

Gestão estratégica de pessoas na atração e retenção dos TSDT de Cardiopneumologia – Estudo de caso num grupo de saúde privado

Ana Luísa dos Reis Ribeiro

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento

Professora Auxiliar, departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional.

ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa

Junho, 2023

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Gestão estratégica de pessoas na atração e retenção dos TSDT de
Cardiopneumologia – Estudo de caso num grupo de saúde privado**

Ana Luísa dos Reis Ribeiro

Mestrado em Gestão de Empresas

Orientadora:

Professora Doutora Generosa do Nascimento

Professora Auxiliar, Departamento de Recursos Humanos e Comportamento
Organizacional

ISCTE Business School

Junho, 2023

“Esforce-se para não ser um sucesso, mas sim para ser valioso”

Albert Einstein.

Agradecimentos

Este trabalho de projeto foi realizado num período de grandes mudanças, o que tornou este desafio ainda maior. Quero agradecer à Professora Generosa do Nascimento, um exemplo de profissionalismo, dedicação, trabalho, exigência e apoio. Que proporcionou a realização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais, ao meu irmão e melhor amigo Guilherme, pelo apoio incondicional durante todo este tempo, por acreditarem em mim e nos meus sonhos. Mas um especial agradecimento à minha Mãe, não existem palavras no mundo suficientes para te descrever, és incrível! Obrigada pela força, incentivo, dedicação e motivação neste processo de crescimento e evolução pessoal.

Não posso deixar de agradecer aos meus amigos pelo apoio e incentivo nas alturas mais difíceis, às minhas colegas por terem participado na realização dos inquéritos e aos meus chefes por acederem à realização das entrevistas.

E a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização deste trabalho, o meu profundo agradecimento.

Muito obrigada!

Resumo

Os sistemas de saúde são organizações complexas no que respeita à sua gestão e à gestão dos profissionais. Num mundo em constante evolução e transformação, cabe às organizações redefinirem-se e readaptarem-se para atraírem e reterem profissionais especializados e com talento. A gestão estratégica de pessoas, surge como um fator determinante, uma gestão visionária, justa, coerente e alinhada com a instituição, de forma a garantir a oferta de boas condições de trabalho, com possibilidade de evolução pessoal, profissional, científica e com perspectiva de futuro.

O desenvolvimento de boas práticas de gestão estratégica, liderança, motivação, *commitment* e *embeddedness*, são alguns dos conceitos chave para alinhar colaboradores, formar equipas motivadas, consistentes e com genuíno interesse pela instituição.

A metodologia adotada foi de carácter qualitativo e descritivo, teve como objetivo específico analisar as práticas de gestão de pessoas, diagnosticar o comprometimento, fatores motivacionais e *embeddedness* dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de cardiopneumologia, de um grupo de saúde privado. Para o efeito recorreu-se à realização e análise de inquéritos e entrevistas que avaliaram as dimensões liderança, motivação, *commitment* e *embeddedness* dos profissionais envolvidos.

O diagnóstico mostrou-nos que existe potencial de melhoria e evolução, tendo sido elaborado um projeto de intervenção. Para este projeto recorreu-se à abordagem *Appreciative Inquiry*, seguido de identificação de políticas globais e políticas específicas adaptadas às unidades, e por último, foi elaborado um sistema de monitorização e avaliação - *Balanced Scorecard*, que representa a interligação dos indicadores de *performance* com a estratégia definida para o serviço de cardiologia em estudo.

Palavras-chave: Gestão estratégica de pessoas; atração e retenção; profissionais de saúde; liderança e motivação; *commitment*; *embeddedness*

Classificação JEL: M10 – General; M12 – Personnel Management; M54 Labor Management

Abstract

Health systems are complex organizations with regard to their management and the management of professionals. In a world in constant evolution and transformation, it is up to organizations to redefine and readapt themselves to attract and retain specialized and talented professionals. The strategic management of people emerges as a determining factor, a visionary, fair, coherent and determined management with the institution, in order to guarantee the provision of good working conditions, with the possibility of personal, professional, scientific evolution and with a perspective of future.

The development of good strategic management practices, leadership, motivation, commitment and embeddedness are some of the key concepts for aligning employees, forming motivated, consistent teams with a genuine interest in the institution.

The methodology adopted was of a qualitative and descriptive nature, with the specific objective of analyzing people management practices, diagnosis and commitment, motivational factors and embeddedness of technicians to diagnosis and therapy in cardiopneumology, in a private health group. For this purpose, resort to conducting and analyzing surveys and interviews that assessed the dimensions of leadership, motivation, commitment and embeddedness of the professionals involved.

The diagnosis showed us that there is potential for improvement and evolution, and an intervention project was drawn up. For this project, the Appreciative Inquiry approach was used, followed by the identification of global policies and specific policies adapted to the units, and finally, a monitoring and evaluation system was developed - Balanced Scorecard, which represents the interconnection of performance indicators with the strategy defined for the cardiology service under study.

Key words: Strategic people management; attraction and retention; health professionals; leadership and motivation; *commitment*; *embeddedness*

Classificação JEL: M10 – General; M12 – Personnel Management; M54 Labor Management

Índice

I. Introdução	1
II. Revisão da literatura.....	3
2.1. Práticas de gestão de pessoas	3
2.2. Gestão estratégica de pessoas em unidades de saúde.....	6
2.3. Retenção de pessoas	9
2.3.1. Liderança.....	10
2.3.2. Motivação.....	12
2.3.3. <i>Commitment</i>	13
2.3.4. <i>Embeddedness</i>	15
III. Metodologia.....	19
3.1. Método	19
3.2. Técnica da recolha de dados.....	20
3.2.1. Questionários e entrevistas	20
3.3. Técnicas de tratamento de dados.....	21
IV. Diagnóstico	23
4.1. Caracterização das unidades.....	23
4.2. Caracterização das políticas e práticas de gestão de pessoas	24
4.3. Resultados dos questionários	24
4.3.1. <i>Embeddedness</i>	24
4.3.2. Índice potencial motivador.....	26
4.3.3. <i>Commitment</i>	27
4.4. Resultados das entrevistas.....	28
4.5. Análise crítica.....	32
V. Projeto de intervenção	35
5.1. Políticas globais.....	38
5.2. Políticas específicas adaptadas às unidades	40
5.3. Sistema de monitorização e avaliação.....	43
5.3.1. <i>Balanced Scorecard</i>	44
VI. Conclusão.....	49
VII. Referências bibliográficas.....	51
VIII. Anexos	59

Índice de figuras

Figura 2.1. Práticas de GP.....	5
Figura 2.2. Modelo de Gestão Estratégica de pessoas.....	6
Figura 2.3. Motivação.....	12
Figura 4.1. Características sociodemográficas.....	25
Figura 4.2. Anos de experiência na instituição.....	25
Figura 4.3. Interação diária com outros colegas de trabalho.....	25
Figura 4.4. Gráficos representativos.....	26
Figura 4.5. Representação dos resultados das diferentes dimensões do IPM.....	26
Figura 4.6. Representação dos resultados das diferentes dimensões do <i>commitment</i> em estudo.....	27
Figura 5.1. Pilares do modelo estratégico de GP.....	38
Figura 5.2. Modelo estratégico de GP.....	40
Figura 5.3. Plano estratégico entre unidades.....	42
Figura 5.4. <i>Driver Diagram</i> – Atração e retenção dos TSĐT na cardiologia.....	43
Figura 5.5. Mapa estratégico BSC corporativo.....	47

Índice de tabelas

Tabela 2.1. Dimensões do <i>embeddedness</i>	16
Tabela 3.1. Objetivos, código e questões das entrevistas.....	22
Tabela 4.1. Representação dos coordenadores, de acordo com a unidade de saúde em estudo, sexo, função, profissão e respetivo código.....	28
Tabela 4.2. Tabela de resultados – Análise das entrevistas.....	29
Tabela 4.3. Tabela de resultados - Análise das entrevistas, continuação.....	30
Tabela 5.1. BSC no serviço de cardiologia.....	45

Glossário siglas

BANI - *Brittle, Anxious, Non-linear, Incomprehensible*

BSC - *Balanced Scorecard*

CR – Coordenação relacional

GP – Gestão de pessoas

HRO – High Reliability Organizations

IPM – Índice Potencial Motivador

JCI – *Joint Commission International*

PIB – Produto Interno Bruto

SNS – Sistema nacional de saúde

TSDT – Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica

VUCA – *Volatility, Uncertainty, Complexity and Ambiguity*

WWL - *World Web Learning*

I. Introdução

O envolvimento dos colaboradores na empresa tem um impacto positivo no desempenho organizacional, afetando positivamente a produtividade, o bem-estar individual e o aumento da ligação à instituição, diminuindo o absentismo no local de trabalho e o despedimento (Schaufeli, 2013).

Hoje em dia, cada vez mais os profissionais de saúde mudam com frequência os seus empregos, existe um descontentamento generalizado das condições de trabalho, seja a nível monetário, seja por falta de reconhecimento ou valorização do seu trabalho por parte das chefias e equipas, seja por falta de incentivos ou falta de formação contínua dos profissionais envolvidos. Esta realidade leva muitas vezes ao descontentamento, e consequentemente, ao despedimento e à procura de novos empregos.

Vivemos num mundo em constante inovação tecnológica marcado pela turbulência, complexidade, incerteza e ambiguidade (mundo VUCA – *Volatility, Uncertainty, Complexity and Ambiguity*), assim, num contexto da atualidade revemo-nos numa perspetiva mais instável, frágil, imprevisível e caótica, de maior ansiedade, não-linearidade e incompreensibilidade (características dum mundo BANI – *Brittle, Anxious, Non-linear, Incomprehensible*), (Nascimento e Duarte, 2021). Surge-nos então a necessidade do aparecimento de respostas em saúde com base nas necessidades das pessoas, através do fortalecimento das equipas, do investimento da formação e capacitação, como também a aposta numa cultura organizacional colaborativa, com vínculo e de perspetiva futura.

Nos dias de hoje os cuidados de saúde humanizados constituem um grande desafio para as unidades hospitalares e profissionais de saúde (direcionados para as necessidades das pessoas), com fortalecimento das equipas, o investimento da formação e a aposta numa cultura colaborativa permite minimizar incertezas, diminuir a ansiedade e garantir a qualidade, equidade e eficiência dos cuidados de saúde prestados. Segundo Kabene *et al.* (2006), estes fatores estão condicionados pelo desenvolvimento económico de um determinado país, fatores sociodemográficos, geográficos, como também culturais. Os autores afirmam ainda que há evidências de uma possível correlação positiva entre o nível de desenvolvimento de um país e o seu número de recursos humanos (países com maior produto interno bruto (PIB) por *per capita* gastam mais em cuidados de saúde do que os países com PIB mais baixo).

Em Portugal, entre 2010 e 2014 (período de crise económica), identificaram como causas do insucesso nacional e o limitado crescimento do PIB, as restritivas leis laborais e os baixos

níveis de educação média. Tendo estes fatores impacto na competitividade e adaptabilidade das organizações (Duarte *et al.*, 2019).

É fundamental conhecer as razões que levam os profissionais a deixarem as empresas, pois a perda de profissionais talentosos e qualificados, tem repercussões diretas para a eficiência das organizações, podendo comprometer as suas estratégias de ação na procura de competitividade e resultados pretendidos (Mintzberg & Lampel, 1999).

Para esta pesquisa levantaram-se as seguintes questões de investigação: “O que poderemos mudar ou melhorar na realidade dos profissionais de saúde, que proporcione uma contínua satisfação? Quais são os fatores que levam os profissionais de saúde a ficar nos seus postos de trabalho? Que tipo de gestão estratégica de pessoas poderemos adaptar nestas unidades de saúde?”

Esta reflexão aplica-se às organizações de saúde em geral, contudo, este estudo será desenvolvido num grupo de saúde privado que engloba quatro unidades, nomeadamente, dois hospitais e duas clínicas, que funcionam independentes entre si na região de Lisboa.

Este trabalho tem como objetivo geral analisar as práticas de Gestão de Pessoas (GP) e os fatores que levam à atração e retenção dos profissionais de saúde. E como objetivos específicos: 1) analisar as práticas de Gestão de Pessoas de um grupo de saúde privado e, particularmente, dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de cardiopneumologia do serviço de cardiologia; 2) diagnosticar o comprometimento, fatores motivacionais e *embeddedness* destes profissionais de saúde; 3) identificar oportunidades de melhoria para a sua atração e retenção.

Através duma análise dos resultados aos inquéritos e entrevistas realizadas, será feito um diagnóstico das equipas em estudo. Assim, a estrutura do trabalho inicia-se com uma revisão de literatura sobre as práticas de gestão estratégica de pessoas (conceitos gerais e direcionados para a saúde), e a retenção de pessoas (liderança, motivação, *commitment* e *embeddedness*), uma vez que a articulação destes fatores é o meio de conseguir alinhar trabalhadores, formar equipas consistentes, empenhadas e motivadas, com genuíno interesse pela instituição. Seguidamente será apresentado o método do estudo de caso (para as unidades de cardiologia), assim como o respetivo diagnóstico (resultados obtidos, análise e as possíveis limitações do trabalho). Posteriormente será realizada uma proposta estratégica de melhoria na retenção destes profissionais de saúde.

II. Revisão da Literatura

As organizações de saúde são sistemas complexos ao nível da gestão de pessoas e utentes, como também na gestão dos equipamentos médicos utilizados (sendo estes de elevada tecnologia e especificidade), assim como nas características das infraestruturas utilizadas. Têm como principal missão prestar serviços de saúde preventivos, curativos e de reabilitação aos doentes. É imperativo um alto nível de conhecimento e profissionalização, sendo estas organizações caracterizadas como um espaço de ensino-aprendizagem, de investigação e também de inovação (Nascimento e Duarte, 2021).

