 afirma: “Nós fazemos muita atividade diariamente, portanto, ao fim de dois anos, temos conteúdo para avaliar.” Ainda, de entre estes entrevistados, apenas M8 menciona que, apesar de concordar, este período “não deve ser uma forma de pressionar a aumentar os objetivos.” Sendo que, com esta afirmação, o entrevistado pretende que os objetivos não sejam aumentados de ciclo para ciclo.

## **2.5 Pontos fortes e fracos do sistema de avaliação de desempenho dos médicos**

Em relação aos pontos fortes e fracos do sistema de AD dos médicos, cinco dos entrevistados não responderam a esta questão por desconhecimento aprofundado do sistema.

Os restantes médicos mencionaram diversos pontos fortes do sistema: o entrevistado M1 menciona “o interesse pelo cumprimento dos objetivos...”; o entrevistado D2 cita o “estímulo que dá aos profissionais para melhorarem o seu desempenho, eficiência e eficácia, traduzindo-se numa melhor atenção aos doentes”; o entrevistado M2 considera que “acaba por ser uma motivação para estar mais atualizada cientificamente”; M3 atenta que “a equipa multidisciplinar parece-me um ponto forte (...) dá a possibilidade de quem foi avaliado, até certo ponto, de contestar e é bom haver reuniões.”; e, ainda, o entrevistado D5 menciona que “... era uma forma de, no fundo, valorizar quem trabalha (...) diferenciar quem faz mais...” e, ainda, “...é um estímulo, também, para as pessoas que andam a fazer pouco.” Os restantes médicos que referiram pontos fortes foram ao encontro dos pontos que já foram referidos.

Em relação aos pontos fracos, existem diversos diretores de serviço e médicos que apenas os referem, sem mencionar pontos fortes. Assim, como pontos fracos mencionam: ser necessário mudar mentalidades, uma vez que há “pessoas que não têm em consideração os objetivos do hospital e só atendem aos interesses individuais” (M1); deveria ter mais efeitos, uma vez que “...se não se traduzir num «benefício» (incentivo), nomeadamente progressão na carreira...” (D2) pode não resultar; a fase da monitorização, em que o médico M2 menciona que “...ainda não sei como é que se faz bem este acompanhamento ao longo de dois anos”; a divulgação é, também, mencionada, sendo considerado que o sistema “... deveria ser divulgado, bem divulgado, quais são os objetivos e competências, as fases do processo, para que a pessoa pudesse evoluir dentro do pretendido” (D3); o médico D5 indica que o sistema “vai criar assimetrias... dentro dos serviços grandes pode levar a problemas de relacionamento e

ambiente”; M8 refere que “...a medicina é considerada como muito homogénea” e, ainda, considera que “haver quotas é uma estratificação que não faz sentido”; é, ainda, referido que “o principal ponto fraco é que isto não tem consequências” (D7); e, por fim, outro ponto fraco mencionado é que “...para haver uma avaliação não pode haver limites, tetos” (D8). Os restantes médicos entrevistados foram apresentando os pontos fracos já mencionados.

Há, ainda, a opinião do médico D9, que refere o seguinte: “se a coisa for feita corretamente, com honestidade, com humildade, acho que pontos fracos não sei se haverá.”

## **2.6 Melhorias que podem ser feitas ao sistema**

Em relação às possíveis melhorias a ser feitas ao sistema de AD dos médicos, os médicos e diretores de serviço têm alguma dificuldade a enumerá-las, devido ao pouco conhecimento do sistema. Quatro dos entrevistados não responderam a esta questão, precisamente por mostrarem esta dificuldade.

De entre as respostas que foram obtidas, a medida que é mais mencionada, sendo referida por quatro entrevistados, é a implementação do sistema e depois verificar as alterações que deveriam ser feitas. Sendo que, de acordo com D5, “...para já era iniciar o processo e depois fazer-se uma avaliação, ao fim de algum tempo, a ver o que é que se pode melhorar” e, também, o entrevistado M11 refere que “...depois de implementar é que vamos ver quais são as deficiências (...) primeiro temos que o começar e, a partir daí, depois, de acordo com a evolução, é que vamos aperfeiçoando.”.

Alguns dos entrevistados referiram, também, medidas que não estão diretamente relacionadas com a forma como o sistema é processado, mas sim relacionadas com a mentalidade das pessoas que participam na avaliação e com as condições proporcionadas pelo espaço. O entrevistado D1 considera que é necessário “...haver um espírito maior de equipa.”. Por outro lado, o entrevistado D3 menciona que o problema do sistema é a sua base, em que “as melhorias deviam ser a todos os níveis, desde as capacidades locais para o bom

funcionamento das pessoas em questão, desde espaços, tempos para formação, tempo para investigação, tempo para se dedicar a pôr por escrito tudo o que fez para uma boa AD futura, incentivos para que isso acontecesse também.”. E, ainda, o entrevistado M9 refere que deve haver pessoas bem instruídas para realizar o sistema de avaliação, dizendo que “...as pessoas que vão tratar disso, têm de ser pessoas com uma abrangência de conhecimento muito grande.”.

