

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

**Prática da Avaliação do Desempenho
– Estudo de caso do HSLE**

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Elisabete Maria Campino Garcia

Orientador:
Prof. Doutor Nuno Rebelo dos Santos

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]

Évora
Dezembro 2005

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado com a Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
(DR – II Série, n.º 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde

Prática da Avaliação do Desempenho – Estudo de caso do HSLE

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Elisabete Maria Campino Garcia

Orientador:
Prof. Doutor Nuno Rebelo dos Santos

[Esta dissertação não inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri]



Évora
Dezembro 2005

156 923

ABREVIATURAS E SIGLAS

AD – Avaliação do Desempenho

GRH – Gestão de Recursos Humanos

HSLE – Hospital de Santa Luzia de Elvas

RCA – Relatório Crítico de Actividades

AGRADECIMENTOS

A construção de qualquer trabalho de investigação não se realiza de modo isolado, é feita também com todos aqueles que de uma ou outra forma contribuem para que ele se torne realidade.

A elaboração desta dissertação teria sido mais difícil sem a ajuda, apoio e colaboração de algumas pessoas que não podemos deixar no anonimato.

Em primeiro lugar, queremos dirigir o nosso mais reconhecido e sincero agradecimento ao nosso orientador Professor Doutor Nuno Rebelo dos Santos, pelos ensinamentos e conselhos que nos transmitiu para ultrapassar as dúvidas que foram surgindo ao longo desta pesquisa.

Ao Professor Doutor Carlos da Silva, Director do Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, da Universidade de Évora, curso ministrado com a Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Lisboa, pelas frutuosas *pistas* e ensinamentos para a consolidação do mesmo.

Merece também lugar de destaque aqui o nosso profundo agradecimento às nossas colegas do grupo de trabalho sobre Avaliação do Desempenho, pelo apoio e disponibilidade dispensados ao longo de toda a construção desta investigação.

À Dr.^a Conceição Farinha e à Dr.^a Teresa Andrade, nossas colegas do grupo de trabalho do NUD*IST, pelo apoio dispensado ao longo do tratamento dos dados, colocando à nossa disposição todos os seus conhecimentos acerca de análise de conteúdo.

E igualmente merece um lugar de destaque aqui o nosso apreço àqueles a quem roubámos tempo e carinho, pela sua presença constante, apoio incondicional e compreensão.

PERFORMANCE EVALUATION PRACTICE – CASE STUDY OF THE HSLE

ABSTRACT

This research is a case study that intends to analyse the Nursing performance evaluation process, the way it functions and is applied, at the HSLE.

We have selected for the study, the different actors of the process: Evaluators and Evaluated Nurses and the Hospital Board.

In the data collection we have used the semi-structured interview, in data analysis we used the content analysis technique, the data results were processed on the NUDIST software.

The main conclusions suggest that the performance evaluation process is not strictly carried out as mentioned by law. At the same time, data interpretation points out to the fact that participants seem not to agree with the qualitative standard. It was observed the importance of a constant professional development in interaction with the Management of Human Resources lead to an increasing effectiveness of the whole process. The results refer to some of the difficulties felt in all of the process. The final section presents a set of recommendations about the issue of our study.

RESUMO

Esta investigação trata-se de um estudo de caso, que visa essencialmente analisar o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é aplicado, no HSLE.

Selecionámos para este estudo, os diferentes actores do processo, Enfermeiros avaliadores, Enfermeiros Avaliados e Órgãos de Gestão.

O instrumento de colheita de dados foi a entrevista semi-estruturada, no tratamento e análise de dados utilizámos a técnica de análise de conteúdo e o processamento de dados foi feito no *software* NUD*IST.

As principais conclusões sugerem que, o processo de avaliação do desempenho no HSLE, não é operacionalizado como preconizado na lei. Igualmente da análise dos dados se verifica que os participantes não concordam com a menção qualitativa. Constatou-se a importância da formação e articulação com a GRH na valorização do processo AD. Os resultados mostram as dificuldades sentidas na utilização e aplicação deste processo. São sugeridas algumas alterações ao actual processo AD.

ÍNDICE

	Folha
INTRODUÇÃO	12
I PARTE	
QUADRO TEÓRICO	17
1.1 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FORMALIZADA EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL	17
1.1.1 – <u>Evolução histórica da Avaliação do Desempenho</u>	17
1.1.2 – <u>Conceitos de Avaliação do Desempenho</u>	19
1.1.3 – <u>O que avaliar, como avaliar, quem avalia e para quê avaliar?</u>	24
1.1.4 – <u>Para que serve a Avaliação do Desempenho?</u>	32
1.1.5 – <u>Instrumentos utilizados na Avaliação do Desempenho</u>	34
1.1.6 – <u>Erros clássicos na Avaliação do Desempenho</u>	39
1.2 – ABORDAGEM ACTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	41
1.2.1 – <u>Evolução histórica da profissão de Enfermagem</u>	41
1.2.2 – <u>Enfermagem em contexto Hospitalar</u>	50
1.2.3 – <u>Relações que se estabelecem entre os Profissionais de Enfermagem e os outros Profissionais de Saúde no Hospital</u>	52
1.3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FORMALIZADA EM ENFERMAGEM	54
1.3.1 – <u>Objectivos, pressupostos e actores da Avaliação do Desempenho</u>	61
1.3.2 – <u>Em que consiste o processo de Avaliação do Desempenho?</u>	65
1.3.2.1 – Metodologia e Operacionalização	67
1.3.3 – <u>Formação sobre o processo de Avaliação do Desempenho</u>	77
1.3.4 – <u>Dificuldades na aplicação do processo de Avaliação do Desempenho</u>	80
1.3.5 – <u>Implicações da Avaliação do Desempenho em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos</u>	83

	Folha
II PARTE	
ESTUDO EMPÍRICO	90
2.1 – <u>MÉTODO</u>	90
2.1.1 – <u>Desenho do estudo</u>	90
2.1.2 – <u>Seleccção do terreno de pesquisa</u>	92
2.1.2.1 – Caracterização do terreno de pesquisa	94
2.1.3 – <u>Seleccção de actores</u>	96
2.1.4 – <u>Instrumentos de colheita de dados</u>	97
2.1.5 – <u>Aplicação do Instrumento de colheita de dados</u>	101
2.1.6 – <u>Modelo de tratamento e análise de dados</u>	102
2.1.7 – <u>Procedimentos formais e éticos</u>	104
2.1.8 – <u>Limitações do estudo</u>	105
2.2 – REDUÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO	106
2.2.1 – <u>Caracterização dos actores do estudo</u>	107
2.2.2 – <u>Apresentação do Sistema de Categorias</u>	109
2.2.3 – <u>Respostas ao Problema de Investigação</u>	125
2.2.4 – <u>Síntese da Contribuição Teórica</u>	187
2.2.5 – <u>Proposta de Intervenção</u>	202
3 – CONCLUSÕES	207
4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	212
ANEXOS	219
ANEXO I – Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro	220
ANEXO II – Despacho n.º 2/93 de 30 de Março	231
ANEXO III – Instrumentos de registo da Classificação em Serviço	238
ANEXO IV – Pedido de autorização ao Conselho de Administração	243
ANEXO V – Quadro de apoio à construção do instrumento de colheita de dados	245
ANEXO VI – Instrumento de colheita de dados	254
ANEXO VII – Instrumentos de registos da Avaliação do Desempenho dos enfermeiros do HSLE	260

ANEXO VIII – Normas e Critérios de Qualidade do HSLE	Folha 266
ANEXO IX – Mapa de cobertura do problema de investigação	274
ANEXO X – Pedido de autorização aos Participantes	276

ÍNDICE DE QUADROS

	Folha
Quadro 1. Finalidades/Objectivos da Avaliação do Desempenho perspectivados por vários autores	27
Quadro 2. Abordagens da Avaliação do Desempenho	35
Quadro 3. Categoria <i>Género</i>	112
Quadro 4. Categoria <i>Estatuto Profissional</i>	112
Quadro 5. Categoria <i>Implicações do Processo AD</i>	114
Quadro 6. Categoria <i>Operacionalização do Processo AD</i>	116
Quadro 7. Categoria <i>Opinião sobre o Processo AD</i>	117
Quadro 8. Categoria <i>Dificuldades no Processo AD</i>	119
Quadro 9. Categoria <i>Formação sobre o Processo AD</i>	121
Quadro 10. Subcategoria <i>Contributos da formação</i>	122
Quadro 11. Categoria <i>Alterações ao processo formal AD</i>	124
Quadro 12. Estatuto Profissional/Implicações Organizacionais	153
Quadro 13. Estatuto Profissional/Implicações Pessoais	154
Quadro 14. Estatuto profissional/ Operacionalização do processo AD.	155
Quadro 15. Estatuto profissional/Valorização da Operacionalização	155
Quadro 16. Estatuto profissional/Grau de Concordância	156
Quadro 17. Estatuto profissional/Formação sobre o Processo AD	157
Quadro 18. Estatuto profissional/Contributos da formação	161
Quadro 19. Estatuto profissional/Importância/Utilidade do processo AD	164
Quadro 20. Estatuto profissional/Dificuldades do Processo AD	169
Quadro 21. Estatuto profissional/Dificuldades de aplicação do processo	171
Quadro 22. Estatuto Profissional/Alterações ao Processo AD	179

ÍNDICE DE ESQUEMAS

Figura 1.	Sistema de Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem	Folha 57
Figura 2.	Contributos da Avaliação do Desempenho	60

“Se se quer compreender o que é a ciência, deve-se olhar, em primeiro lugar, não para as suas teorias ou as suas descobertas, e certamente não para o que os seus apologistas dizem sobre ela, mas para o que os praticantes da ciência fazem” (Geertz, 1978,p.15)

INTRODUÇÃO

Vivemos numa época de mudanças generalizadas com tendência à globalização, fruto da evolução da ciência, da cultura e da evolução social.

Na Enfermagem reflectem-se também essas mudanças, pelo que somos confrontados com a exigência de sermos cada vez mais responsáveis, criativos e autónomos em todas as dimensões do cuidar.

A presente representação social da enfermagem tem assistido a uma grande evolução, feita pela construção de saberes próprios, da elevação do nível de conhecimentos teórico-científicos, e também pelo crescimento da autonomia da profissão.

Ao nível da gestão dos serviços de saúde e no que respeita aos recursos humanos em enfermagem as mudanças são inevitáveis, pese embora a significativa carência de profissionais de enfermagem. A noção de carreira associada a um vínculo estável e duradouro, terá um futuro sem grande horizonte. A tendência para a gestão privada das unidades de saúde parece ter vindo para ficar. Assim, no contexto da mudança a que assistimos faz-se sentir cada vez mais a necessidade das organizações na procura de pessoas que saibam viabilizar-se e construir um caminho próprio que conduza aos resultados pretendidos pelas organizações.

Neste sentido, a gestão do desempenho surge como uma técnica importante na gestão dos recursos humanos, pois a Avaliação do Desempenho vê-se reconhecida desde há longa data, como detentora de um importante papel nas organizações. Ao recuar no tempo, verificamos que as práticas de avaliação não são recentes, desde o início do século, tem-se vindo a assistir a mudanças profundas, quer ao nível das organizações, quer ao nível dos seus processos formais de avaliação.

A avaliação do desempenho no seu processo evolutivo passa pela organização do trabalho, afirmando-se como um instrumento válido na área

dos recursos humanos. Tal como refere Jean-Marie Perreti “um sistema de avaliação permite reunir as informações necessárias para construir os vários programas (promoção, remuneração, formação...) e fundamentar as decisões que dizem respeito às carreiras dos colaboradores” (Perreti, 2001, p.250). Neste contexto, a avaliação do desempenho permite às chefias apreciar a actuação da sua equipa durante um período de tempo delimitado, permitindo igualmente detectar dificuldades de formação e reforçar a comunicação.

Na profissão de Enfermagem o processo de avaliação do desempenho remonta de 1967, mas é com a reestruturação da carreira de enfermagem de 1981 e posteriormente com a publicação da portaria 189A/84 de 30 de Março de 1984, que a referida avaliação surge de forma organizada com exigências legais definidas.

Desta forma, em 1991 com o Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro de (Anexo I), regulamentado pelo Despacho n.º 2/93 de 30 de Março (Anexo II), o processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros surge como um valioso instrumento de trabalho, voltado para o desempenho dos enfermeiros, isto é, para aquilo que os enfermeiros efectivamente fazem no seu local de trabalho.

O novo processo de avaliação do desempenho prevê, em termos de filosofia, que a avaliação seja um processo contínuo de orientação, que envolva avaliador e avaliado de acordo com as normas e critérios estabelecidos, de forma a atingir determinados padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Este processo implicou alterações profundas no sistema de avaliação, as quais têm dificultado a sua aplicação.

Tratando-se de um processo que se deseja rigoroso e criterioso, que conduza a uma melhoria real da prestação de cuidados e desenvolvimento da profissão de Enfermagem, pretendemos fazer referência no quadro teórico, à participação activa de todos os actores neste processo como contribuição para a melhoria do seu desempenho, valorização pessoal e profissional e detecção de necessidades de formação.

Contudo, é de salientar que o enfermeiro avaliador, no exercício das suas competências, desempenha um papel primordial na orientação, esclarecimento

e envolvimento da equipa, com vista a atingir os objectivos propostos, estimulando-a para a mudança.

A operacionalização do processo implica a compreensão de toda uma nova filosofia que o orienta, prevendo a atribuição de uma menção qualitativa, obrigatoriamente considerada na promoção e progressão na carreira.

Se a avaliação do desempenho é a apreciação sistemática do exercício profissional do enfermeiro dentro da sua categoria, reduzi-la apenas à concretização do relatório crítico de actividades, para terminar na atribuição de uma menção qualitativa, torna o processo no mínimo redutor.

Do mesmo modo e do ponto de vista organizacional, o que está em causa, em qualquer sistema de avaliação, é a sua eficácia global e não a sofisticação de um dos seus componentes, sendo importante analisar as relações entre os objectivos, os instrumentos e os procedimentos (Caetano, 1996).

Diversos autores têm investigado a importância da avaliação do desempenho, tanto para os indivíduos como para a organização, em contexto empresarial, nomeadamente Drenth (1984), Chiavenato (1998), Almeida (1996), Caetano (1996), entre outros, tendo sido dada ênfase às vantagens da sua importância para a organização.

No que respeita à Enfermagem, a avaliação do desempenho, enquanto sistema formal e sistemático de apreciação do desempenho exercido pelos enfermeiros na organização, surge como elemento de gestão de recursos humanos. Desde longa data se tem tido a preocupação de estudar a problemática da gestão aplicada à Enfermagem, e na área da avaliação do desempenho em enfermagem, salientamos das pesquisas realizadas neste âmbito, os estudos realizados por Moreira (2000) e Pereira (2001).

Face às mudanças anteriormente apresentadas, o interesse por esta temática e tendo presente a dinâmica que o processo de avaliação do desempenho na Carreira de Enfermagem impõe, é nossa intenção tentar identificar o problema, tendo como ponto de partida o objectivo geral desta pesquisa:

Analisar o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é aplicado, no caso do HSLE.

É neste contexto organizacional, no HSLE, que pretendemos efectuar esta pesquisa, com o intuito de perceber o estadió de desenvolvimento do actual processo de avaliação do desempenho.

Enquanto enfermeira envolvida no processo, a investigadora é confrontada frequentemente com opiniões desfavoráveis, relativamente ao processo de avaliação do desempenho, sendo este encarado como “complicado” e “utópico”. E, sendo esta forma de avaliação contínua, que permite um acompanhamento individual, assim como a orientação do enfermeiro, de modo a ajudá-lo a atingir níveis de desempenho que mantenham os padrões de qualidade definidos pela Organização, é para nós difícil aceitar que muitos enfermeiros continuem desmotivados e desiludidos com o actual processo de avaliação. Também como enfermeira avaliada neste processo de avaliação e da discussão que muitas vezes existe com outros actores do processo, sobre esta temática, parece que a simples existência de legislação não é garantia de sucesso, visto que se assiste com frequência à falta de cumprimento do preconizado pela lei. Esperamos que a realização deste trabalho possa clarificar esta questão no HSLE.

Assim, muitas interrogações sobre esta problemática nos têm levado à reflexão e discussão com os nossos pares sobre as causas que lhe estão subjacentes. Face a esta problemática, surgem algumas questões, pelo que de acordo de com o problema de investigação, traçamos os seguintes objectivos específicos, aos quais nos propomos dar resposta com este estudo:

- Descrever o processo de avaliação do desempenho segundo cada grupo de participantes, comparando os diferentes pontos de vista;
- Descrever e opinar sobre a génese do processo de avaliação do desempenho quanto à formação;
- Identificar a atribuição ao processo formal e aplicado;
- Identificar as dificuldades de utilização e aplicação do processo de avaliação do desempenho aplicado;
- Descrever as prescrições dos diferentes participantes;
- Conceptualizar hipóteses para explicar a forma como o processo de avaliação do desempenho ocorre.

Dado que no processo de avaliação do desempenho existem avaliadores, avaliados e órgãos de gestão, pretendemos inquirir estes actores organizacionais, de forma a obter informação real, precisa e actual das suas vivências nesta problemática, de forma a conhecer o caso concreto desta organização. Só assim poderemos obter dados que nos possibilitem encontrar um caminho com pistas de actuação futura, bem como vir a contribuir para colmatar lacunas eventualmente existentes.

Apesar do esforço na elaboração de um estudo desta natureza e da complexidade que envolve, estamos conscientes das limitações do mesmo, no entanto, esperamos que possa constituir um contributo para a gestão dos recursos humanos em Enfermagem.

Esta Dissertação de Mestrado está estruturada essencialmente em duas partes, de forma a fazer uma abordagem das diferentes estruturas políticas, ou seja, estrutura macro-política (nível organizacional), meso-política (órgãos de gestão e administração) e micro-política (estudo de caso do HSLE).

A primeira parte envolve o estudo teórico, como resultado da pesquisa teórica realizada, onde na perspectiva de vários autores, é feita por um lado uma abordagem da avaliação do desempenho formalizada em contexto organizacional e por outro, uma abordagem actual à profissão de enfermagem. E a contextualização da avaliação do desempenho formalizada em enfermagem.

Na segunda parte, surge o estudo empírico, onde nos propomos especificar mais detalhadamente o problema de investigação, dar respostas às questões que emergem do estudo teórico. Apresentar uma síntese da contribuição teórica e apresentar uma proposta de intervenção organizacional.

I PARTE

QUADRO TEÓRICO

1.1 – AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FORMALIZADA EM CONTEXTO ORGANIZACIONAL

1.1.1 – Evolução histórica da Avaliação do Desempenho

As últimas décadas conduziram a grandes mudanças nas várias vertentes do conhecimento, científico, técnico, cultural e social. Ao nível dos sistemas de saúde assistiu-se ao desenvolvimento de conceitos, metodologias e práticas ligadas à gestão das organizações. A gestão dos serviços de saúde tem atingido nos últimos vinte anos um grande desenvolvimento na área do conhecimento e investigação, bem como no exercício profissional.

Nos dias de hoje, as preocupações da gestão das organizações de saúde são no sentido do profissionalismo, equidistância, disciplina e orientação estratégica, avaliação do desempenho dos serviços e das pessoas, avaliação dos resultados e orientação dos serviços para o interesse do cliente/utente (Moreira, 2000).

As práticas de avaliação sempre acompanharam o homem. Desde os primórdios da humanidade que o homem tem tido como preocupação julgar os outros. Qualquer que seja o contexto, profissional ou não, estamos a todo o momento a avaliar o desempenho das coisas e pessoas que nos rodeiam.

Apesar das práticas de avaliação do desempenho formalizada não serem recentes, é a partir da Segunda Guerra Mundial que começa a implementação de sistemas formais de avaliação sistemáticos, escritos e com periodicidade, quer a nível dos órgãos públicos, quer a nível das empresas (Oliveira, 1998). Inicialmente a ênfase era colocada na eficiência das máquinas como forma de aumentar a produtividade, o homem era visto como um objecto sujeito às

mudanças de acordo com os objectivos da organização, e facilmente manipulável, por se acreditar que pudesse ser motivado e influenciado exclusivamente por interesses económicos.

Com o aparecimento da Escola das Relações Humanas emerge como preocupação fundamental dos gestores o homem e não a máquina como até aqui tinha acontecido.

Em 1842, o Serviço Público Federal dos Estados Unidos implementou um sistema de relatórios anuais para avaliar o desempenho dos seus funcionários (Moreira, 2000).

Neste sentido e de acordo com Caetano (1996), a avaliação do desempenho profissional, como sistema formal de apreciação do trabalho desenvolvido pelos colaboradores de uma organização, surgiu como uma componente da gestão de recursos humanos, desde que a gestão das organizações começou a ser teoricamente elaborada e sistematizada, no início deste século.

Surgiram então várias teorias administrativas, cujas técnicas tinham como finalidade criar condições para uma significativa melhoria do desempenho humano nas organizações.

Nos anos 50 surge uma forma diferente de abordar o funcionamento das organizações, de onde emergem algumas teorias como, a Teoria Comportamental ou Teoria Behaviorista, abandonando assim as posições normativistas e prescritivas da Teoria Clássica, Teoria das Relações Humanas e Teoria Burocrática. Nesta abordagem defende-se que o comportamento dos indivíduos é determinado pelo meio onde este se insere, é o meio que fornece os estímulos aos quais o indivíduo responde.

Nos meados da década de cinquenta verificam-se importantes mudanças nas orientações das pesquisas efectuadas pela psicologia cognitiva, dando origem a uma abordagem mais global em alternativa aos pressupostos do behaviorismo (Caetano, 1996).

Nos anos 80 do século XX surgem investigações que já não se preocupam em confrontar as cotações dos avaliadores com critérios externos mas, sim, em analisar os processos cognitivos dos avaliadores com intenção de

compreender as fontes e as causas dos enviesamentos (Caetano e Vala, 2002).

A avaliação do desempenho como sistema formal tem evoluído com o contributo das várias investigações de carácter interdisciplinar. Neste âmbito, Curado (1997), acentua a evolução que tem ocorrido ao nível da abordagem individual centrada no avaliador para uma abordagem mais conceptual, organizacional, social e política, dando especial importância ao avaliado e ao processo de construção social que representa a interacção **avaliado – avaliador – desenvolvimento organizacional**.

Assim, o processo de avaliação do desempenho é um sistema formal e sistemático que permite apreciar o trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de uma organização. Em termos gerais, qualquer sistema de avaliação do desempenho pode ser contextualizado como integrando um conjunto de três componentes, interligadas dinamicamente, e que incluem, os objectivos, os instrumentos e os procedimentos (Caetano e Vala, 2002).

Mais à frente, no quadro teórico, serão desenvolvidos estes três componentes, mais especificamente relacionados com a avaliação do desempenho em enfermagem, visto ser esta a área temática do trabalho. No entanto, importa aqui salientar, que estas três componentes, os objectivos, os instrumentos e os procedimentos, estão relacionados com a investigação empírica porque nos ajudarão a especificar mais detalhadamente o problema de investigação e dar respostas às questões que do quadro teórico emergirem.

1.1.2 – Conceitos de Avaliação do Desempenho

- AVALIAÇÃO

De acordo com Machado (1981), avaliação é o “acto de avaliar; cálculo do número de pessoas ou coisas; o valor dado pelos avaliadores; a determinação do justo preço de qualquer coisa; a estimativa, juízo que se forma de alguma

coisa”. Avaliar, para o mesmo autor significa, “determinar a valia; apreciar o merecimento de; compreender, apreciar bem, reconhecer, julgar”.

Avaliar é uma actividade realizada várias vezes ao dia, durante toda a nossa vida e sempre que observamos algo ou alguém.

Desde os primórdios que nos avaliamos uns aos outros, ou seja, desde que o homem trabalha para outro que é feita a avaliação do trabalho de outrém. O registo dessa avaliação tornou-se primordial, pois a mente humana tende a registar sempre os aspectos negativos esquecendo os aspectos positivos, assim, com o registo a margem de erro torna-se menor.

Neste sentido, avaliar pressupõe sempre um julgamento, desta forma as “informações favoráveis ajudam a satisfazer as necessidades psicológicas de competência e sucesso” (Beer, 1993, p.17), enquanto que qualquer informação menos favorável é sentida como um fracasso e constitui uma agressão à auto-estima.

O acto de avaliar é, por si só, controverso. Inclui tabus relacionados com a avaliação de pessoas e conceito de sigilo, implica subjectividade relacionada com diversidade de critérios entre outros.

- DESEMPENHO

Contrariamente ao conceito de avaliação, o conceito de desempenho não é tão controverso.

Desempenho refere-se à actuação do profissional face ao cargo que ocupa na organização, tendo em conta as responsabilidades e as actividades que lhe foram atribuídas nesse contexto, bem como aos resultados que dele esperam (Machado, 1981).

Desta forma, o desempenho está relacionado com os aspectos observáveis em acto, face a parâmetros pré-estabelecidos, após uma análise dos resultados atingidos em termos qualitativos e quantitativos. É algo que será sempre avaliado tendo em conta os objectivos da organização.

De acordo com Fernando Almeida (1996), o desempenho resulta da interação entre chefia e colaborador, associado a um conjunto de características específicas e factores situacionais.

O desempenho compreende a actuação do indivíduo no seu posto de trabalho, expressado em projectos, actividades ou funções que são atribuídas, bem como os resultados que dele são esperados, definidos por padrões de desempenho. Assim, importa salientar que existem alguns factores de natureza psicológica que podem influenciar o desempenho de uma função. Pelo que Fernando Almeida refere como aptidões específicas as emoções, atitudes, valores e motivações, cuja combinação “varia de indivíduo para indivíduo e contribui para o maior ou menor sucesso de desempenho de uma função” (Almeida, 1996, p.7).

As emoções são uma força poderosa, capaz de influenciar o comportamento humano. Podem ser a base de conflitos interpessoais, mas também o suporte das melhores acções. O mesmo autor refere-se às emoções como o “sal” da vida.

No que respeita às atitudes, são conhecidas como uma resposta pronta e consistente a determinados estímulos que foi apreendida e se tornou num modo típico de resposta.

Por sua vez, os valores interiorizados através da cultura e subcultura existente no meio em que a pessoa está inserida, são normativos, o que implica a existência de sanções, o que pode provocar no ser humano desconforto psicológico ou sentimento de culpa perante situações de transgressão.

Relativamente às motivações, estas são a base fundamental da conduta humana. De acordo com vários autores o seu estudo tem especial importância na Teoria das Necessidades Humanas, onde as necessidades são identificadas e classificadas em categorias (Almeida, 1996).

Ainda segundo o mesmo autor, dos factores abordados anteriormente, o mais facilmente influenciado pela chefia é a motivação. O que não quer dizer que os outros factores não possam sofrer alterações, mas se tais ocorrerem são normalmente graduais e lentas. Com dificuldade se altera uma atitude,

valores ou interesses em relação ao trabalho, no entanto, tal facto poderá ocorrer em determinadas circunstâncias. Mas, “no ponto de vista da liderança, é a gestão das motivações que tem uma importância determinante no controlo de desempenho” (Almeida, 1996, p.11) dos profissionais na organização.

- AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

Se, desde há longa data, se tem vindo a reconhecer o importante papel da avaliação do desempenho nas organizações, a simples associação dos conceitos de avaliação e desempenho não é suficiente para caracterizar o conteúdo da expressão, como actualmente é entendida a nível do comportamento organizacional.

Na opinião de Amado (1978), citado por Peretti, “a avaliação do desempenho responde a uma necessidade humana: todo o indivíduo tem necessidade de se avaliar dentro do contexto do seu trabalho, de medir a sua própria eficácia” (Peretti, 2001, p250).

Neste contexto, todos somos avaliadores e avaliados em permanência. Ao longo da nossa existência, será difícil encontrar momentos em que as questões de avaliação não se coloquem, uma vez inseridos numa organização, o acto de avaliar e de ser avaliado está implícito.

Segundo Fernando Almeida a “avaliação do desempenho pode ser definida como o processo pelo qual uma organização mede a eficiência e eficácia dos seus colaboradores” (Almeida, 1996, p.15).

Neste sentido, a avaliação do desempenho é um processo estratégico, que pode ser usado como ferramenta de gestão. É um processo através do qual, “o desempenho é medido e dirigido para objectivos individuais, grupais e organizacionais” (Neves, 2001, p.227).

De acordo com estes autores, a avaliação do desempenho é uma sistemática apreciação do desempenho profissional de cada indivíduo, sendo um processo para estimular as qualidades desse mesmo indivíduo. Pois para além de comparar objectivos com resultados, visa a promoção da pessoa e a

modificação do seu comportamento, tendo em consideração as suas aptidões, bem como outras características pessoais. É ainda de salientar que a avaliação se refere ao desempenho profissional em determinado cargo, e que, evidentemente se traduz em determinados comportamentos e atitudes. No entanto, as características da personalidade do profissional não são avaliadas, embora sejam muitas vezes importantes e determinantes no desempenho profissional.

Chiavenato refere que “a avaliação do desempenho é uma sistemática apreciação do desenvolvimento do indivíduo no cargo e no seu potencial de desenvolvimento” (Chiavenato, 1998, p.85), que dá ênfase às motivações, objectivos e resultados do trabalho, atingidos pelos profissionais, visando a melhoria dos resultados no futuro. Constituindo uma técnica de gestão fundamental na actividade administrativa, pois é através dela que é possível detectar determinados problemas, tais como, supervisão de pessoal, integração do trabalhador na organização ou cargo e /ou discrepância de não aproveitamento relativamente ao posto de trabalho que ocupa.

Neste âmbito, o processo de avaliação do desempenho surge com a finalidade de melhorar e manter a adaptação das aspirações e resultados do desenvolvimento individual, de acordo com os objectivos e a evolução da organização.

Deve-se ainda salientar que, actualmente, a avaliação do desempenho interfere directamente com os processos de gestão, na medida em que exige uma gestão por objectivos, novos circuitos de transmissão de comunicação, a revisão da política de formação e do sistema de integração de pessoal, tendo em conta as condições de trabalho.

Adaptando estes conceitos à realidade vivida pelos profissionais de enfermagem, Silva descreve-a desta forma,

“avaliação do desempenho é a apreciação sistemática do exercício profissional do enfermeiro, no seu cargo, na sua unidade de cuidados, no estabelecimento ou serviço, e do seu potencial de auto-aprefeiçoamento, para determinar o valor, a excelência, as capacidades do enfermeiro na

sua prática com a finalidade de o ajudar a desenvolver pessoal e profissionalmente e proporcionar aos utentes do estabelecimento ou serviço, cuidados de enfermagem de melhor qualidade” (Silva, 1994, p.66).

Verificamos assim, que é dada importância à avaliação profissional do indivíduo, em função do papel que este desempenha na organização. Logo, existe uma interdependência entre as pessoas e a organização, não podendo proceder a uma análise descurando o meio onde trabalham. É neste sentido que a avaliação do desempenho deve considerar o contexto onde a avaliação se realiza.

Para Viriato Moreira (2000), na perspectiva da organização, a avaliação é vista como um dos meios ao seu alcance para atingir as suas finalidades. A eficácia da avaliação é muitas vezes considerada em função da sua contribuição para essas finalidades, também elas resultantes do processo social organizativo.

Na nossa opinião torna-se assim importante definir o conceito de avaliação do desempenho. Neste contexto na presente dissertação a avaliação do desempenho será entendida como a apreciação do desempenho profissional do avaliado em conjunto com o avaliador, em momentos formais e informais de avaliação, com o objectivo de valorizar o profissional e o ajudar a identificar os aspectos onde deve apostar para se valorizar. E avaliação do desempenho formalizada como, a apreciação do desempenho profissional do avaliado efectuada em momentos formais de avaliação, de acordo com os procedimentos inscritos na lei.

1.1.3 – O que avaliar, como avaliar, quem avalia e para quê avaliar?

A evolução da avaliação do desempenho tem-se baseado em diferentes perspectivas, de acordo com os aspectos mais valorizados pelos investigadores.

Parece-nos pertinente referir o estudo realizado por Caetano (1996), pela actualidade da informação que disponibiliza sobre o sistema de avaliação do desempenho.

Segundo este autor, as várias abordagens efectuadas resultaram inicialmente, de uma maior ênfase dada aos instrumentos utilizados, numa fase posterior, a ênfase recai sobre os processos cognitivos do avaliador, e recentemente, no contexto em que o avaliado se encontra, assim como na forma como se processa a avaliação. A primeira perspectiva mencionada por Caetano (1996), alvo de investigação até à década de setenta, é denominada como metáfora do teste, que se traduz fundamentalmente num problema de medida de desempenho do avaliado.

A metáfora do teste tem como pressuposto a necessidade de se obter um “julgamento” exacto do avaliado, o que permite compreender a constante preocupação na construção e formato das escalas bem como na sua avaliação.

No sentido de minimizar erros de “julgamento” na avaliação do desempenho profissional, torna-se necessário garantir a exactidão do conteúdo desses julgamentos. Logo, o grau de exactidão e de objectividade que se pretende numa avaliação dependerá principalmente do tipo de instrumento que for utilizado pelo avaliador. O avaliador deve seguir critérios de forma a tornar a avaliação o mais objectiva possível.

Quando se questiona o que avaliar, pressupõe desde logo a existência de três possibilidades, avaliar a **pessoa** em si (capacidades, competências, personalidade e motivações), o seu **comportamento** (o que faz e o esforço desenvolvido) e os **resultados** obtidos, comparados com os objectivos esperados, permitem conferir a medida de desempenho.

Assim, se a finalidade específica da avaliação do desempenho reside em dar “feed-back ao trabalhador sobre o seu desempenho” (Caetano e Vala, 2002, p.374), então a observação deverá incidir na capacidade de mudança em termos de comportamento e de atitudes do avaliado.

Na opinião de Câmara et al., “os sistemas de avaliação do desempenho ocupam um lugar central no conjunto das ferramentas da gestão de Recursos Humanos” (Câmara et al., 2001, p.336). Dela decorrem consequências

importantes para a retenção, motivação e desenvolvimento pessoal dos avaliados.

A avaliação do desempenho tornou-se um instrumento fundamental na gestão dos recursos humanos da organização e em particular no seu sistema de informação. Neste sentido, a gestão da informação permite influenciar decisões sobre os trabalhadores ou fornecer-lhes feedback sobre o seu desempenho (Moreira, 2000).

Ao utilizar um sistema de avaliação a organização fá-lo de acordo com os objectivos já definidos, o que implica que todos os avaliados saibam o que esperam deles, quais os parâmetros de avaliação e calendarização dos resultados a obter.

Mas, os objectivos a atingir com os sistemas de avaliação do desempenho são específicos quer se tratem de pessoas ou de organizações, e por vezes compatibilizá-los não é nada fácil (Câmara et al., 2001).

De acordo com Caetano (1996), o sistema formal de avaliação do desempenho não se traduz só nos instrumentos de avaliação, engloba sim um conjunto de três componentes interligados: **objectivos, instrumentos e procedimentos**.

Todas as pesquisas, à luz da metáfora do teste, têm-se centrado essencialmente nas qualidades psicométricas dos instrumentos de avaliação e na fiabilidade das fontes que a emitem.

Relativamente às finalidades da avaliação do desempenho Caetano realizou uma vasta investigação da literatura de alguns autores, entre os quais, McGregor (1957), Jacobs et al. (1980), Ilgen e Schneider (1991), Locher e Teel (1988), Levine (1986), Cleveland et.al. (1989), e integrou as contribuições destes autores sobre a avaliação do desempenho, conceptualizando-as em “três categorias de objectivos gerais: objectivos que visam a manutenção e o desenvolvimento da organização, desenvolvimento individual e centrados na gestão da recompensa” (Caetano, 1996, p.97).

Quadro 1. – Finalidades/Objectivos da Avaliação do Desempenho
perspectivados por vários autores

Autor	Finalidades/Objectivos da avaliação do desempenho
McGregor (1957)	<ul style="list-style-type: none"> • Fornecer julgamentos que fundamentam aumentos salariais, • Permitir promoções e transferencias, • Dar feedback ao avaliado sobre o seu desempenho, • Constituir a base de aconselhamento para o avaliador.
Jacobs et al. (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • Disciplinar, • Dar feedback e desenvolvimento do avaliado, • Promover, • Seleccionar, • Formar e supervisionar, • Desenvolver e efectuar o diagnóstico organizacional.
Levine (1986)	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuir salários, • Identificar necessidades de formação, • Identificar o mérito.
Locher e Teel (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Remunerar, • Melhorar o desempenho, • Dar feedback ao avaliado.
Cleveland et.al. (1989)	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar salários, • Dar feedback ao avaliado, • Identificar pontos fortes e fracos do desempenho do colaborador.
Ilgen e Schneider (1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Tomar decisões relativas aos colaboradores, • Dar feedback sobre o desempenho.
Caetano (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer o desempenho individual, • Dar feedback da performance do colaborador, • Decidir sobre remunerações, • Identificar as deficiências do desempenho.

Fonte: Adaptado de António Caetano (1996)

No quadro 1, foi elaborada uma síntese das finalidades/objectivos da avaliação do desempenho na perspectiva dos autores já anteriormente referenciados, comparando com o estudo realizado por Caetano (1996), que incidiu sobre 300 empresas do sector secundário e terciário da zona de Lisboa e Vale do Tejo, que fazem parte das 500 melhores e maiores empresas do país, onde são apresentados os objectivos mais frequentemente atingidos pelas empresas que utilizam sistemas de avaliação do desempenho.

Quanto aos instrumentos de avaliação, o mesmo autor, considerou a possibilidade de criar instrumentos de avaliação do desempenho, obedecendo a quatro critérios fundamentais: fidelidade, validade, praticabilidade e isenção de erros psicométricos. No entanto, as investigações realizadas neste âmbito revelam que existem vários instrumentos psicometricamente equivalentes e que não existe nenhum tipo de instrumento perfeito do ponto de vista psicométrico, ou seja, isento de algum erro de cotação.

No que respeita às fontes de avaliação, verificamos que existem alguns conjuntos de actores organizacionais que estão habituados a realizar a avaliação do desempenho, tais como: os colegas do avaliador, o próprio avaliado, os subordinados e os clientes. A fonte privilegiada para avaliar o desempenho das pessoas nas organizações tem sido a chefia imediata do avaliado. (Caetano e Vala, 2002).

Segundo Caetano (1996), tem-se dado especial importância à formação dos avaliadores com o objectivo de evitar os enviesamentos passíveis de perturbar a exactidão de um julgamento, devido ao uso inadequado dos instrumentos. Para tal, os esforços devem centrar-se no desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências dos avaliadores para que estes aprendam a observar e registar o desempenho dos avaliados e que treinem a utilização apropriada dos instrumentos, procurando assim evitar os erros.

Todavia, a generalidade das pesquisas de investigação acerca da avaliação do desempenho à luz da metáfora do teste centram-se essencialmente na construção de vários formatos de instrumentos de avaliação e nas suas qualidades psicométricas, descurando outros aspectos importantes como, a informação que se obtém do desempenho dos actores

organizacionais, o feedback que lhes é fornecido, as consequências dessa avaliação, quer para o avaliado, quer para a organização, os custos despendidos e o contexto em que ocorrem o processo de avaliação.

A partir da década de 80, alguns investigadores como Landy e Farr, partem do pressuposto que a avaliação do desempenho não se reduz apenas a um problema de medida, a um problema de instrumentos, mas sim a um problema do seu utilizador, ou seja, o avaliador. Este passa a ser considerado como um elemento fortemente activo, do qual depende a procura e processamento de informação necessária à obtenção do resultado final da avaliação, ou seja, ao “julgamento do avaliado”.

Surge então a metáfora do processador de informação, cujo interesse recai no estudo dos “processos através dos quais os avaliadores produzem os seus julgamentos, com vista a explicitar as fontes e as causas dos enviesamentos” (Caetano, 1996, p.137), que resultam de falhas na utilização de regras de processamento da informação.

Estas falhas traduzem-se nos julgamentos do avaliado, tal como referem Landy e Farr (1980), “é tempo de parar de olhar para os sintomas de enviesamento na cotação e começar a examinar as potenciais causas” (Caetano, 1996, p.137).

Segundo estes autores a resolução do problema da exactidão e eficácia avaliação deve focalizar-se na análise dos processos cognitivos do avaliador e não apenas no estudo dos instrumentos, uma vez que consideram a avaliação do desempenho como um exemplo específico da percepção de pessoas, na qual os processos cognitivos têm lugar privilegiado.

Esta viragem na investigação da avaliação do desempenho deve-se a uma mudança ocorrida na área da psicologia experimental, que nos finais da década de 50 “começou a abandonar as teses de behaviorismo e desenvolveu programas de pesquisa direccionados para os problemas cognitivos” (Caetano, 1996, p.141), centrados no estudo dos processos mentais que ocorrem no ser humano.

Nesta nova abordagem, procede-se a análise dos processos em vez do conteúdo, pois é através deles que os avaliadores produzem os seus julgamentos e explicitam as fontes e as causas dos enviesamentos.

Noutra perspectiva, Ana Morais refere que, algumas empresas têm avançado com a “formalização de um sistema de avaliação do tipo Balanço de Actividades, que veicula uma concepção de organização baseada na descentralização da tomada de decisão e no ajustamento interactivo entre unidades funcionalmente interdependentes” (Morais, 1996, p.9), na medida em que o processo clássico de avaliação não é congruente com a política de gestão partilhada dos recursos humanos. Nesta visão, o processo de avaliação é conceptualizado como um processo (re)organizativo que pode facilitar o desenvolvimento das relações mais funcionais e adultas, entre os operadores e o seu enquadramento; sustentar a descentralização da gestão do processo produtivo e contribuir para a concretização da gestão partilhada dos recursos humanos.

Esta nova forma de avaliar o desempenho, que veicula uma filosofia de gestão que reconhece a importância de ver e considerar as várias dimensões de uma situação, não é compatível com a tradicional concepção de gestão de uma organização. Partindo desta ideia, e através de um estudo realizado acerca dos sistemas formais de avaliação do trabalho, a autora explicita a diferença entre a forma “tradicional” de avaliação, baseada no controlo normativo e hierárquico e por isso compatível com a tradicional forma de ver a gestão e organização de uma empresa, e uma forma de avaliar baseada na comunicação e num processo decisional descentralizado que só se ajusta às novas formas de olhar a gestão e organização, como referimos anteriormente. Ao considerar que “a efectiva implementação de um sistema avaliativo do tipo Balanço de Actividades implica uma verdadeira reformulação da forma normal de ver a organização” (Morais, 1996, p.170).

Relativamente ao “*quem avalia*”, verifica-se tradicionalmente e com alguma frequência como avaliador a chefia imediata do avaliado. De acordo com Caetano (1996) quando cita Latham e Wexley, tal facto prende-se por um lado,

com “a estrutura hierárquica da maioria das organizações que reforça o direito dos supervisores para efectuar avaliações dos seus subordinados”. Por outro lado, e na perspectiva Taylorista, é o “supervisor que será a fonte em melhores condições para observar e apreciar a adequação do desempenho do subordinado” (Caetano, 1996, p.75).

Segundo Kurgant (1991) e Almeida (1996), as fontes de avaliação são as seguintes:

- chefia
- pares do subordinado
- auto-avaliação
- subordinados do avaliado
- clientes
- combinação dos anteriores

Na perspectiva de Caetano (1996), são quatro as fontes de avaliação do desempenho:

- chefe imediato
- subordinados
- pares do subordinado
- auto-avaliação

Quando o objectivo da avaliação é apenas classificar o desempenho, o avaliador mais indicado é o superior directo. Se o objectivo da avaliação é idêntico mas associa o desenvolvimento individual, então, deverá utilizar-se um método misto, ou seja, o chefe e a auto-avaliação. Neste sentido, Caetano refere que “a auto-avaliação não tem sido utilizada nas organizações devido ao contexto de trabalho e de gestão tradicional aí predominante” (Caetano, 1996, p.90).

Em contexto organizacional, é importante salientar de acordo com a perspectiva dos vários autores, as fontes de avaliação, tal como acima referido, de forma a perceber que nem só o chefe imediato pode ser o avaliador, como acontece na carreira de enfermagem. De acordo com a Regulamento da

Avaliação do Desempenho, expresso no Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, a competência de avaliar o desempenho profissional pertence conjuntamente ao enfermeiro avaliado e aos enfermeiros avaliadores. Os enfermeiros avaliadores devem possuir categoria superior à do avaliado, podendo, excepcionalmente, ser designado enfermeiro avaliador de categoria igual à do avaliado.

Assim, a fonte de avaliação na carreira de enfermagem, toma especial importância para esta investigação, pelo que será desenvolvido na contextualização da avaliação do desempenho em enfermagem.

1.1.4 – Para que serve a Avaliação do Desempenho?

O processo de avaliação do desempenho, não constitui uma prática de modificação de comportamentos. De acordo com Almeida (1996), deve ser considerada como um instrumento de levantamento de dados ou necessidades, que exprimam as condições que na organização, estejam, em determinado momento, a prejudicar, dificultar ou até mesmo a impedir o completo aproveitamento dos seus recursos humanos.

Como instrumento de gestão de recursos humanos, a avaliação do desempenho, deve ser capaz de dar a conhecer de forma específica o comportamento do indivíduo no seu local de trabalho, em contexto organizacional, no que ele tem de condicionantes ambientais, políticas, procedimentos e elemento humano. Assim e tal como refere Almeida, “o primeiro objectivo da avaliação do desempenho é conhecer” (Almeida, 1996, p.18).

A correcta utilização deste instrumento, segundo Almeida (1996), pode transmitir determinados aspectos relativamente ao desempenho do indivíduo, como:

- a sensação de verdadeira segurança em termos de carreira a curto, médio e longo prazo;

- a satisfação de necessidades sociais e de integração, no sentido de que quem trabalha faz parte de um grupo e necessita de sentir-se adequadamente posicionado sob esse aspecto;
- a importância da própria actividade em relação às actividades dos outros colegas de trabalho;
- a possibilidade do desenvolvimento das próprias competências e pontos fortes.

De acordo como o mesmo autor, abrangência de um sistema de avaliação do desempenho deve ser total, todos, sem excepção devem ser avaliados. Ainda que não explicitamente, pelo menos implicitamente” (Almeida, 1996, p.20). Assim, importante que o processo de avaliação do desempenho seja visto, por todos os que fazem parte integrante dele, como mais uma das funções de que é composta a sua prestação dentro da organização.

Caetano e Vala (2002), referem que qualquer organização quando implementa um processo de avaliação do desempenho, tem determinados objectivos, que pretende atingir com a sua aplicação. Neste sentido, McGregor (1957), considera que os principais objectivos que conduzem uma organização a implementar um sistema de avaliação do desempenho se relacionam com a satisfação de três necessidades, sendo uma da organização e duas do indivíduo. No que respeita à organização, avaliação do desempenho ajuda as decisões administrativas ligadas às transferências, bem como às remunerações, entre outras. Em relação ao indivíduo, permite que o avaliado conheça a análise que é feita acerca do seu desempenho e permite ao avaliador aconselhar o trabalhador no seu percurso profissional (Caetano e Vala, 2002).

Neste contexto, a avaliação do desempenho permite apoiar as decisões de acção disciplinar, dar feedback, desenvolver profissional e pessoalmente o trabalhador, servir de critério para promoções, para o recrutamento e selecção de pessoal, para a formação e para o diagnóstico e desenvolvimento organizacional.

Como ferramenta de diagnóstico, quando bem utilizada a avaliação do desempenho deve ser vantajosa para todos. Ao contrário do que muitos frequentemente pensam, “não deve ser considerada como um ajuste de contas, mas sim como um retrato fiel do comportamento de cada um, em situação de trabalho” (Almeida, 1996, p.18)

1.1.5 – Instrumentos utilizados na Avaliação do Desempenho

A avaliação do desempenho está em grande parte associada ao tipo de instrumentos utilizados. Existem vários, pelo que a opção por um ou por outro instrumento, ou pela combinação de vários, depende essencialmente do que a organização pretende realmente avaliar nos seus profissionais. Por outro lado, cada um deles apresenta vantagens e desvantagens.

Morhman et al. (1989), refere que relativamente ao que deve ser avaliado, as abordagens podem ser efectuadas de diferentes prismas, nomeadamente as que se centram nos traços de personalidade, as que se centram nos comportamentos no trabalho e as que se centram nos resultados (Caetano, 1996).

Segundo Caetano (1996), a categorização proposta por Morhman (1989), encontra-se incompleta, visto que não contempla o elemento social resultante do comportamento do profissional em desenvolvimento num quadro onde estão também integrados outros profissionais. Assim, este autor acrescenta outro método de avaliação, centrado na comparação com outros.

Neste sentido, a classificação proposta por Caetano (1996), enquadra os métodos de avaliação do desempenho em quatro abordagens, tal como se apresenta no quadro 2.

As abordagens centradas na personalidade traduzem-se num tipo de escalas em que são apresentados traços de personalidade considerados relevantes em função do cargo em causa.

As abordagens centradas nos comportamentos originaram inúmeros instrumentos de avaliação que, apesar da sua diversidade, consideram o

desempenho de uma função como uma realidade multidimensional e utilizam amostras reais de comportamentos para ilustrar condutas adequadas e não adequadas.

Os diferentes métodos de avaliação incidem, directamente, sobre a avaliação de acções ou comportamentos específicos, em vez de incidirem em traços de personalidade.

Quadro 2. – Abordagens da Avaliação do Desempenho

<p>Abordagens centradas na personalidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • escalas ancoradas em traços
<p>Abordagens centradas nos comportamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • incidentes críticos • escalas de escolha forçada • escalas ancoradas em comportamentos • escalas de padrão misto • escalas de observação comportamental • listas de verificação
<p>Abordagens centradas na comparação com outros</p> <ul style="list-style-type: none"> • ordenação simples • comparação por pares • distribuição forçada
<p>Abordagens centradas nos resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • padrões de desempenho • gestão por objectivos (MBO)

Fonte: Adaptado de Caetano (1996), Almeida (1997)

Quanto às **abordagens centradas na comparação com os outros** consideram que a organização constituída por pessoas organizadas em grupos profissionais e que estes desenvolvem interações directas e exercem entre si

influencia mútua. Deste modo, é possível utilizar esta relação social como uma medida de desempenho, comparando uns com os outros.

A comparação pode assumir várias formas, o que leva à existência de diferentes métodos de avaliação.

Relativamente às **abordagens centradas nos resultados**, estas pressupõem que a avaliação seja feita com base nos resultados dos comportamentos ou das actividades desempenhadas pelos profissionais. Neste caso, os comportamentos são apenas o meio de que os profissionais se serviram para atingir o fim a que se propuseram.

Conforme a avaliação dos resultados seja efectuada em confronto com padrões de desempenho previamente estabelecidos ou com objectivos definidos para determinado período, assim teremos dois tipos de métodos de avaliação baseada em resultados.

Das abordagens apresentadas, considero importante realçar os métodos que, pela sua aplicação prática, se adequam à problemática em estudo:

- Escalas ancoradas em comportamentos
- Padrões do desempenho
- Gestão por objectivos

➤ **Escalas ancoradas em comportamentos**

São conhecidas pela sigla BARS (“behaviorally anchored rating scales”) ou BES (“behaviorally expectations scales”) e foram propostas por Smith e Kendall (1963), citados por Caetano, “como alternativa às escalas ancoradas em adjectivos. São utilizadas “âncoras que descrevem comportamentos que ilustram diferentes graus de eficácia em cada dimensão a analisar”, (Caetano, 1996, p.57) em vez de âncoras expressas em simples adjectivos ou números.

O modelo mais comum é constituído por um conjunto de escalas comportamentais de avaliação que incidem sobre as principais dimensões do trabalho do avaliado. O tipo e número de dimensões tidas em conta nestas escalas estão directamente relacionadas com o cargo que o profissional ocupa.

Como exemplo de dimensões consideradas, encontram-se a responsabilidade, as competências profissionais, a quantidade e qualidade de trabalho, a iniciativa, a colaboração, entre outras (Anexo III).

A cada dimensão corresponde uma breve descrição do desempenho, assinalado numa escala vertical que traduz um grau de maior ou menor adequação do desempenho.

A construção destas escalas é um processo moroso e complexo, devido à colaboração de muitas pessoas. Para além dos especialistas em análise de funções, internos ou externos à organização, está implícito, neste sistema, que os avaliadores também participem na construção das escalas.

Este facto, introduzido por Smith e Kendall (1963), neste sistema de avaliação, visa, por um lado traduzir as convicções dos avaliadores relativamente ao instrumento e, por outro lado, alcançar entre os avaliadores um acordo que garanta com consistência a interpretação do avaliador e a fidelidade da avaliação.

A principal vantagem das “BARS” reside na possibilidade de superar os erros psicométricos encontrados nas escalas gráficas utilizadas noutros sistemas de avaliação.

Outra vantagem refere-se à facilidade de transmissão do feedback aos avaliados, visto que a avaliação é baseada em comportamentos específicos e observáveis, que lhes devem ser transmitidos, com vista à melhoria do seu desempenho.

Por último, a participação dos avaliadores na construção das escalas sensibiliza-os para eventuais erros de cotação e funciona como um processo de formação para os mesmos.

As desvantagens dizem respeito aos custos elevados na construção das “BARS”, devido ao número elevado de pessoas envolvidas e aos problemas metodológicos na construção das mesmas, principalmente se não forem seguidos os procedimentos rigorosos, a que estas escalas obedecem.

➔ Padrões do desempenho

Segundo Carrol e Schenier (1982), citados por Caetano, “os resultados do trabalho podem ser comparados quer com o desempenho passado do próprio indivíduo, ou de outros com cargos idênticos, quer com um padrão de desempenho previamente estabelecido como o nível adequado ou aceitável para um determinado cargo” (Caetano, 1996, p.70).

Deste modo, a análise prévia do trabalho, no sentido de estabelecer padrões de desempenho, favorece não só a selecção e formação dos profissionais para um desempenho mais adequado, como também a obtenção de um padrão de comparação dos resultados atingidos pelos profissionais.

Quando se aplica este método ao nível operacional, a grande vantagem traduz-se na sua simplicidade de aplicação e na possibilidade de identificar necessidades de formação, bem como efectuar comparações entre os profissionais.

Como desvantagens, são apontados os custos associados aos estudos previamente efectuados sobre o desempenho e problemas de fidelidade que estão relacionados com julgamentos avaliativos.

➔ Gestão por objectivos

A gestão por objectivos baseia-se numa comparação periódica entre os resultados fixados ou esperados para cada profissional e os resultados efectivamente atingidos.

Peter Drucker (1954), citado por Caetano (1996), responsável pelo aparecimento desta metodologia, preconiza que é a partir da definição dos objectivos a longo prazo, que se pretendem alcançar, que se operacionalizam os objectivos tácticos ou de curto prazo e, por conseguinte, os objectivos dos gestores de primeira linha (Caetano, 1996).

Em suma, o processo de Gestão por Objectivos é um processo dinâmico de sucessivas aproximações e reformulações de objectivos, em que todos os

final seja um conjunto de objectivos ambiciosos, mas realistas, com que todos se identifiquem. Assim, na gestão por objectivos, consideram-se duas vantagens, por um lado, são criados critérios objectivos de medição e, por outro, a avaliação é facilitada, na medida em que o próprio avaliado participa tanto na definição de objectivos como na análise dos resultados. Este tipo de avaliação coloca a ênfase nos resultados e nos objectivos a serem alcançados e não nos métodos e processos das actividades.

A este respeito, Oliveira (1998), refere que avaliadores e avaliados de uma organização devem definir em conjunto metas comuns, e especificar as principais áreas de responsabilidade de cada sector relativamente aos resultados esperados de cada um.

1.1.6 – Erros clássicos na Avaliação do Desempenho

Partindo do princípio que a avaliação é sempre susceptível de erro e que as probabilidades de distorções, resultantes da subjectividade, podem ser diminuídas, então, o conhecimento dos erros clássicos na avaliação do desempenho torna-se fundamental.

Embora com frequências diferentes de ocorrência e com influências diversas no processo de avaliação, investigadores como Caetano (1996) e Thorndike (1920), Flanagan (1954) entre outros, detectaram um conjunto de erros de cotação na avaliação.

Parafraseando Thorndike (1920), citado por Caetano, “os avaliadores eram incapazes de analisar como independentes uns dos outros os diferentes aspectos da natureza e do desempenho da pessoa” (Caetano, 1996, p.38). Assim, considera-se que na maioria das vezes, mesmo involuntariamente, os avaliadores deixam-se influenciar por sensações, opiniões, impressões gerais ou outros efeitos colaterais que deturpam a avaliação.

O conhecimento dos erros clássicos nos processos de avaliação permitirá aos avaliadores corrigir uma deturpada avaliação ou, pelo menos, precaverem-se contra ela.

O conhecimento dos erros clássicos nos processos de avaliação permitirá aos avaliadores corrigir uma deturpada avaliação ou, pelo menos, precaverem-se contra ela.

Ao longo dos anos vinte e trinta, identificou-se um conjunto de erros de cotação, no entanto passo a identificar apenas alguns, pelo facto de terem sido alvo de mais investigações, devido à sua frequência e impacto que têm nos resultados.

- **Efeito de halo**

Este erro acontece quando o avaliador permite que um dos aspectos particulares do desempenho do avaliado influencie a avaliação dos outros aspectos, o que habitualmente, conduz à avaliação global de uma forma positiva ou negativa. Assim, o efeito de halo verifica-se “quando a impressão geral leva a que se efectuem distinções nos níveis de cotação das categorias ou dimensões do desempenho” (Caetano, 1996, p.38).

É importante referir que este efeito não é uma distorção consciente, uma vez que os avaliadores têm a percepção de que estão a avaliar adequadamente.

- **Efeito de Leniência/Severidade**

Ocorre quando os avaliadores apresentam uma tendência para classificarem todos os seus avaliados acima (leniência) ou abaixo (severidade) do ponto médio da escala de avaliação. Tal como refere Saal et al. (1980), citado por Caetano, este erro é também entendido como “a tendência para atribuir a um indivíduo uma cotação mais alta ou mais baixa do que é requerida pelo seu comportamento” (Caetano, 1996, p.40).

- **Efeito de Tendência Central**

É entendido como o predomínio de cotações em redor do ponto médio da escala de avaliação, com rejeição das cotações extremas.

Segundo Palmira Oliveira o efeito de tendência central “trata-se de uma fuga à neutralidade, que o avaliador não distingue as pessoas quanto ao seu desempenho” (Oliveira, 1998, p.31).

- **Efeito de Recenticidade**

Este erro acontece quando a avaliação é determinada pelas acções mais recentes dos avaliados, não sendo considerada a globalidade de desempenho ao longo do período de avaliação.

Não há dúvida que todos os gestores avaliam o desempenho dos avaliados, seja formalmente ou informalmente, tal como referimos anteriormente, o que nos preocupa, é quando essa avaliação por ser informal, é acompanhada de erros, e se valorizam elementos não significativos em detrimento daqueles que são realmente importantes.

Assim, e tendo em conta o nosso problema de investigação, a prática da avaliação do desempenho no HSLE, pretendemos fazer em seguida neste quadro teórico, uma abordagem da avaliação do desempenho formal em enfermagem, com o intuito de percebermos em que consiste este processo na carreira de enfermagem.

1.2 – ABORDAGEM ACTUAL DA PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

1.2.1 – Evolução histórica da profissão de Enfermagem

O delinear do percurso da enfermagem em Portugal não é tarefa fácil, quer pela dificuldade de delimitar fronteiras, quer pelas várias realidades que comporta. No entanto segundo Nunes (2003), a história da Enfermagem em Portugal tem sido objecto de pouca atenção nos últimos anos.

Molina (1980) refere-se à enfermagem como sendo “tão antiga como a existência do homem” (Nunes, 2003, p.19), neste sentido é natural que as

revisões históricas se iniciem na Idade Antiga até à Idade Contemporânea. Nos finais do século XIX é reconhecida uma ruptura na ideia social da enfermagem, ou seja, a revolução da enfermagem científica, ligada à figura e à obra de Florence Nightingale que definia a enfermagem como "assistência ao processo reparador natural e defendia a sua aplicação ao doente e ao saudável, pela homogeneidade das leis implicadas" (Nunes, 2003, p.19), as leis da vida. Neste sentido foi-lhe atribuída a "primeira revolução" na enfermagem e é com ele que se fixa o aparecimento formal da enfermagem, em 1960.

Falar de enfermagem em Portugal na década de 70 era falar de um grupo não diferenciado de pessoal que trabalhava em hospitais ou asilos. Nogueira (1990) refere que a assistência nos hospitais era entregue a mulheres sem preparação, mal pagas e de muito duvidosa moralidade. O aparecimento da enfermagem como grupo sócio-profissional acontecia já no século XX.

Acompanhando esta evolução o 1º Curso de Enfermagem teve início nos Hospitais Universitários de Coimbra, em Outubro de 1881, durante a administração de Costa Simões, de quem partiu a iniciativa de criar a escola de enfermagem nos Hospitais da Universidade de Coimbra, com o objectivo de dar melhor instrução aos enfermeiros. Posteriormente seguiu-se a instalação do curso no Porto e em Lisboa no ano lectivo de 1986/1987.

De acordo com Lucília Nunes (2003), o facto das escolas de enfermagem terem surgido nesta altura, deve-se provavelmente ao contexto técnico e organizacional que na altura se instalou, ou seja, a institucionalização da medicina e as respectivas consequências, como a crescente complexidade dos cuidados de saúde. Assim, começou a "dissociação do trabalho da Enfermagem da lida doméstica a que estava associada, se começou-se a relacionar a prestação de cuidados de Enfermagem com a menor duração de doenças e desencadeou-se o esforço para reestruturar o trabalho de Enfermagem" (Nunes, 2003, p.27).

Neste sentido, esperava-se que a enfermeira se mantivesse à cabeceira do doente, de forma caridosa, que fosse capaz de executar tarefas prescritas pelo médico e que tratasse de aspectos administrativos e burocráticos do serviço.

Em novembro de 1889, o Curso de Enfermagem foi encerrado, não teve os resultados que se esperavam, pelo baixo nível de instrução dos alunos ou pela sua dificuldade em assistir às aulas e cumprir com as suas funções.

A 5 de Setembro de 1901, José Curry Cabral, na altura enfermeiro-mor dos Hospitais Cívicos de Lisboa, propôs a criação de uma Escola de Enfermagem, onde proponha acabar com o curso ou organizá-lo em enfermagem/escola. Foi escolhida a primeira hipótese, mas continuou-se a sentir a falta de uma boa instrução técnica para os enfermeiros. Pelo que algumas entidades como a Administração do Hospital de São José solicitaram a criação definitiva de um curso para enfermeiros, que os habilitasse para os hospitais de todo o país.

Assim, o Decreto-Lei de 12 de Setembro de 1901 criou a Escola Profissional dos Enfermeiros, neste decreto, a grande incidência nas obrigações dos enfermeiros surgem em três áreas: os aspectos administrativos, a medicação e as questões de higiene dos doentes, enfermarias e anexos. Ainda neste Decreto-Lei é referenciado que a enfermeira é responsável por manter a ordem, a disciplina e a compostura moral (Nunes, 2003).

O objecto dos cuidados era "servir", era ele que dava sentido à prática de enfermagem. Mas como refere Collière (1999), servir os doentes implica, igualmente, servir a instituição e os seus representantes administrativos. O cumprimento desta missão exigia o esquecimento de si própria, para que pudesse dedicar-se àqueles que tratava. A autora refere ainda, que para cumprir a missão era necessária vocação, onde não faltavam as qualidades do coração, de consciência e de dedicação. Servir, foi assim, o vector ideológico da prática de enfermagem, não era visto como um serviço oferecido, como uma prestação de um ofício, mas sim como uma maneira de ser, tendo por base um conjunto de qualidades adquiridas.

Em 1918 a reforma da legislação dos hospitais criou a Escola Profissional de Enfermagem, o Curso Geral e o Curso Complementar de Enfermagem. No entanto, é evidente a mudança da terminologia utilizada na escola oficial de enfermagem, sendo que se deduzem dois factos importantes: por um lado, a escola de enfermeiros passa a ser considerada uma Escola Profissional, o que

lhe confere um estatuto diferente, e por outro lado a enfermagem é abordada como uma profissão.