Estas organizações definem-se como burocracias profissionais (em geral), em que existe uma dependência direta das equipas de prestação de cuidados de saúde, através de equipas multidisciplinares com elevado grau de autonomia (padronização de competências), altamente especializadas, mas minimamente formalizadas (Mintzberg, 1980). Sendo que as boas práticas de gestão estratégica de pessoas, surgem aqui como variáveis principais na análise e evolução das equipas prestadoras de serviços e consequentemente no aumento da *performance* das organizações de saúde.

Segundo a Comissão Independente Global sobre o Futuro do Trabalho (Posthuma, 2019), a perspetiva futura de trabalho remete-nos para um trabalho centrado das pessoas, que possibilita o aumento das capacidades e desenvolvimento de competências (aprendizagem ao longo da vida que permita às pessoas adquirir, requalificar e melhorar competências), como também o investimento nas instituições, de forma a criar ambientes sustentáveis (qualidade de vida e bem-estar, inclusão, diversidade e com desenvolvimento de políticas e estratégias que apoiem as pessoas nas transições do trabalho do futuro.

2.1. Práticas de Gestão de Pessoas

Nos dias de hoje, a Gestão de Pessoas (GP) tem um papel de destaque no foco das empresas. São inúmeros os desafios que surgem nos modelos de gestão anteriormente praticados, deparamo-nos com a constante mudança e questionamos sistematicamente os modelos em vigor. Atualmente um modelo de gestão estratégica de pessoas é obrigado a adaptar-se e a reajustar-se, mantendo a sua capacidade de resposta e flexibilidade. Sendo as organizações de saúde desafiadas a desenvolver novas competências na área da liderança (*international skills*), de *engagement* (comprometimento) e *commitment* (compromisso; motivação),

alinhadas com esta nova visão de trabalho. Assim como, a utilização de novas formas de medir e recompensar o trabalho e desempenho alcançado, e assim, redefinir estratégias para atrair, comprometer e reter talentos (Nascimento e Duarte, 2021).

Para aplicação de uma política de GP estratégica, o foco estará assente na implementação de práticas de atração, desenvolvimento e retenção dos profissionais envolvidos, alinhados com a estratégia da organização (Chambel & Santos, 2009). Pois a retenção de profissionais numa empresa é um dos fatores que avalia o desempenho e sucesso organizacional, tornando a sua gestão viável, eficaz e mais responsável.

As boas práticas de GP e de liderança geram rotinas, e as rotinas instituídas fazem o sistema. É crescente o aumento de uma visão de GP mais estratégica, mais competitiva, estando presente uma maior combinação entre as práticas de GP e a estratégia organizacional da empresa (Caetano & Vala, 2002). Um modelo de gestão estratégica mais alargado assente nos recursos da empresa, nos conhecimentos, na aprendizagem organizacional e capacidades adaptativas e dinâmicas que nos remetem à vantagem competitiva (Mascarenhas, 2020).

No entanto, a eficácia de GP depende não só da qualidade das suas práticas, como também da sua implementação. Segundo Woodrow & Guest (2014) a aplicação de boas políticas e de boas práticas de GP se não forem bem implementadas, podem originar maus resultados.

Segundo Posthuma *et al.* (2013), as boas práticas de GP envolvem pontos chave específicos que se iniciam no Recrutamento e seleção (interna ou externa), que deve ser ajustado ao posto de trabalho desenvolvido com o objetivo de boa integração; Desenho do trabalho, onde estão bem definidos os postos de trabalho e a relação existente entre eles; Relações laborais e Comunicação, fundamental num serviço multidisciplinar, a relação entre as chefias e trabalhadores, e a partilha de informação entre os elementos integrantes da equipa; Gestão do desempenho, desenvolvimento de estratégias para o desenvolvimento e avaliação do desempenho individual e de grupo; Compensações e benefícios, em que os trabalhadores devem ter um estímulo e serem recompensados pelo trabalho desenvolvido e objetivos alcançados (alinhados com a estratégia da organização); assim como as Promoções e carreiras, possibilitando o desenvolvimento contínuo, oportunidades e métodos de progressão; Gestão da retenção e Gestão da rotação, possibilitando a rotação nos serviços, de modo a integrar nas diferentes funções e valências; Formação e desenvolvimento, sendo importante a contínua formação e atualização dos trabalhadores a fim de ser tornarem mais eficazes (figura 2.1). Segundo o autor Kadiresan *et al.* (2015), a formação das equipas é a chave para o desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos que sustentam a

evolução de cada posto de trabalho e consequentemente da equipa. Como também afirma Tzafrir (2005), que as empresas que promovem e investem nas formações das equipas, fazem com que os seus trabalhadores se sintam em dívida com a organização, aumentando assim o seu grau de comprometimento.

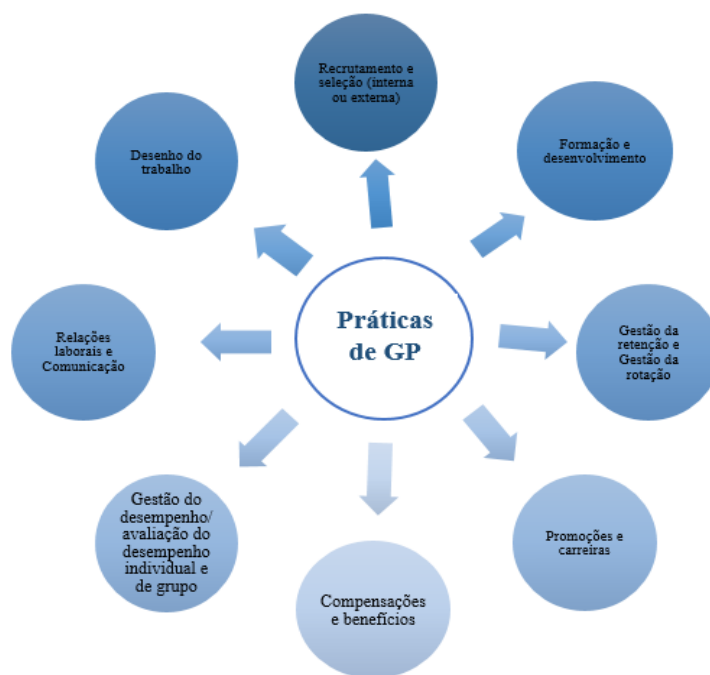


Figura 2.1. Práticas de GP, (Posthuma, *et al.*, 2013)

Segundo Holton (2019), a utilização e aplicação ponderada destes princípios acima mencionados, aumenta a probabilidade da organização obter resultados positivos, com maior produtividade, redução de absentismo rotação voluntária.

As pessoas que trabalham hoje numa instituição e no futuro são a alavanca da mudança e desenvolvimento organizacional, como referem Cameron & Quinn (1999). Atualmente as pessoas são consideradas importantes nas organizações, segundo Gubman (1998), o rápido crescimento das economias leva a um acesso mais fácil aos investimentos financeiros e às tecnologias, do que a profissionais de excelência e qualificados. Para isso é necessário um diagnóstico contínuo das equipas.

Segundo Thomas & Hunger (2012), a gestão estratégica das Unidades melhora o desempenho a longo prazo, os autores afirmam que as organizações que praticam uma gestão estratégica superam aquelas que não o fazem, como também este planeamento estratégico toma elevada importância face aos períodos de instabilidade.

2.2. Gestão estratégica de pessoas em unidades de saúde

Duarte *et al.* (2019), apresentou um Modelo Estratégico de Gestão de Pessoas (Era digital – Gestão de pessoas 4.0) para os serviços de saúde, representados na Figura 2.2.

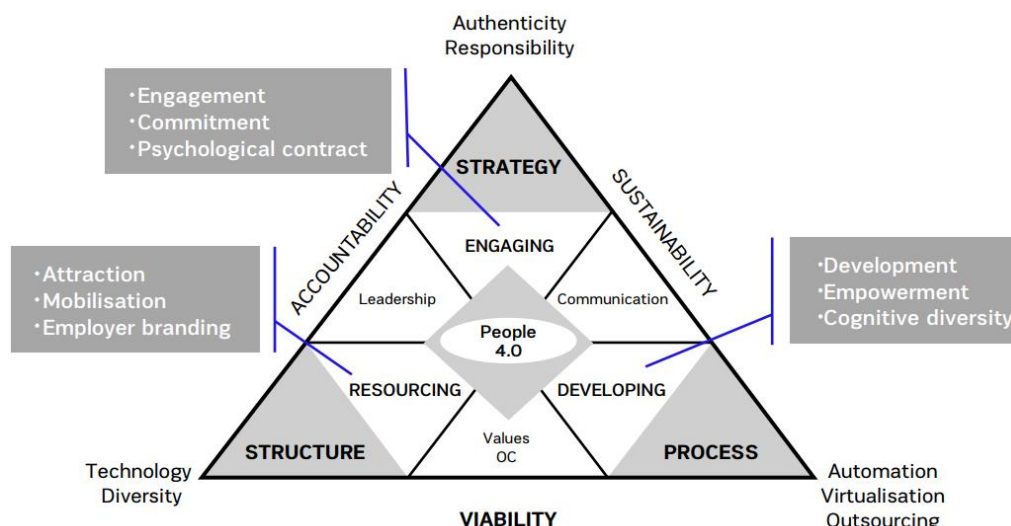


Figura 2.2. Modelo de Gestão Estratégica de pessoas (Duarte *et al.* 2019).

Este Modelo tem centralizado o Ser Humano, e a valorização das suas experiências. Assim o Modelo apresentado tem por base três vetores, nomeadamente a Estrutura da organização (*design* bem definido, atividades e recursos disponíveis, em que o autor defende a sua capacidade de adaptação e flexibilidade); os Processos (métodos e rotinas estabelecidas para criar valor em saúde; a Estratégia (caracterizada por um plano de ação que tem por base os objetivos específicos e metas a alcançar, sendo este um ponto para criar a sustentabilidade e a viabilidade da organização). Segundo o autor, alinhados com estes fatores deverão estar, *Resourcing* (recrutamento, atração, seleção e mobilidade de talentos – vetor estrutura); Desenvolvimento (formação contínua e difusão do conhecimento – vetor processos); *Engagement* (tem como principal objetivo desenvolver o comprometimento com a organização, segundo políticas inclusivas, orientadas para uma cultura de capacitação e confiança, alinhada com remunerações e carreias atrativas e bem estruturadas - vetor estratégia), sendo estes considerados pelo o autor os domínios chave para a gestão de pessoas. No entanto, para o sucesso da articulação e alinhamento dos três vetores (Estrutura, Processos

e Estratégia), com a gestão de pessoas (*Resourcing*, Desenvolvimento e *Engagement*), existem três pilares fundamentais, sendo eles, a Cultura Organizacional (conjunto de processos e estruturas que funcionem de forma clara e bem definida entre o indivíduo e a organização, em que estejam presentes a ética, a autonomia, a responsabilidade e o desenvolvimento); Comunicação (fator determinante na gestão de pessoas, assim como no sucesso dos processos e consolidação da identidade da organização) e Liderança (inclusiva, disruptiva, adaptativa, visionária e com implementação de estratégias de crescimento individual e coletivo).

A visão estratégica da organização de saúde deverá estar alinhada com a gestão estratégica de pessoas. Segundo Duarte *et al.* (2019), um modelo de Gestão Estratégica de Pessoas segue os princípios da responsabilidade, equidade e sustentabilidade, através de ações que reforcem o desenvolvimento continuado de competências e partilha de conhecimento multidisciplinar. Numa abordagem integrada de modelos transversais de *World Web Learning* (WWL), orientados para o desenvolvimento de *Power Skills* (desenvolvimento de competências pessoais, interpessoais, de pensamento e habilidades digitais). Que permita tirar o melhor partido da fusão tecnológica/robótica com as pessoas, a fim de uma otimização dos serviços. Em que esteja sempre presente uma cultura de segurança, comunicação e de alta *performance*.

Assim o desenvolvimento e a aplicação de estratégias que possibilitem o melhoramento dum sistema, nomeadamente em saúde, terá duas características fundamentais conhecidas por organizações de alta fiabilidade (*High Reliability Organizations* - HRO) e coordenação relacional (CR7).

As HRO, são organizações de elevada fiabilidade (antecipação; controlo; formação) que assentam num conjunto de teorias rigorosas, sendo elas a preocupação com a falha, sensibilidade às operações, comprometimento com a resiliência, relutância para simplificar interpretações e a deferência com a *expertise* (Weick & Sutcliffe, 2015). Os autores defendem que as mudanças realizadas nas organizações de saúde vão ao encontro dos princípios da HRO. Criação de organizações dotadas de *Mindfulness* (estado mental ligado à inquirição e interpretação com base na capacidade de agir, tomam acontecimentos familiares como algo que possa trazer novidade (Weick, Sutcliffe & Obstfeld, 1999. Citado em Boin *et al.*, 1999), que permitem aos sistemas desenvolver características capazes de detetar e gerir eventos inesperados (Tolk *et al.*, 2015), reduzindo o impacto e a gravidade destes eventos. Estes acontecimentos inesperados são testes à resiliência do sistema de uma organização, segundo

Weick & Sutcliffe (2015), assim é possível avaliar tanto a capacidade de resposta/resolução das equipas, como também a capacidade de recuperação.

A CR7 é uma forma de coordenação do trabalho (capacidade coletiva apropriada em contextos de elevada interdependência, incerteza e constrangimento temporal), que se define por sete parâmetros, sendo eles a comunicação frequente, com rigor e atempada, orientada para resolução de problemas, objetivos e conhecimento partilhado, e por fim o respeito mútuo. A coordenação destes fatores leva a coordenação do trabalho mais eficaz. Segundo Gittell (2010), estes fatores criam uma cultura organizacional onde existe a melhoria contínua dos profissionais, desenvolvendo relações e comunicações de elevada qualidade, levando a uma maior conexão entre os profissionais e o doente, com mais qualidade, eficiência e menos esforço.

Weaver *et al.* (2014) afirmou que o treino de equipas (simulações) é também uma mais valia para as organizações, o estudo mostra que melhora a *performance* das equipas no que respeita à comunicação, coordenação e cooperação entre profissionais. E consequentemente melhorias nos resultados de segurança para o utente, tornando as equipas mais adaptáveis a situações adversas. O autor afirma ainda que estes treinos de equipas contribuíram também para a mudança organizacional implementada e consequentemente a otimização dos serviços.