Por último, alguns dos entrevistados mencionaram melhorias que poderiam ser implementadas, de forma a melhorar o sistema na prática, isto é, as suas fases. O entrevistado M2 refere que se deve “...incluir aqui uma parte em que, por exemplo, já tenha trabalhos enviados para congressos (...) Era também um bocadinho de componente científica aqui incluída”; de acordo com o entrevistado D6 “o «saco» do satisfaz é muito «grosso». Devia haver mais divisão”; e, ainda, o médico D9, menciona a dimensão do sistema, afirmando que “quanto mais comprido pior. Eu acho que era uma coisa muito dirigida ao que interessa e essencialmente uma coisa não muito comprida.”

Já médico D7 é mais radical, afirmando que “o sistema operacional é simples, é dizer assim: «Meus senhores, tem de ser feito.» E, ao ser feito, pôr por escalões, ou seja, quem chegar até aqui, tem isto, quem chegar até aqui, tem aquilo e tem aquele outro e quem não chegar tem isto”, referindo que o sistema tem de ser imposto, senão não é feito.

## **2.7 Entraves à implementação do sistema no hospital e o que podia levar a que fosse implementado.**

No que toca aos entraves à implementação do sistema no hospital em estudo, apenas dois médicos não responderam. De entre os restantes, são apresentadas diversas razões que levam à falta desta implementação.

O entrave à implementação do sistema de AD dos médicos mais mencionado é a resistência dos médicos. Dentro desta razão, os entrevistados foram referindo diversas vertentes deste obstáculo: o receio que existe da avaliação, em que “há a resistência natural à mudança (...) há o receio da



avaliação (...) a pessoa acha que ao ser avaliada vai ser punida e isso desagrada.” (D1); a falta de contentamento pela avaliação, pois são “pessoas que não gostam de ser avaliadas...” (M3); a não perceção de que a avaliação traz benefícios, em que o que falta “é a aceitação por todos que isto é fundamental para o dia a dia e para prestar melhores cuidados aos doentes, para termos melhores cuidados de saúde e melhor funcionamento geral.” (D5); acima do receio e de não gostarem, está a vontade para tal, sendo referido que “as próprias pessoas não devem querer, não deve haver grande interesse” (M7); e, ainda, o facto de já haver muita avaliação na carreira médica, sendo que “nós já somos avaliados em tanta coisa que, se calhar, não será muito bem aceite” (D9).

Além da resistência dos médicos à realização da sua AD, foram mencionadas outras razões para que esta não seja implementada. Uma das razões sublinhadas é a falta de tempo, pois “...isso também consome tempo e consome recursos e todos nós andamos assoberbados de trabalho” (D1). Outra das razões que foi mencionada, é a falta de circunstâncias adequadas para a sua concretização, pois “...nem sempre se trabalha nas melhores circunstâncias, temos pouco tempo para fazer as coisas. Às vezes não temos os melhores meios” (M3). É, ainda, mencionado pelo entrevistado M5 o facto de ser um sistema que “...tem muito a ver com a gestão e pouco com a medicina.”. E, ainda, refere que este sistema é muito burocrático, pois “...no final apresenta-me aqui diversas fases, que isto para mim são tudo muito burocracias.”.

Depois de respondidos os entraves à implementação do sistema de AD dos médicos, foi questionado se teriam alguma ideia do que podia levar a que o mesmo fosse implementado. Neste caso, cinco dos médicos e diretores de serviço não responderam.

De entre as respostas foram retiradas diversas formas de levar à implementação deste sistema no hospital em estudo. Uma das ideias que foi dada, foi imitar modelos de outros sistemas que estejam a ser utilizados “...com sucesso e que sejam aceites pelos trabalhadores” (M7). Seguindo esta linha de raciocínio, o entrevistado M2 sugere a utilização do sistema de juizes, em que “...de tempos a tempos vem um inspetor e leva alguns casos para avaliar, ver

como foram realizados...”. Outra sugestão dada, que foi a mais mencionada, é de consciencializar as pessoas para a elaboração desta avaliação, sendo sugerido que haja “...uma complementarização da informação pelo próprio CHBV” (D6), que se vá “...falando com as pessoas antes de ser implementado, para que estejam à vontade...” (M3) e, ainda, se informe que “...bem vais ser avaliado e podes progredir, mas que se fores progredir vais ganhar mais dinheiro, por exemplo.”. É, ainda, sugerido que “...os critérios de avaliação teriam de ser um bocadinho diferentes e adaptados a cada especialidade” (D4). Outra ideia que foi, também, mencionada por diversos entrevistados, é conferir um carácter de obrigatoriedade ao sistema, em que “teria que haver algum mecanismo negativo para um determinado serviço se nesse serviço não fosse implementado o sistema” (D5) e, ainda, associar consequências à sua não realização: “...consequências que as pessoas têm de sentir que, ao não fazerem isto, vão ter problemas” (D7). Há, ainda, a sugestão de implementar o sistema, mas “experimental, corrigir e haver abertura para fazer alterações” (M8) e é referido que “o sistema tem de ser rápido, mais breve” (D8).

