

Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa



GESTÃO DO ABSENTISMO DOS ENFERMEIROS DO
SERVIÇO DE MEDICINA DO
CENTRO HOSPITALAR DE CASCAIS

Maria José Turrion Leite Guerreiro

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Prof. Doutor Elizabeth Reis, Prof^a Catedrática,
ISCTE Business School, Departamento de Métodos Quantitativos

Janeiro 2010

Resumo

Esta dissertação apresenta um estudo retrospectivo do absentismo dos enfermeiros do Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Cascais durante 2007. Trata-se de um estudo de caso com o objectivo de compreender a taxa de turnos extraordinários e a rotatividade dos efectivos, expressa através do número de contratos celebrados e quebrados ao longo do ano e o recurso a *outsourcing*. O Centro Hospitalar de Cascais, possui gestão pública e obedece a normas de gestão hospitalar e de regime de emprego público.

Através da análise quantitativa, caracterizou-se o tipo de absentismo, que revelou ser de carácter justificado. Seguiu-se uma análise das características demográficas (sexo, idade e proveniência), que revelou predomínio de profissionais femininos, com idades compreendidas entre os 23 e os 54 anos, tempo de serviço entre zero e 32 anos e oriundos do norte do país.

As contingências jurídico do Emprego Público na celebração de contratos de trabalho de 3 meses renováveis ou não, implica que o profissional seja obrigado a gozar dias de férias antes do termino do contrato, e ter de se ausentar da instituição, no mínimo 24 horas, para que se possa celebrar novo contrato, período esse que se traduz em dias de absentismo. As folgas, descanso, feriados, férias e tempo de formação também se traduzem em absentismo. A administração celebra contratos em regime de *outsourcing* e recorre a turnos extraordinários para suprimir o absentismo, que representou 37% do total de dias de trabalho durante o ano de 2007, dos quais 33,6% previstos e 3,4% não previstos.

Palavras-chave: Absentismo, Enfermagem, Recursos Humanos e Contratos de Trabalho.

JEL: J41, I19

Abstract

The study of absenteeism of nursing is an important aspect to subsidize the planning and adjustment of human resources, aiming at the continuity of nursing work in the hospital services during 24 hours. Absenteeism is understood as the absence of the worker when he/she should be working normally. These absences can or cannot be justified. The importance of this study relates to the interpretation of nursing workers absences and the legal forms to suppress them.

This is a cross contemporary documental study, with a quantitative approach. Its main purpose is the characterization of the absenteeism of nursing professional workers of the Medical Service of the Centro Hospitalar de Cascais, by describing their professional ability, absenteeism rates and the association with the increase of extra work hours needed and the need of outsourcing. The population covered 35 professional workers, six elements tied to the Public Administration, four subcontracted by the outsourcing company and twenty five workers with a three months contract, with an absenteeism rate bigger than zero during January to December 2007.

The legal constraints have contributed a great deal to contract ruptures as the three months contracts revocation is only done after an absence of 24 hours from the service; after the worker's holiday at the end of the contract, many nursing personnel choose other offers and do not renew their working contracts. The results showed 37% of absence to work during the studied period, divided into 33.6% of foreseen absences and of 3.4% of unforeseen absences as a rate of the calculated absenteeism. The professional profile related to the absenteeism pointed out the predominance of female professional workers aged 23 to 54 years old, with a service time between zero and 32 years.

Keywords: Absenteeism, justified and non justified absences, nursing and work contracts.

JEL: J45, I19

Índice Geral

Capítulo 1 - Introdução	10
Capítulo 2 - Enquadramento Teórico	
1. Absentismo	13
2 Gestão ...	16
2.1 Gestão Hospitalar	17
2.2. Regime Jurídico da Gestão Hospitalar	18
3 Administração Pública	19
3.1. Objectivos estratégicos da Administração Pública para 2007....	20
3.2. Regime Jurídico da Administração Pública	21
4. Relação de Emprego Público	22
5. Gestão dos Recursos Humanos na Administração Pública	22
6 Organizações Hospitalares	23
Capítulo 3 - Enfermagem em Portugal	
1. Breve Resenha Histórica	25
2. Enfermagem na Administração Pública	27
3. Cálculo das necessidades de enfermagem	29
4. Regime Jurídico de Horários e Duração de Trabalho na Administração Pública	31
4.1 Regime do Horário de Trabalho	31
4.2 Organização, Prestação e Compensação de Trabalho	31
5. Trabalho Extraordinário	32
6. Rotatividade dos Recursos Humanos	33
Capítulo 4 - Enquadramento Metodológico	
1. Objectivos do Estudo	34
3. A Definição e a Caracterização da População em Estudo	34
3.1 Delimitação do Campo de Estudo	35
4. Recolha de Dados	36
4.1 Organização e Tratamento dos Dados	36

Capítulo 5 - Estudo Caso – Absentismo no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Cascais.

1. Concelho de Cascais	38
1.1 População do Concelho	40
2. Centro Hospitalar de Cascais	41
2.1 Serviço de Medicina	41
2.2 Vínculos de Trabalho no serviço de Medicina	42
2.3 Proveniência dos efectivos de Enfermagem	43
2.4 Ausências programadas	45
2.5 Ausências não Programadas	45
2.6 Continuidade dos contratos...	48
2.7 Recurso a <i>Outsourcing</i> ...	50
3. Turnos Extraordinários	51
Capítulo 6 - Conclusão e Sugestões	
1. Conclusão...	54
2. Sugestões	57
3. Investigação Subsequente	57
Bibliografia	48
Anexos ...	51

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição Etária do Concelho de Cascais	40
Gráfico 2 – Vínculos de Trabalho no serviço de Medicina em 2007	43
Gráfico 3 - Proveniência dos efectivos de Enfermagem do Serviço de Medicina ..	44
Gráfico 4 – Dotação de Enfermeiros por sexo no Serviço de Medicina.....	44
Gráfico 5 – Proveniência por sexo dos efectivos do serviço de Medicina.....	45
Gráfico 6 – Dias de ausência programadas em 2007	46
Gráfico 7 – Dias de ausências programadas por mês.....	46
Gráfico 8 – Nº de dias de ausências não programadas/mês	47
Gráfico 9 – Discriminação do número de dias de ausência não programada	48
Gráfico 10 - Nº de contratos renovados e não renovados em 2007	49
Gráfico 11 – Nº de elementos de enfermagem admitidos no Serviço de Medicina durante o ano de 2007.....	50
Gráfico 12 - Nº de turnos extraordinários e elementos de <i>Outsourcing</i> durante o ano 2007.....	51
Gráfico 13 – Turnos extraordinários por tipo e por mês	52
Gráfico 14 – Valor dos Turnos Extraordinários por Categoria Profissional.....	52
Gráfico 15 – Proveniência dos elementos que cessaram funções no Centro Hospitalar de Cascais...	53
Gráfico 16 – Proveniência dos elementos que renovaram os contratos no Centro Hospitalar de Cascais ...	53
Gráfico 17 – Idade e sexo dos Enfermeiros do Serviço de Medicina...	54

Índice de Quadros

Quadro 1 – Dotação de Enfermeiros e de capacidades dos serviços do CHC	40
Quadro 2 - Carga horária por tipo de contrato de trabalho	41

Índice de Figuras

Figura 1 – Centro de Responsabilidade	17
Figura 2 – Organograma da Gestão Hospitalar	18
Figura 3 - Concelho de Cascais	39

Capítulo 1 - Introdução

A enfermagem é um serviço integrante da organização hospitalar e tem procurado desenvolver uma estrutura de trabalho dentro de modelos de organização de cuidados e competências, cientificamente fundamentados. Destaca-se a gestão de Serviços de Enfermagem como uma das áreas de conhecimento que se tem preocupado em alicerçar o seu saber com bases científicas. Um dos pontos polémicos quando se analisa ou se estrutura um serviço de enfermagem é, sem dúvida, o dimensionamento dos recursos humanos. Entende-se por dimensionamento a adequação de pessoal em aspectos quantitativos e qualitativos, para desenvolver os cuidados de enfermagem para um determinado número de utentes.

Uma rápida reflexão, acerca da quantificação e qualificação do pessoal necessário para desenvolver cuidados de enfermagem junto aos utentes, permite identificar pelo menos dois pontos geradores de polémica: a filosofia que orienta o cuidado de enfermagem e os custos com pessoal. Gaidzinsky (1998), na discussão acerca do dimensionamento dos recursos humanos, lembra que:

“... É preciso que as enfermeiras, ético-politicamente capacitadas, explicitem as reais condições de assistência, comprometendo os responsáveis pela aprovação do quadro de pessoal de enfermagem da instituição, quanto aos riscos a que os pacientes estão expostos quando não são providos os recursos necessários para a prestação de uma assistência segura ao paciente.”

O absentismo é uma das variáveis que influencia a gestão de um serviço e da afectação de recursos humanos para prestação de cuidados em qualquer unidade de saúde. A continuidade permanente dos cuidados de enfermagem é uma característica fundamental, não só para os utentes das unidades de saúde, mas também para a garantia da qualidade desses mesmos cuidados. Para Chaves (1995), a ausência de um membro da equipe de enfermagem ao trabalho merece especial atenção, pois afecta directamente a qualidade dos cuidados prestados ao utente. Lee e Eriksen (1990) também reforçam este posicionamento, justificando que o atendimento ao utente não pode ser adiado.

O absentismo tem consequências graves do ponto de vista económico, uma vez que tem um forte impacto na redução da força de trabalho dentro das organizações e um peso

considerável na segurança social, actualmente já com grandes problemas de sustentabilidade. As causas do absentismo podem ser muito diversas e nem sempre têm origem no funcionário; podem ser explicadas pela própria organização, por uma deficiente supervisão dos recursos humanos, pelo empobrecimento das tarefas, falta de motivação e estímulo, por desagradáveis condições de trabalho, por condições precárias de integração dos recursos humanos na organização, ou mesmo pelos impactos psicológicos de uma gestão deficiente (Fontes, 1974). Os esforços efectuados pelas gestões hospitalares no sentido de reduzirem o absentismo tendem a concentrar-se no estabelecimento de regras internas mais apertadas e numa maior vigilância dos recursos humanos, mas são poucas as organizações que investem em atitudes preventivas.

No sector da saúde e em particular no que respeita aos profissionais de enfermagem, verificaram-se, durante o ano de 2007, três factores contribuíram para o aumento dos custos do Serviço Nacional de Saúde: taxa de absentismo, número de turnos extraordinários efectuados e a rotatividade dos elementos de enfermagem.

O absentismo arrasta consigo não apenas a ausência do elemento de referência (para os utentes e para os restantes elementos da equipa), mas também uma rotatividade de elementos desconhecidos (provenientes de *outsourcing* ou de novos contratos), originando um reajustamento do novo elemento à equipa e vice versa, ou até da ausência de um elemento sobrecarregando a equipa existente, que tem como consequência imediata a diminuição da qualidade dos cuidados.

O recurso a turnos extraordinários verifica-se apenas em situações em que não possam ser previstos as ausências, como o caso de doença ou cessação de funções não previstas, nestes casos é geralmente realizado por elementos do próprio serviço que aumentam o seu horário em mais horas, com a consequência imediata de aumento da fadiga e diminuição da qualidade.

Este estudo permite demonstrar que os condicionalismos jurídico-legais da Administração Pública, criados para solucionar problemas de recursos humanos, vieram a contribuir fortemente para a rotatividade destes profissionais e para situações de absentismo legal, apresentando-se como um obstáculo para uma gestão eficiente de recursos e de cuidados de qualidade.

Esta dissertação constitui um estudo de caso, transversal, documental e contemporâneo, com uma abordagem quantitativa. A população em estudo abrange 35 profissionais de enfermagem, dos quais seis com vínculo à Administração Pública, quatro subcontratados pela empresa de *outsourcing* e vinte e cinco elementos com contratos de duração de três meses, todos com uma taxa de absentismo positiva durante o período em estudo – Janeiro a Dezembro de 2007. A escolha deste intervalo baseou-se noutras investigações, como Belem e Gaidzinshi (1998), que recomendam para o estudo das ausências um intervalo de doze meses, para que todos os índices sejam analisados de maneira uniforme.

A recolha de dados foi feita mediante consulta documental, entrevistas à assessoria técnica de Enfermagem – Enfermeira Directora e Enfermeira Supervisora – e consulta da assiduidade electrónica. Para a análise dos dados recorreu-se a métodos de estatística descritiva, com emprego de quadros e gráficos em Excel.

A dissertação encontra-se estruturada do seguinte modo:

Para além deste Capítulo 1, Introdutório ao estudo os restantes capítulos organizam-se em duas partes: na primeira, onde procedemos à fundamentação teórica pertinente, de modo a contextualizar a pesquisa, inclui três capítulos. No Capítulo 2 é feito o enquadramento teórico, onde abordamos a temática do absentismo, as organizações hospitalares e a gestão em contexto hospitalar nomeadamente o regime jurídico, a administração pública e os princípios jurídicos de emprego público e gestão de recursos, e os objectivos para 2007. No Capítulo 3, aborda-se a enfermagem com uma breve resenha histórica, o seu posicionamento na administração pública, o cálculo das necessidades destes recursos em contexto hospitalar, os horários e duração de trabalho, o trabalho extraordinário e a rotatividade destes profissionais.

A segunda parte inclui o Capítulo 4, onde se faz o enquadramento metodológico do estudo, com ênfase para os objectivos, a caracterização da população, a recolha e tratamento de dados. No capítulo 5, faz-se a apresentação do estudo de caso, o absentismo dos enfermeiros no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Cascais. Por último apresenta-se a conclusão (Capítulo 6) onde se inclui uma sugestão para futura investigação baseada nas conclusões deste estudo.

Capítulo 2 - Enquadramento Teórico

Toda a investigação tem subjacente um enquadramento teórico no qual se baseia; investigar o absentismo, é um assunto que para além do interesse sócio profissional tem fundamentalmente um cariz legal e administrativo uma vez que todo o gestor necessita da fundamentação legal, e neste caso, da administração pública, para se reger nas suas actuações administrativas e de gestão de recursos humanos. A enfermagem enquadrada na administração pública, possui normas, decretos-lei e regulamentos que permitem contornar o absentismo, mesmo em situações extremas como no caso de recurso a horas extraordinárias que obrigam o funcionário a um esforço adicional. As legalidades dos procedimentos administrativos conduzem muitas vezes a processos morosos de resolução de problemas; no entanto garantem o cumprimento dos princípios gerais da administração pública.