Em Novembro de 1930, a Escola Profissional de Enfermagem foi reorganizada e passou a denominar-se Escola de Enfermagem Artur Navarra, em homenagem ao regente do 1º curso. No decreto-lei é apontada a necessidade de reorganização da escola, por não corresponder às necessidades do futuro profissional e de ser precisa uma tendência mais prática, com valorização de estágios, com acompanhamentos dos alunos nos mesmos (Nunes, 2003).

Na década de 30 inicia-se um movimento sindical, sendo que em Fevereiro de 1931, é inaugurada oficialmente a sede do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses da Região Sul e nos anos seguintes, surgem então sedes de outras regiões do país. Depois em 1946, surge o Sindicato Nacional de profissionais de Enfermagem.

Uma das “referências do exercício profissional alerta já desde muito cedo para a falta de protecção da integridade física dos enfermeiros” (Nunes, 2003, p.65), não só devido à ocupação das enfermarias por todo o tipo de doentes, mas também pelas modalidades de trabalho que surgem. Se a década de 30 assinala a crescente presença das mulheres na profissão de enfermagem, é também marcada pela fraca actividade de enfermagem religiosa.

Em 1935, é criada a Escola de Enfermeiros em que o curso passa a ter duração de três anos e os respectivos diplomas surgem a partir de 1944. No ano 1947, foi publicado um diploma que marca um passo importante na organização do ensino da Enfermagem em Portugal. “Ao abrigo do Decreto-lei n.º 36:219 de 10 de Abril de 1947, criaram-se novas escolas, integraram-se outras em novos moldes e prepararam-se centenas de enfermeiros, que têm satisfeito plenamente, tanto pela sua competência, como pelas suas qualidades morais” (Nunes, 2003, p.74).

Em 1952, com a regulação do funcionamento dos cursos de enfermagem e a aprovação do Regulamento das escolas e Enfermagem, a 28 de Agosto

tenta-se mais uma vez dar resposta ao problema de preparação dos enfermeiros.

“Enquanto a reforma de 47 pode ser perspectivada como a oficialização da realidade, a institucionalização das práticas, na reforma de 52 fazem-se sentir algumas diferenças, designadamente autonomia técnica e administrativa assim como aumento da duração e habilitação para o Curso Geral” (Nunes, 2003, p.81).

Após estes anos, a expressão da profissão de enfermagem como ciência e arte começa a afirmar-se e a lutar pela aprendizagem escolar efectiva, valorizando-se os estágios hospitalares e a necessidade de novas características dos enfermeiros. De acordo com Miller Guerra (1961), as escolas continuaram a surgir, para além de 1954 e continuou a defesa de teses que consideram que o país “não dispõe de médicos nem enfermeiras para compreender com razoável certeza de êxito, uma política sanitária realista”, (Nunes, 2003, p.93) incluindo a necessidade de formação e preparação técnica destes profissionais. Na perspectiva de Palmira Tito de Morais, “a enfermagem sofreu uma evolução natural, de mister prático até se tornar ramo autónomo da ciência médica, que tenderia cada vez mais para a valorização dos indivíduos e das comunidades” (Nunes, 2003, p.94).

Neste contexto, salientamos que a enfermagem em Portugal, na década de 50, enquanto ciência, arte e profissão, aspirava já uma procura de identidade e de autonomia para intervir nos vários campos de assistência que foi conquistando.

Lado a lado com a concepção de Enfermagem, está a noção de ser humano, já que no quadro de referência têm uma relação muito próxima,

“concebida como técnica e fazer, encarará o ser humano como um espaço neutro onde se prestam cuidados especializados; perspectivada como cuidar e reunião de saberes, colocará o ser humano no centro da

intervenção, atendendo à sua integridade física, mental e social” (Nunes, 2003, p.276).

Progressivamente “pensar em Enfermagem” modificou-se, pelo que é de salientar a teoria de Florence Nightingale que refere a importância de conceitos como **saúde, indivíduo e ambiente físico** circundante, para os cuidados de enfermagem. Os seus trabalhos permitiram que definitivamente a profissão de enfermagem fosse considerada uma profissão respeitada. Nightingale para além das medidas sanitárias inovadoras para a época, é responsável pela fundação da Escola de Enfermagem, do Hospital de St. Thomas de Londres em 1860, e pela celebração do primeiro currículo escrito de um curso de enfermagem (Nogueira, 1990).

A convergência entre as ciências sociais e a enfermagem decorreu da natureza do estudo do ser humano que, na saúde e na doença, é sempre um ser social e problemático.

A partir de 1953, só poderia prestar serviço profissional de enfermagem quem tivesse o respectivo diploma. No entanto, os atractivos para o exercício da profissão deixavam muito a desejar, vale a pena referenciar que os salários eram baixos, as condições de trabalho eram péssimas e as enfermeiras não podiam casar.

A década de 50 esteve marcada por se tentar compreender o que se estava a passar na enfermagem, quer a nível da proposta de um programa de fomento da enfermagem, quer pelo inquérito às condições de trabalho e do ensino da enfermagem. O final desta década foi marcado pelos discursos relacionados com a falta de enfermeiros, considerado um grave problema nacional.

A década de 60 realça o papel das enfermeiras na guerra, fazendo-se surgir nesta altura o Centro de Medicina Física e Reabilitação do Alcoitão. Em 1961 foi criada a Direcção Geral dos Hospitais e no ano seguinte é criado a 1ª Direcção de Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direcção-Geral dos Hospitais, sob a alçada de Maria Fernanda Resende.

Para melhor compreensão do contexto onde se desenvolve a profissão de enfermagem e em particular a seu componente feminina, é fundamental analisar a confrontar o passado com o tempo presente, a fim de identificar sobrevivências e roturas. Assim, na hierarquia de um sistema de saúde a enfermeira desenvolve um triplo papel: o primeiro, em relação ao doente; o segundo, em relação ao médico, e o terceiro em relação ao pessoal auxiliar. Morrow (1986), atribui a origem desta tripla missão à época de Florence Nightingale, onde a enfermeira se definia mais pelo seu carácter, do que pelas suas competências.

De acordo com Palmira Duarte (1967), a percepção da imagem da mulher na sociedade portuguesa é “da existência de diferentes representações ou imagens da mulher na vida profissional e nomeia a imagem tradicional uma situação de evolução e uma representação evolucionista” (Nunes, 2003, p.301).

Talvez pelas raízes antropológicas da profissão e pela razão vocacional, levou bastante tempo para que fosse permitido às enfermeiras constituírem formalmente família, pelo que em 1963 termina a proibição de casamento das enfermeiras e no ano que se seguiu foi criado o Sector de Ensino de Enfermagem constituído por enfermeiras.

A década de 60 apresentou grandes marcos como a instalação de diferenças entre as enfermeiras/escolas e as outras enfermeiras, o distanciar da formação para o domínio escolar e o papel dos enfermeiros chefes a representarem-se na gestão hospitalar dos serviços.

Em 1965 o relatório apresentado à Assembleia do Conselho da Europa, levantava as questões do Problema da Enfermagem na Europa, neste sentido foi a partir dos anos 60 que se lançou a discussão sobre a ciência de enfermagem. As ideias de Virgínia Henderson foram um marco nesta década, pelo impacto que tiveram tanto no ICN (International Council of Nurces), como em Portugal (Nunes, 2003).

Em 1967 é publicado o Decreto-Lei de estruturação de carreiras, a enfermagem passa a ter três carreiras; a de saúde pública (que incluía os enfermeiros que tinham formação especializada e os auxiliares de enfermagem

especialistas de saúde pública), a hospitalar (que incluía os auxiliares de enfermagem e os enfermeiros com o curso geral) e a do ensino (que incluía o director da escola, o enfermeiro professor, o monitor e o auxiliar de monitor). Posteriormente surgem as especializações em enfermagem, sendo que primeiro surgiu a Enfermagem de Saúde Pública, no final de Agosto deste mesmo ano é criado o Curso de Especialização Obstétrica para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, bem como as restantes especializações.

Nos anos 70, a maioria dos prestadores de cuidados de enfermagem eram auxiliares. Em 1972 é alterada a Lei de Bases do sistema educativo e dois anos da revolução de Abril, é criado e começa a funcionar o Curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, com duração de dois anos lectivos.

Em 1974 é extinto o curso de auxiliares de enfermagem, foi conferido o título de enfermeiros de 3ª classe aos auxiliares com três anos de serviço desempenhando as funções de enfermagem. O ano de 1976 foi um ano muito significativo, não só pela integração dos enfermeiros na função pública e pela carga horária passar a ser de 36 horas semanais, mas também pela publicação do Despacho da Secretaria de Estado da Saúde em que se cria um único curso para enfermeiros, denominado simplesmente Curso de Enfermagem.

Nos anos 80 é publicado o diploma da Carreira de Enfermagem (Decreto-Lei 305/81) que encerra pressupostos e conceitos que estão na base dos caminhos dos anos 90.

Em 1988 é publicada a nova lei de Gestão Hospitalar e, no final do ano, o decreto que integra o Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Em 1990 é feita a integração das Escolas Superiores de Enfermagem na rede do sistema educativo nacional e do ensino superior público. Ainda durante este ano é publicada a Lei de Bases da Saúde, e os enfermeiros na função pública passam a ter um horário de 35 horas semanais e a ter considerado o regime de horário acrescido, 42 horas semanais, como opcional.

Em 1991 é feita uma nova alteração da carreira a que se seguirá a revisão de 1998. No ano de 1992 os Centros de Saúde Mental são integrados nos hospitais gerais. Em Setembro de 1996 é publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que veio regulamentar a

profissão, clarificando conceitos, intervenções e funções bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros.

A consagração máxima da autonomia da profissão de enfermagem acontece na década de 90, pelo REPE e pelos Estatutos da Ordem, que incluem o Código Deontológico.

O Código Deontológico é um enunciado dos deveres dos profissionais, que constitui simultaneamente a marca da autonomia, porque foram os enfermeiros que decidiram acerca deles.

Nos finais da década de 90, continuam por resolver, entre outras, as questões da formação especializada e pós-graduada em enfermagem, com escassa oferta ao nível do Mestrado e Doutoramento e, por razões diferentes mantém-se o problema da escassez de enfermeiros até aos dias de hoje.

A Enfermagem, na definição de Vanda Horta é, uma profissão de “gente que cuida de gente”. Como profissão e segundo Oguisso (1997), conta hoje com uma força de trabalho superior a cinco milhões de pessoas em todo o mundo (é a maior entre todas as profissões de saúde), rica na diversidade de conhecimento e habilidades técnicas.

Assim, no decorrer de pouco mais de 100 anos passou-se de uma formação rudimentar e com pouco valor social para uma profissão reconhecida, do ponto de vista científico e socialmente cada vez mais significativa.

Hoje, o suporte científico, técnico e tecnológico dos cuidados é considerável. Os conceitos transformam-se e as teorias de Enfermagem desenvolvem-se, os instrumentos básicos são redimensionados com os diagnósticos de enfermagem ou com a Classificação Internacional da Prática de Enfermagem.

Muitas vezes escreve-se, constrói-se e planeia-se no sentido do futuro, e aquilo que se vai traçando pode levar décadas para se alcançar. Assim, tal como diz Maria Sousa, nos tempos de hoje, de certa forma “encerramos um ciclo importante, com instrumentos legais, que nos permite continuar a caminhada do desenvolvimento da Enfermagem como disciplina da saúde e profissão com utilidade socialmente reconhecida” (Sousa, 1995, p.352)

Nas últimas décadas, a Enfermagem tem vindo a crescer como profissão, no sentido de conseguir afirmar como uma profissão autónoma, no entanto sabemos que além das suas funções independentes, também acarreta em determinadas área da sua actuação funções que são interdependentes com a Medicina. Neste contexto, a avaliação do desempenho em enfermagem está integrada nesse movimento de crescimento e qualificação da profissão, podendo contribuir para a sua criação de valor para a sociedade e o reconhecimento por parte desta.

1.2.2 – Enfermagem em contexto Hospitalar

Em Portugal, a instituição hospitalar tem merecido poucos estudos. Nos dias de hoje exige-se uma maior racionalidade na gestão do sistema de saúde, lado a lado com o sempre necessário aumento da qualidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento dos hospitais, no final do século XIX e início do século XX, dos princípios da anti-sepsia à utilização de RX na prática médica ou da introdução de novos medicamentos ao desenvolvimento do equipamento anestésico, provocou a introdução de alterações no que diz respeito ao tratamento dos doentes tanto ao nível do pessoal como do material. A tecnologia sofisticada e o pessoal especializado fazem com que aos hospitais recorram a famílias mais abastadas, condições que se ofereciam condições que não seriam possíveis nas suas casas (Nunes, 2003).

As origens da profissão de enfermagem estão associadas às ordens religiosas. Segundo Collière (1999), a primeira ordem a desempenhar essa actividade foi constituída pelas as irmãs Augustinas no Hôtel Dieu de Paris no século XIII, tornando-se no modelo das Congregações Hospitalares.

No final do século XIX colocava-se a ênfase na higiene do meio e no combate à doença, na década de 50, verifica-se a deslocação para a prevenção da doença. No final dos anos 50, as enfermeiras são encaradas, entre outras imagens, como capital técnico da nação. “Vendo o indivíduo à luz

da totalidade singular, a perspectiva será progressivamente de maior importância conferida à saúde como ideal e de particular atenção ao ambiente e ao contexto de cada indivíduo” (Nunes, 2033, p.281).

A tecnologia entrou no hospital, colaborou na sua transformação enquanto estabelecimento de saúde e as práticas de enfermagem começaram a mudar. O processo que esteve na origem da transformação da enfermagem como profissão deu também lugar à reconfiguração do processo de prestação de cuidados de saúde. Aparecem os moldes de duas estruturas diferentes: a dos cuidados (campo por excelência da enfermagem) e a da cura (campo exclusivo da medicina). Assim, daqui, pode-se passar para a concepção da Enfermagem como a síntese essencial “do tratar e do cuidar” (Nunes, 2003, p.282).

Em 1958, foi criado o Ministério da Saúde e em 1961 é criada a Direcção Geral dos Hospitais, por sua vez surge a 1ª Direcção de Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direcção-Geral dos Hospitais. Pode considerar-se que a criação dos Serviços de Enfermagem na Direcção Geral dos Hospitais, virá a ter repercussões significativas na organização hospitalar.

Partindo do enquadramento da enfermagem hospitalar em Portugal, da afirmação de Coriolano Ferreira de que “um hospital é o que for a sua enfermagem”, o antigo monitor da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca afirma que,

“aceitemos que o próprio hospital é também uma empresa pois os meios que se utilizam, sejam eles materiais ou humanos, exigem uma regulamentação orientada no sentido empresarial, isto é, como uma tendência para a rentabilidade mas igualmente com os olhos postos na resolução dos problemas humanos dos empregados e, em especial, com carinho para a matéria-prima que são os doentes” (Nunes, 2003, p.317)

Neste contexto, parto do princípio que a enfermagem hospitalar é peça fundamental dentro de uma organização de saúde, sendo que ao longo dos tempos tem vindo a demarcar o seu próprio espaço, autonomia e campo de competência, que incide e tem especial importância no “Cuidar”.

Tal como refere Collière,

“cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p.235).

1.2.3 – Relações que se estabelecem entre os Profissionais de Enfermagem e os outros Profissionais de Saúde no Hospital

De acordo com Ileana Monteiro (1999), o hospital parece tratar-se de uma organização complexa, onde profissionais com especialidades diferentes exercem a sua actividade, o que leva a prever a existência de diversos interesses e a presumir da existência de várias forças centrífugas relativamente à organização, o que leva a questionar sobre a forma de conseguir dos diferentes actores as áreas de consenso para a realização de objectivos que lhes são comuns.

Ao longo da revisão bibliográfica efectuada, pode-se constatar que a organização dos serviços de saúde foi surgindo como uma organização burocrática de características específicas. Mesmo os autores clássicos como Weber (1949), referem essa especificidade

A caracterização do hospital como uma organização diferenciada, que apresenta uma estrutura dual de autoridade, é bastante referenciada nos diferentes modelos teóricos organizacionais.

Assim, o elevado nível de qualificação dos profissionais dificulta, ou impossibilita a supervisão pela hierarquia

Henri Mintzgerg (1982), descreve a estrutural hospitalar como uma burocracia profissional (Monteiro 1999), Trata-se de uma organização bastante diferenciada, quer vertical, quer horizontalmente, onde o poder se situa no centro operacional, que é a parte mais importante da organização. Os serviços

de apoio, como o aprovisionamento, a farmácia, entre outros, existem apenas para servir o centro operacional; a tecnoestrutura e a hierarquia são embrionárias. Ileana Monteiro (1999), refere que 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 que aí se desenvolvem é a standardização das qualificações, sendo os parâmetros de concepção correspondentes a formação e a socialização. Neste contexto, o hospital recruta profissionais formados e aparentemente socializados e confere-lhes autonomia para que executem as funções que lhes competem. É importante salientar que o médico trabalha de forma quase independente dos outros profissionais, e está próximo do utente.

Segundo Monteiro (1999), as burocracias no hospital diferem substancialmente, na medida em que os profissionais de saúde obedecem a valores, normas éticas e códigos profissionais e não a uma hierarquia. Nesta cultura organizacional grande parte do poder está na base hierárquica, cada profissional trabalha com os seus utentes e perante tal facto, submete-se apenas ao controlo dos seus colegas que o formaram e socializaram, neste sentido, são eles, os pares, que têm o direito de criticar em caso de erro profissional.

O vértice estratégico atribui poder e autonomia aos profissionais porque a complexidade e aperto do trabalho, bem como a necessidade de uma abordagem da situação em causa dificulta o controlo por um supervisor hierárquico. A progressão na carreira obedece a critérios profissionais, relacionados com a capacidade de resolução de problemas de crescente complexidade, assim, o poder assenta na competência profissional. Pois o que se verifica é que o profissional tende a identificar-se mais com a sua profissão, do que com a organização em que exerce.

Do estudo realizado por Ileana Monteiro (1999), sobre comportamento organizacional, num hospital distrital português, foi possível perceber que os profissionais manifestam geralmente objectivos de natureza qualitativa e de curto prazo. No entanto, é preocupação de todos os profissionais, melhorar o

nível de prestação de cuidados aos doentes. Mas como os profissionais não representam um grupo homogéneo, verificam-se algumas diferenças entre eles. Assim, os médicos apresentam preocupações de carácter técnico-científico, pretendendo melhorar o equipamento e recursos dos seus serviços ou aumentar o número de valências, por outro lado, os enfermeiros, paralelamente às preocupações técnicas, manifestam uma orientação humanista, relacionada com a qualidade do internamento do doente. Neste sentido, referem necessidade de maior disponibilidade de tempo que lhes permita prestar apoio psicológico aos doentes (Monteiro 1999).

1.3 – CONTEXTUALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO FORMALIZADA EM ENFERMAGEM

Perante os progressos técnicos e científicos vividos dentro da profissão de enfermagem, assim como o desenvolvimento do nível de formação exigida, das convenções e recomendações das organizações internacionais, como a OMS, OIT, e antecipando a futura adesão de Portugal à CEE, é na década de 80 que é consagrado no Decreto-Lei n.º 305/81, de 12 de Novembro o primeiro sistema de classificação de serviço obrigatório, estruturado, organizado e regulamentado pela Portaria 189/84, de 30 de Março. Definiram-se pela primeira vez as funções inerentes a cada grau da carreira. A avaliação do pessoal passou a constituir uma exigência legal para a progressão profissional, tanto para acesso à nova categoria como para mudança de escalão.

Neste sentido, a avaliação do desempenho na Carreira de Enfermagem encontrava-se regulamentada pela Portaria n.º 189A/84, de 30 de Março, em vigor até ao ano de 1991 e conhecida por Regulamento da Classificação de Serviço da Carreira de Enfermagem. Após esta data, estabeleceu-se um novo sistema de avaliação do desempenho, definido pelo Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro e regulamentado pelo Despacho n.º 2/93, de 30 de Março, que constitui uma importante referência para o exercício profissional dos

enfermeiros, bem como um incentivo valioso na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Entre estes dois sistemas de avaliação existem importantes diferenças, nomeadamente na terminologia adoptada, na definição de objectivos, na menção qualitativa, na metodologia utilizada, nas atribuições da Comissão técnica e nos registos a efectuar.

A avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem corresponde nesta última década, a uma nova visão do questionamento e reformulação da prática de enfermagem.

De acordo com a classificação dos sistemas de avaliação proposta por Caetano (1996), o método de avaliação utilizado na classificação de serviço dos enfermeiros baseava-se em escalas ancoradas em comportamentos. Estas tinham como objectivo avaliar comportamentos específicos e observáveis (Anexo III).

O enfermeiro avaliador, no final do ano, preenchia as linhas de avaliação com base em observações acerca do desempenho profissional dos enfermeiros, efectuados ao longo desse período de tempo. As fichas de avaliação possibilitavam a atribuição de uma cotação que era dada a conhecer ao enfermeiro avaliado numa entrevista anual.

Se o enfermeiro avaliado não concordasse com a classificação atribuída, tinha oportunidade de apresentar uma reclamação aos anotadores, invocando os factores que julgasse susceptíveis de fundamentar a revisão da classificação atribuída. A reclamação era objecto de apreciação pelos enfermeiros anotadores, que profeririam uma decisão fundamentada, sendo esta dada a conhecer ao interessado por escrito, após o recebimento da reclamação.

Após tomar conhecimento da decisão proferida, o enfermeiro notado podia requerer, ao órgão máximo do estabelecimento hospitalar, que o seu processo fosse submetido a parecer da comissão técnica, devendo indicar somente os factores que o enfermeiro entendesse terem sido avaliados pelo avaliador incorrectamente.

Em conclusão e de acordo com Caetano (1996), a utilização deste método tinha como principais vantagens permitir superar os erros psicométricos, permitir qualificar a avaliação num único score, a partir dos scores para cada uma das dimensões de avaliação, e facilitar o feedback, visto que a cotação se encontrava ancorada em comportamentos específicos e observáveis.

Embora lhe sejam reconhecidas algumas vantagens, consideramos, que este método era fortemente redutor e limitado, visto que o papel do avaliado é praticamente nulo. A sua própria avaliação dependia única e exclusivamente da observação do avaliador, sem que o avaliado pudesse interferir no seu processo de avaliação.

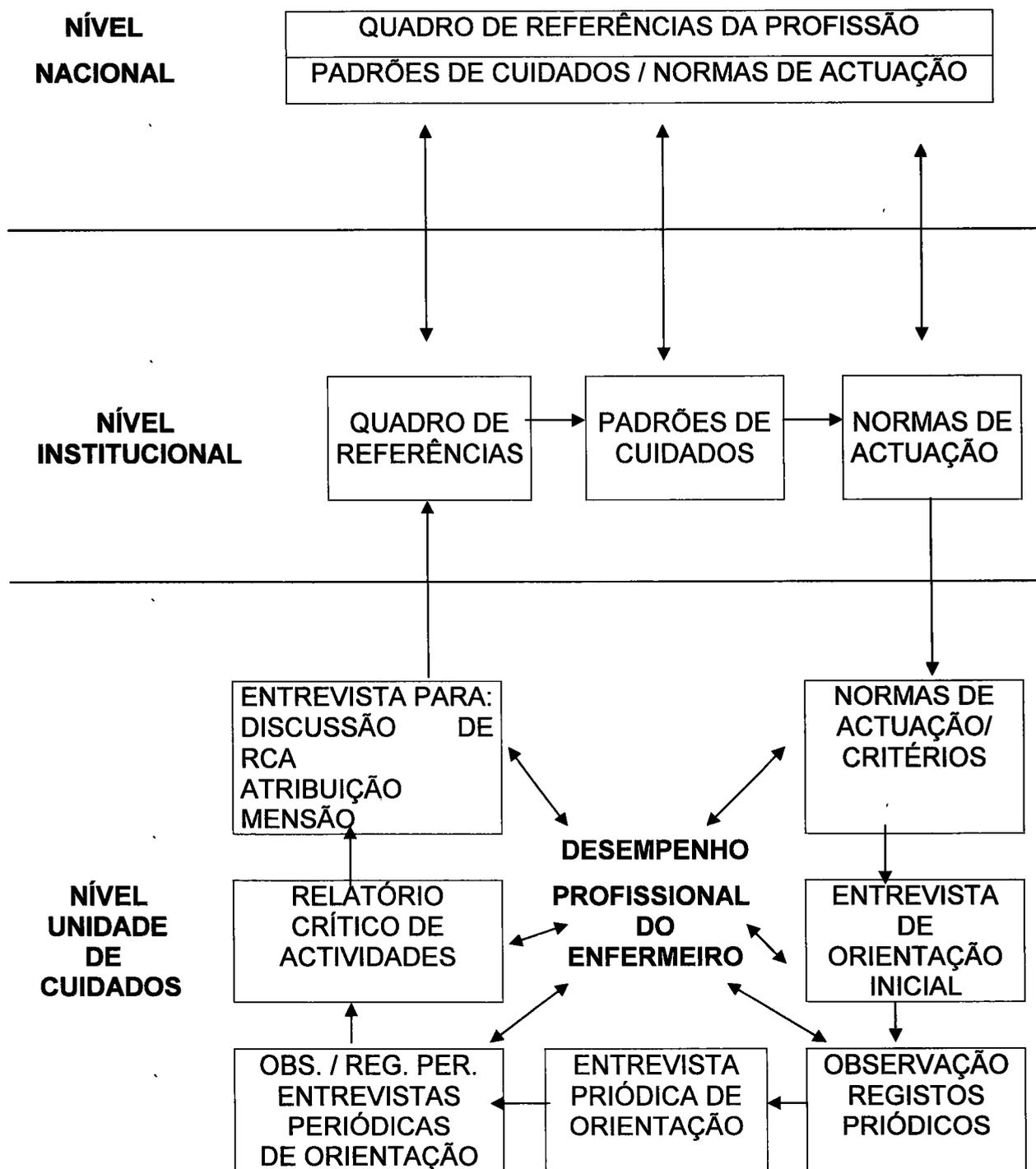
Com o Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, a avaliação do desempenho sofreu grandes alterações, que se traduzem basicamente na própria filosofia do processo de avaliação.

Duarte (1993), é um dos autores que aborda este processo de avaliação, enfatizando a gestão dos recursos humanos, visto que, além de avaliar, procura gerir o desempenho de cada profissional.

A gestão do desempenho é habitualmente definida como um processo que visa estabelecer um conhecimento partilhado dos objectivos, bem como motivar os profissionais, na perspectiva de aumentar a probabilidade da execução dos objectivos organizacionais. Para tal, tem que ser visto como um processo integrado, com três fases distintas inter-relacionadas: o planeamento, o acompanhamento e a análise do desempenho.

Na fase do planeamento, há que definir as responsabilidades inerentes às funções e fixar os objectivos; na fase do acompanhamento, é importante que exista uma condução ao aperfeiçoamento e desenvolvimento, bem como um feedback de reforço; e por último, na análise, devem ser apreciados os resultados do desempenho, relativamente às expectativas, numa entrevista formal entre gestores e colaboradores.

Figura 1. – Sistema de Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem



Fonte: Adaptado de Neves (2001)

Enquanto processo integrado, a gestão do desempenho visa melhorar os resultados da organização como um todo, fundamentalmente, é esta a nova filosofia que alicerça o actual processo de avaliação do desempenho na Carreira de Enfermagem, que pode ser representado segundo o esquema da figura 1.

Como se pode observar no esquema, processo de avaliação do desempenho abrange todos os níveis de gestão. Se ao nível da Administração não existir uma participação activa, então os níveis da Direcção e Chefia ficam implicitamente comprometidos, não permitindo a consecução do processo num todo com uniformidade.

É de extrema importância que, ao nível da Direcção dos Serviços de Enfermagem, exista uma aceitação das definições a nível Nacional, de forma a dar continuidade ao processo, através da fixação de um Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Todavia, é ao nível da Chefia que se desenrolam as etapas cruciais para a operacionalização do processo de avaliação do desempenho.

Das pesquisas efectuadas por Carrol e Schneir (1982), a fidelidade decorre de diferentes avaliadores registarem aspectos diferentes relativos ao mesmo desempenho (Caetano, 1996). Conscientes de que cabe ao Enfermeiro Chefe a responsabilidade pela aplicação deste processo, consideramos o avaliador um elemento fulcral relativamente à dinamização, motivação e sensibilização do mesmo, na sua equipa.

Tal como está preconizado, este processo de avaliação contempla diferentes etapas (que descreverei posteriormente), directamente relacionadas umas com as outras e todas numa relação de reciprocidade com o desempenho profissional do enfermeiro. E o que é avaliado é o desempenho actual do enfermeiro e o desempenho potencial, não sendo feita uma comparação com outros.

Efectuando uma análise “paralela” com a classificação de sistemas de avaliação proposta por Caetano (1996), o actual processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros está baseado numa abordagem centrada nos resultados, utilizando um método misto de padrões de desempenho e gestão

por objectivos. Com base nesta linha de análise, o método misto de padrões de desempenho é bem visível, quando os enfermeiros têm que ter em conta as normas de actuação profissional e os critérios de avaliação do desempenho, que não são mais do que a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem já referidos.

Ainda e segundo Caetano (1996), as vantagens do método de padrões de desempenho referem-se principalmente à facilidade da sua aplicabilidade e à possibilidade de detectar facilmente as necessidades de formação dos enfermeiros, sendo esta última um dos objectivos do processo de avaliação do desempenho.

Relativamente às desvantagens, o mesmo autor refere que dizem respeito fundamentalmente a problemas de custo e fidelidade, os estudos decorrem da necessidade de realizar estudos prévios, com vista de definir padrões de avaliação.

Também o método de gestão por objectivos está presente, na medida em que o enfermeiro tem que elaborar o projecto profissional individual, definindo os seus próprios objectivos consentâneos com os objectivos do seu serviço e em harmonia com os objectivos organizacionais.

As vantagens da utilização do método de gestão por objectivos referem-se ao maior envolvimento e participação dos enfermeiros no seu processo de avaliação. São eles que definem os seus próprios objectivos e planos de acção, assumindo assim a responsabilidade pelo seu desempenho no contexto organizacional (Caetano, 1996).

Outras vantagens podem ser apontadas, tais como motivação profissional, satisfação, aumento do reforço, produtividade e, especialmente, a hipótese de existir um feedback específico sobre o desempenho. Este permite um reajustamento dos objectivos e planos de acção, com carácter individualizado e de negociação entre avaliador e avaliado, o que leva a uma melhor aceitação dos resultados da avaliação e a uma diminuição de erros psicométricos.

Segundo Caetano (1996), as desvantagens na utilização deste método prendem-se essencialmente com problemas de base:

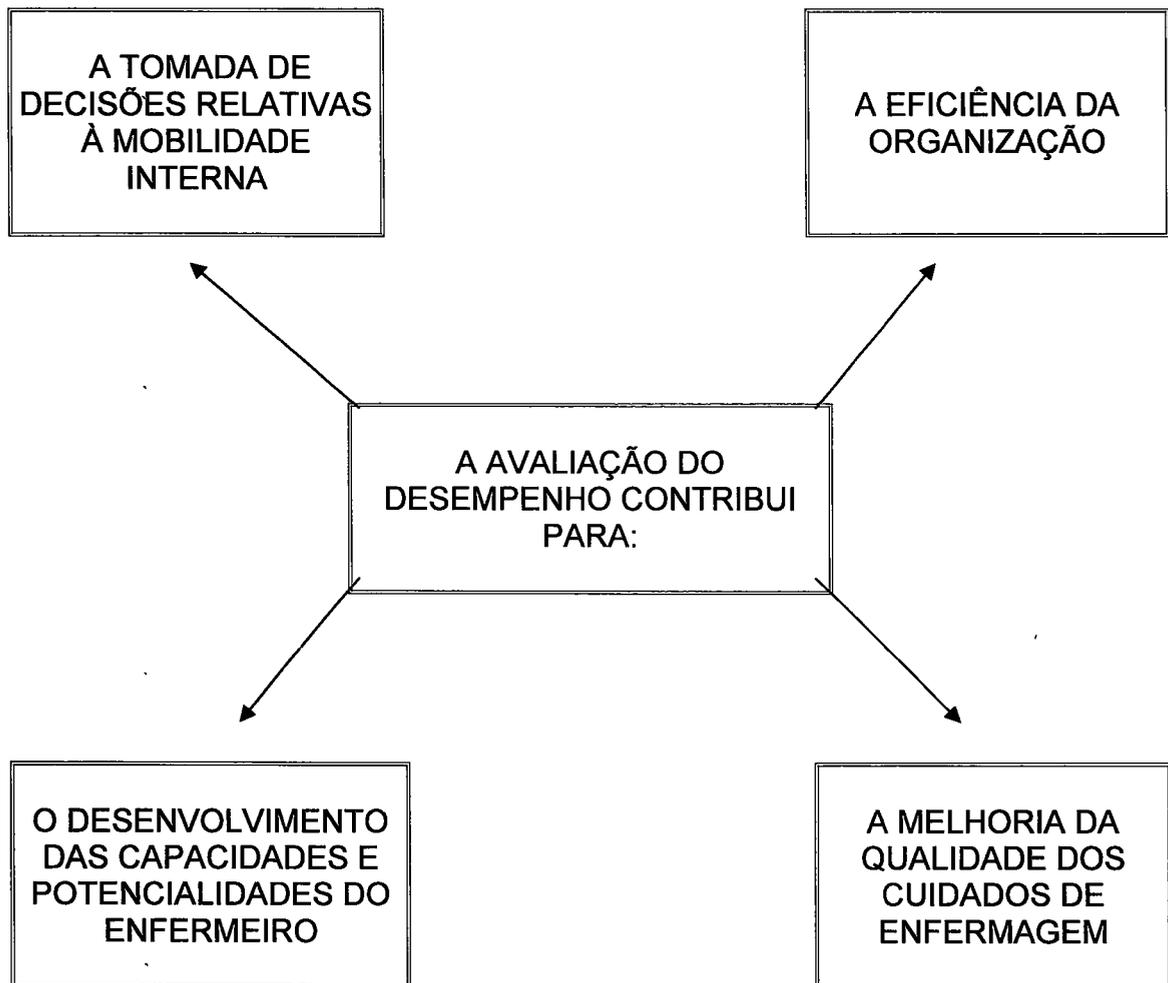
- definição dos objectivos não respeita determinados princípios;

- objectivos não são apoiados pela Direcção da Organização;
- falta de formação das chefias sobre o processo de avaliação do desempenho.

Parece existir consenso entre os autores, relativamente à aplicação do processo de avaliação do desempenho. Este deve ser enquadrado como uma estratégia organizacional e nunca existir como um fim em si mesmo.

Veja-se de forma esquemática, na figura 2, alguns dos contributos da avaliação do desempenho na profissão de enfermagem.

Figura 2. – Contributos da Avaliação do Desempenho



Fonte: Adaptado de Oliveira (1998)

A análise da figura 2, põe em relevo os benefícios que o processo de avaliação do desempenho proporciona, tanto aos enfermeiros, como à organização, nomeadamente:

- melhoria do desempenho a todos os níveis;
- possibilidade dos profissionais participarem na resolução de problemas da organização, melhorando assim os níveis de participação e motivação;
- melhoria do relacionamento entre os vários níveis hierárquicos;
- contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

A filosofia do processo de avaliação do desempenho e de uma gestão por objectivos, centrada no desempenho, operacionalizada com observação e entrevistas de orientação. No fundo, cada enfermeiro tem a possibilidade de ser gestor do seu desenvolvimento – a grande novidade deste processo, a filosofia subjacente, centrava-se nos modelos contingenciais de integração e inclusão profissional, virados para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e promover e desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro (Nunes, 2003).

Por diversas razões, que alguns já associaram à carência de enfermeiros, a avaliação do desempenho foi parcialmente banalizada, sendo referenciada várias vezes como um instrumento rotineiro e administrativo para subir de escalão de vencimento, mais do que como o verdadeiro alicerce para a socialização e desenvolvimento profissional dos enfermeiros, integrados numa organização e envolvidos na melhoria contínua da qualidade.

1.3.1 – Objectivos, pressupostos e actores da Avaliação do Desempenho

- OBJECTIVOS

Segundo alguns autores definir objectivos parece ser a forma mais indicada para motivar os profissionais e melhorar os seus níveis de desempenho.

Assim, cabe à Organização a responsabilidade de criar condições necessárias à obtenção dos objectivos individuais e organizacionais (Almeida, 1996).

De acordo com Caetano e Vala (2002), o primeiro aspecto que se deve ter em conta para compreender a avaliação do desempenho é perceber quais são os objectivos que se pretendem alcançar. A definição de objectivos deve ser eficaz e imprescindível, porque clarifica com exactidão aquilo que se espera do profissional.

Neste sentido, o n.º 2 do artigo 43º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, define os seguintes objectivos para a avaliação do desempenho:

- ✓ Contribuir para que o enfermeiro melhore o seu desempenho através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades;
- ✓ Contribuir para a valorização do enfermeiro tanto pessoal como profissional, de modo a possibilitar a sua progressão e promoção na carreira;
- ✓ Detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro;
- ✓ Detectar necessidades de formação.

Os objectivos expostos, traduzem de forma clara e explicita os resultados que se esperam alcançar do desempenho profissional dos enfermeiros.

Se os comportamentos individuais forem orientados de encontro aos objectivos organizacionais, são previsíveis melhorias, tanto ao nível do desempenho de cada profissional, como dos resultados globais da organização.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro avaliador, como líder do processo, a gestão do conflito, de modo a compatibilizar os objectivos individuais e organizacionais.

Assim, importa referir que de acordo o nosso problema de investigação, e uma vez que pretendemos analisar o processo de avaliação do desempenho, tal como funciona e é aplicado no HSLE, considerámos importante fazer

referência aos objectivos, pressupostos e actores deste processo, preconizados na lei, pois no quadro empírico deste estudo pretendemos descrever o processo AD nas perspectivas dos actores, mas tal como o processo funciona e é utilizado.

- PRESSUPOSTOS

Com base nesta perspectiva, o enfermeiro avaliador assume um papel preponderante no exercício das suas competências, considerando os pressupostos dispostos no artigo 4º do Despacho n.º 2/93, de 30 de Março:

- a) A existência de normas de actuação e critérios de avaliação de desempenho, (...) do estabelecimento ou serviço, aprovadas pelo órgão máximo, sob proposta do enfermeiro director;
- b) (...) a existência de normas de actuação e critérios de avaliação de desempenho, (...) da unidade de cuidados, aprovadas pelo enfermeiro director, sob proposta do enfermeiro chefe respectivo;
- d) registos periódicos do desempenho de enfermeiro avaliado, (...) em situações diversificadas, efectuados pelo enfermeiro avaliador;
- e) (...) a designação de um ou mais enfermeiros, de preferência especialistas, para coadjuvar o enfermeiro chefe na orientação e avaliação, (...) na proporção de 1 para 15, sempre que os enfermeiros a avaliar forem superiores a este número;
- g) a harmonização de procedimentos a adoptar na orientação dos enfermeiros avaliados, em reunião conjunta (...) com os respectivos coadjuvadores enfermeiros especialistas.

- ACTORES

O actual processo de avaliação do desempenho é um compromisso de mudança, em que avaliador e avaliado analisam e estabelecem previamente objectivos, onde estão implícitas normas e critérios, tendo sempre como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento pessoal e profissional de ambos.

É por esta razão que a qualidade do processo depende essencialmente da relação quotidiana entre avaliador e avaliado, não podendo a avaliação do desempenho restringir-se ao simples julgamento superficial e unilateral do avaliador sobre o desempenho do avaliado (Silva, 1993).

Reforçamos a opinião do autor de que o protagonismo principal no processo de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem, actualmente em vigor, passa assim, pelo enfermeiro chefe (avaliador) e pelo enfermeiro avaliado. Na verdade o Despacho regulamentar n.º 2/93, de 30 de Março, pressupõe que a avaliação do desempenho seja um processo de orientação, que envolva activamente estes dois intervenientes.

Sem pretender destacar nenhum dos intervenientes, avaliador ou avaliado, não posso deixar de mencionar o papel fulcral do enfermeiro avaliador, como gestor operacional e medidor do processo, orientando e mobilizando recursos, capacidades e aptidões.

Duarte (1993), refere a este propósito, que ao enfermeiro avaliador compete ajudar e apoiar o avaliado, não está ali para ser fiscal ou juiz, mas sim conselheiro. O autor é muito claro quando refere que os erros ou faltas e as deficiências podem e devem ter um papel positivo nas organizações, pois a sua identificação permite corrigi-los.

Partilhamos também desta perspectiva, na medida em que, durante todo o processo de avaliação do desempenho, deve proceder-se a uma análise sistemática do desempenho do avaliado, em diferentes momentos formais, para detecção de possíveis desvios do mesmo. Esta aferição deve ser recíproca e complementar. Compreende-se assim a importância do papel do enfermeiro avaliador no aperfeiçoamento profissional e nos resultados obtidos.

Silva (1993), acrescenta ainda o enfermeiro avaliado, como outro interveniente no processo. Não restam dúvidas que o mesmo assume um papel activo e fundamental, repercutindo-se ao nível dos resultados da organização, ou seja, ao nível da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Também a filosofia do processo de avaliação do desempenho, que visa o desenvolvimento pessoal e profissional, realça o protagonismo do enfermeiro avaliado. Tal como referido no art. 3º do Despacho 2/93, de 30 de Março “a competência para avaliar o desempenho profissional pertence conjuntamente ao enfermeiro avaliado e aos enfermeiros avaliadores”.

Há que salientar também, o papel da Comissão Técnica de avaliação que, embora sendo um elemento exterior ao processo e não um interveniente directo, constitui um órgão consultivo e normativo, cujas actividades visam essencialmente assegurar a harmonia do processo, a homogeneidade dos princípios de orientação e avaliação, bem como a estabilidade na organização, emitindo pareceres e recomendações no âmbito das suas atribuições.

Embora estes profissionais tenham um papel determinado por legislação no processo de avaliação do desempenho, fica por saber até que ponto efectivamente o assumem, facto este que nos reporta directamente para o nosso problema de investigação.

Assim, tendo em conta o problema de investigação e que pretendemos analisar o processo de AD, tal como funciona e é utilizado no HSLE, consideramos de extrema importância referenciar os diferentes actores que participam neste processo na carreira de enfermagem de acordo com o Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro (Anexo I), regulamentado pelo Despacho n.º 2/93 de 30 de Março (Anexo II), para poder definir os participantes do nosso estudo.

1.3.2 – Em que consiste o processo de Avaliação do Desempenho?

O sistema de avaliação do desempenho dos enfermeiros consiste na avaliação contínua do trabalho desenvolvido e na consequente atribuição no

final de cada triénio de uma atribuição qualitativa, pelo enfermeiro avaliador, com base na análise e discussão do relatório crítico de actividades desenvolvidas pelo enfermeiro avaliado. Deste modo, o processo de avaliação do desempenho pretende ser promotor da responsabilização individual e colectiva da prestação de cuidados ao utente/comunidade. Para que isso seja possível é fundamental que se caminhe no sentido da consolidação da autonomia profissional. Este sistema permite ainda que a avaliação se faça em função do contexto específico de cada organização ou serviço promovendo a articulação entre os objectivos da organização e os objectivos individuais, no sentido de dar relevância à promoção e à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Dos objectivos estabelecidos para a avaliação do desempenho na carreira de enfermagem, podem-se extrapolar as seguintes linhas orientadoras:

- permitir ao pessoal de enfermagem desenhar o seu percurso e fixar as suas metas, de modo a que possa intervir, fundamentado, junto do alvo dos seus cuidados, ou seja, o utente;
- articular o projecto profissional com os objectivos da organização;
- melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tendo em conta que o sistema de avaliação exige a definição de padrões de cuidados, normas de actuação e critérios de avaliação do desempenho, para cada categoria profissional, e em cada instituição/unidade de cuidados.

Neste contexto, o processo de avaliação do desempenho efectiva-se através da aplicação das várias etapas legisladas no Despacho Regulamentar n.º 2/93, de 30 de Março. Para a concretização deste processo é necessário existirem normas de actuação e critérios de avaliação, tal como o disposto no artigo 4º, alíneas a) e b), já referidas anteriormente.

Pretende-se assim, que a partir de normas gerais de actuação, os enfermeiros elaborem normas específicas de actuação para o seu serviço ou unidade, de forma a adequar e responder à sua realidade. As normas constituem um conjunto de regras ou instruções para fixar procedimentos e

métodos que serão utilizados no desenvolvimento das actividades numa organização.

Para efectuar a avaliação do desempenho dos enfermeiros, há que recorrer a vários métodos e técnicas que ajudam o enfermeiro avaliador a observar e a fornecer feedback da mesma ao enfermeiro avaliado. Seguidamente, passamos a descrever a metodologia e a operacionalização deste processo, pois de acordo com o problema e os objectivos de investigação, é necessário perceber como se operacionaliza todo este processo na lei, para que posteriormente no quadro empírico, possamos dar resposta aos objectivos traçados.

1.3.2.1 – Metodologia e Operacionalização

A avaliação do desempenho é um processo formal, que decorre de forma contínua e dinâmica, articulada e sequencial. Permite o acompanhamento e orientação individual do avaliado, de modo a que ele consiga elevar progressivamente o seu desempenho de acordo com os padrões de qualidade definidos pela organização/unidade de cuidados.

Da leitura do Despacho n.º 2/93, de 30 de Março, sobressai que o ponto fulcral da avaliação do desempenho está na orientação, que decorre no tempo (três anos), através da observação contínua e sistemática do desempenho do avaliado, com a conseqüente elaboração de registos escritos pelo avaliador. Neste sentido Silva refere que “o processo do desempenho engloba a construção do referente (padrões, normas e critérios) a construção do processo de recolha de dados (por observação) e o confronto referente/referido (juízo da realidade)” (Silva, 1994, p.67). Este processo segue o referencial previamente traçado e acordado entre avaliador e avaliado, isto é, as normas de actuação e os critérios de avaliação.

Tal como refere Maria Casilda Neves, “todo este processo é envolvido de metodologia científica” (Neves, 2001, p.228), o que permite uma melhoria de desempenho dos enfermeiros, a satisfação dos utentes e maior aplicabilidade.

De acordo com os mesmos autores, as normas podem ser estabelecidas a diferentes níveis:

- Nível nacional – fixam um nível de exigência para o desempenho da profissão, tendo em conta o serviço prestado à população e as exigências da profissão;
- Nível Institucional – permitem estabelecer padrões de qualidade, correspondendo aos objectivos a atingir em termos de prestação de cuidados;
- Nível Profissional – ajudam a desenvolver competências específicas.

Parece-nos importante realçar que as normas devem respeitar, não apenas os aspectos técnicos da eficácia e segurança, mas também os aspectos da compatibilização da excelência dos serviços com a vontade e dignidade daqueles que cuidamos.

As normas de actuação profissional descrevem o nível de desempenho aceitável, devendo a sua formulação ser feita em termos positivos.

Segundo Duarte (1993), é importante para a organização definir comportamentos que considera adequados à sua cultura, ao seu espírito, aos serviços que presta, ao seu bom funcionamento. Estes comportamentos esperados tomam geralmente a forma de critérios. Assim, a elaboração das normas de actuação profissional e os critérios de avaliação devem ter por base:

- as competências profissionais que deveriam estar definidas no estatuto/regulamento da profissão;
- as funções de cada categoria, definidas na Carreira de Enfermagem;
- os objectivos que cada enfermeiro se propõe alcançar.

O processo de orientação, contemplado no artigo 9º do Despacho Regulamentar n.º 2/93, de 30 de Março, prevê as seguintes fases:

↳ **Entrevista de Orientação Inicial**

Todos os autores são unânimes em salientar a importância da entrevista de avaliação.

Chiavenato (1998), refere que a avaliação não tem utilidade se o próprio empregado não tiver conhecimento da mesma. É necessário transmitir-lhe quais os pontos fortes e pontos fracos do seu desempenho, para que os objectivos sejam alcançados.

Neste sentido, há que considerar a entrevista de avaliação, entre avaliador e avaliado, como uma oportunidade fundamental de feedback, desempenhando um papel extremamente importante no sistema de avaliação do desempenho.

Caetano (1996), acrescenta ainda que, dificilmente, se poderá dar um feedback aos colaboradores, no sentido de estes desenvolverem as suas competências profissionais, sem a realização de entrevistas.

O processo de orientação prevê a realização da Entrevista de Orientação inicial, a realizar entre enfermeiros avaliados e avaliadores, no início de cada triénio. De acordo com o mesmo Despacho, no seu artigo 10º, são referidos para a entrevista de orientação inicial os seguintes objectivos:

- “a) Integrar o enfermeiro na filosofia, objectivos e métodos de trabalho do estabelecimento, serviço ou unidade de cuidados;*
- b) Ajudar a interpretação das normas de actuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o triénio;*
- c) Definir os papeis e as acções a desenvolver no processo de orientação periódica para cada um dos intervenientes;*
- d) Motivar o enfermeiro avaliado para elaborar o seu projecto profissional e o plano de acção anual, tendo em consideração o estabelecimento das alíneas anteriores.”*

Nesta fase, é importante, que o enfermeiro fique a conhecer o que em cada momento, para a sua categoria e percurso profissional, é esperado do seu desempenho, bem como as oportunidades que lhe podem ser dadas.

Não menos importante é a motivação que se pretende incutir no avaliado, para a elaboração do seu projecto profissional e do plano de acção anual. Tendo sempre em consideração os objectivos organizacionais.

↳ **Entrevista Periódica de Orientação**

Esta entrevista deve ser realizada entre enfermeiros avaliados e avaliadores no final de cada ano do triénio, visando o desenvolvimento do enfermeiro avaliado numa perspectiva pessoal e profissional e tendo como objectivos:

- a) Ajudar o enfermeiro avaliado a seleccionar estratégias e meios para atingir a optimização das suas capacidades;*
- b) Promover o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação;*
- c) Promover a autonomia do desempenho profissional e a participação do trabalho em equipa;*
- d) Facilitar o desenvolvimento do projecto profissional do enfermeiro avaliado e a sua harmonização com os objectivos, projectos e funcionamento do respectivo estabelecimento ou serviço.*

De acordo com as directrizes regulamentadas pelo Despacho, a entrevista periódica de orientação inclui elementos de aconselhamento, formação e avaliação, constituindo, por isso os momentos mais significativos e importantes de todo o processo. Neste sentido, o avaliador, assume, não o tradicional papel de juiz, mas sim um papel importante de conselheiro e formador, tal como referido por Duarte (1993).

Almeida (1996), sintetiza algumas vantagens da realização da entrevista como sejam:

- Motivar os avaliados e modificar os seus comportamentos;
- Melhorar o desempenho profissional;

- Ajudar na detecção de qualidades.

Estas vantagens parecem ser pertinentes e enquadram-se no processo de avaliação do desempenho. As entrevistas preconizadas na Lei constituem um momento “único”. Pelo contacto mais directo que propiciam entre avaliador e avaliado.

↳ **Entrevista Periódica de Orientação de Carácter Extraordinário**

Ainda e segundo o Despacho Regulamentar n.º 2/93, de 30 de Março, no artigo 12º, estão previstas entrevistas periódicas de orientação de carácter extraordinário.

Estas devem-se realizar em função das necessidades individuais dos enfermeiros avaliados e sempre que os mesmos se encontrem em período de integração no estabelecimento ou unidade de cuidados.

Chiavenato (1998), refere que o sucesso das entrevistas de avaliação depende do facto de o avaliador ter preparado ou não a entrevista com o devido cuidado. Este autor considera que o avaliador deverá ter em linha de conta as aspirações, objectivos pessoais e as diferenças individuais do avaliado.

De acordo com Silva (1994), é fundamental o resumo da entrevista, devendo, por isso, ficar registado e assinado de forma a garantir objectividade, responsabilidade do processo e facilitar o feedback ao avaliado.

↳ **Acompanhamento e Observação do desempenho**

Duarte (1993), considera que o acompanhamento, aconselhamento e apoio técnico diários aos profissionais constituem os mais importantes elementos de gestão do desempenho.

Assim, nesta perspectiva, o avaliado, conhecendo os seus pontos positivos e negativos, poderá solicitar o apoio que necessita para que os objectivos definidos possam ser devidamente alcançados.

Mas não basta acompanhar, é necessário observar. Pelo que o avaliador deverá visualizar a organização, compreender o comportamento humano e as motivações, identificar necessidades de correcção, comunicar resultados e sensibilizar para a auto-avaliação e desenvolvimento pessoal.

Neste contexto, e sendo a observação um método de ver as “coisas” de forma sistemática e contínua, de forma a recolher dados, é necessário ter em conta que o que está em causa é o desempenho e não características pessoais. Assim, tudo o que não for objectivo e mensurável não deve constituir fonte de observação. Silva (1993), acrescenta ainda que a forma de observar pressupõe uma atitude de disposição de “olhar para ver”, cujo carácter de qualidade se justifica num processo de avaliação contínua.

Reforçamos a ideia do autor, pois, a mesma contribui para um hábito de tal forma interiorizado por quem é observado, que não há necessidade de mascarar o próprio desempenho.

O referido despacho, que regulamenta a avaliação do desempenho em enfermagem, preconiza n.º 1, 2 e 3 do seu artigo 6º, os registos de observação e orientação, conferindo-lhes um carácter obrigatório. A este respeito, Neves (2001), é um dos autores que afirma que os registos da observação do desempenho estão inscritos numa filosofia de acompanhamento contínuo, sendo na componente de orientação que se devem centrar todos os esforços de avaliador ao preencher os registos de observação.

Os registos de observação adquirem ainda importância, uma vez que permitem comparar procedimentos e avaliar o grau de execução de acordo com os padrões, normas e critérios de avaliação definidos. São os dados descritos e registados que identificam não só a adequação do desempenho à situação, mas também a qualidade desse desempenho.

São muitos os autores a destacar que os registos de observação do desempenho não devem ser considerados como registos de falhas ou deficiências do avaliado, que poderão influenciar negativamente a avaliação de desempenho. Mas sim uma forma de dar a conhecer os pontos positivos e negativos, aconselhando e dando o apoio e a orientação necessários (Almeida 1996, Oliveira 1998, Neves 2001).

Tal como Caetano e Vala (2002), referem a escolha do tempo como aspecto a ser considerado no feedback, também Neves (2001), considera que a elaboração dos registos de observação deve ser efectuada o mais próxima possível da situação em causa.

Há que considerar fundamental este aspecto, pelo impacto que pode ter na eficácia de desenvolvimento pessoal e profissional do avaliado. Pois se o avaliador tiver em atenção “dar feedback o mais atempadamente possível, há maior probabilidade de se mudar o desempenho quando o feedback é dado logo depois da acção ter sido cometida” (Caetano e Vala 2002, p.384).

↳ **Relatório Crítico de Actividades**

O relatório crítico de actividades elaborado pelo avaliado constitui em todo o processo de avaliação um momento significativo de autocrítica e auto-formação do enfermeiro. Deve descrever e criticar o que fez, os recursos utilizados, os resultados obtidos, o perspectivar o futuro. Mas mais do que isso ele deve permitir conjugar a perspectiva individual com a do colectivo da unidade de cuidados.

Segundo Caetano (1996), este procedimento baseia-se na filosofia de que o melhor avaliador é o próprio avaliado, numa perspectiva de gestão participativa por objectivos que desenvolve uma maior responsabilização e autonomia dos profissionais. Nesta perspectiva, podemos considerar que cada profissional deve fazer coincidir, em si próprio a condição de avaliado e de avaliador. Esta permite que o profissional se analise e indique não só os seus pontos fracos, mas também os pontos fortes e as suas potencialidades. Por outro lado e tendo em conta os objectivos de desenvolvimento profissional, a ênfase deste tipo de procedimento incide principalmente no futuro.

Lopes (1999), especifica que o relatório crítico de actividades deve corresponder à apreciação crítica da actividade profissional do enfermeiro, as suas vertentes científica, técnica e relacional, e perspectivar para o futuro a sua evolução do desempenho, por tudo isto, o enfermeiro deverá efectuar um retrato significativo do seu desempenho, descrevendo o sucesso e o insucesso

da sua actuação profissional, referindo em ambos os casos as circunstâncias que o determinaram.

Duarte (1993) e Lopes (2001), descrevem duas partes fundamentais na elaboração do relatório crítico de actividades:

- 1º O enfermeiro descreve as actividades profissionais realizadas, identificando as suas melhores capacidades e eventuais dificuldades;
- 2º O enfermeiro realiza uma autocritica e auto-apreciação do seu trabalho, estabelece uma comparação entre os resultados desejados e os resultados atingidos, procura as razões dos desvios entre eles e expressa necessidades de formação e perspectivas de evolução futura.

Deste modo, consideramos que esta análise deve ter por base o conteúdo funcional da categoria a que se refere; os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela organização; as normas de actuação profissional; os critérios de avaliação do desempenho, definidos pela organização e ainda os objectivos definidos no projecto profissional, de forma a que este procedimento de avaliação não se efectue à revelia do contexto organizacional.

Após a reflexão sobre a inclusão do relatório crítico de actividades neste processo de avaliação do desempenho, não nos restam dúvidas, que este procedimento será por demais vantajoso, tanto para o avaliado como para o avaliador, porque na verdade, permite a participação e o envolvimento do avaliado nos projectos organizacionais, maior satisfação profissional de ambos e ainda melhoria do desempenho. Este relatório ao ser entregue ao avaliador, será também ser um óptimo instrumento de gestão podendo dar contributos para a tomada de decisão.

Reforçando, esta ideia, citamos Almeida, quando refere que, “o primeiro objectivo da avaliação do desempenho é conhecer” (Almeida, 1996, p.18), de forma abrangente todo o contexto empresarial, as suas condicionantes ambientais, políticas, procedimentos e o elemento humano.

Tal como está previsto na Lei, a calendarização do relatório crítico de actividades reporta-se aos últimos três anos de exercício profissional, a sua

entrega ao enfermeiro avaliador deverá efectuar-se até 31 de Janeiro do ano seguinte ao triénio de avaliação, no sentido de dar continuidade ao processo com a entrevista final de atribuição da menção qualitativa.

↳ **Atribuição da Menção Qualitativa**

O Decreto-Lei N.º 437/91, de 8 de Novembro, no n.º 2 do artigo 46º, estabelece que a menção qualitativa tem por base a análise e discussão de um relatório crítico de actividades, desenvolvidas pelo enfermeiro avaliado no triénio em apreciação.

Esta constitui a última fase do actual processo de avaliação de desempenho, que se traduz em termos de *Satisfaz* e *Não Satisfaz* e deve, obrigatoriamente ser considerada na promoção e progressão da carreira.

Duarte (1993), refere que numa sociedade humana, não é de esperar que o número de menções *não satisfaz* possa rondar os 10% das menções atribuídas. Almeida (1996), salienta que o ser avaliado por aqueles com quem se trabalha diariamente torna o processo de avaliação uma situação delicada e propensa a disfunções pessoais e organizacionais graves.

Não alheia a esta problemática, parece estar a própria legislação, que no artigo 19º do Despacho Regulamentar n.º 2/93, de 30 de Março, para efeitos da atribuição da menção qualitativa não satisfaz, explicita as condições a que a mesma deve obedecer, pelas consequências e gravidade que podem atingir.

Para efeitos da atribuição da menção qualitativa, o n.º 3 do artigo 46º do decreto já referido prevê uma entrevista efectuada pelo enfermeiro avaliador com o enfermeiro avaliado, na qual é discutido o relatório crítico de actividades.

Silva (1993), diz que esta entrevista proporciona um meio de melhorar o desempenho individual, através do reconhecimento, da orientação e da análise dos objectivos do avaliado face aos da organização. Também Almeida (1996), refere que nesta entrevista os dois actores confrontam as suas opiniões relativamente ao desempenho do avaliado, procurando identificar formas de maximizar os pontos fortes e minimizar os pontos fracos. Desta forma, a entrevista para atribuição da menção qualitativa deve ser entendida, não como

um mero acontecimento, mas como fazendo parte de um processo contínuo de avaliação e desenvolvimento.

Tal como está preconizado no n.º 2 do artigo 14º do Despacho Regulamentar anteriormente referido, a atribuição da menção qualitativa deve ser fundamentada com base:

- Nos factos descritos no relatório crítico de actividades elaborado pelo avaliado;
- Nos registos periódicos de observação do desempenho efectuados pelo avaliador;
- Nos registos da entrevistas periódicas realizadas pelo avaliado e avaliador.

Perante esta fundamentação, a atribuição da menção qualitativa adquire um grau de objectividade e justificação, minimizando assim, a subjectividade dos dados e indicadores do desempenho.

Contudo, frequentemente é-nos referida pelos nossos pares como pelos enfermeiros avaliadores, uma insatisfação relativa ao enquadramento da menção qualitativa apenas em dois pólos – *Satisfaz* e *Não Satisfaz*. Os mesmos consideram que é em si limitativa, pois do seu ponto de vista, o desempenho não é todo igual, pelo que lhe atribuem um carácter globalizante, pouco compensatório e desmotivante.

Ao que parece este facto pode estar relacionado com o anterior processo de avaliação, no qual se obtinha uma pontuação que frequentemente servia de comparação entre os pares.

Assim, no contexto do problema de investigação deste estudo, considerámos importante referir toda a operacionalização do processo, tal como inscrita na lei, uma vez que no quadro empírico pretendemos verificar se estes procedimentos se realizam na prática da avaliação do desempenho, no HSLE.

1.3.3 – Formação sobre o processo de Avaliação do Desempenho

Como o objectivo geral desta investigação é, analisar o processo de avaliação do desempenho, tal como funciona e é aplicado, no caso do HSLE, pretendemos abordar a formação no contexto deste processo. Com a finalidade de dar resposta ao problema de investigação, descrevendo a génese do processo AD quanto à formação.

Em 1993, antes da implementação do actual processo de AD, tal como descrito no Despacho n.º 2/93 de 30 de Março, foi feita formação a nível das unidades de saúde públicas, acerca deste processo no sentido dar a conhecer o processo e esclarecer os diferentes actores nele implicados. É neste contexto, que nós pretendemos saber se os actores do HSLE, receberam essa formação e qual o contributo da mesma para a operacionalização do processo.

Tal como referencia a Organização Internacional do Trabalho (OTI), a formação profissional é:

“um processo organizado graças ao qual as pessoas enriquecem os seus conhecimentos, desenvolvem as suas capacidades e melhoram as suas atitudes ou comportamentos, aumentando deste modo as suas qualificações técnicas ou profissionais com vista à felicidade e realização, bem como à participação no desenvolvimento sócio-económico e cultural da sociedade”.

Neste contexto, entendemos este conceito como um conjunto de actividades que visam o aperfeiçoamento e a actualização dos profissionais, requerendo um acompanhamento periódico para detectar necessidades, quer de aperfeiçoamento, quer de actualização.

Gil (1994), refere que não se pode deixar de considerar a formação também como uma técnica de gestão de recursos humanos, seja qual for a sua

modalidade, visto que em contexto organizacional, as características por ela assumidas conferem-lhe determinados benefícios:

- É um meio de aquisição de conhecimentos ou componentes com alcance prático;
- Tende a adaptar-se mais directamente às características dos formandos;
- Maior variedade de experiências pessoais com interesse do ponto de vista da aprendizagem;
- Visa tanto a produtividade como o desenvolvimento pessoal.

Assim, do ponto de vista organizacional, há que considerar estas duas técnicas de Gestão de Recursos Humanos – **Formação e Avaliação do Desempenho**, como duas faces da mesma moeda, dois processos que se completam e que são igualmente necessários. Podem ser desenvolvidos de forma independente ou articulada, sabendo à partida, que uma relação uníssona entre elas visa uma maior satisfação dos profissionais e, conseqüentemente a sua melhor rentabilização. Embora o actual processo de avaliação do desempenho tenha sido implementado em 1994, não quer dizer que a formação desenvolvida nessa data não seja continuada actualmente noutros moldes.

Se, no início do actual processo de avaliação do desempenho, a formação estava mais direccionada para um processo de mudança, em que se pretendia proporcionar orientação que ajudasse a superar ou minorar as dificuldades susceptíveis de ocorrer no desenvolvimento do processo nas organizações, actualmente os potenciais benefícios da formação ao nível da actualização de conhecimentos, motivação profissional, aptidões técnicas e de relacionamento, maior disponibilidade para a mudança, capacidade de tomar decisões, realização pessoal, sentimento de presença à organização, gestão de conflitos e eliminação da frustração (Sampaio, 1996).