Por último, M1 argumenta que “se é lei, não tem de ter sugestões, tem que ser implementada e ponto final.”. Mas, apesar disso, menciona que “...é preciso que as pessoas tenham coragem de o implementar.”.

### **3. Propostas de melhoria do sistema de avaliação de desempenho dos médicos**

Através da revisão da literatura efetuada e das entrevistas realizadas a vários médicos e diretores de serviço do CHBV, sugerem-se diversas propostas de melhoria relativamente ao sistema de AD dos médicos previsto na lei, mas ainda não implementado na instituição. São elas:

- a) Perceber como funcionam os sistemas de AD dos médicos noutros centros hospitalares (nomeadamente internacionais), procurando indagar boas práticas que possam ser implementadas no CHBV.
- b) De forma que seja transmitida toda a informação acerca do sistema que avalia o desempenho dos médicos, sugere-se que seja criada uma formação obrigatória para estes profissionais, de modo que saibam como se realiza a avaliação. Com efeito, funcionários mais informados tendem a ser menos reativos à mudança.
- c) Relacionada com a proposta anterior, poderia ser criada uma formação para os diretores de serviço, de forma que estes saibam como proceder para avaliar os médicos do seu serviço (nomeadamente relativamente a como estabelecer objetivos, indicadores e metas e a como comunicar a informação sobre o desempenho aos profissionais que chefiam). Poderia, ainda, ser criada uma formação que ajudasse estes diretores de serviço a saber como organizar o trabalho dos médicos para que seja possível estes terem tempo para frequentarem a ação de formação referida no ponto anterior.
- d) Realizar um estudo em cada serviço, de forma a perceber as especificidades de cada um, para que seja possível realizar alterações personalizadas ao sistema de avaliação, ajustadas às particularidades de cada serviço/especialidade.
- e) Estabelecer objetivos, não apenas focados na produtividade, mas, também, na qualidade do serviço prestado, de forma a aferir aspetos da atividade médica não mensuráveis apenas por números.

- f) Desburocratizar o sistema de avaliação, dentro do que é permitido por lei, de forma a diminuir o tempo e os recursos necessários ao desenho e implementação do mesmo. A simplificação do sistema contribuiria para diminuir a resistência dos profissionais a colocar o mesmo em prática.
- g) Assegurar que os médicos tenham tempo para executar as reuniões necessárias à AD.
- h) Fazer-se um teste piloto, isto é, implementar o sistema inicialmente (num ano zero) apenas em alguns serviços (com características diferenciadas), de forma a perceber o que corre bem e o que corre mal. Esta implementação permitiria fazer ajustes, permitindo chegar a uma melhor forma de se implementar a AD de forma generalizada e vinculativa.
- i) Depois de tornar a avaliação dos médicos obrigatória, ter uma liderança (a nível central e dos serviços) forte, comprometida e empenhada em implementar o sistema desenhado.
- j) Associar um sistema de incentivos (não necessariamente monetários) ao sistema de avaliação dos médicos.

## **PARTE IV – CONCLUSÃO**

Neste capítulo do relatório serão apresentadas as conclusões retiradas com a realização do estudo, divididas em considerações finais, limitações do estudo e propostas de trabalho futuro.

### **1. Considerações finais**

Ao ser realizada uma reforma administrativa em Portugal, é implementada uma nova ideia de AD, introduzindo-se a gestão por objetivos, que levou à criação do SIADAP (Madureira, 2016). Não há uma ideia de quando se começaram a utilizar os sistemas de AD relativamente aos profissionais de saúde (Conceição et al., 2001). Contudo, nos últimos anos, estes começaram a interessar-se pela AD, principalmente devido a uma necessidade crescente de controlar a qualidade da saúde (Marshall e Davies, 2000, como citado em Conceição et al., 2001).

Desta forma, atualmente, sabemos que existem sistemas de AD aplicados à saúde pública, como é o caso dos enfermeiros, dos TDT, dos farmacêuticos e, no geral, dos assistentes operacionais e técnicos, através do SIADAP.

Apesar da diversidade de sistemas utilizados, o sistema de AD dos médicos, que está legislado na Portaria nº209/2011, de 25 de maio, ainda não é implementado no CHBV. E, através da pesquisa realizada neste trabalho, percebeu-se que não é, também, implementado em nenhum hospital do país. Desta forma, foi necessário tentar perceber o porquê de não haver a sua implementação, neste caso, no CHBV. Para realizar este relatório, foi utilizada uma metodologia qualitativa, tendo sido efetuadas entrevistas semiestruturadas a médicos e diretores de serviço do Hospital Infante D. Pedro (Aveiro).

Todos os entrevistados consideram que é importante avaliar o desempenho, mas alguns indicaram que a avaliação só deve ser implementada se forem garantidos os requisitos necessários para a mesma. Muitos dos entrevistados não tinham conhecimento deste sistema que está previsto na lei.