Será abordado neste capítulo o conceito de absentismo, a gestão contextualizada na área hospitalar com regime jurídico da administração pública, a relação de emprego e gestão dos recursos humanos na administração pública tendo em conta os objectivos desta para 2007.

1. Absentismo

O absentismo é por definição a não comparência do funcionário ou agente durante a totalidade ou parte do período de trabalho a que está obrigado, bem como a não comparência em local a que o mesmo deva deslocar-se por motivo de serviço. No caso de horários flexíveis, considera-se ainda como falta, o período de tempo em débito apurado no final de cada período de aferição. As faltas contam-se por dias inteiros. As faltas podem ser justificadas, desde que observado o respectivo condicionalismo legal, e injustificadas quando não contempladas no condicionalismo legal e designadamente quando não seja apresentada a prova legal ou quando o motivo invocado seja comprovadamente falso (Decreto-lei n.º 100/99 de 31 de Março, artigo 18º e 20º - regime de férias, faltas e licenças dos funcionários e agentes da Administração Pública, anexo I).

O absentismo, numa perspectiva psicossociológica, é um comportamento de ausência, individual e exterior à organização, que esta não pode prever e que remete para o âmbito das relações individuais de trabalho. Neste sentido, excluem-se outros fenómenos de ausência ao trabalho, umas por serem do foro das relações colectivas de trabalho (por ex., greves e paralisações), e outras por resultarem do exercício das prerrogativas da gestão ou da vida interna da empresa (por ex., formação profissional, compensação por trabalho suplementar, desemprego tecnológico (Graça, 2002)).

Embora o absentismo tenha um mesmo sentido lato para todas as áreas profissionais, as consequências dele resultantes divergem consoante o contexto laboral onde toma lugar: se no ensino, os alunos ficam sem aprender o conteúdo programático de uma determinada disciplina; já numa fábrica, pode provocar o atraso numa determinada linha de montagem; na área da saúde, os utentes acabam por se ressentir, quer directa quer indirectamente, nos cuidados de saúde pessoais ou na realização de meios complementares de diagnóstico que podem retardar o diagnóstico clínico.

Para Chivenato (1994), o absentismo, é uma expressão utilizada para designar a falta do empregado ao trabalho. Isto é, a soma dos períodos em que os empregados de determinada organização se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal.

Reflectindo acerca do absentismo no contexto hospitalar, destaca-se que a gestão do pessoal constitui uma ferramenta inerente para uma prestação de cuidados de qualidade ao utente. As ausências ao trabalho interferem directamente nos cuidados prestados, desorganizam a dinâmica dos serviços, geram insatisfação e revertem em custos directos e indirectos para as instituições. Como principais consequências tem-se: redistribuição das actividades, desgaste e sobrecarga dos outros trabalhadores presentes, presença de horas extraordinárias, prolongamentos de horários, desconhecimento das rotinas do funcionário destacado como substituto (Echer, 1999; Nascimento, 2003; Parra e Melo, 2004).

O número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para elevar o índice de absentismo, como consequência da sobrecarga e insatisfação dos trabalhadores, desencadeando a queda da qualidade do cuidado prestado (Alves, 1995). Segundo

Moura (1992), muitas vezes, trabalhadores com problemas de saúde, físicos e/ou mentais transferem os seus próprios problemas para o trabalho, podendo ocasionar atrasos, faltas, descuido com o material e queda na qualidade do trabalho executado.

Ribeiro (2006) relata que saber lidar com o absentéismo é uma tarefa do gestor, que precisa de motivar o funcionário para o trabalho, além de divulgar e aplicar as normas da empresa, de modo a evitar que funcionários não enquadrados sirvam de exemplo para outros. Compete ao gestor formar os empregados para o trabalho em equipa e sensibilizá-los para a questão da produtividade. Mas o gestor considera que a tarefa de controlar os horários e as faltas cabe à área de Recursos humanos, e vice-versa. Contudo, há que se pensar que este deve ser um trabalho compartilhado e não restrito a um único departamento.

De entre os novos desafios postos à gestão de pessoas, o absentéismo parece que permanecerá activo ainda nesta década, cabendo ao núcleo de gestão de recursos humanos encontrar mecanismos que facilitem o controlo e avaliação do processo de diminuição das faltas, sejam justificadas ou injustificadas. Gonçalves (2006) considera que o departamento de recursos humanos tem um papel fundamental neste controlo, para além de enfrentar novos desafios administrativos, de entre eles:

- Apoiar e assessorar os chefes dos serviços;
- Possuir conhecimento aprofundado da organização e dos seus profissionais;
- Consolidar a imagem da instituição;
- Criar mecanismos de auditorias aos profissionais;
- Facilitar o espaço intersectorial;
- Desenvolver acções para melhoria do ambiente de trabalho;
- Desenvolver capacidades através de acções de formação contínua;
- Manter o enfoque na motivação;
- Gerir, por meio de indicadores e parâmetros de humanização, as relações e estruturas internas e a disponibilização de benefícios não financeiros.

Bittar (2003) relata que o absentéismo é um dos problemas administrativos mais onerosos para qualquer instituição. Tratando-se de prestação de serviço na área da saúde torna-se, além de oneroso, de difícil solução devido à complexidade dos variados

factores que o desencadeiam e da tomada de decisão da chefia, que pode estar aberta ou não para evitar o problema. Pode ser considerado um custo evitável e ser corrigido ou prevenido administrativamente, com significativa mudança na prática operacional.

2. Gestão

Durante muitos anos gerir e administrar foram sinónimos, todavia, o termo gerir tende a aplicar-se mais à actividade desenvolvida por organizações empresariais – que visam o lucro, sujeitas às leis de mercado – quer o seu capital social seja total ou parcialmente privado ou público (Rocha, 1991). As organizações empresariais têm sofrido alterações ao longo dos tempos. Inicialmente, foram empresas encaradas como máquinas, com a finalidade de gerar lucro para alguém que detinha o poder. Mais tarde, a necessidade de recorrer a capitais alheios e de dispersar o seu capital social, levou a que a empresa fosse encarada como um “organismo” com vida própria e razão de existir. Começou então em desenvolver-se o conceito de “organização” como um conjunto de meios materiais e humanos que se relacionam com o meio ambiente exercendo uma actividade que tem por fim determinado objectivos (Cardoso, 1999). Ou ainda, como refere Brito (1997), uma entidade social conscientemente ordenada, gozando de fronteiras bem delimitadas, funcionando numa base permanente e tendo em conta a realização de objectivos.

A mudança rápida em que o mundo se encontra altera o enquadramento em que actuam as empresas e as organizações. O mesmo se passa com as pessoas que se tornaram mais exigentes, mais cultas, com maior poder de compra e com uma diversidade de produtos e serviços alternativos para satisfazer as mesmas necessidades. Logo, as empresas sentiram a necessidade de desenvolver estratégias orientadas para o consumidor.

Em termos organizacionais, o papel do gestor será o de desenvolver funções associadas à capacidade de criar uma visão clara e orientadora das actividades e de mobilizar energia humana para lutar para a atingir, ou seja, têm de actuar com rapidez e eficiência, dando importância aos valores, à cultura, inovação e qualidade.

2.1. Gestão Hospitalar

Os hospitais constituem um sector estratégico da rede de prestação de cuidados de saúde em geral, destacando-se em todos os países e sistemas de saúde pela sua natureza e diferenciação técnico-científica, pelo seu impacto clínico-assistencial na comunidade e pelo contributo relevante que têm dado à educação e investigação na saúde. O seu peso no orçamento do estado e na despesa pública, quer no plano logístico e tecnológico, quer em recursos humanos, justifica a necessidade de repensar os seus modelos de organização, métodos de gestão e regras de funcionamento. A Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro (Anexo II) que aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, determina que a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, nomeadamente a composição, as competências e o funcionamento dos órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e de consulta, bem como os modelos de financiamento e de avaliação da actividade realizada, devem constar de um regulamento a aprovar por diploma próprio do Governo. Os hospitais são dotados de uma estrutura de gestão, desenvolvida através de Centros de Responsabilidade e de custo (figura. 1), que permite atribuir funções discriminadas de forma a sistematizar processos de responsabilidade e facilitar decisões ao longo da cadeia hierárquica. Estando todos interligados e permitindo ao Conselho de Administração gerir de uma forma equilibrada e sustentada.

O âmbito da responsabilidade do centro varia, podendo recair:

- a) Apenas sobre os custos (centros de custos);
- b) Sobre custos e proveitos (centros de proveitos);
- c) Sobre custos, proveitos e activos patrimoniais (centros de investimentos).

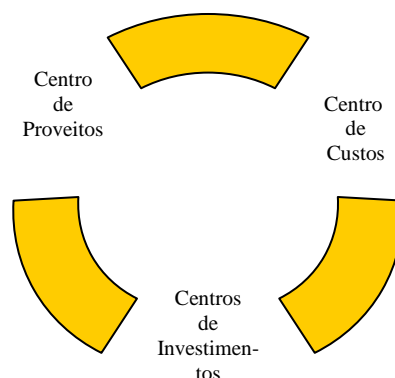


Figura 1 – Centros de Responsabilidade

Compete ao conselho de administração aprovar o organograma e a identificação dos respectivos centros de responsabilidade a integrar no regulamento interno do hospital.

Desta forma o organograma é composto pelos seguintes órgãos:

- Órgão de Administração composto pelo próprio conselho de administração (Administrador, Director Clínico e Directora de Enfermagem).
- Órgão de Consulta, composto por um conselho consultivo.
- Órgão de Fiscalização, composto por um fiscal único designado pelo estado.
- Órgão de Apoio Técnico, que inclui as comissões de ética, humanização e qualidade, de infecção hospitalar, de farmácia e de terapêutica, previstas na lei.

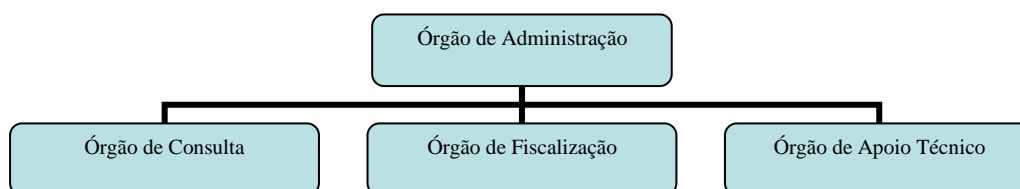


Figura 2 – Organograma da Gestão Hospitalar

2.2. Regime Jurídico da Gestão Hospitalar

O regime jurídico decretado em Assembleia da República a 8 de Novembro de 2002, anuncia que, segundo a Lei de Bases XXXI (Anexo III), os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais, sendo alargado o regime laboral aplicável, de futuro, à lei do contrato individual de trabalho e à contratação colectiva de trabalho.

Os hospitais devem pautar a respectiva gestão pelos seguintes princípios (artigo 10 °):

- a) Garantia da eficiente utilização da capacidade instalada, designadamente pelo pleno aproveitamento dos equipamentos e infra-estruturas existentes e pela diversificação do regime de horário de trabalho, de modo a alcançar uma taxa óptima da utilização dos recursos disponíveis.
- b) Elaboração de planos anuais e plurianuais e celebração de contratos-programa com a administração regional de saúde (ARS) respectiva,

- d) Promoção de um sistema de incentivos com o objectivo de apoiar e estimular o desempenho dos profissionais envolvidos, com base nos ganhos de eficiência conseguidos, incentivos que se traduzem na melhoria das condições de trabalho, na participação em acções de formação e estágios, no apoio à investigação e em prémios de desempenho;
- e) Articulação das funções essenciais da prestação de cuidados e de gestão de recursos em torno dos directores de departamento e de serviço, sendo-lhes reconhecido, sem prejuízo das competências dos órgãos de administração, autonomia na organização do trabalho e os correspondentes poderes de direcção e disciplinar sobre todo o pessoal que integra o seu departamento ou serviço, independentemente da sua carreira ou categoria profissional, com a salvaguarda das competências técnica e científica atribuídas por lei a cada profissão;
- f) Nos casos em que a garantia da satisfação dos utentes de acordo com padrões de qualidade e a preços competitivos o justifique, a possibilidade de cessão de exploração ou subcontratação, nos termos da alínea f) do artigo 12.º (ver em anexo legislação integral), de um centro de responsabilidade, ou de um serviço de acção médica, a grupos de profissionais de saúde ou a entidades públicas ou privadas que demonstrem capacidade e competência técnicas.

Os hospitais podem realizar acordos com entidades privadas (artigo 16º): mediante autorização do Ministro da Saúde, os hospitais podem associar-se e celebrar acordos com entidades privadas que visem a prestação de cuidados de saúde, com o objectivo de otimizar os recursos disponíveis.

3. Administração Pública

A Administração Pública pode ser entendida num duplo sentido: sentido orgânico e sentido material. No sentido orgânico, a administração pública é o sistema de órgãos, serviços e agentes do Estado e de outras entidades públicas que visam a satisfação regular e contínua das necessidades colectivas; no sentido material, a administração pública é a própria actividade desenvolvida por aqueles órgãos, serviços e agentes (informação disponível em www.dgaep.gov.pt, 2009).

A noção de serviço público tem evoluído ao longo das últimas décadas. A concepção tradicional construída, no essencial, com base em noções sobre o papel do estado e da Administração Pública não coincide com as regras de mercado e de livre concorrência que actualmente dominam. O Estado Novo fez coincidir a noção de serviço público com a ideia de serviço administrativo ao qual, enquanto elemento de certa pessoa colectiva de direito público, pertenceria, em princípio, a respectiva gestão. O serviço público, hoje, fundamenta-se em regras de solidariedade e de igualdade de tratamento e concretização de direitos sociais dos cidadãos, reconhecendo-se a validade de serviços públicos para efeitos de satisfação de necessidades colectivas, individualmente sentidas, e do abandono da antiga ligação entre o serviço público e a titularidade administrativa (Bilhim, 2000).