Assim a estratégia poderá ter por base a Fiabilidade/HRO e *Mindefulness* Organizacional (detecção atempada de eventos adversos e adequada solução, Weick & Sutcliffe, 2015), CR7 (capacidade da organização assegurar os 7 mecanismos de coordenação relacional, Gittel, 2009), Clima de serviço (partilha e boas práticas de interação entre profissionais), Clima de inovação (capacidade da organização sustentar a inovação), e Ambidextria Organizacional (caracterizada por diferentes modos de funcionamento comportamental, regrados e eficientes – alinhamento; eficazes e inovadores – flexibilidade; e com adaptabilidade. Gibson & Birkinshaw, 2004).

Segundo a Declaração de Bellagio (*Bellagio declaration on high-quality health systems*. Al-Janabi *et al.*, 2018), afirma a existência duma nova perspetiva e definição de saúde, com base em sistemas que promovem a saúde, que são confiáveis pelas pessoas e com capacidade adaptativa face a mudanças. São sistemas que foram criados centrados nas pessoas (equidade, eficiência, resiliência), incluindo profissionais de saúde qualificados, motivados, com boas infraestruturas e equipamentos adequados.

2.3. Retenção de pessoas

Os maiores desafios na gestão de pessoas em saúde assentam na atração dos profissionais, no comprometimento com a instituição (*engagement*), na formação dos talentos, na redefinição dos postos de trabalho com base nas competências, gestão das diversidades, qualidade das condições de trabalho, implementação de estratégias para a resolução de problemas complexos, promover a inclusão e igualdade, rentabilizar as pessoas, estruturas e tecnologias através de modelos de gestão inovadores. A gestão estratégica de pessoas tem um impacto positivo no desempenho da organização (Schaufeli, 2013).

Engagement é um fator importante na avaliação do desempenho numa organização, no entanto, existem ainda diferenças na definição dos conceitos e dos fatores que influenciam o resultado, não existindo assim um “padrão oficial” (Sun & Bunchapattanasakda, 2019). Segundo os autores, existem dois tipos de definição de *engagement* dos trabalhadores, um comprometimento Multifacetado (que envolve as emoções e comportamentos cognitivos) e comprometimento Unitário (descrito como um estado de espírito positivo e dedicado). Assim os autores afirmaram que os principais fatores que influenciam o comprometimento do trabalhador com a instituição estão divididos em três categorias, fatores organizacionais (recompensas, reconhecimento, cultura organizacional, entre outras), fatores do trabalho (por exemplo: característica do trabalho desenvolvido/desenho do trabalho e ambiente) e fatores individuais (como a motivação, envolvimento e autoconsciência).

Num estudo realizado pela *Deloitte* em 2019, afirma que existem cinco princípios da empresa social (transversal a qualquer organização), apoiada em valores e com o foco nas pessoas e na gestão estratégica de pessoas, sendo eles: o propósito e significado (reconhecer o sentido e o propósito do trabalho desenvolvido, e como esse trabalho traduz benefício para os clientes e sociedade, ultrapassando o valor monetário associado); ética e justiça (utilização de recursos de forma ética, justa e confiável, com modelos de sistemas e monitorização de decisões idóneas); crescimento e paixão (desenvolvimento de competências e oportunidades no sentido de crescimento pessoal); colaboração e relações pessoais (desenvolvimento e construção de equipas com base nos relacionamentos pessoais); transparência e abertura (partilha de conhecimento e experiências com o objetivo de crescimento individual e coletivo).

2.3.1. Liderança

A liderança tem um papel determinante no contexto organizacional, uma vez que engloba um papel de produtor, diretor, coordenador, monitor, facilitador, mentor, intermediário e inovador. O líder assume aqui um papel central, devendo ter a capacidade de conseguir promover ambientes socialmente responsáveis. Estudos afirmam que as pessoas mais empenhadas tendem a revelar maior intenção de permanecer na organização, apresentam menores índices de absentismo, são mais pontuais, tendem a ter mais predisposição para sacrifícios, apresentam um maior desempenho, são mais favoráveis face à mudança e ainda apresentam índices mais elevados de cidadania organizacional (Meyer & Allen, 1997; Sayeed, 2001; Swailes, 2004).

A capacidade de liderança deverá ser um processo contínuo, assente numa interação positiva nos diferentes níveis da organização, assim como o líder deverá desenvolver relações diferenciadas com cada colaborador, afim de chegar e colmatar as suas reais necessidades.

Gittel (2009) afirma que através da capacitação dos líderes em reconhecer e aceitar as diferenças de análise e pensamento entre grupos, fornecer informação e *feedback* apropriado e atempado (comunicação efetiva, transparente e eficaz), como também criar uma cultura de não culpabilização e de aceitação de erros ocasionais, promovendo aos colaboradores a expressarem as suas limitações, a desenvolverem empáticas relações de entreajuda e colaboração, com foco na partilha de objetivos, conhecimento e respeito mútuo. Sendo estes os pilares fundamentais que constituem o conceito de coordenação relacional.

Existem diferentes formas de liderança e segundo Drath *et al.* (2008) e Day *et al.* (2021), baseia-se numa tríade que se define por características e comportamentos dos líderes, características e comportamentos dos liderados e objetivos partilhados, constituindo uma visão mais alargada com uma direção, alinhamento e comprometimento para com a organização. Segundo os autores há liderança quando existe Direção, Alinhamento e Comprometimento dos membros da equipa, deverá existir aceitação da relação líder e liderado, levando a um desenvolvimento de um trabalho ativo, autónomo, com foco de objetivos e resultados de médio a longo prazo.

Em serviços de saúde, faz sentido falarmos de Liderança Transformacional, uma liderança focada nos trabalhadores, onde existe a estimulação individual e intelectual (expansão de si mesmo), passa por um processo de evolução e construção da identidade pessoal, relacional e também coletiva, ou seja, passa por definir e articular objetivos pessoais e coletivos, criando suporte para um elevado desempenho, preparando o grupo para possíveis

processos de mudança e visão do futuro (Northouse, 2021). O autor defende que a Liderança Transformacional caracteriza-se por um conjunto de processos que transformam as pessoas para a realização pessoal e de grupo, satisfazendo as suas necessidades (a nível da motivação e da moralidade), tanto para o líder como para os seus colaboradores.

Durante o percurso profissional, o trabalhador passa por inúmeras adaptações, assumindo por isso variadas formas, adquirindo conhecimento, experiência e novas competências, tornando-se assim num recurso de trabalho único para a sua organização, (Hall, 2004).

Num serviço existem vários tipos de trabalhadores, vários tipos de personalidades e consequentemente diferentes tipos de afinidade ou aproximação entre elementos, envolvendo também a chefia. Segundo os autores (Graen & Uhl-Bien, 1995) a Teoria da Troca Líder-Membro (*Leader Member Exchange – LMX*) assenta nas relações desenvolvidas entre o líder de uma equipa e os seus liderados, classificando a relação com a chefia em 2 grupos distintos, elementos no *In-group* (mais compatibilidade com o líder, mais confiança, participação, melhor rendimento e avaliação) e elementos *Out-group* (membros mais afastados e desinteressados). Um bom líder deverá tentar diminuir esta divisão dos elementos (quanto mais elementos no *In-group* mais experiências partilhadas), criando uma maior ligação entre os membros da equipa e desenvolver relações saudáveis com os liderados (“leadership making”), criando boas rotinas (Scandura, 1999).

Nos dias de hoje surge a necessidade de uma liderança visionária, ou seja, uma liderança que promova a inovação e a criatividade, com desenvolvimento de iniciativas de *benchmarking* e *networking* que assegurem a capacidade de resposta em contextos de mudança. No entanto, deverá ser uma liderança que assente na proximidade, na autenticidade, sensibilidade para as necessidades dos liderados e na humanização na gestão das pessoas, criando assim valor. Uma liderança que influencie a equipa prestadora de cuidados de saúde a ações e comportamentos direcionados para a sustentabilidade, equilíbrio, alta qualidade dos serviços prestados e cuidados, como também para a alta qualidade de vida dos doentes envolvidos. Porter and Lee (2013) consideram imperativo que as organizações de saúde centrem o sistema na maximização dos cuidados prestados ao utente através da adoção de práticas baseadas no *Value-Based Healthcare*.

A liderança passa também por promover rotinas e boas práticas, pois são as rotinas instituídas que fazem o sistema, e o sistema é composto por todas as pessoas que o integram, devendo ser motivadas e ouvidas (*engagment*).

2.3.2. Motivação

A motivação é um estado/processo psicológico, que resulta num conjunto de fatores que se interligam entre si. Passa pela direção e persistência (voluntária) de atingir metas pessoais, profissionais e até organizacionais (Pool & Pool, 2007).

Uma das principais responsabilidades da liderança, é motivar as pessoas, segundo Gagné *et al.*, 2010, a motivação divide-se em amotivação (falta de motivação), motivação extrínseca (que se subdivide em regulação externa (recompensas ou punições); regulação introjetada (auto estima); regulação identificada (identidade com objetivos, valores e regras); regulação integrada (identidade pessoal com os objetivos e valores, ou seja, motivação autónoma) ou motivação intrínseca (interesse genuíno no trabalho desenvolvido). De acordo com os autores Diamantidis & Chatzoglou (2019), a motivação intrínseca do colaborador define-se segundo o grau em que o colaborador realiza o seu trabalho da melhor maneira possível, para atingir a satisfação pessoal, (figura 2.3).

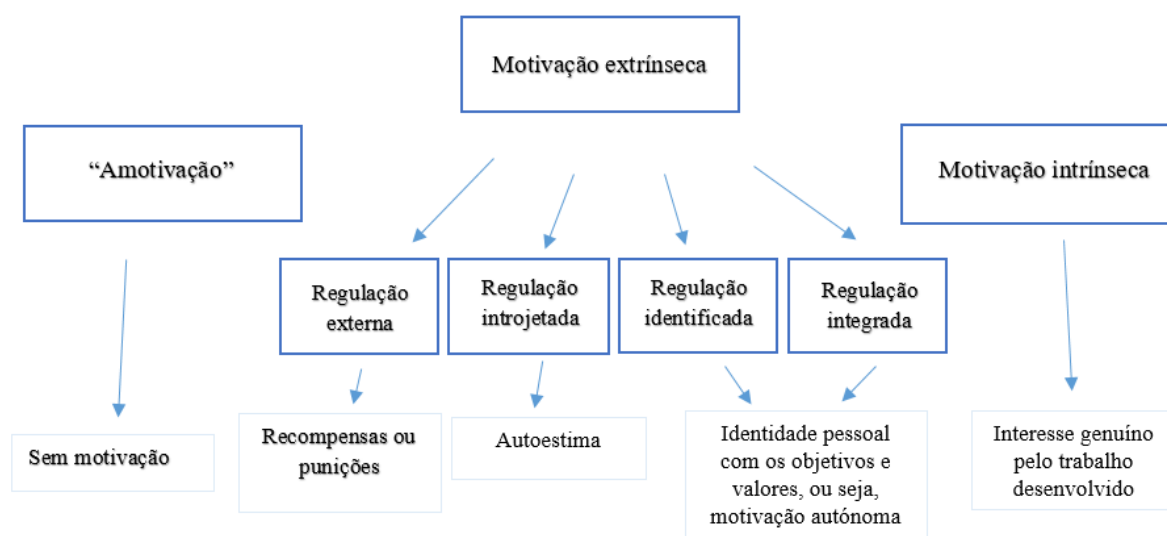


Figura 2.3. Motivação (Gagné *et al.*, 2010)

Uma boa liderança aumenta o AMO (*Abilities, Motivation, Opportunities*) de cada trabalhador, desenvolvendo a *performance* individual, levando a um processo de auto-revelação individual de competências, dando espaço para o desenvolvimento do julgamento dos profissionais e a não robotização das competências, fazendo-os tomar melhores decisões, diminuindo os erros, que resultam da experiência empírica de cada um (*coaching*), aumento

do desempenho e participação, e conseqüentemente a um melhoramento do serviço prestado (Siemsen *et al.*, 2008).

Sousa *et al.* (2006) afirma que a avaliação do desempenho mede o contributo individual ou coletivo na organização segundo os objetivos, como também consegue identificar e prever possíveis necessidades de desenvolvimento de competências.

A avaliação constante dos níveis de empenhamento e implicação organizacional dos trabalhadores pelas organizações poderão ser avaliados pelo Índice Potencial Motivador (IPM) – É uma escala proposta pelos autores Hackman & Oldham (1980), segundo a Teoria do *Work Design*, os estados psicológicos associados ao desenvolvimento dos conhecimentos, resultados e de novas responsabilidades poderão influenciar a motivação intrínseca, a qualidade do desempenho e também a satisfação no trabalho desenvolvido. Estes verificam-se através de cinco características do trabalho, sendo elas a variedade de competências (evita a monotonia, refere-se ao grau de exigência e conhecimentos para a realização de uma determinada tarefa); identidade (como cada colaborador se identifica com as suas funções e também como pode aplicar as suas habilidades e conhecimentos no trabalho, passa pela execução do trabalho onde é identificado um princípio, meio e fim, com resultados visíveis); significado da tarefa (compreensão do porquê e das necessidades das funções, refere-se ao impacto que as atividades desenvolvidas têm nos trabalhadores, na instituição e comunidade, sendo que quanto maior for o impacto, maior será o significado do trabalho); autonomia (liberdade de expressão e de desempenho de funções); e *Feedback* (são as respostas que cada colaborador recebe relativamente ao seu desempenho profissional).

Para o cálculo do IPM, os autores desenvolveram uma fórmula que se determina através dos *scores* obtidos nas cinco características principais do trabalho, a fórmula matemática desenvolvida representa que um resultado próximo do zero no parâmetro autonomia ou *feedback* irá reduzir o valor do IPM para perto de zero, no entanto, se existir um resultado próximo de zero nas outras dimensões avaliadas, não terá o mesmo impacto. Quanto mais elevado for o índice, mais elevada será a motivação e a satisfação do colaborador (Hackman & Oldham, 1976).