Desta forma, a maioria das dificuldades encontradas pelos mesmos, em relação ao sistema, foram direcionadas para o ambiente em que trabalham e a forma como trabalham. Relativamente a estes aspetos, os entrevistados referem que é necessário garantir certas condições de trabalho para que seja possível realizar a avaliação. Existem, ainda, opiniões de que o sistema é muito direcionado para a quantidade de trabalho que exercem, não sendo o mais importante na medicina.

Desta forma, a partir das questões efetuadas aos médicos e diretores de serviço, pode-se constatar que: o sistema deveria ser mais bem estudado de forma a ser adaptado aos serviços presentes no hospital; o facto de a avaliação ser realizada por uma equipa é considerado positivo; a duração do ciclo de avaliação (bienal) divide opiniões, tendo alguns entrevistados referido que deveria ser mais comprido e outros mais curto; foram referidos diversos pontos fortes do sistema de AD, tendo, contudo, os entrevistados mencionado mais pontos fracos; os médicos e os diretores de serviço mostraram alguma dificuldade em sugerir melhorias ao sistema, havendo mais ideias do que se deve melhorar nos serviços para poder “encaixar” a AD, do que ideias mais direcionadas ao sistema; e, ainda, um dos maiores entraves à implementação do sistema mencionado pelos entrevistados foi a resistência dos médicos.

No sentido de potenciar a implementação do sistema de AD dos médicos no CHBV sugerem-se algumas propostas de melhoria, entre as quais: observar boas práticas relativas à implementação de sistemas de AD noutras unidades hospitalares (nomeadamente internacionais); dar formação aos diretores de serviço e aos médicos relativamente ao sistema de avaliação definido na lei; adaptar o sistema às especificidades de cada serviço/especialidade; integrar no sistema de avaliação objetivos quantitativos e qualitativos; desburocratizar o sistema, dentro do permitido por lei; assegurar que os médicos têm disponibilidade para assistir às reuniões de avaliação; fazer um teste piloto do sistema em alguns serviços com características diferentes, procurando corrigir possíveis falhas que possam surgir e identificar boas práticas de implementação do mesmo; ter uma liderança comprometida para com a implementação do

sistema de AD, que consiga mostrar aos profissionais a necessidade da realização da mesma e definindo as consequências da sua não implementação; e, por fim, associar um sistema de incentivos (que não necessariamente monetários) ao sistema de avaliação.

Acredita-se que a implementação das medidas acima propostas no CHBV poderá reduzir a resistência existente atualmente por parte dos médicos relativamente ao sistema de AD previsto na lei, contribuindo, deste modo, para o colocar em prática num futuro próximo. Se bem implementado, de forma clara e transparente, tal sistema contribuirá certamente para melhorar o desempenho destes profissionais, do serviço que integram, e, conseqüentemente, da instituição que representam.

## **2. Limitações do estudo**

Uma das limitações do estudo é o facto de o sistema de AD dos médicos não ser um tema muito estudado, não havendo muita bibliografia a abordar o mesmo, nem estudos relacionados com esta temática. Desta forma, não foi possível comparar com outros casos, o que poderia ter enriquecido o estudo.

Pelo encontrado na pesquisa efetuada, este sistema não se encontra implementado nos hospitais do país, incluindo no CHBV, o que leva a que não haja maneira de perceber a forma como funciona na prática. Assim, não foi possível perceber a praticidade do sistema, regendo-nos, apenas, pelo que está previsto na lei e pela percepção dos profissionais relativa ao mesmo.

Outra limitação encontrada foi a dificuldade em agendar as entrevistas com os médicos do Hospital Infante D. Pedro (Aveiro), alguns por falta de tempo, potenciado pelo COVID-19, e outros por falta de interesse pelo tema, talvez por desconhecimento do sistema em causa.

### **3. Propostas de trabalho futuro**

De forma a retificar algumas das limitações referidas, sugerem-se as seguintes propostas de trabalho futuro: realizar estudos em mais Centros Hospitalares do país, de forma a perceber o porquê de nunca ter sido implementado o sistema de AD dos médicos, complementando, assim, este estudo; consciencializar os médicos de todo o CHBV, para que saibam como se processa o sistema e como este é importante; implementar o sistema em todo o centro hospitalar ou apenas em alguns serviços, em forma de teste, de maneira a perceber o que está bem e o que se pode alterar.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. (2013). FAQ Sistema de Avaliação do Desempenho das Carreiras Médicas. 1–23.
- ACSS. (n.d.). Manual de apoio - Adaptação do SIADAP 3 - Trabalhadores integrados nas carreiras médicas.
- Aguinis, H. (2007) Performance Management. Prentice Hall, Upper Saddle River.
- Azevedo, A. (2007). Administração Pública—Modernização Administrativa. Gestão e Melhoria dos Processos Administrativos, CAF e SIADAP. (1ª edição) Vida Económica.
- Barañano (2008). Métodos e técnicas de investigação em gestão. Lisboa: Edições Sílabo.
- Bicklen, S. K. (2010). The quality of evidence in qualitative research. International Encyclopedia of Education, p. 488-497. 110
- Bodgan, R. C. & Biklen, S. K. (2013). Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos. 1ª edição. Porto: Porto Editora.
- Bracken, D. W., Rose, D. S., & Church, A. H. (2016). The evolution and devolution of 360° feedback. Industrial and Organizational Psychology, 9(4), 761–794. <https://doi.org/10.1017/iop.2016.93>
- Caetano, A. (2008). Avaliação de Desempenho - O essencial que avaliadores e avaliados precisam de saber.
- Centro Hospitalar Baixo Vouga, E. (2013). Regulamento interno do Centro Hospitalar Baixo Vouga, E.P.E. <https://www.chbv.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/D1.pdf>
- Chiavenato, I. (2004). Recursos humanos, o capital humano das organizações. Atlas, São Paulo, 577.
- Conceição, C., Gonçalves, A., Blaise, P., Lerberghe, W. Van, & Ferreira, P. (2001). A gestão do desempenho dos médicos de família no Serviço Nacional de Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19(1), 15–23.