3.1. Objectivos estratégicos da Administração Pública para 2007

A Direcção-Geral de Administração Pública (DGAP) tem como missão “desenvolver, promover e acompanhar de forma sistemática as medidas de emprego público, desenvolvimento profissional dos recursos humanos e modelos organizacionais no âmbito da Administração Pública, garantindo a coerência global do sistema, a racionalização das estruturas e a promoção da qualidade dos serviços.” (Relatório de Actividades 2007, da Direcção Geral e Emprego Público)

Objectivos:

1. Assegurar a execução do Programa de Reestruturação da Administração Central do Estado no prazo politicamente definido para cada Ministério
2. Colaborar na concepção do novo regime de vínculos, carreiras e remunerações e assegurar o seu desenvolvimento e implementação.
3. Promover e dinamizar a implementação do novo sistema de avaliação dos serviços, dirigentes e demais funcionários.
4. Tratar e disponibilizar informação sobre o emprego público e os recursos organizacionais da Administração Pública. (Coordenar o Sistema de Formação Profissional da Administração Pública). Definir linhas de política estratégica sobre a qualificação e o desenvolvimento de competências para a Administração Pública. Promover o reconhecimento de qualificações profissionais, no âmbito das carreiras técnica e técnica superior da função pública. Gerir o programa de estágios profissionais na Administração Pública – PEPAP. Gerir a Bolsa de Emprego Público e promover a

movilidade de pessoal. Efectuar o planeamento e controlo do Emprego Público

5. Assegurar a realização da Presidência Portuguesa da União Europeia, na área da Administração Pública, no 2º semestre;
6. Efectuar a reestruturação da Direcção Geral da Administração Pública.

3.2. Regime Jurídico da Administração Pública

Pode ser definida objectivamente como a actividade concreta e imediata que o Estado desenvolve para assegurar os interesses colectivos e subjectivamente como o conjunto de órgãos e de pessoas jurídicas aos quais a Lei atribui o exercício da função administrativa do Estado. Tem, como principal objectivo o interesse público, seguindo os princípios constitucionais da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. A administração pública actua num constrangimento jurídico – legal que pode obrigar muitas vezes a sobrepor os aspectos processuais. Em Portugal, por assento constitucional, o estado está vinculado à prestação de serviços públicos ligados à satisfação de direitos fundamentais dos cidadãos. A concepção económica do serviço público faz salientar a ideia de um serviço ou fornecimento de um bem abaixo do seu custo. Actualmente, o diploma regulador dos princípios gerais em matéria de emprego público, remunerações e gestão de pessoal, encontram-se nos artigos 5º a 12º do Decreto-Lei nº 184/89 e no Decreto-Lei nº427/89, de 7 de Dezembro, alguns desenvolvimentos a este último estão no Decreto-Lei nº 413/93 de 23 de Novembro.

Este diploma aplica-se aos organismos da Administração Pública em sentido lato, isto é:

- Aos serviços da pessoa colectiva Estado;
- Aos institutos Públicos, nas modalidades de serviços personalizados do Estado e de fundos Públicos.

Como princípios informadores do exercício de funções públicas prevêm-se os seguintes:

- Principio da exclusividade dos funcionários e agentes ao serviço do interesse público;
- Subordinação destes trabalhadores à constituição e à Lei;
- Exigência de condutas responsáveis e éticas;

- Respeito pelos princípios da justiça, da imparcialidade e da proporcionalidade.
- Respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos.

4. Relação de Emprego Público

Com o objectivo de criar condições à Administração Pública para recrutar, manter e desenvolver os recursos humanos necessários à consecução dos objectivos planeados para cada organização pública, a DGAEP (Direcção Geral da Administração e Emprego Público), através do Decreto Lei 184/89, revogado pela Decreto Lei 12-A/2008, de 27-02-2008, em que a relação de emprego publico só se poderá realizar da seguinte forma;

- a) Comissão de serviço – para o exercício de cargos não inseridos em carreiras, designadamente cargos dirigentes.
- b) Nomeação – para o exercício de funções em carreiras cujo conteúdo funcional se insira no cumprimento de atribuições, competências e actividades referidas no artigo 10º (funções associadas ao exercício de poderes de soberania e autoridade).
- c) Contrato de trabalho – para o exercício de cargos e funções não abrangidas pelas alíneas anteriores as relações jurídicas de emprego passam a constituir-se nos termos da Lei n.º 23/2004, de 22 de Junho que aprovou o regime jurídico do contrato de trabalho da Administração Pública.

O regime jurídico permite ainda a realização de acordos com entidades privadas (artigo 16º): mediante autorização do Ministro da Saúde, os hospitais podem associar-se e celebrar acordos com entidades privadas que visem a prestação de cuidados de saúde, com o objectivo de otimizar os recursos disponíveis (recurso ao *outsourcing*).

5. Gestão dos Recursos Humanos na Administração Pública

Para cada organização administrativa, tal como para a administração em geral, os problemas de gestão de recursos humanos têm uma importância primordial. A política de gestão de recursos humanos, seguida num determinado momento, compromete o presente e o futuro de qualquer serviço.

De acordo com a definição da *Harvard Business School*:

“...a gestão dos recursos humanos diz respeito a todas as decisões de gestão que afectam a relação entre a organização e os empregados”(Beer,1985).

No entanto, a administração pública actua num contexto de constrangimentos jurídico-formais, que sobrepõe os aspectos processuais, “o como deve ser feito”, aos objectivos, ou “ao que deve ser feito” (Amaral, 1993); por esta razão a administração pública rege-se por um regime jurídico próprio¹, regulador dos princípios gerais em matéria de emprego público, remunerações e gestão de pessoal (Anexo IV), que condiciona a contratação dos recursos humanos e define os princípios e garantias (artigo 5º) a que deve obedecer tais como a liberdade de candidatura, a igualdade de condições e de oportunidades para todos os candidatos, a neutralidade da composição do júri, a divulgação atempada dos métodos de selecção a utilizar, do programa das provas de conhecimento e do sistema de classificação final, a aplicação de métodos e critérios objectivos de avaliação e o direito de recurso. Mas todos estes processos são morosos e condicionam uma gestão que se exige célere na tomada de decisões, uma vez que gerir unidades de saúde difere grandemente nos resultados. Gerir processos administrativos não é o mesmo que gerir cuidados de saúde, daí a particularidade das gestões hospitalares que acabam por recorrer às horas extraordinário e aos *outsourcing*, como forma de suprimir o absentismo não programado.

6. Organizações Hospitalares

O hospital como organização tem tido em cada época uma missão ou finalidade própria, qualquer que seja o seu sistema de financiamento ou o seu estatuto jurídico-legal (laico ou religioso, civil ou militar, público ou privado, etc.); além disso, é (cada vez mais) o local de trabalho de grupos socioprofissionais muito particulares, directamente afectos ao processo de prestação de cuidados (médicos, enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica), ou com funções de apoio ou de gestão (administradores, engenheiros e técnicos de manutenção de instalações e equipamentos, informáticos, pessoal administrativo). Tem um sistema técnico e de poder organizacional próprio, distinto do da empresa que transforma matérias-primas em produtos acabados (fábrica de automóveis), já que os seus objectos de trabalho são seres humanos, e tem uma cultura própria ligada às questões da vida, da dor e da morte, às diferentes representações

¹ Decreto-lei n.º 184/89, de 2 de Junho, actualizado pelo Decreto - Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro.

sociais da saúde/doença e do papel da medicina, aos diferentes modelos etiológicos de saúde/doença, e às próprias ideologias e estratégias profissionais. À partida, o que distingue hoje o hospital duma empresa é o facto de poder ser classificado na categoria das organizações especializadas (Etzioni, 1980).

Mintzberg (1982) descreve a estrutura do hospital como uma burocracia profissional. Trata-se de uma organização muito diferenciada vertical e horizontalmente, em que o poder se situa no centro operacional, parte mais importante da organização. Os serviços de apoio existem apenas para servir o centro operacional; a tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias (a título de exemplo, o enfermeiro director e a enfermeira supervisora podem ser considerados como tecnoestrutura). No centro operacional, o principal mecanismo de coordenação das actividades é a standardização das qualificações, cujos parâmetros de concepção correspondentes são a formação e a socialização. O hospital recruta profissionais devidamente formados e socializados e confere-lhes autonomia para a execução do seu trabalho. O hospital difere substancialmente das burocracias mecânicas, na medida em que os profissionais obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais e não a uma hierarquia. Esta cultura profissional é transmitida durante a longa formação e prática supervisionada pelos professores, colegas e pelas associações profissionais.

Capítulo 3 - Enfermagem em Portugal

1. Breve Resenha Histórica

Ao longo dos últimos anos, a Enfermagem em Portugal conheceu uma grande evolução, quer quanto à formação pré-graduada, quer no que respeita ao aumento da complexidade e ao reconhecimento desta actividade profissional.

Existem referências à existência de enfermeiro em Portugal numa data que antecede em 23 anos a formação do próprio país (1143), ou seja, em 1120. Nessa altura, os relatos vindos de outras partes do mundo davam conta que os cuidados de Enfermagem eram prestados por monges e freiras. O primeiro manual de enfermagem português – a *Postilla religiosa e arte de enfermeiros* – foi descoberto há relativamente poucos anos e data de 1741. O seu autor, Frei Diogo de Santiago, pertenceu à congregação de São João de Deus e testemunha a forte ligação entre a profissão e as confissões religiosas. Em 1860 surgiu a Enfermagem Moderna, com Florence Nightingale. Em Portugal, existia um grupo indiferenciado de pessoas que trabalhavam em hospitais e asilos, aos quais se juntavam grupos de religiosas.

Nas últimas duas décadas do século XIX surgiram cursos especificamente concebidos para formar enfermeiros. O primeiro foi criado em 1881 nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Os cuidados de enfermagem começaram a corresponder a um trabalho técnico assistencial.

Na década de 30 do século XX, e apesar da instituição do Estado Novo, deu-se início ao movimento sindical com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Sul e, posteriormente, com o Sindicato Profissional dos Enfermeiros da Região Norte. Uma das primeiras reivindicações sindicais incidiu sobre os riscos corridos pelos enfermeiros devido à falta de protecção da sua integridade física. Mais tarde, sugeriu-se a elaboração de um Código Profissional de Enfermagem integrado num Código da Saúde. Por esta altura também foi instituído o regime das «90 velas», ou seja, um período trimestral de trabalho nocturno. Os anos 40 trouxeram a criação de alguns cursos de aperfeiçoamento em determinadas áreas da Enfermagem como actividades de formação contínua – Psiquiatria, Puericultura e Saúde Pública. O Decreto-lei nº 31:913 de 12 de Março de

1942 estabeleceu que a Enfermagem só podia ser exercida por mulheres solteiras ou viúvas sem filhos. Proibiu-se o exercício público da profissão a quem não tivesse um diploma. O ensino foi alvo de nova reestruturação, com a aprovação do Regulamento das Escolas de Enfermagem, entre outros documentos.

O Curso Geral de Enfermagem passou para três anos e as escolas passaram a ter autonomia técnica e administrativa. Apesar de um número considerável de escolas, o número de diplomados não era elevado porque três quartos dos alunos preferiam interromper a sua formação para desempenhar funções de auxiliares de Enfermagem.

Em 1955 foi criada uma comissão de estudo para elaborar um programa de fomento da enfermagem. A pouca consideração social e os baixos salários foram apontados como os principais motivos para a falta de profissionais.

Nos anos 60 terminou a proibição do casamento das enfermeiras e o Decreto 46448 de 20 de Julho de 1965 instaurou uma nova reestruturação do ensino de enfermagem. O diploma defendia, entre vários aspectos, que o ensino da enfermagem deveria ser feito por enfermeiros. Por sua vez, o Decreto-lei 48166 de 27 de Dezembro de 1967 definiu a estruturação das carreiras em Enfermagem Hospitalar, de Saúde Pública e a do Ensino. As remunerações e a carga horária semanal eram diferentes nas três carreiras.

Em 1968 surgiu a Associação Portuguesa de Enfermeiros. Em 1981 foi publicado o Decreto-lei 305/81, diploma da Carreira de Enfermagem que instituiu uma carreira única para todos os enfermeiros e definiu cinco categorias profissionais, entre as quais a de enfermeiro especialista.

Em 1988, o Decreto-lei nº 480/88 de 23 de Dezembro integrou o Ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, no subsistema Politécnico. Esta alteração transformou o curso em bacharelato. O Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro criou uma nova Carreira da Enfermagem, definindo três áreas de actuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria.

Os primeiros mestrados em Ciências de Enfermagem iniciaram-se em 1992 e presentemente existem três programas regulares de doutoramento. O novo enquadramento da profissão permitiu que, em 1999, a formação pré graduada em

enfermagem passasse a ser assegurada pelo Curso de Licenciatura em Enfermagem (quatro anos), com um acréscimo significativo de competências ao nível da gestão de serviços de saúde, formação e investigação em enfermagem.

Actualmente, o Curso de Licenciatura em Enfermagem é ministrado em Escolas Superiores de Enfermagem e Escolas Superiores de Saúde, públicas ou privadas. O desenvolvimento científico e técnico das ciências de Enfermagem é da responsabilidade exclusiva dos enfermeiros (www.ordemdosenfermeiros.pt, 2008).

2. Enfermagem na Administração Pública

O Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro define o regime legal da carreira de Enfermagem que, enquanto carreira especial da administração pública, se distribui pelas seguintes categorias:

- Enfermeiro;
- Enfermeiro Especialista;
- Enfermeiro Director e Enfermeiro Chefe.

Este Decreto-lei foi posteriormente revogado pelo Decreto-lei n 12-A/2008, de 27 de Fevereiro, que passa a definir duas categorias:

- Enfermeiro;
- Enfermeiro Principal.

Para a primeira classificação são as seguintes as funções inerentes a cada posição hierárquica (Decreto Lei nº 437/91 de 8 de Novembro):

**Prestação
Cuidados
Enfermeiro
e Enfermeiro
Especialista**

- ☞ Elaborar um plano de cuidados em função das necessidades.
- ☞ Executar os cuidados de enfermagem elaborados.
- ☞ Articular os cuidados de saúde primária com os cuidados diferenciados.