Deste modo, a relação da formação com a avaliação do desempenho far-se-á de duas formas. A primeira está relacionada com a transmissão de conhecimentos e/ou informações no que concerne aos conteúdos e a segunda

sempre enquadrada como estratégia organizacional visa atitudes, comportamentos e desenvolver capacidades interpessoais e contribuir para o alcance de objectivos, tanto individuais como organizacionais.

Após a percepção da utilidade e necessidade da formação na consecução dos objectivos e no sentido de que a formação não seja considerada como uma panaceia para a resolução de problemas de eficiência/eficácia da organização, por vezes interrogamo-nos:

Até que ponto a formação contribui para o sucesso da operacionalização do actual processo de avaliação do desempenho?

Se tivermos em conta a nova filosofia do actual processo de avaliação do desempenho, no qual existem diferentes níveis de participação, não me restam dúvidas em afirmar que todos os enfermeiros devem ter acesso e estar implicados activamente na formação.

Neste sentido, partilhamos da opinião de Gil (1994), quando refere que a formação pode constituir uma via de investimento nas pessoas e de desenvolvimento das suas capacidades e nunca como um fim em si mesma.

Toda a organização apela à formação e aprendizagem permanentes, uma vez que a formação desempenha um papel fundamental dentro de uma organização. Tal como refere Roy (1989), citado por Morais, “a formação assenta na actividade dos indivíduos/grupos, que deverão ser os actores/gestores da sua aprendizagem” (Morais, 1996, p.53).

Por outro lado, é também importante dar formação aos enfermeiros avaliadores sobre como se deve fazer uma avaliação de desempenho mais exacta mas, também é importante dar-lhes formação sobre porque é que a organização pretende implementar um processo de avaliação do desempenho. É essencial que os enfermeiros “compreendam quais são os objectivos que a organização tem com a avaliação de desempenho para, assim, perceberem que é uma tarefa de gestão eficaz e não uma exigência meramente burocrática” (Caetano e Vala, 2002, p.380).

Assim, deixaremos de ter enfermeiros que só vêem a avaliação do desempenho, como mais um conjunto de papéis que têm que preencher, para

passarmos a ter enfermeiros que vão enriquecer e melhorar o seu desempenho profissional, com o contributo deste processo.

1.3.4 – Dificuldades na aplicação do processo de Avaliação do Desempenho

Uma vez que o processo de avaliação do desempenho não surgiu como resposta a uma necessidade sentida pelos enfermeiros, mas como uma imposição contemplada na última revisão da estrutura da Carreira de Enfermagem, muitas dificuldades e problemas se têm colocado na sua operacionalização.

No que respeita aos problemas perturbadores da aplicação actual do processo de avaliação do desempenho, não podemos deixar de referir que a credibilidade da avaliação do desempenho depende da relação estabelecida entre avaliador e avaliado, a ênfase é colocada na relação interpessoal que se estabelece entre os dois intervenientes ao longo do triénio.

A confiança entre avaliador e avaliado é bastante importante, uma vez que a qualidade do processo de avaliação depende da relação entre ambos, “se existe uma relação de confiança mútua e apoio, os subordinados estão mais abertos aquando da discussão dos problemas de desempenho e numa atitude menos defensiva face à informação retroactiva negativa” (Beer, 1993, p.21)

Aqui um bom líder assume um papel primordial na estimulação diária para a realização do trabalho, conotando a importância da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem. Tal como referem os autores, Beer (1993), Almeida (1996) e (Câmara et al., 2001), onde há líderes o trabalho é estimulante, desafiante, fascinante e divertido. Desta estimulação por parte das chefias resultará o interesse e o empenho individual de cada elemento da equipa, para que a avaliação do desempenho seja uma realidade. Se nos reportarmos ao artigo 10º do Despacho n.º 2/93, de 30 de Março, sobre a entrevista de orientação inicial, cujo primeiro objectivo é: “integrar o enfermeiro avaliado na filosofia, objectivos e métodos de trabalho do estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados”, não podemos deixar de referir que para que

este objectivo seja atingido é imprescindível que os enfermeiros conheçam e se consciencializem primeiro da filosofia organizacional, o que não acontece na prática. Neste contexto, como pode a chefia integrar os enfermeiros avaliados na filosofia do serviço, se antes nunca foram integrados na filosofia organizacional?

É também por esta razão que cada vez mais verificamos que os trabalhadores não “*vestem a camisola*” da instituição, porque não conhecem nem a sua missão, nem o seu propósito, nem os seus valores/princípios, ou seja, trabalhamos numa instituição e não se sabe qual a sua razão de ser. É neste sentido, e de acordo com a análise da integração da enfermagem na organização – hospitais como burocracias profissionais – que verificamos que a identificação dos membros, nomeadamente os enfermeiros, é muito mais profissional do que organizacional.

Na nossa perspectiva, torna-se difícil reconhecer e adequar a missão, os objectivos e os valores da organização ao projecto e desempenho profissionais, bem como a adesão e concretização de projectos nos respectivos serviços. De acordo com Pedro Câmara et al. “o sistema de avaliação de desempenho deve, em resultado da sua aplicação, reforçar a motivação individual e o compromisso do avaliado, com os Valores, a Cultura e os objectivos” (Câmara et al., 2001, p.351) da instituição. Este processo permite desenvolver autonomia e responsabilização de cada enfermeiro, no sentido de promover a sua formação pessoal e profissional.

Analisando toda esta problemática, parece-nos que a pouca importância que é atribuída ao processo de avaliação do desempenho reside também na responsabilização relativamente ao seu percurso profissional, pois habitualmente responsabilizamos e culpamos os outros quando algo não acontece de acordo com os nossos objectivos, e desta forma, só nos podemos “culpar” a nós próprios.

No entanto, com base na nossa experiência como actores no processo e do contacto com os nossos pares acerca desta problemática, verificamos que a maioria dos actores consideram que a responsabilização do processo por parte dos enfermeiros avaliadores também deveria mudar, pois a percepção de

justiça, que pretende ser um dos efeitos da avaliação do desempenho profissional, acaba por não se verificar, porque as pessoas que fazem avaliação do desempenho muitas vezes não estão preparadas para o fazer, não têm formação adequada, sendo o bom senso ou o mau senso que as comanda. Neste sentido, é importante fornecer “aos avaliadores oportunidade de participarem em discussões de grupo, de fazerem avaliações a sujeitos experimentais e de receberem feedback das avaliações que efectuaram” (Caetano e Vala, 2002, p.379).

Se os avaliadores lidassem eficazmente com cada uma das etapas do processo, a avaliação do desempenho seria exacta, no entanto, tal facto não sucede. Isto porque a maioria dos avaliadores não têm “oportunidade de observarem todos os comportamentos que são relevantes para avaliação” e também porque “costumam formar uma impressão global acerca da eficácia do comportamento do avaliado, e é esta impressão que influencia as avaliações que são feitas acerca dos comportamentos específicos” (Caetano e Vala, 2002, p.379).

Por outro lado e no que respeita à dinâmica estrutural dos serviços de saúde, o disfuncionamento dos serviços de apoio, as deficiências estruturais e materiais de muitas das nossas organizações de saúde, penalizam sobretudo os enfermeiros chefes e avaliadores deste processo, que se vêem “obrigados” a suprir carências como, substituir pessoal em falta disponibilizando assim o seu tempo em actividades que não estão atribuídas ao seu conteúdo funcional, mas que são imprescindíveis à satisfação de necessidades dos utentes e, consequentemente, à garantia da qualidade dos cuidados.

Com base no Decreto-Lei n.º437/91, de 8 de Novembro, artigo 8º, podemos considerar o conteúdo funcional do enfermeiro chefe impeditivo de permanecer mais tempo no serviço, de forma a efectuar com assiduidade o processo de acompanhamento/orientação, uma vez que com frequência é solicitado para estar presente em reuniões de grupos de trabalho, como é o caso de reuniões da Comissão de Enfermagem e Comissão de escolha de material hospitalar.

1.3.5 – Implicações da Avaliação do Desempenho em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos

Ao introduzir um sistema de avaliação de desempenho numa organização determina uma estratégia fulcral na condução da sua implementação, que garanta tanto o sucesso do programa como a resolução de obstáculos detectados, assim como o cumprimento dos objectivos definidos. Portanto, preparar a organização para viver e conviver com este processo é uma condição fundamental.

O processo de avaliação do desempenho pressupõe quatro etapas, tais como: determinação dos objectivos de desempenho humano; montagem do sistema de avaliação desse desempenho; implementação do sistema; manutenção e controlo (Chiavenato, 1998).

Assim, o alvo de qualquer processo de avaliação do desempenho são as pessoas, a este respeito Lucena (1992), refere que este processo implica que as pessoas, ou seja, os intervenientes, se comprometam no processo. E tal como em qualquer outro processo que envolva mudança e inovação, o ser humano reage de duas formas possíveis, intelectualmente e emocionalmente. No primeiro caso a resposta é rápida, implica a sua capacidade de entender, observar, julgar e concluir. Emocionalmente requer mais tempo porque é mais subjectivo. A vertente emocional implica factores como a insegurança, o medo do desconhecido, de falhar e de se expor.

O processo de avaliação do desempenho necessita de uma apreciável disciplina organizacional, para que todo o plano previamente traçado seja cumprido nos prazos previstos. Por outro lado, é importante referenciar que a organização se rege por políticas. Assim, um gestor ao tentar exercer controlo e influência sob os seus subordinados, fá-lo através de acções de política interna.

As decisões relativas à gestão de recursos humanos comprometem fortemente a organização, porque nem sempre são reversíveis e repercutem-se no tempo. As políticas de pessoal devem ter presente que as pessoas são um

recurso valioso, pois é nele que reside o activo técnico-científico e a capacidade operativa da organização.

Almeida (1996), faz referência a um estudo realizado por Longenercker et al. (Behind the Mask: The Politics of Employee Appraisal) onde afirma que “num processo de avaliação de desempenho fazem parte quase sempre considerações de natureza política” (Almeida, 1996, p.111).

Assim, a dinâmica interpessoal entre avaliador e avaliado deve ser tida em consideração na avaliação, ou seja, neste contexto de avaliação as chefias podem utilizar critérios mais sensíveis ou benevolentes, ou ainda rapidez no intuito de ajustar ou de suavizar comportamentos ou relacionamentos.

Também o facto de existir um suporte documental sobre a avaliação, anexado ao processo do indivíduo pode influenciar ou mesmo enviesar os resultados. Assim, é importante, minimizar a influência dessas considerações de natureza política sobre a avaliação e para isso é necessário que os avaliados:

- acreditem que a gestão considera que a avaliação do desempenho é uma ferramenta importante na gestão de recursos humanos e não mais uma burocracia de rotina a cumprir;
- reconheçam que existiu preocupação com a objectividade das avaliações e que o processo será revisto pelo superior hierárquico do avaliador;
- sintam que na avaliação houve discussão franca, entre eles e o avaliador;
- percebam que as acções de formação e sensibilização sobre avaliação do desempenho contribuíram para a objectividade do processo (Almeida, 1996).

De acordo com o estudo referido, “para a generalidade dos gestores a principal dimensão que os preocupa em relação à avaliação do desempenho é o seu papel como ferramenta para motivar e recompensar e não a sua validade, fidelidade e objectividade” (Almeida, 1996,p.114).

A Avaliação de Desempenho é uma tarefa importante em qualquer tipo de gestão e tal como referencia Pedro Câmara et al., “os sistemas de avaliação de desempenho ocupam um lugar central no conjunto das ferramentas da gestão de Recursos Humanos” (Câmara et al., 2001, p.336).

É através da avaliação de desempenho que se verifica a eficácia e eficiência das actividades levadas a cabo pelo enfermeiro decorrentes da sua função na organização de saúde. No entanto, “as dificuldades dos gestores e a vivência dos subordinados relativamente à entrevista de apreciação são determinadas pela qualidade das suas relações, pela maneira e competência com que é conduzida a entrevista e pelo próprio sistema de apreciação” (Beer, 1993, p.2).

Avaliar pressupõe sempre um julgamento, desta forma as “informações favoráveis ajudam a satisfazer as necessidades psicológicas de competência e sucesso” (Beer, 1993, p.6), enquanto que qualquer informação menos favorável é sentida como um fracasso e constitui uma agressão à auto-estima.

A avaliação de desempenho é uma sistemática apreciação do desempenho profissional de cada indivíduo, sendo um processo para estimular as qualidades desse mesmo indivíduo. Desta forma, e parafraseando Pierre Lemaître “a avaliação é necessária na medida em que os quadros são responsáveis pela avaliação dos meios humanos que lhe estão confiados” (Perreti, 2001, p.250). Portanto, a avaliação de desempenho deve favorecer a sensibilização dos quadros para a dimensão social do seu papel, melhorar a gestão do potencial humano e melhorar a atenção dos quadros.

Neste contexto, o processo de avaliação do desempenho, em resultado da sua aplicação, deve reforçar a motivação do indivíduo e o compromisso do avaliado com os valores, a cultura e os objectivos da organização. De acordo com Câmara et al. (2001), a avaliação do desempenho tem implicações que se reflectem em três aspectos:

- Gestão da Remuneração de acordo com a Performance;
- Identificação do Potencial e Construção de Planos de Carreira;
- Programação de Formação para melhoria do desempenho.

No entanto, esta visão omite as funções de âmbito organizacional da avaliação do desempenho, como por exemplo, examinar os efeitos das políticas de formação, de remuneração, de promoção, entre outros, pois o processo de avaliação do desempenho é um processo organizacional. Neste sentido, Jean-Marie Perreti refere que “um sistema de avaliação permite reunir as informações necessárias para construir os vários programas (promoção, remuneração, formação...) e fundamentar as decisões que dizem respeito as carreiras dos colaboradores” (Perreti, 2001, p.250).

A avaliação do desempenho tem tido um papel de destaque a nível da gestão de recursos humanos, na medida em que pode ter consequências significativas sobre a produtividade, quer directamente, enquanto processo de controlo do desempenho, quer indirectamente, através das suas relações com a selecção, formação, desenvolvimento profissional, promoção e remuneração da organização (Caetano e Vala, 2002).

Outro factor que torna a avaliação do desempenho tão importante para a gestão, é ter como “materialização um documento escrito que ficará para sempre ligado ao cadastro do avaliado” (Almeida, 1996, p.111). Fazer apreciações negativas por escrito pode ser incómodo para muitos dos avaliadores, o que pode influenciar a enviesar os resultados.

Na abordagem da gestão do desempenho, a gestão de pessoas tem um papel preponderante na definição do processo, “no treino em aptidões e atitudes exigidas à sua implementação, na comunicação e na avaliação dos resultados” (Moura, 2000, p.103). Os gestores têm como função actuarem como líderes das diferentes fases do processo e motivadores dos avaliados para que alcancem os objectivos e as metas propostas através do feedback e desenvolvimento pessoal e profissional. O objectivo central da avaliação do desempenho é o de avaliar o trabalho dos empregados de forma correcta e completa. No entanto, a partir de dados obtidos em três estudos realizados por Ganzach em 1995, verificou-se que existem evidências que mostram a avaliação do desempenho como um processo tendencialmente conjuntivo, isto é, existe uma tendência para a atribuição de um maior peso aos atributos negativos do que aos atributos positivos. De forma a tentar ultrapassar estes

erros, alguns estudos realizados por Church e Bracken (1997), Liden, Stilwell e Ferris (1996), fazem referência à conjugação do processo de avaliação com diferentes instrumentos de orientação, como tutoria, aconselhamento, apoio, entre outros.

Segundo esta perspectiva “o instrumento de avaliação do desempenho é parte essencial do processo de ajustamento da estratégia de recursos humanos com a estratégia de negócios” (Moura, 2000, p.107).

Por outro lado, alguns autores relacionam a avaliação do desempenho com outras abordagens de gestão como a abordagem da qualidade. Weaver (1996) considera que, para ser efectivo este processo deve reorientar-se do seu posicionamento de análise das melhorias verificadas ao nível do posto de trabalho para uma revisão baseada nos clientes, equipas e no contributo do avaliado para melhorar a sua prestação.

Neste contexto é possível perceber que existem implicações do processo de avaliação do desempenho na gestão de recursos humanos. Também na investigação realizada por Moura (2000), se verifica que as empresas que utilizam técnicas de planeamento de recursos humanos e formalizam planos no sentido de se adaptarem e de preverem necessidades futuras nesta área, parecem apresentar melhores resultados do que aquelas que não o fazem.

Assim, a existência de um sistema, que “de forma coerente, relacione e articule os diferentes aspectos associados à gestão das pessoas, quer no domínio técnico, quer no conceptual, parece surgir como a forma mais adequada para conciliar a gestão de recursos humanos e as estratégias de negócio” (Moura, 2000, p.212).

Segundo Peretti (2001), o interesse do processo de avaliação do desempenho para a gestão é duplo, uma vez que esta avaliação permite aos quadros realizar um diagnóstico permanente da sua unidade e do seu pessoal e melhorar as relações com os seus colaboradores. No que respeita à gestão de recursos humanos, a avaliação permite a gestão qualitativa e quantitativa dos empregados, a evolução das grelhas de qualificação, a gestão das remunerações, a formação e a gestão de carreiras.

Caetano (1996), refere que o processo AD é de importância vital para o funcionamento das organizações, visto acreditar ser passível de exercer influência na produtividade do trabalho, não só enquanto processo de controlo de desempenho, como na selecção, formação, desenvolvimento profissional, promoção e remuneração dos colaboradores da organização.

Neste sentido, verificamos que vários autores, em diferentes contextos organizacionais, destacam o impacto que tem a avaliação do desempenho na determinação e no desenvolvimento de uma política de recursos humanos adequada às necessidades da organização.

Neste sentido, entendemos a avaliação do desempenho como um processo que implica tanto o indivíduo como a organização, porque é um meio de localização de problemas, de supervisão de pessoal, de integração do profissional na organização ou na função que ocupa, pois, a avaliação do desempenho tem impacto na determinação e no desenvolvimento de uma política de recursos humanos adequada às necessidades da organização (Caetano e Vala, 2002).

Após termos realizado esta cuidada e detalhada pesquisa bibliográfica acerca da temática da avaliação do desempenho, parece-nos importante fazer aqui uma síntese do estudo teórico efectuado, de forma a podermos prosseguir esta dissertação com a apresentação do estudo empírico.

Neste sentido, e de acordo com o nosso problema de investigação consideramos pertinente fazer, por um lado, uma abordagem da avaliação do desempenho formalizada em contexto organizacional, e por outro uma abordagem da avaliação do desempenho formalizada em enfermagem. De forma a podermos dar uma visão geral de como este processo inscrito na lei, é preconizado nas nossas organizações de saúde, uma vez que o nosso estudo incide sobre uma destas.

Assim, no estudo empírico propomo-nos dar resposta aos objectivos traçados para este estudo, elaborar uma síntese da contribuição teórica, com o intuito de contextualizar hipótese possíveis de testar em investigações

posteriores a esta, e traçar uma proposta de intervenção organizacional, de forma a colmatar possíveis problemas detectados na organização de saúde que pretendemos estudar.

II PARTE

ESTUDO EMPÍRICO

2.1 – MÉTODO

O método é um dos componentes fundamentais em investigação, surgindo como base, para alcançar os objectivos de um estudo.

Para que o trabalho do investigador seja o mais correcto e rigoroso possível, é preciso que tudo seja efectuado de modo organizado. Assim, de modo a que os resultados do estudo sejam fidedignos, definimos uma série de procedimentos, incluindo as opções metodológicas, que nos conduziram no sentido de podermos atingir os objectivos a que nos propusemos.

Neste capítulo, pretendemos apresentar e fundamentar a metodologia seleccionada para o estudo. Em seguida, relatamos o processo pelo qual se procurou dar resposta ao problema de investigação – *opinião desfavorável dos actores relativamente ao processo de avaliação no HSLE*. Assim, passamos a descrever todos os passos do caminho que projectámos e percorremos ao longo desta investigação.

2.1.1 – Desenho do estudo

Tal como já referimos anteriormente, pretendemos analisar de acordo com a percepção e experiência dos participantes, o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é aplicado, no caso do HSLE. A opção pelo método e técnica a utilizar para a investigação que se pretende realizar depende da natureza do problema e do objecto que se pretende estudar.

Neste sentido, pelos objectivos que traçamos para esta investigação, optámos pela pesquisa qualitativa como a mais adequada para a sua elaboração.

Fortin (1999), refere que as abordagens qualitativas visam “compreender o fenómeno, para extrair a sua essência do ponto de vista daqueles ou daquelas que vivem essa experiência” (p.148).

E de acordo com a mesma autora o nosso estudo pode ser classificado como exploratório-descritivo, na medida em que pretendemos aprofundar e descrever conhecimentos acerca da realidade da prática da avaliação de desempenho no HSLE. As pesquisas deste tipo têm como principal finalidade “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias (...) são desenvolvidas com o objectivo de proporcionar uma visão geral de tipo aproximativo, acerca de determinado facto” (Gil, 1989, p.45).

Para Fortin a investigação exploratória descritiva “consiste em descrever, nomear ou caracterizar um fenómeno, um acontecimento, de modo a torná-lo conhecido” (Fortin, 1999, p.53). É desta forma, que consideramos pertinente a utilização de um estudo com estas características, uma vez que temos como objectivo dar a conhecer através de uma visão geral, o mais aproximativa possível, a prática do processo de avaliação do desempenho no referido hospital.

Assim, para realizar uma investigação aprofundada de uma organização, a nossa investigação pode ainda ser classificada como um estudo de caso, uma vez que pretendemos estudar, de uma forma aprofundada, a prática da avaliação do desempenho no HSLE, num período curto de tempo.

Na perspectiva de Almeida e Pinto o estudo de caso:

“consiste no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, e utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, seleccionada de acordo com determinado objectivo, de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, tudo isto com a finalidade última de obter

uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade” (Almeida e Pinto, 1995, p.95).

De forma a atingir o acima referido, exploramos a dimensão do fenómeno identificando e descrevendo a importância do processo da avaliação de desempenho nesta organização, as implicações no sistema da gestão de recursos humanos, a operacionalização das várias fases do processo, a concordância para com a filosofia legislada, as dificuldades de utilização e aplicação ao processo formal e aplicado, a conceptualização de hipóteses para explicar a forma como o processo ocorre, e por fim a descrição de estratégias e medidas correctivas sugeridas pelos diferentes participantes ao actual processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem. Consideramos a presente investigação pertinente porque nos permitirá conhecer algo de novo acerca do processo de avaliação do desempenho nas organizações de saúde, de forma a percebermos como funciona e é aplicado este processo de avaliação dos enfermeiros. Pensamos também que este estudo nos permitirá saber a opinião dos diferentes actores do processo, relativamente ao mesmo. E em relação ao nosso problema de investigação, perceber especificamente onde se situa a opinião desfavorável das pessoas, e o que gostariam de ver alterado para que o processo fosse implementado com maior sucesso, de forma a colmatar alguma(s) lacuna(s) existente(s) na implementação do processo de avaliação do desempenho.

Portanto, o presente estudo, mais do que um simples estudo pretende ser um confronto entre a teoria e a prática, segundo quem na mesma participa, ou seja, a descrição do processo de avaliação do desempenho de acordo com a experiência dos participantes.

2.1.2 – Seleccção do terreno de pesquisa

O terreno de pesquisa deve reunir as condições necessárias para a realização do estudo. Desta forma, o presente estudo só poderá recair em

unidades de saúde, e nas quais a avaliação do desempenho é realizada de acordo com o estabelecido na carreira de enfermagem, de acordo com o Decreto-Lei n.º 473/91 de 8 de Novembro, regulamentado pelo despacho n.º 2/93 de Março.

Relativamente à selecção do terreno de pesquisa Quivy, refere que é normal que na maioria da vezes, “o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador” (Quivy, 1998, p.160). Neste sentido, e confirmando a afirmação do autor, a selecção do terreno de pesquisa recaiu numa Unidade de Saúde do Alto Alentejo, mais precisamente no Hospital de Santa Luzia de Elvas.

A escolha do HSLE para realização do estudo prendeu-se com o facto do mesmo ser conhecido pela investigadora, por se tratar do seu local de trabalho.

Consideramos que pelo facto de conhecer a maioria dos sujeitos a quem seria dirigido o instrumento de colheita de dados, seria um factor que, provavelmente iria contribuir não só para a marcação das entrevistas, mas também para uma boa colaboração das pessoas na sua aplicação e maior facilidade de interacção na condução da entrevista.

Foi ainda dado ponderado nesta selecção, o facto de a investigadora ser elemento activo no processo de avaliação do desempenho nesta organização, sendo possível observar e detectar algumas dificuldades e desagrados na sua operacionalização, pois pela sua experiência como enfermeira avaliada, deveria ter feito pelo menos 1 entrevista de orientação anual, e durante os 5 anos que está a desempenhar funções no HSLE ainda só fez 1 entrevista de orientação.

No entanto, o facto de se tratar de uma investigação em que a investigadora participa no processo investigado, permite que tenha uma visão por dentro do problema que pretendemos investigar, o que pode conduzir a algumas implicações na investigação realizada, pois também é participante e observadora deste processo de avaliação do desempenho no HSLE.

Assim, os resultados podem ser influenciados, por um lado, ao realizar as entrevistas aos participantes do estudo, uma vez que a investigadora não lhes é uma pessoa estranha, ou seja, já a conhecem e sabem que também está por

dentro do assunto e da problemática da prática da avaliação do desempenho no hospital. Por outro, algumas pessoas também a conhecem dentro do processo de avaliação do desempenho (como é o caso do seu enfermeiro avaliador e dos órgãos de gestão de enfermagem) o que também pode influenciar os dados colhidos. Neste sentido, estamos conscientes que estas poderão ser algumas das limitações deste estudo, pelo que pretendemos desenvolver este aspecto aquando da discussão dos resultados.

Neste sentido, foi solicitada autorização para a realização do estudo ao Conselho de Administração do hospital (Anexo IV).

2.1.2.1 – Caracterização do terreno de pesquisa

Situado na Rua Mariana Martins, o Hospital de Santa Luzia de Elvas, antigamente denominado por Hospital Distrital de Elvas, nasceu em Março de 1975, onde no dia 6 de Dezembro de 1993, foi oficialmente inaugurado nestas novas instalações.

Esta unidade hospitalar é uma organização de saúde formal, sendo um estabelecimento público, com parceria administrativa, com o Hospital Dr. José Maria Grande, em Portalegre, integrada na rede de prestação de cuidados do Serviço Nacional de Saúde. Tem definido como missão, no regulamento interno, promover a saúde da população, prestar cuidados de saúde diferenciados em articulação com outros serviços de saúde e da comunidade, de forma a dar resposta às necessidades dos cidadãos com um elevado grau de satisfação dos seus clientes, assumindo-se como um Hospital de referência no Distrito de Portalegre, visto ser um hospital de retaguarda.

Esta organização assume como valores, ética e integridade, transparência, motivação, formação e actualização dos seus profissionais, trabalho de equipa, flexibilidade e humanização, o que está indicado nas normas internas do HSLE.

O HSLE está implantado num terreno com área total de 15 000 m², sendo a sua área de construção de 9 173 m², que estão distribuídos por três pisos no edifício principal, edifícios técnicos e portarias.

Em termos de área de influência e segundo o plano de acção de 2004, a população abrangida é de 31 890 utentes, distribuídos pelos concelhos de Elvas e Campo Maior, e a área de atracção corresponde a 26 820 utentes, distribuídos pelos concelhos de Alandroal, Borba e Vila Viçosa. Através de um estudo realizado pela organização, verifica-se que o grupo etário dos 25 – 64 anos é predominante quer na área de influência, quer na área de atracção do hospital.

Sendo a população bastante envelhecida, as patologias mais frequentes são doenças cardiovasculares, responsáveis pela maior causa de morte no nosso país, não excluindo a população do concelho de Elvas. Outras doenças mais comuns nesta população são também a diabetes mellitus, doenças do foro respiratório e insuficiência renal.

O HSLE é composto por um edifício central com três pisos e por dois anexos e possui essencialmente quatro sectores de intervenção:

- Sector de Internamento

Com um total de 112 camas activas, espaço físico onde se situam as seguintes especialidades:

- Medicina Interna
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Ortopedia/Traumatologia
- Ginecologia/Obstetrícia
- Sector de Ambulatório
 - Consultas Externas
 - Urgência
 - Hospital de Dia/Unidade de Quimioterapia
 - Medicina Física e Reabilitação
- Sector de Meios Complementares de Diagnóstico
 - Serviço de Patologia Clínica e Imunoemoterapia
 - Serviço de Imagiologia
 - Unidade de Técnicas de Cardiopneumologia
- Serviços de apoio ao utente

- Serviço Social
- Serviços Administrativos
- Gabinete do Utente e Linha Azul
- Serviços farmacêuticos

2.1.3 – Seleção de actores

Uma vez seleccionado o terreno de pesquisa, importa agora identificar os actores para o estudo.

Os participantes nesta investigação são as pessoas que foram fonte de dados para a mesma. Optámos por designar os termos actores e participantes, ambos com o mesmo significado, uma vez que se pretende trabalhar com indivíduos, que por razões inerentes ao estudo, tal como a sua experiência no processo de avaliação do desempenho, trouxeram dados pertinentes para esta investigação qualitativa.

Neste contexto, para Fortin “a unidade de análise de um estudo de caso pode ser um fenómeno, um indivíduo, uma família, um grupo, uma organização ou uma unidade social de maior âmbito” (Fortin, 1999, p.165).

Assim, a objecto de análise deste estudo é o HSLE enquanto organização, sendo que os participantes do estudo são todos os sujeitos entrevistados, ou seja, enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e órgãos de gestão deste hospital.

Tendo obtido o parecer favorável para realização do estudo nesta unidade de saúde, solicitámos à Direcção de Enfermagem, a lista normativa dos respectivos enfermeiros (Anexo IV). De acordo com a lista fornecida, tomámos conhecimento mais detalhado, dos sujeitos existentes no hospital, em termos de enfermeiros avaliadores e enfermeiros avaliados, de forma a poder contactar pessoalmente as pessoas para proceder à recolha de dados. Assim, de acordo com os dados fornecidos pela Administração, o nosso estudo irá incidir em 10 enfermeiros avaliadores, dos quais 1 é supervisor; 114 enfermeiros avaliados e 5 elementos que constituem os órgãos de gestão.

A selecção dos actores que entrevistámos foi feita com base nalguns critérios, nomeadamente o estatuto profissional, o tempo de exercício profissional, a experiência como avaliador neste processo e a experiência como gestor. Assim, seleccionámos enfermeiros com poucos anos de serviço e enfermeiros com mais de quinze anos de serviço (que estavam a desempenhar funções de enfermagem aquando da implementação do actual processo de avaliação do desempenho); enfermeiros com mais de cinco anos de experiência como avaliadores e enfermeiros com menos de dois experiência como avaliadores neste processo; relativamente aos gestores seleccionámos a enfermeira supervisora, que é avaliadora neste processo e o presidente do conselho de administração. Pretendíamos conhecer os relatos de profissionais de diversas categorias profissionais, intervenientes no processo de avaliação do desempenho, com experiência suficiente para terem opinião formada acerca deste processo.

Não foi possível determinar com antecedência o número exacto de participantes no estudo, pois só depois de iniciar a colheita de dados, poderíamos saber quando a deveríamos dar por terminada, ou seja, quando não seria mais proveitoso continuar com a colheita de dados pela já cobertura suficiente do caso.

2.1.4 – Instrumentos de colheita de dados

Existem várias formas de recolha de dados para uma investigação. O método deve ser seleccionado de acordo com o tipo de estudo que se pretende realizar e deve sempre ter em consideração a natureza do problema de investigação, os objectivos traçados e os participantes no estudo. De acordo com Fortin (1999), antes de iniciar a recolha de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer recolher com a ajuda de um instrumento em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação.

Com o intuito de conhecer e descrever o processo de avaliação do desempenho em enfermagem, tal como funciona e é aplicado, no caso do HSLE, seleccionámos a entrevista como instrumento de recolha de dados, atendendo ao tipo de estudo, à unidade de análise e também ao paradigma que lhe está associado, o paradigma qualitativo, centrado no processo e nas percepções e experiências dos participantes.

Como técnica de colheita de dados, a entrevista “é bastante adequada para a obtenção de informações do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas pendentes” (Gil, 1989, p.113). Esta técnica permitiu-nos conhecer experiências, definições pessoais e a verbalização de sentimentos, incluindo a postura e expressões faciais no decorrer das entrevistas, informações que respostas escritas não revelam.

Partindo da lógica do paradigma qualitativo (Mayring, 2000), recolhemos informação através da entrevista semi-estruturada, enquanto processo de comunicação e interacção humana, onde existiu uma relação directa entre o investigador e os seus participantes, o que favoreceu a compreensão do fenómeno. O objectivo foi recolher informação acerca do quotidiano da prática da avaliação do desempenho no HSLE, e deste modo conhecer o caso específico deste hospital.

As entrevistas permitiram aprofundar e recolher de uma forma mais espontânea as vivências dos entrevistados do estudo essencialmente devido à sua flexibilidade. Graças à sua flexibilidade, o entrevistado expôs com algum grau de liberdade os seus pontos de vista, auxiliado pelo entrevistador que dispunha de uma série de perguntas previamente formuladas.

De acordo com Gil (1989), Quivy (1998) e Fortin (1999), existem várias vantagens para a aplicação da entrevista como técnica de recolha de dados, bem como algumas limitações.

Relativamente às vantagens podemos referir que:

- Permite com eficiência a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano;
- Possibilita a obtenção de maior número de respostas;

- Permite que os dados obtidos sejam susceptíveis de classificação e quantificação;
- Possibilita uma grande flexibilidade, o entrevistado pode esclarecer o significado das perguntas;
- Possibilita captar a expressão não verbal do entrevistado, bem como a tonalidade de voz e a ênfase nas respostas.

No que respeitamos às limitações podemos referir:

- A influência exercida pelo aspecto do entrevistador;
- As influências das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado;
- O conhecimento pessoal que os participantes tinham da entrevistadora, bem como a relação passada e futura esperada com a mesma.

Para ter um fio condutor elaborámos previamente um guião de entrevista, este guião permitiu orientar a condução das entrevistas, de forma a explorar livremente o pensamento do outro, permanecendo ao mesmo tempo no quadro do objecto de estudo. Aquando a elaboração do guião de entrevista tivemos como referências a revisão bibliográfica efectuada, o conteúdo da carreira de enfermagem, pelo Decreto-Lei n.º 473/91 e pelo Despacho n.º 2/93 de 30 de Março, e o problema de investigação.

O guião de entrevista foi elaborado com respostas abertas e fechadas. De acordo com Fortin, “as questões abertas têm a vantagem de estimular o pensamento livre e de favorecer a exploração em profundidade da resposta do participante” (Fortin, 1999,p.248), em relação às questões fechadas Gil refere que neste caso “apenas se oferece ao entrevistado a possibilidade de escolher entre um número limitado de respostas” (Gil, 1989, p.118). Considerámos importante a existência de respostas abertas no nosso estudo, de forma a poder conhecer a experiência sobre a avaliação do desempenho, dos participantes na investigação, de forma a descrever o fenómeno em causa.

Ao pretendermos analisar o processo de avaliação do desempenho em enfermagem, tal como funciona e é aplicado, segundo os diferentes participantes do estudo, enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e órgãos de gestão, urge a necessidade de elaborar três guiões de entrevista diferentes em algumas questões.

Assim, aquando da elaboração do guião, construímos um quadro com três aspectos essenciais, dimensão a analisar, objectivos da entrevista e questões do guião (guião dos enfermeiros avaliadores, guião dos enfermeiros avaliados e guião dos órgãos de gestão), de forma a questionar os entrevistados em relação à sua prática de avaliação do desempenho e perceber a sua experiência e a sua vivência do processo. Este quadro facilitou a elaboração das questões do guião, para que posteriormente pudéssemos dar respostas ao problema de investigação (Anexo V).

Ambos os guiões de entrevista são constituídos por duas partes, a primeira contém as questões dirigidas ao entrevistado e a segunda contém duas páginas com sete (7) questões que permitiram posteriormente caracterizar os participantes deste estudo (Anexo VI). Tomámos esta opção porque a intervenção dos diferentes actores do processo AD é diferente, logo considerámos pertinente questionar os actores de acordo com a experiência que têm no processo.

Posteriormente, efectuamos três entrevistas com o intuito de saber se as perguntas formuladas eram adequadas aos participantes, pois tal como refere Mattar (1994), geralmente dois ou três ensaios são suficientes. Este ensaio conduziu ao seu aperfeiçoamento e permitiu melhorar a nossa capacidade e habilidade no que diz respeito a entrevistas. Quivy justifica esta necessidade afirmando que “o sucesso de uma entrevista depende da composição das perguntas, mas também, e sobretudo, da habilidade de quem conduz a entrevista” (Quivy e Campenhoudt, 1998, p.185).

Tínhamos ainda, intenção de fazer análise documental, dos documentos de registos sobre avaliação do desempenho e dos relatórios anuais sobre esta avaliação nos profissionais de enfermagem do HSLE, mas como os registos são confidenciais e como não existem relatórios elaborados, tal como nos foi

dito pela Sr.^a Enfermeira supervisora, isso não foi possível. Foram-nos apenas facultados os instrumentos de registo utilizados neste hospital, para registar a avaliação do desempenho dos enfermeiros, como entrevistas de orientação, observação e acompanhamento e atribuição da menção qualitativa (Anexo VII), de acordo com o disposto no Despacho n.º 2/93. n.º 2, art. 6º e as normas e critérios de qualidade do hospital (Anexo VIII).

Estamos conscientes que esta é uma limitação do nosso estudo, pelo que voltaremos a este assunto quando apresentarmos as limitações do estudo.

2.1.5 – Aplicação do Instrumento de colheita de dados

A este respeito, numa fase inicial deste estudo, aquando da elaboração do projecto de investigação, solicitámos informalmente autorização à Sr.^a Enfermeira Supervisora do HSLE, para a realização de uma investigação empírica no âmbito de uma Dissertação de Mestrado nesta organização. Posteriormente foi formalizado o pedido de autorização ao Conselho de Administração para a realização do estudo e aplicação do instrumento de colheita de dados aos Enfermeiros Avaliadores, Enfermeiros Avaliados e Órgãos de Gestão do HSLE, do qual obtivemos o seu parecer favorável (Anexo IV). O pedido foi deferido no dia 3 de Março de 2005.

Foram então contactados os profissionais que reuniam condições para participar no estudo, com os quais reunimos, individualmente, no sentido de apresentar a investigação, pedir a sua colaboração e a sua autorização para realizar e gravar as entrevistas, e de acordo com a sua disponibilidade marcar uma data para a realização da entrevista.

Após a análise das entrevistas que serviram de pré-teste, e do respectivo consentimento para realização e gravação das entrevistas, iniciámos a colheita de informação junto dos enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e órgãos de gestão que viriam a participar no estudo.

O número de entrevistas realizadas foi decidido com a evolução da investigação e com a informação obtida, pois de acordo com William Goode e

Hatt (1972) e Mattar (1994), não há número ou percentagem pré-definida de entrevistas a realizar, as entrevistas devem terminar quando se iniciar a repetição e saturação de informação recolhida pelo investigador.

Assim sendo, as entrevistas foram realizadas no período de 19 de Maio a 30 de Junho de 2005, num total de doze, cinco entrevistas a enfermeiros avaliadores, cinco a enfermeiros avaliados e duas aos órgãos de gestão, de acordo com o horário de trabalho e disponibilidade dos entrevistados. A duração das entrevistas variou entre os entrevistados, a que demorou menos tempo teve uma duração de 5 minutos e a entrevista que demorou mais tempo teve uma duração de 21 minutos.

2.1.6 – Modelo de tratamento e análise de dados

Depois de recolhidos os dados surge a necessidade de organizar a informação de forma a facilitar a compreensão do seu real significado. Perante o objecto de análise e o tipo de estudo, o paradigma qualitativo será dominante.

Neste sentido, o tratamento e interpretação da informação recolhida, foi feito qualitativamente, por análise de conteúdo, porque é adequado para este estudo qualitativo. Segundo Vala (1986), esta é uma técnica de eleição para reunir, organizar e classificar dados de forma controlada. Ainda segundo este autor a análise de conteúdo, “permite efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens, cujas características foram inventariadas e sistematizadas” (Vala, 1986, p.104).

Para Laurence Bardin a análise de conteúdo:

“é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 1997, p.42)

Procura conhecer o que está por detrás daquilo que é dito, ou seja, as realidades que se situam para além das mensagens.

Optámos pela análise temática porque segundo Bardin (1997), a intenção da análise de conteúdo é a inferência (deduções lógicas) de conhecimentos sobre o emissor da mensagem ou sobre o seu meio, isto é, causas, antecedentes da mensagem ou ao seu efeito.

As entrevistas realizadas foram gravadas, tal como já referimos e posteriormente procedemos à sua transcrição para o *software word* e para cada entrevista criámos um documento.

Primeiro, na fase de pré-análise, foi feita uma primeira leitura, que consistiu em arranjar e organizar as questões a tratar, depois foram classificadas as questões que foram objecto de análise. Numa segunda fase, de compreensão do *corpus*, lemos todas as questões/respostas, e de acordo com o problema de investigação, a pesquisa bibliográfica e aos dados das entrevistas, construímos o nosso sistema de categorias. As categorias surgiram em resultado de uma palavra chave e/ou expressão, que reuniram um conjunto de asserções expressas nas respostas, consentâneas com um significado pertinente para o nosso trabalho. Elaborámos um mapa de cobertura semântica das categorias relativamente ao problema de investigação, que nos permitiu analisar a distribuição das categorias para responder aos objectivos previamente traçados e perceber se existiam objectivos não cobertos pelo sistema de categorias (Anexo IX).

Posteriormente foi feito o processamento dos dados qualitativos com a utilização do NUD*IST (versão N6), este *software* ajuda-nos a organizar os dados e depois permite estabelecer relações entre eles. Assim, foram introduzidos todos os documentos, ou seja todas as entrevistas, e o sistema de categorias na aplicação e em seguida codificámos as unidades de texto em todos os documentos, primeiro codificámos os dados informativos e em seguida os dados de conteúdo (Richards, 2002).

Os dados informativos (género e estatuto profissional) codificam a totalidade da entrevista e dizem respeito às características dos entrevistados, os dados de conteúdo são elementos semânticos de cada unidade de texto que analisamos, ou seja, referem-se a cada unidade de texto referida pelo entrevistado

Numa terceira fase, procedeu-se à análise e interpretação dos dados propriamente dita com a organização do corpus. Nesta, as categorias foram sujeitas a validação interna através da sua pertinência, representatividade, exaustividade e homogeneidade.

Na quarta fase, foram determinadas e organizadas as categorias de acordo com o contexto em causa, e na operação de classificação dos seus elementos construtivos considerámos, no discurso em análise, todas as palavras, frases ou expressões e procurámos agrupá-las.

Por fim, de acordo com os objectivos traçados para esta investigação, efectuámos análise, redução dos dados e a sua discussão, que pretendemos apresentar no ponto 2.2.

2.1.7 – Procedimentos formais e éticos

As questões éticas que se colocam perante um estudo têm que ter em conta dois aspectos fundamentais, por um lado a atitude do investigador em relação ao desenho e à dinâmica da pesquisa, por outro lado a atitude do investigador face aos participantes do estudo. No que respeita ao primeiro aspecto (atitude do investigador perante o estudo) que se prende com a objectividade necessária em qualquer estudo, pretende-se evitar a interferência dos seus desejos e atitudes nos dados encontrados (Creswell, 2002).

Em relação ao segundo aspecto (atitude do investigador perante os participantes do estudo), duas questões parecem fulcrais: a da necessidade de obter autorização de acesso a locais e materiais de estudo, bem como o pedido de autorização para a realização das entrevistas, e a de garantir a confidencialidade dos dados pessoais, o direito de qualquer participante a

retirar-se do estudo e o direito a conhecer a finalidade do mesmo (Creswell, 2002).

Neste sentido, foi elaborado um documento, dirigido aos enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores que foram entrevistados. Este documento foi apresentado a cada um dos entrevistados, no início das respectivas entrevistas, onde foi feita uma apresentação do trabalho que se pretendia realizar, fazendo uma pequena abordagem à área temática e dado a conhecer o objectivo geral da investigação. Em seguida, foi pedido aos participantes no estudo a sua colaboração nas entrevistas e a respectiva autorização para as gravar, foi referido ainda quem iria ter acesso às entrevistas, o fim que iriam ter, bem como o que iria ser feito posteriormente com as gravações das mesmas. Foi também garantido aos entrevistados que cumpriríamos as orientações deontológicas para a investigação em Psicologia, no que respeita à confidencialidade dos dados, bem como a sua identidade pessoal. Por fim, referimos aos entrevistados que apenas a autora da investigação, o orientador da dissertação e uma colaboradora que auxiliaria na transcrição das entrevistas, teriam acessos às gravações das mesmas e que após a análise dos dados relativos a estas, as gravações seriam por nós destruídas (Anexo X).

2.1.8 – Limitações do estudo

Ao realizar este estudo de caso estamos conscientes das limitações que dele advêm, pelo que é importante salientar as constantes alterações do Sistema de Saúde, relativamente aos níveis de gestão das organizações implicando alterações na sua estrutura, processo de decisão e estrutura, estamos pois a referir-nos à gestão privada das unidades de saúde, que pode alterar o processo de avaliação do desempenho instituído nas nossas organizações, o que não se verificou até hoje.

Uma outra limitação desta investigação, prende-se com o facto de os resultados obtidos neste estudo de caso, se referirem a este caso concreto, o

que não permite a generalização a outros hospitais em condições idênticas, ou seja, referem-se apenas ao HSLE como organização de saúde.

Também por se tratar de um estudo de caso os dados podem ser incompletos ou dificilmente comparáveis, porque não podemos entrevistar todos os actores do processo e como que estamos a estudar uma organização específica que tem as suas próprias particularidades, que são dificilmente comparáveis com outras organizações de saúde, pois cada caso é um caso.

Relativamente aos documentos registados nos momentos de avaliação do desempenho dos enfermeiros, que tal como já referimos por serem confidenciais não tivemos acesso a eles, e a inexistência de relatórios anuais sobre este processo, temos consciência da limitação para a investigação, pois pretendíamos fazer uma análise destes documentos, o que se tornou impossível.

Ainda, o facto de ser participante e investigadora ao mesmo tempo neste estudo, e também actor, como enfermeira avaliada no processo de avaliação do desempenho no HSLE, não sendo uma pessoa desconhecida dos entrevistados, pode influenciar os resultados obtidos, aquando da realização das entrevistas.

2.2 – REDUÇÃO DOS DADOS E DISCUSSÃO

Após termos criado o sistema de categorias, tendo como faróis orientadores o problema de investigação, a literatura relevante e os dados fornecidos através das entrevistas, procedemos à redução dos dados e apresentamos a sua discussão, pois alguns dos dados obtidos nas entrevistas foram de certa forma reduzidos, como é o caso da comunicação não verbal, a tonalidade da voz e a postura do entrevistado, etc.

Assim, passamos à apresentação dos resultados, no sentido de fornecer todos os resultados pertinentes relativamente aos objectivos de investigação, e à interpretação dos resultados através de uma discussão.

Começamos por caracterizar os actores do estudo, em seguida passamos à apresentação do sistema de categorias e depois apresentamos as respostas ao problema de investigação por nós construídas, com base na análise dos dados.

2.2.1 – Caracterização dos actores do estudo

A caracterização dos actores teve por base as respostas dadas às perguntas efectuadas no final de cada entrevista, e para tal foram considerados os seguintes aspectos: idade, sexo, habilitações literárias, habilitações profissionais, categoria profissional, tempo de exercício profissional e tempo de exercício na categoria.

A população em estudo é constituída por 12 sujeitos, cinco enfermeiros avaliadores, cinco enfermeiros avaliados e dois membros dos órgãos de gestão deste hospital.

Assim, passamos a caracterizar os 12 participantes do nosso estudo. Em relação à idade a maioria dos participantes tem entre os 34 a 38 anos de idade, pelo que verificamos que o grupo é ainda relativamente jovem. No que respeita ao sexo, verificámos que a grande maioria dos entrevistados pertence ao sexo feminino, ou seja, dos 12 entrevistados, 10 são mulheres e 2 são homens. Estes valores são semelhantes aos apresentados por Carapinheiro (1997), no seu estudo sociográfico de âmbito nacional “Recursos e Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses”, como ainda aos de Pereira (1997), quando afirma que a evolução do género feminino se tem verificado nos últimos vinte anos em Portugal, passando de 63.6% para 81.8%. Acrescenta a autora que a enfermagem em Portugal é efectivamente uma profissão feminina, e ainda Morrow (1986) e Pizurki (1987) ao afirmarem que no mundo da profissão de enfermagem tem uma concentração feminina de 90%.

Relativamente às habilitações literárias é importante referir que a maioria possui habilitações literárias iguais ou superiores ao 12º ano, no entanto, existem ainda 2 participantes com o 11º ano, o que parece estar relacionado

com o nível de habilitações exigidas até aos meados da década de setenta, início dos anos oitenta, para ingresso no Curso de Enfermagem. Os dados relativos eram já esperados, atendendo a que o grupo de entrevistados é predominantemente jovem, e foi abrangido pela legislação que determina desde 1989 a necessidade do 12º ano de escolaridade como habilitação mínima para ingresso no Curso de Enfermagem.

No que respeita às habilitações profissionais, verificámos que a maioria dos participantes além da formação base, possuem uma especialidade e verifica-se ainda que, 1 dos intervenientes no estudo possui como habilitação profissional o Curso de Medicina. O facto de os planos de estudo dos Cursos de Especialização em Enfermagem contemplarem áreas relacionadas com a administração, leva-nos a induzir que a maioria dos participantes do estudo, têm conhecimentos teóricos sobre avaliação do desempenho como ferramenta de Gestão de Recursos Humanos.

Relativamente à categoria profissional, consideraram-se quatro diferentes categorias na carreira de enfermagem, tal com descrito em legislação e de acordo com o tempo de exercício profissional. Assim, verificamos que, 3 dos entrevistados têm a categoria de enfermeiros graduados, 4 são enfermeiros chefes e 3 são enfermeiros especialistas, sendo que 1 destes está actualmente a desempenhar funções de chefia, logo desempenha a função de avaliador no processo de avaliação do desempenho.

De referir também que 2 dos participantes pertencem aos órgãos de gestão, um como enfermeira supervisora e outro como director hospitalar, que pela sua categoria profissional podemos deduzir que têm conhecimentos teóricos e experiência prática, não só como avaliadores no processo, mas também como gestores de recursos humanos.

Em relação ao tempo de exercício profissional, é de referir que a maioria dos participantes tem entre os 10 e os 24 anos de experiência profissional. E relativamente ao tempo de exercício na categoria, verificamos que a maioria dos participantes tem entre os 3 e os 6 anos de experiência profissional na categoria a que pertencem, o que na verdade não deixa de ser curioso e nos leva mais uma vez a considerar os participantes como um grupo jovem na

categoria, tal como também já se verificou em relação à idade dos entrevistados.

2.2.2 – Apresentação do Sistema de Categorias

Ao enveredar pelo que diz Fortin (1999), designou por penetrar no sentido intencional do texto, apercebemo-nos da existência de várias reacções globais dos enfermeiros e órgãos de gestão perante o processo de avaliação do desempenho e perante a sua própria experiência com o mesmo.

Procuramos essencialmente compreender o ponto de vista dos sujeitos em estudo, explorando o seu mundo interior, as suas vivências e os significados que lhes atribuiu, de acordo com o fenómeno em causa. A narração de experiências significativas, implica não só que a pessoa as tenha vivido, como também tenha reflectido sobre elas.

Assim, para cada episódio foi encontrada uma definição específica e particular, mas, conforme as entrevistas se foram realizando e a análise das mesmas foi sendo feita verificamos o realce de algo em comum. No entanto, o objectivo seria não só a procura de aspectos comuns, como também e sendo de maior importância todos os aspectos essenciais que poderiam descrever o objecto em estudo e dar resposta ao problema de investigação.

No entanto, antes de avançarmos, apenas uma pequena nota para informar, que ao longo deste ponto, por vezes, serão efectuadas transcrições das entrevistas, às quais optámos por atribuir um símbolo, ao qual corresponde AVAR (enfermeiro avaliador), AVA (enfermeiro avaliado) e GEST (gestor) e o número referente à entrevista efectuada, e desta forma manteremos preservada a identidade dos participantes.

Quando iniciamos a construção do sistema de categorias, procurámos primeiro definir categoria, para que quando criássemos uma nova categoria o critério fosse sempre o mesmo. Assim, e de acordo com Bardin (1977), definimos categoria como uma classe que resume um grupo de elementos comuns, referenciados pelo entrevistado (unidades de registo), à qual se lhes

atribui um título genérico. As categorias têm como critério um elemento informativo referente ao participante (dados informativos), ou um determinado conteúdo (dados de conteúdo).

Em seguida apresentamos o nosso sistema de categorias, com todas as categorias que foram criadas e com o respectivo endereço na árvore, e para cada uma delas justificaremos a sua pertinência para o esclarecimento do problema de investigação e o que nos inspirou para a sua criação.

- **Sistema de Categorias**

(1) DADOS INFORMATIVOS

(1 1) Género

(1 1 1) Feminino

(1 1 2) Masculino

(1 2) Estatuto profissional

(1 2 1) Avaliador

(1 2 2) Avaliado

(1 2 3) Gestor

(2) DADOS DE CONTEÚDO

(2 1) Implicações do Processo de AD

(2 1 1) Implicações organizacionais

(2 1 1 1) Impactos no serviço/organização

(2 1 1 2) Melhoria da qualidade

(2 1 2) Implicações pessoais

(2 1 2 1) Desenvolvimento profissional

(2 1 2 2) Desenvolvimento pessoal e social

(2 2) Operacionalização do Processo de AD

(2 2 1) Procedimentos efectuados

(2 2 2) Procedimentos não efectuados

(2 2 3) Valorização da operacionalização

(2 2 3 1) Aspectos positivos

- (2 2 3 2) Aspectos negativos
- (2 2 4) Justificação da operacionalização
- (2 3) Opinião sobre o Processo de AD
 - (2 3 1) Importância/Utilidade do Processo de AD
 - (2 3 1 1) Importância/Utilidade
 - (2 3 1 2) Processo de AD sem importância
 - (2 3 2) Grau de concordância
 - (2 3 2 1) Concordância
 - (2 3 2 2) Discordância
- (2 4) Dificuldades no Processo de AD
 - (2 4 1) Dificuldades de utilização do processo
 - (2 4 2) Dificuldades de aplicação do processo
 - (2 4 2 1) Dificuldades dos avaliadores
 - (2 4 2 2) Dificuldades dos avaliados
 - (2 4 2 3) Sem dificuldades
- (2 5) Formação sobre o Processo de AD
 - (2 5 1) Existência de formação
 - (2 5 2) Inexistência de formação
 - (2 5 3) Investimento pessoal
 - (2 5 4) Necessidade de formação
 - (2 5 5) Sem Necessidade de formação
 - (2 5 6) Contributos da formação
 - (2 5 6 1) Contributos positivos
 - (2 5 6 2) Contributos negativos
 - (2 5 7) Formação inadequada à prática
- (2 6) Alterações ao Actual Processo de AD
 - (2 6 1) Menção qualitativa
 - (2 6 2) Reconhecimento e valorização pessoal
 - (2 6 3) Avaliação por objectivos anual
 - (2 6 4) Instrumentos de registo
 - (2 6 5) Cumprimento de prazos
 - (2 6 6) Articulação com a gestão RH

(2 6 7) Entrevistas de orientação

Na árvore de categorias podemos observar que o nosso sistema de categorias tem dois grandes grupo de dados, os dados informativos e os dados de conteúdo. Os dados informativos são dados biográficos relativos ao entrevistado e ao contexto da entrevista, e os dados de conteúdo classificam os conteúdos semânticos dos dados.

↳ **Dados Informativos****Quadro 3. – Categoria *Género***

Título	(1 1) Género	
Subcategorias	(1 1 1) Feminino	(1 1 2) Masculino
Descrição	classifica o género dos entrevistados	
Frequência de unidades	289	40
Frequência de documentos	10	2

Quadro 4. – Categoria *Estatuto Profissional*

Título	(1 2) Estatuto Profissional		
Subcategorias	(1 2 1) Avaliador	(1 2 2) Avaliado	(1 2 3) Gestor
Descrição	classifica o estatuto profissional dos entrevistados		
Frequência de Unidades	167	116	46
Frequência de documentos	5	5	2

Nos dados informativos considerámos importante criar duas categorias, a categoria género e a categoria estatuto profissional, tal como podemos observar nos quadros 3 e 4, onde apresentamos o título da categoria, a sua

descrição e as suas frequências de ocorrência, ou seja, frequência de unidades e frequência de documentos. Estas duas categorias foram criadas para podermos caracterizar os actores do nosso estudo, através da categoria género ficámos a conhecer como é feita a distribuição de homens e mulheres no estudo. Com a categoria estatuto profissional podemos perceber os diferentes estatutos dos entrevistados, tal como referimos na caracterização dos actores, esta distinção é importante para a compreensão do nosso caso, porque nos mostrará as diferentes perspectivas dos diferentes actores.

↳ **Dados de Conteúdo**

Na nossa árvore de categorias, os dados de conteúdo, pretendem classificar o conteúdo semântico dos dados, de forma a podermos dar respostas ao nosso problema de investigação, pelo que passamos a apresentar as categorias que criámos e considerámos pertinentes para o fazer.

Considerámos pertinente criar a categoria, implicações do processo AD, porque pensamos que nos poderá fornecer um importante contributo para o esclarecimento do problema de investigação, uma vez que o processo de avaliação do desempenho é um processo organizacional, desenvolvido entre os diferentes actores que nele participam, e neste sentido provoca implicações nos serviços hospitalares, e como os serviços pertencem à organização induz também a implicações na própria organização de saúde. Também o facto de um dos objectivos do processo AD ser contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal do avaliado, e isso ser referido por alguns dos participantes, faz com que o processo tenha implicações pessoais.

Quadro 5. – Categoria Implicações do Processo AD

TÍTULO	(2 1) Implicações do Processo de AD – implicações ou contributos do processo de avaliação do desempenho manifestada pelos entrevistados			
Sub categorias e Descrição	(2 1 1) Implicações organizacionais – implicações AD na organização		(2 1 2) Implicações pessoais – implicações do processo AD nas pessoas	
	(2 1 1 1) Impactos no serviço/ organização – impactos da AD no serviço/ organização	(2 1 1 2) Melhoria da qualidade – melhoria da qualidade dos cuidados prestados	(2 1 2 1) Desenvolvimento profissional – desenvolvimento e crescimento profissional, incluindo a progressão na carreira	(2 1 2 2) Desenvolvimento pessoal e social - desenvolvimento e crescimento pessoal e social
Exemplo de unidade codificada	<i>“...qualquer processo de avaliação interfere sempre com a mobilização e com a gestão de recursos humanos....”</i> 1 AVAR	<i>“...Se nós conseguirmos partilhar dificuldades com quem nos avalia, é quem também nos pode orientar e contribuir para a nossa melhoria de cuidados...”</i> 5 AVAR	<i>“...É uma forma de mostrar que os enfermeiros tenham em atenção aquilo que são capazes de dar e aquilo que são capazes de fazer...”</i> 1 AVAR	<i>“...Pessoal porque a pessoa deveria ter a noção quando faz o relatório crítico de actividades de se avaliar a si próprio e de aceitar uma crítica por parte de quem o avalia...”</i> 2 AVA
Frequência de unidades	42	14	93	25
Frequência de documentos	12	6	12	11

Para criarmos esta categoria inspiramo-nos na análise bibliográfica realizada, nas teorias de Almeida (1996), Caetano (1996) e Câmara et al. (2001), e nos dados obtidos nas entrevistas aos diferentes actores do processo AD. Com base nos dados, para esta categoria criámos duas subcategorias, implicações organizacionais e implicações pessoais, mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional, tal como podemos observar no quadro 5. No entanto, como os entrevistados referem implicações organizacionais e pessoais mais específicas, para cada uma destas subcategorias, criámos mais duas, como se observa no mesmo quadro.

Assim, relativamente às implicações organizacionais, os entrevistados referem implicações no serviço/organização e melhoria da qualidade, mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional. Nas implicações pessoais referem desenvolvimento profissional, incluindo a interação entre avaliador/avaliado e desenvolvimento pessoal e social, que não são mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional, porque no guião de entrevista elaborámos uma questão em que surge desenvolvimento profissional e pessoal.

No quadro 5, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

No quadro 6, apresentamos a categoria Operacionalização do Processo AD, que também considerámos de extrema importância no esclarecimento do problema de investigação, pois através desta categoria podemos perceber como é operacionalizado o processo AD na prática do HSLE, tendo em conta os diferentes procedimentos (entrevistas de orientação, acompanhamento e observação, RCA e atribuição da menção qualitativa), bem como as suas virtudes, falhas e lacunas.

Aquando da criação desta categoria inspiramo-nos em três guias de orientação, ou seja, na revisão da teoria acerca da avaliação do desempenho da carreira de enfermagem e no Despacho n.º 2/93, de 30 de Março (Anexo II), nos dados obtidos através da entrevistas e no problema de investigação. E neste sentido, para esta categoria consideramos importante e necessário criar quatro subcategorias, tal como se observa no quadro 6, nomeadamente, procedimentos efectuados, procedimentos não efectuados, valorização da operacionalização e justificação da operacionalização.

Quadro 6. – Categoria Operacionalização do Processo AD

TÍTULO	(2 2) Operacionalização do Processo de AD – forma como é operacionalizado o processo na prática, tendo em conta as diferentes fases ou procedimentos que prevê, bem como as suas virtudes, falhas e lacunas.				
Sub categorias e Descrição	(2 2 1) Procedimentos efectuados - identifica os procedimentos efectivamente realizados nas avaliações de desempenho em que está implicado	(2 2 2) Procedimentos não efectuados - identifica os procedimentos que não são realizados nas avaliações de desempenho em que está implicado	(2 2 3) Valorização da operacionalização - valoriza a operacionalização das fases do processo AD (2 2 3 1) Aspectos positivos - aspectos positivos da operacionalização do processo, como as virtudes	(2 2 3 2) Aspectos negativos - aspectos negativos da operacionalização do processo AD, como falhas e lacunas	(2 2 4) Justificação da operacionalização - identifica e explica o porquê da operacionalização das fases do processo de avaliação do desempenho
Exemplo de unidade codificada	“...Fiz entrevistas de orientação, o relatório crítico de actividades, também já fiz vários, já fiz várias vezes sim. 1 AVA...”	“...Nunca me fizeram entrevistas de orientação, é que tem mesmo o nome, não é?, é para orientar uns e outros, avaliado e avaliador, e acaba por não haver essa orientação...” 3 AVA	“...ahhh.... queria salientar a importância das entrevistas de orientação enquanto faróis, digamos assim, de orientação para o desenvolvimento profissional das pessoas..” 2 AVAR	“...Penso que alguns aspectos até cria algum desprezo, algum desprezo por parte dos profissionais, quer dos avaliados, quer dos avaliadores...” 2 AVAR	“...se as entrevistas de orientação também fossem feitas como deve ser as pessoas poderiam colmatar as lacunas todas que temos a nível dos serviços...” 2 AVA
Frequência de unidades	36	11	9	17	12
Frequência de documentos	11	4	6	7	7

Ainda na subcategoria, valorização da operacionalização, criámos mais duas subcategorias, aspectos positivos e aspectos negativos, com base nos dados fornecidos pelas entrevistas, que são bem claros nessa distinção. Todas estas subcategorias são exclusivas do ponto de vista operacional, e vão-nos permitir descrever o processo AD, tal como funciona e é aplicado no caso do HSLE, identificando os procedimentos efectivamente realizados, os procedimentos que não são realizados nas avaliações de desempenho, a

valorização dada à operacionalização das várias fases do processo, em termos de aspectos positivos e negativos, e também explicar o porquê da operacionalização das fases do processo de avaliação do desempenho neste hospital. No quadro 6, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

Quadro 7. – Categoria Opinião sobre o Processo AD

TÍTULO	(2 3) Opinião sobre o Processo de AD – opinião relativamente à estrutura do processo, tendo em conta os pressupostos, fases do processo, tal como está preconizado na lei.			
Sub Categorias e Descrição	(2 3 1) Importância/Utilidade do Processo de AD – importância e utilidade que os entrevistados atribuem ao processo.		(2 3 2) Grau de concordância – revela se os entrevistados concordam ou não com o processo AD.	
	(2 3 1 1) Importância/Utilidade – importância/utilidade referenciada pelos entrevistados	(2 3 1 2) Processo AD sem importância – revela que os entrevistados consideram que o processo AD não tem importância	(2 3 2 1) Concordância – revela a concordância dos entrevistados com o processo AD	(2 3 2 2) Discordância – revela a discordância dos entrevistados com o processo AD
Exemplo de unidade codificada	“...O processo é muito importante para que os enfermeiros evoluam na carreira e na vida profissional..” ¹ AVAR	“...No nosso hospital e na maioria dos hospitais acho que ele não tem importância nenhuma...” 2 AVA	“...É assim, eu concordo com a avaliação de desempenho, como ela está preconizada não sei...” 2 AVA	CONCORDA COM O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO TAL COMO ESTÁ PRECONIZADO NA LEI? “...Não, penso que não...” 3 AVA
Frequência de unidades	26	4	7	17
Frequência De Documentos	12	2	6	10

No quadro 7, apresentamos a categoria Opinião sobre o Processo AD, que foi por nós construída por considerarmos que nos dará um forte contributo

para tentar encontrar respostas para o problema de investigação, tendo em conta os objectivos traçados para este estudo. Para a sua criação, inspiramo-nos nos dados fornecidos pelos entrevistados relativamente à sua opinião sobre a estrutura do actual processo AD, tal como está preconizado pela lei.