- Correia, P. M. A. R., & Garcia, B. C. (2015). Administração Hospitalar em Portugal: Evidências Estatísticas de Igualdade Homem – Mulher nas Percepções sobre os Sistemas de Avaliação de Desempenho. *Revista Latino-Americana de Geografia e Genero*, 6(1), 127–139. <https://doi.org/10.5212/rlagg.v.6.i1.0009>
- Coutinho, C. P. (2019). Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. (2ª edição). Coimbra: Edições Almedina S.A.
- Cunha, M., Rego, A. & Habid, N. (2013). Avaliando a avaliação do desempenho: algumas notas sobre o caso português. Nova Leadership Initiative.
- Figueiredo, P. F. de L. P. e C. (2010). Avaliação de Desempenho dos Hospitais Portugueses: Aplicação de Métodos Não - Paramétricos. 113. <https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/395142411317/Dissertação20Jan2011.pdf>
- Fryer, K., Antony, J., & Ogden, S. (2009). Performance management in the public sector. *International Journal of Public Sector Management*, 22(6), 478–498. <https://doi.org/10.1108/09513550910982850>.
- Governo da República Portuguesa - Ministério da Saúde. (2020). Centro Hospitalar do Baixo Vouga, EPE. <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/centro-hospitalar-do-baixo-vouga-epe/>
- Kelly, K. (2016). A different type of lighting research: A qualitative methodology. *Lighting Research Technology*, 0, p. 1-10.
- Lawler, E. (2003). Reward Practices and Performance Management System Effectiveness. *Organizational Dynamics*, 32(4):396-404.
- Leggat, S. G., Narine, L., Lemieux-Charles, L., Barnsley, J., Baker, G. R., Sicotte, C., Champagne, F., Bilodeau, H., Flood, A. B., & Van Peurse, K. A. (1998). A review of organizational performance assessment in health care. *Health Services Management Research*, 11(1), 3–18. <https://doi.org/10.1177/095148489801100102>
- Luthans, K. W., & Farner, S. (2002). Expatriate development: The use of 360-degree feedback. *Journal of Management Development*, 21(10), 780–793. <https://doi.org/10.1108/02621710210448048>

- Madureira, C. N. G. (2016). Sistema integrado de avaliação de desempenho na Administração Pública Portuguesa (SIADAP): balanço de uma década de desempenho na administração pública. Retirado a 07 de janeiro de 2021 de <http://hdl.handle.net/11067/2316>
- Maresova, P., Mohelska, H., Dolejs, J., & Kuca, K. (2015). Socio-economic Aspects of Alzheimer's Disease. *Current Alzheimer Research*, 12(9), 903–911. <https://doi.org/10.2174/156720501209151019111448>
- Ministério das Finanças. (2013). Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) n.º 12/2011, DR, 2ª Série, de 12 de dezembro. Siadap 3. [www.dre.pt](http://www.dre.pt)
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. (2011). Regulamentação do trabalho. *Boletim Do Trabalho e Emprego*, 78(48), 4277–4382.
- Mondy, R. (2010). *Human resources management* (11th ed.). Harlow: Pearson.
- Mourão, R. A. M., Miranda, S., & Ramalho, N. (2015). A Avaliação de Desempenho a 360º no Mercado de Trabalho Português: Facilitadores e Barreiras. *Comunicação Pública*, 10(Vol.10 nº 19), 1–16. <https://doi.org/10.4000/cp.1088>
- Neely, A. (1999), The Performance Measurement Revolution: Why Now and What Next?, *International Journal of Operations and Production Management*, Bradford, 19 (2), pp. 205-228.
- Oh, Y., & Bush, C. B. (2015). Assessing public sector performance and untangling the complexity of public performance measurement. *International Review of Public Administration*, 20(3), 256–272. <https://doi.org/10.1080/12294659.2015.1047143>
- Pardal, L., & Lopes, E. (1995). *Métodos e técnicas de investigação social*. Porto: Areal Editores.
- Rodgers, K. G., & Manifold, C. (2002). 360-Degree feedback: Possibilities for assessment of the ACGME core competencies for emergency medicine residents. *Academic Emergency Medicine*, 9(11), 1300–1304. <https://doi.org/10.1197/aemj.9.11.1300>
- Silva, J. (2005). *Avaliação do desempenho organizacional* (Master's thesis, Universidade de Aveiro). Retrieved from <https://ria.ua.pt/handle/10773/4605>