**Gestor
Enfermeiro Chefe,
Director**

- ☞ Definição de normas e critérios para a execução de cuidados de enfermagem.
- ☞ Determinar os recursos perante as necessidades de cuidados.
- ☞ Elaborar o plano anual de cuidados.
- ☞ Participar na escolha de material.
- ☞ Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação.
- ☞ Promover acções que visem coordenar os serviços de enfermagem da organização com outras instituições.
- ☞ Dar apoio técnico de enfermagem.
- ☞ Efectuar auditorias no âmbito de enfermagem.
- ☞ etc.

Para a segunda classificação em duas categorias (Decreto-lei n 12-A/2008, de 27 de Fevereiro), as funções inerentes a cada posição hierárquica são as seguintes:

Enfermeiro

- ☞ Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade ou sob a responsabilidade da equipa na qual estejam integrados;
- ☞ Recolher, registar e efectuar tratamento e análise de informação relativa ao exercício das suas funções, incluindo aquela que seja relevante para os sistemas de informação institucionais e nacionais na área da saúde;
- ☞ Promover e participar em programas e projectos de investigação em enfermagem, nacionais ou internacionais, na sua área de especialização;
- ☞ Colaborar no processo de desenvolvimento de competências de alunos da licenciatura em enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional;
- ☞ Participar em júris de concursos ou noutras actividades de avaliação dentro da sua área de competência;
- ☞ Identificar, planear e avaliar os cuidados de enfermagem e efectuar os respectivos registos, bem como participar nas actividades de planeamento e programação do trabalho de equipa a executar pela unidade ou serviço;
- ☞ Participar nas acções que visem articular os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- ☞ Realizar intervenções no apoio ao funcionamento da unidade ou serviço.

Enfermeiro Principal

- ◆ Exercer funções técnicas de coordenação dos trabalhadores da carreira de enfermagem, nomeadamente nas equipas multiprofissional, no que concerne à definição e utilização de indicadores que permitam avaliar, de forma sistemática as mudanças verificadas no sistema de saúde do utente, do grupo, da comunidade e introduzir as medidas correctivas consideradas necessárias;
- ◆ Supervisionar o planeamento, programação e avaliação do trabalho da respectiva equipa;
- ◆ Planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, procedendo à respectiva avaliação;
- ◆ Coordenar ou dirigir funcionalmente as equipas de investigação em enfermagem;
- ◆ Identificar as necessidades de recursos humanos, tendo em vista os cuidados de enfermagem a prestar, cabendo-lhe a responsabilidade de os distribuir e adequar às necessidades existentes, nomeadamente através da elaboração de horários e planos de férias;
- ◆ Orientar as actividades de formação de enfermagem;
- ◆ Promover a concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço.
- ◆ Assegurar a informação que caracteriza o nível de produção, actividade ou qualidade da sua equipa.

3. Cálculo das necessidades de enfermagem

A gestão dos serviços de enfermagem, é feita sempre com base, não apenas no número de camas (lotação do serviço), mas também no grau de dependência dos utentes. Para tal os gestores necessitam de aplicar normas *standard* de forma a gerir eficazmente as necessidades.

O Ministério da Saúde baseando-se na circular n.º 3 do Despacho n.º 22 250 / 2005 (2.^a Série), publicado no Diário da República, n.º 205, de 25 de Outubro (anexo V), delibera que para situações de **“Impossibilidade e/ou inadequação da reafecção entre valências /serviços, de horas de prestação de cuidados/serviços”** deverá ser adoptada a metodologia para a afectação dos recursos humanos que a seguir se apresenta, diferente para os hospitais e hospitais de dia:

- a) Hospitais: oferecem Serviços de Internamento, sendo o período de tempo de internamento aquele que decorre ininterruptamente desde a data da admissão de doentes até à data da alta, exceptuando-se o dia da alta.

O número de enfermeiros necessários (*EN*) é contabilizado do seguinte modo:

$$EN = \frac{LP \times TO \times (HCN / DI) \times (N^\circ \text{ Dias} / \text{Ano})}{T} \quad (1)$$

Fonte: n.º 3 do Despacho n.º 22 250 / 2005 (2.ª Série),
publicado no Diário da República, n.º 205, de 25 de Outubro.

Sendo:

LP = Lotação praticada

TO = Taxa de ocupação esperada.

HCN/DI = Número de horas de cuidados necessárias / dia de internamento.

N.º dias / Ano = Número de dias de funcionamento por ano (365)

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano, fixadas em

- 1268 horas para Serviços de Psiquiatria e Oncologia (de acordo com as bonificações previstas no Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, para os serviços de Psiquiatria e Oncologia);
- 1435 horas para os restantes serviços (correspondentes a 41 semanas úteis por ano).

- b) Hospitais de Dia: estabelecimentos de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas.

O número de enfermeiros necessários (*EN*) é contabilizado do seguinte modo:

$$EN = \frac{At \times (HCN / At)}{T} \quad (2)$$

Fonte: n.º 3 do Despacho n.º 22 250 / 2005 (2.ª Série),
publicado no Diário da República, n.º 205, de 25 de Outubro.

Sendo:

At = Número de sessões por ano

HCN/At = Número de horas de cuidados necessárias por sessão.

T = Número de horas de trabalho por enfermeiro e por ano.

O planeamento é mensal e com base em absentismo programado para todas as unidades de saúde.

4. Regime Jurídico de Horários e Duração de Trabalho na Administração Pública

As regras e princípios gerais sobre duração e horários de trabalho na Administração Pública encontram-se vertidas no Decreto-lei n.º 259/98, de 18 de Agosto, completado pelos Decretos-lei n.º 324/99 e 325/99 de 18 de Agosto, dos quais o primeiro define o regime de trabalho a tempo parcial para o pessoal com mais de 55 anos de idade e o segundo introduz a semana de trabalho de quatro dias. A duração semanal do trabalho é de trinta e cinco horas, sem prejuízo da existência de regimes de duração semanal inferior, nos termos do n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-lei n.º 259/98, repartida por cinco dias, com um período normal de trabalho diário de sete horas.

4.1. Regime do Horário de Trabalho dos Enfermeiros

O regime de horário de trabalho dos enfermeiros prevê tipos de Horário:

- a) Tempo completo, com a duração de trinta e cinco horas semanais;
- b) Tempo parcial, com a duração de dezanove horas semanais (prolongamento do horário);
- c) Regime de horário acrescido, com a duração de quarenta e duas horas semanais.

4.2 Organização, Prestação e Compensação de Trabalho

A semana de trabalho, entendida de segunda-feira a domingo, é, em regra, de trinta e cinco horas e de cinco dias, podendo sofrer alterações por necessidades do serviço ou do enfermeiro, salvaguardados os interesses do serviço. Os enfermeiros têm direito a um dia de descanso semanal, acrescido de um dia de descanso complementar, devendo, em cada período de quatro semanas, pelo menos um dos dias de descanso coincidir com o sábado ou o domingo.

A aferição da duração do trabalho normal deve reportar-se a um conjunto de quatro semanas. São considerados, para efeitos de obrigatoriedade na organização dos horários de trabalho, todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis.

Os enfermeiros com idade superior a 50 anos poderão, se o requererem, ser dispensados do trabalho nocturno e por turnos, desde que daí não advenham graves prejuízos para o serviço. As enfermeiras que, comprovadamente amamentem os filhos, têm direito, durante um período de 12 meses a partir da data do parto, a requerer a isenção de

horário por turnos e de trabalho nocturno, assim como durante os três últimos meses de gravidez, desde que daí não advenham graves prejuízos para o serviço.

5. Trabalho Extraordinário

Trabalho extraordinário (Portaria n.º 609/2009 de 5 de Junho (Anexo VI)) é todo o aquele que ultrapassa o número de horas de trabalho semanal normal a que o pessoal hospitalar está obrigado.

A remuneração do trabalho extraordinário diurno efectuado em dias úteis é atribuída com base no valor calculado da hora de trabalho normal diurno, acrescido de 25% na primeira hora e de 50% nas horas seguintes. A remuneração do trabalho extraordinário nocturno efectuado em dias úteis é atribuída com base no valor calculado da hora de trabalho normal diurno acrescido de 75% na primeira hora e de 100% nas horas seguintes. A remuneração do trabalho extraordinário diurno efectuado aos sábados depois das 13 horas, domingos, feriados e dias de descanso semanal é atribuída com base no valor calculado da hora de trabalho normal diurno acrescido de 75% na primeira hora e de 100% nas horas seguintes. A remuneração do trabalho extraordinário nocturno efectuado aos sábados depois das 20 horas, domingos, feriados e dias de descanso semanal é atribuída com base no valor calculado da hora de trabalho normal diurno acrescido de 125% na primeira hora e de 150% nas horas seguintes.

O Valor Hora (VH) do trabalho extraordinário é calculado com base no trabalho normal acrescido do valor extraordinário, sendo o valor normal calculado da seguinte forma:

$$VH = \frac{VB \times 12 \text{ Meses}}{52 \text{ Semanas} \times n^{\circ} \text{ Horas Semanais}} \quad (3)$$

Fonte: art.º25 do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde,
aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

Sendo *VB* = Vencimento Base.

O valor remuneratório da enfermagem nível 1 (início de carreira) é de 970,92€/mês e o valor remuneratório de enfermagem Graduada nível 3 de 1.320,10€/mês (valores retirados da tabela salarial de enfermagem em vigor em 2007 (Anexo VII)).

6. Rotatividade dos Recursos Humanos

Chiavenato (2004) define rotatividade como a flutuação de pessoal entre uma organização e seu ambiente, ou seja o volume de pessoas que ingressam e que saem da organização. Em toda organização saudável ocorre normalmente um pequeno volume de entradas e saídas de recursos humanos, ocasionando uma rotatividade meramente vegetativa e de simples manutenção do sistema. De acordo com Bohlander *et al.* (2005) ao examinar o impacto da rotatividade na gestão de RH e no recrutamento é de importância vital reconhecer que os índices quantitativos de rotatividade não são o único factor a ser considerado. A qualidade dos funcionários que saem também é importante.

De acordo com Chivenato (2004), quando as perdas de recursos humanos não são provocadas pela organização, ou seja, quando ocorrem independentemente dos objectivos da organização, torna-se essencial localizar os motivos que provocaram a desassimilação dos recursos humanos, a fim de que se possa actuar sobre eles e diminuir as exclusões indesejáveis. A rotatividade de pessoal, também conhecida por *turnover*, está relacionada com o sistema de recursos humanos e o afastamento de profissionais de uma organização.

As razões para o afastamento voluntário, ou não, podem estar relacionadas a uma série de problemas administrativos ou apenas a problemas de falta de alinhamento entre a carreira profissional e a empresa. Na maior parte das vezes os colaboradores podem solicitar a sua demissão por descontentamento, falta de motivação, ou busca de uma melhor colocação profissional. Além de ser oneroso para a instituição empresarial, o elevado índice de *turnover*, aponta que algo não está bem e precisa ser melhorado:

“Um dos problemas em que o gestor dos recursos humanos se defronta numa economia competitiva é saber até quanto vale a pena, por exemplo, perder recursos humanos e manter uma política salarial relativamente conservadora e “económica”. Muitas vezes, na manutenção de uma política salarial restritiva o fluxo incessante de recursos humanos por meio de uma rotatividade elevada pode sair mais caro” (Chiavenato, 2004, p.158).

Capítulo 4 - Enquadramento Metodológico

1. Objectivos do Estudo

O absentismo, enquanto comportamento de ausência individual ao trabalho, levanta problemas de natureza teórico-metodológica que habitualmente são ignorados ou escamoteados por quase toda a gente que fala do problema, a começar pelos gestores, pelos especialistas e técnicos de gestão de Recursos Humanos.

Daí a importância da investigação pormenorizada e direccionada no sentido de compreender as razões do absentismo, da rotatividade e da existência permanente de elementos em *outsourcing* e a elevadas taxas de turnos extraordinários, por parte dos profissionais de enfermagem, num serviço com as características como o de Medicina, que abrange praticamente todas as patologias do foro médico e que, por norma, tem uma taxa de ocupação média de 98% em todas as organizações de saúde. Importante não só para a instituição de saúde escolhida para este estudo de caso mas também para outras instituições de saúde do SNS.

Deste modo definem-se como objectivos específicos deste estudo:

1. Identificar as causas das ausências.
2. Identificar a legalidade das mesmas.
3. Identificar a maior incidência ao longo do período escolhido – 2007.
4. Identificar a causa/necessidade de turnos extraordinários.
5. Identificar a necessidade de enfermeiros em *outsourcing*.
6. Observar a rotatividade de elementos de enfermagem no ano de 2007.
7. Identificar os custos para o SNS dos turnos extraordinários.

2. Metodologia

Com base na bibliografia consultada e de acordo os objectivos do estudo, a investigação realizada foi predominantemente quantitativa e teve por base o estudo de um caso. Pretende-se com este estudo retratar, demonstrar e avaliar a importância do absentismo em termos de gestão de recursos humanos. Tal como Bell (1993) descreve, a grande

vantagem do método de estudo de caso consiste no facto de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interactivos em curso.

São definidas as seguintes fases de estudo:

- a. Descrição do tipo de ausências justificadas e não justificadas observadas ao longo do período escolhido - 2007.
- b. Caracterização dos elementos ausentes por sexo, idade e tipo de contrato com a instituição.
- c. Identificação da necessidade de existência de elementos de enfermagem em *outsourcing* e da realização de turnos extraordinários.
- d. Identificações do número de elementos de enfermagem que não renovaram o contrato com a unidade de saúde, utilizando uma fonte secundária de dados, como os registos de assiduidade e horários do Serviço.

Este método de recolha de dados em fontes primárias e secundárias, conduz-nos a evidências que geralmente se encontram registados em bases de dados que servem para pesquisas de estudo de gestores empresariais e cada vez mais, ganham importância como dados secundários de negócios e gestão (Loveridge, 1990). Os dados primários podem ser obtidos directamente ou indirectamente, directamente quando recolhidos através de entrevistas com respostas imediatas, os indirectos através do preenchimento de inquéritos ou formulários, sem a presença do pesquisador.