Assim de acordo com os dados obtidos, criámos para esta categoria duas subcategorias, importância/utilidade do processo AD, que revela a importância e/ou utilidade que os entrevistados atribuem ao processo, e grau de concordância com o processo, que revela se os entrevistados concordam ou não com o processo AD. E para cada uma destas subcategorias criámos mais duas, ou seja, dentro da subcategoria importância/utilidade do processo AD, temos a importância/utilidade e processo AD sem importância, onde os entrevistados revelam a importância/utilidade ou não deste processo AD. Dentro da subcategoria grau de concordância, temos a concordância, que revela a concordância dos entrevistados com o processo AD e a discordância, que revela a discordância dos entrevistados com o processo AD, tal como está descrito no quadro 7, pois esta categoria e subcategorias são mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional.

Considerámos estas subcategorias pertinentes, porque nos podem ajudar a descrever o processo AD segundo cada grupo de participantes e comparar os diferentes pontos de vista, através da sua opinião acerca do processo. Para cada grupo de participantes, podemos saber qual é a sua opinião relativamente à importância/utilidade do processo e se concordam ou não com a estrutura do actual processo de AD, tal como está preconizado na lei.

No quadro 7, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

Quadro 8. – Categoria Dificuldades no Processo AD

TÍTULO	(2 4) Dificuldades no Processo de AD – dificuldades sentidas pelos entrevistados na aplicação e utilização do processo.				
Sub Categorias e Descrição	(2 4 1) Dificuldades de utilização do processo – dificuldades sentidas pelos entrevistados na utilização dos resultados do processo	(2 4 2) Dificuldades de aplicação do processo – dificuldade em executar os procedimentos ou fases formalmente estabelecidos.			
		(2 4 2 1) Dificuldades dos avaliadores dificuldade dos avaliadores em executar procedimentos formalmente estabelecidos	(2 4 2 2) Dificuldades dos avaliados dificuldade dos avaliados em executar procedimentos formalmente estabelecidos	(2 4 2 3) Sem dificuldades revela que os entrevistados não sentem dificuldades na aplicação do processo	(2 4 2 4) Dificuldades não especificadas revela dificuldades de aplicação do processo que não são específicas
Exemplo de unidade codificada	“...E é, é muito difícil ahhh.... nós sabemos que a gestão pactua-se muito pelo incentivo, pactua-se muito pelo pelo reconhecimento e é muito difícil ahhh... fazer isso em termos de função pública. ...” 2 AVAR	“...Eu tenho algumas dúvidas em termos dos registos de observação, pela dificuldade em praticar isso, a executar. ...” 1 GEST	“...Talvez os enfermeiros sintam mais dificuldades, eles próprios na elaboração do relatório crítico de actividades. ...” 1 AVAR	“...De facto é importante aquilo que as pessoas podem tirar de bom da avaliação, mas não é difícil para aplicar de forma alguma. ...” 3 AVAR	“...Porque é sempre difícil a gente aplicar um sistema novo, mas sim a formação foi bastante orientadora...” 1 AVAR
Frequência de unidades	7	19	12	8	4
Frequência de documentos	4	7	5	2	3

Em seguida, apresentamos no quadro 8, a categoria Dificuldades no Processo AD, que revela as dificuldades sentidas pelos entrevistados na utilização e aplicação do processo AD, e foi por nós criada com base no problema de investigação, a opinião desfavorável dos actores relativamente ao processo de avaliação no HSLE, na revisão da literatura, de acordo com o autores Beer (1993), Lopes (1999), Caetano e Vala (2002), e nos dados das entrevistas, ou seja, baseamo-nos nestas três guias de orientação para criar

esta categoria. Para a qual, criámos duas subcategorias, mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional, que surgiram dos dados das entrevistas, que são respectivamente, dificuldades de utilização do processo, que revela as dificuldades sentidas pelos entrevistados na utilização dos resultados do processo, e dificuldades de aplicação do processo, que revela dificuldade em executar os procedimentos ou fases formalmente estabelecidos.

Ainda de acordo com os dados obtidos na entrevistas, criámos para a subcategoria dificuldades de aplicação do processo, mais quatro, as quais são: dificuldades dos avaliadores, dificuldades dos avaliados, sem dificuldades e dificuldades não especificadas, tal como podemos observar no quadro 8.

Consideramos estas categoria e subcategorias de extrema importância, pois esperamos que nos ajudem a dar resposta a um dos objectivos específicos do nosso estudo, no qual pretendemos identificar as dificuldades de utilização e aplicação do processo aplicado. Através da categoria e respectivas subcategorias podemos perceber quais são as dificuldades sentidas no processo AD e quais os grupos de participantes que têm essas dificuldades.

No quadro 8, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

A categoria Formação sobre o Processo AD, é por nós apresentada no quadro 9, onde podemos observar que esta categoria se refere aos conhecimentos adquiridos ou não, que permitam utilização ou aplicação do processo. Foi criada com base numa mistura das três linhas orientadoras, ou seja, o problema de investigação, a revisão bibliográfica, de acordo com os autores Gil (1994), Sampaio (1996) e Caetano e Vala (2002), e os dados obtidos nas entrevistas realizadas. E, durante a análise dos dados das entrevistas, criámos para esta categoria sete subcategorias, mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional, as quais são: existência de formação, inexistência de formação, investimento pessoal, necessidade de formação sem necessidade de formação contributos da formação e formação inadequada à prática e podemos observar a descrição de cada uma delas no quadro 9. Ainda

para a subcategoria contributos da formação, criámos mais duas, nomeadamente, contributos positivos e contributos negativos da formação.

Quadro 9. – Categoria Formação sobre o Processo AD

Título	(2 5) Formação sobre o Processo de AD – conhecimentos adquiridos ou não que permitam utilização ou aplicação do processo.						
Sub categorias e Descrição	(2 5 1) Existência de formação revela que os entrevistados frequentaram formação sobre o processo AD	(2 5 2) Inexistência de formação revela que os entrevistados não frequentaram formação sobre o processo AD	(2 5 3) Investimento pessoal investimento pessoal dos entrevistados para compreender o processo AD	(2 5 4) Necessidade de formação necessidade e dos entrevistados para formação sobre o processo AD	(2 5 5) Sem Necessidade de formação revela que os entrevistados referem que não existe necessidade e de formação sobre o processo AD	(2 5 6) Contributos da formação revela os contributos da formação recebida sobre o processo AD	(2 5 7) Formação inadequada à prática revela que os entrevistados caracterizam a formação recebida inadequada à prática do HSLE
Exemplo de unidade codificada	“...na altura fiz formação como avaliado e depois mais tarde fiz como avaliador...” 4AVAR	“...Não, nessa altura ainda não estava na gestão, não frequentei formação...” 2 AVAR	“...me dediquei pessoalmente à leitura da legislação em vigor para poder de facto pôr em prática o processo de avaliação...” 3 AVAR	“...digamos que aquela formação geral, isso não sinto essa, essa necessidade e. Formação mais dirigida se calhar valeria a pena fazer...” 2 AVAR	“...Neste tipo de processo não vejo necessidade e de ter mais formação, não vejo essa necessidade e...” 1 AVAR	“...foi muito superficial, penso que tou mais esclarecida depois de falar propriamente com a minha chefe...” 4 AVA	“...acabou por a formação nessa altura que eu fiz ser dirigida para determinados pressupostos que na prática não se concretizam...” 5 AVAR
Frequência de unidades	13	6	4	10	3	9	1
Frequência de documento	9	3	2	7	2	7	1

Pensamos que esta categoria e subcategorias são pertinentes, na medida em que nos podem ajudar a esclarecer o problema de investigação, dando

resposta a um dos objectivos específicos traçados para o presente estudo, no qual pretendemos descrever a génese do processo AD quanto à formação.

No quadro 9, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

Quadro 10. – Subcategoria *Contributos da formação*

Título	(2 5 6) Contributos da formação – revela os contributos da formação recebida sobre o processo AD	
Subcategorias e Descrição	(2 5 6 1) Contributos positivos aspectos positivos da formação recebida	(2 5 6 2) Contributos negativos aspectos negativos da formação recebida
Exemplo de unidade codificada	<i>“...penso que foi benéfica porque nessa altura eu estava como enfermeira responsável no bloco operatório e iniciei algumas entrevistas de orientação aos colegas, tentei fazer não sei se fiz bem se fiz mal, acho que foi produtivo...”</i> 3 AVA	<i>“...Penso que nessa altura, nesse momento não aprendi nada de novo...”</i> 5 AVA
Frequência de unidades	5	4
Frequência de documentos	4	3

O quadro 10 refere-se à subcategoria contributos da formação, que tal como já referimos pertence à categoria formação sobre o processo AD, esta subcategoria revela os contributos da formação recebida sobre o processo AD, que dividimos em duas, mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional, os contributos positivos, que revela os aspectos positivos da formação recebida, e contributos negativos, que revela os aspectos negativos da formação recebida. A pertinência desta subcategoria para o estudo, prende-se

com o facto de poder dar um esclarecimento acerca da génese do processo AD quanto à formação.

Neste quadro, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

No quadro 11, apresentamos a categoria Alterações ao processo formal AD, onde podemos observar a sua descrição como, sugestões de alteração ao processo formal de avaliação do desempenho referidas pelos entrevistados. E criámos esta categoria com base em duas linhas orientadoras, no problema de investigação e nos dados obtidos através das entrevistas, porque muitas vezes no decorrer das entrevistas, é sugerido pelos entrevistados a alteração de pontos específicos no actual processo AD. Assim, e de acordo com os dados, para esta categoria criámos sete subcategorias, mutuamente exclusivas do ponto de vista operacional, que passamos a mencionar: menção qualitativa, reconhecimento e valorização pessoal, avaliação por objectivos, instrumentos de registo, cumprimento de prazos, articulação com GRH e entrevistas de orientação, e para cada subcategoria podemos observar no respectivo quadro a sua descrição.

Consideramos que esta categoria e respectivas subcategorias têm pertinência relativamente ao esclarecimento do problema de investigação, pois podem contribuir para dar resposta a um dos objectivos da investigação, ou seja, para descrever as prescrições dos diferentes participantes.

No quadro 11, podemos ainda observar um exemplo de uma unidade codificada, a frequência de unidades e de documentos para cada uma das subcategorias.

Quadro 11. – Categoria Alterações ao processo formal AD

Título	(2 6) Alterações ao Actual Processo de AD – sugestões de alteração ao processo formal de avaliação do desempenho						
Sub categorias e Descrição	(2 6 1) Menção qualitativa alteração da menção qualitativa	(2 6 2) Reconhecimento e valorização pessoal alteração o processo de forma a privilegiar o reconhecimento e valorização pessoal	(2 6 3) Avaliação por objectivos anual alteração do processo de AD, criando uma avaliação por objectivos anual	(2 6 4) Instrumentos de registo alteração dos instrumentos de registo do processo AD	(2 6 5) Cumprimento de prazos alteração do processo AD para que sejam cumpridos os prazos ao longo de cada triénio	(2 6 6) Articulação com a GRH articulação do processo AD com a gestão de recursos humanos	(2 6 7) Entrevistas de orientação alteração do processo AD, de forma a que as entrevistas de orientação sejam realizadas
Exemplo de unidade codificada	“...introduzi a outros parâmetros de avaliação, que eu penso que era melhor, trazia mais benefícios para todos....” 1 AVAR	“...Mas sim ser uma discussão, um intercâmbio entre si, o enfermeiro avaliador e o enfermeiro avaliado....” 2 AVA	“...faria uma avaliação por objectivos, ahhh... por objectivos....” 3 AVAR	“...se houvesse um modelo onde se podessem registar as entrevistas de orientação...” 2 AVA	“...as datas também deveriam ser respeitadas pelos enfermeiros avaliadores, mas pronto...” 2 AVA	“...acho bem que a formação esteja ligada, nas entrevistas e nos relatórios quase sempre se observam determinadas carências....” 1 AVAR	“...faria mais entrevistas ahhh... de avaliação com mais ahhh... com uma periodicidade maior e depois ahhh.. faria isso.” 4 AVA
Frequência de unidades	23	21	5	1	1	29	6
Frequência de documento	9	9	2	1	1	12	4

2.2.3 – Respostas ao Problema de Investigação

Tal como já referimos, o nosso problema de investigação é a opinião desfavorável dos actores relativamente ao processo de avaliação no HSLE, e neste sentido pretendemos analisar o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é aplicado, neste hospital. Assim, e de acordo com os objectivos específicos traçados para o presente estudo, procuramos dar resposta ao nosso problema de investigação, tendo em conta os dados fornecidos nas entrevistas realizadas.

Neste sentido e de acordo com a opinião dos actores, pretendemos encontrar respostas para:

- Descrever o processo de avaliação do desempenho segundo cada grupo de participantes, comparando os diferentes pontos de vista;
- Descrever e opinar sobre a génese do processo de avaliação do desempenho quanto à formação;
- Identificar a atribuição de valor ao processo formal e aplicado;
- Identificar as dificuldades de utilização e aplicação do processo de avaliação do desempenho aplicado;
- Descrever as prescrições dos diferentes participantes.

Em seguida, passamos a descrever as respostas ao problema de investigação cruzando os diferentes participantes no nosso estudo, enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores com as categorias que consideramos mais pertinentes para cada objectivo.

- **Descrever o processo de avaliação do desempenho segundo cada grupo de participantes, comparando os diferentes pontos de vista**

Para dar resposta a este objectivo, considerámos pertinentes as seguintes categorias: Implicações do processo AD (Implicações organizacionais e Implicações pessoais), Operacionalização do Processo de AD (Procedimentos efectuados, Procedimentos não efectuados, Valorização da operacionalização e Justificação da operacionalização) e Opinião sobre o Processo de AD (Grau de concordância). Assim, cruzámos as subcategorias destas categorias com cada um dos grupos de participantes (avaliadores, avaliados e órgãos de gestão), de forma a descrever o processo AD no HSLE, segundo os diferentes pontos de vista e compará-los.

- Enfermeiros Avaliadores

No grupo dos enfermeiros avaliadores verificámos que, relativamente às **implicações do processo de AD**, os 5 enfermeiros entrevistados referem que o processo de AD tem **impactos no serviço/organização**, salientam que o processo de avaliação do desempenho interfere com a gestão de recursos humanos, porque tem impactos na mobilidade dos enfermeiros para outro serviço ou para outra instituição.

“...qualquer processo de avaliação interfere sempre com a mobilização e com a gestão de recursos humanos...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Referem também que o facto dos enfermeiros avaliados terem que definir objectivos, revelarem necessidades de formação e planearem actividades para desenvolver e contribuir para o crescimento e desenvolvimento da organização, e o feedback que é dado à equipa de enfermagem acerca do seu desempenho contribui para a o desenvolvimento dos serviços.

“...o feedback que é necessário dar aos profissionais para o desempenho e em que medida é que isso contribui para o desenvolvimento dos serviços, principalmente para o desenvolvimento dos serviços...”

2 AVAR MAS 13 MAI

Fazem ainda referência ao facto do processo de AD contribuir para a detecção de necessidades de formação, quer formação teórica, através de cursos de formação, quer em termos de formação prática, com realização de estágios noutras unidades de saúde, que muitas vezes é referida pelos avaliados nas entrevistas de orientação.

“...já me aconteceu os enfermeiros que nas entrevistas manifestaram interesse por determinada área depois eu pego nessas informações e oriento para determinados cursos como foi por exemplo aquele curso de reanimação cardio-respiratória, essa informação tinha sido notada em entrevistas...” 5 AVAR FEM 27 MAI

No entanto, 1 dos enfermeiros avaliadores refere que o processo AD não tem impactos no serviço/organização, pois cada enfermeiro avaliado tem um processo de AD que o deve acompanhar mesmo quando o enfermeiro é transferido de serviço ou de organização, o que não acontece no nosso hospital. Esta enfermeira refere que quando chegou ao serviço há cerca de três anos os processos dos enfermeiros avaliados estavam em branco, ou seja, não tinha qualquer tipo de informação acerca do desempenho dos avaliados.

“...Não é de facto em termos formais um ponto importante na gestão, acabamos por informalmente todos sabemos quais são os enfermeiros que gostaríamos de ter nos serviços, não é?, mas do ponto de vista formal não é um elemento de mais valia, nesta instituição não é um elemento de mais valia...” 3 AVAR FEM 23 MAI

Por outro lado, apenas 1 dos enfermeiros avaliadores refere que o processo AD tem **impactos na melhoria da qualidade** dos cuidados

prestados ao utente, considerando que o enfermeiro avaliador deve ajudar o enfermeiro avaliado a aperfeiçoar a sua actividade profissional, não o deixando cair na má qualidade dos cuidados de enfermagem ao utente. E é através do feedback que a avaliação do desempenho permite, que os enfermeiros avaliados sabem se estão ou não a prestar cuidados de enfermagem de qualidade. Esta enfermeira avaliadora considera ainda que, um dos objectivos da organização pretende ser, que os enfermeiros prestem cuidados que sejam de boa qualidade, e é neste sentido que o processo AD tem implicações directas na melhoria da qualidade.

“...o enfermeiro tenta sempre melhorar a sua prestação para ter uma boa performance na instituição, porque a instituição pretende é que os cuidados sejam de boa qualidade, e portanto o processo de avaliação trás sempre mais valia, tanto para o enfermeiro como para a instituição...” 1 AVA FEM 19 MAI

Desde modo, através destes dados interpretamos que os enfermeiros avaliadores, estão mais preocupados com os impactos do processo AD no serviço/organização do que com os impactos em termos de melhoria da qualidade dos serviços prestados, talvez pelo facto de serem responsáveis pela gestão do serviço onde desempenham funções de enfermeiros chefes.

Relativamente à segunda categoria, **implicações pessoais**, verificámos que dos 5 enfermeiros avaliadores entrevistados, todos referem que o processo AD contribui/permite o **desenvolvimento profissional**, e neste sentido, salientam que o processo AD facilita que os enfermeiros evoluam na carreira e na vida profissional. Assim, a avaliação do desempenho é uma forma de orientar os enfermeiros no saber fazer, ou seja, o enfermeiro avaliador deve permitir o crescimento do enfermeiro avaliado na sua prática profissional.

“...É uma forma de mostrar que os enfermeiros tenham em atenção aquilo que são capazes de dar e aquilo que são capazes de fazer...”

1 AVAR FEM 19 MAI

Consideram que se não existisse o processo AD, os enfermeiros não saberiam onde deveriam melhorar a sua prestação de cuidados ou seja, não saberiam se os cuidados estavam ou não a ser bem ou mal prestados, e cada um trabalhava como bem entendia.

“...Qualquer processo de avaliação tem sempre uma mais valia, porque se os enfermeiros não fossem avaliados eles não saberiam aquilo que poderiam dar ou não dar, nem saberiam se os seus cuidados estavam a ser bem prestados, se prestavam cuidados de qualidade ou não, e então era uma anarquia...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Os enfermeiros avaliadores referem ainda que, o feedback que é dado aos enfermeiros durante a avaliação do desempenho contribui para o desenvolvimento profissional, porque o ajuda a orientar o seu desempenho na organização. E ao fornecer feedback à pessoa, orientando-a, permite que ela escolha o melhor caminho para o seu desenvolvimento profissional.

“...na tentativa de fornecer feedbacks que permitam à pessoa escolher os melhores caminhos para se desenvolver profissionalmente para se tornar um melhor profissional ao longo da vida...” 2 AVAR MAS 23 MAI

De uma forma mais abrangente, também permite aos enfermeiros avaliadores e à organização, perceber como está a evoluir o grupo de profissionais de enfermagem:

“... Ahhh... portanto em termos comparativos conseguimos perceber de que forma é que evolui o corpo profissional na instituição...”

2 AVAR MAS 23 MAI

Os enfermeiros avaliadores, referenciam também que, os momentos de avaliação permitem, detectar necessidades de formação ou ser manifestado pelos avaliados vontade e/ou necessidade em investir em determinada área, o

que mostra que têm interesse em se desenvolver profissionalmente. E o avaliador pode sempre orientar o avaliado nesse sentido.

“...Nós percebemos às vezes que há enfermeiros que estão a trabalhar nesta área mas que gostariam de trabalhar noutra ou, como eu tenho aqui uma enfermeira na equipa que, que eu sei que se ela tiver oportunidade gostaria de fazer uma formação na área da obstetrícia, que é uma área completamente diferente daquela em que ela está neste momento, mas eu por exemplo já tenho essa informação...” 5 AVAR FEM27 MAI

Existe 1 enfermeira avaliadora que considera que o processo AD contribui para o desenvolvimento dos profissionais de enfermagem no momento das entrevistas de orientação, pois por si só já valorizam o profissional porque o avaliado percebe por parte do avaliador como tem sido a sua prestação de cuidados. Mas refere que poderia valorizar muito mais a pessoa se fosse utilizado de forma diferente.

“...Penso que sim, apesar de uma ferramenta que poderia ser utilizada de uma forma muito mais objectiva e de forma a valorizar muito mais a pessoa...” 4 AVAR FEM MAI

No entanto, importa também referir que destes 5 enfermeiros avaliadores, 1 refere que o processo AD em enfermagem, não contribui para o desenvolvimento profissional, uma vez que os enfermeiros avaliados, quando realizam o RCA não fazem a reflexão e análise do seu desempenho, razão pela qual esta avaliadora considera que os avaliados não têm necessidade de crescer.

“...se a pessoa faz o relatório crítico de actividades e não faz qualquer tipo de auto- análise do seu desempenho, a verdade é que

não faz nenhuma, a experiência é que não faz portanto prova que não sente necessidade de crescimento...” 3 AVAR FEM 23 MAI

“...Porque no fundo as pessoas só vêm a avaliação do desempenho nesse sentido, é só para subir de escalão, rigorosamente para mais nada...” 3 AVAR FEM 23 MAI

Esta avaliadora refere também que, em momentos de observação, o avaliador, deve chamar à atenção para determinados pormenores, para que o profissional possa melhorar a sua prestação de cuidados, e salienta que pela sua experiência os enfermeiros têm procurado melhorar. Mas para que tal seja possível é necessário o investimento do avaliador para o desenvolvimento profissional do avaliado.

“...de facto é chamar à atenção para coisas que às vezes as pessoas fazem por rotina e deve-se chamar à atenção em particular para determinado pormenor, para que vão procurando, algumas têm procurado melhorar e outros têm efectivamente em conta os benefícios ahhh.... mas penso que a equipa tem melhorado...”

3 AVAR FEM 23 MAI

E em relação à segunda subcategoria, 4 dos 5 avaliadores entrevistados referem que o processo AD contribui para o **desenvolvimento pessoal e social**, e a este respeito dizem que como avaliadores podem sempre fazer com que o avaliado consiga aperfeiçoar as suas características pessoais. Sabemos que cada pessoa tem um determinado *feitio*, alguns são mais introvertidos, outros mais extrovertidos, uns têm mais e outros têm menos paciência, e o facto de trabalharmos com utentes, que não são máquinas são pessoas, obriga-nos a respeitar as pessoas, não só os utentes, como também os colegas de trabalho, e estas características pessoais mais “rebeldes”, podem também ser desenvolvidas quando referenciadas na avaliação do desempenho.

“...podemos sempre fazer com que o enfermeiro avaliado consiga crescer e consiga aperfeiçoar a sua actividade, a sua maneira de ser, de estar e de trabalhar, não o deixando cair na má qualidade dos cuidados...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Portanto, importa ainda salientar que os enfermeiros avaliadores consideram que o processo AD, em termos de implicações pessoais, contribui mais para o desenvolvimento profissional do que para o desenvolvimento pessoal e social, porque nos momentos de avaliação é dado quase sempre feedback do desempenho profissional.

Relativamente à categoria **Operacionalização do processo AD**, os 5 enfermeiros avaliadores referem **procedimentos efectuados**, quando operacionalizam a avaliação do desempenho. E neste âmbito, mencionam que o que na realidade se faz, passa pela definição de objectivos, entrevistas de orientação, observação periódica, realização e análise do relatório crítico de actividades, avaliação contínua, discussão das normas e critérios de qualidade, detecção de acidentes críticos e muitas vezes é feito um acompanhamento informal do avaliado.

“...E depois, ahhh... a atribuição da menção qualitativa ahhh... em cada triénio...” 2 AVAR MAS 23 MAI

“...Acabo por, faço um acompanhamento, lá está não formal e na base depois desse acompanhamento não formal que é feita a avaliação no final do triénio...” 5 AVAR FEM 27 MAI

De salientar que apenas 1 enfermeira avaliadora refere, **procedimentos não efectuados** na operacionalização do processo AD, e neste sentido menciona que, quando se começou a fazer formação sobre o processo de avaliação do desempenho, falou-se muito que os enfermeiros tinham que elaborar um projecto profissional, onde os enfermeiros avaliados traçavam os

objectivos para o triénio. No entanto, refere que nunca ninguém pediu o projecto aos enfermeiros, logo a operacionalização da avaliação do desempenho deveria começar com a elaboração do projecto, o que não acontece.

“...Quando saiu e se falou muito na avaliação de desempenho como ela está, falou-se muito, falou-se que o desempenho ahhh.... falou-se que a avaliação de desempenho previa a definição de um projecto, mas nunca foi pedido aos enfermeiros um projecto...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Esta enfermeira avaliadora refere que não faz registos de observação, porque se corre alguma coisa bem com um determinado enfermeiro, prefere dizer-lhe logo, tal como quando alguma coisa corre mal gosta de dizer no momento e muitas vezes por essa razão não faz os registos. Faz sim um acompanhamento, lá está não formal e é com base nesse acompanhamento não formal que é feita a avaliação no final do triénio.

“...acabo por não fazer muito os registos porque depois também perdem um bocado o impacto...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Relativamente à **valorização da operacionalização** do processo AD, verificamos também que, 4 enfermeiros avaliadores referem aspectos positivos, e aspectos negativos, quando valorizam a operacionalização do processo.

Como **aspectos positivos** os enfermeiros avaliadores salientam a importância das entrevistas de orientação, como orientação do desempenho profissional dos enfermeiros, pois é nas entrevistas de orientação que o enfermeiro avaliado em conjunto com o avaliador pode detectar problemas existentes na prestação de cuidados e perceber o que pode melhorar no seu desempenho.

“...Acima de tudo penso que mais que a própria atribuição da menção que é fundamental depois para as questões administrativas, ahhh.... queria salientar a importância das entrevistas de orientação enquanto

faróis, digamos assim, de orientação para o desenvolvimento profissional das pessoas...” 2 AVAR MAS 23 MAI

Os enfermeiros avaliadores referem ainda como aspectos positivos da operacionalização do processo AD, o facto de terem em consideração a disponibilidade dos enfermeiros para marcar as entrevistas de orientação, e nas entrevistas dar a conhecer as normas e critérios de qualidade dos hospital, de forma a perceber se o enfermeiro tem dificuldades, e onde o avaliador pode ajudar a atenuá-las ou a resolve-las.

Outro aspecto positivo é o facto de nas entrevistas de orientação se definem objectivos, tendo em conta o profissional e o serviço onde trabalha, ou quando o enfermeiro avaliado planeia uma determinada actividade, para atingir os objectivos traçados, muitas vezes podem-se criar grupos de trabalho, que é sempre de valorizar no processo AD.

“...o facto de na própria entrevista de orientação definir logo o que é que se deverá fazer de diferente no serviço, ahhh..... de determinada actividade que se possa fazer partirem daí grupos de trabalho e penso que é uma mais valia, uma forma de mais valia para a organização...”

4 AVAR FEM 25 MAI

Como **aspectos negativos** os enfermeiros avaliadores salientam que a operacionalização do processo AD, apresenta uma lacuna que deveria ser pensada, que é a menção qualitativa, consideram que não dá grandes hipóteses ao enfermeiro de crescer.

“...há aqui ainda alguma lacuna que deveria ser pensada, porque não dá grandes hipóteses ao enfermeiro de crescer ainda mais, porque se nós tivéssemos uma avaliação como era antigamente, de um não satisfaz, satisfaz, o ser bom, o ser muito bom, dava hipótese a que o enfermeiro mostra-se a sua evolução...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Outro aspecto negativo da operacionalização do processo AD, que os enfermeiros avaliadores referem é o facto destes não terem ainda coragem para atribuir um não satisfaz quando o avaliado é merecedor dele, pois no nosso hospital não nos lembramos de alguma vez ter existido um caso de não satisfaz. O que acontece é que todos os enfermeiros têm satisfaz na avaliação do desempenho no final do triénio.

Ainda em relação à **justificação da operacionalização**, verificámos que 4 enfermeiros avaliadores fazem referencia a este aspecto. E neste contexto, os referem que, realizam as entrevista de avaliação para traçar objectivos para o ano em curso e perceber o que os enfermeiros avaliados pretendem fazer para o próximo ano. E é no momento da realização das entrevistas de orientação que falam e discutem o que os avaliados têm melhorado no seu desempenho profissional.

“...As entrevistas de orientação para, em termos de definição de objectivos do serviço, apresentar aquilo que foi o passado recente ahhh... tentar estabelecer objectivos ahhh... para o ano em curso e depois aferir da concretização e da perspectiva para um novo ano...”

2 AVAR FEM 23 MAI

Os enfermeiros avaliadores referem também a utilização dos impressos que devem ser preenchidos nos momentos de avaliação, como as entrevistas de orientação, o acompanhamento e observação do desempenho, que dão uma grande ajuda no momento de dar feedback aos avaliados sobre o seu desempenho e também são importantes aquando da atribuição da menção qualitativa.

“...próprio processo tem, tem impressos que servem de suporte para registos de observação periódica, que também muitas vezes as pessoas só usam para, para registar aspectos negativos, o que eu acho que poderiam ser usados para registar aspectos positivos...”

5 AVAR FEM 27 MAI

No que respeita à categoria Opinião sobre o processo AD, ao cruzar a subcategoria **grau de concordância** com os diferentes grupos de participantes, verificámos que 2 enfermeiros avaliadores **concordam** com o actual processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem. Referem que concordam com todo o processo como ele está estruturado porque permite uma maior interacção entre avaliador e avaliado.

“...Sim, isso eu concordo, com todo o processo como ele está, penso que sim, que é uma forma de ajudar o enfermeiro e há uma maior interacção entre o avaliado e avaliador, não aquele que é o chefe, o avaliador, e eu estou cá de longe, não...”

1 AVAR FEM 19 MAI

Dizem ainda que, em comparação com a anterior classificação em serviço, consideram que este processo AD tem sido uma melhoria para o desempenho do enfermeiro, o facto do avaliado ter que elaborar um RCA, onde faça uma auto-análise reflexiva do seu desempenho, de forma a que possa ser depois analisado em conjunto com o enfermeiro avaliador. Com a classificação em serviço não havia oportunidade de analisar e discutir o desempenho nestes moldes.

“...acho que no início deste processo concordei e achei que tinha sido uma melhoria o facto do enfermeiro fazer um relatório crítico de actividades, porque era diferente a forma como dantes éramos avaliados em que havia vários níveis...” 4 AVAR FEM 25 MAI

Referem também que concordam que o trabalho tem que ser avaliado, e neste sentido concordam com as linhas mestras e orientadoras, mas consideram que deveria ser alterada alguma coisa no sistema, no entanto, não especificam o que deve ser alterado.

“...Eu concordo que todo o trabalho tem que ser avaliado, mas pronto penso que deveria ser alterada alguma coisa no nosso sistema, aproximar um bocadinho o nosso sistema de avaliação da função pública, seria melhor...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Por outro lado, verificámos que 5 enfermeiros avaliados **não concordam** com o actual processo de AD, e neste sentido referem que não concordam com a menção qualitativa, porque é muito pobre, o enfermeiro avaliador só pode atribuir *satisfaz ou não satisfaz*, e dentro do *satisfaz* não consegue distinguir o enfermeiro que por algumas razões se destaca em determinados aspectos do seu desempenho. Porque o enfermeiro pode estar no *satisfaz*, mas ser um *satisfaz* que é muito baixinho, enquanto que há outro enfermeiro que tem um bom desempenho, uma prestação excelente e que não tem grande diferenciação na sua pontuação, e portanto, até pode cair naquilo de dizer assim, eu tenho o *satisfaz*, quero cá saber.

“...o que eu não concordo realmente é com a pontuação que é atribuída, porque acho que é muito pobre, não temos hipótese que o enfermeiro mostre aquilo que pode melhorar...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Referem ainda que, não concordam com o processo AD, por ser demasiado aberto, muito abrangente e que por vezes causa desânimo por não se conseguir realizar todo o processo, e nalgumas fases se torna até inútil de tão pouco explorado que está e de tão pouco rigoroso que é. Nalguns aspectos até cria algum desprezo por parte dos profissionais, quer dos avaliados, quer dos avaliadores. E em termos de menção qualitativa referem que não conseguem ter a real valia das pessoas na organização porque é muito abrangente e todos os profissionais se situam no *satisfaz*, pois não se conhece nenhum caso de *não satisfaz* neste hospital.

Ainda neste âmbito, referem que os enfermeiros avaliadores não tem tido coragem para dar um não *satisfaz*, pois basta dizerem a uma pessoa que de facto precisa de desenvolvimento e isso inibe a sua progressão nos 3 anos no

escalão. Porque no fundo as pessoas só vêem a avaliação do desempenho nesse sentido, para subir de escalão, rigorosamente para mais nada.

“...o sistema de avaliação de desempenho nos enfermeiros é demasiadamente aberto e às vezes até cria digamos algum sentimento de desânimo por não se conseguir concretizar todo o processo e extrair de todo o processo aquilo que efectivamente ele pode dar...”

2 AVAR MAS 23 MAI

Também uma enfermeira avaliadora diz que não concorda com o facto de a avaliação do desempenho dos enfermeiros ser feita durante um período de três anos, considera este período muito longo, por exemplo quando se traçam objectivos para o enfermeiro avaliado, são objectivos para três anos, o que considera não ser correcto. E o próprio enfermeiro passa por fases muito diferentes ao longo de três anos.

“...Acaba por ser, penso eu que é uma avaliação é um período longo, acho que três anos é muito tempo ahhh... o próprio enfermeiro, o próprio avaliado, o próprio avaliador têm fases muito diferentes durante três anos, que acaba por ser um período longo...” 4 AVAR FEM 25 MAI

Consideram também que o processo AD acaba por ser pouco objectivo, e referem que quando saiu a legislação em 1993, falou-se que a avaliação de desempenho previa a definição de um projecto, mas nunca foi pedido aos enfermeiros um projecto, e portanto sem definição de um projecto de desenvolvimento, sem definição de objectivos ficamos só com os auxiliares da avaliação de desempenho, o que acaba por ficar um bocado pobre e as pessoas têm tendência para definir objectivos muitas vezes não formais, que acabam por ser os objectivos do serviço, que ficam muito por baixo do que os enfermeiros poderiam dar.

“..Eu já concordei mais, porque acaba por ser pouco objectivo, por tudo isto que eu já disse acaba por ser pouco objectivo...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Neste contexto, verificámos que os enfermeiros avaliadores não concordam com o actual processo AD, pelas razões que referimos anteriormente e referem que determinados aspectos deveriam ser repensados e provavelmente alterados. No entanto, verificámos também que 2 enfermeiros avaliadores mesmo não concordando com um determinado aspecto do processo, concordam com a sua estrutura e concordam com o facto do trabalho ter que ser avaliado.

- Enfermeiros Avaliados

No grupo de enfermeiros avaliados, verificámos que, em relação às **implicações do processo AD**, os 5 enfermeiros avaliados, consideram que o processo de avaliação do desempenho tem **impactos no serviço/organização**, desta unidade de saúde, salientam que este processo permite a integração de novos elementos no nosso hospital e a mobilidade de enfermeiros dentro da instituição, pois estas necessidades podem ser manifestadas nos momentos de avaliação.

Referem ainda que, o processo AD permite também detectar problemas dentro dos serviços, como problemas de relacionamento, para que possam posteriormente ser resolvidos e as pessoas possam ser beneficiadas nesse sentido.

“...Porque se a pessoa avalia o seu trabalho e diz que ahhh..., por exemplo ahhh..... não se encontra à vontade numas certas funções, ahhh.... pelo espaço físico ou por problemas de relacionamento, não é?, deveriam esses problemas ser levantados nestas alturas para serem resolvidos, não é?...” 2 AVA FEM 19 MAI

Referem também que o processo de AD, permite identificar quais são as necessidades dos serviços, onde trabalha uma equipa de enfermagem, e muitas vezes os problemas podem não ser individuais, mas sim problemas que são comuns à equipa de enfermagem, que devem ser resolvidos, para o bom funcionamento desta, o que se reflecte na prestação de cuidados ao doente. E de uma forma mais abrangente reflecte-se também no funcionamento da organização, pois o espelho de uma organização de saúde, são os serviços onde se prestam cuidados diferenciados.

“...Se nós falarmos das nossa dificuldades ahhh... se nós ahhh... explorarmos também se calhar em conjunto, porque eu penso que a avaliação de desempenho apesar de ser um processo individual engloba todos os elementos da equipa e no conjunto também saber identificar quais são as necessidades do serviço porque nós não trabalhamos isolados, não é?...” 5 AVA FEM 07 JUN

De referir que o processo AD, permite ainda detectar lacunas e necessidades de formação na equipa, e para tal é necessário que as pessoas saibam apontar as suas necessidades ao enfermeiro avaliador, para que essas necessidades possam ser colmatadas.

“...detectar que em comum há um problema no serviço, mesmo até pelas necessidades de formação, é no momento da avaliação de desempenho, é o momento das pessoas, apontando as suas dificuldades o enfermeiro chefe juntamente com o enfermeiro responsável pela formação podem perceber que ali há algumas lacunas e algumas necessidades...”

5 AVA FEM 07 JUN

Os enfermeiros avaliados, consideram também que, o processo de AD é uma mais valia para a organização, porque contribui para o crescimento da organização, o que contribui para o crescimento da produtividade.

“...Nos aspectos comportamentais, nos aspectos profissionais ahhh... em termos de atitudes, tudo isso acho que é muito importante, para o crescimento de uma organização e de toda a postura dela, acho que é muito importante, para os funcionários todos, acho que há produtividade...” 3 AVA FEM 31 MAI

No entanto, 1 das enfermeiras avaliadas, diz que o processo AD tem uma mais valia para a organização, mas considera que não nos moldes em que está a ser utilizado.

“...Penso que tem uma mais valia para a organização, se bem que penso que não ahhh... feita destes moldes, a avaliação de desempenho não feita destes moldes. Se bem feita ahhh... penso que seria mais proveitosa...” 4 AVA FEM 31 MAI

No entanto, apenas 3 enfermeiros avaliados, referem que o processo AD, tem impactos na **melhoria da qualidade** dos cuidados prestados ao utente, dizem que através da avaliação, as pessoas ficam a saber, por feedback dos avaliadores onde têm que melhorar a sua prestação de cuidados ao utente, com o objectivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

“...através do processo de avaliação as pessoas sabem onde podem e têm que melhorar e onde é que tem que continuar a prestar cuidados...” 1 AVA FEM 19 MAI

Neste sentido, consideram que, os avaliados devem partilhar as suas dificuldades com os avaliadores, para que ser orientados, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

“...Se nós conseguirmos partilhar as nossas dificuldades com quem nos avalia, é quem também nos pode orientar e contribuir para a nossa melhoria de cuidados...” 5 AVA FEM 07 JUN

Outra Enfermeira avaliada refere que, o processo AD, tem reflexos nos cuidados que os enfermeiros prestam aos utentes, e através da avaliação do desempenho a pessoa pode sempre perceber onde deve melhorar, em termos de cuidados ao utente.

“...tem reflexo nos cuidados que prestamos aos doentes seria mais facilmente ahhh... portanto colmatadas as nuances ahhh... ou algumas nuances que possa ter em termos de relação, em termos de cuidados directos ao doente...” 4 AVA FEM 31 MAI

Assim, verificamos que a todos os enfermeiros avaliados consideram que o processo AD tem impactos no serviço/organização, enquanto apenas 3 destes referem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente, como um impacto organizacional deste processo.

Em relação à segunda categoria, **implicações pessoais**, verificámos que os 5 enfermeiros avaliados, referem que o processo AD contribui para o **desenvolvimento profissional**, e neste contexto, dizem que o processo AD permite à pessoa melhorar o seu desempenho profissional, pois as pessoas têm que ser avaliados para perceberem onde podem melhorar. E através deste processo as pessoas sentem-se recompensadas pelo trabalho que desenvolvem, pois é no momento da avaliação que percebem que existe alguém que valoriza o esforço realizado profissionalmente.

“...Se nós somos avaliados, se sabemos que em determinadas atitudes ou comportamentos precisamos melhorar, ou que noutros somos recompensados pelo aquilo que fazemos, que há alguém que vê que realmente nos esforçamos, eu penso que é importante...”

1 AVA FEM 19 MAI

A avaliação do desempenho permite que a pessoa se possa desenvolver profissionalmente, quando existe feedback do avaliador de que algo precisa ser melhorado, dando uma orientação do que o enfermeiro poderá fazer para

atingir esse objectivo, e nesse sentido referem que a pessoa pode fazer formação para melhorar o desempenho.

“...o enfermeiro avaliador diz que há deficiência deste ou naquele processo e as pessoas tem que fazer formação para melhorar. Ou até mesmo o próprio enfermeiro diz, eu necessito de me formar neste ou naquele ponto...” 1 AVA FEN 19 MAI

Os enfermeiros avaliados também mencionam que, a avaliação do desempenho permite a progressão na carreira, pois tal como qualquer avaliação tem que pesar na progressão, porque as pessoas têm que ser recompensadas.

“...Como qualquer avaliação tem que pesar na progressão, não é?, em qualquer carreira...” 1AVA FEM19 MAI

Contudo, existe 1 enfermeira avaliada que considera que o processo AD não contribui para o desenvolvimento profissional, mas deveria contribuir. Por parte de quem avalia, aceitar a crítica e tentar melhorar os problemas que fossem detectados por ambos (avaliador e avaliado) durante este processo de avaliação, poderia contribuir para este desenvolvimento.

“...Eu penso que como ele é feito, nos moldes em como costuma ser feito ahhh... não contribui, mas que deveria contribuir...”

2 AVA FEM 19 MAI

Vêem o processo AD como uma auto-avaliação o que permite uma aprendizagem e é uma forma do avaliador orientar o avaliado para uma melhor prestação do cuidados.

“...é um momento de partilha, é um momento de, pode ser de aprendizagem e de encaminhamento do enfermeiro que está a ser avaliado...” 5 AVA FEM 07 JUN

No que respeita à segunda subcategoria, os 5 enfermeiros avaliados, referem que o processo AD permite e facilita o **desenvolvimento pessoal e social**. Assim, consideram que é durante os momentos de avaliação que conseguem saber quais as atitudes e comportamentos pessoais que devem melhorar, e também permite o desenvolvimento e crescimento pessoal na medida em que:

“...Pessoal porque a pessoa deveria ter a noção quando faz o relatório crítico de actividades de se avaliar a si próprio e de aceitar uma crítica por parte de quem o avalia...” 2 AVA FEM 19 MAI

“...permite um crescimento profissional maior e até pessoal em termos de atitudes, comportamentos e virtudes...” 3 AVA FEM 31 MAI

A avaliação do desempenho permite ainda que, nas suas diferentes vertentes, e neste caso, na vertente relacional, a pessoa possa melhorar determinadas características pessoais e de relacionamento com as pessoas não só com outros enfermeiros, mas com outros colegas de trabalho como médicos e obviamente com o utente.

“...uma avaliação do nosso desempenho, que é efectivamente o que quer dizer, nas diferentes componentes, quer científica, técnica relacional e eu penso que será uma forma de aprendizagem...” 5 AVA FEM 07 JUN

Assim, é importante referir que os enfermeiros avaliados consideram que o processo AD, em termos de implicações pessoais, contribui mais para o desenvolvimento profissional do que para o desenvolvimento pessoal e social, porque nos momentos de avaliação é dado quase sempre feedback do desempenho profissional.

Relativamente à categoria **Operacionalização do processo AD**, os 5 enfermeiros avaliados referem **procedimentos efectuados**, quando operacionalizam a avaliação do desempenho. E neste sentido referem que o

que se operacionaliza no nosso hospital, são entrevistas de orientação e o relatório crítico de actividades.

“...Fiz entrevistas de orientação, o relatório crítico de actividades, também já fiz vários, já fiz várias vezes sim...” 1 AVA FEM 19 MAI

De salientar que apenas 3 enfermeiros avaliados referem, **procedimentos não efectuados** na operacionalização do processo AD, e neste sentido mencionam que, as entrevistas de orientação não são realizadas, alguns enfermeiros avaliados referem que ao longo dos vários anos que têm desempenhado funções, nunca lhes foi feita uma entrevista de orientação, outros referem que só tiveram uma entrevista de orientação quando começaram a trabalhar neste hospital.

“...De resto não se verificou de maneira nenhuma uma avaliação, mudei de serviço, ahhh..... durante este tempo não fui minimamente submetida a entrevista nenhuma de orientação...” 3 AVA FEM 19 MAI

“...Enquanto elemento avaliado ahhh... eu considero que é importante e é um pouco, é importante as entrevistas de orientação que deviam ser feitas uma pelo menos por ano, que não são feitas, eu só fiz uma...” 5 AVA FEM 07 JUN

Os enfermeiros avaliados referem também que ninguém faz o projecto profissional, no nosso hospital nunca foi pedido aos enfermeiros avaliados que elaborassem um projecto profissional, onde dessem a conhecer ao avaliador qual o seu projecto para o ano seguinte de forma a valorizar o seu desempenho e colmatar possíveis necessidades.

“...todos deviam fazer um projecto, no final do seu relatório crítico de actividades apresentar um projecto par os seus próximos 3 anos,

quais são os seus objectivos, a que é que se propõe, orientar a sua vida profissional, não sei...” 5 AVA FEM 07 JUN

Relativamente à **valorização da operacionalização** do processo AD, verificámos também que, 2 enfermeiros avaliados referem aspectos positivos e aspectos negativos, quando valorizam a operacionalização do processo.

Como **aspectos positivos** os enfermeiros avaliados valorizam a realização das entrevistas de orientação, que se fossem feitas como deve ser as pessoas poderiam colmatar as lacunas, quer a nível dos serviços, quer a nível pessoal no sentido positivo e no sentido negativo. E valorizam também a realização dos RCA, porque pretende ser um momento de reflexão e de auto-análise do desempenho realizado, e neste sentido também se pretende que o enfermeiro possa crescer ao fazer a auto-avaliação do desempenho que teve, para que no futuro possa melhorar.

“...e os relatórios críticos de actividades fossem como deveriam ser feitos, que é uma crítica ao nosso desempenho, ao nosso trabalho, quer em termos de aspectos positivos, quer negativos, não é, do triénio, eu acho que teria a sua importância...”

1 AVA FEM 19 MAI

Como **aspectos negativos** os enfermeiros avaliados salientam que a operacionalização do processo AD, faz-se porque somos obrigados a fazer, referem que a avaliação do desempenho é um processo que sabemos que temos que cumprir e neste sentido, a importância que se lhe dá é mínima, e é notório em todos os actores que neste processo participam. Considera ainda que, a maioria das pessoas avaliadas fazem o RCA de maneira a criticar os serviços, o hospital e os outros e muito poucos fazem o relatório crítico a criticar o seu próprio trabalho e valorizar ou desvalorizar o seu próprio trabalho.

“...As entrevistas de orientação, os períodos de integração, o reforço a nível de períodos de integração da avaliação e das

entrevistas, o intercâmbio que deveria haver entre avaliador avaliado nas entrevistas, os parâmetros que deveriam ser abordados e deveriam ser registados durante entrevistas, uma coisa que não se, que não se verifica....” 2 AVA FEM 19 MAI

Ainda em relação à **justificação da operacionalização**, verificámos que 2 enfermeiros avaliados fazem referência a este aspecto. E neste contexto, os enfermeiros avaliados referem que é extremamente importante a realização das entrevistas de orientação, pois são um óptimo momento de partilha, de aprendizagem e de encaminhamento do enfermeiro que está a ser avaliado.

“...Falei mesmo com a enfermeira expliquei-lhe quais eram as minhas dificuldades na altura, tinha alguma dificuldade em lidar com o doente oncológico, doente em fase terminal e acabei mais tarde depois por ir fazer uma especialidade nessa área...”

5 AVA FEM 07 JUN

No que respeita à categoria Opinião sobre o processo AD, ao cruzar a subcategoria **grau de concordância** com os diferentes grupos de participantes verificámos que, 2 enfermeiros avaliados **concordam** com o actual processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem. Referem que concordam com o processo mas, no entanto, consideram-no muito formal e burocrático, por todos os momentos formais que preconiza, pois também nos momentos informais de avaliação o enfermeiro tem grandes possibilidades de crescimento profissional.

“...Concordo, mas penso que é um processo muito formal e burocrático...”

1 AVA FEM 19 MAI

Também uma enfermeira avaliada refere que concorda com o processo AD, no entanto, como está preconizado tem algumas dúvidas, nomeadamente na menção qualitativa, considera o *satisfaz* e o *não satisfaz*, injusto para quem é um bom profissional.

“...É assim, eu concordo com a avaliação de desempenho, como ela está preconizada não sei...” 2 AVA FEM 19 MAI

Por outro lado, 4 enfermeiros avaliados **não concordam** com o actual processo AD, e todos fazem referência à menção qualitativa, ou seja, não concordam com os parâmetros da menção, só o satisfaz e o não satisfaz é pouco para avaliar o desempenho dos enfermeiros, e de certa forma torna-se injusto. Dizem que os enfermeiros deveriam ser avaliados mais do que satisfaz ou não satisfaz porque nem todos são iguais na prestação de cuidados, mas no nosso hospital todos os enfermeiros têm satisfaz, o que não é real porque há enfermeiros que se distinguem no seu desempenho.

O problema é que na nossa organização, em nenhum dos serviços se avaliou um enfermeiro com um não satisfaz, o que nos leva a considerar que o processo não está a ser preconizado como deveria ser.

“...Agora é assim, se calhar ahhh... não sei se alguma vez nesta instituição se deu um não satisfaz, não acredito que não me lembro de ninguém ter levado não satisfaz ahhh... não é preciso muitos critérios contrariamente ao que as pessoas pensam, a questão está é que o processo não é feito como está preconizado, não é seguido nem acompanhado ...” 5 AVA FEM 07 JUN

- Órgãos de Gestão – Gestores

No grupo dos gestores verificámos que, os 2 participantes do estudo referem que o processo AD tem **impactos no serviço/organização**, porque a avaliação do desempenho é uma ferramenta de gestão de recursos humanos e os enfermeiros chefes de cada serviço da nossa organização têm uma oportunidade excelente de a utilizar para gerir o serviço. Permite também orientar o crescimento das pessoas em particular e da equipa como um todo, em termos de prestação de cuidados de enfermagem ao utente.

Depois permite fazer a gestão da formação em cada serviço e à posteriori na organização, e ter uma visão geral das necessidades de formação dos profissionais de enfermagem.

“...Mas depois permite ahhh... fazer a gestão de recursos humanos noutros aspectos porque permite também fazer a gestão da formação, contribui pelo menos para isso para identificar necessidades de formação e esse é outro aspecto da gestão dos recursos humanos, mesmo em termos indirectos a gestão da qualidade dos cuidados também tem influência nesse aspecto...” 1 GEST FEM 07 JUN

Os gestores referem ainda que, a avaliação do desempenho ao detectar necessidades de formação, permite que o profissional faça formação em determinada área de forma a colmatar as suas necessidades ou limitações. E quando o profissional faz essa formação específica, não só se está a valorizar profissionalmente como também valoriza a nossa organização, porque ficamos com um profissional mais rico, mais experiente e dotado de um maior leque de conhecimentos prontos a serem colocados em prática na nossa organização.

“...quando o técnico voluntariamente nos pede autorização para fazer formação específica, toda essa formação específica do técnico, não só está a valorizar a pessoa em si, mas ahhh... mas valoriza sempre a instituição, porque ele forçosamente e dentro desta instituição trabalha em equipa...” 2 GEST MAS 30 JUN

Também os 2 gestores referem que o processo AD tem impactos na **melhoria da qualidade** dos cuidados prestados ao utente, consideram que o processo AD tem influência ainda que indirecta na qualidade dos cuidados, e com a operacionalização do processo os cuidados de enfermagem têm que melhorar, porque este processo é um processo de melhoria contínua. O desempenho do profissional de enfermagem é avaliado com o objectivo de valorizar e desenvolver a sua prestação de cuidados.

“...Eu penso que tem uma influência forte ainda que indirecta mas forte em termos de qualidade dos cuidados, inevitavelmente os cuidados têm que melhorar é quase que obrigatório...” 1 GEST FEM 07 JUN

Também referem que a avaliação do desempenho permite o aperfeiçoamento da vertente humana dos cuidados que se prestam ao doente, pois sabemos que o nosso material de trabalho é o doente, que não é uma máquina, tem sentimentos e emoções, que muitas vezes estão pouco controladas porque ele está num ambiente estranho, que é o hospital, e aí a importância da humanização dos cuidados ao utente.

“...Outra avaliação que acho que é muito correcto, é no fundo a parte da humanização porque nós ahhh... pronto a instituição, hospital é uma instituição que tem muito a ver com o nosso material de trabalho que é o doente, o doente é um ser pensante, e nós temos que ter todo o respeito, para além da nossa parte puramente, estritamente técnica, temos sempre a pessoa, que é a pessoa que pensa...” 2 GEST MAS 30 JUN

Em relação à subcategoria da categoria implicações do processo AD, ou seja, implicações pessoais, verificámos que ambos os gestores referem que o processo AD, contribui para o **desenvolvimento profissional**, uma vez que a avaliação tem um cariz de orientação, em que há uma proximidade maior entre as pessoas, e nos momentos formais de avaliação é facilitada a comunicação entre as pessoas, onde se faz uma reflexão sobre o desempenho do avaliado.

E se as pessoas estiverem envolvidas, tanto o avaliador como o avaliado, com o objectivo de melhorar o desempenho profissional, tem que existir uma reflexão de ambos sobre a prática, para que a pessoa consiga identificar quais os aspectos em que necessita de melhorar e então evolui como profissional. Consideram ainda que, as pessoas crescem inevitavelmente em termos profissionais, podem é crescer de forma bem orientada ou mal orientada.

“...Se há medidas de correcção, se há tentativa da pessoa melhorar isto ou aquilo é claro que evolui, e evolui em termos profissionais...”

1GEST FEM 07 JUN

Este processo permite também que a pessoa cresça diariamente, não só nos momentos formais de avaliação, em interacção com os outros profissionais e em interacção com o avaliador, pois o avaliador pode também actuar como formador e colmatar algumas necessidades ou dúvidas existentes na equipa.

“...O enfermeiro avaliador ao mesmo tempo que está a actuar como avaliador também pode estar a actuar como formador, numa formação que é feita assim, em interacção, em relação ahhh...”

1GEST FEM 07 JUN

Em termos profissionais, o processo AD permite a progressão na carreira, depois de sido avaliado o desempenho do profissional.

“...De qualquer das maneiras, sob o ponto de vista técnico, todos têm que ser avaliados e acho que até mesmo para a progressão das carreiras, e cada vez mais essas avaliações têm que ser técnicas...”

2 GEST MAS 30 JUN

No que respeita à segunda subcategoria, os 2 gestores, referem que o processo AD permite e facilita o **desenvolvimento pessoal e social**, pois este processo permite avaliar a pessoa e melhorar o seu desenvolvimento pessoal e social, como a sua relação directa com os utentes.

Quando os profissionais de enfermagem fazem formação, a formação valoriza o profissional como pessoa, em termos pessoais e permite melhorar as suas características que são inerentes à pessoa, como é o tom de voz, a forma como muitas vezes se responde agressivamente, entre outras, que podem intimidar o utente e indirectamente piorar o seu estado de saúde/doença.

“...Ou quando o técnico voluntariamente nos pede autorização para fazer formação específica, toda essa formação específica do técnico, não só

está a valorizar a pessoa em si, mas ahhh... mas valoriza sempre a instituição, porque ele forçosamente e dentro desta instituição trabalha em equipa....” 2 GEST MAS 30 JUN

Relativamente à categoria **Operacionalização do processo AD**, apenas 1 gestor refere **procedimentos efectuados**, quando se operacionaliza a avaliação do desempenho. E neste âmbito, refere que as avaliações de desempenho têm-se fundamentado principalmente nas entrevistas periódicas de orientação, nas entrevistas para atribuição da menção qualitativa e nos relatórios críticos de actividades, os registos de observação existem alguns mas muito poucos.

“...Às vezes há necessidade de provar isto ou aquilo, de maneira.... eu percebo que os registos provavelmente têm mesmo que existir, agora é difícil executar, como é que se vai conseguir, deveria haver talvez alguma reflexão em relação a isto...” 1 GEST FEM 1 JUN

De salientar que os gestores não fazem referência a procedimentos não efectuados neste hospital.

Relativamente à **valorização da operacionalização** do processo AD, verificamos também que, apenas 1 gestor refere aspectos negativos, quando valoriza a operacionalização do processo. E como **aspectos negativos** salienta a existência de poucos registos de observação no nosso hospital, e refere também que tem algumas dúvidas em termos dos registos de observação, pela dificuldade em praticar isso, a executar, mas considera que há necessidade da matéria ir para discussão.

“...os registos de observação existem mas são poucos...” 1 GEST FEN 07 JUN

Ainda em relação à **justificação da operacionalização**, verificámos que apenas 1 gestor faz referência a este aspecto. E neste contexto, salienta a razão da existência de poucos registos de observação no nosso hospital, refere que há impressos próprios para se fazerem os registos, mas só que os

enfermeiros avaliadores não andam sempre com estes impressos quando estão a acompanhar e observar o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. E muitas vezes não têm oportunidade de fazer os registos no momento e quando finalmente se calhar até têm disponibilidade para registar já não são capazes de reproduzir muito bem por escrito a observação que foi feita, quer dizer porque é feita num tempo diferente daquele em que foi feita exactamente a observação.

No que respeita à categoria Opinião sobre o processo AD, ao cruzar a subcategoria **grau de concordância** com os diferentes grupos de participantes verificámos que, apenas 1 gestor **não concorda** com o actual processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem. Refere que tem dúvidas em relação aos registos de observação, considera que actualmente parecem não ser muito exequíveis, pelo que deveria ser discutida razão prática da sua existência na avaliação do desempenho dos enfermeiros e talvez encontrar uma forma mais exequível para os registos de observação dentro deste processo.

“...Se não se poder deixar cair, se tiver que continuar a haver registos de observação, encontrar maneira de tornar isso mais exequível porque de momento não é muito, não é muito exequível. ...” 1 GEST FEM 07 JUN

Quadro 12. – Estatuto Profissional/Implicações Organizacionais
(n.º de documentos)

	Impactos no serviço/organização	Melhoria da qualidade
Avaliador	5	1
Avaliado	5	3
Gestor	2	2

Assim, e relativamente às implicações do processo AD, podemos observar no quadro 12 uma síntese dos participantes que referem essa implicações, quer os impactos no serviço/organização, quer a melhoria da qualidade. Neste âmbito, verificamos que todos os enfermeiros avaliadores e enfermeiros avaliados referem que o processo AD tem impactos no serviço/organização, enquanto que apenas 1 enfermeiro avaliador e 3 avaliados referem impactos com a melhoria da qualidade. Já em relação aos gestores verificamos que, ambos referem os dois tipos de impactos organizacionais.

Quadro 13. – Estatuto Profissional/Implicações Pessoais
(n.º de documentos)

	Desenvolvimento Profissional	Desenvolvimento pessoal e social
Avaliador	5	4
Avaliado	5	5
Gestor	2	2

No quadro 13, podemos observar a subcategoria implicações pessoais do processo AD, e verificamos que os diferentes grupos de participantes referem que o processo AD permite o desenvolvimento profissional e desenvolvimento pessoal e social. Importa salientar que os participantes referem que este processo contribui para o desenvolvimento profissional quando existe feedback dos enfermeiros avaliadores e é dada a oportunidade ao enfermeiro avaliado de reflectir em conjunto com o avaliador, sobre o seu desempenho, de forma a identificar necessidades quer individuais, quer da equipa de enfermagem.

Relativamente ao desenvolvimento pessoal e social, é importante referir ainda que, os enfermeiros, na prestação de cuidados temos que ter sempre em conta não só o conceito de saúde, cuidados, ambiente e pessoa, e para que possamos ajudar o outro, primeiro o enfermeiro tem que se conhecer a si próprio, e para tal é necessário admitir os seus pontos fracos pessoais, para que os possa moldar e melhorar. Este aspecto pode por vezes ser identificado

pelo enfermeiro avaliador que está de fora a observar e a acompanhar o desempenho do avaliado, e depois pode e deve ser discutido em entrevista de orientação, com objectivo de orientar o desempenho do enfermeiro de forma a contribuir para o seu desenvolvimento pessoal e social.

Quadro 14 – Estatuto Profissional/ Operacionalização do processo AD
(n.º de documentos)

	Procedimentos efectuados	Procedimentos não efectuados	Valorização da operacionalização	Justificação da operacionalização
Avaliador	5	1	4	4
Avaliado	5	3	4	2
Gestor	1	0	1	1

No quadro 14, podemos observar a categoria operacionalização do processo AD, e verificamos que os diferentes grupos de participantes referem que ao operacionalizar o processo existem procedimentos efectuados, procedimentos não efectuados, valorização da operacionalização e justificação da operacionalização. No entanto importa salientar que apenas 1 enfermeiro avaliador refere procedimentos não efectuados na operacionalização do processo AD neste hospital e os gestores os não mencionam este aspecto. Assim, parece-nos que na perspectiva dos gestores, no HSLE aquando da operacionalização da avaliação do desempenho, são efectuados todos os procedimentos ou fases que a lei preconiza, no entanto, essa não é a opinião dos outros actores do processo AD.

Quadro 15 – Estatuto Profissional/Valorização da Operacionalização
(n.º de documentos)

	Aspectos Positivos	Aspectos negativos
Avaliador	4	4
Avaliado	2	2
Gestor	0	1

Relativamente à subcategoria valorização da operacionalização do processo AD, verificamos através do quadro 15, que 4 enfermeiros avaliadores referem aspectos positivos e 2 aspectos negativos, existe também 1 enfermeiro avaliador que referencia ambos os aspectos, tal como referimos anteriormente. Podemos também observar que, em relação aos enfermeiros avaliados se passa precisamente o mesmo. No entanto, os gestores não referem aspectos positivos para valorizar a operacionalização do processo AD, mas 1 deles refere aspectos negativos, tal como já verificámos antes.