2.3.3. Commitment

Commitment (comprometimento), define-se por “um estado psicológico que caracteriza a relação do colaborador com a organização e tem implicações para a decisão de continuar ou

não membro da organização”. Representa o nível de ligação afetiva à organização, como a percepção do custo associado ao abandono da organização (continuidade) e como uma “obrigação” de permanecer na organização. Traduz-se no comprometimento e na lealdade do colaborador com a empresa, envolvendo-se com os objetivos e valores da empresa, mesmo perante alternativas mais atraentes, (Meyer & Allen, 1997; Lambert, Hogan & Griffin, 2007; Fang, 2001).

O comprometimento poderá ser afetivo (apego emocional à organização, desenvolvido por motivos pessoais, profissionais ou monetários), normativo (obrigação de permanecer na organização) ou de continuidade (percepção do custo de deixar a organização ou da escassa oportunidade de alternativas de emprego), (Deniz, Noyan & Ertosun, 2013).

O *commitment* está relacionado com a motivação, segundo Johnson *et al.* (2010), o comprometimento é um “fenómeno motivacional” com positivas consequências no desempenho dos trabalhadores e sucesso corporativo. Colaboradores motivados aumentam o compromisso, a lealdade, produtividade e retenção de funcionários (Kim *et al.*, 2005). Ou seja, a retenção, assiduidade, motivação e produtividade do trabalho são as consequências do *commitment*. Pool & Pool (2007), afirmam que o comprometimento organizacional tem uma ação fundamental para a criação de ambientes que promovam a motivação no local de trabalho, sendo esta área de grande importância nos serviços de saúde. O desenvolvimento de ações que otimizem o comprometimento organizacional dos profissionais de saúde, irão ter um grande impacto na motivação para a prestação dos cuidados diários de saúde (Altindis, 2011).

Kadiresan *et al.* (2015), afirma que quanto maior for o comprometimento desenvolvido entre os colaboradores (qualificados e experientes), maior será a eficácia e desempenho organizacional.

Em 2013, Deniz, Noyan & Ertosun afirmaram que o comprometimento afetivo com a organização está relacionado positivamente com o bem-estar (físico e mental) dos colaboradores, bem-estar relacionado com o trabalho e autoestima. No entanto, poderá existir em algumas situações mais específicas, um efeito negativo, que passa pelo desenvolvimento de *stress* psicológico ou físico, no caso de trabalhadores mais vulneráveis que sintam pressão por este comprometimento.

Existe uma forte relação entre GP, liderança, o AMO e *Commitment*, estas variáveis quando alinhadas na organização, geram um Sistema sólido, eficaz, estável e sustentável,

capaz de proporcionar as melhores condições de trabalho para os seus trabalhadores, e consequentemente, um melhor serviço prestado para os seus clientes.

2.3.4. *Embeddedness*

A dimensão *embeddedness* representa para cada colaborador a integração na organização, na sociedade, comunidade e família.

A boa integração dos trabalhadores no local de trabalho, poderá estar associado a um aumento da permanência nas organizações. Uma vez que o despedimento de um trabalhador valioso e talentoso, acarreta grandes custos tangíveis e intangíveis, associados a interrupções no funcionamento, dinâmica e desempenho das organizações, assim como à possível perda de fidelidade do cliente (Holtom *et al.*, 2006; Reitz & Anderson, 2011).

Segundo Holtom & Darabi (2018) a permanência e os resultados positivos associados ao trabalho estão relacionados com a teoria da inserção do trabalho, ou seja, a partir de uma boa integração na equipa e organização. Estudos afirmam que este acompanhamento inicial, não só prevê o tempo de permanência, como também diminui comportamentos contraproducentes e de absentismo (Lee *et al.*, 2004; Ng & Feldman, 2009). A teoria da inserção do trabalho foi desenvolvida por Mitchell *et al.* (2001), como “*higher-order aggregate of forces for retention*”, ou seja, conjunto de forças e fatores que influenciam o trabalhador a querer ficar na organização (imersão na organização), sendo esta diretamente afetada por fatores psicológicos, sociais e financeiros. A integração do trabalho envolve três dimensões principais que estão interligadas entre si, nomeadamente o vínculo e o ajuste com a organização; criação de laços e ligações sociais entre os elementos dentro e fora da equipa, traduzindo-se em compatibilidade e afinidade desenvolvida pelo indivíduo no trabalho que executa, e do seu impacto na sociedade; e por último o sacrifício, refere-se à consciência do que o indivíduo pode perder (ou ter de desistir), tanto a nível material como emocional, se optar por deixar o emprego (Mitchell *et al.*, 2001), representado na seguinte tabela 2.1.

Tabela 2.1. Dimensões do *embeddedness* (Mitchell *et al.*, 2001)

<i>Dimensão</i>	<i>Organização</i>	<i>Comunidade</i>
<i>Vínculo; ajuste</i>	Reflete a percepção do colaborador com a compatibilidade com a organização	Percepção de cada indivíduo na sua comunidade e meio envolvente
<i>Laços e ligações</i>	Ligações criadas (formais ou informais) por cada colaborador com os restantes membros da equipa e organização	Ligações familiares ou pessoas próximas que influenciam significativamente a tomada de decisão
<i>Sacrifício</i>	Percepção do custo material ou psicológico por deixar o trabalho	Percepção do custo material ou psicológico por deixar o trabalho em relação à comunidade

Funcionários com funções e cargos de maior prestígio e responsabilidade, ou no topo da hierarquia, têm maior probabilidade de permanecer no emprego. No entanto, nestes casos específicos em que o trabalhador se situa no topo da hierarquia, existe uma relação negativa com a rotatividade (Holtom & Darabi, 2018). E a perda de um colaborador qualificado e distinto, pode levar ao despedimento de mais elementos da equipa. A rotatividade de colegas de trabalho poderá ter grande influência na decisão de outros funcionários podendo provocar um efeito “cascata” dentro da organização (Felps *et al.*, 2009). Holtom & Darabi (2018) afirmam que estas decisões deverão ser balanceadas e a retenção dos profissionais não deverá ser subestimada, principalmente na geração *Millennial* (geração Y, que nasceram entre os anos de 1980 e 1994). Caracterizados como “nativos digitais”, mais tecnológicos (*media* e *internet*), são uma geração focada no autodesenvolvimento, exigentes, com novas perspetivas de trabalho, realização pessoal, profissional, monetário e de compromisso com a sociedade (Duarte *et al.*, 2019). Obrigando as organizações a acompanhar esta evolução, disponibilizando recursos e estratégias apelativas, investindo ainda mais na cidadania organizacional (Burton *et al.*, 2010).

A inserção no trabalho não é um estado afetivo, mas sim um comprometimento com a organização, é o conjunto de elementos dentro e fora do trabalho (sociedade; comunidade; família), que são representadas pelo vínculo, ajuste e adaptação, criação de laços e sacrifício que fazem com que exista um vínculo do trabalhador para com o trabalho ou organização. A integração na organização e a inserção na comunidade não representa um indicador estável, assim os autores afirmam que a teoria da inserção do trabalho poderá ser benéfica perante situações adversas e experiências negativas (Holtom & Darabi, 2018; Zhang *et al.*, 2012).

É ainda influenciada pelos recursos, ou seja, quanto mais disponibilidade de recursos numa organização, maior impacto existirá na imersão do indivíduo no local de trabalho. Ao longo da carreira profissional, um trabalhador tem necessidades distintas, e a aplicação sistemática, consistente e ponderada de estratégias e recursos oferecidos, nomeadamente, físicos e infraestruturas, monetários, oportunidade de progressão, evolução, estabilidade, comodidades, clima político, religioso, atividades de entretenimento e localização (estudos afirmam que muitas vezes os trabalhadores gastam muito tempo nos deslocamentos até ao emprego, podendo este fator não ser benéfico para a permanência na organização atual). Se estes recursos forem apelativos e satisfazerem os profissionais envolvidos, a probabilidade de imersão na organização aumenta, aumentando assim o nível de permanência (Ng & Feldman 2007; Halbesleben *et al.*, 2014; Holtom *et al.*, 2013; Holtom *et al.*, 2019; Reitz & Anderson, 2011; Zhang *et al.*, 2012).

Autores afirmam que o relacionamento da teoria LMX e os seus colaboradores tem um grande impacto no que respeita à relação entre a inserção no trabalho e a rotatividade. A relação entre chefias e chefiados afeta tanto o relacionamento social como também o local de trabalho como um todo, comportamentos e níveis de abstinência (Holtom *et al.*, 2006; Harris *et al.*, 2011), incentivar práticas e relacionamentos baseados no respeito, na confiança e desenvolvimento de habilidades interpessoais. As organizações de saúde poderão redefinir estratégias a fim de melhorar as funções e responsabilidades dos colaboradores, maximizando competências de forma a atingir objetivos pessoais e assim aumentar a motivação pessoal e coletiva. Sendo que no sector da saúde a retenção é um fator crítico devido às interrupções de funcionamento, perda talentos com habilidades e conhecimentos específicos, que poderão levar muito tempo para se desenvolver novamente (Holtom & O'Neill, 2004; Gaesawahong, 2014).

Segundo Felps *et al.*, (2009), a existência de um equilíbrio entre a vida pessoal e profissional, e a implementação dum programa de integração, reconhecimento, valorização e progressão profissional adequado, a probabilidade de permanecer no emprego atual será maior.

O aumento das oportunidades de crescimento, habilidades e da motivação dos profissionais serão um ponto chave para a permanência na organização, assim Kiazad *et al.* (2015), afirma que existe uma forte ligação entre o *embeddedness*, as práticas de GP e a AMO.

III. Metodologia

A metodologia utilizada para o estudo, baseia-se numa abordagem qualitativa e descritiva. A partir da recolha de elementos de observação, visa analisar a associação entre variáveis e compreende-la num determinado contexto e identidade bem definidos (Serrano, 2001), remetendo-nos para uma perspetiva mais ampla dos problemas em vigor.

3.1. Método

O método desta pesquisa é o estudo de caso que visa compreender, descrever e analisar uma realidade específica, através dos dados recolhidos e mantendo a integridade dos mesmos (Yin, 2018).

A abordagem metodológica tem como principal objetivo fazer um diagnóstico do comprometimento, dos fatores motivacionais e do *embeddedness* dos Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica (TSDT) de Cardiopneumologia do serviço de cardiologia, de quatro unidades de saúde, que funcionam independentes entre si e que pertencem a um grupo de saúde privado na região de Lisboa. Pretende-se responder às seguintes questões de investigação: “O que poderemos mudar ou melhorar na realidade dos profissionais de saúde, que proporcione uma contínua satisfação? Quais são os fatores que levam os profissionais de saúde a ficar nos seus postos de trabalho? Que tipo de gestão estratégica de pessoas poderemos adaptar nestas unidades de saúde?”

Para o presente estudo, do universo de quatro unidades de saúde, participaram três unidades, ou seja, um hospital e duas clínicas. O que perfaz um total de vinte TSDT, duas coordenadoras e um médico cardiologista chefe responsável pelas unidades. Têm como diretrizes gerais os mesmos princípios, valores, ética, conduta profissional e bem-estar do cliente. Está implementado pelo grupo a uniformização e padronização dos procedimentos na realização dos exames médicos e relatórios. Para além de prestar cuidados de saúde diferenciados, é também impulsionador na formação e na investigação. Este grupo de saúde tem em duas das suas unidades, a acreditação pela *Joint Commission International* (JCI), que mede com rigor, todos os parâmetros de qualidade que um hospital de excelência deve compreender.

3.2. Técnica da recolha de dados

A recolha de dados para o estudo foi realizada de duas formas: através de questionários *on-line*, que foram aplicados aos vinte TSDT de Cardiopneumologia do serviço de cardiologia das três unidades; e entrevistas semiestruturadas às TSDT coordenadoras de cada unidade e ao médico chefe da cardiologia responsável por todas as unidades.

Foi utilizado o programa *Google forms* para a realização do inquérito. O inquérito *on-line* ficou disponível durante um período suficiente para que todos os profissionais de saúde tivessem a possibilidade de responder (de 27 de março a 21 de abril de 2023).

Os questionários e entrevistas foram realizados de forma voluntária e anónima, apenas exigido a resposta a questões identificativas como sexo, idade, anos de experiência, entre outras, uma vez que são dados que permitem a análise dos resultados de forma mais rigorosa e concreta.

3.2.1. Questionários e entrevistas

Os questionários realizados aos TSDT de Cardiopneumologia do serviço de cardiologia (anexo A), foram construídos a partir de questionários já existentes com questões padronizadas. Os temas abordados englobam três dimensões distintas, nomeadamente o *embeddedness*, em que se avalia a integração na organização, na sociedade, na comunidade e na família, segundo os autores Lee *et al.*, (2004); Índice Potencial Motivador (IPM), baseado no estudo dos autores Hackman & Oldham (1980); e por fim *Commitment*, onde será avaliado o comprometimento de cada colaborador com a empresa (Meyer & Allen, 1997).

Este questionário pretendeu desenhar os sistemas de trabalho, através de várias perguntas e afirmações, recolhendo informação acerca da postura que os trabalhadores apresentam relativamente ao trabalho desenvolvido. As questões foram formuladas para obter a perceção e as reações que cada colaborador tem do seu trabalho. As respostas individuais foram confidenciais e anónimas. Foi pedido a cada colaborador que respondesse às perguntas com a maior honestidade e verdade possível.

As entrevistas realizadas às TSDT coordenadoras das unidades e ao médico cardiologista chefe responsável pelo serviço de cardiologia das unidades, foram previamente elaboradas num guião (anexo B). As diferentes perguntas realizadas têm como objetivo principal identificar qual a perceção do cargo que ocupa e como se autocaracteriza enquanto líder;

percepção do papel de cada um dos líderes nas equipas e a relação entre os líderes e liderados (Teoria da Troca Líder-Membro – LMX); verificar a perspetiva individual de cada coordenador/chefe em relação ao *engagement*, motivação, *commitment* e *embeddedness* de cada equipa; como também avaliar a gestão estratégica de GP.