A recolha de dados através de documentos é usada primariamente para corroborar e evidenciar dados de outras fontes, estes são fornecedores específicos de detalhes que apoiam uma informação verbal. Este tipo de dados contextualizam intervenções e discussões sobre as organizações em estudo. Em muitos estudos de casos a base dos dados primários é múltipla e tem por base documentos referentes a dados reais (Remenyi, 1998)

3. Delimitação do Campo de Estudo

Quando referimos anteriormente o Serviço de Medicina engloba duas unidades:

- ✓ Serviço de Medicina com uma população de 26 enfermeiros, numa unidade com uma lotação de 44 camas, 22 camas de mulheres e 22 de homens.
- ✓ Serviço de Oncologia – Hospital de dia – com atendimento diurno e com uma população de 3 enfermeiros para uma lotação de 7 cadeiras e um catre.

Cada um destes serviços é uma unidade independente em espaço físico mas interligado em recursos materiais e alguns recursos humanos (uma vez que o serviço de Oncologia necessita de formação específica).

4. Recolha de Dados

A recolha de dados decorreu entre Novembro de 2006 e Dezembro de 2007, em Novembro de 2006 foi feito o pedido escrito de autorização de consulta de documentos oficiais de registos de assiduidade para o ano de 2007, bem como a marcação de agendamento de entrevistas com a administradora hospitalar, a directora de enfermagem e o gabinete de formação permanente, assim como a chefe de serviço. O facto de exercer funções neste serviço facilitou o acesso e o contacto com os documentos e os responsáveis; no entanto, dadas as mudanças da gestão pública para a gestão de parceria, os serviços administrativos encontravam-se em reestruturação o que demorou algum tempo a obter as autorizações legais e acesso a documentos da área de gestão.

Os dados recolhidos a partir da consulta dos horários mensais foram sujeitos às normas de cálculos de necessidades para o pessoal de enfermagem apresentadas no Capítulo anterior.

4.1 Organização e Tratamento dos Dados

Através dos documentos citados no parágrafo anterior, horários mensais, foi possível recolher a seguinte informação:

- a. Número de Enfermeiros necessários por mês para as necessidades de cuidados.
- b. Número de turnos que os enfermeiros se encontram ausente do serviço.
- c. Tipo de ausências verificadas por mês.

- d. Número de turnos realizados por elementos em *outsourcing*.
- e. Número de turnos extraordinários realizados.

Posteriormente foram consultados as normas internas do centro hospitalar: Decretos – Lei sobre contratos de trabalho, emprego público, turnos extraordinários e legalidade das ausências, elaboração de horários de trabalho. A partir desta informação foi possível avaliar as necessidades de elementos para completar a equipa durante a jornada contínua (24 horas) de trabalho no Serviço de Medicina consoante o contrato de trabalho de cada elemento que exerce funções no serviço de medicina.

A informação recolhida sobre dias de absentismo foi ainda discriminada pelas seguintes categorias: folgas, feriados, descansos, férias, formações, baixas médicas e quebras de contrato. Todos a informação recolhida foi transcrita para suporte informático para posterior procedimento analítico.

Foram também consideradas as seguintes características demográficas para cada profissional a exercer funções nesta unidade: idade, sexo e proveniência.

Capítulo 5 - Estudo de Caso – Absentismo no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Cascais.

Contribuindo fortemente para o conhecimento, os estudos de caso permitem aos investigadores uma perspectiva mais abrangente e uma exploração mais significativa de todo o processo de investigação. Este processo de descoberta onde o indivíduo aprende por si próprio pode ser de facto o processo mais eficaz de aprendizagem (Christensen e Hansen, 1987).

Numa investigação o estudo caso tem duas características; Primeiro o estudo caso pode ser utilizado para estabelecer veracidade e confiança nos dados, os dados podem ser analisados sob uma perspectiva positivista e sintetizada que produz conjecturas teóricas ou mesmo ser usado como dados que suportem ou contrariem as teorias já estabelecidas. A análise positivista de um caso estudo incluirá uma colecção de dados numéricos e a aplicação de uma ou mais técnicas de inferências estatísticas.

O Estudo caso pode ser usado como um veículo para criar uma história ou uma descrição narrativa da situação que está sobre estudo, de tal forma que a narrativa resultante represente a causa da investigação em si e desta poder-se-á dizer que se acrescentou alguma mais valia ao conhecimento. (Grummesson,1991;Yin,1989)

1. Concelho de Cascais e a sua População

O Concelho de Cascais tem uma área de 97,1 km², sendo constituído por 6 freguesias; Cascais, Alcabideche, Estoril, S. Domingos de Rana, Parede e Carcavelos (figura 3). O INE estima para 2004 180.700 habitantes para a população do concelho, correspondendo a 1.863 habitantes por km².

O Concelho de Cascais está integrado num território de evidentes potencialidades, caracterizado pela existência de recursos naturais, paisagísticos e patrimoniais privilegiados, pela centralização de recursos institucionais, humanos, científicos e produtivos e pela posição geoestratégica privilegiada e por se situar tão próximo da Capital Metropolitana. Tem infra-estruturas de internacionalização que lhe garantem as indispensáveis condições para uma inserção favorável na economia global.

Esta relevância atribuída a Cascais reflecte-se, em primeiro lugar, na forte capacidade de atracção populacional, e conseqüentemente no crescimento demográfico concelhio. Segundo dados dos recenseamentos de 1970, 1981, 1991 e 2001, a população do concelho de Cascais triplicou nos últimos 40 anos.



Figura 3 – Concelho de Cascais e respectivas Freguesias

Fonte: www.cscascais.min-saude.pt

A distribuição etária dos habitantes deste concelho mostra um envelhecimento crescente da população nas últimas décadas. Estima-se que, em 2004, havia 12.000 habitantes com mais de 75 anos. O índice de envelhecimento em 2001 era de 99,3% e o índice de dependência total (crianças e idosos) de 43%. Em 2004 16% da população do concelho de Cascais tinha mais de 65 anos (gráfico 1).

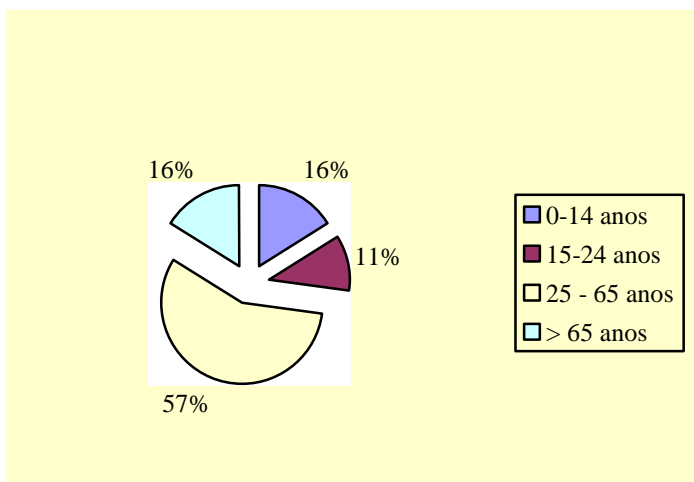


Gráfico 1 – Distribuição Etária do Concelho de Cascais

Fonte: INE, Censos 1970, 1981, 1991 e 2001, publicado no sítio da Câmara Municipal de Cascais - Gabinete de Estatística.

2. Centro Hospitalar de Cascais

O Centro Hospitalar de Cascais é composto pelo Hospital de Cascais e pelo Hospital José de Almeida, que, em conjunto, possuem as valências de Medicina, Ortopedia, Cirurgia geral, Bloco Operatório, Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, Cardiologia, Pneumologia, Gastrenterologia, Consultas externas, Urgência geral e Pediátrica.

Serviço	Nº de Enfermeiros	Dotação de Camas
Urgência Geral	28	20 (S.O.)
Urgência Pediátrica	18	8 (S.O.)
Medicina	23	44
Cirurgia	26	36
Pediatria	18	12
Neonatologia	8	6
Ortopedia (4)	52	88
Ginecologia / Obstetrícia	14	16
Cardiologia	8	18
Pneumologia	8	18
Técnicas Pneumologia	2	4
Departamento Formação Contínua	1	-
Consulta Externa	8	-
Bloco Geral	22	3 Salas
Bloco Partos	6	2 Salas
Bloco Ortopedia	12	2 Salas
Hospital Dia Oncologia	3	8
HDDI	2	-
Directora	1	-
Supervisora	1	-
TOTAL	259	270

Quadro 1 – Dotação de Enfermeiros e de capacidades dos serviços do CHC.

O centro Hospitalar possui 259 enfermeiros dos quais 126 são efectivos (funcionários da Administração Pública) com contrato sem termo e 133 são efectivos com contratos de termo certo (renovável de 3 em 3 meses), para além de um enfermeiro em prolongamento de horário (efectivo do Ministério da Defesa). Para completar o preenchimento das necessidades são ainda contratados em *outsourcing* à empresa Select Recursos Humanos até 12 elementos diferentes, que alternam consoante as necessidades diárias. Os efectivos de enfermagem são ainda diferenciados pela carga horária mensal (quadro 2).

Tipo de Contrato	Horas /mês	Regime Trabalho
Efectivo com contrato sem termo	168H	8,30 Horas/dia, entre as 8,00 h as 16,30 h
	140 H	8,30h, 7,15h e 9,30h, consoante os turnos da Manhã, Tarde e da Noite com um descanso e uma folga semanal remunerados.
Efectivo com contrato com termo certo.	140 H	8,30h, 7,15h e 9,30h, consoante os turnos da Manhã, Tarde e da Noite com um descanso e uma folga semanal remunerado.
Efectivo com contrato de prolongamento de horário	19 H	8,30h, 7,15h e 9,30h, consoante os turnos da Manhã, Tarde e da Noite com um descanso e uma folga semanal remunerados.

Quadro 2: Carga horária por tipo de contrato de trabalho

2.1. Serviço de Medicina

O Serviço de Medicina geograficamente é composto por duas alas perpendiculares com 3 salas cada, totalizando 44 camas. O Hospital de Dia de Oncologia possui uma dotação de 7 cadeiras e um catre (onde se efectuam tratamentos em que o utente tem que estar deitado, ou em situações de dor aguda).

A dotação de enfermeiros é composta diariamente por 15 elementos:

- ✓ 1 Enfermeira Chefe,
- ✓ 1 Enfermeiro (segundo elemento) que substitui a chefia sempre que necessário,
- ✓ 9 Enfermeiros efectivos,
- ✓ 4 a 5 Enfermeiros (*outsourcing* diários).

A distribuição de enfermeiros por turno é feita com base na circular n.º 3 do Despacho n.º 22 250 / 2005 (2.ª Série), publicado no Diário da República, n.º 205, de 25 de Outubro:

Turno da Manhã (8-16h):

- 1 Enfermeiro Chefe (excepto ao fim de semana).
- 3 Enfermeiros efectivos.
- 2 Enfermeiros do *outsourcing*.
- 3 Enfermeiros no Hospital de Dia de Oncologia (efectivos).

Turno da Tarde (16-23h):

- 2 Enfermeiros efectivos.
- 2 Enfermeiros do *outsourcing*.

Turno da Noite (23-8h):

- 2 Enfermeiros efectivos.

Não é permitido o recurso a *outsourcing* para o trabalho nocturno de enfermagem (Norma nº 234 do Centro Hospitalar de Cascais).

2.2. Vínculos de Trabalho no Serviço de Medicina

Os efectivos a exercerem funções de enfermagem no serviço de Medicina são maioritariamente elementos com contratos de trabalho de 3 meses revogáveis ou não, e elementos contratados em *outsourcing* (gráfico 2):

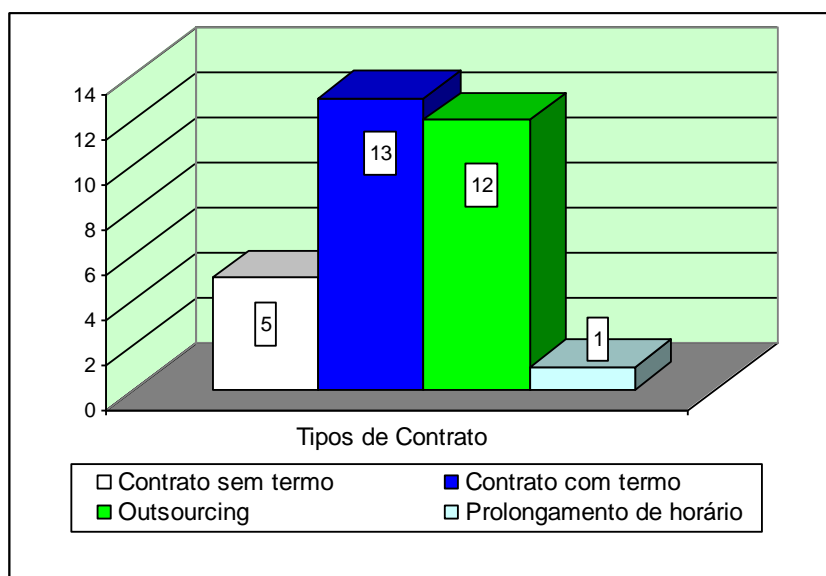


Gráfico 2 – Vínculos de Trabalho no serviço de Medicina em 2007

2.3. Caracterização Demográfica dos Enfermeiros

A satisfação profissional está relacionada com a forma como os enfermeiros se relacionam com a sua vida laboral. Estudos recentes verificaram que os enfermeiros preferem ficar na região onde receberam a sua formação (Baumann *et al.*, 2006), mas aceitarão deslocar-se caso as condições de emprego não satisfaçam os seus requisitos pessoais ou profissionais. A ausência de remuneração adequada é uma das razões para a

migração em muitas partes do mundo. A satisfação dos enfermeiros também é afectada por factores globais, tais como, o apoio por parte do governo, suporte de infra-estruturas físicas e compromisso do empregador para com o serviço de enfermagem.

No Serviço de Medicina do centro Hospitalar apenas um terço são naturais do Distrito de Lisboa, como se pode observar no gráfico 3.