Quadro 16 – Estatuto profissional/Grau de Concordância
(n.º de documentos)

	Concordância	Discordância
Avaliador	2	5
Avaliado	2	4
Gestor	0	1

Relativamente à subcategoria Grau de Concordância, tal como podemos observar no quadro 16, importa referir que a maioria dos participantes discordam com o actual processo AD, e justificam essa discordância principalmente pela existência apenas de dois parâmetros para atribuir a menção qualitativa aos enfermeiros em cada triénio.

Um gestor apenas refere que tem dúvidas se devem constar da avaliação do desempenho dos enfermeiros os registos de observação porque diz não serem muito exequíveis.

- **Descrever e opinar sobre a gênese do processo de avaliação do desempenho quanto à formação**

Para dar resposta a este objectivo considerámos pertinente a categoria, Formação sobre o processo AD e respectivas subcategorias:

- Existência de formação
- Inexistência de formação
- Investimento pessoal
- Necessidade de formação
- Sem Necessidade de formação
- Contributos da formação (Contributos positivos e negativos)
- Formação inadequada à prática

Neste contexto, cruzámos estas subcategorias com os diferentes grupos de participantes no estudo, de forma a descrever a gênese do processo AD quanto à formação.

Quadro 17. – Estatuto profissional / Formação sobre o Processo AD
(n.º de documentos)

	Existência de formação	Inexistência de formação	Investimento pessoal	Necessidade de formação	Não existe necessidade	Contributos da Formação	Formação inadequada à prática
Avaliador	3	3	2	3	1	3	1
Avaliado	5	0	0	2	0	4	0
Gestor	1	0	0	2	1	0	0

Assim, relativamente à **existência de formação** verificámos que referem ter frequentado formação acerca da avaliação do desempenho, 3 enfermeiros avaliadores, 5 enfermeiros avaliados e apenas 1 dos gestores diz ter sido feita formação neste âmbito no HSLE.

Os enfermeiros avaliadores referem que foi feita formação sobre avaliação do desempenho no hospital antes da implementação do actual processo e que frequentaram essa formação.

“...já como enfermeira chefe, aí sim, fui, fui a uma formação dada aqui no nosso hospital pelos outros enfermeiros chefes, que já estariam mais habituados a este tipo de avaliação. Sim, houve formação na instituição...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Também outra enfermeira avaliadora diz que:

“...na altura fiz formação como avaliado e depois mais tarde fiz como avaliador...” 4 AVAR FEM 25 MAI

Os enfermeiros avaliados, a este respeito, referem que frequentaram formação realizada no HSLE, no início da implementação do processo AD, sobre aos procedimentos do processo.

“...fizeram-se algumas formações no início do processo em si, para se saber o que é que se ia fazer em termos de entrevistas periódicas de orientação, o que é que era preconizado deste processo, isso eu lembro-me...” 1 AVA FEM 19 MAI

Também, 1 gestor salienta que foi feita formação no hospital, para apresentar o processo AD aos enfermeiros, esclarecer dúvidas e explicar como se deveriam aplicar os diferentes procedimentos do processo.

“...Já no contexto da formação contínua em termos profissionais a certa altura cá no hospital, em 94 mais precisamente ou 95 foi feita muita formação para apresentar às pessoas esta sistemática da avaliação de desempenho para ahhh... esclarecer, tirar dúvidas, explicar como é que se faziam os relatórios críticos de actividades e em que é que consistiam as entrevistas, enfim...” 1 GEST FEM 1 JUN

Este gestor refere ainda que, todos os enfermeiros foram sujeitos a formação na altura:

“...Foi toda a gente foi sujeita a formação, mesma aquela formação organizada pelo departamento, na altura núcleo de formação multiprofissional...” 1 GEST FEM 1 JUN

Em relação à **inexistência de formação** verificámos que apenas 3 enfermeiros avaliadores dizem que não frequentaram formação sobre avaliação do desempenho, porque não existiu ou porque na altura não estavam na área de gestão e desde então não houve mais formação na organização.

“...não, nessa altura ainda não estava na gestão, não frequentei formação...” 2AVAR MAS 23 MAI

Importa ainda salientar que, 2 dos enfermeiros avaliadores referem têm sentido necessidade de fazer um **investimento pessoal**, na procura de bibliografia e compreensão da legislação, de forma a esclarecer dúvidas de aplicação e utilização do processo no HSLE.

“...esclarecimentos pontuais de ahhh... isso, isso tive e depois tive bibliografia para ahhh... me colocar a par da função que tinha de desenvolver...” 2 AVAR MAS 23 MAI

“...Portanto não recebi apenas me dediquei a ler a legislação ao pormenor mesmo nas suas entrelinhas e depois procedi à aplicação...”
3 AVAR FEM 23 MAI

No entanto, e após ter sido feita alguma formação no HSLE acerca do actual processo AD, antes de ter sido operacionalizado, 3 enfermeiros avaliadores, 2 enfermeiros avaliados e os 2 gestores, referem que actualmente existe **necessidade de formação** na área da avaliação do desempenho.

Os enfermeiros avaliadores consideram que existe necessidade de formação sobre a avaliação do desempenho, no entanto, salientam a importância de fazerem formação de reciclagem e workshops onde tivessem oportunidade de trocar experiências entre avaliadores e discussão de casos práticos. Mas, consideram também importante e necessário que os avaliados façam formação nesta área.

“...Não assim especificamente de formação generalizada, mas agora formação que permitisse troca de experiências, que permitisse ahhh... discussão de casos eventualmente, se calhar seria bom, nem que fosse como em matéria de reciclagem ahhh... para as pessoas aferirem daquilo que estão a fazer e da forma que estão a fazer e para lembrar alguns conceitos fundamentais...” 2 AVAR MAS 19 MAI

Os enfermeiros avaliados, referem que consideram importante que se faça formação porque têm sido feitas poucas formações sobre o processo AD, e consideram que os enfermeiros mais novos deveriam ter mais conhecimentos nesta área, porque apesar deste tema ser abordado nas escolas, aquando da integração dos enfermeiros no hospital necessitam de formação e esclarecimentos sobre o processo.

“...É importante as pessoas perceberem avaliação de desempenho mas de qualquer das formas se calhar têm sido feitas menos acções de formação do que as que se deviam porque apesar de as pessoas estarem com outras preocupações...mas é mais fácil levar as pessoas à formação do que as pessoas irem à formação, apesar de tudo...”

5 AVA FEM 07 JUN

Os gestores, dizem que não há necessidade de cursos organizados, é sim importante investir na formação de reciclagem, workshops e troca de experiências.

“...que haja necessidade de cursos organizados pelo departamento agora sobre avaliação de desempenho tenho dúvidas, acho que não é muito, não será muito por aí...” 1 GEST FEM 1 JUN

De salientar que apenas 1 enfermeira avaliadora e 1 gestor referem que, **não existe necessidade** de se fazer mais formação sobre avaliação do desempenho.

“já não há necessidade. Neste tipo de processo não vejo necessidade de ter mais formação, não vejo essa necessidade...” 1 AVAR FEM 19 MAI

“...Que haja necessidade de cursos organizados pelo departamento?... agora sobre avaliação do desempenho tenho dúvidas, acho que não é muito, não será muito por aí...” 1 GEST FEM 1 JUN

Quadro 18. – Estatuto profissional/Contributos da formação
(n.º de documentos)

	Contributos Positivos	Contributos negativos
Avaliador	2	1
Avaliado	2	2
Gestor	0	0

Verificámos ainda que, 3 enfermeiros avaliadores e 4 enfermeiros avaliados referem alguns **contributos da formação** recebida sobre o processo AD, na prática, e neste âmbito consideram contributos positivos e contributos negativos. Assim, verificamos que, 2 enfermeiros avaliadores e 2 enfermeiros avaliados manifestam que a formação tem tido, **contributos positivos** na prática, e referem que a formação recebida foi orientadora, benéfica, produtiva, positiva, incutiu o processo de AD, facilitou a aplicação do processo AD. De referir ainda que, os gestores não fazem referência aos contributos da formação recebida sobre deste processo.

“...Porque é sempre difícil a gente aplicar um sistema novo, mas sim a formação foi bastante orientadora...” 1 AVAR FEM 19 MAI

“... Eu penso que foi benéfica porque nessa altura eu estava como enfermeira responsável no bloco operatório e iniciei algumas entrevistas de orientação aos colegas, tentei fazer não sei se fiz bem, se fiz mal, não é?, também ninguém viu, mas acho que foi produtivo...”

3 AVA FEM 31 MAI

Por outro lado existem alguns participantes que manifestam algum descontentamento com a formação recebida, e referem que a formação tem tido **contributos negativos** na prática diária, a este respeito manifesta-se 1 enfermeiro avaliado e 2 enfermeiros avaliados, pois referem que a formação foi muito superficial e não aprenderam nada de novo.

“...Não, penso que não, foi muito superficial, penso que tou mais esclarecida depois de falar propriamente com a minha chefe do que nessa formação que foi muito superficial e não deu para compreender o porquê das coisas...” 4 AVA FEM 31 MAI

No entanto, 1 enfermeira avaliadora refere que, a **formação** recebida é **inadequada à prática**, porque ninguém faz o projecto e porque há fases do processo que não se aplicam na prática:

“...porque se falava muito no projecto nessa altura, tinha que haver um projecto, tinha que haver um projecto, mas nunca ninguém pediu projectos a ninguém, não é portanto acaba por, acabou por a formação nessa altura que eu fiz ser dirigida ou ter determinados pressupostos que na prática não se concretizam...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Assim, sobre a génese do processo AD quanto à formação no HSLE, podemos dizer que, os gestores referem que no ano de 1994, antes e durante a implementação do actual processo de avaliação do desempenho na carreira

de enfermagem, foi feita formação neste âmbito e com o objectivo de apresentar a sistemática da avaliação e esclarecimento de dúvidas acerca da aplicação e utilização do processo. Mas, os enfermeiros avaliadores e avaliados salientam que nem todos frequentaram esta formação, e revelam que neste hospital não foi feita formação posterior a esta, no entanto, a maioria considera que é necessário investir na formação sobre a avaliação do desempenho, não em cursos organizados, sobre o que preconiza a lei, mas sim formação de reciclagem, workshops, onde seja possível a troca de experiências. Também para os novos elementos deveria existir uma formação que os integrasse no processo de avaliação do desempenho. E de salientar que apenas 2 participantes consideram que não existe necessidade de fazer mais formação. Depois podemos também verificar que, relativamente aos contributos da formação recebida sobre avaliação do desempenho, as opiniões dividem-se, alguns consideram que a formação teve contributos positivos outros consideram que teve contributos negativos.

- **Identificar a atribuição de valor ao processo formal e aplicado**

De forma a dar resposta a este objectivo, considerámos pertinente a subcategoria Importância/Utilidade do processo AD (importância/utilidade e processo sem importância), em seguida cruzámos esta subcategoria com os diferentes grupos de participantes no estudo, (enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores) com o intuito de identificar o valor que os participantes atribuem ao processo AD aplicado no HSLE.

Quadro 19. – Estatuto profissional/Importância/Utilidade do processo AD
(n.º de documentos)

	Importância/Utilidade	Processo sem importância
Avaliador	5	1
Avaliado	5	1
Gestor	2	0

Assim, de acordo com o quadro 19, podemos verificar que 5 enfermeiros avaliadores, 5 avaliados e 2 gestores consideram que o processo AD tem **importância/utilidade**, mas 1 enfermeiro avaliador e 1 avaliado referem que no hospital o processo tal como está a ser operacionalizado é um **processo sem importância**.

Em relação à **importância/utilidade** do processo AD, verificámos que os enfermeiros avaliadores referem que, o processo é muito importante para que os enfermeiros evoluam na carreira e porque permite o crescimento do profissional de enfermagem.

“...O processo é muito importante para que os enfermeiros evoluam na carreira e na vida profissional...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Consideram também que o processo é importante e útil porque contribui para dar feedback do desempenho aos profissionais, de forma a poderem traçar o seu rumo profissional e porque contribui para o desenvolvimento dos serviços e da organização.

“...Para a gestão de recursos humanos, ahhh... para a gestão fundamentalmente para aquele, aquela importância que eu lhe dava, para as pessoas terem efectivamente o feedback, para traçarem o seu rumo profissional e para a instituição ter ahhh... real valia do corpo de enfermeiros que tem...” 2 AVAR MAS 23 MAI

A avaliação do desempenho é considerada uma ferramenta de gestão, que tem como utilidade avaliar o enfermeiro, que trabalha em equipa, sendo essa avaliação é o resultado do compilar de todos os procedimentos efectuados ao longo do triénio.

“...Em relação à avaliação do desempenho penso que é uma ferramenta de gestão, ahhh... tem como utilidade avaliar o enfermeiro ahhh... que trabalha connosco...” 4 AVAR FEM 25 MAI

De salientar ainda que, 1 enfermeira avaliadora refere que o processo AD tem uma importância maior do que aquela que lhe tem sido dada no nosso hospital, porque não tem havido ao longo dos anos muito empenhamento na avaliação do desempenho tal como está preconizada na lei. Deveria ser dada mais importância a este processo quer pelos enfermeiros avaliadores, quer pelos avaliados, no sentido de aproveitar mais o que de bom a avaliação nos proporciona, como é a vertente do desenvolvimento profissional.

“...Portanto penso que ela é mais importante do que a importância que nós lhe damos...” 5 AVAR FEM27 MAI

Também os 5 enfermeiros avaliados referem que o processo AD tem importância/utilidade, pelo que consideram que é importante os enfermeiros serem avaliados na prestação do cuidados, pois qualquer pessoa tem que ser avaliada para possa perceber onde pode e deve melhorar o seu desempenho.

“...Acho que é importante nós sermos avaliadas na prestação dos cuidados que prestamos...” 1 AVA FEM 19 MAI

Referem também que, o processo AD tem utilidade por preconizar a realização das entrevistas de orientação, onde o enfermeiro pode perceber como está a ser desenvolvido o seu desempenho profissional, traçar o seu trajecto profissional e crescer, no entanto teria ainda mais utilidade se as entrevistas fossem realmente feitas.

“...Então acho que tem utilidade, mas que deveria ter muito mais se as entrevistas de orientação fossem feitas porque acho que ajudava a crescer...” 3 AVA FEM 31 MAI

Consideram ainda que o processo AD é muito importante quer nos aspectos comportamentais e atitudes no trabalho em equipa e na prestação de cuidados, quer nos aspectos profissionais do enfermeiro avaliado, para o seu crescimento. Pois se as pessoas tiverem um melhor desempenho profissional, podem aumentar a produtividade, ou seja, prestar melhores cuidados de saúde, o que é muito bom não só para a equipa de enfermagem como também para a organização.

“...Acho que sim, que é muito, muito, muito importante. Nos aspectos comportamentais, nos aspectos profissionais ahhh... em termos de atitudes, tudo isso acho que é muito importante, para o crescimento de uma organização...” 3 AVA FEM 31 MAI

Os 2 gestores também consideram que o processo AD tem importância/utilidade, consideram que a avaliação do desempenho é importante em qualquer área de actividade, e essa avaliação é inevitável, se queremos que as pessoas cresçam profissionalmente e pessoalmente, temos que as avaliar para que lhes possamos dizer o que está bem e/ou o que não está, para que possam melhorar e estão evoluem nas suas carreiras. Agora é importante que quem dirige pessoas tenha a responsabilidade de fazer essa avaliação de forma cuidadosa e real, efectuando todos os procedimentos preconizados.

“...Mas parece-me muito importante em qualquer área de actividade, seja na enfermagem seja no que for, porque quem dirige pessoas, (...) tem que ter alguma forma de fazer essa avaliação, é inevitável, agente avalia sempre, avalia de forma empírica ou avalia de uma forma mais científica, mais sistematizada...” 1 GEST FEM 1 JUN

Relativamente ao **processo sem importância**, verificamos pela observação do quadro 19, que este facto é referido por 1 enfermeiro avaliador e 1 enfermeiro avaliado.

O enfermeiro avaliador refere que a importância que é dada no nosso hospital ao processo de AD é praticamente nula, porque nunca recebeu formação sobre o processo, nem como avaliado, nem como avaliador e em treze anos de trabalho como enfermeira apenas teve duas entrevistas de orientação, quando deveria ter tido pelo menos uma por ano. Considera que o facto do processo AD funcionar assim no nosso hospital, está relacionado com a importância que as pessoas atribuem ao processo, ou seja, como não consideram o processo importante, não investem para que seja implementado correctamente.

“...portanto o que também se verifica que as pessoas por entendem como é a importância da avaliação, portanto eu trabalho há treze a nos e recebi duas entrevistas, uma quando iniciei agora a gestão e uma quando o processo começou a ser aplicado no hospital em 1993...” 3 AVAR FEM 23 MAI

Também 1 enfermeiro avaliado considera o processo AD sem importância no nosso hospital, referindo que no nosso hospital não tem importância nenhuma, porque os prazos de entrega da documentação não são cumpridos pelos enfermeiros avaliadores como estabelecido na lei, e as pessoas falham muito na operacionalização da avaliação do desempenho, pelo que refere que este processo poderia ter grande importância se fosse cumprido exactamente o que diz a legislação.

“...No nosso hospital e na maioria dos hospitais acho que ele não tem importância nenhuma...” 2 AVA FEM 19 MAI

Refere ainda que, na sua opinião o processo no nosso hospital desenvolve-se porque somos obrigados a isso, pois a importância que se lhe dá é muito pouca, quer por parte dos avaliados, quer avaliadores, e principalmente dos estatutos superiores. Considera que a maioria das pessoas avaliadas fazem o

RCA de maneira a criticar os serviços, o hospital e os outros e poucas pessoas o fazem a valorizar/desvalorizar e a criticar o seu próprio trabalho. Pois a avaliação do desempenho é valorizada apenas no sentido obrigatório, porque as pessoas só pensam em subir de escalão ou ter acesso a alguma promoção.

“...Faz-se porque somos obrigados a fazer, não é, a importância que se lhe dá é mínima quer por parte das pessoas que são avaliadas, quer pelos avaliadores e principalmente pelos estatutos superiores...” 2 AVA FEM 19 MAI

Assim, importa referir que todos os participantes no estudo, enfermeiros avaliadores, avaliados e gestores consideram que o processo AD formal tem importância e utilidade, uma vez que todos têm que ser avaliados no desempenho das suas funções, e esta avaliação permite o crescimento e desenvolvimento profissional, pois é nos momentos formais de avaliação que as pessoas têm o feedback por parte dos avaliadores. No entanto, alguns dos enfermeiros avaliadores e avaliados referem que o processo AD poderia ser ainda mais valorizado e ser mais útil se fosse feito nos moldes em que é preconizado pela lei, e fazem referência principalmente à realização das entrevistas de orientação, que são muito escassas e deveriam ser feitas pelo menos uma a cada avaliado por ano, o que não acontece, tal como já verificámos.

Por outro lado, 1 enfermeiro avaliador e 1 enfermeiro avaliado referem que o processo AD no hospital não tem importância nenhuma, precisamente pela forma como é operacionalizado, consideram que as falhas acontecem porque as pessoas envolvidas no processo não atribuem importância ao mesmo.

- **Identificar as dificuldades de aplicação e utilização do processo de avaliação do desempenho aplicado no HSLE**

Para dar resposta a este objectivo, considerámos pertinente a categoria Dificuldades no processo AD e as respectivas subcategorias:

- Dificuldades de utilização do processo
- Dificuldades de aplicação do processo
 - dificuldades dos avaliadores
 - dificuldades dos avaliados
 - sem dificuldades

Neste contexto, cruzámos estas subcategorias com os diferentes grupos de participantes no estudo, de forma a identificar as dificuldades de aplicação e utilização do processo AD aplicado no HSLE.

De acordo com os resultados obtidos nas entrevistas realizadas, verificámos que, apesar do processo já estar a ser implementado desde 1993 a maioria dos enfermeiros avaliadores, avaliados e gestores, continuam a sentir e a detectar dificuldades de utilização e de aplicação do processo de avaliação do desempenho.

Quadro 20. – Estatuto profissional/Dificuldades do Processo AD
(n.º de documentos)

	Dificuldades de utilização do processo	Dificuldades de aplicação do processo
Avaliador	3	5
Avaliado	1	4
Gestor	0	1

Neste sentido, verificámos que, 3 enfermeiros avaliadores referem **dificuldades de utilização do processo**, na medida em que manifestam que o sistema de avaliação poderia ser muito mais explorado e mais desenvolvido, e uma vez que a gestão se pactua muito pelo incentivo e pelo reconhecimento,

torna-se muito difícil atingir esse objectivo na função pública, onde os enfermeiros também estão inseridos.

“...agora do ponto de vista de exploração daquilo que é o sistema, daquilo que é a avaliação isso penso que poderia ser muito mais desenvolvido...” 2 AVAR MAS 23 MAI

Os enfermeiros avaliadores referem ainda que, o processo de AD, como elemento de gestão não é muito válido, nos moldes como está a ser implementado, ou seja, os dois parâmetros, satisfaz ou não satisfaz, para atribuição da menção qualitativa, torna o processo pouco válido na prática, porque não permite distinguir as pessoas umas das outras. Só podem classificar o desempenho dos profissionais com estes dois parâmetros, o que torna difícil a utilização dos resultados em termos de gestão do pessoal de enfermagem.

“...ou não satisfaz ou satisfaz e portanto também o leque de opção não é grande e portanto em termos de elemento de gestão não é muito válido, nos moldes em que está neste momento não é muito válido...”

3 AVAR FEM 23 MAI

Também uma enfermeira avaliadora salienta que, ainda hoje, após vários anos integrada no processo como avaliadora, continua a ter dúvidas que o processo AD tal como está a ser implementado no nosso hospital, tenha resultados na gestão, pois considera que o processo necessita de algumas alterações, em determinados pontos, como a menção qualitativa, que urgem ser pensadas com cuidado.

“...mas não me importava nada de com um grupo de pessoas pensar no assunto eee... encontrarmos uma solução para a avaliação de desempenho em enfermagem tal como ela está que eu tenho dúvidas que sirva para alguma coisa...” 5 AVAR FEM 27 MAI

A este respeito, é importante referenciar que apenas 1 enfermeiro avaliado diz que existem dificuldades de utilização do processo AD no hospital, pois considera que com a actual menção qualitativa, o processo não permite a progressão do profissional porque não existe valorização e reconhecimento das pessoas que realmente se destacam na prestação de cuidados. As pessoas não são todas iguais, razão pela qual não podem ser todas classificadas como satisfaz, que é o que na realidade acontece no hospital.

“...Eu acho que deveria servir para, eu acho que serve também um bocado para a progressão na carreira, mas não com esta menção qualitativa, em termos de progresso, quer dizer, se todos forem satisfaz ficamos todos no mesmo barco...” 1 AVA FEM 19 MAI

Os gestores entrevistados não referem dificuldades de utilização do processo de AD no HSLE.

Relativamente à subcategoria, **dificuldades de aplicação do processo AD**, podemos observar no quadro 20 que, a este respeito referem dificuldades 5 enfermeiros avaliadores, 4 enfermeiros avaliados e 1 gestor.

Quadro 21. – Estatuto profissional/Dificuldades de aplicação do processo
(n.º de documentos)

	Dificuldades dos avaliadores	Dificuldades dos avaliados	Sem dificuldades	Dificuldades não especificadas
Avaliador	3	3	2	2
Avaliado	3	1	0	1
Gestor	1	1	0	0

E mais especificamente, constatámos que destes, 3 enfermeiros avaliadores referem **dificuldades dos avaliadores**, e salientam que o processo é muito aberto o que permite várias operacionalizações, ou seja, nem todos os enfermeiros avaliadores parecem estar a aplicar o processo AD da

mesma forma, mesmo que seja inconscientemente, o que pode ser penalizador para o profissional avaliado e para o avaliador. O carácter extremamente aberto que o processo tem, pode fazer com que nem todos os profissionais de enfermagem sejam avaliados de igual forma, razão pela qual muitas vezes ouvimos falar sobre os erros clássicos da avaliação do desempenho.

“...até porque o facto de ele ser um método extremamente aberto permite operacionalizações mais ou menos diversas, ou seja, aquilo que eu posso operacionalizar como profissional, posso operacionalizar, se calhar de uma forma inconsciente mas diferente de outro profissional, assim como aquilo que outro avaliador fará em termos de operacionalização pode ser diferente daquilo que eu faço como avaliador...” 2 AVAR MAS 25 MAI

Os enfermeiros avaliadores também referem dificuldades na realização das entrevistas de orientação e na atribuição da menção qualitativa, por só existirem dois parâmetros de avaliação, e neste caso a pessoa ou satisfaz ou não satisfaz. O que se torna injusto, porque existem pessoas que dentro do satisfaz não tem um desempenho igual e mereciam ser destacadas, o que não é possível com esta menção.

“...E no momento da avaliação do desempenho sinto dificuldades por uma das razões é pelo facto da gente só ter o satisfaz e o não satisfaz e por outro lado também porque os enfermeiros não são críticos...”

4 AVAR FEM 25 MAI

Referem ainda que, continuam a sentir dificuldades, embora menos do que no início da implementação do processo, porque em enfermagem não tiveram formação que os preparasse para aplicar o processo AD e como não há linhas orientadoras precisas, os avaliadores por vezes têm dificuldade em aplicar o processo, que nem sempre é aplicado da mesma forma.

“...Claro que sim, desde que eu faço avaliações claro que sim, ainda hoje tenho dificuldades, porque nós em enfermagem não fizemos formação, formação que se possa dizer que, que nos preparasse para aplicar a sistemática da avaliação, nova...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Também as dificuldades dos avaliadores, são referidas por 3 dos enfermeiros avaliados, que dizem que elas existem porque não são cumpridos os prazos, conforme preconiza a lei, e neste aspecto os avaliadores falham muitas vezes. Consideram que é uma falta de respeito para com os avaliados, porque estes cumprem os prazos de entrega dos RCA, tal como lhes é exigido, e os enfermeiros avaliadores não cumprem os prazos de atribuição da menção qualitativa.

“...Aquilo, em primeiro lugar os prazos não são cumpridos conforme a lei diz, não é. Deveriam, as pessoas deveriam respeitar, devia estar preconizado na cabeça quer das pessoas avaliadas quer dos avaliadores, porque muitas vezes não são os avaliados que falham, são muitas vezes os avaliadores, não é?...” 2 AVA FEM 19 MAI

Referem também que a existência de dificuldades dos enfermeiros avaliadores na aplicação deste processo, deve-se talvez ao facto de não estarem preparados para o aplicar, não conhecem bem o processo e não sabem como o devem conduzir, provavelmente porque não têm formação suficiente. E a avaliação do desempenho poderia ser melhor ou mais aproveitada do que actualmente é na nossa organização.

“...E também se calhar também as pessoas não têm preparação, não sabem fazer, não sabem como conduzir. Acho que também podia-se fazer formação nessa área...” 4 AVAR FEM 31 MAI

E neste âmbito consideram que é importante investir na formação dos enfermeiros avaliadores, pelas dificuldades que continuam a existir, pois

precisam de ajuda para conduzir o processo, o que muitas vezes pode desmotivar as pessoas a aplicar o processo. As pessoas sabem o que se pretende com o processo, mas as dificuldades surgem muitas vezes na prática.

“...Mas penso que deveria de haver mais formação principalmente para o enfermeiro avaliador, no sentido que eu ahhh... penso que há dificuldades em lidar com o processo, eu sei o que se pretende com este processo, se calhar o avaliador precisaria de alguma ajuda para melhor conduzir o processo, se calhar quem não está motivado não acha isso...”

5 AVA FEM 07 JUN

Também 1 dos gestores refere que existem dificuldades dos enfermeiros avaliadores na aplicação do processo, pois estes têm verbalizado a dificuldade que têm em fazer os registos de observação, sendo um dos aspectos que no nosso hospital é difícil de concretizar na prática. E o gestor compreende esta dificuldade porque tem algumas dúvidas nos registos de observação pela dificuldade de os praticar e a este respeito considera que é um ponto importante da avaliação do desempenho que deveria ser ponderado. A dificuldade na prática surge quando é feita a observação e acompanhamento do desempenho do avaliado, os registos dessa observação não são efectuados em seguida e no final do triénio não existem registos feitos nos impressos destinados para esse fim.

“...Na prática, há um dos aspectos da avaliação de desempenho que é difícil de concretizar e que toda agente manifesta, tem verbalizado a dificuldade que tem em fazer registos de observação...”

1 GEST FEM 1 JUN

Relativamente às **dificuldades dos avaliados**, no quadro 21, podemos observar que a este aspecto fazem referência 3 enfermeiros avaliadores, 1 enfermeiro avaliado e 1 gestor.

Os enfermeiros avaliadores dizem que os enfermeiros avaliados têm dificuldade na realização dos RCA, porque por vezes não escrevem nem analisam no relatório em determinados aspectos importantes do seu desempenho, que os avaliadores sabem que existem, mas não são referidos pelos avaliados, têm dificuldade em passar para o papel o que é importante e pertinente. E muitas vezes colocam-se abaixo daquilo que realmente são como profissionais.

Consideram que ainda existem enfermeiros avaliados que não sabem fazer um RCA, o que ao fim destes anos todos revela que as pessoas têm sido pouco despertas para este processo, e neste aspecto o enfermeiro avaliador tem um papel muito importante de passar para o avaliado a importância que o processo adquire quando é bem implementado, aplicado e utilizado na organização.

“...Porque se por parte de quem avalia também não for, não tiver esse investimento a outra parte também perde, perde a noção do que é a importância, porque ainda hoje assistimos ao facto das pessoas não saberem fazer um relatório crítico de actividades, ao fim destes anos isso também revela que as pessoas têm sido muito pouco despertas para este tipo de avaliação...” 3 AVAR FEM 23 MAI

Os enfermeiros avaliadores referem ainda que, os RCA estão cada vez mais descritivos das actividades que as pessoas fazem ao longo do triénio, e a análise crítica que se pretende que exista no relatório em muitos dos casos nem existe. Consideram que os enfermeiros avaliados têm medo de criticar o seu desempenho, quer positivamente, quer negativamente. Neste âmbito parece que os enfermeiros avaliados têm dificuldade em perceber o que realmente deve ser mencionado no RCA e fazem um a descrição do desempenho nos últimos 3 anos.

“...os enfermeiros nos relatórios críticos cada vez estão mais descritivos das funções que fazem, das acções que fazem que são aquelas que nós

conhecemos, sabemos quais são as actividades deles, acabam por descrever as actividades. São muito pouco críticos, eu acho que os enfermeiros têm muito medo de criticar e quando é criticar é críticas positivas e negativas...” 4 AVAR FEM 25 MAI

Referem também que os enfermeiros avaliados, têm dificuldade em definir objectivos pessoais e do serviço onde desempenham funções de enfermagem, principalmente necessidades de formação.

De salientar que apenas 1 dos enfermeiros avaliados considera que existem dificuldades dos avaliados na aplicação do processo AD, e esta enfermeira avaliada refere que essa dificuldade é na elaboração do RCA, porque a lei não menciona como deve ser feito o relatório, de forma a que a pessoal valorize o seu desempenho e diga o que impediu e/ou proporcionou o seu crescimento profissional, as suas necessidades detectadas, falhas e virtudes do desempenho.

“...Ahhh... a lei também não sabe bem alertar os enfermeiros para o que é fazer um relatório crítico de actividades, não é, ahhh.... e não sabem que muitos deles, eles saber sabem, não fazem é as entrevistas de orientação de maneira a que conduzam durante o triénio as pessoas a fazerem um relatório que se valorize ou não ele próprio, que colaborem para o crescimento pessoal e profissional do enfermeiro e para rectificar problemas e solucionar problemas e lacunas dos serviços...”

2 AVA FEM 19 MAI

Também 1 dos gestores considera que existem dificuldades dos avaliados na aplicação do processo AD, pelo que referem que as pessoas têm dificuldade em reflectir sobre o seu desempenho, e os RCA são na sua maioria muito descritivos e pouco reflexivos, pois as pessoas fazem descrições que para o RCA são perfeitamente dispensáveis. E que acontece é que os enfermeiros avaliados prejudicam-se por não valorizarem o seu desempenho, por vezes

não dizem as áreas em que apostaram e se isso contribuiu para a sua valorização profissional, e também não se percebe quais são as suas necessidades ou dificuldades na prestação de cuidados.

“...E os enfermeiros caiem um pouco nisto ahhh... gastam tempo e tinta e folhas com muita descrição quando o que se pretendia era mais reflexão sobre que áreas é que eles desenvolveram e que são bons porque a pessoa também, a pessoa deve saber no que é que é boa, qual é o seu mérito, quais são as suas competências, o que é que lhe dá satisfação por saber que faz bem...” 1 GEST FEM 1 JUN

Ainda no quadro 21, podemos observar que apenas 2 enfermeiros avaliadores referem se manifestam **sem dificuldades** de aplicação do processo AD. Dizem que é um processo muito claro, na própria legislação é muito clara, é um processo muito aberto e fácil de aplicar.

“...Não tenho grandes dificuldades, porque o processo é muito claro e é muito fácil de aplicar, não tenho grandes dificuldades...”
1 AVAR FEM 19 MAI

Uma enfermeira avaliadora, salienta ainda que a dificuldade de aplicação do processo AD, está relacionada com o investimento que o avaliador faz e com a vontade que tem de aplicar o processo, pois quando a pessoa tem dificuldade tem que tentar atenuá-la ou resolvê-la com quem tem mais experiência como avaliador ou procurar bibliografia que a esclareça em determinado aspecto do processo.

“...Dificuldades na aplicação, ahhh.... quer dizer não, é muito clara, em termos de legislação ela é muito clara, ahhh.... não tem dificuldade de aplicabilidade nenhuma, tem a ver é com a vontade de quem avalia de a aplicar ou não...” 3 AVAR FEM 23 MAI

Podemos também observar no quadro 21, que 2 enfermeiros avaliadores e 1 enfermeiro avaliado referem **dificuldades não especificadas** na aplicação do processo AD, que são dificuldades sentidas, mas as não especificam.

Os enfermeiros avaliadores referem que é sempre difícil aplicar um sistema novo, mas não dizem qual é a dificuldade que sentem a esse nível. Consideram ainda que, os com os parâmetros de *satisfaz e não satisfaz*, são muito complicados porque não se conhece no nosso hospital ninguém que tenha tido não satisfaz, no entanto não referem especificamente qual é a dificuldade sentida ou detectada, percebemos que é relacionada com a atribuição da menção qualitativa, mas mais não sabemos.

“...Porque é difícil a gente aplicar um sistema novo, mas sim a formação foi bastante orientadora...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Assim, verificamos que relativamente às dificuldades de aplicação do processo AD, os actores consideram que existem dificuldades dos enfermeiros avaliadores e dos avaliados. E de salientar que 1 gestor refere que lhe é verbalizado pelos enfermeiros avaliadores a dificuldade de efectuar os registos de observação e que tal facto é notório porque existem muito poucos registos no nosso hospital, mas essa dificuldade não nos foi referida a nós pelos enfermeiros avaliadores.

Em relação às dificuldades dos avaliados, verificamos que os enfermeiros avaliadores consideram que os avaliados têm dificuldade na elaboração do RCA e em perceber o que deve conter esse relatório, e na análise da maioria dos RCA verifica-se que são muito descritivos e pouco reflexivos, a auto-análise do desempenho é muito escassa e descrevem actividades que não são necessárias no relatório. Esta opinião é também partilhada por 1 dos gestores. Dificuldade esta que deve ser analisada e discutida entre ambos (avaliadores e avaliados) nas entrevistas de orientação ao longo do triénio e na entrevista para atribuição da menção qualitativa, aquando da análise do RCA, mas por estes resultados, tal facto parece não esta a acontecer.

É importante referir que apenas 1 enfermeiro avaliado refere dificuldades no RCA, tal como mencionam os avaliadores e 1 gestor, esta enfermeira diz que a lei não é esclarecedora em relação ao que deve ser referido no relatório. Os restantes enfermeiros avaliados não referem sentir dificuldades na elaboração do RCA.

- **Descrever as prescrições dos diferentes participantes**

Para dar resposta a este objectivo, considerámos pertinentes a categoria, Alterações ao processo AD e as subcategorias:

- Menção qualitativa
- Reconhecimento e valorização pessoal
- Avaliação por objectivos anual
- Instrumentos de registo
- Cumprimento de prazos
- Articulação com a gestão RH
- Entrevistas de orientação

Assim, cruzámos estas subcategorias com os diferentes participantes no estudo, de forma a descrever as diferentes prescrições, ou seja, as sugestões de alteração ao actual processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem.

Quadro 22 – Estatuto Profissional/Alterações ao Processo AD
(n.º de documentos)

	Menção qualitativa	Reconhecimento e valorização pessoal	Avaliação por objectivos anual	Instrumentos de registo	Cumprimento de prazos	Articulação com a gestão RH	Entrevistas de orientação
Avaliador	5	5	2	0	0	5	0
Avaliado	4	4	0	1	1	5	4
Gestor	0	0	0	0	0	2	0

Tal como podemos observar no quadro 22, verificamos que 5 enfermeiros avaliadores e 4 enfermeiros avaliados consideram que no actual processo AD, deveria ser alterada a **menção qualitativa**.

Os enfermeiros avaliadores referem que esta é uma lacuna do processo que deveria ser pensada, porque não conseguem perceber a evolução do enfermeiro avaliado, nem lhe conseguem dar muitas oportunidades de crescimento, porque ele se situa sempre dentro do satisfaz. Consideram que deveriam ser introduzidos outros parâmetros de avaliação, seria melhor e traria mais benefícios para todos. Porque aí havia uma maior competitividade entre os enfermeiros e eles tentariam também que o seu desempenho fosse muito melhor, porque segundo referem a competição às vezes é bom que aconteça, é saudável e é uma mais valia tanto para o enfermeiro, como para o doente, como para a instituição. E com este processo assim, da menção qualitativa com está instituída, não dá grande valor ao desempenho do enfermeiro.

“...E portanto, é aí que eu acho que devíamos mudar o tipo de avaliação, nesse aspecto da pontuação, para mostrar mais aquilo que o enfermeiro merece...” 1 AVAR FEM 19 MAI

“...não concordo como avaliadora e também sou avaliada e também não concordo porque também sinto portanto essa, esse sinal da parte dos enfermeiros avaliados, não há distinção entre eles e é muito difícil dar um não satisfaz, é muito difícil não é?...” 5 AVAR FEM 27 MAI

Também 4 enfermeiros avaliados referem que a menção qualitativa deveria ser alterada, consideram que só o *satisfaz* e o *não satisfaz* não é suficiente, porque de certa forma para quem tem não satisfaz se calhar não satisfaz e pronto. Mas para quem tem satisfaz, há enfermeiros que se distinguem dentro deste parâmetro, pelo que deveria haver diferenciação como houve há uns anos e como há em qualquer classificação desde a escola primária, em que há o não satisfaz, o satisfaz, o satisfaz bastante, o excelente, quer dizer desde

pequenas que as pessoas estão habituadas a ser avaliadas com vários parâmetros.

“...na minha opinião iria atribuir desde o não satisfaz até ao muito bom porque acho que valia a pena. Até por uma questão de motivação profissional...” 1 AVA FEM 19 MAI

Referem ainda que as pessoas gostam de ter reconhecimento, o que não é possível com estes parâmetros de avaliação, pois algumas pessoas precisam de incentivo, ou seja, precisam de algo mais para se manterem motivadas porque às vezes uma pessoa pensa que mesmo esforçando-se para melhorar tem a mesma avaliação do que aquelas pessoas que não se esforçam ou não se preocupam em saber onde podem melhorar.

“...tenho consciência que é um processo injusto para algumas pessoas, há algumas pessoas que se esforçam ahhh.. procuram sempre evoluir e têm satisfaz e há outras que ahhh... não estão minimamente motivadas para a profissão, se calhar vêm porque têm um emprego...”

5 AVA FEM 07 JUN

Podemos também observar no quadro 22 que, 5 enfermeiros avaliadores e 4 enfermeiros avaliados consideram que o actual processo AD deveria ser alterado de forma a permitir um maior **reconhecimento e valorização pessoal** do avaliado.

Os enfermeiros avaliadores consideram que, é necessário o reconhecimento pelo método avaliativo seria um reconhecimento que estaria ao nosso alcance por diversas razões, um sistema de avaliação do desempenho muito virado para esses aspectos seria uma forma de premiar aquelas pessoas que efectivamente se distinguem, não colocá-las num cabaz onde todos são satisfaz. Porque as pessoas necessitam que o desempenho seja reconhecido, pois se isso acontecer faz com que as pessoas fiquem mais

motivadas para melhorar a prestação de cuidados e para se envolverem mais no processo AD.

“...Até porque há necessidade de criar uma certa discriminação positiva, ou seja, ahhh... de valorizar efectivamente as pessoas que têm um valor acrescentado, um valor acrescido e o actual sistema de avaliação do desempenho não permite isso...” 2 AVAR MAS 23 MAI

Também 4 enfermeiros avaliados consideram que é necessário o reconhecimento e valorização pessoal dos enfermeiros avaliados, no processo AD, porque as pessoas precisam ser reconhecidas pelo trabalho que fazem diariamente com os utentes, e o actual processo AD não permite esse reconhecimento.

“...também é bom reconhecer e ser reconhecido pelo trabalho, porque ser avaliado também é ahhh.... é ser reconhecido por aquilo que fez de bem e não só ser apontado pelas coisas que tão a ser feitas de modo incorrecto...” 5 AVA FEM 07 JUN

Ainda no quadro 22, podemos verificar que, 2 enfermeiros avaliadores referem que a avaliação do desempenho na carreira de enfermagem que actualmente é feita por triénios, deveria ser uma **avaliação por objectivos anual**. Dizem que nesta avaliação, os objectivos seriam sempre traçados tendo em conta os objectivos do serviço e da organização, os pessoais e de facto, com rigor do seu desempenho, aquilo que é a qualidade que o hospital preconiza nos cuidados, ou seja, as normas e critérios de qualidade do HSLE.

Referem ainda que, a introdução de uma avaliação por objectivos iria logo trazer à partida diferenças na maior parte das pessoas porque cada pessoa tem um objectivo pessoal que vai com certeza sempre ao encontro daquilo que é um objectivo da organização e dos próprios serviços e portanto isso levaria logo a uma avaliação muito mais justa.

“...Faria nomeadamente, faria uma avaliação por objectivos, ahhh.....”

3 AVAR FEM 23 MAI

“...Por um lado acho que criariam-se todos os anos três, quatro, cinco objectivos para cada enfermeiro, poderiam ser diferentes para cada um, conforme o serviço, conforme a atitude pessoal e as características do enfermeiro e indicadores mensuráveis para, desses objectivos...”

4 AVA FEM 25 MAI

Também 1 enfermeira avaliada considera que no actual processo AD, os **instrumentos de registos** deveriam ser alterados. Refere que deveria existir um modelo onde pudessem ser registados os procedimentos da avaliação do desempenho, porque é exigido ao enfermeiro avaliado e por vezes muito pouco ao enfermeiro avaliador, que muitas vezes pelo relatório crítico apanha alguns parágrafos do avaliado e diz que concorda ou não concorda, e não faz propriamente uma avaliação externa da pessoa avaliada.

“...mas eu acho que se houvesse um modelo oficial onde se tivessem que registar as entrevistas de orientação e que se, esse modelo tivesse que ser anexado aos relatórios críticos de actividades, não é?, já uma maneira de levar os enfermeiros avaliadores a cumprir a parte que não fazem, não é?...” 2 AVA FEM 19 MAI

Também 1 enfermeira avaliada considera que no actual processo AD, deveria ser alterado no sentido de os enfermeiros avaliadores **cumprirem os prazos** de atribuição da menção qualitativa, pois considera que os prazos não são respeitados, ou seja, os enfermeiros avaliados têm que entregar o RCA em Janeiro de cada triénio e os enfermeiros avaliadores atribuem a menção qualitativa sem data ou prazo a cumprir. O que diz não estar correcto por que se os avaliados têm que cumprir prazos, os enfermeiros avaliadores também o deveriam fazer.

“...Quer dizer que há datas para tudo, que nós temos que respeitar, e se eu respeitei até ao dia 31 de Janeiro entreguei o meu relatório, as datas também deveriam ser respeitadas pelos enfermeiros avaliadores, mas pronto...” 2 AVA FEM 19 MAI

Podemos também, observar no quadro 22 que, 5 enfermeiros avaliadores e 5 enfermeiros avaliados e 2 gestores, ou seja, a totalidade dos participantes consideram que no actual processo AD, deveria ser feita a **articulação com a GRH**.

Os enfermeiros avaliadores referem que, o processo AD deveria estar articulado a com a GRH, principalmente no que diz respeito à formação, referem que se houver alguma alteração ao actual processo de avaliação, as necessidades detectadas na altura podem ser colmatadas pela formação, de forma a melhorar a operacionalização do processo AD.

“...A não ser que o processo tivesse alguma alteração, pois nessa altura teria que ter alguma formação ou informação para que a gente não saia do processo...” 1 AVAR FEM 19 MAI

Também os enfermeiros avaliados consideram que, a avaliação do desempenho deveria estar articulada com a GRH, de forma a melhorar o próprio processo AD, e neste sentido referem que a formação sobre avaliação do desempenho deveria continuar a ser realizada no nosso hospital, para ouvir experiências de outros avaliadores e avaliados, e também para que os novos elementos que vão integrando as equipas de enfermagem possam perceber um pouco a sistemática do processo AD, porque os enfermeiros recém formados, nunca tiveram formação sobre o processo AD.

“...Mas acho bem que a formação esteja ligada, porque nas entrevistas e nos relatórios quase sempre é quando se observam determinadas carências ou falhas em determinados temas...” 1 AVA FEM 19 MAI

Uma enfermeira avaliada refere também que, a avaliação do desempenho deveria fazer parte da formação em serviço, ou seja, o enfermeiro responsável pela formação em serviço em conjunto com o enfermeiro chefe e avaliador, de acordo com as necessidades dos profissionais do serviço, poderiam organizar determinadas formações, no sentido de colmatar essas necessidades.

“...Eu acho que deveria fazer parte também deeee... da formação em serviço, por assim dizer, ahhh... pronto à medida que vão chegando enfermeiros...” 2 AVA FEM 19 MAI

Os 2 gestores salientam que, a avaliação de desempenho deveria estar articulada com a GRH, no sentido de colmatar as dificuldades que os enfermeiros avaliados têm em realizar o RCA no final do triénio, de forma a que as pessoas pudessem criar em si o espírito reflexivo, que é extremamente importante na realização do relatório.

Consideram também que a formação deve estar sempre ligada à avaliação do desempenho e não só deve existir formação individualizada para cada serviço, pois sabem que determinados serviços têm as suas próprias particularidades, como também os serviços que funcionam melhor em termo de relações interpessoais, podem dar a conhecer a sua experiência a outros serviços onde exista esse tipo de problema por resolver.

“...dentro desta instituição há sempre serviços que funcionam melhor outros que acompanham e são mais dinâmicos outros que se atrasam, outros que funcionam menos bem e de maneira que é preciso estar sempre no fundo a ahhh... na avaliação haver uma formação nesse sentido....” 2 GEST MAS 30 JUN

Tal como podemos observar no quadro 22, verificamos que, 4 enfermeiros avaliados consideram que no actual processo AD deveriam ser alteradas as **entrevistas de orientação**. A este respeito referem que se as entrevistas de

orientação fossem feitas tal como preconizado na lei, quer enfermeiros avaliadores, quer avaliados beneficiariam mais deste processo AD. Na opinião dos enfermeiros avaliados não se compreende porque razão não são realizadas as entrevistas orientação, pelo menos uma vez por ano, para colmatar esta falha, talvez pudesse existir um a circular que fosse enviada a cada enfermeiro avaliador, com o registo das respectivas entrevistas a realizar durante cada ano, e no final do ano isso lhe fosse cobrado.

“...Pronto tal como eu acabei de dizer para já ahhh... faria mais entrevistas ahhh... de avaliação com mais ahhh... com uma periodicidade maior e depois ahhh...” 4 AVA FEM 31 MAI

Assim, relativamente às sugestões de alteração ao actual processo AD, verificamos que os enfermeiros avaliadores e avaliados referem que deve ser alterada a menção qualitativa, e o processo AD deve permitir o reconhecimento e valorização pessoal, que com estes parâmetros da menção não possibilita esse reconhecimento aos enfermeiros avaliados.

Dois dos enfermeiros avaliadores consideram que o processo de avaliação dos enfermeiros deveria ser efectuado anualmente, pois consideram que um triénio é um período longo.

Depois verificámos que 1 enfermeira avaliada considera que devem ser alterados os instrumentos de registo, de forma a que os procedimentos da avaliação do desempenho sejam efectuados. Também 1 enfermeira avaliada considera que os prazos para atribuição da menção qualitativa, não estão a ser cumpridos pelos enfermeiros avaliadores, pelo que este aspecto deveria ser alterado. Em relação à articulação do processo AD com a GRH, todos os participantes consideram que deveria existir sempre, fazem referência à formação articulada com a GRH.

Relativamente às entrevistas de orientação, que referem não estar a ser realizadas, fazem uma sugestão para que este problema possa ser resolvido no HSLE, tal como referimos anteriormente.

Após termos apresentado as respostas ao problema de investigação, de acordo com a opinião dos diferentes participantes no estudo, enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores, passamos em seguida à síntese da contribuição teórica, de forma a tentar conceptualizar hipóteses teóricas.

2.2.4 – Síntese da Contribuição Teórica

Neste sub-capítulo, pretendemos articular os resultados obtidos nas entrevistas realizadas aos diferentes participantes no estudo, apresentados no sub-capítulo anterior, com o quadro teórico.

Após a análise dos resultados obtidos, consideramos importante apontar o que de mais relevante se salienta, articulado com a pesquisa teórica realizada neste estudo, de forma a conceptualizar hipóteses testáveis em novas investigações.

Através da análise dos dados, verificámos que todos os participantes no estudo referem que o processo de avaliação do desempenho tem implicações organizacionais, nomeadamente **impactos no serviço/organização**, referem ser um processo importante em contexto organizacional na medida em que permite que tenhamos uma visão da qualidade dos cuidados prestados, permite fazer o retrato da organização, permite detectar as necessidades dos profissionais, permite a mobilidade e integração dos enfermeiros, sendo portanto um elemento de mais valia para a organização de saúde. Constatação esta que vem de encontro a Almada, quando menciona que, “se este processo for correctamente implementado nos serviços, pode tornar-se numa arma preciosa em poder dos enfermeiros chefes, para conseguir, das administrações hospitalares, as condições necessárias para assegurar a qualidade de cuidados de enfermagem pretendida” (Almada, 1995, p.17).

Verificámos também que a maioria dos participantes, enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores, mencionam que o processo AD

tem implicações pessoais no avaliado. E neste sentido, referem que este processo contribui para o **desenvolvimento profissional e desenvolvimento pessoal e social**, porque permite o crescimento pessoal e profissional, permite progressão na carreira, facilita e promove o feedback, permite conhecer melhor os enfermeiros, permite a autocritica e permite maior interacção entre avaliador e avaliado. Esta constatação vem ao encontro da indicação de Neves (2001), segundo a qual, “o processo de avaliação do desempenho é um instrumento de gestão e de desenvolvimento pessoal” (Neves, 2001, p.228).

No entanto, um enfermeiro avaliador, considera que o processo de avaliação do desempenho nos moldes como está a ser desenvolvido neste hospital, não contribui de forma alguma para que os profissionais possam evoluir quer a nível profissional, quer a nível pessoal, porque o processo não funciona tal como está preconizado, por falta de empenhamento e interesse tanto de avaliadores como de avaliados. Refere ainda que se poderia explorar mais o processo e aproveitar melhor o que ele concede.

Beach (1980), citado por Marquis e Huston, “defende que a diferença entre um sistema de apreciação formal e informal reside no facto de, no primeiro, os administradores serem estimulados a observar constantemente seus funcionários para, adequadamente proporcionar treinamento e desenvolvimento a eles” (Marquis e Huston, 1999, p.410), acumulando dessa forma informações, o que facilitará a redução da subjectividade da avaliação.

O êxito da avaliação do desempenho pode passar pelo aprimorar da função supervisão, ou seja, observação, orientação e apoio, dessa forma o enfermeiro contribui para que alguns resultados sejam alcançados. Entre eles, a manutenção e reconhecimento de um nível elevado de qualidade dos cuidados de enfermagem, a manutenção da satisfação do utente, dos familiares e dos funcionários, a adequação dos programas elaborados pelo serviço de enfermagem e a manutenção de condições propícias ao desenvolvimento e motivação do pessoal, ao trabalho em equipa e à adaptação das técnicas de trabalho à natureza do homem enquanto trabalhador.

É ainda mencionada pelos enfermeiros avaliadores a importância do **feedback** do desempenho para o **desenvolvimento profissional** dos enfermeiros avaliados, porque permite melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem e permite a interação entre avaliador e avaliado, facilitando desta forma a comunicação. Neste contexto, Caetano (1996), refere que a desburocratização da avaliação do desempenho e a sua utilização como um meio de comunicação entre os actores organizacionais, e não como um fim em si mesmas surgem como uma ponte necessária renovação das práticas de avaliação nas organizações. Também Brilman (2000), refere que é necessário desenvolver o feedback no processo de avaliação, "para tornar coerentes os sistemas de avaliação como os novos valores e as novas formas de organização" (Brilman, 2000, p.390).

Assim, verificamos que estes resultados estão de acordo com o enquadramento teórico, e na nossa opinião expressam a preocupação do avaliador em extrair do processo de avaliação contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional do avaliado, isto é, a avaliação como um instrumento essencial para reflectir a prática e produzir mudanças em simultâneo, pode ser um estímulo sócio-profissional.

É neste sentido, que de acordo com Bento e Moura (1997), todas as pessoas têm necessidade de reconhecimento, tanto no plano social, como no plano profissional. O reconhecimento deve pressupor um esquema essencial de incentivos que premeie a competência em detrimento do imobilismo profissional e que faça a diferença entre o bom e o mau desempenho. Na opinião destes autores, falar de avaliação do desempenho profissional pressupõe remuneração, reconhecimento e avaliação profissional, o que constitui a trilogia central das modernas políticas de recursos humanos, voltadas para a requalificação e valorização da mão-de-obra.

Caetano e Vala (2002), consideram ainda que "é importante que o avaliador dê um feedback frequente ao trabalhador para que este identifique os problemas que tem no seu desempenho e os possa corrigir" (p.385).

Embora o nosso estudo se trate de um estudo de caso, mas considerando o que é referido pelos participantes, colocamos a seguinte hipótese possível de ser testada noutras investigações.

↳ **Hipótese 1** – Nas organizações de saúde onde os enfermeiros avaliadores não valorizam dar o feedback do desempenho aos enfermeiros avaliados, o processo de avaliação do desempenho terá um impacto menor no desenvolvimento profissional e pessoal dos profissionais, comparativamente às organizações onde o feedback é valorizado pelos avaliadores.

Em relação à **operacionalização do processo AD**, verificámos que alguns dos participantes, nomeadamente enfermeiros avaliadores e avaliados, manifestam que nem todos os procedimentos que o processo preconiza se efectuam na prática deste hospital. No entanto, os gestores referem que todos os procedimentos que o processo de avaliação do desempenho preconiza são realizados no HSLE.

E neste contexto, Oliveira (1998), refere que o êxito da avaliação do desempenho, passa não só pela aceitação do processo como um elemento de mais valia ou pela formação dos vários profissionais, mas também é necessária uma observação contínua do desempenho do avaliado e não apenas de actos isolados.

Mas, verifica-se através dos resultados obtidos, que os enfermeiros avaliadores e gestores manifestam que se realizam periodicamente, ou pelo menos uma vez por ano entrevistas de orientação, enquanto que os enfermeiros avaliados referem que não lhes têm sido efectuadas essas entrevistas neste hospital, pelo que, apontam tal facto como uma falha e descontentamento relativamente à operacionalização do processo de avaliação do desempenho. Beach (1980), citado por Marquis e Huston, "defende que a diferença entre em sistema de apreciação formal e informal reside no facto de, no primeiro, os administradores serem estimulados a observar constantemente seus funcionários para, adequadamente proporcionar treinamento e

desenvolvimento a eles” (Marquis e Huston, 1999, p.410), acumulando dessa forma informações, o que facilitará a redução da subjectividade da avaliação.

Assim, considerando que os enfermeiros avaliados referem que os enfermeiros avaliadores nos seus actos de gestão não valorizam, nem efectuam alguns dos procedimentos do processo AD, embora no discurso implícito dos avaliadores e gestores tal facto ser manifesto, ou seja, pelas suas palavras os procedimentos são efectuados, mas pelas suas acções isso não acontece, colocamos a seguinte hipótese, que poderá ser testada em investigações posteriores à nossa:

↳ **Hipótese 2** – Nas organizações de saúde em que os enfermeiros avaliadores e órgãos de gestão, nas suas práticas de gestão não valorizam o processo AD (embora possam valorizar no discurso explícito), este terá um impacto menor no desenvolvimento profissional dos colaboradores, comparativamente às organizações onde a gestão valoriza o processo AD.

Ainda relativamente à operacionalização do processo AD, importa referir que a maioria dos enfermeiros avaliados dizem que as entrevistas de orientação não são realizadas pelos enfermeiros avaliadores, sendo que algumas pessoas só tiveram uma ou duas entrevistas de orientação durante os vários anos em que têm desempenhado as suas funções como enfermeiros, e não uma entrevista anual como preconiza a lei. Constatação esta que vai ao encontro de Caetano e Vala (2002), quando salienta que a entrevista orientação torna-se um momento difícil, na medida em que os intervenientes não gostam de a realizar, pois daí podem advir conflitos que pioram a relação de trabalho das pessoas. No entanto consegue-se melhorar a entrevista quando se dá um feedback mais claro, “quando se centra a avaliação do desempenho no avaliado e não na sua personalidade” (Caetano e Vala, 2002, p.387).

Da ampla literatura revisada acerca do processo de avaliação do desempenho, constatámos que qualquer sistema de avaliação do desempenho

é conceptualizado a partir de um conjunto de três componentes (objectivos, instrumentos e procedimentos), tal como já referimos no enquadramento teórico.

No que respeita aos procedimentos que regulam a aplicação deste processo, Caetano e Vala (2002), fazem referência à importância que a entrevista de orientação detém, como forma de comunicação e de dar feedback ao trabalhador sobre o seu desempenho.

É de extrema importância, mais proveitoso para a organização e para o avaliado que exista um método de avaliação sistemático, periódico e formal, do que apenas uma avaliação ocasional e subjectiva, pois de acordo com Marques (1992), uma organização sem avaliação do desempenho “compromete o seu futuro, na medida em que não se esforça por aumentar a produtividade e desenvolver os seus colaboradores, mas um inadequado sistema pode ter o mesmo tipo de consequência” (Marques, 1992, p.301).

Neste contexto, e considerando que foi referido por alguns dos enfermeiros avaliados que no HSLE, as entrevistas de orientação não são realizadas, pelo que consideramos importante colocar a seguinte hipótese, possível de ser testada investigações posteriores:

↳ **Hipótese 3** – Nas organizações de saúde onde não são realizadas as entrevistas de orientação, como um procedimento da avaliação do desempenho dos enfermeiros, o processo AD é menos valorizado pelos enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores, comparativamente às organizações de saúde onde as entrevistas de orientação são realizadas.

Em relação ao grau de **concordância com o actual processo AD**, verificámos através dos dados que, a maioria dos participantes não concorda com o processo de avaliação do desempenho. Neste sentido referem que não concordam que os parâmetros da menção qualitativa, porque são muito pobres. O enfermeiro avaliador só pode atribuir *satisfaz ou não satisfaz*, e dentro do *satisfaz* não consegue distinguir o enfermeiro que por algumas

razões se destaca em determinados aspectos do seu desempenho. Porque o enfermeiro pode estar no *satisfaz*, mas ser um *satisfaz* que é muito baixinho, enquanto que há outro enfermeiro que tem um bom desempenho, uma prestação excelente e que não tem grande diferenciação na sua pontuação.

Verificámos também que ao longo de todas as entrevistas, que este tipo de avaliação, especialmente por só ter dois parâmetros de menção qualitativa, o *satisfaz* e *não satisfaz*, foi sempre um dos pontos referenciados como desmotivante do processo de avaliação do desempenho. Também Patrícia Benner (1987), preocupada com o facto de muito pouca atenção ser dada à produção de incentivos e recompensas para as longas carreiras da prática de enfermagem nos hospitais, e consciente de que “a complexidade e responsabilidade da prática de enfermagem actual requerem um desenvolvimento longo e continuado da carreira dos enfermeiros, o que por sua vez, requer um atendimento das diferenças entre o enfermeiro praticante e o participante” (Benner, 1987, p.110). Sugere o reconhecimento, a recompensa e a retenção do enfermeiro que tem experiência em prática clínica directa, servindo estes de influência e modelo aos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Alguns dos enfermeiros avaliados consideram que este tipo de avaliação é injusta, pois sentem que a avaliação é igual para todos independentemente do desempenho de cada um. Esta constatação vem de encontro aos autores Marquis e Huston, quando referem que “pelo facto das apreciações de desempenho serem imprecisas e injustas, serem negativas e desmotivadoras, é fundamental que o administrador (avaliador) faça uso de estratégias que aumentem a probabilidade de uma avaliação justa e precisa” (Marquis e Huston, 1999, p.413).

Neste contexto, e considerando que foi referido pela maioria dos participantes neste estudo que não concordam com o actual processo AD, nomeadamente em relação aos parâmetros, *satisfaz* e *não satisfaz*, da menção

qualitativa, parece-nos pertinente colocar a seguinte hipótese, possível de ser testada em investigações posteriores:

↳ **Hipótese 4** – No processo de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem, com dois parâmetros para atribuição da menção qualitativa do desempenho, os profissionais manifestam um menor impacto do processo AD no reconhecimento e valorização profissional, comparativamente com o processo de avaliação do desempenho de outras carreiras, em que existem vários parâmetros para atribuição da avaliação,

Em relação à **Formação sobre o processo AD**, verificámos que a maioria dos participantes considera que a formação é um elemento de mais valia na implementação da avaliação do desempenho. A implementação deste processo implicaria que todos os actores que nele intervêm tivessem conhecimentos subjacentes à filosofia de base do próprio processo, no entanto pudemos constatar que apesar da grande maioria referir ter frequentado formação, e muita foi dada sobre este assunto entre 1992 e 1994, lamenta que a mesma não tenha tido continuidade e actualização, tendo em conta o tempo decorrido e a entrada de muitos e novos profissionais no hospital.

Com este novo sistema de avaliação os profissionais de enfermagem tiveram necessidade de se adaptar às mudanças e dinâmicas por ele preconizadas, o que tem implicado uma reflexão profunda, principalmente dos enfermeiros avaliadores, relativamente às concepções, práticas e comportamentos avaliativos, no sentido de compreenderem e interiorizarem a filosofia e pressupostos do mesmo (Pereira, 2001).

Neste âmbito constatámos que a maioria dos participantes referem que actualmente existe necessidade de formação na área da avaliação do desempenho, tanto para avaliadores como para avaliados.

Os enfermeiros avaliadores consideram que existe necessidade de formação sobre a avaliação do desempenho, no entanto, salientam a importância de fazerem formação de reciclagem e workshops onde tivessem

oportunidade de trocar experiências entre avaliadores e discussão de casos práticos. Esta constatação vem de encontro à indicação de Caetano e Vala, quando referem que, na maioria dos casos,

“quanto maior for o envolvimento do avaliador na formação, mais exacta é a avaliação. Assim, é importante dar aos enfermeiros avaliadores a oportunidade de participarem em discussões de grupo, de fazer avaliações a sujeitos experimentais e de receber feedback sobre a avaliação que efectuaram” (Caetano e Vala, 2002, p.379).