Sonnentag, Sabine & Frese, Michael. (2005), Performance Concepts and Performance Theory, In Nerdinger, Friedemann & Sonnentag, Sabine. (2005), Psychological Management of individual Performance, Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie (pp. 3 – 26)  
<https://doi.org/10.1002/0470013419.ch1>

Walters, M. (1995). The Performance Management Handbook. Institute of Personnel and Development, London.

Zheng, Y., Wang, W., Liu, W., & Mingers, J. (2019). A performance management framework for the public sector: The balanced stakeholder model. Journal of the Operational Research Society, 70(4), 568–580.  
<https://doi.org/10.1080/01605682.2018.1448247>

### **Legislação**

Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro (1999)  
[https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/521/202104061617/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?LegislacaoConsolidada WAR drefrontofficeportlet rp=indice](https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/521/202104061617/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?LegislacaoConsolidada%20WAR%20drefrontofficeportlet%20rp=indice)

Despacho n.º 13 935/2000, de 13 de janeiro (2000)  
<https://dre.pt/application/conteudo/2158351>

Lei n.º 66-B/2007, de 28 de dezembro. (2012).  
[http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1898&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1898&tabela=leis)

Lei n.º 66-B/2012, de 31 de dezembro (2013).  
<https://dre.pt/application/conteudo/632448>

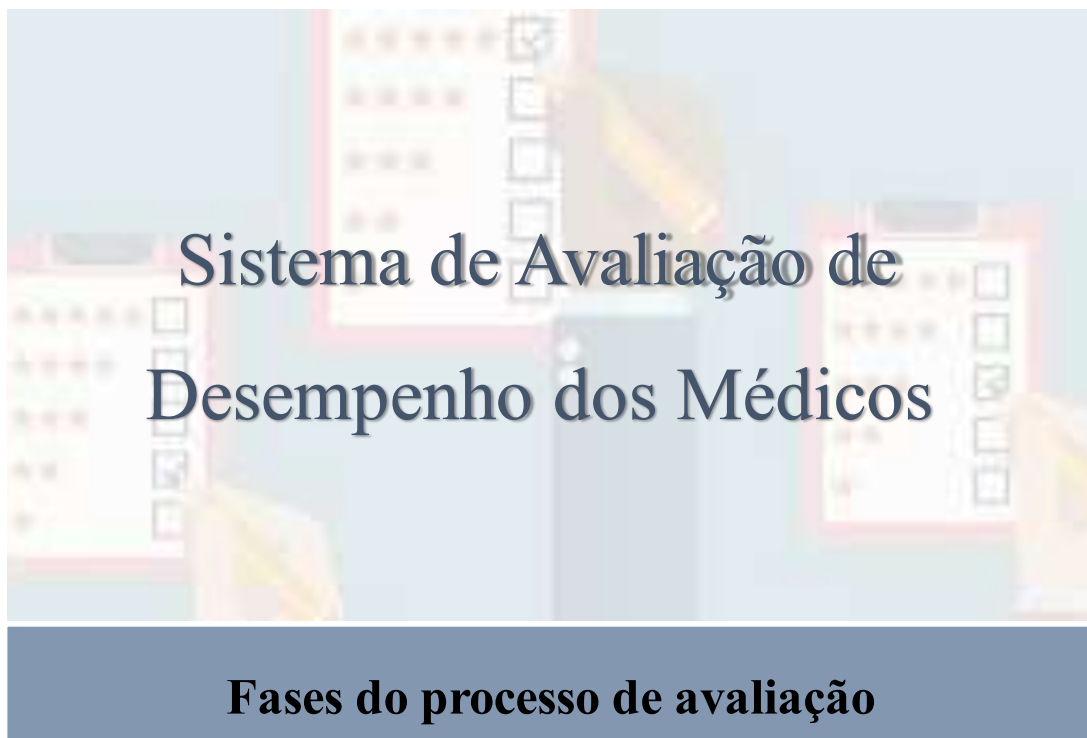
Ministérios das Finanças e da Administração Pública e da Saúde. (2011). Portaria n.º 242/2011, de 21 de Junho. 2902–2908. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/670283/details/maximized>

Portaria n.º 209/2011, de 25 de maio. (2011). <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/673415/details/normal?q=portaria+209%2F2011>