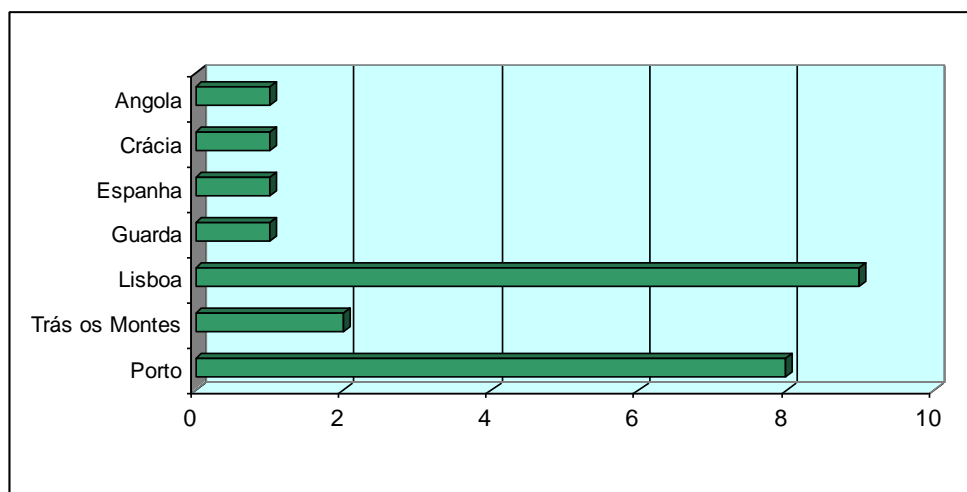


Gráfico 3 - Proveniência dos efectivos de Enfermagem do Serviço de Medicina.

De um modo geral, o trabalho de enfermagem é predominantemente feminino (Chaves, 2001). Ao longo da história do ensino de enfermagem as condições de acesso ao curso alteraram-se substancialmente, incluindo em algumas épocas requisitos de natureza extra académica como a exigência do estado civil de solteira ou viuvez sem filhos (Soares, 1997), desaconselhando-se, mesmo formalmente em alguns períodos, o ingresso de alunos do sexo masculino (Amendoeira, 2006). No Serviço de Medicina do CHC a percentagem de enfermeiros do sexo feminino é notoriamente mais acentuada que a percentagem de enfermeiros do sexo masculino.

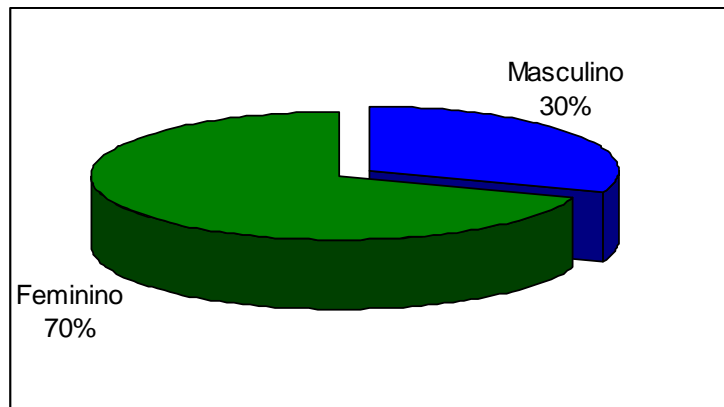


Gráfico 4 – Dotação de Enfermeiros por sexo no Serviço de Medicina.

A origem dos efectivos por sexo, embora não condicionante para a gestão por si só, pode induzir a quebras de contrato, uma vez que se verifica predominância do sexo feminino proveniente de Lisboa e Porto, contrastante com a do sexo masculino, proveniente de outras regiões.

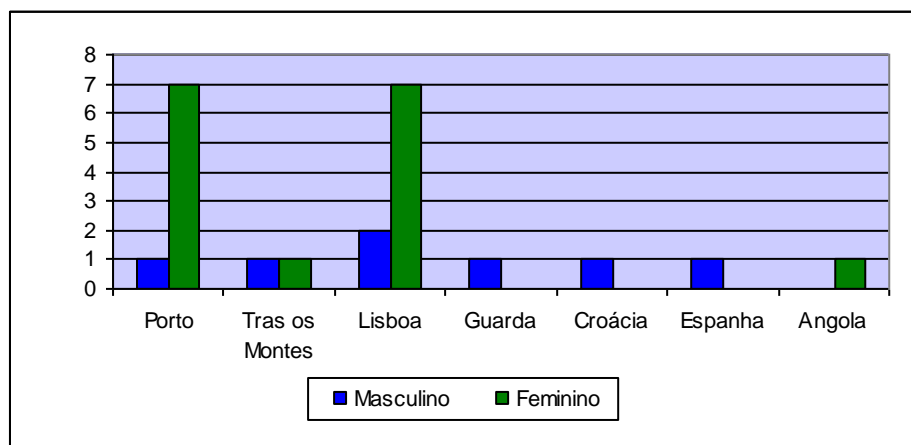


Gráfico 5 – Proveniência por sexo dos efectivos do serviço de Medicina.

2.4. Ausências programadas

A programação dos horários (conforme o Decreto – Lei nº 259/98, de 18 de Agosto) confere ao funcionário o direito a dias de descanso e folga semanal e ainda a gozo de feriados, que podem eventualmente ser gozado no próprio dia ou quando o serviço permite. O gozo destes direitos são ausências ou faltas programadas. Verifica-se que a média (aritmética) de dias ausentes programados foi de 243,1 dias/mês durante o ano de 2007.

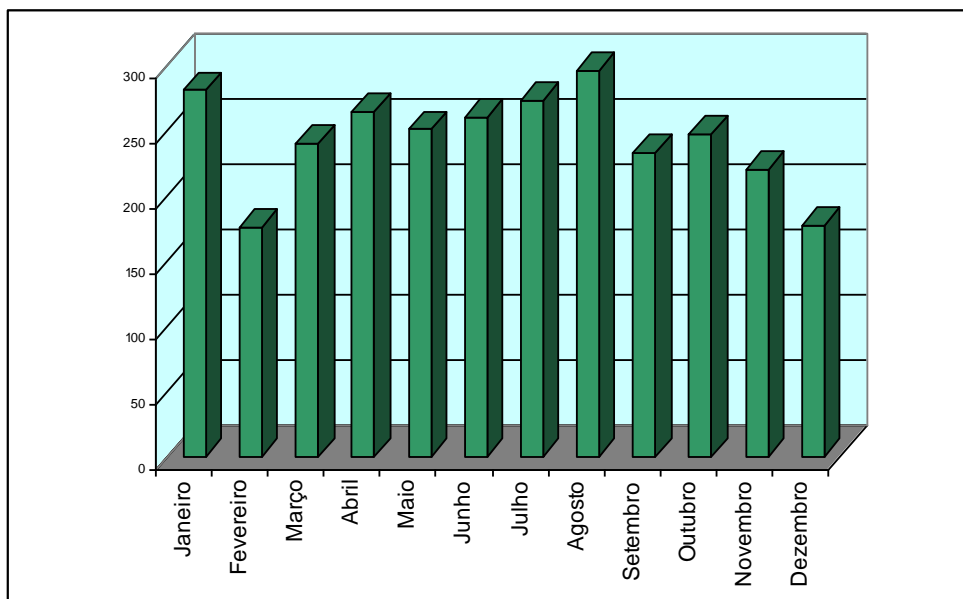


Gráfico 6 – Dias de ausência programadas em 2007

Descriminando as ausências programadas por tipo apresentam-se no gráfico seguinte os dias de ausência por folgas, descansos, feriados, férias e ainda formações.

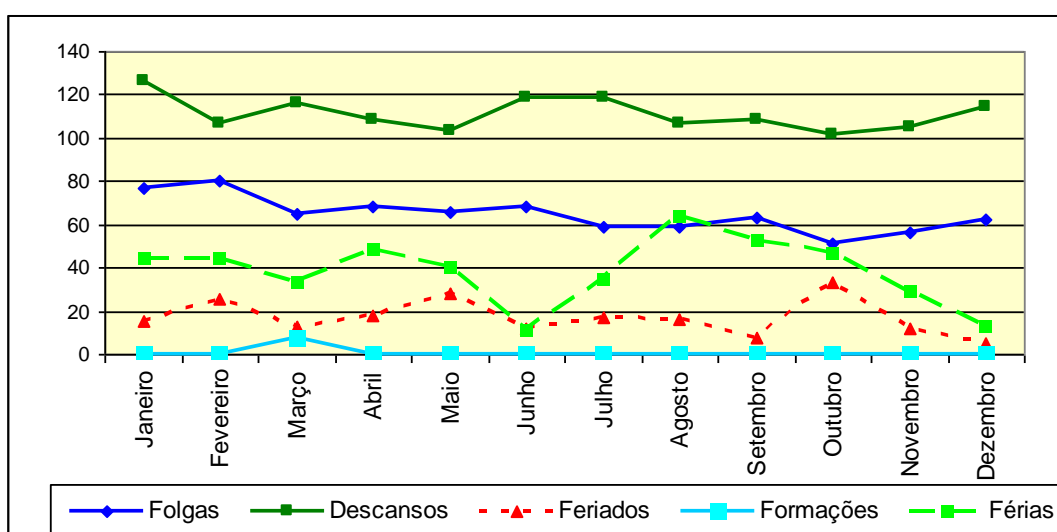


Gráfico 7 – Dias de ausências programadas por mês

Verifica-se um elevado número de dias atribuídos ao gozo dos descanso e feriados seguido imediatamente por os dias de gozo de férias, feriados e apenas no mês de Março o exercício de gozo de dias para formação.

2.5. Ausências não Programadas

As ausências ou faltas não programadas, dizem respeito como mencionado anteriormente, a quebras de contrato (cessação ou até ao tempo de espera entre a cessação de um contrato e a celebração do novo contrato – 24 horas de ausência da unidade de saúde) e a baixas. Verifica-se que a média de dias de ausência não programada é de 24,4 dias/mês durante o ano em estudo. Os meses de frequência mais elevada são Junho, Julho e Agosto e também Novembro.

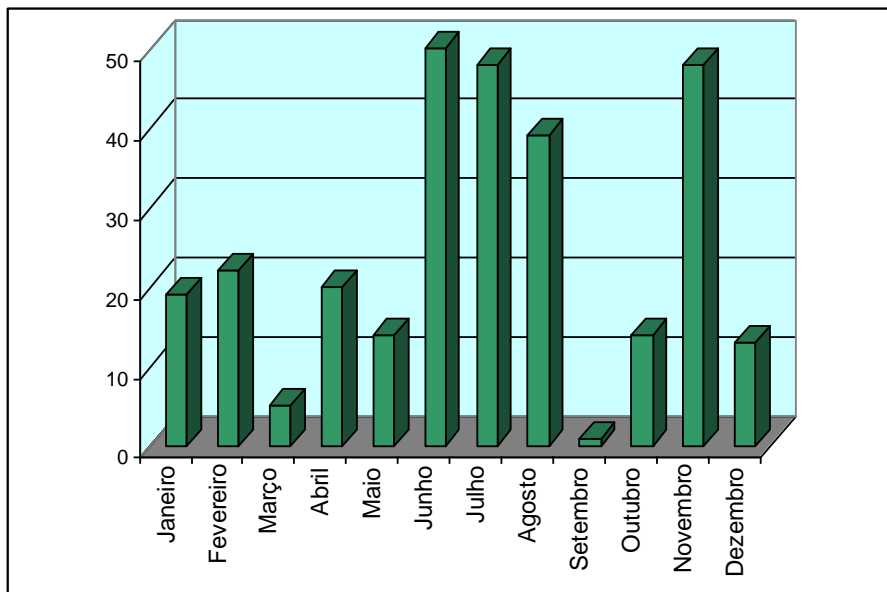


Gráfico 8 – Nº de dias de ausências não programadas/mês

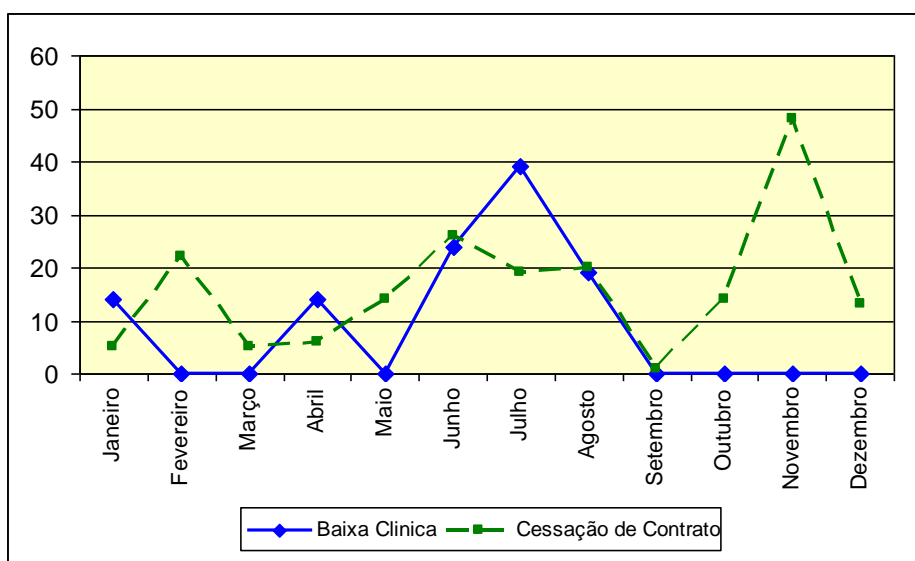


Gráfico 9 – Discriminação do número de dias de ausência não programada.

Verifica-se um maior número de dias de ausência por cessação de contrato ao longo do ano, exceptuando, o mês Julho, em que o número de dias por baixa clínica se sobrepõe ao de dias de cessação de contrato. É no mês de Novembro que se verifica um maior número de dias de ausência por quebras de contrato. Jorge (1995) enfatiza que o trabalho prolongado é desgastante, física e emocionalmente, havendo momentos em que o funcionário de facto tem de se afastar para tratamento.

Na cessação de contrato estão incluídos os elementos que renovaram o contrato e os que cessaram definitivamente e abandonaram a unidade de saúde.