Assim, considerando o que foi referido pelos participantes no estudo relativamente à formação dos enfermeiros avaliadores acerca do processo AD, parece-nos importante colocar a seguinte hipótese, que poderá ser testada numa nova investigação:

↳ **Hipótese 5** – Nas organizações de saúde em que não existe formação contínua acerca da avaliação do desempenho dirigida para os actores do processo, este terá um impacto menor no desenvolvimento dos serviços/organização, bem como no desenvolvimento e valorização dos profissionais, comparativamente às organizações onde existe formação nesta área.

Verificámos também que em relação à formação que os participantes frequentaram sobre o processo de avaliação do desempenho, estes manifestam, tanto contributos positivos (orientadora, benéfica, produtiva, positiva, incutiu o processo de AD, facilitou a aplicação do processo AD) como contributos negativos (muito superficial e não aprenderam nada de novo) da formação recebida. Esta opinião, relativa aos contributos positivos, é também partilhada por alguns autores, tais como Gil (1994) e Sampaio (1996), ao atribuírem à finalidade da formação a aquisição de conhecimentos, a mudança de atitudes e o desenvolvimento das relações interpessoais.

Dos dados das entrevistas verificámos que de uma forma geral, é manifesta a **importância relativamente ao processo de avaliação do desempenho**, pelos diferentes participantes no estudo. Neste sentido, da pesquisa bibliográfica efectuada ao longo da elaboração e redacção desta investigação, podemos referir que em muitas das obras consultadas é referenciada a importância que a avaliação do desempenho detém na carreira de enfermagem, quer em termos teóricos, quer na sua aplicação prática. Esta constatação vem de encontro ao referido por Oliveira relativamente à importância do processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem, em que a autora salienta que a “avaliação do desempenho, surge como uma medida terapêutica, como um olhar novo essencial na cultura organizacional hospitalar” (Oliveira, 1998, p.28), que ajudará os enfermeiros a crescer, quer a nível profissional, quer a nível pessoal.

Assim, vários autores destacam a avaliação do desempenho como o elemento determinante para a gestão de recursos humanos. Pelo que, a abrangência do processo de avaliação do desempenho deve ser total, e neste sentido, todos sem excepção devem ser avaliados (Moura, 2000).

Dada a natureza e especificidade das funções do enfermeiro, é o próprio pessoal de enfermagem que assume a responsabilidade de avaliação, tal como referido no artigo 48º do Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro. Já no artigo 43º são referenciados os objectivos da avaliação do desempenho, tal como já foi abordado no quadro teórico.

Mas nem todos os participantes atribuem importância a processo de AD, principalmente ao processo tal como é utilizado e aplicado no HSLE, provavelmente pelo facto de nunca terem recebido formação, pelos prazos não serem cumpridos pelos enfermeiros avaliadores e por algumas das fases do processo não serem realizadas. Neste contexto, verificamos que alguns dos participantes referem que a importância que é dada ao processo de avaliação do desempenho no nosso hospital é mínima ou nula, no entanto consideram que deveria ser mais valorizado. Esta constatação vem ao encontro do que é

referido por Stoner (1995), ao fazer referência a um estudo de Meyer et al. (1965), sobre a influência da avaliação do desempenho, realizado na General Electric Company, que apresenta várias recomendações, das quais se pode extrair que, “a administração de topo deveria ter o cuidado de integrar a avaliação do desempenho na cultura geral da organização e na estratégia de recursos humanos, para que a sua importância fosse realçada” (Stoner, 1995, p.289).

Assim, considerando o que foi referido por alguns participantes no estudo, ou seja, que a importância que é dada ao processo de avaliação do desempenho no nosso hospital é mínima ou nula, parece-nos importante colocar a seguinte hipótese, que poderá ser testada numa nova investigação:

↳ **Hipótese 6** – Nas organizações de saúde onde não são efectuados os procedimentos que o processo AD preconiza na carreira de enfermagem, os enfermeiros atribuem uma menor importância ao processo AD, comparativamente às organizações onde os procedimentos são efectuados.

Relativamente às **Dificuldades do processo AD**, e de acordo com os resultados obtidos nas entrevistas realizadas aos enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores, podemos constatar que, a maioria dos enfermeiros avaliadores e gestores, manifestam que, apesar do processo já estar a ser implementado desde 1993, continuam a sentir dificuldades, nomeadamente no que respeita à utilização e à aplicação do processo de avaliação.

No que respeita às **dificuldades de utilização do processo AD**, verificamos pelos dados obtidos que, apenas 3 enfermeiros avaliador e 1 enfermeiro avaliado referem estas dificuldades, na medida em que manifestam que o sistema de avaliação poderia ser muito mais explorado e mais desenvolvido, e uma vez que a gestão se pactua muito pelo incentivo e pelo

reconhecimento, torna-se muito difícil atingir esse objectivo na função pública, onde os enfermeiros também estão inseridos.

Os enfermeiros avaliadores referem ainda que, o processo de AD, como elemento de gestão não é muito válido, nos moldes como está a ser implementado, ou seja, os dois parâmetros, *satisfaz* ou *não satisfaz*, para atribuição da menção qualitativa, torna o processo pouco válido na prática, porque não permite distinguir as pessoas umas das outras. Só podem classificar o desempenho dos profissionais com estes dois parâmetros, o que torna difícil a utilização dos resultados em termos de gestão do pessoal de enfermagem. Saliendam também, que o processo é muito aberto o que permite várias operacionalizações, ou seja, nem todos os enfermeiros avaliadores parecem estar a aplicar o processo AD da mesma forma, mesmo que seja inconscientemente, o que pode ser penalizador para o profissional avaliado e para o avaliador. O carácter extremamente aberto que o processo tem, pode fazer com que nem todos os profissionais de enfermagem sejam avaliados de igual forma, razão pela qual muitas vezes ouvimos falar sobre os erros clássicos da avaliação do desempenho. Verificamos que esta constatação vem de encontro a Oliveira, quando a autora refere que, “a formação do avaliador, é ainda essencial, de forma a que este conheça os objectivos, em pormenor do sistema de avaliação a utilizar e para que esteja prevenido para alguns erros mais frequentes, como o efeito de halo e a tendência central” (Oliveira, 1998, p.31).

Analisando os dados das entrevistas, verificamos que em relação às **dificuldades de aplicação do processo** de avaliação do desempenho, os enfermeiros avaliadores e gestores referem que os enfermeiros avaliados, ainda continuam a ser muito descritivos e pouco reflexivos na elaboração do RCA. No entanto, através do quadro teórico constatámos que, esta dificuldade deve ser analisada e discutida entre ambos nas entrevistas de orientação ao longo do triénio e na entrevista para atribuição da menção qualitativa, aquando da análise do RCA, mas perante estes resultados, parece-nos que tal facto não esta a acontecer.

Neste sentido, esta constatação vem de encontro a Jesuíno (1993), quando refere diz que um dos problemas perturbadores da aplicação do actual processo de avaliação do desempenho diz respeito a dificuldades de comunicação entre avaliadores e avaliados na realização das entrevista de orientação. Também Neves refere que “a entrevista de orientação inicial, tal como o seu nome indica, funciona como início do processo de orientação” (Neves, 2001, p.228), de forma a integrar cada um dos enfermeiros avaliados em toda a filosofia dos processo AD, nomeadamente deverá ser feita uma orientação no sentido de esclarecer como deve ser realizado o RCA.

Assim, considerando o que foi referido por alguns participantes no estudo, ou seja, a dificuldade dos enfermeiros avaliados em elaborar o RCA por falta de orientação dos enfermeiros avaliadores, parece-nos importante colocar a seguinte hipótese, que poderá ser testada numa nova investigação:

↳ **Hipóteses 7** – Nas organizações de saúde em que os enfermeiros avaliadores não orientam os enfermeiros avaliados na realização do RCA, estes últimos terão mais dificuldades na aplicação do processo AD, ou seja, na realização do RCA, comparativamente às organizações de saúde onde existe esta orientação.

Os enfermeiros avaliadores referem ainda que, continuam a sentir dificuldades, embora menos do que no início da implementação do processo, porque em enfermagem não tiveram formação que os preparasse para aplicar o processo AD. A este respeito, também os enfermeiros avaliados dizem que a existência de dificuldades dos enfermeiros avaliadores na aplicação deste processo, deve-se talvez ao facto de não estarem preparados para o aplicar, não conhecem bem o processo e não sabem como o devem conduzir, provavelmente porque não têm formação suficiente. E a avaliação do desempenho poderia ser melhor ou mais aproveitada do que actualmente é na organização em análise.

Assim, verificamos que a formação insuficiente também aparece referida como um factor de dificuldade na aplicação do processo. Na verdade, apesar

da formação ter sido enfatizada ao nível das organizações, parece-nos que a mesma apresenta algumas insuficiências e não correspondeu às expectativas esperadas, tal como diz Sampaio (1996), quando se refere a este aspecto da formação. E esta constatação vem de encontro a Caetano e Vala, quando consideram que "é importante dar formação aos avaliadores sobre como é que se deve fazer um avaliação do desempenho mais exacta mas, também, é importante dar-lhes formação sobre porque é que a organização pretende implementar um processo de avaliação do desempenho" (Caetano e Vala, 2002, p.380).

Assim, considerando o que foi referido por alguns participantes no estudo, parece-nos pertinente colocar a seguinte hipótese, possível de ser testada numa investigação posterior:

↳ **Hipótese 8** – Nas organizações de saúde em que os enfermeiros avaliadores e os órgãos de gestão não valorizam o processo AD articulado com a gestão de recursos humanos, os enfermeiros avaliadores terão mais dificuldades de aplicação do processo de avaliação do desempenho, comparativamente às organizações onde estes valorizam.

Em relação às **Alterações do processo AD**, verificámos que a maioria dos participantes, consideram que no actual processo de avaliação do desempenho dos enfermeiros deveria ser alterada a menção qualitativa. Consideram que só o *satisfaz* e o *não satisfaz* não é suficiente para avaliar o desempenho dos enfermeiros porque nem todos os enfermeiros que têm *satisfaz*, apesar de se encontrarem dentro do mesmo parâmetro, têm um desempenho igual, logo deveria haver diferenciação. É neste sentido, que se torna necessário um maior leque de parâmetros.

Por outro lado, referem também que o actual processo AD deveria ser alterado de forma a permitir um maior reconhecimento e valorização pessoal do avaliado, pois todo este processo de avaliação é essencialmente individualizado, ou seja, o que está a ser avaliado é o desempenho daquele

enfermeiro, quais as suas capacidades para melhorar, bem como o reconhecimento através do feedback da valorização de determinados aspectos do seu desempenho, não sendo feita uma comparação com outros, pois o que se pretende é desenvolver as capacidades de cada um de acordo com aquilo que cada um pode conseguir. O que vem ao encontro de Almada, quando a autora refere que "exactamente por este carácter individualizado, pressupõe um conhecimento profundo, por parte do avaliador, do efectivo desempenho de cada enfermeiro, que se torna essencial para poder dar a cada um a necessária orientação" (Almada, 1995, p.18).

Assim, considerando o que foi referido por alguns participantes no estudo em relação às sugestões de alteração do actual processo AD, parece-nos importante colocar a seguinte hipótese, que poderá ser testada numa nova investigação:

↳ **Hipótese 9** – Nas organizações de saúde em o processo de avaliação do desempenho não é valorizado como um processo individualizado, ele terá um impacto menor no reconhecimento e valorização pessoal dos profissionais, comparativamente às organizações de saúde onde é valorizado.

Alguns enfermeiros avaliadores salientam ainda que a avaliação do desempenho na carreira de enfermagem que actualmente é feita por triénios, deveria ser uma avaliação por objectivos anual. Dizem que nesta avaliação, os objectivos seriam sempre traçados tendo em conta os objectivos do serviço e da organização, os pessoais e de facto, com rigor do seu desempenho.

Esta constatação vem ao encontro de Oliveira, quando refere que "embora não seja um sistema perfeito, defendo para a enfermagem uma avaliação por objectivos, contínua, no intuito de melhorar a prestação de cuidados e de manter actualizado o pessoal envolvido, contribuindo assim quer para a realização profissional, como para a pessoal" (Oliveira, 1998, p.36).



Assim, considerando o que foi referido por alguns participantes no estudo, em relação à avaliação por objectivos parece-nos pertinente colocar a seguinte hipótese, possível de ser testada numa investigação posterior:

↳ **Hipótese 10** – Nas organizações de saúde em que o sistema de avaliação do desempenho é valorizado com base numa avaliação por objectivos, o processo AD terá um impacto maior no desenvolvimento profissional, no desenvolvimento dos serviços/organização e na melhoria da prestação de cuidados ao utente, comparativamente às organizações onde não se valoriza.

2.2.5 – Proposta de Intervenção

A proposta de intervenção pretende ser uma proposta para intervir na organização, e neste caso, no HSLE, de forma a superar dos problemas identificados. Neste sentido, e tendo em consideração os resultados obtidos neste estudo, pretendemos elaborar a nossa proposta de intervenção baseada nas sugestões feitas pelos participantes para alteração do actual processo de avaliação do desempenho.

Consideramos que a realização de estudos, como este que estamos a concluir agora será sempre um contributo para a utilização eficaz e eficiente dos recursos existentes nas organizações de saúde. Assim, as importantes alterações ao processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem enquadram-se num processo de mudança organizacional, incidindo claramente no comportamento, nas atitudes, expectativas e nas relações interpessoais, pois é fundamental que esta mudança seja vista como um processo planeado, sequencial, progressivo e participado de forma a que não sejam criados efeitos inesperados ou mesmo contraproducentes em relação à avaliação do desempenho com tradução imediata nos cuidados de enfermagem.

Nesta perspectiva e de modo a contribuir para o desenvolvimento da avaliação do desempenho no HSLE, decorre a seguinte proposta de intervenção:

⇒ Promover a divulgação e sensibilização do trabalho de investigação realizado no HSLE.

Metodologia:

- Reunião com o Conselho de Administração, Enfermeiros Avaliadores e um Enfermeiro Avaliado por a cada valência do hospital.

Actividades:

- Apresentação e discussão do estudo;
- Análise conjunta da estratégia a adoptar na sua divulgação a todos os enfermeiros como forma de sensibilização ao processo em curso;
- Envolvimento dos enfermeiros avaliadores e avaliados na estratégia a adoptar;
- Análise e discussão das principais sugestões de alteração ao actual processo de avaliação do desempenho, referenciadas pelos enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores, nomeadamente alteração da menção qualitativa, reconhecimento e valorização pessoal, avaliação por objectivos anual, instrumentos de registos, cumprimento dos prazos, articulação com a GRH e entrevistas de orientação.

⇒ Promover a realização de uma investigação-intervenção no HSLE, com o objectivo de observar as causas de não eficiência da operacionalização do processo de avaliação do desempenho.

Metodologia:

- Trabalho de investigação-intervenção no HSLE.

Actividades:

- Realização de uma investigação-intervenção no HSLE , com o objectivo de observar as causas de não eficiência da operacionalização do processo de avaliação do desempenho;
- Envolvimento dos Enfermeiros Avaliadores e Avaliados na realização da investigação-intervenção no HSLE.

➤ Promover a Formação contínua.

Dirigida a todos os enfermeiros avaliados de cada serviço, sendo o plano de acção conduzido pelos enfermeiros avaliadores, nomeadamente os enfermeiros especialistas, cujo conteúdo funcional os liga directamente a este tipo de formação.

Pelo protagonismo dos enfermeiros avaliados no processo AD, será importante o seu envolvimento directo neste tipo de formação, quer nos aspectos teóricos a abordar, quer na colaboração para o desenvolvimento do processo, de que são exemplo reconhecimento e valorização pessoal, a elaboração do RCA e projecto profissional. Nos aspectos teóricos a abordar deverão ser tidos em conta as alterações sugeridas pelos participantes do estudo, tais como: a alteração da menção qualitativa, o reconhecimento e valorização pessoal, a avaliação por objectivos anual, os instrumentos de registos, o cumprimento dos prazos, a articulação com a GRH e a realização das entrevistas de orientação.

Metodologia:

- Projecto de Desenvolvimento de Competências em Avaliação do Desempenho para Enfermeiros Avaliadores e Enfermeiros Avaliados.

Actividades:

- Implementação do Projecto de Desenvolvimento de Competências em Avaliação do Desempenho para Enfermeiros Avaliadores e Enfermeiros Avaliados.

➤ Promover a Formação em serviço.

Dirigida a todos os enfermeiros dos serviços sob a orientação dos respectivos enfermeiros avaliadores, que versa principalmente os aspectos metodológicos, ou seja os procedimentos a realizar no processo AD, atendendo ao seu carácter evolutivo, dinâmico e contínuo, e também necessidades ou lacunas específicas de determinado serviço, detectadas na equipa de enfermagem, que possam ser colmatadas na formação em serviço.

Metodologia:

- Plano de formação em serviço, tendo em consideração os problemas detectados na equipa de enfermagem relacionados com a prestação de cuidados.

Actividades:

- Implementação do Plano de formação em serviço tendo em consideração os problemas detectados na equipa de enfermagem relacionados com a prestação de cuidados;
- Formar grupos para elaboração de protocolos de actuação, para elaboração de normas e critérios de qualidade de cuidados considerados necessários pela equipa de enfermagem e análise dos instrumentos de registo do processo AD;
- Realização de trabalhos de grupo, que permitam a interacção, tais como técnicas de resolução de problemas em grupo (problemas detectados no serviço) e de diferentes técnicas de criatividade, como o *brainstorming*.

➔ Promover a realização de um trabalho de investigação, após um triénio da realização da proposta de intervenção, com o objectivo de identificar os impactos desta intervenção no processo de avaliação do desempenho no HSLE.

Metodologia:

- Estudo de investigação sobre a prática da Avaliação do Desempenho, com o objectivo de identificar os impactos desta intervenção no processo de avaliação do desempenho no HSLE.

Actividades:

- Realização do estudo de investigação no HSLE;
- Envolvimento dos Enfermeiros Avaliadores, Enfermeiros Avaliados e Órgãos de Gestão na realização da investigação-intervenção no HSLE.

3 – CONCLUSÕES

Ao concluirmos a presente investigação, em que pretendemos analisar o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é utilizado, no caso do HSLE, não podemos deixar de referir o quanto aprendemos e a satisfação que nos deu a sua realização, pois, para além de termos adquirido e aprofundado conhecimentos sobre os aspectos abordados neste estudo, colhemos dados que consideramos muito importantes tanto para a nossa formação como para a prática dos enfermeiros avaliados, enfermeiros avaliadores e gestores.

Assim, consideramos importante apontar alguns aspectos que nos parecem pertinentes, e em nosso entender, aquilo que ficou de marcante e reflectir sobre a pesquisa realizada.

Da percepção do processo AD segundo cada grupo de participantes e comparando os diferentes pontos de vista, constatámos que na percepção da maioria dos participantes, o processo AD tem implicações organizacionais, quer a nível do serviço/organização, quer a nível da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, no entanto atribuem mais importância aos impactos no serviço/organização. Ainda em relação às implicações do processo AD verificámos que os participantes referem também implicações pessoais, nomeadamente desenvolvimento profissional e desenvolvimento pessoal e social, atribuindo maior importância ao desenvolvimento profissional do avaliado e valorizando o feedback do avaliador.

Neste sentido, a avaliação do desempenho vem de encontro às metas 10 e 31 das Metas para a Saúde para Todos no ano 2000, e traz vantagens para a organização, para os profissionais e para os utentes. Por isso, há que aproveitar as virtudes do processo apostando na sua implementação cabal mas, nem sempre fácil, porque como diz Maria de Sousa, do Instituto de

Ciências Biomédicas de Abel Salazar, em entrevista à revista *Visão*, de 22 de Fevereiro de 2001, há uma “discrepância entre o sonho e a realidade”, ou seja, “existem excelentes decisões no papel, mas não são visíveis no terreno”. Também neste contexto alguém dizia que, “os líderes da saúde dizem as coisas certas mas não agem em conformidade”. De encontro com esta constatação Manuel Antunes salienta que, “passamos a vida a apresentar justificações miserabilistas para tudo que não revelamos talento e sobretudo, determinação suficiente para fazer” (Antunes, 2001, p.22), deixando o conselho de que já seria altura de nos superarmos.

Quanto a concordância com o actual processo AD, a maioria dos participantes, enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores, concordam que o processo deve existir, pois todos devem ser avaliados no seu desempenho. No entanto, deve ser mais explorado e podia-se aproveitar melhor o processo se fosse operacionalizado tal como preconizado na lei. Neste âmbito, referem que não concordam com os actuais parâmetros para atribuição da menção qualitativa, de *satisfaz* ou *não satisfaz*, por considerarem ser insuficientes para avaliar os enfermeiros, porque dentro do *satisfaz* há enfermeiros que se distinguem no seu desempenho.

Sobre a génese do processo de avaliação do desempenho quanto à formação, os participantes são unânimes na atribuição de importância da formação neste processo. A maioria dos participantes recebeu formação nesta área, e apenas três enfermeiros avaliadores referem não ter frequentado formação, razão pela qual salientam que tiveram necessidade de fazer um grande investimento pessoal para compreender o processo e o aplicar da melhor forma possível. Relativamente à formação que frequentaram sobre avaliação do desempenho, ambos, avaliadores e avaliados referem contributos positivos e negativos da formação recebida. No entanto, consideram que actualmente ainda existe necessidade de fazer formação sobre avaliação do desempenho, tanto para avaliadores, como para avaliados, no sentido de

colmatar algumas necessidades e dificuldades que ambos têm na utilização e aplicação do processo AD.

Em relação à atribuição de valor ao processo formal e aplicado, verificámos que a importância da avaliação do desempenho, no qual estão incluídos o crescimento do profissional e pessoal, a evolução na carreira, o feedback e efectivação dos procedimentos, é sentida pelos participantes, porque os leva a entender a interacção avaliador/avaliado como fundamental para a valorização profissional dos enfermeiros avaliados. No entanto, a não operacionalização do processo no HSLE, tal como a lei preconiza, nomeadamente o facto de não se realizarem entrevistas de orientação e o não cumprimento dos prazos para atribuição da menção qualitativa, faz com que alguns dos enfermeiros considerem que o processo de avaliação do desempenho no hospital não tem importância nenhuma.

Sobre as dificuldades do processo AD, verificámos que a maioria dos participantes salientam que apesar do processo já estar implementado desde 1993, actualmente ainda existem dificuldades de utilização e aplicação do mesmo. E estas dificuldades são sentidas por enfermeiros avaliadores, enfermeiros avaliados e gestores. No entanto, são referenciadas mais dificuldades de aplicação do processo do que de utilização deste.

Nas dificuldades dos avaliadores é referido o carácter extremamente aberto do processo, que permite várias operacionalizações, ou seja, nem todos os enfermeiros avaliadores parecem estar a aplicar o processo AD da mesma forma, mesmo que seja inconscientemente, o que pode ser penalizador para o profissional avaliado e para o avaliador. A atribuição da menção qualitativa, por só existirem dois parâmetros de avaliação, a inexistência de formação e de linhas orientadoras precisas, que os preparasse para aplicar o processo AD e a dificuldade que têm em fazer os registos de observação, são também dificuldades identificadas.

Nas dificuldades dos avaliados é referenciada a grande dificuldade na realização dos RCA, porque por vezes não escrevem nem analisam no

relatório determinados aspectos importantes do seu desempenho, têm dificuldade em passar para o papel o que é importante e pertinente. Os gestores referem que na elaboração do relatório se tornam muito descritivos, quando se pretende que sejam capazes de reflectir e auto-analisar o seu desempenho no último triénio, quais os projectos futuros e necessidades a colmatar, o que muitas vezes não acontece.

Quanto às prescrições dos diferentes participantes, constatámos que todos os participantes consideram que o processo AD necessita de alterações em determinados aspectos, pelo que nos referiram sugestões de alteração ao actual processo.

Alguns enfermeiros avaliadores referem que a avaliação do desempenho na carreira de enfermagem que actualmente é feita por triénios, deveria ser alterada para uma avaliação por objectivos anual. Dizem que nesta avaliação, os objectivos seriam sempre traçados tendo em conta os objectivos do serviço e da organização, os pessoais e de facto, com rigor do seu desempenho.

Também os enfermeiros avaliados fazem referência a possíveis alterações processo AD, a maioria considera que deveriam ser alteradas as entrevistas de orientação, se as entrevistas de orientação fossem feitas tal como preconizado na lei, quer enfermeiros avaliadores, quer avaliados beneficiariam mais deste processo. Na opinião dos enfermeiros avaliados não se compreende porque razão não são realizadas as entrevistas orientação, pelo menos uma vez por ano, para colmatar esta falha, talvez pudesse existir uma circular que fosse enviada a cada enfermeiro avaliador, com o registo das respectivas entrevistas a realizar durante cada ano, e no final do ano isso lhe fosse cobrado. Também aos instrumentos de registo deveriam ser alterados, dizem que deveria existir um modelo onde pudessem ser registados os procedimentos da avaliação do desempenho, porque é exigido ao enfermeiro avaliado e por vezes muito pouco ao enfermeiro avaliador, que muitas vezes pelo relatório crítico apanha alguns parágrafos do avaliado e diz que concorda ou não concorda, e não faz propriamente uma avaliação externa da pessoa avaliada.

Ambos, enfermeiros avaliadores e avaliados consideram que as alterações deveriam passar por alteração da menção qualitativa, em que se poderia criar um leque maior de parâmetros para avaliar os enfermeiros, pois os parâmetros actuais para algumas pessoas são injustos. Alteração na operacionalização do processo no sentido de permitir o reconhecimento e valorização profissional do avaliado. E, valorizar a articulação do processo de avaliação do desempenho com a GRH.

Na nossa opinião, é de extrema importância que sejam proporcionados espaços e tempos, em períodos considerados desejáveis para todos, para que possam ser discutidas e esclarecidas as dúvidas e dificuldades existentes, bem como aquelas que possam surgir ao longo da operacionalização do processo, contribuindo para o seu êxito, ou seja, de modo a que possa ser benéfico para todos os actores nele envolvidos.

Após termos efectuado a síntese da contribuição teórica para os dados obtidos, procedemos à conceptualização de hipóteses para tentar explicar a forma como o processo ocorre, possíveis de serem testadas em futuras investigações.

Consideramos que conseguimos atingir os objectivos a que nos propusemos no início desta investigação. Através dos dados obtidos podemos traçar uma proposta de intervenção no HSLE, de forma a superar dos problemas identificados.

4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMADA, Joana R. (1995, Fevereiro). Avaliação do desempenho na carreira de enfermagem. *Sinais Vitais – Revista de Enfermagem*, N.º 2, 17-18

ALMEIDA, Fernando N. (1996). *Avaliação de Desempenho para Gestores*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.

ALMEIDA, João F. e PINTO, José M. (1995). *A Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.

ANTUNES, Manuel (2001). *A doença da saúde*. Lisboa: Quetzal Editores.

BEEL, Judith (2002). *Como Realizar um Projecto de Investigação*. Lisboa: Gradiva.

BEER, Michael (1993, Julho). Apreciação do desempenho: dilemas e possibilidades. *Divulgação – Revista de Enfermagem Oncológica*, N.º 27, 16-24.

BENNER, Patrícia (1978). *Prática progressiva em enfermagem: Manual de comportamento profissional*. Barcelona: Grijalbo, S.A..

BENTO, Luís e MOURA, Rui (1997, Julho/Agosto). Remuneração, reconhecimento e avaliação profissional. *Dirigir: revista para chefias*, 19-24.

BRILMAN, Jean (2000). *As Melhores Práticas de Gestão – no centro do desempenho* (Tradução Portuguesa) (1ª edição). Lisboa:Edições Sílabo. [Original Publicado em 1998]

CAETANO, António (1996). *Avaliação do Desempenho: Metáforas, conceitos e práticas*. Lisboa: RH Editora.

CAETANO, António e VALA, Jorge (2002). *Gestão de Recursos Humanos – Contextos, Processos e Técnicas*. Lisboa: RH Editora.

CÂMARA, Pedro; GUERRA, Paulo e RODRIGUES, Joaquim (2001). *Humanator: recursos humanos e sucesso empresarial*. Lisboa: Edições D. Quixote.

CARAPINHEIRO, Graça; LOPES, Noémia Mendes (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros Portugueses*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CHIAVENATO, Idalberto (1998). *Desempenho Humano nas Empresas* (Edição Compacta, 4ª Edição). São Paulo: Editora Atlas.

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

CRESWELL, John W. (2002). *Research design – qualitative, quantitative and mixed approaches*. London: Sage Publications.

CURADO, Ana Paula (1997). *Avaliação do Desempenho e desenvolvimento Profissional dos professores*. *Inovação*, 195-205.

DUARTE, Felipe S. (1993). *Avaliação de Desempenho da carreira de enfermagem. Cadernos de Divulgação, N.º 1*, Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

FERREIRA, J.M., NEVES, J. e CAETANO A. (2001). *Manual de Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGraw-Hill.

FORTIN, Marie-Fabienne (1999). *Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

GIL, António C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Editora Atlas.

GIL, António C. (1994). *Administração de Recursos Humanos, um enfoque profissional*. São Paulo: Editora Atlas.

GOODE, William J.; HATT, Paul K. (1972). *Métodos em Pesquisa Social* (4ª edição). São Paulo: Nacional.

JESUÍNO, Fernanda (1993). A arte esquecida do feedback. In *Avaliação do Desempenho e formação de grupos de apoio*. Acção de formação, promovida pelo CFAP do DRH, Lisboa.

KURGANT, Paulina (1991). *Administração em Enfermagem*. São Paulo: Pedagógica e Universal.

LOPES, Almedina; NUNES, I. e GONGALVES, R. (1999, Março). Reflectindo sobre o projecto profissional e o plano de acção. *Nursing – Formação Contínua em Enfermagem*, N.º 131, 27-29.

LOPES, Francisco Sá (1999). *ENFERMAGEM – Legislação*. Coimbra: Almedina.

LUCENA, Maria Diva (1992). *Avaliação do Desempenho*. São Paulo: Atlas.

Manual de Publicação da American Psychological Association (4ª edição). (2001). Porto Alegre: ARTIMED Editora.

MACHADO, J.P. (1981). *Grande Dicionário de Língua Portuguesa* (2ª edição). Lisboa: Sociedade De Língua Portuguesa/Amigos do Livro, Editores, Lda.

MARQUES, Carlos A. (1992). Da Avaliação de Desempenho à Avaliação do Desenvolvimento. In Frederico Pereira (Director), *Análise Psicológica*, N.º3 (297-302) Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

MARQUIS, Bessie; HUSTON, Carol (1999). *Administração e Liderança em enfermagem: teoria e aplicação* (2ª Edição). Porto Alegre: ArtMed.

MARING, Philipp (2000). Qualitative Content Analysis. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1(2). Available at: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-e/2-00inhalt-e.htm>.

MATTAR, F. N. (1994). *Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise* (2ª edição). São Paulo: Atlas.

MORAIS, Ana Paula (1996). *Sistemas formais de avaliação do trabalho*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações, não publicada, ISCTE, Lisboa.

MOREIRA, Viriato (2000). *Os Enfermeiros e a Avaliação do Desempenho*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

MORROW, Helga M. (1986), Les infirmières: la profession infirmière et les femmes. *Forum Mondial de la Santé*, Genève:OMS.

MOURA, Estevão (2002). *Gestão dos Recursos Humanos – influências e determinantes do desempenho*. Lisboa: Edições Sílabo.

NEVES, Maria Cassilda (2001, Setembro/Outubro). Avaliação do Desempenho dos Enfermeiros. *Servir*, n.º 49 (n.º 5), 226-231.

NOGUEIRA, Manuel (1990). *História da Enfermagem* (2ª edição). Porto: Edições Salesianas.

NUNES, Lucília (2003). *Um olhar sobre o ombro – Enfermagem em Portugal*. Loures: Lusociência.

OGUISSO, Taka (1997, Outubro/Dezembro). A enfermagem e a mudança dos serviços de saúde. *Enfermagem*, 2-8.

OLIVEIRA, Palmira (1998, Outubro). Avaliação do desempenho – um olhar essencial na cultura organizacional hospitalar. *Divulgação – Revista de Enfermagem Oncológica*, N.º8, 27-37.

PEREIRA, Teresa Quintão (1997, Outubro/Dezembro). O enfermeiro gestor: uma perspectiva portuguesa. *Enfermagem*, Lisboa, N.º8, 33-36.

PEREIRA, Viriato (2001). *Avaliação de Desempenho em Enfermagem*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.

PERETTI, Jean-Marie (2001). *Recursos Humanos* (Tradução Portuguesa). Lisboa: Edições Sílabo. [Original Publicado em 1994]

PIZURKI, Helena et. al (1987). *Women as providers of health care*. Genève: Who.

QUIVY, Raymond e CAMPENHOUDT, Luc Van (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (2ª Edição) Lisboa: Gradiva.

RIBEIRO, José L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Clempsi.

RICHARDS, L. (2002). *Using N6 in qualitative research*. Doncaster Vitoria Australia: QRS International.

SAMPAIO, J. (1966). *Avaliação de Desempenho/Área de Enfermagem*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos.

SANTOS, Nuno R. (2005). *Projectos de Investigação em Psicologia: guia para a sua elaboração e execução*. Évora: Núcleo de estudantes de Psicologia da Universidade de Évora.

SILVA, João Fernandes (1993). *Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem: importância e processo*. Lisboa.

SILVA, João Fernandes (1994, Março/Abril). Jornadas de estudo sobre avaliação do desempenho dos profissionais de saúde. *Servir*, volume n.º 42 (n.º 2), 66-71.

SOUSA, M.ª Augusta (1995, Dezembro). A Enfermagem nos últimos 20 anos. *Enfermagem em Foco*, Ano V, Especial, 9.

STONER, James; FREEMAN, R. Edward (1995). *Administração* (5ª edição). Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil.

OUTROS DOCUMENTOS

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Decreto-lei n.º 437/91, Regulamenta a Carreira de Enfermagem, **Diário da República**, Lisboa, I Série A (257) 8 de Novembro de 1991, págs. 5723-5741

PORTUGAL, Ministério da Saúde – Despacho n.º 2/93, Regulamenta a Avaliação de Desempenho na Carreira de Enfermagem, **Diário da República**, Lisboa, II Série (75) 30 de Março de 1993, págs. 3448(24)-3448(28)

ENDEREÇOS DE INTERNET

http://www.ead.pucrs.br/psicologia/internet/vera_kude_pesquisa_psico_escolar/unidades/unid3.htm

[http:// www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)

<http://www.sep.pt>

ANEXOS

ANEXO I

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro

MINISTÉRIO DA SAÚDE**Decreto-Lei n.º 437/91**

de 8 de Novembro

Passados quase 10 anos sobre a actual carreira de enfermagem, a mesma encontra-se manifestamente desactualizada e desadequada das necessidades e realidades presentes.

A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, a entrada em funcionamento do curso superior de Enfermagem e a previsão do início dos cursos de estudos superiores especializados em enfermagem, com a atribuição dos correspondentes graus académicos ou equivalentes, devem conduzir a mudanças efectivas ao nível do exercício da enfermagem, cabendo, em parte, à carreira de enfermagem encontrar formas de incentivar e facilitar essas mudanças.

A manutenção, durante um período transitório, da actual formação pós-básica em enfermagem e o enorme esforço que tem sido realizado, de há vários anos a esta parte, dos estabelecimentos de ensino e de saúde e dos próprios profissionais para a concretização dessa formação aconselham que a mesma não seja posta de parte de um momento para o outro, mas antes aproveitada em termos de carreira profissional.

Construiu-se, assim, uma estrutura de carreira e previu-se uma promoção na mesma que tenha em conta a actual e a futura formação dos enfermeiros, valorizando também outras formações que os mesmos possam obter fora do âmbito restrito da enfermagem, mas que a ela possam ser aplicadas, com as necessárias adaptações, como é o caso da gestão.

Da experiência adquirida entende-se também criar uma carreira mais flexível e não exigir para todas as categorias uma formação que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

O facto de, paralelamente, estar em curso a criação da carreira dos docentes das escolas superiores de enfermagem leva, necessariamente, a que a área da actuação da docência não seja incluída nesta carreira.

Encontrando-se as carreiras de regime geral dotadas de regulamento de concursos aprovado por decreto-lei, o mesmo deverá acontecer no presente caso, aproveitando-se, por uma questão de economia processual, para incluir num mesmo diploma tal regulamentação, ao mesmo tempo que se reúnem no mesmo decreto-lei as regras relativas a regimes de trabalho que estão dispersas por vários diplomas.

No tocante à avaliação de mérito, a mesma deve ser específica para a carreira de enfermagem e da análise do actual sistema tudo aconselha a que sofra fortes alterações, seguindo-se de perto o modelo utilizado em carreiras docentes, sem prejuízo de se remeter para posterior regulamentação os aspectos complementares do novo sistema introduzido.

A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua.

Foram ainda tidas em consideração as previstas mudanças na organização de saúde, designadamente a criação de regiões de saúde, prevendo-se enfermeiros que possam actuar a nível das regiões, quer no âmbito da gestão específica de enfermagem, quer no campo da consultadoria e assessoria em matéria de cuidados de enfermagem especializados.

Por último, a presente carreira denota ainda a preocupação de incentivar e compensar o exercício de funções em áreas de grande penosidade e também estimular a realização de trabalhos de investigação e a aquisição de graus académicos como formas de contribuir para a afirmação e o desenvolvimento da enfermagem.

Foram ouvidos os órgãos de governo próprio das Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira e as organizações sindicais do sector.

Assim:

Nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 201.º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

CAPÍTULO I**Objecto, âmbito e estrutura da carreira****Artigo 1.º****Objecto**

1 — O presente diploma aprova o regime legal da carreira de enfermagem.

2 — Ao pessoal integrado nesta carreira aplica-se o disposto no Decreto-Lei n.º 353-A/89, de 16 de Outubro, com as especialidades constantes deste diploma.

Artigo 2.º**Âmbito de aplicação**

1 — O presente diploma aplica-se aos enfermeiros providos em lugares de quadro ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde.

2 — O disposto no presente diploma é ainda aplicável aos enfermeiros dos organismos dependentes de outros ministérios; ou por eles tutelados, onde se encontra prevista a carreira de enfermagem, e às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, sem prejuízo das competências administrativas dos serviços regionais.

3 — As normas previstas neste diploma são igualmente aplicáveis aos agentes dos estabelecimentos e serviços referidos nos números anteriores.

4 — Mediante decreto-lei, o regime aprovado pelo presente diploma poderá ainda aplicar-se a instituições privadas de solidariedade social.

Artigo 3.º**Estrutura da carreira**

1 — A carreira de enfermagem aplica-se a três áreas de actuação correspondentes, respectivamente, à prestação de cuidados, gestão e assessoria técnica.

2 — A presente carreira estrutura-se e desenvolve-se por categorias, agrupadas em níveis, as quais implicam formação adequada e a que correspondem funções diferenciadas pela sua natureza, âmbito e nível remuneratório.

3 — Os enfermeiros detentores de categorias integradas num determinado nível podem concorrer a qualquer das categorias integradas no nível seguinte, desde que possuam formação adequada.

4 — Os enfermeiros detentores de categorias integradas no mesmo nível podem ainda concorrer a categoria diferente do mesmo nível, sem exigência do tempo de serviço na respectiva categoria, desde que possuam formação adequada.

Artigo 4.º

Níveis e categorias

1 — São os seguintes os níveis e categorias da carreira de enfermagem:

- O nível 1, que integra as categorias de enfermeiro e de enfermeiro graduado;
- O nível 2, que integra as categorias de enfermeiro especialista e de enfermeiro-chefe;
- O nível 3, que integra as categorias de enfermeiro-supervisor e de assessor técnico regional de enfermagem;
- O nível 4, que integra a categoria de assessor técnico de enfermagem.

2 — Às categorias indicadas nos números anteriores correspondem as remunerações base constantes da tabela I anexa ao presente diploma, que dele faz parte integrante.

Artigo 5.º

Remuneração base

1 — A remuneração base mensal correspondente ao índice 100 da tabela I anexa ao presente diploma consta de portaria do Primeiro-Ministro e do Ministro das Finanças.

2 — A remuneração base mensal do cargo de enfermeiro-director corresponde aos índices constantes da tabela II anexa ao presente diploma, que dele faz parte integrante.

3 — Sempre que os enfermeiros integrem órgãos de gestão de estabelecimentos ou serviços, serão remunerados nos termos do que estiver previsto para os membros daqueles órgãos.

Artigo 6.º

Áreas de actuação

1 — À área de actuação da prestação de cuidados correspondem as categorias de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista.

2 — À área de actuação da gestão correspondem as categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor e o cargo de enfermeiro-director.

3 — À área de actuação da assessoria técnica correspondem as categorias de assessor técnico regional de enfermagem e de assessor técnico de enfermagem.

CAPÍTULO II

Conteúdo funcional

SECÇÃO I

Área de actuação da prestação de cuidados

Artigo 7.º

Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro, enfermeiro graduado e enfermeiro especialista

1 — Ao enfermeiro do nível 1 compete:

- a) Colher dados para identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, com base num modelo teórico de enfermagem;
- b) Elaborar o plano de cuidados de enfermagem em função dos problemas identificados e estabelecer prioridades, tendo em conta os recursos disponíveis;
- c) Executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado;
- d) Integrar no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem ao indivíduo e à família a preparação de alta ou internamento hospitalar;
- e) Responsabilizar-se por prestar cuidados de enfermagem à família, como unidade de cuidados, no âmbito dos cuidados de saúde primários;
- f) Participar nas acções que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados;
- g) Avaliar os cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos;
- h) Reavaliar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem;
- i) Realizar ou colaborar em estudos sobre problemas de enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- j) Utilizar os resultados de estudos e de trabalhos de investigação para a melhoria dos cuidados de enfermagem;
- k) Colaborar na formação realizada na unidade de cuidados.

2 — Ao enfermeiro graduado compete executar o conteúdo funcional descrito para a categoria de enfermeiro (nível 1) e ainda as funções de orientação e coordenação de equipas de enfermagem na prestação de cuidados.

3 — Ao enfermeiro especialista compete executar o conteúdo funcional inerente às categorias de enfermeiro (nível 1) e de enfermeiro graduado e ainda o seguinte:

- a) Prestar os cuidados de enfermagem que requerem um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, actuando, especificamente, junto do utente (indivíduo, família ou grupos) em situações de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui;

- b) Estabelecer prioridades de intervenção do enfermeiro no atendimento do doente em situação de urgência;
- c) Definir e utilizar indicadores que lhe permitam, assim como à equipa de enfermagem, avaliar, de uma forma sistemática, as mudanças verificadas na situação de saúde do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) e introduzir as medidas correctivas julgadas necessárias;
- d) Responsabilizar-se pela área de enfermagem, nas equipas multiprofissionais, no que diz respeito ao diagnóstico de saúde da comunidade e à consecução das intervenções de enfermagem dele decorrentes;
- e) Emitir pareceres sobre localização, instalações e equipamento, pessoal e organização de unidades prestadoras de cuidados, na área da sua especialidade;
- f) Colaborar na determinação de custos/benefícios na área da prestação de cuidados;
- g) Responsabilizar-se pela formação em serviço do pessoal de enfermagem e outro pessoal da unidade de cuidados, elaborando, em articulação com o enfermeiro-chefe, o respectivo plano anual de actividades;
- h) Elaborar o relatório das actividades de formação em serviço;
- i) Colaborar nos projectos de formação realizados no estabelecimento ou serviço;
- j) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação em enfermagem, visando a melhoria dos cuidados de enfermagem.

SECÇÃO II

Área de actuação da gestão

Artigo 8.º

Conteúdo funcional das categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor e do cargo de enfermeiro-director

1 — Ao enfermeiro-chefe compete, a nível de uma unidade de cuidados:

- a) Integrar o órgão de gestão das unidades de cuidados, sempre que este for colegial;
- b) Promover e colaborar na definição ou actualização de normas e critérios para a prestação de cuidados de enfermagem;
- c) Determinar as necessidades em enfermeiros, 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;
- d) Propor o nível e tipo de qualificações exigidas ao pessoal de enfermagem, em função dos cuidados de enfermagem a prestar;
- e) Participar na elaboração do plano e do relatório globais da unidade de cuidados, desenvolvendo, de forma articulada, o plano e o relatório anuais, referentes às actividades de enfermagem;
- f) Incrementar métodos de trabalho que favoreçam um melhor nível de desempenho do pessoal de enfermagem e responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;

- g) Planear e concretizar, com a equipa de enfermagem, acções que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, procedendo à respectiva avaliação;
- h) Determinar os recursos materiais necessários para prestar cuidados de enfermagem;
- i) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento para prestação de cuidados na unidade;
- j) Conhecer os custos dos recursos utilizados na prestação de cuidados na unidade e encontrar mecanismos que garantam a sua utilização correcta e o controlo dos gastos efectuados;
- l) Participar na determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- m) Favorecer boas relações interpessoais na equipa de enfermagem e outro pessoal;
- n) Avaliar o pessoal de enfermagem da unidade de cuidados e colaborar na avaliação de outro pessoal;
- o) Promover a divulgação na unidade de cuidados, da informação com interesse para o pessoal de enfermagem;
- p) Criar condições para que sejam efectuados estudos e trabalhos de investigação pelo pessoal de enfermagem da unidade de cuidados;
- q) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre a gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- r) Utilizar os resultados de estudos e trabalhos de investigação na melhoria da gestão do serviço de enfermagem da unidade de cuidados;
- s) Responsabilizar-se pela concretização, na unidade de cuidados, das políticas ou directivas formativas emanadas pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço;
- t) Responsabilizar-se pela concretização dos compromissos assumidos pelo órgão de gestão do estabelecimento ou serviço com os estabelecimentos de ensino, relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;
- u) Criar condições para a realização de actividades de formação de outro pessoal na unidade de cuidados e colaborar nessa formação, quando tal se justifique.

2 — Ao enfermeiro-supervisor compete, a nível de um sector (conjunto de unidades prestadoras de cuidados):

- a) Colaborar com o enfermeiro-director na definição dos padrões de cuidados de enfermagem para o estabelecimento ou serviço;
- b) Promover o intercâmbio de experiências dos enfermeiros-chefes na gestão das unidades de cuidados, coordenando reuniões periódicas;
- c) Orientar os enfermeiros-chefes na definição de normas e critérios para prestar cuidados de enfermagem, visando a concretização dos padrões de cuidados de enfermagem definidos para o estabelecimento ou serviço;
- d) Colaborar com o enfermeiro-director na admissão de enfermeiros e sua distribuição pelas unidades de cuidados, tendo em conta as necessidades qualitativas e quantitativas;
- e) Colaborar com o enfermeiro-director no estabelecimento de critérios referentes à mobilidade de pessoal de enfermagem;
- f) Avaliar os enfermeiros-chefes e participar na avaliação de enfermeiros de outras categorias;

- g) Elaborar um plano de acção anual, relativamente ao seu sector, em articulação com os dos enfermeiros-chefes desse sector, assim como o respectivo relatório;
- h) Colaborar com o enfermeiro-director na avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no estabelecimento ou serviço, tendo em conta os recursos humanos e materiais das unidades de cuidados;
- i) Orientar os enfermeiros-chefes relativamente à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- j) Participar nas comissões de escolha de material e equipamento a adquirir para prestação de cuidados;
- l) Colaborar na definição de prioridades para projectos de investigação previstos para o estabelecimento ou serviço;
- m) Realizar ou colaborar em trabalhos de investigação sobre gestão de serviços de enfermagem/cuidados de enfermagem;
- n) Divulgar pelas unidades de cuidados do seu sector a informação com interesse para o respectivo pessoal de enfermagem;
- o) Utilizar os resultados dos trabalhos de investigação na melhoria da gestão das unidades de cuidados;
- p) Participar nos estudos que visem a determinação de custos/benefícios, no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- q) Colaborar com o enfermeiro-director na definição, divulgação e avaliação das políticas ou directivas formativas do estabelecimento ou serviço;
- r) Colaborar com o enfermeiro-director na elaboração de protocolos com os estabelecimentos de ensino relativamente à formação básica e pós-básica de enfermeiros;
- s) Promover a concretização das políticas ou directivas formativas do estabelecimento ou serviço.

3 — Ao enfermeiro-director de serviço de enfermagem, a nível de um estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde ou região de saúde, compete:

- a) Integrar os órgãos de gestão;
- b) Elaborar um plano de acção anual para o serviço de enfermagem em articulação com o plano global do estabelecimento, serviço ou região de saúde;
- c) Definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação do serviço de enfermagem do estabelecimento ou serviço;
- d) Definir as políticas ou directivas formativas em enfermagem;
- e) Definir as políticas no âmbito da investigação;
- f) Compatibilizar os objectivos do estabelecimento ou serviço com a filosofia e objectivos da profissão de enfermagem;
- g) Elaborar propostas referentes a quadros ou mapas de pessoal de enfermagem;
- h) Elaborar propostas referentes à admissão de enfermeiros e proceder à sua distribuição;
- i) Participar na mobilidade de enfermeiros, mediante critérios previamente estabelecidos;

- j) Criar e ou manter um efectivo sistema de classificação de utentes/doentes que permita determinar necessidades em cuidados de enfermagem;
- l) Coordenar estudos para determinação de custos/benefícios no âmbito dos cuidados de enfermagem;
- m) Coordenar o trabalho dos enfermeiros-supervisores;
- n) Avaliar os enfermeiros-supervisores e colaborar na avaliação de enfermeiros de outras categorias.

4 — Ao enfermeiro-director de serviço de enfermagem, a nível de região de saúde, compete ainda:

- a) Orientar, coordenar, supervisionar e avaliar os assessores técnicos regionais de enfermagem;
- b) Avaliar se os assessores técnicos regionais de enfermagem em comissão de serviço revelam, ao fim dos dois anos, aptidão para o lugar e, em caso afirmativo, propor o seu provimento em lugar do quadro.

5 — Ao assessor técnico de enfermagem que exerce funções de enfermeiro-director nos serviços de âmbito nacional compete:

- a) Participar na definição das políticas de saúde;
- b) Elaborar anualmente o plano e o relatório das actividades do serviço, em articulação com o plano e relatório globais do respectivo organismo onde se integra;
- c) Orientar, coordenar, supervisionar e avaliar os assessores técnicos de enfermagem e outro pessoal do serviço;
- d) Avaliar a eficácia e a eficiência do respectivo serviço;
- e) Avaliar se os assessores técnicos de enfermagem em comissão de serviço revelam, ao fim dos dois anos, aptidão para o lugar e, em caso afirmativo, propor o seu provimento em lugar do quadro;
- f) Promover estudos que visem a melhoria do exercício de enfermagem;
- g) Estabelecer as necessárias ligações entre o serviço que coordena e o organismo central onde este serviço está integrado.

SECÇÃO III

Área de actuação da assessoria

Artigo 9.º

Conteúdo funcional das categorias de assessor técnico regional de enfermagem e assessor técnico de enfermagem

Ao assessor técnico regional de enfermagem e ao assessor técnico de enfermagem compete, respectivamente, a nível de serviços de âmbito regional ou a nível de serviços de âmbito nacional:

- a) Promover e participar na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem;
- b) Determinar os recursos humanos necessários em função das necessidades existentes;
- c) Definir critérios que permitam adequar os recursos humanos existentes às necessidades identificadas, mediante prioridades estabelecidas;

- d) Estudar e propor a política geral em matéria de exercício da enfermagem e formação contínua em enfermagem, de acordo com as necessidades do País;
- e) Participar nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da carreira de enfermagem;
- f) Conceber, promover, realizar e participar em trabalhos de investigação que visem o progresso científico da enfermagem em particular e da saúde em geral;
- g) Emitir pareceres técnicos e prestar esclarecimentos e informações em matéria de enfermagem, tendo em vista preparar a tomada de decisão sobre medidas de política e gestão;
- h) Elaborar e divulgar normas orientadoras para os serviços de enfermagem de estabelecimentos e outras instituições de saúde, assim como proceder ao controlo da sua aplicação;
- i) Promover acções que visem a coordenação dos serviços de enfermagem dos estabelecimentos e outras instituições de saúde;
- j) Dar apoio técnico aos serviços de enfermagem, designadamente através de contactos directos nos respectivos estabelecimentos e outras instituições de saúde;
- l) Efectuar auditorias no âmbito do exercício da enfermagem, consoante as competências do serviço a que pertence.

CAPÍTULO III

Ingresso, acesso e progressão

SECÇÃO I

Ingresso na carreira

Artigo 10.º

Condições de ingresso

- o ingresso na carreira de enfermagem faz-se:
 - a) Pela categoria de enfermeiro (nível 1), de entre os que possuam o título profissional de enfermeiro;
 - b) Pela categoria de enfermeiro especialista, de entre os enfermeiros habilitados com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ou equivalente que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem.

SECÇÃO II

Acesso na carreira

Artigo 11.º

Promoção

1 — O acesso à categoria de enfermeiro graduado faz-se de entre os enfermeiros (nível 1) com três anos de serviço na categoria e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

2 — O acesso à categoria de enfermeiro especialista faz-se:

- a) De entre os enfermeiros graduados habilitados com um curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem, independentemente do tempo na categoria, e avaliação de desempenho de *Satisfaz*;
- b) De entre os enfermeiros (nível 1) habilitados com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem ou equivalente que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem, independentemente do tempo na categoria, e avaliação de desempenho de *Satisfaz*;
- c) De entre os enfermeiros (nível 1) habilitados com um curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, com três anos de serviço na categoria e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

3 — O acesso à categoria de enfermeiro-chefe faz-se de entre os enfermeiros (nível 1) com seis anos na categoria, os enfermeiros graduados e os enfermeiros especialistas, independentemente do tempo na categoria, desde que detentores de seis anos de exercício profissional, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e que possuam uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar;
- c) Um curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio;
- d) Curso no âmbito da gestão que confira, só por si, pelo menos, o grau académico de bacharel.

4 — O acesso à categoria de enfermeiro-supervisor faz-se de entre os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas com três anos na respectiva categoria ou no conjunto das duas categorias, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e que possuam, pelo menos, uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar;
- c) Curso no âmbito da gestão que confira, pelo menos, o grau académico de licenciado.

5 — O acesso à categoria de assessor técnico regional de enfermagem faz-se de entre os enfermeiros-supervisores, independentemente do tempo na categoria, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas com três anos na respectiva categoria ou no conjunto

das duas categorias, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e com, pelo menos, uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem numa área de especialização em enfermagem ou para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;
- c) Curso de especialização em enfermagem estruturado nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;
- d) Curso no âmbito da gestão que confira, pelo menos, o grau académico de licenciado.

6 — Para efeitos de acesso à categoria de assessor técnico regional de enfermagem, do aviso de abertura do respectivo concurso deve constar se é exigida formação no âmbito da gestão ou no da prestação de cuidados de enfermagem especializados.

7 — O acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem faz-se de entre os assessores técnicos regionais de enfermagem e os enfermeiros-supervisores com três anos na respectiva categoria ou no conjunto das duas categorias, com avaliação de desempenho de *Satisfaz* e com, pelo menos, uma das seguintes habilitações:

- a) Curso de estudos superiores especializados em enfermagem que habilite para a gestão dos serviços de enfermagem;
- b) Curso de administração de serviços de enfermagem ou a secção de administração do curso de enfermagem complementar, desde que o titular seja detentor de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;
- c) Curso no âmbito da gestão que confira, pelo menos, o grau académico de licenciado.

8 — Para efeitos de acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem pode, para além de uma das habilitações mencionadas no número anterior, ser exigido um curso que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, o que deve constar do respectivo aviso de abertura do concurso.

9 — Os enfermeiros integrados na carreira docente das escolas superiores de enfermagem podem candidatar-se a concursos para categorias da presente carreira, desde que sejam detentores das habilitações exigidas neste artigo.

10 — Os assistentes podem candidatar-se à categoria de enfermeiro-chefe, desde que possuam seis anos de exercício profissional.

11 — Os professores-adjuntos e os professores-coordenadores podem candidatar-se à categoria de enfermeiro-chefe (nível 2) e às categorias dos níveis 3 e 4, desde que possuam, respectivamente, 6, 9 ou 12 anos de exercício profissional.

Artigo 12.º

Escalão de promoção

A promoção a categoria superior faz-se da seguinte forma:

- a) Para o escalão 1 da categoria para a qual se faz a promoção;
- b) Para o escalão a que na estrutura remuneratória da categoria para a qual se faz a promoção corresponda o índice superior mais aproximado, se o interessado vier já auferindo remuneração igual ou superior à do escalão 1, ou para o escalão seguinte, sempre que a remuneração que caberia em caso de progressão na categoria fosse superior.

Artigo 13.º

Preenchimento do cargo de enfermeiro-director

1 — O enfermeiro-director de serviço de enfermagem, a nível de estabelecimento ou serviço prestado de cuidados de saúde ou de região de saúde, é nomeado, em comissão de serviço, de entre os enfermeiros de categorias integradas nos níveis 4 ou 3 que possuam uma das habilitações mencionadas no n.º 7 do artigo 11.º, por despacho ministerial, mediante proposta do dirigente máximo do serviço ou estabelecimento, ouvido o órgão de apoio técnico de enfermagem, quando exista.

2 — Nos serviços centrais de ministérios e demais serviços de âmbito nacional onde a carreira de enfermagem é aplicada, o preenchimento do cargo de enfermeiro-director é feito, em comissão de serviço, de entre os assessores técnicos de enfermagem que possuam uma das habilitações mencionadas no n.º 7 do artigo 11.º, por despacho ministerial, mediante proposta do dirigente máximo do respectivo serviço.

3 — A escolha dos enfermeiros-directores deve ter por base as qualificações e a experiência profissional mais adequada ao exercício das funções a desempenhar.

4 — A comissão de serviço mencionada nos n.ºs 2 e 3 do presente artigo terá a duração de três anos e poderá ser renovada, nos termos fixados para o pessoal dirigente dos serviços e organismos da administração central.

5 — O tempo de serviço prestado no cargo de enfermeiro-director é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e de promoção na carreira.

Artigo 14.º

Índices remuneratórios atribuídos ao enfermeiro-director

1 — O enfermeiro-director é posicionado no índice remuneratório, de entre os previstos para o referido cargo, a que corresponda a remuneração imediatamente superior à que é devida ao respectivo titular pela sua categoria de origem, salvaguardando um impulso salarial não inferior a 10 pontos.

2 — A cessação da comissão de serviço no cargo de enfermeiro-director determina, quando do regresso à categoria de que é titular, o posicionamento no índice remuneratório imediatamente superior.

Artigo 15.º

Preenchimento dos lugares de assessor técnico regional de enfermagem

1 — O preenchimento dos lugares de assessor técnico regional de enfermagem é feito, em comissão de serviço, por um período de dois anos, findo o qual a sua nomeação se converte automaticamente em nomeação definitiva, independentemente de quaisquer formalidades, a menos que o enfermeiro não tenha revelado aptidão para o lugar, o que implica o seu regresso à categoria que detinha antes da nomeação.

2 — O tempo de serviço prestado em regime de comissão de serviço é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e promoção na carreira.

Artigo 16.º

Preenchimento dos lugares de assessor técnico de enfermagem

1 — O preenchimento dos lugares de assessor técnico de enfermagem é feito, em comissão de serviço, por um período de dois anos, no caso de a nomeação recair em enfermeiro com a categoria de enfermeiro-supervisor, e obedecerá aos trâmites previstos no n.º 1 do artigo anterior.

2 — É dispensada a nomeação em comissão de serviço aos assessores técnicos regionais de enfermagem já providos em lugar de quadro nesta categoria.

3 — Se a nomeação recair em assessor técnico regional de enfermagem que não tenha ainda completado dois anos em comissão de serviço nesta categoria, será a mesma efectuada em comissão de serviço pelo período de tempo necessário para perfazer os dois anos contados no conjunto desta categoria e de assessor técnico de enfermagem, seguindo-se os trâmites previstos no n.º 1 do artigo anterior.

4 — O tempo de serviço prestado em regime de comissão de serviço é contado para efeitos de progressão na categoria de origem e promoção na carreira.

SECÇÃO III

Progressão na categoria

Artigo 17.º

Progressão

A mudança de escalão dentro de cada categoria verifica-se após a permanência de três anos no escalão anterior e avaliação de desempenho de *Satisfaz*.

CAPÍTULO IV

Concursos

Artigo 18.º

Princípios gerais

1 — O concurso é o processo de recrutamento e selecção normal e obrigatório para o pessoal abrangido pela aplicação do presente diploma.

2 — O disposto no número anterior não se aplica ao recrutamento para o cargo de enfermeiro-director, o qual se processa nos termos do artigo 13.º

3 — O concurso obedece aos seguintes princípios:

- a) Liberdade de candidatura;
- b) Igualdade de condições e oportunidades para todos os candidatos;
- c) Divulgação atempada dos métodos de selecção e do sistema de classificação final a utilizar;
- d) Aplicação de métodos e critérios objectivos de avaliação;
- e) Neutralidade da composição do júri;
- f) Direito de recurso.

Artigo 19.º

Tipos de concurso e objectivos

1 — Os concursos podem ser de ingresso ou de acesso, externos ou internos.

2 — O concurso é de ingresso quando se destina à integração na carreira e de acesso quando visa a promoção na mesma.

3 — O concurso é externo quando, no respeito pela legislação vigente sobre restrições à admissão de pessoal na Administração Pública, seja aberto a todos os indivíduos, estejam ou não vinculados aos serviços e organismos da Administração Pública e aos institutos públicos que revistam a natureza de serviços personalizados ou de fundos públicos.

4 — O concurso é interno geral quando aberto a todos os funcionários e agentes, independentemente do serviço ou organismo a que pertençam, exigindo-se a estes últimos que desempenhem funções em regime de tempo completo, estejam sujeitos à disciplina, hierarquia e horário do respectivo serviço e contem mais de três anos de serviço ininterrupto.

5 — Os concursos podem ser abertos para provimento de todos ou alguns lugares vagos existentes à data da sua abertura, abrangendo, ou não, os lugares que vierem a vagar no decurso do respectivo prazo de validade e que correspondam a necessidades concretas do estabelecimento ou serviço.

6 — A constituição de reservas de recrutamento visa a satisfação de necessidades previsionais de pessoal, independentemente de existirem vagas à data da abertura do concurso, mas no pressuposto de que estas ocorrerão no decurso do respectivo prazo de validade.

Artigo 20.º

Obrigatoriedade de abertura de concursos de acesso

São abertos obrigatoriamente concursos de acesso quando existam pelo menos três vagas orçamentadas na mesma categoria e conforme o plano de actividade, desde que existam nos estabelecimentos ou serviços candidatos que satisfaçam os requisitos de promoção.

Artigo 21.º

Restrições à abertura de concursos

Sob pena de inexistência jurídica, só pode haver lugar à abertura de concursos externos na sequência de despachos de descongelamento das categorias cujos lu-

gares se pretendam proyer e após consulta à Direcção-Geral da Administração Pública sobre a existência de excedentes ou de funcionários ou agentes considerados subutilizados, qualificados para o exercício das correspondentes funções.

Artigo 22.º

Competência para abertura de concurso

A abertura de concurso é autorizada por despacho do dirigente máximo do serviço ou organismo competente, ou do órgão colégial, quando exista.

Artigo 23.º

Prazo de validade

1 — O prazo de validade do concurso é de dois anos, contado da data da publicação da respectiva lista de classificação final.

2 — O disposto no número precedente não se aplica aos concursos que visem exclusivamente o provimento das vagas existentes à data da sua abertura, caso em que o concurso se esgota com o preenchimento daquelas.

3 — Os concursos que visem a constituição de reservas de recrutamento são válidos para as vagas que ocorram no prazo máximo de dois anos contado da data de publicação da respectiva lista de classificação final.

Artigo 24.º

Constituição e composição do júri

1 — O júri é constituído por despacho da entidade competente para autorizar a abertura do concurso, mediante proposta do enfermeiro-director nos estabelecimentos ou serviços onde exista, podendo a sua composição ser alterada, por motivos ponderosos e devidamente justificados, até à data do início da aplicação dos métodos de selecção.

2 — O júri é composto por um presidente e por dois vogais efectivos, nomeados de entre enfermeiros integrados na carreira de enfermagem e, sempre que possível, do próprio estabelecimento ou serviço.

3 — O despacho constitutivo do júri designará, para as situações de falta e impedimento, o vogal efectivo que substituirá o presidente, bem como vogais suplentes em número idêntico ao dos efectivos.