Após o conhecimento do objetivo do trabalho em estudo, as entrevistas foram realizadas de forma presencial, individual e voluntária (garantindo a confidencialidade, omitindo o nome de cada colaborador, assim como, o nome da instituição em estudo). Foram previamente agendadas consoante a disponibilidade de cada entrevistado. Cada entrevista teve um tempo médio de 10 a 15 min, tendo sido solicitado aos entrevistados a autorização para a gravação, para depois realizar a transcrição (anexo C) e posterior análise.

Através destes dois métodos (questionários e entrevistas), conseguimos ter uma perspetiva do ponto de vista do trabalhador, assim como dos líderes de cada unidade e do chefe coordenador de todas as unidades, possibilitando um diagnóstico mais abrangente e real.

3.3. Técnicas de tratamento de dados

Segundo o autor Given (2008), a análise do tratamento de dados é segundo objetivo do estudo e do tipo de dados em causa. Assim torna-se possível organizar e interpretar os dados, levando a um conjunto de conclusões dos temas em estudo.

A análise estatística dos inquéritos realizados foi através da ferramenta *Google forms*, que nos evidenciou a tendência das respostas, possibilitando a realização dum diagnóstico das equipas em estudo.

A técnica de tratamento de dados utilizada para as entrevistas realizadas, teve por base a correspondência de padrões, segundo Yin (2018), o método é utilizado para os estudos de caso, esta estratégia analítica identifica e compara assim os padrões recolhidos com os padrões pressupostos desenvolvidos pelo investigador. Assim, com base nos princípios teóricos apresentados na revisão de literatura, foram elaboradas as questões das entrevistas apresentadas na tabela 3.1.

Tabela 3.1. Objetivos, código e questões das entrevistas

Objetivos	Código	Questões
Apresentação do coordenador/chefe; a percepção do cargo que ocupa e como se autocaracteriza enquanto líder	Q1	Há quanto tempo está neste cargo?
	Q2	Gosta do cargo que ocupa?
	Q3	Revê-se nele a longo prazo?
	Q4	O que é para si um líder?
Percepção do papel de cada um dos líderes nas equipas, relação entre os líderes e liderados.	Q5	Quais são os principais desafios no seu dia a dia?
	Q6	O que lhe dá mais satisfação na coordenação da equipa?
	Q7	Qual é o tipo de relação com os seus liderados?
	Q8	O que mais valoriza nos seus colaboradores?
Verificar a perspetiva individual de cada coordenador/chefe em relação ao <i>engagement</i> , motivação, <i>commitment</i> e <i>embeddedness</i> de cada equipa.	Q9	Nos serviços de saúde, os recursos humanos especializados são difíceis de encontrar e de gerir na organização. Na sua perspetiva quais são os principais fatores que atraem e “retêm” os profissionais de saúde talentosos?
	Q10	Que estratégias utiliza para motivar todos os elementos da sua equipa?
	Q11	Quais os métodos de trabalho que utiliza para potenciar as habilidades individuais de cada colaborador, possibilitando o desenvolvimento individual e coletivo?
Avaliação da gestão estratégica de GP	Q12	Na sua perspetiva há possibilidade de melhoria nas condições de trabalho individual e coletivo da sua equipa? Se sim, qual seria a sugestão?

O tratamento dos dados recolhidos das entrevistas realizadas às coordenadoras e chefe da cardiologia, foi através da Metodologia Gioia. A partir das respostas dadas, é retirada a informação de interesse para o estudo, mantendo os dados e a sua integridade. Assim segundo esta metodologia surgem os conceitos de 1ª ordem, após a análise destes conceitos (pontos em comum ou distintos), surgem os conceitos de 2ª ordem (passa por agregar em novas categorias os pontos em comum das respostas), que nos remetam para possíveis fundamentos teóricos e possível análise e explicação dos dados recolhidos. Os conceitos de 2ª ordem, são pontos que descrevem e explicam eventos observados. A construção detalhada destes conceitos (1ª e 2ª ordem), possibilita a representação da análise da informação, sendo a componente principal da demonstração com rigor da análise qualitativa. A análise por esta Metodologia permite relacionar os dados obtidos com os pressupostos teóricos, identificando a dinâmica e o padrão existente na população em estudo (Gioia *et al.*, 2013).

IV. Diagnóstico

O grupo de saúde privado em estudo, tem ao longo dos anos, melhorado as condições de trabalho dos colaboradores e melhorado o serviço prestado ao cliente. Têm como premissas o bem-estar dos colaboradores e dos clientes. Assim esta pesquisa torna-se importante e requer especial atenção na sua análise, uma vez que a partir dos questionários e entrevistas realizados conseguimos fazer um diagnóstico das equipas e visão dos líderes, como também observar se facto, as medidas implementadas são adequadas ao trabalhador e se ajustam às necessidades atuais e reais dos seus colaboradores.

4.1. Caracterização das unidades

As três unidades de saúde que participaram no estudo, estão localizadas em zonas urbanas estratégicas da região de Lisboa. O hospital B existe há mais de 40 anos, tem como principal característica a excelência na prestação de cuidados de saúde através dum ambiente familiar entre profissionais e utentes. Em 2016 mudou a gestão tendo sido adquirido pelo grupo de saúde privado em estudo. Desde então, tem passado por processo de renovação das instalações, equipamentos e equipas multidisciplinares. Apresentando um novo modelo funcional que dispõe de várias especialidades médicas, cirúrgicas, de internamento e de diagnóstico. O serviço de cardiologia em estudo, funciona diariamente na realização de consultas e exames, dispõe de sete salas de consulta/exames e quatro salas dedicadas a exames específicos complementares de diagnóstico. A equipa multidisciplinar é constituída por vinte e um médicos cardiologistas (trabalham por turnos), nove TSDT e quatro auxiliares de ação médica.

A clínica A abriu há 25 anos, foi adquirida por este grupo de saúde privado em 2016 que possibilitou uma maior oferta na prestação de cuidados de saúde, garantindo o acesso a consultas e exames de diagnóstico nas diferentes especialidades médicas, como também em cuidados de enfermagem, e ainda a abertura de um centro de reabilitação física. O serviço de cardiologia funciona com duas salas de consultas/exames e três salas de exames específicos complementares de diagnóstico. É composto por uma equipa multidisciplinar, constituído por oito médios cardiologistas (trabalham por turnos), oito TSDT e três auxiliares de ação médica.

A clínica B é a unidade mais pequena e mais recente, em menor escala dispõe de várias especialidades médicas e cuidados de enfermagem, tendo sido em 2018 acreditada pela *Joint*

Commission International (JCI), que garante a qualidade e segurança dos clientes, fazendo a articulação em situações que necessitem de diferenciados cuidados de saúde ou de procedimentos complementares. O serviço de cardiologia é constituído por cinco médicos cardiologistas (trabalham por turnos) e três TSDT (caracterização das unidades no anexo D).

4.2. Caracterização das políticas e práticas de Gestão de Pessoas

As unidades em estudo partilham das mesmas políticas e práticas de GP, a chefia garante o funcionamento dos serviços através da gestão e formação das equipas.

Todos os colaboradores passam por uma entrevista de seleção e recrutamento realizada pela coordenadora de cada unidade, antes de iniciarem as suas funções, ficando em média, quinze dias num período de experiência e adaptação. Passando este período cada coordenadora reorganiza a equipa de modo que todos os elementos possam desempenhar as suas funções base. Nesta área existe uma grande variedade de subáreas em que cada profissional se pode especializar no desempenho da sua atividade, de acordo com os seus interesses. Passa pelas coordenadoras e chefe assegurar essa evolução, dando a possibilidade de progressão e evolução profissional.

Cada profissional de saúde é avaliado anualmente pela coordenadora responsável da equipa. Através da avaliação de vários critérios (profissionais, éticos e pessoais) é atribuída uma média que irá contar para a progressão individual da carreira (o modelo da progressão da carreira dos TSDT foi criado em 2022 pelo grupo, estando em vigor desde o início de 2023).

O modelo da carreira desenvolvido tem por base o desenvolvimento contínuo das boas práticas profissionais e pessoais, é diferenciado os anos de experiência, diversidade dessa experiência e formações realizadas.

4.3. Resultados dos questionários

A amostra é constituída no total por 20 elementos, sendo que 100% são do sexo feminino.

4.3.1. *Embeddedness*

Na avaliação da dimensão *embeddedness* (anexo E.1), integração na organização, sociedade, comunidade e família, analisámos a amostra segundo: 1) as características socio-

demográficas, pode observar-se que a grande maioria são solteiros (65%), sem filhos dependentes (70%). Residem na mesma cidade onde trabalham (65%) e afirmam que gostam da localização da cidade onde habitam (90%) e da localização do local de trabalho (85%), representado na figura 4.1.

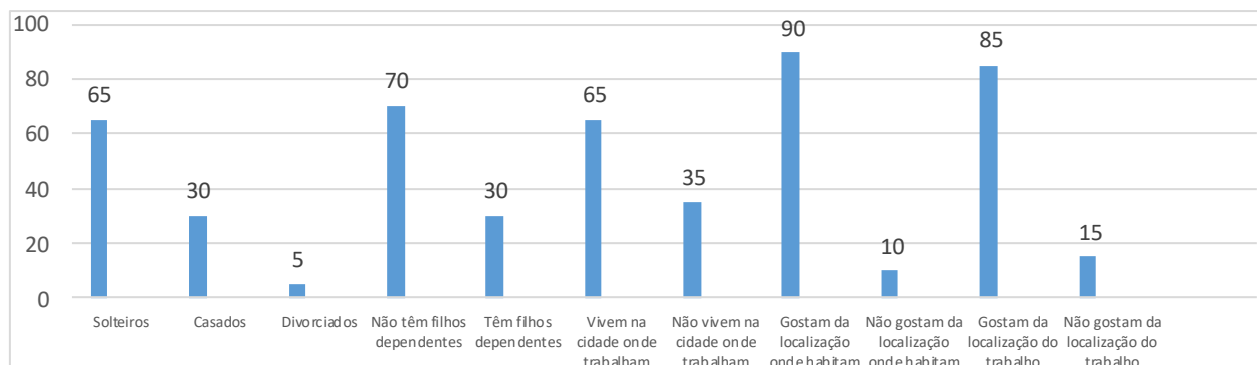


Figura 4.1. Características socio-demográficas

2) em relação à atividade profissional (TSDT), 45% dos inquiridos trabalham no hospital e 55% trabalham em clínica. Observou-se que a maioria dos colaboradores é recente na equipa, estando na instituição há menos de três anos (45%), seguido dos colaboradores com mais experiência que colaboram nas unidades há mais de vinte anos (30%), figura 4.2. As equipas interagem diariamente outros colegas de trabalho, estando a maioria em contacto com cinco a dez colegas (50%), figura 4.3.

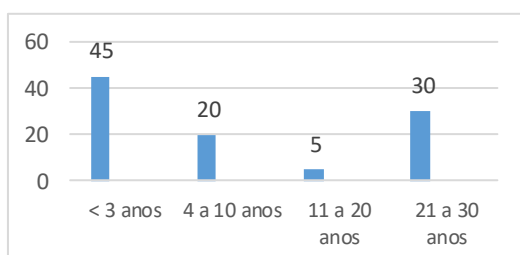


Figura 4.2. Anos de experiência na instituição

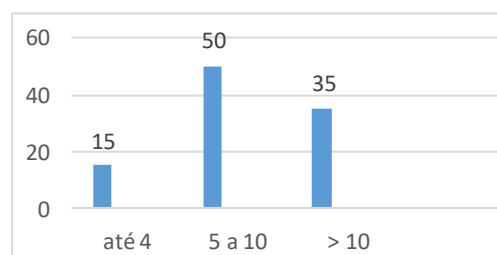


Figura 4.3. Interação diária com outros colegas de trabalho

Nesta organização, segundo os questionários, os profissionais afirmam que por vezes colocam em prática as suas habilidades e talentos (55%), sentem que têm liberdade de decisão para atingir os seus objetivos (45%) e confirmam que é vantajoso trabalhar nesta instituição, representado na figura 4.4.

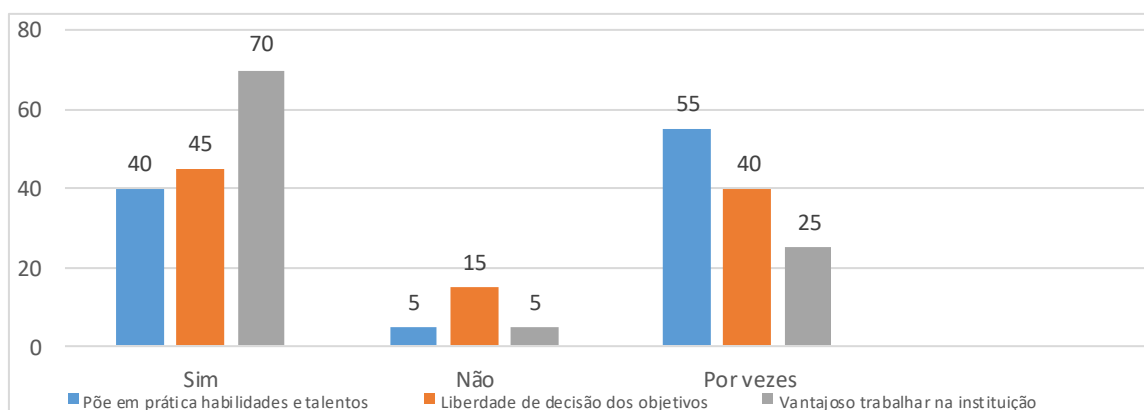


Figura 4.4. Gráficos representativos

4.3.2. Índice Potencial Motivador

Para a avaliação da dimensão IPM (anexo E.2. e E.2.1), foram analisadas as dimensões: variedade de atividades, identidade da tarefa, significado da tarefa, autonomia e *feedback*. Obteve-se um IPM médio de 115, ou seja, no geral as equipas sentem-se motivadas no trabalho desenvolvido, as tarefas realizadas têm significado, os colaboradores identificam-se com o trabalho desenvolvido, apesar da componente da variedade de atividades apresentar um valor mais baixo. Os técnicos percecionam autonomia no desempenho das funções e as respostas apontam para um *feedback* positivo relativamente à sua prestação (figura 4.5).