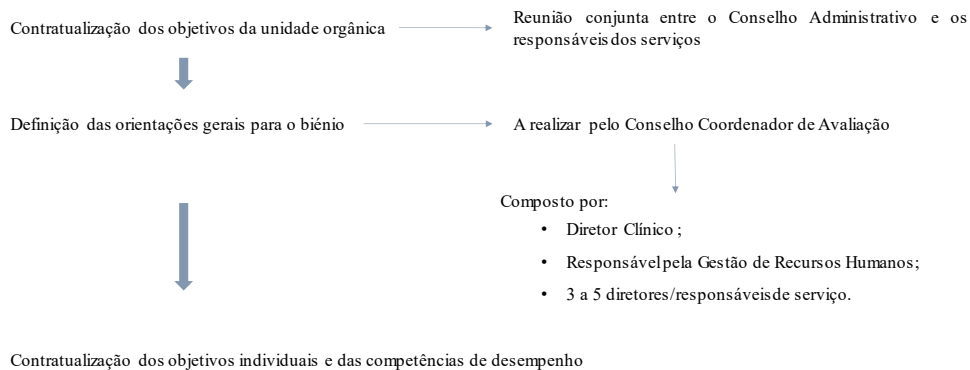
Portaria n.º 26/2019, de 18 de janeiro. (2019). <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/117919462/details/normal?q=portaria+26%2F2019>

## ANEXOS

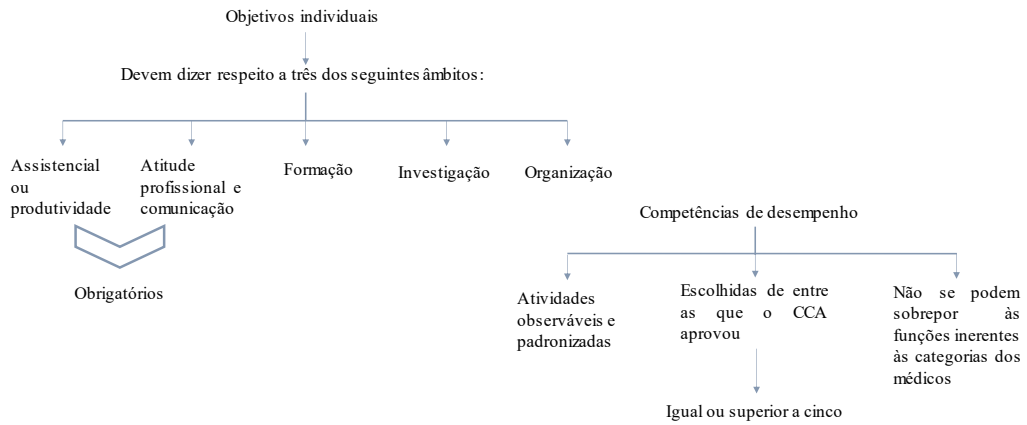
### Anexo 1: Apresentação sobre a AD dos médicos feita aos entrevistados



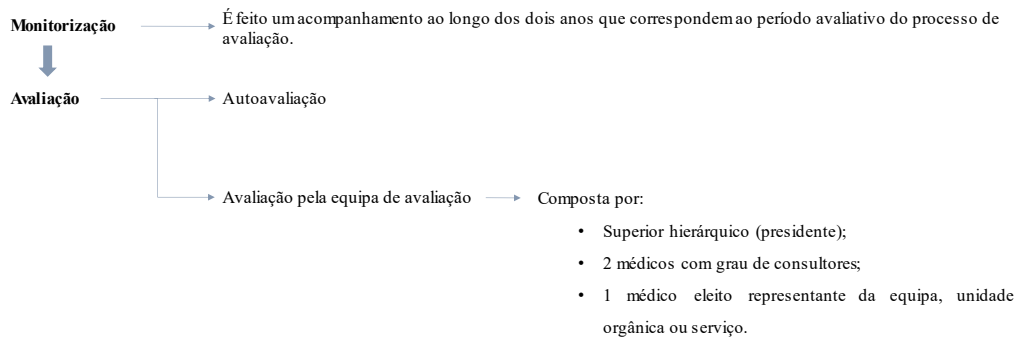
#### Planeamento



## Objetivos e competências

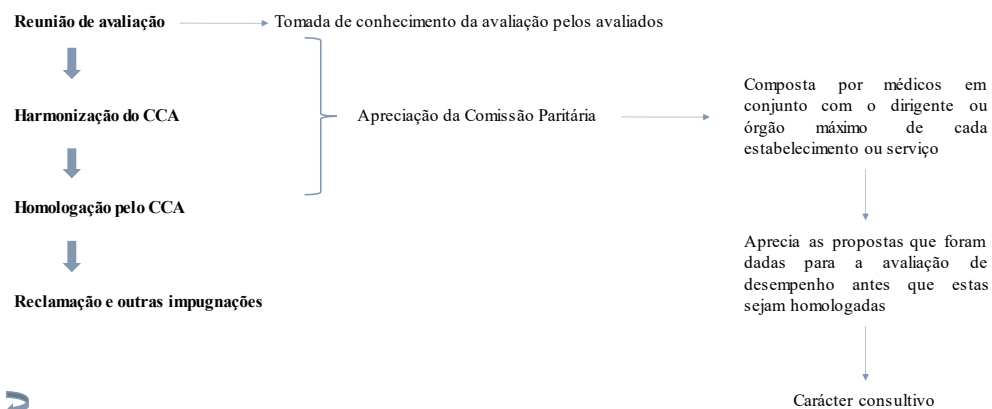


## Fases do processo de avaliação



A equipa de avaliação é flexível e adaptável ao número de médicos de cada serviço.