4 — Nenhum dos membros do júri poderá ter categoria inferior àquela para que é aberto concurso, mesmo que nomeado para o cargo de enfermeiro-director.

5 — O presidente do júri terá obrigatoriamente categoria superior àquela a que o concurso respeitar, salvo o disposto nos n.ºs 6, 7 e 8 deste artigo.

6 — Nos concursos de acesso à categoria de enfermeiro-supervisor, o presidente do júri e o seu substituto deverão ser designados de entre enfermeiros-directores, assessores técnicos de enfermagem ou assessores técnicos regionais de enfermagem com formação que habilite para a gestão de serviços de enfermagem.

7 — Nos concursos de acesso à categoria de assessor técnico regional de enfermagem, o presidente do

júri e o seu substituto deverão ser designados de entre assessores técnicos de enfermagem, assessores técnicos regionais de enfermagem ou enfermeiros-directores.

8 — Nos concursos de acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem, todos os membros do júri deverão possuir essa categoria.

9 — Nos concursos para a categoria de enfermeiro especialista, pelo menos um dos vogais efectivos e um dos suplentes deverá ser detentor de formação na área de especialização para que o concurso é aberto.

10 — O disposto no número anterior aplica-se igualmente aos concursos de acesso à categoria de assessor técnico de enfermagem e de assessor técnico regional de enfermagem, sempre que do aviso de abertura conste a exigência de formação que habilite para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Artigo 25.º

Competência do júri

1 — O júri é responsável por todas as operações do concurso.

2 — A competência prevista no número precedente não prejudica a faculdade do júri, mediante prévia autorização do respectivo dirigente ou órgão máximo de gestão, poder solicitar a organismos públicos ou privados especializados na matéria a realização do exame psicológico.

3 — O júri poderá solicitar aos serviços a que pertençam os concorrentes os elementos considerados necessários, designadamente os seus processos individuais.

4 — O júri poderá ainda exigir dos candidatos a apresentação de documentos comprovativos de factos por eles referidos que possam relevar para apreciação do seu mérito e, bem assim, a indicação de elementos complementares dos respectivos *curricula* relacionados com os factores e critérios de apreciação em função dos quais promoverá a classificação e ordenação daqueles.

Artigo 26.º

Funcionamento do júri

1 — O júri só pode funcionar quando estiverem presentes todos os seus membros, devendo as respectivas deliberações ser tomadas por maioria.

2 — Das reuniões do júri serão lavradas actas contendo os fundamentos das decisões tomadas.

3 — As actas são confidenciais, devendo ser presentes, em caso de recurso, à entidade que sobre ele tenha de decidir.

4 — Os interessados terão acesso, em caso de recurso, à parte das actas em que se definam os factores e critérios de apreciação aplicáveis a todos os candidatos e, bem assim, àquela em que são directamente apreciados.

5 — As certidões das actas deverão ser passadas no prazo de três dias contado da data da entrada do requerimento.

6 — O júri será secretariado por um vogal por ele escolhido ou por funcionário a designar para o efeito.

Artigo 27.º

Requisitos gerais e especiais de admissão a concurso

1 — Só podem ser admitidos a concurso os candidatos que satisfaçam os requisitos gerais referidos neste artigo e os requisitos especiais previstos nos artigos 10.º e 11.º deste diploma.

2 — Os candidatos deverão reunir os requisitos referidos no número anterior até ao termo do prazo fixado para a apresentação das candidaturas.

3 — São requisitos gerais para admissão a concurso:

- a) Ter nacionalidade portuguesa, salvo nos casos exceptuados por lei especial ou convenção internacional;
- b) Ter cumprido os deveres militares ou de serviço cívico, quando obrigatório;
- c) Não estar inibido do exercício de funções públicas ou interdito para o exercício das funções a que se candidata;
- d) Encontrar-se física e psiquicamente apto para o desempenho das funções e ter cumprido as leis de vacinação obrigatória.

Artigo 28.º

Formas de publicação.

1 — O processo de concurso inicia-se com a publicação do respectivo aviso de abertura na 2.ª série do *Diário da República*.

2 — A publicação poderá ainda fazer-se através de órgãos de comunicação social de expansão nacional, sendo obrigatória quando se trate de concursos externos.

Artigo 29.º

Conteúdo do aviso de abertura

1 — Do aviso de abertura deve constar, obrigatoriamente:

- a) Identificação do despacho de autorização da abertura do concurso e das disposições legais permissivas;
- b) Menção obrigatória à existência de despacho de descongelamento e ao parecer da Direcção-Geral da Administração Pública a que se refere o artigo 21.º, no caso de concursos externos;
- c) Tipo de concurso e prazo de validade;
- d) Localidade e estabelecimento ou serviço a que o concurso respeita;
- e) Categoria, número de vagas a preencher e sua distribuição;
- f) Índices remuneratórios correspondentes à categoria publicitada;
- g) Descrição sumária das funções inerentes aos lugares a preencher;
- h) Indicação dos requisitos gerais e especiais de admissão;
- i) Entidade, e respectivo endereço, à qual devem ser apresentadas as candidaturas;
- j) Prazo para apresentação das candidaturas;
- l) Elementos que devem constar do requerimento e os documentos que o devem acompanhar;
- m) Indicação expressa do presente diploma;
- n) Composição do júri;

- o) Métodos de selecção a utilizar, seu carácter eliminatório e sistema de classificação final;
- p) Quaisquer outras indicações julgadas necessárias para melhor esclarecimento dos interessados;
- q) Indicação do local ou locais onde serão afixadas, quando for caso disso, a lista dos candidatos e a lista de classificação final, bem como quaisquer outros elementos julgados necessários para melhor esclarecimento dos interessados.

2 — Quando se tratar de concurso em que se torne necessária uma especialização em enfermagem, deverá o aviso de abertura mencionar expressamente a área de especialização exigida para o efeito.

3 — Sempre que o concurso vise a constituição de reservas de recrutamento, deverá tal objectivo constar expressamente do aviso de abertura.

Artigo 30.º

Apresentação das candidaturas

1 — A candidatura a um concurso faz-se através de requerimento dirigido à entidade que autorizou a abertura do concurso acompanhado da documentação indicada no respectivo aviso de abertura.

2 — Os requerimentos de admissão a concurso, assim como os documentos que os devam instruir, podem ser entregues pessoalmente ou remetidos pelo correio, com aviso de recepção, expedido até ao termo do prazo fixado.

3 — No aviso de abertura poderá ser determinado que o envio dos requerimentos se faça exclusivamente pelo correio, quando se trate de concursos externos.

4 — Os serviços e organismos poderão adoptar requerimentos de modelo tipo a utilizar obrigatoriamente pelos candidatos em substituição dos requerimentos a que aludem os números precedentes.

5 — No caso previsto no número precedente, os serviços e organismos deverão enviar em tempo útil os requerimentos de modelo tipo aos candidatos que, residindo noutra localidade, o solicitarem.

6 — Na entrega pessoal do requerimento de admissão é obrigatória a passagem de recibo pela entidade que o receba.

Artigo 31.º

Prazo para apresentação de candidaturas

O prazo para apresentação de candidaturas não pode ser inferior a 15 nem superior a 30 dias, contado a partir da data da publicação do respectivo aviso de abertura no *Diário da República*.

Artigo 32.º

Documentação a apresentar pelos candidatos

1 — Os requerimentos de admissão a concurso deverão ser acompanhados da documentação exigida no respectivo aviso de abertura, sob pena de exclusão, salvo se a sua apresentação for declarada temporariamente dispensável, caso em que os candidatos declararão nos requerimentos, sob compromisso de honra, a situação precisa em que se encontram relativamente a cada um dos requisitos gerais ou especiais de admissão.

2 — Os serviços e organismos públicos deverão emitir a documentação exigível para admissão a concurso dentro do prazo estabelecido para apresentação das candidaturas, desde que requerida com uma antecedência mínima de três dias.

3 — Os funcionários e agentes pertencentes aos serviços ou organismos para cujos lugares o concurso é aberto são dispensados da apresentação dos documentos comprovativos dos requisitos que constem do respectivo processo individual.

Artigo 33.º

Elaboração e publicação da lista de candidatos

1 — Findo o prazo de apresentação das candidaturas, o júri elaborará no prazo máximo de 30 dias a lista dos candidatos admitidos e excluídos do concurso, com indicação sucinta dos motivos de exclusão, prazo esse que poderá ser prorrogado por igual período em casos devidamente fundamentados, designadamente o elevado número de candidatos, por despacho da entidade competente para a abertura do concurso.

2 — Concluída a elaboração da lista, o júri promoverá a sua imediata remessa para publicação na 2.ª série do *Diário da República*.

3 — Os candidatos excluídos podem recorrer para a entidade que autorizou a abertura do concurso, no prazo de 10 dias a contar da data da publicação ou afixação da lista.

4 — A interposição do recurso não suspende as operações do concurso, as quais prosseguirão até à fase de elaboração da lista de classificação final, exclusive.

5 — A entidade recorrida deverá decidir do recurso no prazo máximo de 10 dias a contar da sua interposição.

6 — Sempre que seja dado provimento ao recurso, o júri promoverá, no prazo de cinco dias contado da data da decisão o envio para publicação na 2.ª série do *Diário da República*, ou a afixação, nos termos do n.º 2 da alteração à lista dos candidatos.

Artigo 34.º

Métodos de selecção

1 — No concurso serão utilizados os seguintes métodos de selecção, isolada ou conjuntamente:

- a) Avaliação curricular;
- b) Prova pública de discussão curricular;
- c) Exame psicológico de selecção.

2 — Os resultados obtidos na aplicação dos métodos de selecção serão classificados de 0 a 20 valores, excepto no exame psicológico, ao qual serão atribuídas as seguintes menções qualificativas: *Favorável preferencialmente*, *Bastante favorável*, *Favorável*, *Favorável com reservas* e *Não favorável*, correspondendo-lhes as classificações de 20, 18, 12, 8 e 4 valores, respectivamente.

3 — Os métodos de selecção previstos nas alíneas a) e b) do n.º 1 terão carácter eliminatório.

4 — O método de selecção previsto na alínea c) do mesmo número só poderá ser utilizado conjuntamente com um ou com dois outros métodos nele referidos.

5 — Nos concursos para a categoria de enfermeiro, de enfermeiro graduado e de enfermeiro especialista o método de selecção utilizado é o de avaliação curricular.

6 — Nos concursos para as restantes categorias serão obrigatoriamente utilizados os métodos referidos nas alíneas a) e b) do n.º 1.

7 — O método de selecção referido na alínea c) do n.º 1 poderá ser utilizado por decisão da entidade competente para autorizar a abertura do concurso no acesso às categorias de enfermeiro-chefe e de enfermeiro-supervisor.

8 — É garantida a privacidade do exame psicológico de selecção, sendo transmitidos aos júris dos concursos os resultados sob a forma de uma apreciação global referente à aptidão dos candidatos relativamente às funções a exercer.

9 — A revelação ou transmissão dos resultados do exame psicológico de selecção a outra pessoa que não o próprio candidato ou o júri do concurso implica quebra do dever de sigilo.

Artigo 35.º

Objectivos dos métodos de selecção

1 — Os métodos de selecção referidos no artigo anterior visam os seguintes objectivos:

- a) A avaliação curricular — avaliar a qualificação profissional dos candidatos, ponderando, de acordo com as exigências da função, a habilitação académica, a formação profissional, a experiência profissional e outros elementos considerados relevantes;
- b) A prova pública de discussão curricular — determinar a competência profissional e ou científica dos candidatos, tendo como referência o perfil de exigências profissionais, genéricas e específicas, da função posta a concurso;
- c) O exame psicológico de selecção — avaliar as capacidades e características de personalidade dos candidatos através da utilização de técnicas psicológicas, visando determinar a sua adequação à função.

2 — A prova pública de discussão curricular tem a duração máxima de sessenta minutos, dos quais quinze destinados ao candidato para uma exposição sobre o seu *curriculum*, no início da prova.

Artigo 36.º

Aplicação dos métodos de selecção

1 — A avaliação curricular deverá estar concluída no prazo de 30 dias, contado da data de publicação da lista de candidatos, sendo o prazo alargado para 60 dias quando o número de candidatos for superior a 30 e inferior a 50 ou 90 dias quando o número de candidatos for de 50 ou mais.

2 — As provas públicas de discussão curricular devem iniciar-se no prazo de 30 dias, contado da data da conclusão da avaliação curricular.

3 — O calendário das provas será afixado, devendo ainda ser enviado aos candidatos ofício registado, por forma que cada candidato tenha conhecimento da data, hora e local da sua prova com, pelo menos, quarenta e oito horas de antecedência.

Artigo 37.º

Classificação final dos candidatos

1 — Finda a aplicação dos métodos de selecção, o júri procederá, no prazo máximo de 15 dias, à classificação e ordenação dos candidatos e elaborará acta da qual constará a lista de classificação final e sua fundamentação.

2 — O prazo previsto no número anterior poderá ser excepcionalmente prorrogado até 30 dias pela entidade competente para autorizar a abertura do concurso quando o número de candidatos o justifique.

3 — A acta a que se refere o n.º 1 será homologada pela entidade competente para autorizar a abertura do concurso, no prazo máximo de 10 dias.

4 — Na classificação final adoptar-se-á a escala de 0 a 20 valores, considerando-se excluídos os candidatos que nos métodos de selecção eliminatórios ou na classificação final obtenham classificação inferior a 9,5 valores.

5 — A classificação final resultará da média aritmética simples ou ponderada das classificações obtidas em todas as operações de selecção.

6 — Em caso de igualdade de classificação nos concursos internos, preferem, sucessivamente, os candidatos já detentores da categoria a que concorrem e os que desempenhem funções no estabelecimento ou serviço interessado.

7 — Em caso de igualdade de classificação nos concursos para enfermeiro supervisor, preferem, sucessivamente, os candidatos detentores do diploma de estudos superiores especializados em enfermagem ou equivalente, os já detentores da categoria a que concorrem e os que desempenhem funções no estabelecimento ou serviço interessado.

8 — Havendo igualdade de classificação nos concursos externos, preferem, sucessivamente, os candidatos possuidores de habilitação académica de grau mais elevado, de melhor nota final nos cursos de formação básica ou pós-básica exigidos para a admissão ao concurso e que desempenhem funções há mais tempo no estabelecimento ou serviço interessado.

9 — Subsistindo a igualdade de classificação após a aplicação dos critérios referidos nos números anteriores, competirá ao júri estabelecer outros critérios de desempate.

Artigo 38.º

Publicitação da lista de classificação final

Homologada a acta a que se refere o n.º 1 do artigo 37.º, a lista de classificação final deverá ser publicitada nos termos estabelecidos no artigo 33.º, n.º 2, no prazo máximo de cinco dias.

Artigo 39.º

Recurso

1 — Da homologação cabe recurso, com efeito suspensivo, a interpor para o membro do Governo competente, observando-se, quanto ao prazo, o estabelecido no n.º 3 do artigo 33.º

2 — O membro do Governo competente deve decidir no prazo máximo de 15 dias a contar da data da interposição do recurso.

3 — A decisão é passível de recurso contencioso, nos termos gerais.

Artigo 40.º

Prazos

Na contagem dos prazos estabelecidos no presente capítulo serão observados os seguintes princípios:

- Os prazos são contínuos, não se considerando, porém, o dia em que ocorra o evento;
- Sempre que os prazos terminem num sábado, domingo ou dia feriado, o seu termo transfere-se para o 1.º dia útil seguinte.

Artigo 41.º

Ordem de nomeação

1 — Os candidatos aprovados serão nomeados para os lugares vagos segundo a ordenação das respectivas listas de classificação final.

2 — Serão abatidos à lista de classificação final os candidatos aprovados que:

- Recusem ser nomeados no lugar a que têm direito de acordo com a sua ordenação;
- Não compareçam para aceitar o lugar no prazo legal por motivos que lhes sejam imputáveis;
- Apresentem documentos que não façam prova das condições necessárias para a nomeação ou não façam a sua apresentação nos prazos legais.

3 — Os despachos de nomeação não poderão ser proferidos antes de decorrido o prazo estabelecido para a interposição do recurso da homologação.

Artigo 42.º

Regulamentação dos concursos

Serão regulamentados por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças os aspectos processuais e administrativos atinentes à tramitação dos concursos previstos no presente diploma, bem como eventuais mecanismos que se mostrem necessários à realização e ultimateção do processo de concurso.

CAPÍTULO V

Avaliação do desempenho

Artigo 43.º

Caracterização da avaliação do desempenho e objectivos

1 — A avaliação do desempenho consiste na avaliação contínua do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro e na atribuição periódica de uma menção qualitativa.

2 — A avaliação do desempenho tem como objectivos:

- Contribuir para que o enfermeiro melhore o seu desempenho, através do conhecimento das suas potencialidades e necessidades;
- Contribuir para a valorização do enfermeiro, tanto pessoal como profissional, de modo a possibilitar a sua progressão e promoção na carreira;

- c) Detectar factores que influenciam o rendimento profissional do enfermeiro;
- d) Detectar necessidades de formação.

Artigo 44.º

Casos em que é considerada a menção qualitativa da avaliação do desempenho

A menção qualitativa da avaliação do desempenho é obrigatoriamente considerada na progressão e promoção na carreira.

Artigo 45.º

Menções a atribuir

A avaliação do desempenho exprime-se pelas menções qualitativas de *Satisfaz* e *Não satisfaz*.

Artigo 46.º

Metodologia a utilizar

1 — A avaliação do desempenho efectiva-se através das seguintes actividades:

- a) Entrevistas periódicas de orientação, efectuadas pelo menos uma vez em cada ano de exercício e realizadas a cada enfermeiro pelo enfermeiro de quem este depende directamente;
- b) Entrevistas periódicas para atribuição de uma menção qualitativa correspondente à avaliação do desempenho referente a um período de três anos e realizadas a cada enfermeiro pelos respectivos enfermeiros avaliadores.

2 — A atribuição da menção qualitativa tem por base a análise e discussão de um relatório crítico das actividades desenvolvidas pelo enfermeiro no triénio.

3 — Para efeitos da atribuição da menção qualitativa, terá lugar uma entrevista efectuada pelos enfermeiros avaliadores com o enfermeiro avaliado, na qual é discutido o relatório crítico das actividades.

4 — O enfermeiro avaliado deve entregar a cada um dos enfermeiros avaliadores um exemplar do relatório referido no número anterior até 31 de Janeiro do ano seguinte ao do triénio em avaliação.

5 — Cada estabelecimento ou serviço deverá, em Janeiro de cada ano, publicitar internamente a lista dos enfermeiros avaliadores.

6 — As entrevistas para atribuição da menção qualitativa terão lugar até 31 de Maio.

7 — A menção qualitativa será registada na página de rosto do relatório crítico de actividades, datada e assinada pelos enfermeiros avaliadores e pelo enfermeiro avaliado, e será homologada pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço até 30 de Junho.

8 — O enfermeiro avaliado tomará conhecimento da homologação no prazo de cinco dias úteis após o respectivo despacho.

9 — A página de rosto do relatório crítico de actividades, após cumpridas todas as formalidades do processo de avaliação, fará parte do processo individual do enfermeiro avaliado.

10 — Sem prejuízo das entrevistas periódicas de orientação referidas no n.º 1, alínea a), deste artigo,

a primeira atribuição de menção qualitativa tem lugar após três anos de exercício profissional ou, decorrido este mesmo período de tempo, da última classificação de serviço obtida.

Artigo 47.º

Características do relatório crítico de actividades

O relatório crítico de actividades deve descrever:

- a) As actividades inerentes à categoria profissional do enfermeiro que mais contribuíram para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como a respectiva justificação;
- b) Os factores que influenciaram o rendimento profissional do enfermeiro;
- c) As necessidades de formação do enfermeiro e respectiva justificação;
- d) As expectativas futuras do enfermeiro relativamente ao desempenho das suas funções.

Artigo 48.º

Avaliadores para atribuição da menção qualitativa

1 — A avaliação do desempenho dos enfermeiros só pode ser feita por enfermeiros.

2 — Os enfermeiros avaliadores devem possuir categoria superior à do avaliado, podendo, excepcionalmente, ser designado enfermeiro avaliador de categoria igual à do avaliado.

3 — A avaliação do desempenho dos enfermeiros de categorias da área da prestação de cuidados é efectuada pelo enfermeiro-chefe como primeiro avaliador, sendo o segundo avaliador destas categorias profissionais o enfermeiro-supervisor de quem depende funcionalmente o enfermeiro-chefe.

4 — A avaliação do desempenho do enfermeiro-chefe é efectuada pelo enfermeiro-supervisor de quem este depende funcionalmente, sendo o segundo avaliador outro enfermeiro-supervisor da instituição designado pelo órgão de gestão ou o enfermeiro director.

5 — A avaliação do desempenho do enfermeiro-supervisor é efectuada pelo enfermeiro-director.

6 — A avaliação do desempenho do assessor técnico regional de enfermagem é efectuada pelo enfermeiro-director que exercer funções em serviços de âmbito regional.

7 — A avaliação do desempenho do assessor técnico de enfermagem é efectuada pelo assessor técnico de enfermagem que exercer funções de enfermeiro-director em serviços de âmbito nacional.

8 — O enfermeiro-director não está sujeito à avaliação do desempenho nos termos previstos neste diploma.

9 — Quando não existirem dois enfermeiros avaliadores nas condições previstas nos números anteriores, a avaliação será efectuada apenas por um dos enfermeiros, desde que sejam respeitados os demais conditionalismos previstos neste artigo.

10 — Pelo menos um dos avaliadores tem de possuir, no mínimo, um ano de contacto funcional com o enfermeiro avaliado.

11 — Os enfermeiros avaliadores podem, no caso de não terem tido contacto funcional com o enfermeiro avaliado durante todo o triénio, solicitar ao avaliado que comprove as actividades que refere no relatório crítico.

Artigo 49.º

Efeitos da menção qualitativa de *Não satisfaz*

1 — A menção de *Não satisfaz* depende da verificação de uma das seguintes situações:

- a) Deficiente desempenho do conteúdo funcional da respectiva categoria profissional, mediante informações fundamentadas sobre factos comprovados;
- b) Insuficiente ou deficiente relacionamento com o utente, família, grupos ou comunidade e pessoal do respectivo local de trabalho, mediante informações fundamentadas sobre factos comprovados.

2 — A atribuição da menção qualitativa de *Não satisfaz* determina que não seja considerado o período a que respeita, para efeitos de progressão e promoção na carreira.

Artigo 50.º

Suprimento da falta de atribuição de menção qualitativa

1 — A falta de atribuição de menção qualitativa será suprida por adequada ponderação do *curriculum* profissional na parte correspondente ao período não avaliado.

2 — Para efeitos de progressão, a avaliação do *curriculum* profissional será levada a efeito por dois enfermeiros, a designar pelo enfermeiro-director, devendo a selecção obedecer, em princípio, às condições previstas no artigo 48.º

3 — Para efeitos de promoção, a avaliação do *curriculum* profissional é feita pelo respectivo júri do curso de acesso.

Artigo 51.º

Ausência ou impedimento de avaliadores ou avaliados

1 — Sempre que, por razões não imputáveis quer aos enfermeiros avaliadores quer aos enfermeiros avaliados, não for possível cumprir os prazos previstos para as diversas fases da avaliação do desempenho, serão fixados novos prazos pelo respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.

2 — Sem prejuízo do disposto no número anterior, quando se torne necessária a atribuição da menção qualitativa, para efeitos de progressão ou promoção na carreira, recorrer-se-á ao mecanismo de suprimento previsto no artigo 50.º deste diploma.

Artigo 52.º

Reclamações e recursos

1 — O enfermeiro avaliado dispõe do prazo de cinco dias úteis para apresentar aos enfermeiros avaliadores reclamação escrita, com indicação dos factos que julga susceptíveis de fundamentar a revisão da avaliação.

2 — Os enfermeiros avaliadores devem decidir da reclamação no prazo de cinco dias úteis contado a partir da data em que receberam a reclamação.

3 — O enfermeiro avaliado pode, nos cinco dias úteis subsequentes à data em que tomou conhecimento da

decisão proferida pelos enfermeiros avaliadores, requerer ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço que o seu processo seja submetido a parecer da comissão técnica, devendo nesse requerimento indicar somente os factos que julga susceptíveis de fundamentar o seu pedido.

4 — Sempre que o parecer da comissão técnica for discordante da menção qualitativa atribuída pelos enfermeiros avaliadores, cabe ao órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço decidir da menção a atribuir, mediante despacho fundamentado.

5 — O órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço não pode homologar as menções qualitativas atribuídas antes de decorridos os prazos de reclamação para os enfermeiros avaliadores e para solicitação de parecer da comissão técnica.

6 — Do despacho de homologação cabe recurso para o membro do Governo competente, a interpor no prazo de 10 dias úteis contado a partir do conhecimento da homologação, devendo ser proferida decisão no prazo de 30 dias contado da data da interposição do recurso.

7 — A decisão é passível de recurso contencioso, nos termos gerais.

Artigo 53.º

Regulamentação

O sistema de avaliação do desempenho estabelecido pelo presente diploma será regulamentado por despacho do membro do Governo competente, tendo em vista operacionalizar o relatório crítico de actividades, definir a constituição da comissão técnica e seu funcionamento e pormenorizar outros aspectos relativos à aplicação do sistema.

CAPÍTULO VI

Regimes de trabalho e condições da sua prestação

Artigo 54.º

Modalidades de regime de trabalho

1 — São as seguintes as modalidades de regime de trabalho aplicáveis aos enfermeiros integrados na carreira:

- a) Tempo completo, com a duração de trinta e cinco horas semanais;
- b) Tempo parcial, com a duração de vinte ou vinte e quatro horas semanais;
- c) Regime de horário acrescido, com a duração de quarenta e duas horas semanais.

2 — O tempo completo é o regime normal de trabalho da carreira de enfermagem, correspondendo-lhe as remunerações base mensais referidas no n.º 2 do artigo 4.º

3 — O regime de tempo parcial é autorizado, caso a caso, por despacho do dirigente máximo do estabelecimento ou serviço.

4 — Sem prejuízo do disposto na lei geral, o trabalho prestado em regime de tempo parcial conta-se proporcionalmente ao número de horas de trabalho por semana, para todos os efeitos.

5 — O regime de horário acrescido é aplicável nos casos em que o funcionamento dos serviços o exija, sendo essa necessidade reconhecida pelo órgão máximo de gestão do respectivo estabelecimento ou serviço.

Artigo 55.º

Regime de horário acrescido

1 — Consideradas as necessidades dos serviços, poderá, por despacho ministerial, ser autorizada a aplicação deste regime, até um máximo de 30% do número total dos lugares de enfermeiro previstos no quadro da instituição, mediante critérios de selecção a divulgar previamente.

2 — Em casos excepcionais, pode esta percentagem ser ultrapassada, mediante proposta fundamentada do órgão máximo de gestão e aprovada por despacho ministerial.

3 — A esta modalidade de trabalho corresponde um acréscimo remuneratório de 37% da remuneração base, o qual só é devido em situação de prestação efectiva de trabalho.

4 — A afectação a este regime depende de declaração escrita do enfermeiro manifestando a sua disponibilidade para o efeito.

5 — Este regime poderá ser retirado com fundamento em deficiente cumprimento das obrigações do enfermeiro, se houver modificação na sua situação funcional ou se cessarem as necessidades que o determinaram, observando-se o prazo de 60 dias.

6 — Os enfermeiros podem renunciar ao regime de horário acrescido com pré-aviso de seis meses.

7 — A remuneração referida no n.º 3 deste artigo releva para efeitos de pagamento dos subsídios de férias e de Natal.

8 — Este regime confere direito a um acréscimo de 25% no tempo de serviço para efeitos de aposentação.

9 — Para efeitos de fixação da pensão de aposentação, a remuneração atribuída em função deste regime é considerada nos termos do Estatuto da Aposentação.

10 — Aos enfermeiros com idade superior a 55 anos que venham praticando este regime há, pelo menos, cinco anos será concedida, se a requererem, redução de uma hora em cada ano no horário de trabalho semanal, até que o mesmo perça as trinta e cinco horas, sem perda de regalias.

Artigo 56.º

Regras de organização, prestação e compensação de trabalho

1 — 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.

2 — 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.

3 — A aferição da duração do trabalho normal deve reportar-se a um conjunto de quatro semanas.

4 — São considerados, para efeitos de obrigatoriedade, na organização dos horários de trabalho todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis.

5 — Os enfermeiros-directores ficam isentos de horário de trabalho, sem prejuízo do cumprimento do número de horas de trabalho semanal a que estão sujeitos, não lhes sendo devida qualquer remuneração pela prestação de trabalho extraordinário.

6 — Os enfermeiros podem trabalhar por turnos e ou jornada contínua, tendo direito a um intervalo de trinta minutos para refeição dentro do próprio estabelecimento ou serviço, que será considerado como trabalho efectivamente prestado.

7 — 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.

8 — 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.

9 — São aplicáveis a todos os enfermeiros, independentemente dos estabelecimentos ou serviços em que prestem funções, as disposições contidas no Decreto-Lei n.º 62/79, de 30 de Março, que não colidam com o presente decreto-lei.

10 — As disposições constantes dos números anteriores serão objecto de regulamentação pelos órgãos competentes.

CAPÍTULO VII

Incentivos e bonificações

Artigo 57.º

Compensação pelo exercício de funções em condições particularmente penosas

1 — Os enfermeiros que exerçam funções em unidades de internamento de psiquiatria e de doentes exclusivamente do foro oncológico terão direito, ao fim de um ano de trabalho efectivo nestes serviços, a um período adicional de férias de cinco dias úteis, a gozar no ano seguinte, entre 1 de Janeiro e 31 de Maio, ou entre 1 de Outubro e 31 de Dezembro, o que não releva para efeitos de atribuição de subsídio de férias.

2 — A contagem do tempo relevante para usufruir das compensações referidas nos números anteriores apenas produz efeitos a partir da entrada em vigor do presente diploma.

3 — Os enfermeiros referidos no n.º 1 do presente artigo poderão ainda, se o requererem, beneficiar de redução no horário de trabalho de uma hora semanal por cada triénio de exercício efectivo, até ao limite de 30 horas semanais, sem perda de regalias.

Artigo 58.º

Incentivos para fixação na periferia

1 — Aplica-se aos enfermeiros integrados na presente carreira o Decreto-Lei n.º 45/84, de 3 de Fevereiro, e demais legislação complementar.

2 — Por portaria conjunta dos Ministros do Planeamento e da Administração do Território, das Finanças e da Saúde, serão estabelecidos os municípios que in-

tegram as zonas de reduzida, média e extrema periferia, para efeitos de atribuição aos enfermeiros dos incentivos para fixação na periferia.

Artigo 59.º

Incentivo para o exercício de funções na área de cuidados de saúde primários

1 — É criado um incentivo para o exercício de funções na área de cuidados de saúde primários, que consiste na redução do tempo necessário para a progressão na carreira.

2 — O tempo de serviço prestado em estabelecimento da área de cuidados de saúde primários determinará, em cada ano, a redução de dois meses para mudança de escalão.

Artigo 60.º

Bonificação por estudos ou trabalhos de investigação

1 — Após cada oito anos de efectivo serviço, podem enfermeiros requerer a avaliação de estudos ou trabalhos de investigação que realizaram, desde que estes se integrem em áreas ou temas previamente definidos pelo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço, o qual deverá estabelecer anualmente as áreas ou temas prioritários sobre os quais deverão recair os estudos ou trabalhos de investigação a efectuar.

2 — A avaliação referida no número anterior consiste em:

- a) Apresentação e discussão de um estudo sobre um problema de enfermagem, se se tratar das categorias profissionais de enfermeiro (nível 1) e de enfermeiro graduado;
- b) Apresentação e discussão de um trabalho de investigação em enfermagem, se se tratar das restantes categorias profissionais.

3 — A obtenção na última avaliação periódica de desempenho da menção qualitativa de *Não satisfaz* impede que o enfermeiro requeira a avaliação de estudos ou trabalhos de investigação antes que tenha decorrido uma menção qualitativa de *Satisfaz*.

4 — A avaliação dos estudos ou trabalhos de investigação é feita por um júri nacional, nomeado pelo Ministro da Saúde e constituído por três enfermeiros de categoria profissional superior ou igual à do enfermeiro que requer a avaliação.

5 — Tratando-se de um trabalho de investigação, um dos enfermeiros do júri deverá estar habilitado com formação pós-básica na mesma área que a do enfermeiro que requer a avaliação.

6 — Ao estudo ou trabalho de investigação será atribuída a menção qualitativa de *Satisfaz* ou *Não satisfaz*.

7 — A obtenção do resultado de *Satisfaz* determina, para efeitos de progressão na categoria, a bonificação de dois anos de serviço.

8 — Não poderão ser aceites estudos ou trabalhos de investigação que já tenham sido apresentados e ou avaliados em âmbito diferente.

Artigo 61.º

Bonificação por aquisição de graus académicos

1 — A aquisição do grau de mestre por enfermeiros integrados na carreira determina, quando do acesso a

categoria superior, o posicionamento no escalão imediatamente superior àquele a que terá direito nos termos do artigo 12.º

2 — A habilitação com doutoramento determina, na situação prevista no número anterior, o posicionamento dois escalões acima daquele a que terá direito nos termos do artigo 12.º

Artigo 62.º

Aposentação

Os enfermeiros podem aposentar-se voluntariamente, com direito à pensão completa, independentemente de apresentação à junta médica, desde que reúnam 35 anos de serviço e 57 de idade.

CAPÍTULO VIII

Formação contínua

Artigo 63.º

Formação contínua

1 — As estruturas de formação dos estabelecimentos ou serviços prestadores de cuidados de saúde devem assegurar a formação contínua dos enfermeiros.

2 — Os enfermeiros têm direito à utilização de um período correspondente a quarenta e duas horas por ano, em comissão gratuita de serviço, para efeitos de actualização e aperfeiçoamento profissional, mediante despacho do respectivo órgão máximo de gestão do estabelecimento ou serviço.

3 — Poderá o órgão de gestão do estabelecimento ou serviço, para os efeitos previstos anteriormente, autorizar comissões gratuitas de serviço por períodos que ultrapassem as quarenta e duas horas anuais, quando daí resultem benefícios para a instituição.

4 — Depois de cada triénio de serviço efectivo, os assessores técnicos de enfermagem, os assessores técnicos regionais de enfermagem, os enfermeiros-supervisores, os enfermeiros-chefes e os enfermeiros especialistas poderão ser dispensados da prestação do seu trabalho normal, sem qualquer perda de direitos ou regalias, durante um período nunca superior a seis meses, seguidos ou interpolados, para efeitos de actualização científica e técnica.

5 — Consideram-se para efeitos de actualização científica e técnica, nomeadamente, a realização de trabalhos de investigação e estágios não integrados em planos de cursos de enfermagem ou de qualquer outro curso.

6 — Em caso algum as dispensas de cada triénio são susceptíveis de acumulação com as eventualmente concedidas noutro triénio.

7 — O enfermeiro compromete-se a, terminado o período de dispensa, apresentar, no prazo de 60 dias, o relatório da actividade desenvolvida ou cópia do trabalho de investigação realizado.

8 — O não cumprimento do estabelecido no número anterior retira a possibilidade de concessão de nova dispensa e obriga à reposição de todos os vencimentos percebidos pelo enfermeiro durante o período de dispensa.

SECÇÃO I

Formação em serviço

Artigo 64.º

Formação em serviço

1 — A concretização da formação em serviço em cada unidade prestadora de cuidados é cometida, por um período de três anos, renováveis, a um enfermeiro especialista da referida unidade.

2 — A escolha desses enfermeiros é feita mediante o seguinte processo:

- a) Manifestação de interesse por parte dos enfermeiros especialistas;
- b) Selecção dos enfermeiros, efectuada pelo enfermeiro-chefe da respectiva unidade e pelo enfermeiro-supervisor de quem o enfermeiro-chefe depende funcionalmente.

3 — A selecção destes enfermeiros terá por base o seu *curriculum* profissional, relevando ainda a formação em técnicas e métodos no âmbito da pedagogia, a sua experiência profissional e, bem assim, as características pessoais facilitadoras do processo de aprendizagem.

4 — Ao enfermeiro especialista poderá ainda ser cometida a formação em serviço de mais de uma unidade prestadora de cuidados, nos casos em que a dimensão, características, organizações e recursos humanos das unidades de cuidados o justifiquem.

5 — A actividade dos referidos enfermeiros deve ser exercida sob a responsabilidade do enfermeiro-chefe das respectivas unidades.

6 — A formação em serviço deve visar a satisfação das necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade, considerado como um grupo profissional com objectivo comum, e das necessidades individuais de cada membro do grupo.

7 — O trabalho desenvolvido no âmbito da formação em serviço em cada unidade deve ser planeado, programado e avaliado de forma coordenada com a estrutura de formação do respectivo estabelecimento ou serviço prestador de cuidados de saúde.

8 — Os enfermeiros especialistas a quem for cometida a formação em serviço serão integrados em escalão a que corresponda um índice remuneratório imediatamente superior àquele que detêm a partir da data em que iniciarem as respectivas actividades, o que deve ser confirmado, por escrito, pelo enfermeiro-chefe.

9 — O tempo de serviço devido no escalão em que os enfermeiros especialistas se encontram posicionados no momento da atribuição do novo escalão releva para efeitos de progressão ao escalão seguinte, desde que aqueles tenham exercido pelo menos por um período de três anos as funções referidas no n.º 1 deste artigo.

10 — Nos casos em que os enfermeiros especialistas não desempenharam pelo menos durante um período de três anos, serão reposicionados no escalão que detinham à data em que lhes foi cometida a formação em serviço, contando-lhes neste escalão o tempo de serviço prestado naquelas actividades.

11 — Quando não existam nos estabelecimentos e serviços enfermeiros especialistas a quem possa ser cometida formação em serviço, nos termos dos números anteriores, esta competência poderá ser atribuída

aos enfermeiros graduados, cujo processo de selecção deverá obedecer ao disposto no n.º 3 do presente artigo.

CAPÍTULO IX

Transições para as novas categorias

Artigo 65.º

Transições

1 — Os enfermeiros que no âmbito deste diploma se encontrem integrados na carreira de enfermagem são providos na nova carreira, de acordo com as seguintes regras:

- a) Como enfermeiro do nível 1, os enfermeiros do grau 1;
- b) Como enfermeiro graduado, os enfermeiros graduados;
- c) Como enfermeiro especialista, os enfermeiros detentores desta categoria;
- d) Como enfermeiro-chefe, os enfermeiros detentores desta categoria;
- e) Como enfermeiro-supervisor, os enfermeiros detentores desta categoria;
- f) Como assessor técnico de enfermagem, os enfermeiros detentores da categoria de técnico de enfermagem.
- g) Como enfermeiro-director, os enfermeiros-directores que se encontram no desempenho deste cargo.

2 — Os enfermeiros de grau 1 e os enfermeiros graduados que se encontrem, à data da entrada em vigor deste diploma, habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, poderão, mediante requerimento a apresentar durante o prazo de um ano contado a partir da data da entrada em vigor do presente diploma, transitar para a categoria de enfermeiro especialista, desde que existam no respectivo estabelecimento ou serviço vagas na categoria, dentro do número fixado para a correspondente especialidade.

3 — Sempre que o número de vagas na categoria de enfermeiro especialista, dentro do número fixado para a correspondente especialidade, for insuficiente para englobar os enfermeiros provenientes de categorias dos graus 1 e 2 habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, transitam para a categoria de enfermeiro especialista os enfermeiros nas seguintes condições:

- a) Os enfermeiros há mais tempo habilitados com o curso de especialização em enfermagem;
- b) Os enfermeiros detentores de equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem.

4 — Aos enfermeiros-directores que se encontrem nomeados em comissão de serviço por três anos são aplicáveis, findo esse período, as regras previstas para a respectiva renovação nos termos do n.º 4 do artigo 13.º

5 — Os enfermeiros-directores transitam para o índice imediatamente superior ao que detêm à data da transição.

6 — Aos enfermeiros-directores que se encontrem nomeados em comissão de serviço por tempo indeterminado ser-lhes-á mantida esta nomeação, por tempo indeterminado.

7 — A transição para as categorias da nova carreira faz-se para escalão igual àquele em que o enfermeiro se encontra posicionado.

8 — Se entre o índice remuneratório anterior e o índice remuneratório correspondente ao escalão onde ficar posicionado houver uma valorização superior a 15 pontos, a contagem de tempo de serviço para efeitos de progressão só se inicia a partir da data da transição.

9 — Sempre que na nova carreira não existe escalão correspondente ao que o enfermeiro detinha na anterior carreira, por efeito de diminuição de escalões, transita para o último escalão da categoria respectiva.

10 — Os enfermeiros do grau 1 e os enfermeiros graduados que transitam para a categoria de enfermeiro especialista de acordo com o n.º 2 deste artigo são posicionados no escalão a que corresponda o índice remuneratório a que teriam direito se transitassem para a categoria de que são detentores ou para a imediatamente superior, se não houver coincidência.

11 — A transição para os escalões efectua-se, sem quaisquer formalidades, para além das referidas nas alíneas seguintes:

- a) Cada estabelecimento ou serviço deve elaborar uma lista de transição para as novas categorias e cargo, a afixar em local apropriado e a possibilitar a sua consulta pelos interessados;
- b) Deve ser publicado no *Diário da República* o aviso de afixação da lista referida na alínea anterior;
- c) Da transição cabe reclamação para o órgão máximo do estabelecimento ou serviço, no prazo de 15 dias a contar da data da publicação do aviso, a qual deve ser decidida em idêntico prazo;
- d) Da lista referida na alínea a) é enviada cópia à Direcção-Geral da Contabilidade Pública e à Direcção-Geral da Administração Pública.

CAPÍTULO X

Disposições transitórias e finais

Artigo 66.º

Disposições transitórias

1 — A habilitação com um curso pós-básico de enfermagem que seja necessário para acesso a categoria diferente daquela em que o enfermeiro se encontra posicionado confere, mediante requerimento, para efeitos de progressão na categoria de que o enfermeiro é detentor, a seguinte bonificação:

- a) De três anos, quando se trate de um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, ou de um curso de administração de serviços de enfermagem;
- b) De quatro anos, no caso de a estes enfermeiros ser concedida a equivalência ao diploma de estudos superiores especializados em enfermagem;

- c) De quatro anos, quando se trate de um curso de estudos superiores especializados em enfermagem.

2 — O disposto no número anterior aplica-se durante um período transitório de cinco anos, contado da data de entrada em vigor do presente diploma.

3 — Os enfermeiros e os enfermeiros graduados habilitados com um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, que não transitem para a categoria de enfermeiro especialista de acordo com o n.º 2 do artigo 65.º deste diploma, poderão, mediante requerimento, transitar para essa categoria em lugar de quadro ou mapa de pessoal de estabelecimento ou serviço diferente.

4 — O disposto no número anterior aplica-se transitivamente durante um período de dois anos contado da data da entrada em vigor deste diploma.

5 — Aos enfermeiros e aos enfermeiros graduados que, à data da entrada em vigor deste diploma, se encontrem a frequentar ou tenham sido seleccionados para frequência de um curso de especialização em enfermagem nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, é aplicado, após a conclusão deste, o disposto no n.º 2 do artigo 65.º do presente diploma.

6 — Os enfermeiros referidos no número anterior poderão ainda beneficiar do disposto no n.º 3 até ao termo do prazo fixado no seu n.º 4.

7 — Os enfermeiros que tenham usufruído da bonificação referida no n.º 1 não poderão posteriormente transitar para a categoria de enfermeiro especialista segundo as regras previstas no n.º 2 do artigo 65.º ou as referidas no n.º 3 do presente artigo, a menos que o façam para o escalão a que corresponda o índice remuneratório que detinham antes da bonificação.

8 — Enquanto existirem nos estabelecimentos ou serviços auxiliares de enfermagem e enfermeiros de 3.ª classe, serão mantidos nos quadros ou mapas de pessoal os respectivos lugares, ficando estes profissionais na situação de fora de carreira.

9 — Os lugares previstos no número anterior serão extintos quando vagarem, sendo criado, nos respectivos quadros ou mapas de pessoal, igual número de lugares da categoria de enfermeiro do nível 1.

10 — Aos auxiliares de enfermagem e enfermeiros de 3.ª classe compete, essencialmente, sob a directa orientação dos enfermeiros, colaborar na prestação dos cuidados de enfermagem, executando tarefas que requeiram menores exigências técnicas.

11 — Os enfermeiros da área de actuação da docência que não transitarem para a carreira docente das escolas superiores de enfermagem poderão, mediante requerimento, transitar para as categorias previstas nesta carreira, de acordo com as seguintes regras:

- a) Para enfermeiro graduado, os enfermeiros-monitores;
- b) Para enfermeiro especialista, os enfermeiros-assistentes habilitados com um curso de especialização em enfermagem, nos termos do n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio;
- c) Para enfermeiro-chefe, os enfermeiros-assistentes habilitados com um curso de especialização em enfermagem, nos termos do

n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, ou com o curso de administração de serviços de enfermagem ou com o curso de enfermagem complementar — secção de administração;

- d) Como enfermeiro-supervisor, os enfermeiros-professores habilitados com o curso de administração de serviços de enfermagem ou com o curso de enfermagem complementar — secção de administração.

12 — A possibilidade de transição prevista no número anterior termina um ano após a entrada em vigor do diploma que vier a regular a carreira docente das escolas superiores de enfermagem.

13 — A transição prevista no n.º 11 implica a existência de vaga na respectiva categoria, no estabelecimento ou serviço para cujo quadro ou mapa de pessoal o enfermeiro docente pretenda transitar.

14 — A aplicação do disposto no n.º 3 do artigo 57.º será faseada nos seguintes termos:

- a) À data da entrada em vigor do presente diploma, aos enfermeiros com 12 ou mais anos de serviço;
- b) Um ano após aquela data, aos enfermeiros que contem seis ou mais anos de serviço;
- c) Dois anos decorridos sobre a mesma data, aos enfermeiros com três ou mais anos de serviço.

15 — Durante um período de três anos a partir da entrada em vigor do presente diploma, poderão os enfermeiros ser admitidos, a título transitório, por contrato administrativo de provimento.

16 — O contrato administrativo de provimento é celebrado por escrito e dele consta, obrigatoriamente:

- a) O nome dos outorgantes;
- b) A categoria, a remuneração e a data de início do contrato;
- c) A data e a assinatura dos outorgantes.

17 — O contrato administrativo de provimento considera-se celebrado por um ano, tácita e sucessivamente renovável por iguais períodos, se não for oportunamente denunciado.

18 — O recrutamento do pessoal contratado nos termos do n.º 15 obedece a um processo de selecção sumário, de que faz parte:

- a) A publicitação da oferta de emprego em jornal de expansão regional e nacional, incluindo obrigatoriamente a indicação do tipo de contrato a celebrar, o serviço a que se destina, a categoria, os requisitos exigidos e aqueles que constituem condição de preferência, bem como a remuneração a atribuir;
- b) A apreciação das candidaturas por um júri especialmente designado para o efeito;
- c) A elaboração da acta contendo obrigatoriamente os fundamentos da decisão tomada e os critérios adoptados para a admissão.

19 — A acta referida na alínea c) do número anterior é fornecida em certidão a qualquer candidato que a solicite.

20 — Só pode ser contratado o pessoal que possua as habilitações previstas no presente diploma.

21 — O tempo de serviço prestado na situação de contratado conta para todos os efeitos legais, desde que se verifique, sem interrupção de funções, a subsequente nomeação na categoria de enfermeiro.

22 — O prazo referido no n.º 15 poderá ser renovado, por despacho conjunto dos Ministros da Saúde e das Finanças, enquanto se verificarem carências de pessoal de enfermagem a nível nacional.

Artigo 67.º

Disposições finais

1 — Pela aplicação deste diploma consideram-se automaticamente actualizados os quadros ou mapas de pessoal de enfermagem dos respectivos estabelecimentos ou serviços.

2 — Os lugares de técnico de enfermagem são automaticamente convertidos em lugares de assessor técnico de enfermagem.

3 — Os lugares de assessor técnico regional de enfermagem serão a criar consoante as necessidades.

4 — Os cursos referidos no artigo 11.º, n.º 3, alínea d), n.º 4, alínea c), n.º 5, alínea d), e n.º 7, alínea c), devem situar-se no âmbito da administração geral, da Administração Pública ou da administração da saúde.

5 — Sempre que, para efeitos de admissão a concurso, surjam dúvidas quanto ao enquadramento dos cursos que os candidatos possuam no âmbito referido no número anterior, as mesmas serão esclarecidas pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

6 — Os concursos cujo aviso de abertura se encontre publicado à data da entrada em vigor deste diploma mantêm-se válidos apenas para as vagas postas a concurso, existentes à data da respectiva abertura.

7 — Os candidatos aprovados nos concursos a que se refere o número anterior serão nomeados nas categorias para que transitaram os actuais detentores das categorias a que se candidataram.

8 — O regime previsto no capítulo IV deste diploma não se aplica aos concursos abertos antes da sua entrada em vigor e até ao termo do seu prazo de validade.

9 — O presente diploma entra em vigor no dia 1 de Janeiro de 1992, incluindo os efeitos de natureza remuneratória.

Artigo 68.º

Revogações

1 — Ficam revogados:

- a) O Decreto-Lei n.º 178/85, de 23 de Maio, e legislação complementar;
- b) O Decreto-Lei n.º 134/87, de 17 de Março, com excepção do artigo 5.º;
- c) O Decreto-Lei n.º 34/90, de 24 de Janeiro, com excepção do artigo 10.º, com a redacção que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 38/91, de 18 de Janeiro;
- d) O Decreto-Lei n.º 38/91, de 18 de Janeiro, com excepção dos artigos 1.º e 2.º;
- e) O Decreto Regulamentar n.º 6/91, de 26 de Fevereiro.

2 — Até à entrada em vigor da carreira dos docentes das escolas superiores de enfermagem mantêm-se as disposições contidas nos diplomas referidos no número anterior que sejam aplicáveis à área de actuação da docência.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 12 de Setembro de 1991. — *Aníbal António Cavaco Silva* — *Mário Fernando de Campos Pinto* — *Lino Dias Mi-*

guel — *Luís Miguel Couceiro Pizarro Beleza* — *Luís Francisco Valente de Oliveira* — *Jorge Augusto Pires*.

Promulgado em 16 de Outubro de 1991.

Publique-se.

O Presidente da República, **MÁRIO SOARES**.

Referendado em 18 de Outubro de 1991.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

TABELA I

Níveis	Categorias	Índices/escalões								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	Assessor técnico de enfermagem	240	250	260	270	285	-	-	-	-
3	Assessor técnico regional de enfermagem	210	220	230	240	255	-	-	-	-
3	Enfermeiro-supervisor	180	190	205	220	235	250	-	-	-
2	Enfermeiro-chefe	150	160	175	190	210	235	-	-	-
2	Enfermeiro especialista	135	145	155	170	185	200	220	-	-
1	Enfermeiro graduado	120	130	140	155	170	185	200	215	-
1	Enfermeiro	100	105	110	120	130	140	155	170	195

TABELA II

(a que se refere o n.º 2 do artigo 5.º)

Cargo	Índices		
	270	290	310
Enfermeiro-director	270	290	310

ANEXO II

Despacho n.º 2/93 de 30 de Março

Dívidas	Taxa de conversão por escudo	Dívidas	Taxa de conversão por escudo
Dobra de São Tomé e Príncipe	2.52200	Lira turca	57.80300
Franco CFA do Senegal	1.93000	Peso do Uruguai	0.02410
Dólar de Singapura	0.01150	Rublo da Rússia	3.70000
Libra da Síria	0.06430	Bolívar da Venezuela	0.53100
Emalengeni da Suazilândia	0.02130	Zaire da República do Zaire	102.04000
Coroa sueca	0.04780	Kwacha da Zâmbia	2.48100
Bath da Tailândia	0.18400	Dólar do Zimbabwe	0.04200
Dólar de Trinidad e Tobago	0.02910		
Dinar tunisino	0.00636		

23-2-93. — O Subdirector-Geral, *Joaquim Domingues de Almeida*.**MINISTÉRIO DA INDÚSTRIA E ENERGIA**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DA INDÚSTRIA

Instituto Português da Qualidade

Por despacho de 26-2-93 do Secretário de Estado da Indústria:

Lista nominativa do pessoal do Instituto Português da Qualidade que transita para o quadro aprovado pelo Dec. Regul. 56/91, de 14-10, ao abrigo do disposto no art. 27.º do Dec.-Lei 206/89, de 27-6, conjugado com o art. 25.º do Dec. Regul. 56/91, de 14-10, e na Port. 1046/92, de 9-11, sem alteração da situação jurídico-funcional, com efeitos a partir de 9-11-92:

Grupo de pessoal	Grau/nível	Área funcional	Carreira	Categoria	Remuneração		Nome
					Escala	Índice	
Técnico		Gestão, administração, organização, documentação, informação e relações públicas	Técnicas	Técnico especialista principal	-1	500	Maria Eduarda de Almeida Mimoso Correia

(Não carece de fiscalização prévia do TC.)

10-3-93. — O Director de Serviços de Gestão, *Vicente Martins*.**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO DOS RECURSOS EDUCATIVOS

Direcção-Geral de Administração Escolar

Aviso. — Na sequência do provimento dado ao recurso interposto pela candidata, faz-se pública a alteração à lista de candidatos admitidos e excluídos no concurso para provimento na categoria de escriturário-dactilógrafo, aberto por aviso publicado no DR, 2.º, 201, de 1-9-92:

Candidata admitida:

Número	Nome	Número do bilhete de identidade
000305	Angélica Gabriela R. F. Ribeiro	7348865

1-3-93. — A Presidente do Júri, *Ana Maria Manso*.**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

GABINETE DO SECRETÁRIO DE ESTADO ADJUNTO DO MINISTRO DA SAÚDE

Desp. 2/93. — A entrada em vigor do regime jurídico da carreira de enfermagem, instituído pelo Dec.-Lei 437/91, de 8-11, operou a revogação da Port. 189-A/84, de 30-3, e estabeleceu um novo sistema de avaliação do

desempenho, com a atribuição periódica de uma menção qualitativa que é, obrigatoriamente, considerada na progressão e promoção na carreira.

Prevê-se, naquele diploma legal, que o sistema de avaliação estabelecido será regulamentado, tendo em vista operacionalizar o relatório crítico de actividades, definir a constituição da comissão técnica e seu funcionamento e pormenorizar outros aspectos relativos à aplicação do sistema.

Nestes termos, em execução do disposto no art. 53.º do Dec.-Lei 437/91, de 8-11, aprovo o seguinte Regulamento da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem:

Regulamento da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem

CAPÍTULO I

Princípios gerais

Artigo 1.º

Objecto

O processo de avaliação do desempenho do pessoal integrado na carreira de enfermagem, para além do estabelecido no capítulo V do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, rege-se pelo presente regulamento.

Artigo 2.º

Âmbito

1 — O processo de avaliação do desempenho aplica-se aos enfermeiros providos em lugares de quadros ou mapas de pessoal dos estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde.

2 — Com as necessárias adaptações, aplica-se aos enfermeiros contratados em regime de contrato de trabalho a termo certo e em regime de contrato administrativo de provimento, quando de duração igual ou superior a 12 meses.

Artigo 3.º

Competências

1 — A competência para avaliar o desempenho profissional pertence conjuntamente ao enfermeiro avaliado e aos enfermeiros avaliadores designados nos termos dos artigos 46.º e 48.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

2 — A atribuição da menção qualitativa é da competência dos enfermeiros avaliadores.

Artigo 4.º

Pressupostos

O exercício das competências dos enfermeiros avaliadores tem como pressupostos:

- a) A existência de normas de actuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho, para cada categoria, referenciados pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem do estabelecimento ou serviço, aprovadas pelo órgão máximo, sob proposta do enfermeiro-director;
- b) Com subordinação ao estabelecido para o estabelecimento ou serviço, a existência de normas de actuação profissional e de critérios de avaliação do desempenho para cada categoria, referenciados por padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da unidade de cuidados, aprovadas pelo enfermeiro-director, sob proposta do enfermeiro-chefe respectivo;
- c) Contacto funcional de, pelo menos, um dos enfermeiros avaliadores com o enfermeiro avaliado, durante o último ano do triénio considerado;
- d) Registos periódicos do desempenho do enfermeiro avaliado, relativamente a todos os parâmetros do conteúdo funcional da categoria profissional, em situações diversificadas, efectuados pelo enfermeiro avaliado;
- e) Sem prejuízo do disposto no artigo 3.º a designação de um ou mais enfermeiros, de preferência especialistas, para coadjuvar o enfermeiro-chefe na orientação e avaliação dos enfermeiros do nível I, na proporção de 1 para 15 dias, sempre que os enfermeiros a avaliar forem superiores a este número;
- f) O estabelecimento de consensos quanto aos procedimentos a adoptar, em reunião conjunta de todos os enfermeiros avaliadores do estabelecimento ou serviço com a comissão técnica de avaliação, presidida pelo enfermeiro-director;
- g) A harmonização dos procedimentos a adoptar na orientação dos enfermeiros avaliados, em reunião conjunta de cada enfermeiro-chefe com os respectivos condutores enfermeiros especialistas.

Artigo 5.º

Revisão das normas de actuação e critérios de avaliação do desempenho

1 — As normas de actuação profissional e os critérios de avaliação do desempenho serão objecto de revisão, pelo menos no termo de cada triénio, para vigorar no triénio seguinte, procurando-se atingir níveis progressivamente mais elevados de qualidade do desempenho dos enfermeiros.

2 — Quando necessário, as alterações poderão ser introduzidas no triénio em curso, desde que previamente publicitadas através dos boletins internos.

CAPÍTULO II

Avaliação do desempenho

Artigo 6.º

Registos

1 — O processo de avaliação do desempenho é constituído pelos registos de observação e orientação e pelo relatório crítico de actividades.

2 — Para registos de observação e de orientação são utilizados dois impressos a elaborar por cada estabelecimento ou serviço, de acordo com as seguintes regras:

a) O impresso n.º 1, destinado ao registo periódico da observação do desempenho do enfermeiro avaliado, que conterá:

- 1) As normas de actuação e os critérios de avaliação definidos para a categoria profissional considerada, na unidade de cuidados;
- 2) O registo dos comportamentos profissionais e dificuldades do enfermeiro avaliado observados em relação às correspondentes normas e critérios;

b) O impresso n.º 2, destinado ao registo do resumo das entrevistas periódicas de orientação, que deverá conter:

- 1) Os aspectos sobre os quais incidiu a entrevista;
- 2) Os resultados obtidos durante o período em apreço;
- 3) A orientação fornecida pelo enfermeiro avaliador.

3 — Serão realizados registos periódicos de observação do desempenho do enfermeiro avaliado, pelo menos uma vez em cada trimestre, a registar no impresso n.º 1.

Artigo 7.º

Dever de sigilo

1 — O processo de avaliação do desempenho tem carácter confidencial.

2 — Os registos periódicos de observação e de orientação são arquivados e guardados pelo enfermeiro avaliador.

3 — O impresso n.º 2 e a folha de rosto do relatório crítico de actividades são arquivados no respectivo processo individual, após a homologação da menção qualitativa.

4 — Todos os intervenientes no processo de avaliação do desempenho estão obrigados ao dever de sigilo sobre esta matéria.

5 — O disposto no número anterior não impede que, em qualquer fase do processo, sejam passadas certidões do registo de orientação e da folha de rosto do relatório crítico de actividades, mediante requerimento do enfermeiro avaliado, formulado, por escrito, ao dirigente do órgão máximo do estabelecimento ou serviço com competência para homologar as menções qualitativas atribuídas.

Artigo 8.º

Acesso aos registos de orientação

Sem prejuízo do dever de sigilo, haverá acesso aos registos de orientação:

- a) Sempre que, no estabelecimento ou serviço, ocorram situações de mobilidade do enfermeiro avaliado ou do enfermeiro avaliador;
- b) Para o processo de atribuição da menção qualitativa;
- c) Nos processos de revisão da avaliação do desempenho na sequência de reclamação ou recurso.

CAPÍTULO III

Processo de orientação

Artigo 9.º

Fases do processo de orientação

O processo de orientação desenvolve-se nas seguintes fases:

- a) Entrevista de orientação inicial, a realizar pelo enfermeiro avaliador, com cada um dos respectivos enfermeiros avaliados, como início do processo de orientação;
- b) Entrevista periódica de orientação a realizar, pelo menos uma, no termo de cada ano do triénio considerado.

Artigo 10.º

Entrevista de orientação inicial

A entrevista de orientação inicial tem como objectivos:

- a) Integrar o enfermeiro avaliado na filosofia, objectivos e métodos de trabalho do estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados;

- b) Ajudar a interpretação das normas de actuação profissional e dos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o triénio;
- c) Definir os papéis e as acções a desenvolver no processo de orientação periódica por cada um dos intervenientes;
- d) Motivar o enfermeiro avaliado para elaborar o seu projecto profissional e o plano de acção anual, tendo em consideração o estabelecido nas alíneas anteriores.

Artigo 11.º

Entrevista periódica de orientação

1 — A entrevista periódica de orientação integra a formalização do processo de avaliação contínua do desempenho profissional, visa o desenvolvimento do enfermeiro avaliado numa perspectiva pessoal e profissional, inclui elementos de aconselhamento, formação e avaliação e tem como objectivos:

- a) Ajudar o enfermeiro avaliado a seleccionar estratégias e meios atinentes à optimização das suas capacidades;
- b) Promover o desenvolvimento da capacidade de auto-avaliação;
- c) Promover a autonomia do desempenho profissional e participação no trabalho em equipa;
- d) Facilitar o desenvolvimento do projecto profissional do enfermeiro avaliado e a sua harmonização com os objectivos, projectos e funcionamento do respectivo estabelecimento ou serviço.

2 — A entrevista periódica de orientação é preparada, com base nos registos da observação do desempenho pelo enfermeiro avaliador, considerando:

- a) As actividades realizadas que integram o conteúdo funcional da categoria do enfermeiro avaliado;
- b) As normas de actuação profissional e os critérios de avaliação do desempenho estabelecidos;
- c) Os objectivos estabelecidos para o desempenho do enfermeiro avaliado para o período considerado.

3 — Na entrevista periódica de orientação os intervenientes devem:

- a) Analisar, comparar e discutir o desempenho profissional do enfermeiro avaliado;
- b) Analisar o projecto profissional e o plano de acção estabelecido pelo enfermeiro avaliado para o período em causa;
- c) Elaborar o plano de acção conjunto para o período seguinte;
- d) Registrar o resumo da entrevista no impresso de orientação.

Artigo 12.º

Entrevista periódica de orientação ordinária e extraordinária

1 — As entrevistas periódicas de orientação têm carácter ordinário e extraordinário:

- a) É ordinária a entrevista periódica que se deve realizar, pelo menos uma vez, no termo de cada ano do triénio;
- b) É extraordinária a entrevista periódica de orientação que se realiza em função das necessidades individuais do enfermeiro avaliado, com periodicidade a estabelecer conjuntamente com o enfermeiro avaliador.

2 — Além da entrevista de orientação inicial, serão realizadas duas entrevistas periódicas de orientação extraordinária com os enfermeiros avaliados, que se encontrem em integração no estabelecimento ou unidade de cuidados, durante o 1.º semestre de exercício profissional.

3 — A realização das entrevistas periódicas de orientação deve ser comunicada ao enfermeiro avaliado com uma antecedência mínima de 15 dias.

4 — A entrevista periódica de orientação não é objecto de qualquer menção qualitativa ou quantitativa além do previsto na alínea b) do n.º 2 do artigo 6.º do presente regulamento.

5 — O registo do resumo da entrevista periódica de orientação é assinado conjuntamente pelo enfermeiro avaliador e pelo enfermeiro avaliado.

CAPÍTULO IV

Relatório crítico de actividades

Artigo 13.º

Estrutura do relatório crítico de actividades

1 — O relatório crítico de actividades deve ser elaborado em termos sintéticos e conter a apreciação crítica do desempenho da actividade profissional nas suas componentes científica, técnica e relacional.