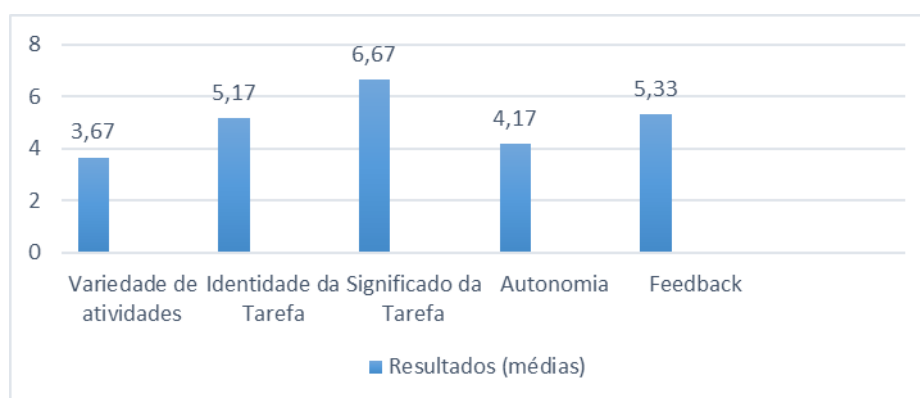


Figura 4.5. Representação dos resultados das diferentes dimensões do IPM

4.3.3. Commitment

No estudo da avaliação da dimensão *commitment* (anexo E.3 e E.3.1), foram analisadas, através das questões realizadas, o *commitment* afetivo, *commitment* normativo e *commitment* continuidade, representado na figura 4.6.

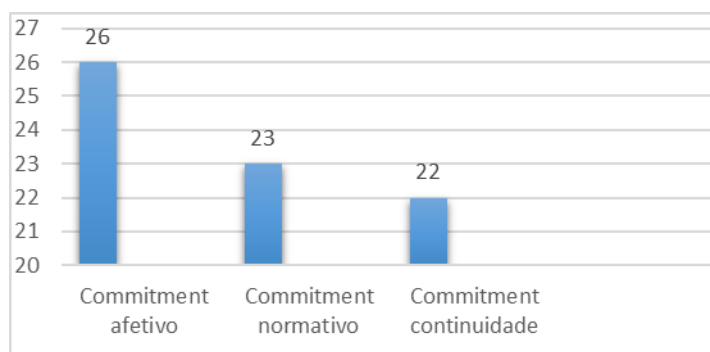


Figura 4.6. Representação dos resultados das diferentes dimensões do *commitment* em estudo

Segundo os resultados obtidos podemos observar que a média do *commitment* afetivo se destaca, sendo a mais elevada, seguidamente o *commitment* normativo ligeiramente abaixo e o *commitment* de continuidade, que apresenta uma média mais inferior. Podemos inferir que os elementos da amostra têm uma forte ligação afetiva à organização, mas também percebem algum sentimento de obrigação em permanecer na organização. E demonstram pouca percepção do custo de deixar a organização, podendo existir risco de se desenvolver em alguns elementos da amostra uma diminuição do empenhamento pessoal.

4.4. Resultados das entrevistas

As entrevistas foram realizadas às coordenadoras de cada unidade e chefe coordenador do serviço de cardiologia, representado na tabela 4.1 (representação dos coordenadores, de acordo com a unidade de saúde, sexo, função, profissão e respetivo código).

Tabela 4.1. Representação dos coordenadores, de acordo com a unidade de saúde em estudo, sexo, função, profissão e respetivo código

Unidade em estudo	Sexo	Função (anos no cargo)	Profissão	Código
Hospital B	Feminino	Coordenadora dos TSDT (há 20 anos)	TSDT	E1
Clínica A	Feminino	Coordenadora dos TSDT (há 4 anos)	TSDT	E2
Clínica B e todas as unidades	Masculino	Chefe coordenador (há 3 anos e meio)	Médico Cardiologista	E3

Para a análise das entrevistas recorreu-se à metodologia Gioia *et al.* (2013) onde estão identificadas na tabela 4.2 e 4.3 as relações entre os conceitos de 1º ordem, de 2º ordem e as dimensões agregadas.

Tabela 4.2. Tabela de resultados - Análise das entrevistas (Gioia *et al.*, 2013)

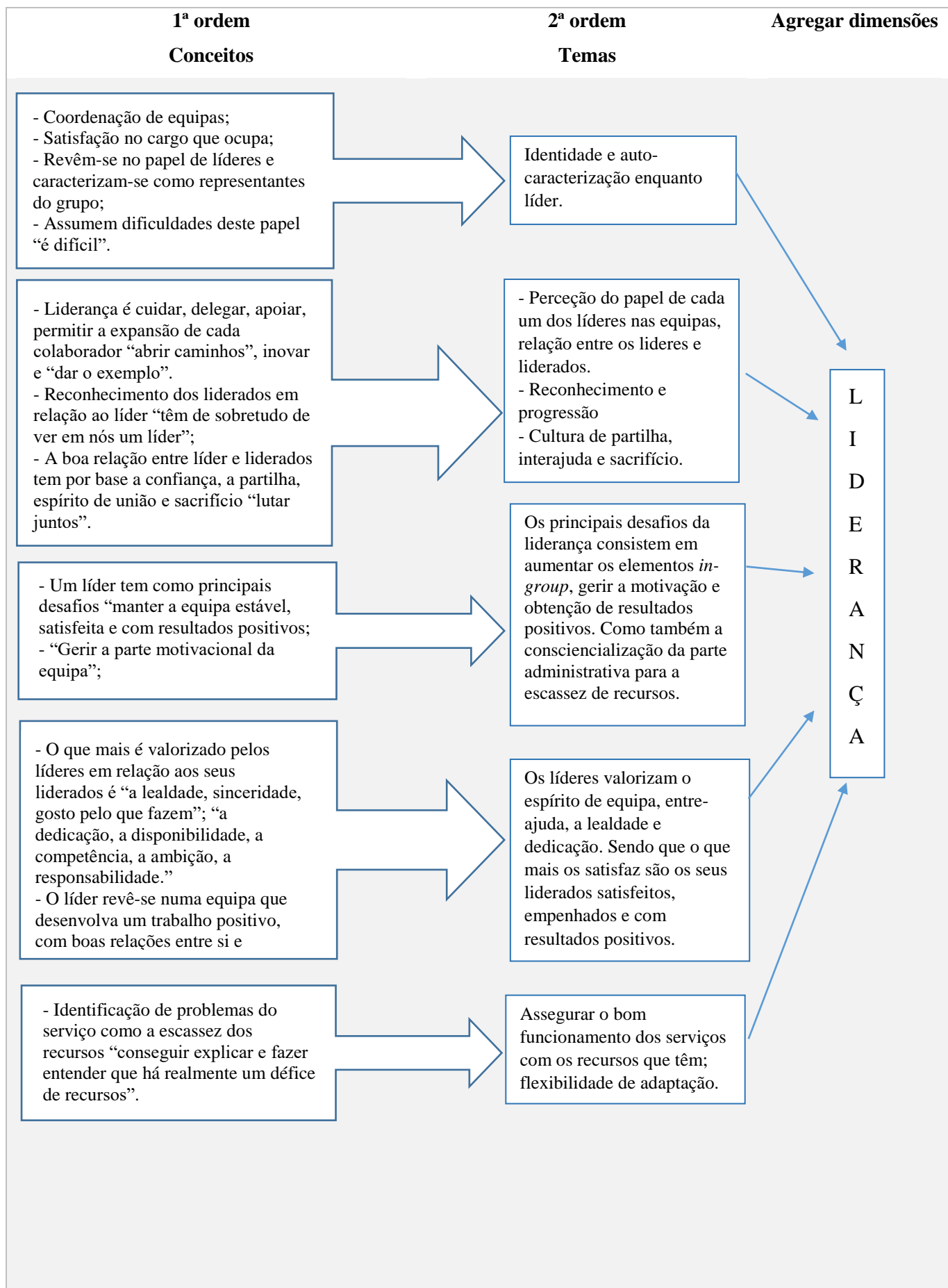
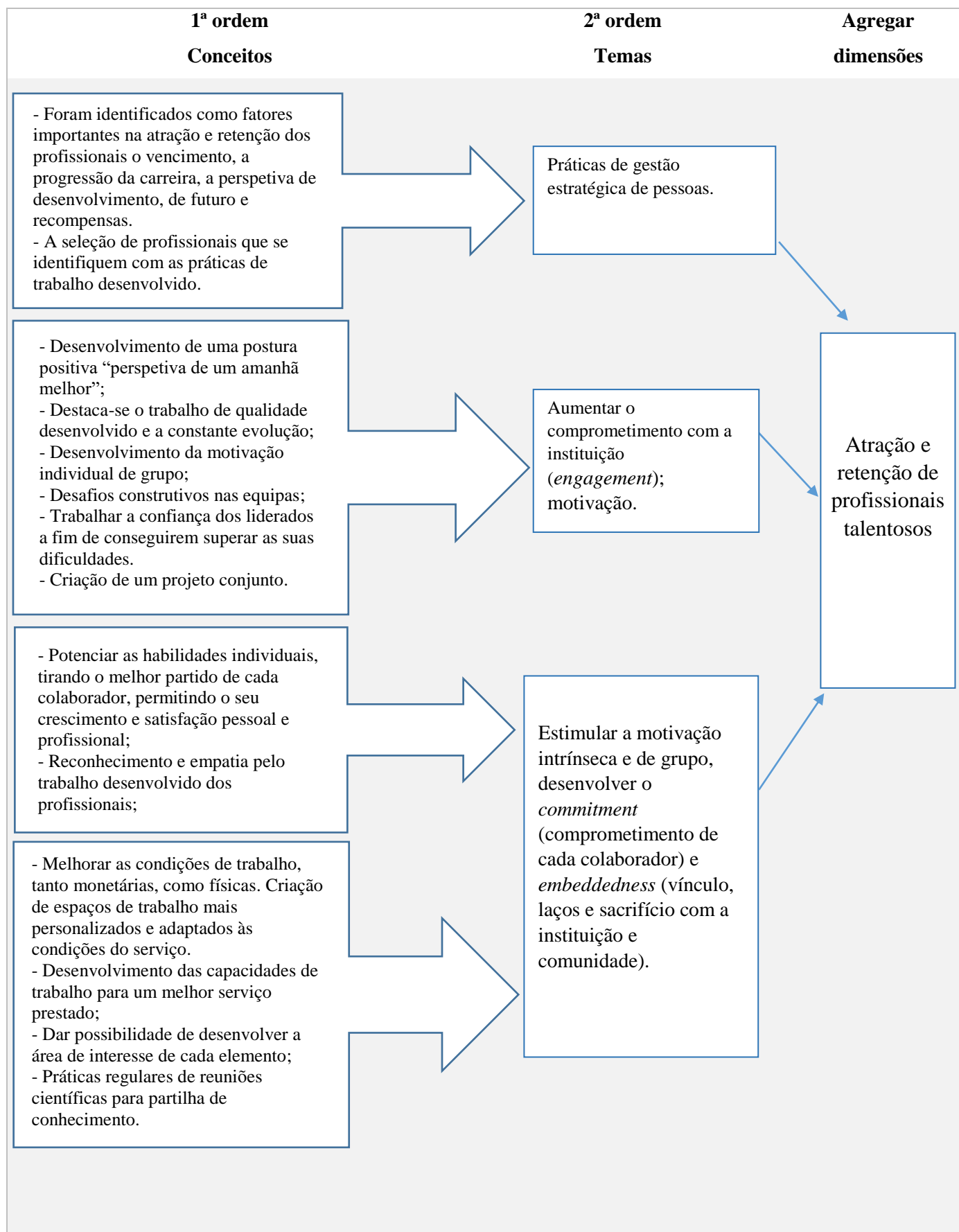


Tabela 4.3. Tabela de resultados - Análise das entrevistas, continuação (Gioia *et al.*, 2013)



Segundo a análise das entrevistas realizadas, os coordenadores assumem a sua liderança como um papel central na equipa, revêem-se nas funções de coordenador, cuidador, mentor, monitor, facilitador, inovador e impulsionador. Trabalham com os seus liderados e reconhecem as suas dificuldades e desafios diários “...continuarmos a lutar juntos”. Identificam como principais dificuldades a motivação, a estabilidade e coordenação de toda a equipa com os recursos disponíveis (flexibilidade e adaptação). O que lhes dá mais satisfação enquanto líderes é a satisfação dos colaboradores, a interajuda, partilha e os bons resultados “...a satisfação da equipa e ver que trabalham bem e que os resultados são positivos...”. Apreciam características dos seus liderados como “...a dedicação, a disponibilidade, a competência, a ambição, a responsabilidade”, ainda a lealdade, sinceridade, espírito de união e sacrifício, “...a espontaneidade ao trabalho, de sacrifício, a disponibilidade que eles demonstram para o serviço e para os elementos separados das equipas, a interajuda e gostarem de desafios...”. A importância de uma boa liderança é criar ambientes socialmente responsáveis, tendo por base a confiança, a união das equipas, a criação de laços entre os líderes e os liderados aumentando os elementos *in-group*. Melhorando a performance individual e de grupo, numa cultura de interajuda, partilha, autodesenvolvimento e de alta qualidade nos serviços prestados.

O comportamento dos líderes numa organização cria clareza e unidade de propósito, que permite tanto à organização como aos seus colaboradores poderem aceder à excelência.