2.6. Continuidade dos contratos

A celebração de contratos de trabalho submete-se ao diploma que define o regime legal da carreira especial de enfermagem, nos termos do artigo 41º da Lei 12-A/2008, de 27 de Fevereiro. No Artigo 2.º, o diploma aplica-se aos trabalhadores integrados na carreira especial de enfermagem cuja relação jurídica de emprego públicos seja constituída por contrato de trabalho em funções públicas no âmbito previsto no artigo 3º da Lei n.º 12-A/2008, de 27 de Fevereiro. É aplicável aos trabalhadores integrados na carreira de enfermagem cuja relação jurídica de emprego seja constituída por contrato individual de trabalho com as entidades públicas empresariais, nos termos do Acordo Colectivo de Trabalho a celebrar no prazo de 90 dias, a contar da data de publicação. Este Decreto-lei, embora promulgado para colmatar faltas prementes de profissionais de enfermagem, veio contribuir para que estes mesmos profissionais acabassem por recorrer a outras instituições de saúde na procura de contratos mais aliciantes. Uma vez que o Centro Hospitalar se rege pelas regras da Administração pública acaba por não conseguir criar outras formas de aliciamento destes profissionais, que acabam por abandonar a unidade de saúde e não renovar o contrato. Veja-se o número de contratos renovados e não renovados ao longo de 2007 (gráfico 10).

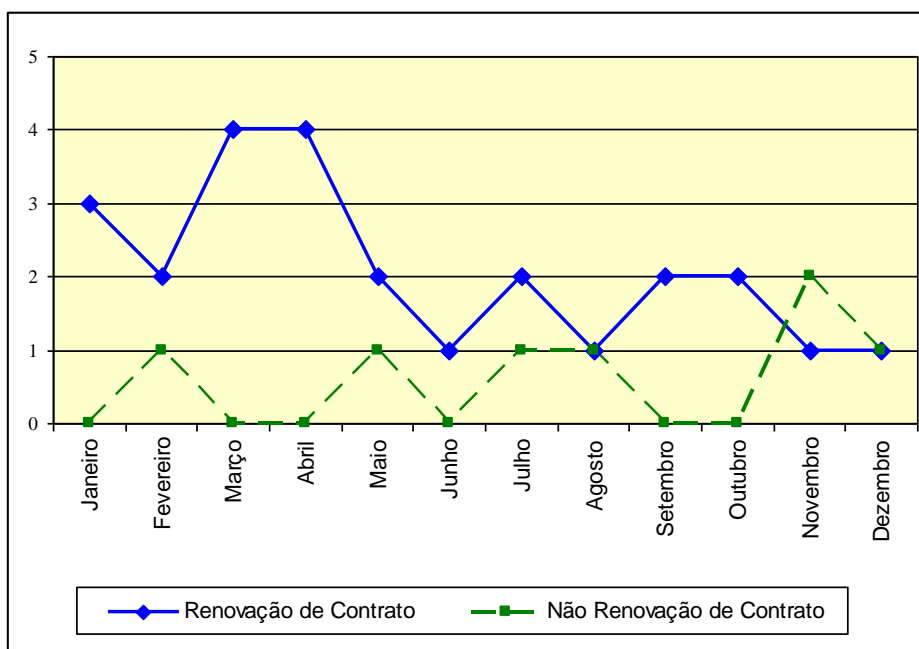


Gráfico 10 - N° de contratos renovados e não renovados em 2007

A não renovação de alguns contractos implica a contratação de novos elementos para o serviço: o gráfico seguinte ilustra o número de elementos contratados mensalmente.

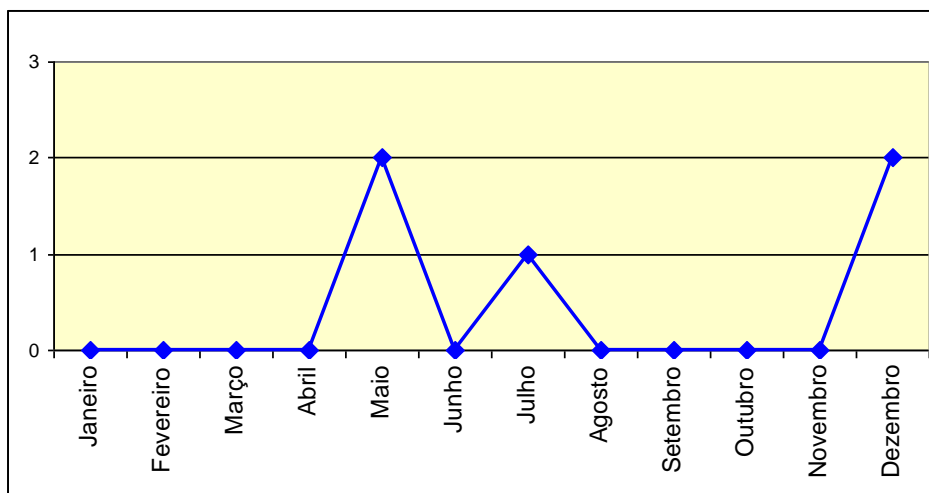


Gráfico 11 – N° de elementos de enfermagem admitidos no Serviço de Medicina durante o ano de 2007.

Verifica-se que, ao longo do ano de 2007, cessaram funções e abandonaram a unidade de saúde 7 elementos e foram admitidos 5 novos elementos de Enfermagem.

2.7 Recurso a *outsourcing*

O reflexo imediato da diminuição de elementos no serviço acaba por aumentar o número de elementos do *outsourcing* e de turnos extraordinários. A gestão hospitalar concede ao gestor a autonomia para recorrer aos serviços de empresas fornecedoras de recursos humanos no sentido de minimizar a carência de enfermeiros permitindo aumentar o número de turnos realizados por estas empresas, exceptuando os turnos no período entre as 23.00h e as 8.30h.

Tal norma deve-se ao facto de durante o período nocturno apenas se encontrarem de serviço dois efectivos de enfermagem, um tem que ser o responsável de turno e outro um elemento da administração pública.

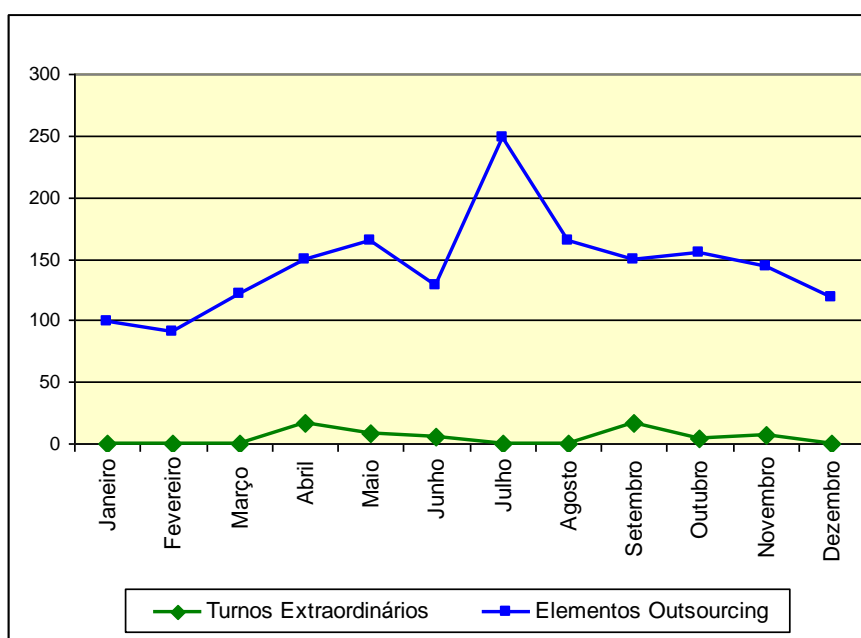


Gráfico 12 - N° de turnos extraordinários e elementos de *Outsourcing* durante o ano 2007.

Apesar de os dados revelarem que o mês de Junho e Agosto serem os meses com maior número de ausências programadas e não programadas, é Abril e Setembro o mês com maior incidência de turnos extraordinários e Maio e Agosto o de maior número de elementos do *outsourcing* a exercer funções no Serviço de Medicina.

3. Turnos Extraordinários

A definição de trabalho extraordinário compreende o trabalho prestado nos dias de descanso semanal, obrigatório ou complementar, e nos feriados. A prestação de trabalho extraordinário é excepcional e deve ser fundamentada. A direcção de enfermagem

emitiu um memorando onde indica que os elementos não podem prestar trabalho extraordinário nas folgas, porque o custo aumenta para 100% (Lei n.º 59/2008, de 11 de Setembro). É no período entre as 8.00h e as 16.00h que se verifica maior número de turnos extraordinários (gráfico 13).

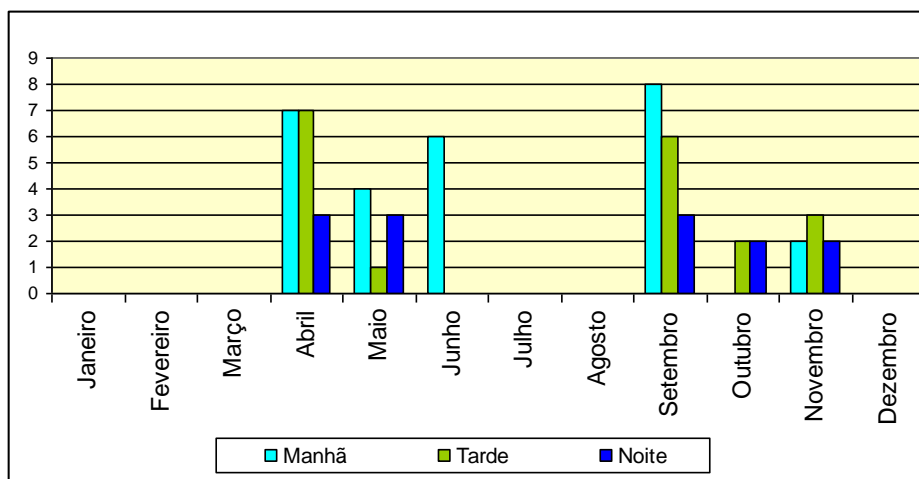


Gráfico 13 – Turnos extraordinários por tipo e por mês

Observa-se que durante o ano de 2007 foram efectuadas 27 turnos extraordinários no período compreendido entre as 8h e as 16,30h, 19 turnos no período das 16h às 23h e 13 turnos no período das 23h às 8,30h. Para um total de 59 turnos extraordinários, se tomarmos como valor base arredondado a 6,00€ o valor remuneratório/hora do enfermeiro de nível 1 e 8,00€ para o enfermeiro graduado obteremos as estimativas para os 59 turnos Extraordinários de 2007 apresentadas no gráfico seguinte.

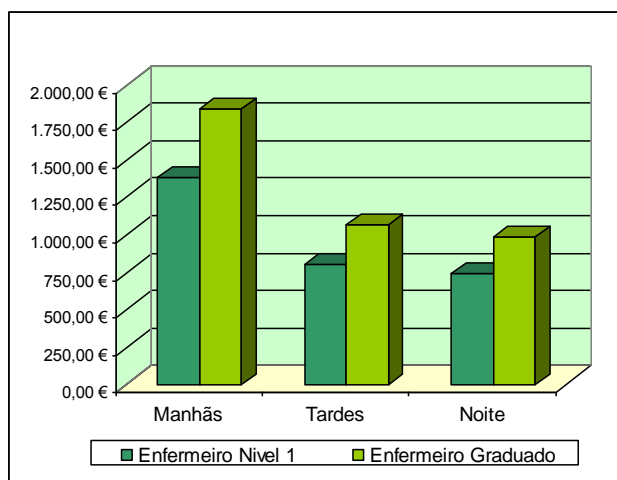


Figura 14 – Valor dos Turnos Extraordinários por Categoria Profissional

Os valores apresentados, carecem dos acréscimos remuneratórios/hora consoante as horas de qualidade (que podem crescer de 25%, 50% ou 100%) consoante a hora e dia do turno. A apresentação dos valores dos turnos extraordinários com carácter exemplificativo serve para demonstrar que, como consequência directa do absentismo, o aumento dos custos com os recursos humanos pode ser destabilizador da sustentabilidade hospitalar. O estudo no âmbito da relação custo/qualidade, ficará eventualmente para uma posterior investigação.

Relacionando a proveniência com as quebras de contrato e subsequente abandono da unidade de saúde verifica-se que dos 7 elementos que cessaram funções apenas um elemento era proveniente do Distrito de Lisboa (gráfico15).

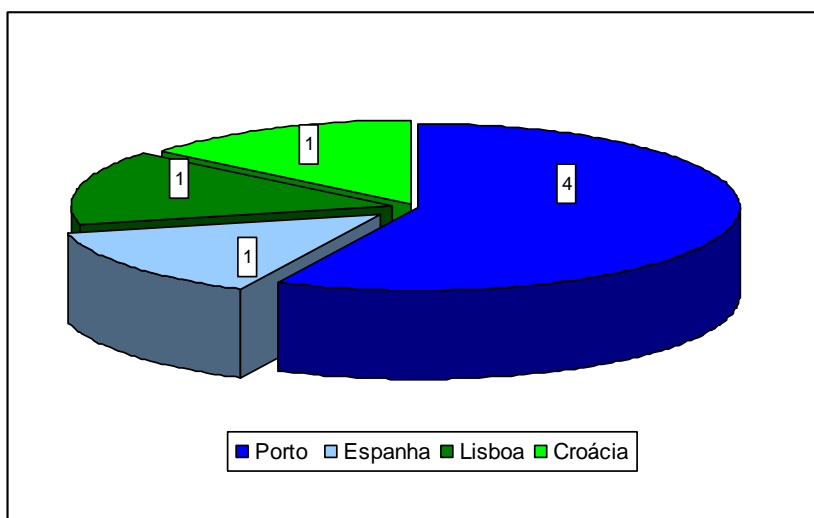


Gráfico 15 – Proveniência dos elementos que cessaram funções no Centro Hospitalar de Cascais

No entanto, a proveniência não parece ser condicionante da continuidade dos contratos uma vez que os elementos que renovaram contratos são maioritariamente provenientes de outras zonas que não Lisboa (gráfico 16).