2 — Compete ao enfermeiro avaliado estabelecer a estrutura do relatório, considerando os objectivos previstos no artigo 43.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

3 — O relatório crítico de actividades deve, com apreciação crítica, descrever:

- a) As actividades inerentes à categoria profissional realizadas com maior frequência e as actividades de especial complexidade e dificuldade, identificando as que mais contribuíram para o seu desenvolvimento pessoal e profissional, assim como a respectiva justificação;
- b) As actividades que configurem a relação profissional estabelecida com utentes, familiares, comunidade e equipa de cuidados;
- c) O desempenho de cargos relevantes;
- d) A participação em projectos e actividades desenvolvidas no âmbito do estabelecimento ou unidade de cuidados;
- e) Os contributos inovadores para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem;
- f) Os estudos realizados e trabalhos publicados;
- g) A assiduidade, sanções disciplinares, louvores e distinções;
- h) As acções de formação em que participou como formando e como formador, e repercussão no exercício profissional, indicando as necessidades de formação e respectiva justificação;
- i) Os factores que influenciaram o rendimento profissional;
- j) As expectativas futuras relativamente ao desempenho das suas funções.

4 — A folha de rosto do relatório crítico de actividades deve conter a identificação do estabelecimento ou serviço, nome e categoria do enfermeiro avaliado, período a que se reporta, e espaços para a atribuição da menção qualitativa, para o despacho de homologação e para assinaturas dos enfermeiros avaliadores e avaliado.

5 — O verso da folha de rosto do relatório crítico de actividades destina-se à fundamentação da atribuição da menção qualitativa.

Artigo 14.º

Atribuição da menção qualitativa

1 — A atribuição da menção qualitativa é o resultado da avaliação contínua da actuação do enfermeiro avaliado, centra-se no conteúdo funcional de cada categoria profissional e é referenciada pelas normas de actuação e pelos critérios de avaliação do desempenho estabelecidos para o triénio no estabelecimento ou serviço e unidade de cuidados.

2 — A atribuição da menção qualitativa, para além dos factos descritos no relatório crítico de actividades, fundamenta-se nos registos periódicos da observação do desempenho do enfermeiro avaliado relativamente a todos os parâmetros que integram o conteúdo funcional da categoria respectiva, em situações diversificadas e nos registos das entrevistas periódicas de orientação.

Artigo 15.º

Conteúdo da apreciação

1 — Na apreciação do relatório crítico de actividades são descritas os factos e identificados os comportamentos observados que fundamentam a atribuição da menção qualitativa.

2 — São identificadas as normas de actuação e os critérios de avaliação do desempenho que não tenham sido objecto de apreciação por falta de observação ou insuficiência de dados.

Artigo 16.º

Atribuição de menção qualitativa ordinária e extraordinária

A atribuição da menção qualitativa é ordinária quando respeita ao triénio completo, e extraordinária quando requerida nos termos dos n.ºs 1 e 2 do artigo 17.º

Artigo 17.º

Situação de mobilidade

1 — Aos enfermeiros que, antes de concluído o triénio, sejam deslocados por transferência, requisição, destacamento, comissão de serviço, cessação de funções, ou outra forma de mobilidade, deve ser atribuída a menção qualitativa, quando requerida, por escrito, no prazo de 30 dias após a efectivação da situação de mobilidade, ao dirigente do órgão máximo do estabelecimento ou serviço, com competência para a homologar.

2 — A avaliação prevista no número anterior incide sobre o período de exercício efectivo de funções, devendo o requerimento em que é solicitada ser acompanhado do relatório crítico de actividades.

3 — Os enfermeiros que se encontram a prestar serviço, deslocados do desempenho habitual das suas funções, nas comissões de higiene, estruturas de formação permanente, comissões de ética e em situações equivalentes, são avaliados, de acordo com as normas estabelecidas, tendo em conta as necessárias adaptações aos postos de trabalho que ocupam.

4 — Nas situações de mobilidade, dentro do próprio estabelecimento ou serviço, durante o último ano do triénio, a apreciação do relatório crítico de actividades é feita pelos enfermeiros avaliadores que tenham, pelo menos, 12 meses de contacto funcional com o enfermeiro avaliado.

Artigo 18.º

Atribuição da menção qualitativa de *Satisfaz*

1 — É atribuída a menção qualitativa de *Satisfaz* quando não se verifica qualquer das situações previstas no n.º 1 do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, na sequência da apreciação do relatório crítico de actividades desenvolvidas no período de serviço a que se reporta a avaliação do desempenho.

2 — O serviço prestado por enfermeiros no exercício de funções em lugares dirigentes considera-se, para efeitos do presente regulamento, avaliado em *Satisfaz*.

Artigo 19.º

Atribuição da menção qualitativa de *Não satisfaz*

1 — Para efeitos da atribuição da menção qualitativa de *Não satisfaz*, prevista no n.º 1 do artigo 49.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro, consideram-se as situações de deficiente desempenho do conteúdo funcional da respectiva categoria profissional e de insuficiente ou deficiente relacionamento com o utente, familiar, grupo ou comunidade e pessoal do respectivo local de trabalho.

2 — Considera-se existir deficiente desempenho do conteúdo funcional da respectiva categoria profissional, sempre que esteja presente, pelo menos, uma das condições seguintes:

- a) Incumprimento reiterado das normas de actuação previstas nos n.ºs 1 e 2 do artigo 4.º;
- b) Incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados;
- c) Recusa sistemática e injustificada de assumir responsabilidades em órgão, comissão ou cargo para que tenha sido designado ou eleito;
- d) Prática reiterada de erros técnicos graves, que configurem factores de risco para o bem-estar, saúde ou vida do utente;
- e) Ausência injustificada de participação nas medidas que visam a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem do estabelecimento ou unidade de cuidados;
- f) Recusa injustificada de participação em acções de formação proporcionadas pelo estabelecimento ou serviço na sequência de recomendação do enfermeiro avaliador.

3 — Considera-se existir insuficiente ou deficiente relacionamento com o utente, familiar, grupo ou comunidade e pessoal do respectivo local de

trabalho, sempre que esteja presente, pelo menos, uma das condições seguintes:

- a) Ausência de comunicação com os utentes, não estabelecendo relações de confiança e ambiente psicologicamente seguro;
- b) Desrespeito pelos direitos, valores e convicções pessoais dos utentes;
- c) Desrespeito pelos direitos, valores e convicções pessoais dos familiares dos utentes;
- d) Desrespeito pelos princípios éticos e deontológicos da profissão.

Artigo 20.º

Reclamação e recurso

1 — Só a atribuição da menção qualitativa de *Não satisfaz* é susceptível de reclamação ou recurso.

2 — A reclamação é objecto de decisão fundamentada dos enfermeiros avaliadores, da qual é dado conhecimento ao enfermeiro avaliado, por escrito, no prazo máximo de cinco dias, contados a partir da data em que receberam a reclamação.

CAPÍTULO VI

Comissão técnica de avaliação

Artigo 21.º

Atribuições

A comissão técnica de avaliação é um órgão consultivo e normativo, cujas actividades se processam no âmbito da avaliação do desempenho e no desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem do estabelecimento ou serviço.

Artigo 22.º

Competências

A comissão técnica de avaliação tem as seguintes competências:

- a) Coordenar a elaboração e a aplicação das normas de actuação e dos critérios de avaliação do desempenho para o estabelecimento ou serviço e unidade de cuidados;
- b) Assegurar a aplicação homogénea dos princípios de orientação e avaliação do desempenho dos enfermeiros;
- c) Participar na elaboração de orientações e instruções consideradas necessárias para o processo de orientação e de atribuição da menção qualitativa;
- d) Emitir parecer sobre dúvidas ou questões suscitadas no âmbito das suas atribuições, sempre que solicitado;
- e) Emitir parecer obrigatório nas situações previstas no n.º 3 do artigo 52.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro;
- f) Emitir recomendações sobre a necessidade de formação do pessoal de enfermagem, de acordo com os projectos de desenvolvimento da qualidade dos cuidados de enfermagem e objectivos do estabelecimento ou serviço;
- g) Elaborar o seu regulamento interno.

Artigo 23.º

Composição

1 — A comissão técnica de avaliação é constituída por enfermeiros com formação e experiência na área da avaliação do pessoal e dos cuidados de enfermagem.

2 — A comissão técnica de avaliação é composta pelo enfermeiro-director, que preside, e quatro vogais, dos quais um enfermeiro representante da administração, um enfermeiro representante da estrutura de formação permanente e dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço e dois representantes dos enfermeiros avaliados.

Artigo 24.º

Eleição e designação dos representantes

1 — O processo de eleição é estabelecido pelo órgão máximo do estabelecimento ou serviço, sob proposta do enfermeiro-director.

2 — Os representantes dos enfermeiros avaliados, em número de quatro, são eleitos por escrutínio secreto, de entre todos os enfermeiros, constantes da lista publicitada internamente, que possuam formação e experiência na área de avaliação do pessoal e dos cuidados de enfermagem, sendo efectivos os dois mais votados e suplentes os dois seguintes.

3 — Os enfermeiros representantes da estrutura de formação permanente e dos enfermeiros responsáveis pela formação em serviço, em número de dois, são designados pelo órgão máximo do estabelecimento ou serviço, sob proposta do enfermeiro-director, com indicação do vogal efectivo e do vogal suplente.

4 — Os enfermeiros representantes da administração, em número de dois, com a categoria de, pelo menos, enfermeiro-chefe, são designados pelo órgão máximo do estabelecimento ou serviço, sob proposta do enfermeiro-director, com a indicação do vogal efectivo e do vogal suplente.

Artigo 25.º

Mandato, duração e renovação

1 — O mandato da comissão técnica tem a duração de três anos.

2 — O mandato é renovável automaticamente, uma só vez, quando até ao fim do penúltimo semestre do triénio não tenha sido feita proposta de substituição pelos representados.

3 — A renovação do mandato pode ser total ou parcial, conforme se procede à substituição dos representantes de alguma ou de todas as representações.

4 — O mandato inicia-se no dia 1 de Janeiro do primeiro ano e termina a 31 de Dezembro do último ano do triénio respectivo, sem prejuízo de se considerar prorrogado o mandato, quando necessário, para conclusão dos processos em curso.

Artigo 26.º

Substituição

1 — Os membros da comissão técnica de avaliação mantêm-se em funções até à sua substituição no termo do mandato.

2 — Ocorrendo impedimento temporário ou definitivo do vogal efectivo, será substituído pelo vogal suplente respectivo.

3 — Quando um processo de recurso ou reclamação envolva membros da comissão técnica de avaliação, estes serão obrigatoriamente substituídos no processo pelo vogal suplente respectivo.

CAPÍTULO VII

Disposições transitórias e finais

Artigo 27.º

Implementação do processo de avaliação do desempenho

1 — Até 31 de Março de 1993 os estabelecimentos ou serviços procedem à nomeação dos membros da comissão técnica de avaliação.

2 — Até 31 de Agosto de 1993 são aprovadas e publicitadas as normas de actuação e critérios de avaliação do desempenho relativas ao triénio em curso, para o estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados.

3 — Até 30 de Setembro de 1993, será realizada a entrevista de orientação inicial prevista no n.º 1 do artigo 9.º do presente regulamento.

4 — Até 15 de Dezembro de 1993 será realizada a entrevista periódica de orientação ordinária, que se reporta ao desempenho profissional de 1993, de acordo com as normas em vigor.

5 — Quanto ao prazo atinente ao relatório crítico de actividades é observado o preceituado nos n.ºs 4, 6, 7 e 8 do artigo 46.º do Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro.

6 — A apreciação do relatório crítico de actividades relativo ao triénio 1991 a 1993 terá em consideração as limitações decorrentes da implementação do novo sistema de avaliação do desempenho.

Artigo 28.º

Início do triénio da avaliação do desempenho

1 — A avaliação do desempenho reporta-se ao exercício profissional correspondente a anos civis, independentemente da data de início de funções do enfermeiro.

2 — Nas situações de início de funções durante o 1.º semestre do ano, avaliação do desempenho inclui o ano civil correspondente, como primeiro ano do triénio.

3 — Nas situações de início de funções durante o 2.º semestre do ano este tempo acresce ao primeiro ano do triénio que se inicia no ano civil seguinte.

19-2-93. — O Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
Jorge Augusto Pires.

Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil

Centro Regional do Porto

Lista do pessoal técnico superior, existente em 3-8-92, a integrar nos lugares do quadro de pessoal médico do Centro Regional do Porto do Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, aprovado pelo Port. 754/92, de 3-8:

Número de lugares	Número de ordem	Nome	Observações
		Pessoal técnico superior	
		Carreira médica hospitalar	
		Serviços de secção médicas oncológicas	
		Clínica oncológica I	
		Chefe de serviço:	
	1	José Guimarães dos Santos.	(a)
	2	José Luís Machado Aires.	
	3	Oswaldo Ferreira Bonifácio.	
	4	Maria Teresa F. Osório Mesquita Montes.	
	5	Luís Tomás Gouveia.	
	6	António Luís Abranches Canto Moniz.	
	7	Carlos Afonso Barreira da Costa.	
	8 a 10	Vagos.	
		Assistente graduado/assistente:	
		Assistente graduado:	
	1	Maria Elisete Ribeiro Pato França.	
	2	Carlos Adérito Vaz Pinto.	
	3	Carlos Henrique Correia Montinho.	
	4	Artur Manuel Oliveira Cabanelas.	
		Assistente:	
	5	António Carlos Torres Sequeira Campos.	
	6	Rui Manuel Mendes Ribeiro Fael.	
	7	João Paulo Amaral Guerra.	
	8	Eurico Fernandes Monteiro.	
	9	Hernâni Gomes Ferreira Silva.	
	10	Eduardo Luís Fernandes Ribeiro Breda.	
	11	José Maria Laranja Pontes.	
	12 a 25	Vagos.	
		Clínica oncológica II	
		Chefe de serviço:	
	1	José Cardoso da Silva.	
	2	Nestor Braga Pereira Rodrigues.	
	3	Luís Fiadeiro Gonçalves Cerejeira.	
	4	Fernando Brito Gonçalves.	
	5	Vítor Manuel Velloso Silva.	
	6	Mário Alberto Ramalho P. Pereira Oliveira.	
	7	Rodrigo Jorge Ferreira Guedes Carvalho.	
	8 a 10	Vagos.	

Os funcionários dispõem de 30 dias, a contar da data de publicação deste aviso no *DR*, para reclamação.

27-1-94. — A Presidente da Comissão Instaladora, *Maria Odete Gonçalves Sousa da Costa*.

Escola C+S de Tourais/Paranhos

Aviso. — Nos termos do n.º 1 do art. 95.º do Dec.-Lei 497/88, de 30-12, faz-se público que se encontra afixada no placard do átrio desta Escola a lista de antiguidade do pessoal não docente deste estabelecimento de ensino referida a 31-12-93.

Os funcionários dispõem de 30 dias a contar da publicação deste aviso no *DR* para reclamação ao dirigente máximo do serviço.

28-1-94. — O Presidente da Comissão Instaladora, *Rui dos Anjos Domingues Velho*.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Portaria n.º 33/94 (2.ª série). — Pela Port. 184/92 (2.ª série), publicada no *DR*, 2.ª, de 9-6-92, foi colocado em regime de instalação o Hospital do Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora.

Considerando o desenvolvimento das acções de implantação e organização dos serviços, torna-se necessário nomear um novo elemento para a respectiva comissão instaladora.

Assim, nos termos do art. 85.º do Dec.-Lei 413/71, de 27-9, e do art. 39.º do Dec. Regul. 3/88, de 22-1:

Manda o Governo, pelo Ministro da Saúde, o seguinte:

É nomeado vogal da comissão instaladora do Hospital do Prof. Doutor Fernando Fonseca o licenciado António José Martins Moço.

18-1-94. — O Ministro da Saúde, *Adalberto Paulo da Fonseca Mendo*.

GABINETE DO MINISTRO

Disp. 2/94. — Tendo-se verificado dificuldades na aplicação do Disp. 2/93, de 19-2, publicado no *DR*, 2.ª, de 30-3-93, de modo a implementar o processo de avaliação do desempenho na carreira de enfermagem:

Determino o seguinte:

1 — O art. 27.º do regulamento da avaliação do desempenho na carreira de enfermagem, aprovado pelo Disp. 2/93, de 19-2, passa a ter a seguinte redacção:

Artigo 27.º

Implementação do processo de avaliação do desempenho

1 — Até 31-3-94 os estabelecimentos ou serviços procederão à nomeação dos membros da comissão técnica de avaliação.

2 — Até 31-8-94 são aprovados e publicados as normas de actuação e critérios de avaliação do desempenho relativos ao triénio em curso para o estabelecimento ou serviço e unidades de cuidados.

3 — Até 30-9-94 será realizada a entrevista de orientação inicial prevista no n.º 1 do art. 9.º do presente regulamento.

4 — Até 15-12-94 será realizada a entrevista periódica de orientação ordinária, que se reporta ao desempenho profissional de 1994, de acordo com as normas em vigor.

5 — Quanto ao prazo atinente ao relatório crítico de actividades, é observado o preceituado nos n.ºs 4, 6, 7 e 8 do art. 46.º do Dec.-Lei 437/91, de 8-11.

6 — A apreciação do relatório crítico de actividades relativo ao triénio de 1992 a 1994 terá em consideração as limitações decorrentes da implementação do novo sistema de avaliação do desempenho.

2 — O presente despacho produz efeitos a partir da data da sua assinatura.

19-1-94. — O Ministro da Saúde, *Adalberto Paulo da Fonseca Mendo*.

Disp. 3/94. — O Disp. 8/87, publicado no *DR*, 2.ª, de 25-7-87, procedeu à actualização da constituição, organização e modo de funcionamento das coordenações do internato complementar de clínica geral.

O aumento do número de internos, a complexidade do desenvolvimento curricular e do sistema de avaliação introduzido pela Port. 416-B/91, de 17-3, bem como a exigida colaboração e arti-

culação entre hospitais e centros de saúde, impõem a existência de mecanismos de coordenação relativamente centralizados nas coordenações, que mantenham a uniformidade de preparação dos candidatos e assegurem a sua organização a nível administrativo e pedagógico.

Em desenvolvimento do Dec.-Lei 128/92, de 4-7, está em preparação um novo regulamento dos internatos médicos que reformulará a coordenação deste internato em termos mais adequados e actualizados. No entanto, dada a necessidade de dotar rapidamente estas coordenações de meios que correspondam às actividades que desenvolvem, e sem prejuízo do que vier a ser regulamentado, determino o seguinte:

1 — Os coordenadores do internato complementar de clínica geral podem ser apoiados, no máximo, por cinco assessores na sede da coordenação.

2 — A dispensa do exercício de funções inerentes aos cargos de origem dos assessores prevista no n.º 10 do Desp. 8/87, e quando não a tempo completo, abrangerá, proporcionalmente, as actividades assistenciais e não assistenciais, e nas assistenciais implicará uma redução correspondente da lista de utentes e do horário de consulta.

3 — Os orientadores de formação disporão de, pelo menos, seis horas do seu horário semanal para o desempenho destas funções e ser-lhes-ão concedidas as dispensas de serviço necessárias sempre que, a pedido dos coordenadores, tenham de participar em actividades indispensáveis ao desenvolvimento do internato.

4 — Os orientadores de formação têm direito a ajudas de custo e a subsídio de transporte, a cargo do serviço de vinculação, sempre que a pedido da coordenação tenham de se deslocar da sede desta.

21-1-94. — O Ministro da Saúde, *Adalberto Paulo da Fonseca Mendo*.

Departamento de Recursos Humanos da Saúde

Aviso. — Nos termos da al. d) do n.º 1 do art. 70.º do Código do Procedimento Administrativo, aprovado pelo Dec.-Lei 442/91, de 15-11, e para efeitos do art. 171.º do citado Código, ficam notificados todos os contra-interessados de que foi interposto recurso hierárquico do acto homologatório da lista de classificação final do concurso externo de ingresso para provimento de um lugar de técnico de 2.ª classe da carreira de pessoal técnico de diagnóstico e terapêutica do quadro do Hospital de Júlio de Matos, aberto por aviso inserto no *DR*, 2.ª, 301, de 31-12-92.

Mais se notifica que, pelo prazo de 15 dias, o processo pode ser consultado no Hospital de Júlio de Matos, Avenida do Brasil, 53, Lisboa, prazo durante o qual poderão alegar o que tiverem por conveniente sobre o pedido e seus fundamentos.

26-1-94. — Pelo Director-Geral, *Maria Ermelinda Carrachás*.

Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes

Aviso. — *Curso de bacharelato em Enfermagem — calendário para a inscrição no exame de pré-requisito.* — Informa-se que, por despacho da comissão de gestão de 26-1-94, o período de inscrições para a efectivação do exame de pré-requisito decorre de 21-2 a 4-3-94.

Pela Comissão de Gestão, *Albertina Teresa Bessa Pedro*.

Escola Superior de Enfermagem de Calouste Guibenkian de Lisboa

Aviso. — Para conhecimento dos interessados, e nos termos da al. b) do n.º 2 do art. 24.º do Dec.-Lei 498/88, de 30-12, torna-se público que se encontra afixada no átrio de acesso ao público da secretaria desta Escola a lista de classificação final dos candidatos ao concurso interno geral de acesso para o preenchimento de uma vaga de primeiro-oficial da carreira administrativa, publicado no *DR*, 2.ª, 248, de 22-10-93, a pp. 11 107 e 11 108. Esta lista foi homologada pela comissão de gestão em 31-1-94.

31-1-94. — Pela Comissão de Gestão, *Maria do Céu Nunes Portela*.

Escola Superior de Enfermagem de Santarém

Aviso. — Para os devidos efeitos, torna-se público que, por despacho de 19-1-94 da comissão de gestão da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, foi aprovado o calendário para comprova-

ANEXO III

Instrumentos de registo da Classificação em Serviço

- (a) _____
- (b) _____
- (c) _____

NOTAÇÃO PERIÓDICA DOS ENFERMEIROS DOS GRAUS 1, 2 E 3

Nome _____

Categoria _____

Data da avaliação ____/____/____

Classificação de serviço

Período a que respeita a avaliação:

De ____/____/____

a ____/____/____

Pontuação obtida

Despacho: _____

Em ____/____/____

O _____

ENFERMEIROS NOTADORES

Em ____/____/____

Em ____/____/____

ENFERMEIRO NOTADO

Tomei conhecimento

Em ____/____/____

ENFERMEIRO NOTADO

Tomei conhecimento da homologação

Em ____/____/____

(a) Ministério ou Secretaria de Estado.
 (b) Direcção-Geral.
 (c) Instituição.

FICHA N.º 1 (Graus I, II e III)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 QUALIDADE DE TRABALHO Avalia e participa do trabalho realizado, tendo em conta a frequência e a produtividade das erros.	Erros e defeitos graves muito frequentes.	<input type="checkbox"/>	Alguns erros, necessitando acompanhamento e correção frequentes.	<input type="checkbox"/>	Sábidos, mas não age sistematicamente de prevenção.	<input type="checkbox"/>	Boa execução sem deficiências que afetem a entrega.	<input type="checkbox"/>	Sabente-se pela qualidade e rigor de execução.
2 QUANTIDADE DE TRABALHO Avalia e repete de execução das tarefas distribuídas sem prejuízo de sua qualidade.	Demasiado lento, provocando stress no funcionamento dos serviços.	<input type="checkbox"/>	Mostra frequência de dificuldade em realizar tarefas a tempo.	<input type="checkbox"/>	Em regra executa as tarefas em tempo útil.	<input type="checkbox"/>	Respeita e oportuniza na execução das tarefas, não afetando a qualidade das entregas apreciadas.	<input type="checkbox"/>	Grande rapidez de execução sem diminuição da qualidade.
3 CONHECIMENTOS PROFISSIONAIS Avalia os conhecimentos técnicos e práticos relacionados às tarefas e exigências da função.	Ineficiência. Carece de conhecimentos suficientes para o desempenho da função.	<input type="checkbox"/>	Com lacunas importantes.	<input type="checkbox"/>	Adequados às exigências de desempenho normal da função.	<input type="checkbox"/>	Profundas e actualizadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ADAPTAÇÃO PROFISSIONAL Avalia a facilidade de ajustamento a novas tarefas e situações.	Revela na prática resistência à mudança. Não consegue ultrapassar a rotina.	<input type="checkbox"/>	Nítidas dificuldades à adaptação a novas tarefas e situações.	<input type="checkbox"/>	Ajustamento a novas tarefas, embora haja poucas situações menos frequentes.	<input type="checkbox"/>	Aberto à mudança. Boa adaptação a novas tarefas e a situações pouco frequentes.	<input type="checkbox"/>	Aberto à mudança. Grande facilidade de ajustamento às novas tarefas e situações.
5 APURECIMENTO PROFISSIONAL Avalia o interesse demonstrado em melhorar os conhecimentos profissionais e em adquirir definições e pontos fortes.	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho.	<input type="checkbox"/>	Pouco interesse.	<input type="checkbox"/>	Interessa, embora descontinua, em aumentar os seus conhecimentos e em aplicar o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	Revela interesse frequentemente em melhorar os seus conhecimentos e em aplicar o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	Interessa muito e actualiza os conhecimentos profissionais e a qualidade de trabalho.
6 INICIATIVA E CRIATIVIDADE Avalia a capacidade e esforço em procurar soluções e fazer novas ideias, tendo em conta a adequação ao objectivo e a viabilidade.	Incapaz de tomar iniciativas ou desenvolver métodos adequados.	<input type="checkbox"/>	Em certos casos age com independência, mas sem encontrar soluções adequadas.	<input type="checkbox"/>	Esforça-se por criar novas ideias em situações pouco complexas, embora os resultados nem sempre sejam adequados ou oportunos.	<input type="checkbox"/>	Resolve quase sempre os problemas de forma adequada, criando novas ideias.	<input type="checkbox"/>	Age com independência, desenvolvimento e criatividade, encontrando sempre as soluções pertinentes e adequadas.
7 RELAÇÕES HUMANAS Avalia a facilidade de estabelecer e manter boas relações com as pessoas e o interesse em criar um bom ambiente.	Provoca atritos frequentes e mau ambiente.	<input type="checkbox"/>	Dificuldade em se relacionar com os outros. Não contribui para um bom ambiente.	<input type="checkbox"/>	Boas relações com os outros. Esforça-se por manter e melhorar o ambiente.	<input type="checkbox"/>	Boas relações com os outros, procurando criar um bom ambiente.	<input type="checkbox"/>	Relações muito boas. Sabe criar um bom ambiente de trabalho.
8 ESPÍRITO DE EQUIPA Avalia a facilidade de integração, participação e colaboração no grupo de trabalho.	Não participa nem colabora. Individualista sempre e só pensa em si próprio.	<input type="checkbox"/>	Integra-se, colabora e participa com dificuldade. Mantém um certo individualismo.	<input type="checkbox"/>	Integra-se no grupo, colabora e participa, quando é solicitado.	<input type="checkbox"/>	Integra-se e colabora facilmente e esforça-se por participar no grupo de trabalho.	<input type="checkbox"/>	Colabora e participa. Integra-se no grupo que enfrenta com abnegação.
9 RESPONSABILIDADE Avalia a capacidade de prever, julgar e assumir as consequências das suas acções.	Não assume as consequências das suas acções.	<input type="checkbox"/>	Não assume as consequências das suas acções, mas é capaz de se esconder.	<input type="checkbox"/>	Normalmente avalia e assume as consequências das suas acções.	<input type="checkbox"/>	Avalia e assume as consequências das suas acções.	<input type="checkbox"/>	Prevê, julga e avalia integralmente as consequências das suas acções.
10 GESTÃO Avalia a capacidade para planejar, orientar, supervisionar e avaliar o trabalho na sua área de execução, de acordo com os recursos humanos e materiais.	Não planeja o seu trabalho.	<input type="checkbox"/>	Esforça-se por planejar o seu trabalho, orienta às vezes, mas só raramente atinge os objectivos.	<input type="checkbox"/>	Planeja o seu trabalho, orienta e supervisiona, atingindo em regra os objectivos.	<input type="checkbox"/>	Planeja e organiza facilmente e esforça-se por atingir os objectivos.	<input type="checkbox"/>	Revela excelente capacidade para planejar, orientar, supervisionar e avaliar o trabalho na sua área de execução, de acordo com os recursos humanos e materiais.
11 ECONOMIA Avalia a capacidade de evitar consumos desnecessários e evitar a utilização e conservação do material e equipamento.	Não evita consumos desnecessários nem se interessa pela boa utilização e conservação do material e equipamento.	<input type="checkbox"/>	Mostra pouca preocupação em evitar consumos desnecessários e por vezes descurado na utilização do material e equipamento.	<input type="checkbox"/>	Evita consumos desnecessários, utiliza bem e conserva em bom estado o material e equipamento.	<input type="checkbox"/>	Evita consumos desnecessários, utiliza bem e conserva em bom estado o material e equipamento.	<input type="checkbox"/>	Evita todos os consumos desnecessários e evita os consumos necessários e só utiliza o material e equipamento quando é necessário.
12 COMUNICAÇÃO ORAL E ESCRITA Avalia a clareza e concisão de expressão tanto oral como escrita.	Continua e pouco concisa na expressão tanto oral como escrita.	<input type="checkbox"/>	Prova vezes a pouco clareza e concisão tanto na expressão oral como escrita.	<input type="checkbox"/>	Normalmente exprime-se de forma clara e concisa tanto na expressão oral como escrita.	<input type="checkbox"/>	Exprime-se sempre de forma clara e concisa tanto na expressão oral como escrita.	<input type="checkbox"/>	Exprime-se sempre de forma clara e concisa tanto na expressão oral como escrita.

ANEXO IV

Pedido de autorização ao Conselho de Administração

NADA A OPIN EXCEPTO PMA A
CONSULTA DE DOCUMENTOS DE
AVALIAÇÃO RELATIVOS A CADA
ANUÁRIO DE PARTICULARES, PMA
A ONTA SER NECESSÁRIO O
CONSENTIMENTO DO HÓSPITAL
DA QUE SE trata de MATÉRIA
QUE APENAS DIZ RESPEITO AO
HÓSPITAL DEVENHO SER PRESERVADO
O SEGREDO. AO P.A..

Concorda-se e autoriza
devido ter em atenção
o sigilo referido.

Exm.º Sr. Presidente do Concelho do
Administração do Hospital
de Santa Luzia de Elvas

8/3/05
Rosa Saizuela
Vogal Executiva do
Conselho de Administração
Alda Martins
Directora
S.ª Inês
Pedras
Directora

2005/03/03


Salomé Pinhas
Enfermeira Directora

Eu, Elisabete Maria Campino Garcia, Enfermeira a exercer funções no
Serviço de Medicina Ala Direita, estou a realizar a Tese de Mestrado
subordinada ao tema "Prática da Avaliação do Desempenho na Carreira de
Enfermagem – estudo de caso do HSLE", no âmbito de 1º Curso de Mestrado
em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde, Área de Especialização –
Gestão dos Serviços de Saúde.

Considero que com a realização deste trabalho poderei dar um contributo
importante para a gestão dos Recursos Humanos do nosso Hospital. A
informação recolhida desta investigação será divulgada através da tese que se
pretende realizar, pelo que me comprometo desde já a fornecer um exemplar
do trabalho realizado.

Necessitarei de entrevistar Enfermeiros avaliadores, Enfermeiros avaliados,
a Sr.ª Enfermeira Directora e a Sr.ª Administradora Hospitalar. Precisarei
também de consultar documentos de avaliação do desempenho utilizados na
organização.

Assim, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª a autorização para proceder à
realização deste estudo, bem como à colheita de dados, a fim de dar
continuidade ao referido trabalho. Quanto à colheita de dados, peço
autorização para contactar directamente as pessoas que irão ser entrevistadas,
para aceder a determinado tipo de documentação (relatórios de avaliação do
desempenho na Carreira de Enfermagem, bem como outro tipo de documentos
de gestão de recursos humanos nesta área).

Neste âmbito garanto que cumprirei as orientações deontológicas para a
investigação em Psicologia Precisarei também de consultar documentos de
avaliação do desempenho utilizados na organização.

H. S. L. ELVAS
05.03.03 002875
ENTRADA

Elvas, 2 de Março de 2005


(Elisabete Maria Campino Garcia)

ANEXO V

Quadro de apoio à construção do instrumento de colheita de dados

QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA
(Enfermeiros Avaliadores)

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO – Opinião desfavorável dos actores relativamente ao processo de avaliação no HSLE

DIMENSÃO A ANALISAR	OBJECTIVOS DA ENTREVISTA	PERGUNTAS GUIÃO 1 Enf.º Avaliadores
<p>IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<p>- Analisar a importância atribuída pelos Enf.º avaliadores ao processo de A.D.</p>	<p>- Que importância atribui ao processo de A.D.?</p>
<p>OBJECTIVOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<p>- Conhecer e analisar a opinião dos protagonistas do estudo acerca do processo de A.D.</p>	<p>- Qual considera ser a utilidade da Avaliação do Desempenho?</p> <p>- Na sua opinião para que serve o processo de A.D.?</p> <p>- Pensa que o processo de A.D. contribui para uma valorização pessoal e profissional? De que forma?</p> <p>- Que valor tem o processo de A.D. para a organização?</p>
<p>APLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<p>- Identificar e descrever os procedimentos da A.D. aplicados pelos Enf.º avaliadores.</p>	<p>- Para avaliar o desempenho do(s) enfermeiro(s) quais os procedimentos que aplica ao longo de todo o processo?</p> <p>- Com que frequência efectuou entrevistas periódicas de orientação, incluindo elementos de aconselhamento, formação e avaliação?</p>

<p align="center">DIMENSÃO A ANALISAR</p>	<p align="center">OBJECTIVOS DA ENTREVISTA</p>	<p align="center">PERGUNTAS GUIÃO 1 Enf.º Avaliadores</p>
<p align="center">ESTRUTURA DO ACTUAL PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se existe concordância entre avaliadores e avaliados sobre o actual processo de A.D. - Identificar possíveis alterações ao actual processo de A.D. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concorda com o processo de avaliação do desempenho tal como está preconizado na Lei? - Tendo em conta a sua experiência como avaliador e se lhe fosse solicitado para introduzir alguma(s) alteração(ões) ao actual processo de A.D., que sugestões faria?
<p align="center">FORMAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a importância da formação no processo de A.D. - Perceber se os Enf.º avaliadores sentem carência de formação nesta área. 	<ul style="list-style-type: none"> - Teve formação sobre o processo de avaliação do desempenho? - Como considera a orientação recebida enquanto factor de desenvolvimento do processo de A.D.? Porquê? - Como avaliador sentiu ou tem sentido necessidade de formação acerca deste processo?
<p align="center">DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as dificuldades referidas pelos Enf.º avaliadores na aplicação do processo de A.D. 	<ul style="list-style-type: none"> - Na globalidade, quais as dificuldades que sentiu e/ou sente na operacionalização do processo de avaliação do desempenho?

DIMENSÃO A ANALISAR	OBJECTIVOS DA ENTREVISTA	PERGUNTAS GUIÃO 1 Enf.º Avaliadores
<p>PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</p>	<p>- Identificar o papel da avaliação do desempenho na gestão dos recursos humanos em enfermagem.</p>	<p>- Tendo em conta a sua experiência como avaliador e chefe, como contribui o processo de A.D. em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos do serviço/hospital?</p> <p>- Quais as implicações da avaliação do desempenho na Gestão de Recursos Humanos?</p>

**QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA
(Enfermeiros Avaliados)**

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO – Opinião desfavorável dos actores relativamente ao processo de avaliação no HSLE

DIMENSÃO A ANALISAR	OBJECTIVOS DA ENTREVISTA	PERGUNTAS GUIÃO 2 Enf.º Avaliados
IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	- Analisar a importância atribuída pelos Enf.º avaliadores ao processo de A.D.	- Que importância atribui ao processo de A.D.?
OBJECTIVOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	- Conhecer e analisar a opinião dos protagonistas do estudo acerca do processo de A.D.	- Qual considera ser a utilidade da Avaliação do Desempenho? - Na sua opinião para que serve o processo de A.D.? - Pensa que o processo de A.D. contribui para uma valorização pessoal e profissional? De que forma? - Que valor tem o processo de A.D. para a organização?
APLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	- Identificar e descrever os procedimentos da A.D. aplicados pelos Enf.º avaliadores.	- Como avaliado, qual o número de vezes que teve oportunidade de ser avaliado?

<p>DIMENSÃO A ANALISAR</p>	<p>OBJECTIVOS DA ENTREVISTA</p>	<p>PERGUNTAS GUIÃO 2 Enf.º Avaliados</p>
<p>ESTRUTURA DO ACTUAL PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se existe concordância entre avaliadores e avaliados sobre o actual processo de A.D. - Identificar possíveis alterações ao actual processo de A.D. 	<ul style="list-style-type: none"> - Concorda com o processo de avaliação do desempenho tal como está preconizado na Lei? - Como avaliado através deste processo faria alguma(s) sugestão(ões) ao actual processo de avaliação do desempenho?
<p>FORMAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a importância da formação no processo de A.D. - Perceber se os Enf.º avaliadores sentem carência de formação nesta área. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tem frequentado acções de formação sobre "Avaliação do Desempenho"? Quantas vezes? Quando foi a última formação?

QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA
(Órgãos de Gestão)

PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO – Opinião desfavorável dos actores relativamente ao processo de avaliação no HSLÉ

DIMENSÃO A ANALISAR	OBJECTIVOS DA ENTREVISTA	PERGUNTAS GUIÃO 3 Órgãos de Gestão
IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA AO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	- Analisar a importância atribuída pelos Enf.º avaliadores ao processo de A.D.	- Que importância atribui ao processo de A.D.?
OBJECTIVOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	- Conhecer e analisar a opinião dos protagonistas do estudo acerca do processo de A.D.	- Qual considera ser a utilidade da Avaliação do Desempenho? - Na sua opinião para que serve o processo de A.D.? - Pensa que o processo de A.D. contribui para uma valorização pessoal e profissional? De que forma? - Que valor tem o processo de A.D. para a organização?
APLICAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO	- Identificar e descrever os procedimentos da A.D. aplicados pelos Enf.º avaliadores.	- O que pensa da aplicação dos procedimentos do processo de A.D. em Enfermagem? - Considera que os procedimentos são aplicados tal como preconizado na Lei?

<p>DIMENSÃO A ANALISAR</p>	<p>OBJECTIVOS DA ENTREVISTA</p>	<p>PERGUNTAS GUIÃO 3 Órgãos de Gestão</p>
<p>ESTRUTURA DO ACTUAL PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Perceber se existe concordância entre avaliadores e avaliados sobre o actual processo de A.D. - Identificar possíveis alterações ao actual processo de A.D. 	<p>- Concorda com o processo de avaliação do desempenho tal como está preconizado na Lei?</p>
<p>FORMAÇÃO SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar a importância da formação no processo de A.D. - Perceber se os Enf.º avaliadores sentem carência de formação nesta área. 	<p>- Tendo em conta a sua experiência como membro dos órgãos de gestão deste hospital, considera necessário investir na formação dos enfermeiros avaliados e avaliadores, ao nível do processo de avaliação do desempenho?</p>
<p>DIFICULDADES NA APLICAÇÃO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO</p>	<p>- Identificar as dificuldades referidas pelos Enf.º avaliadores na aplicação do processo de A.D.</p>	<p>- Na globalidade, quais as dificuldades que sentiu e/ou sente na operacionalização do processo de avaliação do desempenho?</p>

<p>DIMENSÃO A ANALISAR</p>	<p>OBJECTIVOS DA ENTREVISTA</p>	<p>PERGUNTAS GUIÃO 3 Órgãos de Gestão</p>
<p>PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS</p>	<p>- Identificar o papel da avaliação do desempenho na gestão dos recursos humanos em enfermagem.</p>	<p>- Como contribui o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos do hospital?</p> <p>- Quais as implicações da avaliação do desempenho na gestão de Recursos Humanos?</p> <p>- Como são utilizados os resultados finais da avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem deste hospital?</p>

ANEXO VI

Instrumento de colheita de dados

QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA (Enfermeiros Avaliadores)

- Que importância e que utilidade atribui ao processo de A.D.?
- Pensa que o processo de A.D. contribui para uma valorização pessoal e profissional? De que forma?
- Que mais valia tem o processo de A.D. para a organização?
- Para avaliar o desempenho do(s) enfermeiro(s) quais os procedimentos que aplica ao longo de todo o processo?
- Com que frequência efectuou entrevistas periódicas de orientação, incluindo elementos de aconselhamento, formação e avaliação?
- Concorda com o processo de avaliação do desempenho tal como está preconizado na Lei?
- Na globalidade, quais as dificuldades que sentiu e/ou sente na operacionalização do processo de avaliação do desempenho?
- Tendo em conta a sua experiência como avaliador e se lhe fosse solicitado para introduzir alguma(s) alteração(ões) ao actual processo de A.D., que sugestões faria?
- Teve formação sobre o processo de avaliação do desempenho? Qual a sua importância?
- A formação recebida tem contribuído para o desenvolvimento do processo de A.D.? Porquê?
- Como avaliador sentiu ou tem sentido necessidade de formação acerca deste processo?
- Tendo em conta a sua experiência como avaliador e chefe, como contribui o processo de A.D. em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos do serviço/hospital?

QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA (Enfermeiros Avaliados)

- Que importância e que utilidade atribui ao processo de A.D.?
- Pensa que o processo de A.D. contribui para uma valorização pessoal e profissional? De que forma?
- Que mais valia tem o processo de A.D. para a organização?
- Como avaliado, qual o número de vezes que teve oportunidade de ser avaliado? Quer explicar-me como decorreu o seu processo de A.D.?
- Concorda com o processo de avaliação do desempenho tal como está preconizado na Lei?
- Como avaliado através deste processo faria alguma(s) sugestão(ões) ao actual processo de avaliação do desempenho?
- Tem frequentado acções de formação sobre "Avaliação do Desempenho"? Quantas vezes? Quando foi a última formação?
- Na sua opinião para que serve o processo de A.D.?

QUESTÕES DO GUIÃO DE ENTREVISTA (Órgãos de Gestão)

- Que importância e que utilidade atribui ao processo de A.D.?
- Pensa que o processo de A.D. contribui para uma valorização pessoal e profissional? De que forma?
- Que mais valia tem o processo de A.D. para a organização?
- O que pensa da aplicação dos procedimentos do processo de A.D. em Enfermagem, na prática? Considera que os procedimentos são aplicados tal como preconizado na Lei?
- Concorda com o processo de avaliação do desempenho tal como está preconizado na Lei?
- Tendo em conta a sua experiência como membro dos órgãos de gestão deste hospital, considera necessário investir na formação dos enfermeiros avaliados e avaliadores, ao nível do processo de avaliação do desempenho?
- Como contribui o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem na Gestão de Recursos Humanos do hospital? Quais as implicações da avaliação do desempenho na gestão de Recursos Humanos?
- Como são utilizados os resultados finais da avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem deste hospital?

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

- Idade
- Sexo
- Habilitações literárias
- Habilitações profissionais
- Categoria profissional
- Tempo de exercício profissional
- Tempo de exercício na categoria profissional

1 – IDADE ____ anos

2 – SEXO

Masculino

Feminino

3 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Ciclo Preparatório (6º ano)

Curso Geral dos Liceus (9º ano)

Curso Complementar dos Liceus (11º ano)

12º ano de Escolaridade

Outras. Quais? _____

4 – HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS

Bacharelato

Licenciatura

Outras. Quais? _____

5 – CATEGORIA PROFISSIONAL

Enfermeiro nível I

Enfermeiro Graduado

Enfermeiro Especialista

6 – TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL

____ Anos

7 – TEMPO DE EXERCÍCIO NA CATEGORIA

____ Anos

CODIFICAÇÃO DA ENTREVISTA: _____

NOME FICTÍCIO DO ENTREVISTADO: _____

Endereço do entrevistado: _____

ANEXO VII

Instrumentos de registos da Avaliação do Desempenho dos enfermeiros do HSLE

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

NOME _____

Nº MEC. _____ CATEGORIA _____

SERVIÇO/UNIDADE ONDE TRABALHA _____

Relatório Crítico de Actividades

TRÍENIO A QUE RESPEITA A
AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

DE ___ / ___ / ___

A ___ / ___ / ___

MENÇÃO QUALITATIVA

SATISFAZ

NÃO SATISFAZ

OS AVALIADORES

Em ___ / ___ / ___

O AVALIADO
TOMEI CONHECIMENTO

Em ___ / ___ / ___

O AVALIADO
TOMEI CONHECIMENTO APÓS A
HOMOLOGAÇÃO

Em ___ / ___ / ___

DESPACHO

O Conselho de Administração

Em ___ / ___ / ___

Descrição do Relatório Crítico de Actividades

1. Análise do trabalho realizado

2. Contribuições relevantes

3. Condicionantes à melhoria do trabalho

4. Sugestões de melhoria

5. Nível de satisfação / realização profissional

6. Sugestões para a melhoria do nível de satisfação / realização profissional

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO

1. Aspectos sobre os quais incidem a entrevista:

2. Resultados obtidos durante o período em apreço:

3. Orientação fornecida pelo Enfermeiro Avaliador:

**H.STª LUZIA
S. ENFERMAGEM**

REGISTO DE ENTREVISTA PERIÓDICA DE ORIENTAÇÃO

IMPRESSO Nº2 (alínea b) do N.º 2 do art.º 6 do Despacho 2/93

Nome _____ CATEGORIA: _____ SERV./UNID.: _____

ASPECTOS SOBRE OS QUAIS INCIDEM A ENTREVISTA/IDENTIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS ASSUNTOS: TEMAS: QUESTÕES; PROBLEMAS...	RESUMO DE ORIENTAÇÃO DADA AO AVALIADO. ACÇÕES A DESENCADear. OPINIÕES EMITIDAS. COMENTÁRIOS	RESULTADOS ALCANÇADOS

ASPECTOS SOBRE OS QUAIS INCIDEM A ENTREVISTA/IDENTIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS ASSUNTOS; TEMAS; QUESTÕES; PROBLEMAS...	RESUMO DE ORIENTAÇÃO DADA AO AVALIADO. ACÇÕES A DESENCADear. OPINIÕES EMITIDAS. COMENTÁRIOS	RESULTADOS ALCANÇADOS

O Enº. Avaliado

O Enº. Avaliador/Categoria

Data da Entrevista

___/___/___

H.ST^a.LUZIA

S.ENFERMAGEM

Registo Periódico da Observação do Desempenho

IMPRESSO N^o1 (alinea a) do N^o2 do art^o 6 do Despacho 2/93)

NOME: _____ CATEGORIA : _____ SERV. / UNID. : _____

NORMAS DE ACTUAÇÃO	DEFINIÇÃO DOS CRITÉ- RIOS DE AVALIAÇÃO	DESEMPENHO PROFISSIONAL	DIFICULDADES OBSERVADAS

NORMAS DE ACTUAÇÃO	DEFINIÇÃO DOS CRITÉ- RIOS DE AVALIAÇÃO	DESEMPENHO PROFISSIONAL	DIFICULDADES OBSERVADAS

O Enf.º Avaliado

O Enf.º Avaliador / Categoria

Data da Observação

___ / ___ / ___

ANEXO VIII

Normas e Critérios de Qualidade do HSLE

NORMAS E CRITÉRIOS DE QUALIDADE DE CUIDADOS

NORMA 1

- O ENFERMEIRO ESTABELECE COM O UTENTE UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO:

- IDENTIFICA-SE
- TRATA O UTENTE PELO SEU NOME
- DEIXA QUE O UTENTE SE EXPRIMA LIVREMENTE (TENDE EM ATENÇÃO OS SEUS DIREITOS E OS SEUS DEVERES)
- EXPLICA A SUA ACTUAÇÃO
- APRESENTA A UNIDADE/SERVIÇO
- INFORMA O DOENTE/FAMÍLIA SOBRE HORÁRIOS E RECURSOS
- ENTREGA E AJUDA O DOENTE/FAMÍLIA NA INTERPRETAÇÃO DO GUIA DE ACOLHIMENTO

NORMA 2

- O ENFERMEIRO CONHECE AS ETAPAS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E PLANIFICA-OS EM RELAÇÃO AOS DADOS COLHIDOS.

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO:

- ANALISA E ORGANIZA OS DADOS COLHIDOS
- IDENTIFICA OS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM BASEADO NAS NECESSIDADES INDIVIDUAIS DO UTENTE
- VALIDA OS PROBLEMAS COM O UTENTE
- ESTABELECE E JUSTIFICA AS PRIORIDADES
- PLANIFICA AS ACÇÕES DE ACORDO COM OS PROBLEMAS IDENTIFICADOS
- O ENFERMEIRO RESPONSÁVEL ELABORA O PLANO DE CUIDADOS INICIAL ATÉ AS 24 HORAS APÓS A ADMISSÃO DO DOENTE.

NORMA 3

- O ENFERMEIRO EXECUTA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PLANEADOS TENDO EM CONTA OS PRINCÍPIOS CIENTÍFICOS DE ENFERMAGEM

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO:

- UTILIZA UMA COMUNICAÇÃO VERBAL E NÃO VERBAL ADEQUADA AO NÍVEL CULTURAL DO UTENTE
- DEFINE PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO EM FUNÇÃO DAS SITUAÇÕES PARTICULARES DE CADA UTENTE
- UTILIZA O MATERIAL ADEQUADO DE MODO RACIONAL ATENDENDO AO BINÓMIO CUSTO/ BENEFÍCIO
- MANTÉM O EQUIPAMENTO EM BOM ESTADO E NO LOCAL PRÓPRIO
- ENCONTRA-SE DISPONÍVEL PARA DAR INFORMAÇÕES AO UTENTE E FAMÍLIA SOBRE A EVOLUÇÃO DA SITUAÇÃO DO DOENTE EM TERMOS DE ENFERMAGEM
- APLICA CORRECTAMENTE AS MEDIDAS ASSÉPTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÃO
- PROPORCIONA SITUAÇÕES DE ENSINO AO UTENTE E FAMÍLIA EM TERMOS SIMPLES E ACESSÍVEIS
- PROPORCIONA AO UTENTE A OCASIÃO DE APLICAR OS CONTEÚDOS APRENDIDOS SEGUNDO CADA SITUAÇÃO
- USA DE RIGOR TÉCNICO NO DESEMPENHO NO CUMPRIMENTO DAS PRESCRIÇÕES
- INTERVÉM EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA QUANDO AS FUNÇÕES VITAIS DO UTENTE ESTÃO AMEAÇADAS
- FAZ CORRECTAMENTE TODOS OS REGISTOS CONCERNENTES À SUA ACTUAÇÃO

NORMA 4

- O ENFERMEIRO CONHECE E UTILIZA OS MEIOS PARA ASSEGURAR AO UTENTE OS CUIDADOS NECESSÁRIOS AS SUAS ACTIVIDADES DE VIDA NO HOSPITAL OU NA COMUNIDADE

CRITÉRIOS NA TRANSFERÊNCIA

O ENFERMEIRO:

- ELABORA A CARTA DE TRANSFERÊNCIA ESPECIFICANDO A EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DO DOENTE
- COMUNICA TELEFONICAMENTE COM A COLEGA SE POSSÍVEL
- INFORMA O UTENTE/FAMÍLIA DA SUA SITUAÇÃO E DO SERVIÇO OU HOSPITAL PARA O QUAL VAI SER TRANSFERIDO

CRITÉRIOS NA ALTA

- ORIENTA O UTENTE/FAMÍLIA PARA OS RECURSOS EXISTENTES NA COMUNIDADE
- ELABORA A CARTA DE TRANSFERÊNCIA PARA O ENFERMEIRO DA COMUNIDADE

NORMA 5

- O ENFERMEIRO REGISTA SISTEMATICAMENTE OS DADOS RELATIVOS AO UTENTE DE FORMA A ASSEGURAR A CONTINUIDADE DE CUIDADOS.

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO:

- UTILIZA INSTRUMENTOS PRÓPRIOS PARA REGISTOS, SEGUNDO AS ORIENTAÇÕES ESTABELECIDAS PELA ORGANIZAÇÃO
- REGISTA AS OBSERVAÇÕES EFECTUADAS
- REGISTAS AS INTERVENÇÕES REALIZADAS
- FUNDAMENTA TOMADAS DE DECISÃO
- ASSINA LIVREMENTE OS REGISTOS
- PARTICIPA NA PASSAGEM DE TURNO, TRANSMITINDO VERBALMENTE INFORMAÇÕES RELATIVAS AO UTENTE

NORMA 7

- O ENFERMEIRO CONHECE AS SUAS RESPONSABILIDADES COMO ELEMENTO DE UMA PROFISSÃO

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO:

- DEMONSTRA QUE CONHECE A LEGISLAÇÃO SOBRE A CARREIRA DE ENFERMAGEM E O CÓDIGO DEONTOLÓGICO
- ENUNCIA OS SEUS OBJECTIVOS AO EXERCER A PROFISSÃO
- DESCREVE AS SUAS FUNÇÕES INDEPENDENTES, INTERDEPENDENTES E DEPENDENTES
- DEMONSTRA CAPACIDADE PARA SE AUTO-AVALIAR
- UTILIZA MEIOS PARA MANTER OS SEUS CONHECIMENTOS ACTUALIZADOS
- COLABORA NA FORMAÇÃO REALIZADA NA SUA UNIDADE DE CUIDADOS
- COLABORA EM ESTUDOS OU TRABALHOS REALIZADOS NA ÁREA DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
- INFORMA OS OUTROS PROFISSIONAIS DOS OBJECTIVOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM QUE PRESTA AO UTENTE

- COLABORA COM OS OUTROS ELEMENTOS DA EQUIPA COORDENANDO AS ACTIVIDADES TERAPEUTICAS PREVISTAS
- CONHECE AS ACTIVIDADES TERAPÊUTICAS PLANEADAS PELOS OUTROS ELEMENTOS DA EQUIPE
- RESPONSABILIZA-SE PELAS DECISÕES QUE TOMA
- RESPONSABILIZA-SE PELOS ACTOS QUE PRATICA

ENFERMEIRO GRADUADO

NORMA 7

O ENFERMEIRO GRADUADO ORIENTA E COORDENA A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO GRADUADO:

- PLANEIA AS ACTIVIDADES PARA CADA TURNO
- SUPERVISA OS ENFERMEIROS NA APLICAÇÃO DA METODOLOGIA CIENTIFICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM:

*VERIFICA O CUMPRIMENTO DO PRAZO ESTABELECIDO, PARA O PLANEAMENTO INICIAL DOS CUIDADOS

*VERIFICA A ACTUALIZAÇÃO DO PLANEAMENTO DOS CUIDADOS

- COLABORA NA INTEGRAÇÃO DOS ENFERMEIROS RECÉM ADMITIDOS
- COLABORA NA FORMAÇÃO BÁSICA DOS ALUNOS DAS ESCOLAS SUPERIORES DE ENFERMAGEM
- ORIENTAM OS AUXILIARES DE ACÇÃO MEDICA NO DESEMPENHO DAS SUAS FUNÇÕES

- ASSUME A ORIENTAÇÃO DA EQUIPE QUANDO É DESIGNADO RESPONSÁVEL DE TURNO:

*ELABORA O PLANO DE TRABALHO SEGUNDO O MÉTODO POR ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

*SUPERVISA O DESEMPENHO DAS AUXILIARES DE ACÇÃO MEDICA

*ORIENTA AS REUNIÕES DE PASSAGB DE TURNO

*ANOTA TODAS AS OCORRÊNCIAS E TRANSMITE-AS AO

NORMA 8

- O ENFERMEIRO GRADUADO TOMA MEDIDAS QUE VISAM A CONSERVAÇÃO E ECONOMIA DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS.

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO GRADUADO:

- SUPERVISA A UTILIZAÇÃO DOS MATERIAIS/ EQUIPAMENTOS
- VERIFICA A FUNCIONALIDADE DO MATERIAL E EQUIPAMENTO
- SUPERVISA O CUMPRIMENTO DAS NORMAS DE LIMPEZA, DESINFECÇÃO E ARMAZENAMENTO DO MATERIAL E EQUIPAMENTO
- CORRIGE USOS INADEQUADOS DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
- FAZ EXPRESSÃO DAS NECESSIDADES MATERIAIS, QUANDO NECESSÁRIO
- REPÕE O MATERIAL DE USO CORRENTE NAS SALAS DE TRABALHO/TRATAMENTO/UNIDADE DO DOENTE, MANTENDO-OS OPERACIONAIS
- INFORMA O ENFERMEIRO-CHEFE OU SUBSTITUTO DE EVENTUAIS DEFICIÊNCIAS DO MATERIAL OU EQUIPAMENTO

ENFERMEIRO ESPECIALISTA

NORMA 9

- O ENFERMEIRO ESPECIALISTA RESPONSABILIZA-SE PELA GESTÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM COLABORAÇÃO COM O ENFERMEIRO-CHEFE

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

- DETERMINA AS NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM
- PRESTA CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIFERENCIADOS
- ORIENTA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS POR FORMA A DAR CONTINUIDADE AO PLANEJAMENTO, ESTABELECIDO PRIORIDADES DE INTERVENÇÃO DE ACORDO COM AS NECESSIDADES
- SUPERVISA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
- ATRIBUI RESPONSABILIDADES AOS ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ACÇÃO MÉDICA DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DOS DOENTES E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

NORMA 10

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA RESPONSABILIZA-SE PELA FORMAÇÃO EM SERVIÇO DO PESSOAL DE ENFERMAGEM E OUTRO PESSOAL DA UNIDADE DE CUIDADOS, EM COLABORAÇÃO COM O ENFERMEIRO-CHEFE

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA:

- DIAGNOSTICA AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DOS ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ACÇÃO MEDICA
- ELABORA O PLANO DE ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO
- REALIZA ACÇÕES DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO NO ÂMBITO DA SUA ÁREA DE ESPECIALIDADE
- ELABORA O RELATÓRIO DAS ACTIVIDADES DE FORMAÇÃO DESENVOLVIDAS EM SERVIÇO
- COLABORA NA INTEGRAÇÃO (ORIENTAÇÃO DE NOVOS PROFISSIONAIS E ALUNOS DE ENFERMAGEM)
- PARTICIPA, SEMPRE QUE SOLICITADO NOS PROJECTOS DE FORMAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO
- COLABORA COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM E/OU OUTROS TÉCNICOS DE SAÚDE NA REALIZAÇÃO DE ESTUDOS E TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

ENFERMEIRO-CHEFE

NORMA11

- O ENFERMEIRO-CHEFE FAZ A GESTÃO DOS RECURSOS HUMANOS, VISANDO A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO-CHEFE:

- DEFINE OBJECTIVOS PARA O SERVIÇO DE ACORDO COM OS PADRÕES DE QUALIDADE ORGANIZACIONAIS
- DETERMINA NECESSIDADES DE PESSOAL
- FAZ UMA DISTRIBUIÇÃO DE PESSOAL ADEQUADA ÀS NECESSIDADES (HORÁRIOS, PLANOS DE FERIAS, FERIADOS)
- FAVORECE BOAS RELAÇÕES INTER-PESSOAIS NA EQUIPA MULTIDISCIPLINAR
- AVALIA O DESEMPENHO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS
- INCREMENTA MÉTODOS DE TRABALHO QUE FAVOREÇAM A QUALIDADE DOS CUIDADOS
- ELABORA NORMAS E CRITÉRIOS ESPECÍFICOS PARA A UNIDADE DE CUIDADOS

- DIAGNOSTICA NECESSIDADES DE FORMAÇÃO NAS DIVERSAS ÁREAS DE ACTUAÇÃO ATRAVÉS DE:
 - * OBSERVAÇÃO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS
 - * AVALIAÇÃO DOS REGISTOS
 - * AVALIAÇÃO DA EVOLUÇÃO DOS DOENTES
- PROPORCIONA FORMAÇÃO (INDIVIDUAL E EM GRUPO) DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DETECTADAS

NORMA 12

- O ENFERMEIRO-CHEFE FAZ A GESTÃO DOS RECURSOS MATERIAIS DA UNIDADE DE CUIDADOS

CRITÉRIOS

O ENFERMEIRO-CHEFE:

- DETERMINA OS RECURSOS MATERIAIS NECESSÁRIOS
- DETERMINA OS NÍVEIS DE CONSUMO DOS MATERIAIS
- CONHECE OS CUSTOS DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS
- SUPERVISA A UTILIZAÇÃO DOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS
- FAZ O CONTROLO DOS GASTOS DE MATERIAIS EFECTUADOS NA UNIDADE DE CUIDADOS
- EMITE OPINIÕES SOBRE A QUALIDADE DO MATERIAL/EQUIPAMENTO (DIRIGIDOS AO SERVIÇO DE APROVISIONAMENTO)
- É RESPONSÁVEL, COM O DIRECTOR DE SERVIÇO, PELO ESTADO DE MANUTENÇÃO E CONSERVAÇÃO DAS INSTALAÇÕES

ANEXO IX

Mapa de Cobertura do problema de investigação

MAPA DE COBERTURA DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

OBJECTIVO GERAL:

Analisar o processo de avaliação do desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é aplicado, no caso do HSLE.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o processo AD
 - segundo cada grupo de participantes e comparar os diferentes pontos de vista
 - descrever e opinar sobre a génese do processo quanto à formação
 - descrever a atribuição de valor ao processo formal e aplicado
 - identificar as dificuldades de utilização e aplicação ao processo formal e aplicado
- Descrever as prescrições dos diferentes participantes;
- Conceptualizar hipóteses para explicar a forma como o processo ocorre

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	CATEGORIAS
Descrever o processo segundo cada grupo de participantes e comparar os diferentes pontos de vista.	Implicações do processo AD Operacionalização do processo AD Opinião s/ o processo formal AD
Descrever a génese do processo quanto à formação.	Formação sobre o processo AD
Descrever a atribuição de valor ao processo formal e aplicado.	Importância/utilidade do processo AD
Identificar as dificuldades de utilização e aplicação ao processo formal e aplicado.	Dificuldades no processo AD
Descrever as prescrições dos diferentes participantes.	Alterações ao processo AD
Conceptualizar hipóteses para explicar a forma como o processo ocorre.	TODAS

ANEXO X

Pedido de autorização aos Participantes

DOCUMENTO DE APRESENTAÇÃO DO TRABALHO AOS ENTREVISTADOS

- Apresentação do projecto aos entrevistados
- Pedido de colaboração
- Cuidados éticos
- Endereço de todos os participantes

Eu, Elisabete Maria Campino Garcia, Enfermeira a exercer funções no Serviço de Medicina Ala Direita, estou a realizar a Tese de Mestrado subordinada ao tema "Prática da Avaliação do Desempenho na Carreira de Enfermagem – estudo de caso do HSLE", no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde.

Este trabalho tem como principal objectivo, analisar a processo de Avaliação do Desempenho em Enfermagem, tal como funciona e é executado no Hospital de Santa Luzia de Elvas.

Assim, e após ter autorização concedida por parte do Concelho de Administração do nosso hospital para a realização deste trabalho, peço a sua autorização e colaboração nesta entrevista. Para que eu possa depois processar os dados, solicito que me autorize a gravá-la. A entrevista é semi-estruturada com um guião de entrevista previamente elaborado. Com o objectivo de recolher informação acerca do quotidiano da prática da avaliação do desempenho no HSLE, e deste modo conhecer o caso específico deste hospital.

Neste âmbito garanto que cumprirei as orientações deontológicas para a investigação em Psicologia, no que respeita à confidencialidade dos dados, bem como a sua identidade pessoal. Sendo que no final da entrevista anotarei o seu nome real, o nome fictício que adoptar, alguns dados biográficos e o seu endereço pessoal. Pois, após a entrevista poderá surgir a necessidade de algum esclarecimento relativo à mesma. Quero ainda dizer-lhe que apenas eu, o meu orientador e uma pessoa minha amiga, que me ajudará a traduzir a entrevista para o papel, teremos acesso à mesma. A entrevista tem um único



fim, a produção de informação para a construção da tese. Após apresentação e análise do dados relativos à entrevista, a gravação será por mim destruída.

Posteriormente irei apresentar os resultados num seminário que realizarei com a equipa de investigação, nomeadamente com o meu orientador, para o qual será convidado(a). A sua colaboração é de grande valor para mim e para o trabalho, mas se a qualquer momento considerar que não deve prosseguir, é livre de desistir. O tempo previsto de duração é de aproximadamente 30 minutos.

Quer colocar alguma questão?