A atração e retenção dos profissionais nas unidades, segundo as entrevistas aos coordenadores, está relacionada com vários fatores, nomeadamente com as práticas de gestão estratégica de pessoas, iniciando-se pelo recrutamento e seleção de profissionais que se identifiquem com as práticas de trabalho desenvolvido e projetos em vigor. A existência de carreiras com vencimentos adequados, com possibilidade de progressão, desenvolvimento e perspetiva de futuro. Com condições físicas de trabalho ajustadas às necessidades dos serviços e que sustentem as premissas a alta qualidade dos serviços de saúde prestados, da qualidade do trabalho desenvolvido e a constante evolução pessoal, profissional e de grupo. A criação de pontes entre os líderes e liderados para uma relação de partilha de conhecimentos, experiências e inclusão dos objetivos individuais no projeto conjunto do serviço “...apoiar os projetos que cada pessoa gostaria...”, potenciando as habilidades segundo as ambições e perspetivas individuais e de grupo. Sendo esta dimensão responsável pelo aumento da motivação, envolvimento (*engagement*) e comprometimento com a organização (*commitment*). Num trabalho diário conjunto de crescimento e satisfação dos profissionais de

saúde envolvidos, aumentado o vínculo, laços e sacrifício com a instituição e comunidade (*embeddedness*).

4.5. Análise crítica

Os profissionais de saúde, no geral, são uma classe profissional com grande dedicação e gosto pelo trabalho que desempenham. Entregam-se diariamente a uma causa maior de cuidado, apoio, respeito e amor ao próximo. Lidam diariamente com dezenas de pessoas fragilizadas física e psicologicamente, tornando a experiência diária dos profissionais um desafio e uma constante aprendizagem.

Neste grupo em estudo, podemos comprovar isso mesmo, os TSDT inquiridos identificam-se e valorizam o trabalho realizado (55% responderam afirmativamente que tem significância para o bem-estar de outras pessoas). São um grupo com elevado crescimento nos últimos anos, tendo por isso uma grande percentagem de profissionais em início de carreira (45% da amostra), esta geração mais nova está focada no seu autodesenvolvimento e realização pessoal, profissional e monetário, o que acarreta um desafio acrescido na retenção destes profissionais na instituição (Duarte *et al.*, 2019). A componente analisada *embeddedness*, tem nos dias de hoje um grande impacto, não só o trabalho em si, como também como é visto pela família e comunidade. Ou seja, como os colaboradores se identificam com o trabalho, criando laços com a instituição, vínculo, espírito de entrega e sacrifício, e ainda a perceção de cada indivíduo na sua comunidade e meio envolvente. Segundo as respostas obtidas, estes profissionais sentem que é vantajoso trabalhar nesta instituição (70%).

Os TSDT fazem exames complementares de diagnóstico, na área da cardiologia existe a possibilidade de especialização em diversos exames mais específicos, ao longo da carreira dos técnicos, essas valências vão sendo exploradas e vão desempenhando diferentes funções de acordo com os seus interesses. O que acontece também neste grupo em estudo, ou seja, nem todos fazem exatamente os mesmos exames, nem todos os profissionais estão aptos para realizarem todos os exames que são realizados no serviço, é um percurso que se vai fazendo em conjunto e todos na equipa se complementam (requer que ponham em prática capacidades elevadas, 35%). Através das respostas observa-se que os técnicos nem sempre sentem que o seu trabalho é valorizado e que nem sempre conseguem pôr em prática as suas habilidades e talentos (55%), no entanto, sentem que têm liberdade de ação (45%) e autonomia nas suas

funções. É um trabalho que requer a integração numa equipa multidisciplinar (50%) e requer muito trabalho de cooperação com outras pessoas (40%), e pelas respostas obtidas, o trabalho desenvolvido diariamente dá um *feedback* da performance individual (25%).

Em análise ao comprometimento com a instituição (*commitment*), está presente uma ligação forte à instituição, destacando-se o *commitment* afetivo. No entanto, a partir da análise do *commitment* normativo, observa-se que os colaboradores sentem alguma de obrigação em permanecer na organização. Em relação ao *commitment* de continuidade, que apresenta uma média mais inferior, remete-nos para a possibilidade de se desenvolver em alguns elementos da amostra, uma diminuição do empenhamento pessoal nas tarefas a realizar.

Estes colaboradores requerem especial atenção, estratégias de motivação e atração devem ser repensadas, trabalhar a AMO dos colaboradores (muitas vezes os superiores não dizem que estão a fazer um bom trabalho, afirmam 40% dos inquiridos), criar ambientes de interajuda e partilha. Através das chefias poderão ser criadas “pontes” para a procura das necessidades destes colaboradores afim da sua satisfação pessoal e profissional de acordo com as necessidades da equipa e do serviço. A melhoria das condições de trabalho, físicas e financeiras, a existência de projetos desafiantes apelativos que englobem os profissionais (de acordo com as suas expectativas), dar possibilidade para a expansão individual e de grupo.

A articulação da gestão estratégica de pessoas, com a liderança, a AMO, o *commitment* e o *embeddedness*, quando alinhadas com a organização, geram um Sistema sustentável, estável e eficaz, tanto para os colaboradores, como para o serviço prestado.

Este estudo teve algumas limitações no que respeita à disponibilidade dos profissionais de saúde em acederem à realização dos inquéritos e entrevistas, como também em darem respostas sinceras e completas. Das quatro unidades em estudo, obtivemos a colaboração de três unidades, seria uma mais valia para este trabalho ter tido a colaboração do Hospital A, uma vez que apresenta uma realidade bastante diferente das analisadas, é uma equipa maior, com mais valências, com diferentes práticas de funcionamento e de gestão de pessoas.

V. Projeto de Intervenção

Os resultados obtidos nos inquéritos e questionários mostram-nos que existe potencial de evolução e otimização da gestão estratégica de pessoas, nomeadamente para os TSDT do serviço de cardiologia das três unidades estudadas. O que justifica a elaboração de uma proposta de melhoria.

A atração e a retenção de profissionais qualificados são uma das principais preocupações nas empresas, e em unidades de saúde representa um desafio acrescido, uma vez que a formação de pessoas qualificadas é um processo complexo e moroso, com gastos diretos para as unidades, assim como a perda destes profissionais. Com o rápido desenvolvimento do mercado de trabalho, obriga as instituições a adaptarem-se a esta evolução, proporcionando recursos e estratégias apelativas (Burton *et al.*, 2010). Através do modelo de gestão estratégica de pessoas, numa perspetiva alinhada com a visão atual da sociedade, centrada no Ser Humano, com princípios de equidade, responsabilidade e criando ambientes socialmente responsáveis (Duarte *et al.*, 2019), alinhadas com a visão da organização e que contribuam para o seu desenvolvimento, sustentabilidade e estabilidade.

Neste capítulo será apresentada uma proposta de intervenção estratégica de melhoria para a atração e retenção dos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica de Cardiopneumologia, abordando inicialmente as políticas globais e seguidamente as políticas específicas adaptadas às unidades em estudo.

Tendo em conta as características deste projeto, centrado nos trabalhadores, no seu bem-estar pessoal e profissional de forma a atrair e reter os profissionais de saúde nas unidades, deve-se recorrer a uma metodologia estratégica que desafie os modelos tradicionais de gestão de mudanças nas equipas/organizações, assim através da abordagem *Appreciative Inquiry*, podemos apelar ao melhor do passado e presente, para projetar um futuro (Cooperrider, 1990).

Esta metodologia/abordagem de monitorização baseia-se onde a equipa, serviço ou organização pretende estar tendo como exemplo os melhores momentos, ou seja, esta abordagem pressupõe que a organização apresente um conjunto de pontos fortes, que em si mesmos constituem elementos para potenciar. Tem por base uma realidade técnica, sendo as novas informações e a inovação, os impulsionadores para as soluções da organização, dando assim resposta às necessidades da equipa, organização e sociedade.

A *Appreciative Inquiry* baseia-se em três valores principais, a mudança, a visão e a busca da verdade (remetendo-nos para o melhor das pessoas e das organizações), passa por

ganharmos confiança individual e da equipa (consciência do valor, potencial e força que existe), para termos mais momentos de sucesso (Cooperrider, 1996). Desta forma, segundo os autores Cooperrider & Whitney (2000), esta metodologia tem como princípios o Construcionismo Social (comunicação humana), Teoria das Imagens do Futuro (a imagem do futuro influencia as decisões e ações do presente) e Investigação Qualitativa (passa pela compreensão da cultura, organização e sociedade através da experiência e observação participante dos colaboradores). A representação visual denomina-se ciclo 4D e representa as quatro etapas desta iniciativa, nomeadamente a descoberta, o sonho, o projeto e a criação (futuro), tem como objetivo aumentar o *Empowerment* das equipas, a mobilização (planeamento de ações), e estabelecer um foco no futuro (energiza a equipa):

- Descoberta: a descoberta é promovida através do questionamento individual e da discussão do trabalho de grupo (conhecimentos e experiências adquiridas). Pode assumir a forma de entrevistas estruturadas ou inquéritos, sempre numa vertente de um questionamento positivo, procurando apreciar e valorizar “o que de melhor existe” na organização e na equipa.

O serviço de cardiologia representa uma área de grande interesse, clínico e científico para a sociedade, sendo que os serviços prestados aos utentes têm grande impacto no diagnóstico, tratamento e acompanhamento de doenças cardiovasculares. Necessitam de colaboradores especializados e integrados em equipas estáveis, com possibilidade de progressão e crescimento.

Segundo os resultados obtidos através dos questionários realizados, podemos observar que os técnicos sentem que o seu trabalho nem sempre é valorizado, e que nem sempre põe em prática os seus conhecimentos (habilidades e talentos). No entanto, valorizam o trabalho realizado, gostam do trabalho que desempenham e acham que trabalhar nesta instituição é vantajoso.

- Sonho: A partir das ideias descobertas, procura-se encontrar sinergias entre o que já existe de positivo e o que se espera para o futuro das equipas, e de que forma serão melhorados e adaptados os recursos com o objetivo de melhorar as condições de trabalho dos profissionais (atração e retenção dos TSDT), e consequentemente melhorar os serviços prestados aos utentes.

As equipas estão alinhadas com a organização, nos questionários realizados para este estudo, observamos que os inquiridos se identificam com a organização e também com o trabalho que desenvolvem. A partir daqui reformulamos o pensamento e as nossas práticas

futuras, ou seja, motivamos, atraímos e retemos os colaboradores reajustando as condições de trabalho (pessoais e físicas). Nomeadamente através da valorização do seu trabalho diário e percurso profissional, com remunerações e incentivos financeiros adequados (alinhados com a organização), com a possibilidade de progressão na carreira (correta e ajustada), com acesso à expansão do conhecimento científico e realização pessoal, numa dinâmica de interajuda e partilha de conhecimento. Cultivando a busca do melhor de cada um, para um melhor desempenho em equipa.

- Projeto: Realização de um projeto com objetivos bem definidos, alinhado com a organização que se ajuste às necessidades do serviço, das equipas e dos colaboradores, tornando viável a sua realização.

Na análise crítica realizada neste estudo, foram identificados os principais pontos que devem ser trabalhados e melhorados, sendo os princípios chave para a elaboração do projeto de intervenção futura. Sendo definidos primeiramente as políticas globais e depois as políticas específicas ajustadas a cada unidade.

- Criação: A criação inclui a definição dos passos necessários para atingir o sonho definido pela equipa, a atribuição de funções e a definição de objetivos e metas. É uma fase de materialização de um “sonho comum” num plano de ação. O ciclo termina com a fase da criação, onde o plano é colocado em prática.

Para isso, deverão ser delineadas e mapeadas as atividades a desenvolver nas equipas, com a apresentação da periodicidade e frequência que cada atividade deve ter. Com a correta organização de cada passo é possível chegarmos ao resultado final a que o projeto de intervenção se propõe.

É um método simples e acessível, mas abrangente e profundo para conseguir provocar mudanças significativas nas equipas e organização.

5.1. Políticas globais

As políticas globais deverão ser sustentadas pelos três principais conceitos do modelo estratégico de gestão de pessoas anteriormente apresentado, nomeadamente a estrutura da organização, processos e estratégia (figura 5.1).

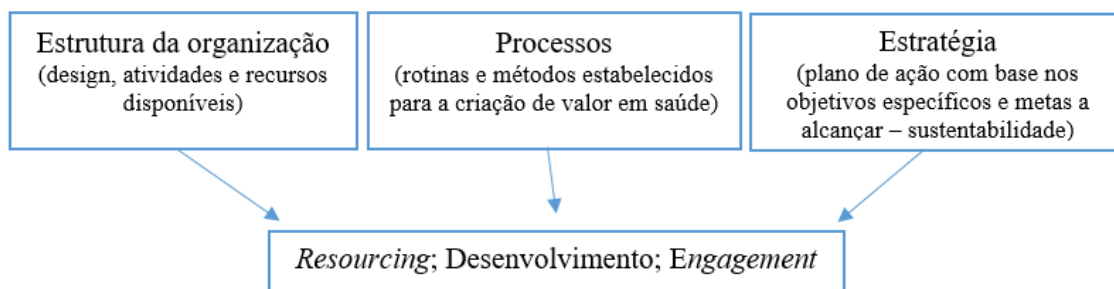


Figura 5.1. Pilares do modelo estratégico de GP (Duarte *et al.* 2019)

Com base nestas premissas desenhamos o processo de recrutamento, atração e seleção de talentos, como também o processo de formação contínua e aprofundamento do conhecimento. Alinhando e trabalhando o comprometimento com a organização de cada colaborador, através de políticas inclusivas, numa cultura de capacitação e confiança mútua (líderes e liderados), tendo por base uma carreira bem estruturada e justa. Sendo este os fatores chave para a gestão estratégica de pessoas, assim com base nas premissas do autor (Posthuma *et al.*, 2013), as boas práticas de gestão de pessoas passam por:

- 1) Recrutamento: na entrevista de seleção deverão estar claras as funções a desempenhar, como também a seleção de um perfil que se ajuste às necessidades do serviço desenvolvido e da equipa, com o objetivo de uma boa integração (apresentação do colaborador à equipa e preparação da equipa para receber o novo elemento, garantindo o seu acompanhamento inicial e organizando o trabalho a realizar).
- 2) Desenho do trabalho: devendo estar os postos de trabalho bem definidos e a relação entre eles, numa perspetiva de aumento da capacidade de adaptação profissional à equipa e à cultura organizacional.
- 3) Relações laborais e de comunicação: implementação de boas práticas de relações interpessoais e de partilha. A comunicação tem um forte impacto na perceção e

aceitação dos eventos diários, deverá ser transparente, clara, atempada e compreensível, numa perspectiva de aprendizagem, apoio e interajuda.