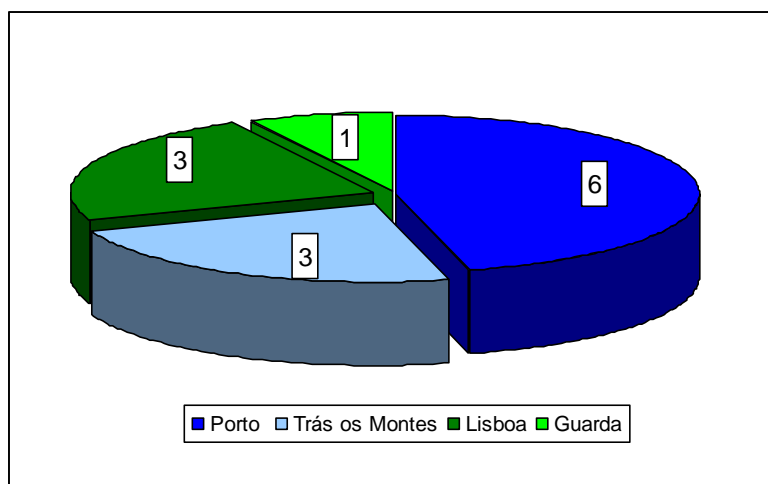


Gráfico 16 – Proveniência dos elementos que renovaram os contratos no Centro Hospitalar de Cascais

De facto, a grande percentagem de elementos que renovaram contratos, provêm do Porto, seguido imediatamente com igual número de elementos, de Trás-os-Montes e Lisboa e apenas um elemento é proveniente da Guarda. Observa-se ainda que os elementos provenientes dos países estrangeiros, Espanha e Croácia, não renovaram contrato.

Também o factor idade poderá de alguma forma influenciar a sua saída uma vez que a população de profissionais se encontra num intervalo de gente muito jovem e apenas dois elementos se situam com idade superior a 40 anos todos os restantes se encontram entre 23 anos e 27 anos, observe-se o gráfico abaixo.

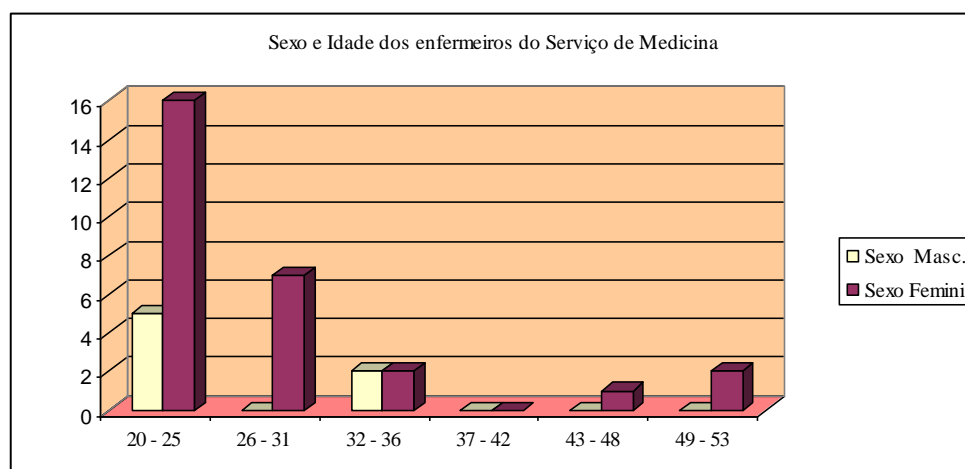


Gráfico 17 – Idade e sexo dos Enfermeiros do Serviço de Medicina

Capítulo 6 – Conclusão e Sugestões

1. Conclusão

Neste Capítulo apresentam-se as principais conclusões do trabalho tendo em conta o objectivo deste estudo “gestão do absentismo dos enfermeiros no Serviço de Medicina do Centro Hospitalar de Cascais”. Foi estudado o tipo de recursos necessários à gestão de ausências programadas e não programadas pelo condicionalismo jurídico da administração pública que impõe normas contratuais que contribuem para o absentismo. As dificuldades em obter determinados dados prenderam-se com o facto de haver um processo de transição da administração pública para uma gestão privada onde alguns elementos já não exerciam funções no Centro Hospitalar ou se encontravam no curso de funções transitórias. Como foi referido, este estudo retrospectivo contou com uma população de enfermeiros com alguma homogeneidade de sexo, idade, proveniência e contratualidade com a unidade de saúde, factores que eventualmente contribuíram para o abandono da instituição e não renovação dos contratos de trabalho.

O absentismo arrasta consigo não apenas a ausência do elemento de referência (para os utentes e para os restantes elementos da equipa), mas também uma rotatividade de elementos desconhecidos (provenientes de *outsourcing* ou de novos contratos), originando um reajustamento do novo elemento à equipa e vice versa, ou até da ausência de um elemento sobrecarregando a equipa existente, que tem como consequência imediata a diminuição da qualidade dos cuidados.

A grande maioria dos elementos de enfermagem não criaram laços afectivos ou até profissionais com os outros elementos e abandonaram a organização sem qualquer conhecimento dos demais, dificultando o conhecimento do seu percurso fora da unidade de saúde. Independentemente do seu tipo de prática, ambiente de trabalho ou país, os enfermeiros partilham um atributo que os define: são profissionais empenhados que abraçam uma filosofia holística de cuidados. Esta característica mais de que qualquer outra modela as suas expectativas e enquadra-se nos ambientes de trabalho desafiadores de hoje em dia. Enquanto profissionais, os enfermeiros precisam de um ambiente para a prática que reconhece o mandato social e de saúde da sua disciplina bem como o ambiente da prática, tal como definido pela legislação nacional ou de regulação (Rowell, 2003).

As organizações variam na sua capacidade para suportar os cuidados em ambientes desafiadores para a prática. Quando há falta de pessoas, recursos e/ou estruturas, há um conflito entre a responsabilidade profissional dos enfermeiros e a prestação de cuidados adequados aos doentes. Se, por exemplo, as cargas laborais intensas apenas deixarem tempo aos enfermeiros para tarefas relacionadas com as necessidades físicas dos doentes, as necessidades psicossociais e espirituais dos mesmos poderão não ser inteiramente satisfeitas (Baumann *et al.* 2001) e pode não se conseguir o cuidado holístico.

Estudos recentes verificaram que os enfermeiros preferem ficar na região onde receberam a sua formação (Baumann *et al.*, 2006), mas deslocar-se-ão caso as condições de emprego não satisfaçam os seus requisitos pessoais e profissionais. A ausência de remuneração adequada é uma razão fundamental para a migração em muitas partes do mundo. A apreciação inicial dos factos que motivaram esta investigação, de que existia uma relação directa entre as quebras de contrato e a rotatividade com os turnos extraordinários, não se verificou uma vez que o mês em que houve maior número de quebras de contrato (Novembro) não coincide com os meses com maior taxa de turnos extraordinários (Abril e Setembro), nem com a existência de mais elementos de *outsourcing* (Maio e Agosto).

A investigação demonstra a rotatividade num serviço de saúde devido as contingências jurídico-legais inerentes à administração pública que conferem instabilidade e aumento de custos. Custos estes que se traduzem em horas extraordinárias, em diminuição da qualidade de cuidados e insatisfação laboral e desmotivação. A proveniência dos elementos de enfermagem, embora diversa, e de fora do distrito de Lisboa, não fornece informação suficientemente esclarecedora para justificar que existe relação entre este facto e a renovação do contrato. No entanto os profissionais provenientes do estrangeiro (Espanha e Croácia), não renovaram contrato, bem como os elementos provenientes do Porto e apenas um de Lisboa. A probabilidade de os elementos de proveniências mais distantes não renovarem o contrato será maior, do que para os mais próximos, no entanto a lei administrativa aplica-se em todo o território nacional, e por essa razão, se em outra organização pública ou privada houver contratos mais apelativos em termos organizacionais, administrativa ou economicamente, estes profissionais acabam por abandonar a organização.

No que diz respeito à distribuição por sexo, sendo a enfermagem uma profissão predominantemente feminina, o serviço de Medicina do Centro Hospitalar não é excepção, apresentam-se mais cerca de 50% em relação á população de enfermeiros masculinos, mas este facto em termos de abandono da instituição não apresenta factos que permitam relacionar o sexo com o abandono da instituição.

2. Sugestões

A Administração Pública através do artigo 18.º-A do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde prevê a possibilidade de, em situações excepcionais, poderem ser celebrados contratos de trabalho a termo certo por três meses, renováveis por um único e igual período. No entanto os serviços de saúde não se compactuam com mudanças permanentes de protagonistas que devem, pelo contrário, criar riqueza de cuidados de qualidade e investimento na optimização dos recursos.

O investimento das gestões hospitalares devem centralizar-se em captar elementos de qualidade e fixá-los independentemente da sua origem. Dada a globalização e crise económica os profissionais cada vez mais procuram novos horizontes e melhores campos de trabalho que ofereçam contrapartidas não só económicas mas também profissionalmente estimuladoras. A captação passa por encontrar soluções temporárias de alojamento, contratos de trabalho mais longos e com mais incentivos à produtividade. Investimentos na formação e *coaching* empresarial para os novos elementos e os restantes já pertença da organização. Fomentar a troca de conhecimentos através de acções de formação e rotatividade dos colaboradores entre os diferentes serviços.

Este estudo permite demonstrar que os condicionalismos jurídico-legais da Administração Pública, criados para solucionar problemas de recursos humanos, vieram contribuir fortemente para a rotatividade destes profissionais e para situações de absentismo legal, apresentando-se como um obstáculo para uma gestão eficiente de recursos e de cuidados de qualidade.

3. Investigação subsequente

Considerando ser um tema actual numa época em que a crise económica se instalou em todos os sectores, seria pertinente a realização de mais estudos nomeadamente com o aprofundamento das seguintes linhas de investigação:

- I. Estimar os custos económicos resultantes do prolongamento da estadia dos utentes internados por diminuição da qualidade dos cuidados prestados.
- II. Determinar as vantagens da fidelização dos elementos da equipa de enfermagem à organização de Saúde.
- III. Replicar o estudo a outros grupos profissionais.

Bibliografia

- Beer, M. (1985), *Human Resource Management: A general manager's perspective*. New York: Free Press.
- Gaidzinsky, R. R. (1998) Estudo das ausências da equipa de enfermagem, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 51, 4, 697-798.
- Bilhim, J. (2000), *A Administração Pública como Objecto de Estudo*, Ciências da Administração, Universidade Aberta.
- Bilhim, J. (2007), *Gestão Estratégica de Recursos Humanos*, 3ª Edição, Universidade Técnica de Lisboa.
- Bohlander, G.; Snell, S.; Sherman, A.(2005), *Administração de Recursos*. São Paulo: Carapineiro, G. (1997), Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses; Estudo sociodemográfico de âmbito Nacional, *Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, nº 7, p.12-14.
- Chaves, E.B. (1995), *Avaliando o turnover e o absentismo em serviços de enfermagem hospitalar*, Tese de Mestrado em Administração, Universidade Rio Grande do Sul.
- Chiavenato, I.(2004) *Recursos humanos: o capital humano das organizações*. 8ª. ed. São Paulo, Atlas.
- Chivenato, I. (1994), *Recursos Humanos*, 3ª ed., Atlas,
- Christensen, C. e Hansen, A. (1987) *Teaching and the case Method*. Harvard Business School, MA.
- Echer, I. (1999), Estudo do Absentismo como Variável no Planeamento de Recursos de Enfermagem, *Revista Gaúcha de Enfermagem*, nº6 , 65-76.
- Gaidzinsky, R. R. (1998), *Dimensionamento do Pessoal de Enfermagem em Instituições Hospitalares*, p.118.
- Gillies, D. (1982), Absenteeism, *Nursing Management*, nº 31, 241-245.
- Graça L.(1995), *Motivação e satisfação no trabalho*. Textos de apoio da Cadeira de Ciências Sociais e Humanas da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, 17-20.

- Graça, L. (2002), *Absentismo global e específico: alguns problemas teórico metodológico*. Textos sobre saúde e trabalho. Universidade Nova de Lisboa.
- Lee, J. e Eriksen, L. (1989), The effects of a Policy change on three types of Absences, *Journal of Nursing Administration*, 20, 7-8.
- Martins J, Biscaia A, (2003), Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte I – Quantos somos e quem somos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, nº5, 513-17.
- Moura, G. (1992), *Opinião das enfermeiras que trabalham numa unidade de internamento neonatológico de um hospital-escola sobre a sua satisfação no trabalho e clima organizacional*, Tese de Mestrado em Educação, Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Moura, G. e Magalhães, A. (2001) O Serviço de Enfermagem Hospitalar - Apresentando este grande silêncio, *Revista Brasileira de Enfermagem*, nº 32, 482-493.
- Nascimento, G. (2003), *Estudo do Absentismo dos Trabalhadores de Enfermagem de uma unidade básica e distrital de saúde do Distrito de Ribeirão Preto*, p.118.
- Parra, M. e Melo, M., (2004) Acções Administrativas do Enfermeiro Frente ao Absentismo, *Revista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 29-38.

Remenyi, D. (1998), *Doing Research in Business and Management*, SAGE Publications.

Consulta de sítios na Internet

Diário da Republica, I Série-A (1999), regime de férias, falta e licenças dos funcionários e agentes da Administração Pública. <http://dre.pt/pdf1s/1999/03/076A00/1774/1790.pdf>

Ambientes Favoráveis à prática, Condições no Trabalho = Cuidados de Qualidade http://www.ordemdosenfermeiros/images/contents/uploaded/File/Sede-Internacional/ICN_Marco08/Kit_DIE_Ambientes_2007.pdf

Lei de Gestão Hospitalar - Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro <http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/NR/rdonlyres/E9D8B38C-597B-4248-86E0-365A414A541C/3730/legisla%C3%A7aohospitalarHSA.pdf>

Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto Lei de Bases da Saúde

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Administração Pública www.dgaep.gov.pt, 2009

Gestão do Emprego Público <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0AF2661A-5582-4F9D-B441-C3B36CB8697B/0/58525859.pdf>

Métodos de Investigação <http://www.efdeportes.com/efd65/caso.htm>

Aprender a ser enfermeiro <http://sisifo.fpce.ul.pt/?r=15&p=73>