## Fases do processo de avaliação



## **Anexo 2: Guião de entrevista a Médicos**

Esta entrevista insere-se no âmbito do estágio desenvolvido no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), integrado no Mestrado de Administração e Gestão Pública do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro. O tema do Relatório de Estágio é “A avaliação de desempenho no Centro Hospitalar do Baixo Vouga: o caso dos médicos”, tendo como intuito perceber se e de que forma é avaliado o desempenho dos médicos neste Hospital, perceber quais os pontos fortes e fracos do sistema vigente e propor sugestões que possam melhorar esse sistema.

A sua colaboração é voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

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

Questões:

1. Gostaria de começar por perguntar-lhe há quanto tempo é médico(a) neste Hospital?
2. Julga ser importante avaliar o desempenho de uma forma geral e o desempenho dos médicos em particular?
3. Enquanto médico(a), o seu desempenho é avaliado? Se sim, como e com que periodicidade?
4. Enquanto médico, o seu desempenho já foi avaliado noutra instituição onde trabalha ou trabalhou?
5. Tem conhecimento do sistema de avaliação de desempenho dos médicos previsto na lei?
6. Este sistema divide-se em 7 fases (9 com as fases dentro do planeamento). Dentro das fases que o sistema prevê, e face à sua experiência, considera

que existe alguma mais difícil de realizar? Se sim, qual(ais) e porquê?  
Como poderia ultrapassar essas dificuldades?

7. A equipa de avaliação é composta pelo superior hierárquico, por dois representantes da administração e por um médico, eleito, representante dos médicos. Concorda com a constituição desta equipa ou sugeriria alguma alteração à constituição da mesma? Considera que a avaliação efetuada por uma equipa trará benefícios?
8. De acordo com este sistema, o desempenho é avaliado de 2 em 2 anos. Concorda com este período de avaliação?
9. Quais diriam ser os pontos fortes e fracos do sistema de avaliação previsto na lei?
10. Que melhorias crê que poderiam ser feitas no sentido de tornar o sistema mais operacional?
11. Quais diria serem os principais desafios à implementação de um sistema de avaliação dos médicos? E o que poderia levar a que o sistema funcionasse na prática?

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração!



### **Anexo 3: Guião de entrevista a Diretores de Serviço**

Esta entrevista insere-se no âmbito do estágio desenvolvido no Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV), integrado no Mestrado de Administração e Gestão Pública do Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro. O tema do Relatório de Estágio é “A avaliação de desempenho no Centro Hospitalar do Baixo Vouga: o caso dos médicos”, tendo como intuito perceber se e de que forma é avaliado e gerido o desempenho dos médicos neste Hospital, perceber quais os pontos fortes e fracos do sistema vigente e propor sugestões que possam melhorar esse sistema.

A sua colaboração é voluntária, pelo que poderá interromper a entrevista a qualquer momento.

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

Questões:

1. Gostaria de começar por perguntar-lhe há quanto tempo trabalha neste Hospital e há quanto tempo é Diretor de Serviço?
2. Julga ser importante avaliar o desempenho de uma forma geral e o desempenho dos médicos em particular?
3. Enquanto médico(a), o seu desempenho é avaliado? Se sim, como e com que periodicidade? E enquanto Diretor de Serviço?
4. Tem conhecimento do sistema de avaliação de desempenho dos médicos previsto na lei?
5. Enquanto médico, o seu desempenho já foi avaliado noutra instituição onde trabalha ou trabalhou?
6. Este sistema divide-se em 7 fases (9 com as fases dentro do planeamento). Dentro das fases que o sistema prevê, e face à sua experiência, considera

que existe alguma mais difícil de realizar? Se sim, qual(ais) e porquê?  
Como poderia ultrapassar essas dificuldades?

7. Julga possível a realização deste sistema de avaliação de desempenho no seu serviço? Porquê?
8. A equipa de avaliação é composta pelo superior hierárquico, por dois representantes da administração e por um médico, eleito, representante dos médicos. Concorda com a constituição desta equipa ou sugeriria alguma alteração à constituição da mesma? Considera que a avaliação efetuada por uma equipa trará benefícios?
9. De acordo com este sistema, o desempenho é avaliado de 2 em 2 anos. Concorda com este período de avaliação?
10. Quais diriam ser os pontos fortes e fracos do sistema de avaliação previsto na lei?
11. Que melhorias crê que poderiam ser feitas no sentido de tornar o sistema mais operacional?
12. Quais diria serem os principais desafios à implementação de um sistema de avaliação dos médicos? E o que poderia levar a que o sistema funcionasse na prática?

Muito obrigada pela sua preciosa colaboração!