- 4) Gestão do desempenho e desenvolvimento de estratégias para o desenvolvimento individual e coletivo.
- 5) Compensações e benefícios: criação de metas anuais apelativas em que cada colaborador tenha a possibilidade de ser compensado pelo trabalho ou função extra desenvolvido, alinhado com a estratégia da organização (criação de um estímulo pelo trabalho desenvolvido e objetivos alcançados).
- 6) Desenvolvimento de formações científicas obrigatórias e sensibilização das equipas: realização das práticas de trabalho com base na criação de valor em saúde (sendo importante a contínua formação e atualização dos trabalhadores das equipas, com o objetivo de se tornarem mais eficazes na organização).
- 7) Gestão da rotação e gestão da retenção: possibilidade da rotação pelos diversos exames realizados no serviço, de modo a integrar cada colaborador nas diferentes funções, proporcionando ao colaborador uma variedade de experiências e assim aumentar as valências individuais e coletivas.
- 8) Desenho bem estruturado da progressão na carreira: possibilitando o desenvolvimento contínuo, oportunidades e métodos de progressão;

Para a articulação bem sucedida dos três conceitos base (estrutura da organização, processos e estratégia) e a gestão de pessoas (*Resourcing*, Desenvolvimento e *Engagement*), o modelo de gestão estratégica dos autores (Duarte *et al.*, 2019) apresenta os três pilares principais, sendo: 1) Cultura Organizacional, representa o conjunto de processos que funcionem de forma estruturada e organizada entre os colaboradores e a organização, mantendo os princípios de ética, autonomia, evolução, desenvolvimento e responsabilidade. 2) Comunicação (efetiva, clara, atempada), crucial na gestão de pessoas, sendo responsável pelo sucesso das ações e processos, como também na consolidação da identidade da organização. 3) Liderança (visionária, inclusiva, com capacidade de adaptação e disruptiva), focada na implementação de boas práticas de crescimento individual e coletivo (figura 5.2).

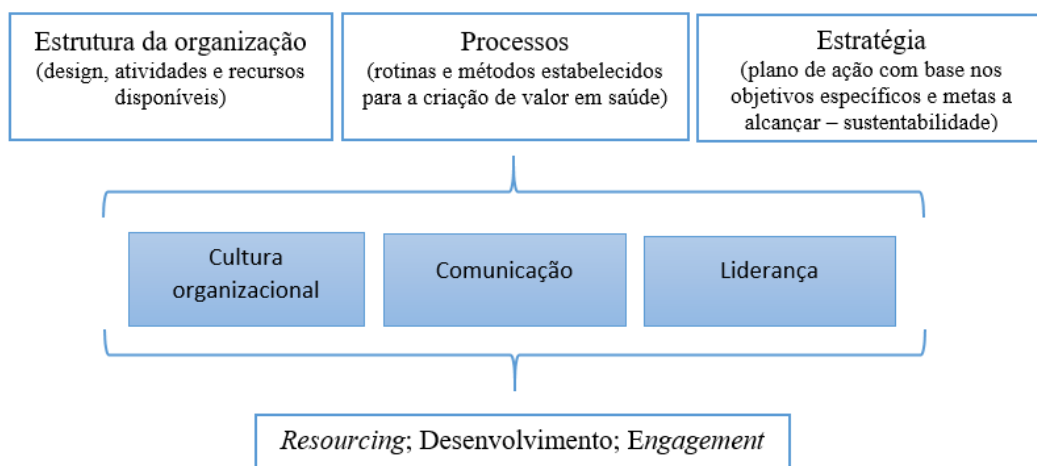


Figura 5.2. Modelo estratégico de GP (Duarte *et al.*, 2019)

5.2. Políticas específicas adaptadas às unidades

As políticas globais apresentadas serão a base transversal aos profissionais de saúde, no entanto, entre as três unidades estudadas, cada serviço de cardiologia tem necessidades diferentes. Essa diferença deve-se ao facto de existir diferentes tipos de exames de cardiologia realizados, o volume de trabalho, o número total de profissionais que colaboram em cada serviço e também a população alvo com que cada unidade trabalha (no hospital B e na Clínica A, existem acordos com o sistema nacional de saúde – SNS, o que faz aumentar exponencialmente a procura dos exames). Por isso faz sentido apresentarmos políticas específicas adaptadas às unidades.

Como foi referido na entrevista do chefe coordenador de cardiologia (anexo C, E3), existe um projeto base para cada unidade, e a chefia tem uma estratégia pré-definida para atingir os seus objetivos, tentando adaptar cada elemento da equipa a esse projeto. Assim em cada unidade deverá existir:

- 1) Alinhamento de cada colaborador com o projeto da equipa;
- 2) Liderança presente e ativa (apoio à equipa dos TSDT; desenvolvimento de uma cultura de expansão individual e coletiva de forma a cada técnico tenha a possibilidade de se especializar numa área do seu interesse);
- 3) Reuniões quinzenais ou mensais obrigatórias (discussão de eventos inesperados, resolução de problemas, ponto de situação, sugestões de melhoria);

- 4) Delegação de tarefas (para não existir sobrecarga de nenhum elemento, a delegação de tarefas é importante num serviço multidisciplinar; existência de um mapa de tarefas a realizar distribuído de forma justa e equilibrada envolvendo todos os elementos da equipa);
- 5) Realização obrigatória anual de pelo menos uma formação científica na área de interesse de cada colaborador (TSDT);
- 6) Tecnologia como recurso de melhorar a experiência de trabalho (sistemas e suporte informático compatível com as necessidades do serviço);
- 7) Criação de metas individuais anuais remuneradas, como meio impulsionador de aprendizagem e desafio pessoal e profissional.

Em saúde a diversidade da experiência vivida é fundamental para um melhor serviço prestado ao utente, assim seria interessante a partilha entre as unidades, através de um plano estratégico (figura 5.3), nomeadamente:

- 1) Desenvolvimento de atividades entre unidades, como “o dia aberto”, em que os colaboradores podem experienciar novas situações no trabalho diário realizado;
- 2) Desenvolvimento de atividades junto da sociedade (sensibilidade da população para as doenças cardiovasculares);
- 3) Desenvolvimento de trabalhos na área da cardiologia individuais/grupo e apresentação entre unidades (anuais).



Figura 5.3. Plano estratégico entre unidades

5.3. Sistema de monitorização e avaliação

O sistema de monitorização e avaliação tem por base o desenho da teoria formulada pelos líderes da equipa, relativamente às medidas com potencial impacto no objetivo do projeto, apresentados, neste caso, através de um *Driver Diagram*. Esta representação visual dos objetos passa pela divisão dos temas na seguinte forma: 1) Identificação do grande objetivo do projeto (atração e retenção); 2) Identificar os “*Primary Drivers*”, ou seja, o que mais influencia esse projeto; 3) Identificar os “*Secondary Drivers*”, que passa por listar ideias de mudança e melhoramento específicos (devem ser completamente operacionalizáveis) e por fim, decidir as atividades ou projetos que se pretendem priorizar e avaliar (Soar & Cruikshanks, 2023), representados na figura 5.4.

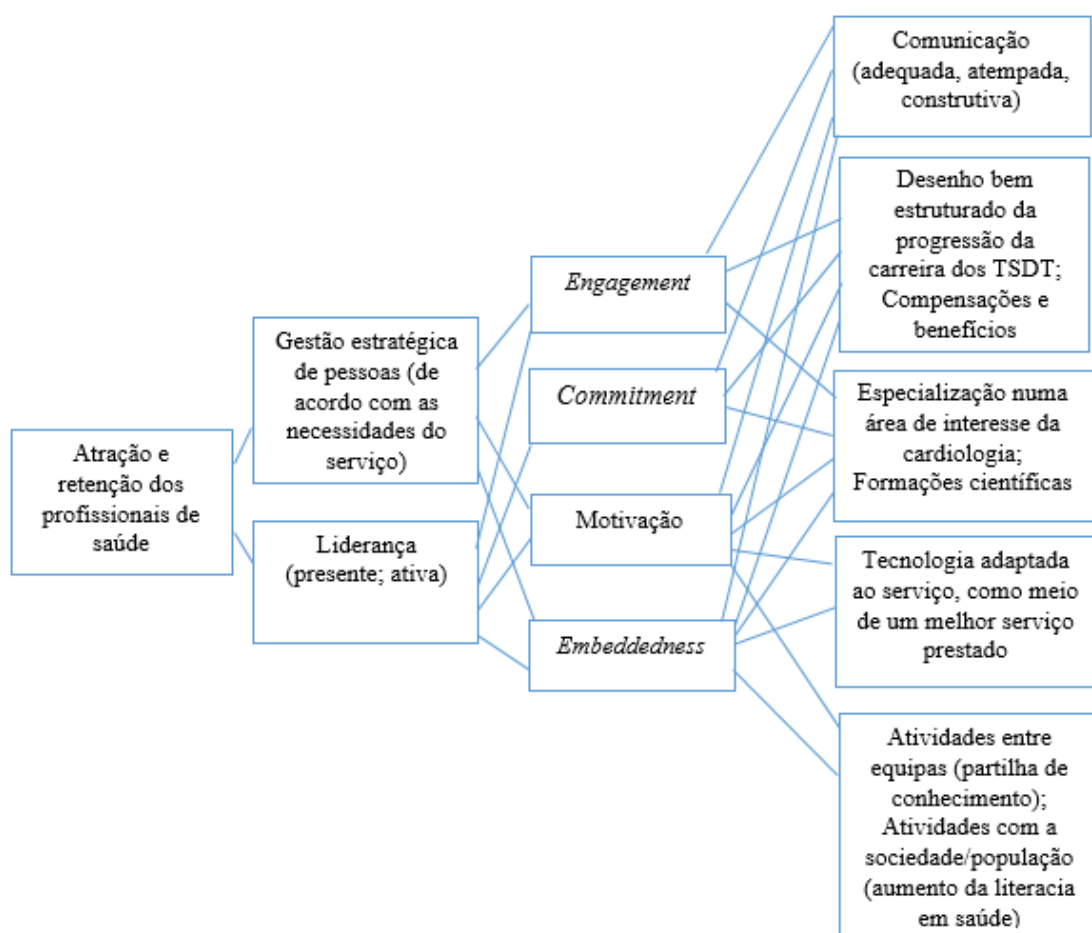


Figura 5.4. *Driver Diagram* – Atração e retenção dos TSDT na cardiologia

A monitorização e avaliação constante das equipas é fundamental para a perceção global do desempenho organizacional e das equipas. Esta prática permite corrigir fatores ou medidas que estejam desadequadas, que apresentem baixos níveis de desempenho ou mesmo a aplicação incorreta de processos de gestão estratégica. Permitindo assim, a aplicação mais eficiente de medidas corretivas.

Para uma correta avaliação é necessário que a monitorização seja realizada através da recolha de dados relevantes. Assim, através de métricas de performance, é possível conhecer como a organização/serviço cria valor para os seus colaboradores e clientes.

5.3.1. *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* (BSC) é um instrumento de gestão de avaliação do desempenho numa organização ou serviço. Segundo os autores Kaplan & Norton (1997), fornece uma visão global da *performance* sob quatro expectativas (financeira, cliente, processos internos, inovação e aprendizagem). Este instrumento de gestão tem a capacidade de interligar os indicadores de *performance* à estratégia, proporcionando aos gestores uma visão mais alargada e integrada do desempenho, clarifica as relações de causa-efeito programadas, liga o controlo operacional à visão e à estratégia, como também tem como principal foco os pontos mais críticos.

Para o presente estudo, o BSC apresenta uma dinâmica de avaliação com um sentido de propósito agregado maior, possibilitando identificar e avaliar a *performance* do serviço de cardiologia pelas quatro perspetivas acima referidas, afim de ver um serviço/organização com um todo, na busca da melhoria individual, coletiva, serviços prestados ao cliente, na satisfação do cliente e bons resultados para a empresa. Os bons resultados da *performance* das equipas e dos serviços, geram bons resultados no serviço prestado e satisfação do cliente/utente (fidelização), o que proporciona bons resultados para a empresa.

Assim foi elaborada uma tabela de BSC para o serviço de cardiologia, onde estão identificados os objetivos, fatores críticos, indicadores de *performance* e metas a atingir (utilização de valores de exemplo/valores fictícios), nas quatro perspetivas (financeira, cliente, processos internos, inovação e aprendizagem), representados na tabela 5.1.

Tabela 5.1. BSC no serviço de cardiologia

Perspetivas	Objetivos	Fatores críticos	Indicadores de <i>performance</i>	Metas a atingir (Anuais)
Financeira	- Aumentar a rentabilidade da capacidade instalada	- Aumentar o número e a variedade de exames e consultas de cardiologia a realizar; - Aproveitamento do espaço físico disponível	- Nº de exames de cardiologia realizados; - Nº de consultas em ambulatório - Espaço físico reestruturado e melhorado	- Aumento 10% dos exames de cardiologia - Aumento 5% das consultas - Aproveitamento de 10% do espaço físico disponível
	- Diminuir os custos/gastos	- Controlo dos custos dos profissionais envolvidos (despedimento e contratação) - Controlo dos gastos de recursos materiais (exames sem papel)	- Custo com os colaboradores/rendimentos - informatizar processos (formações)	- Redução de 3% com os colaboradores - Redução 20% no desperdício do papel
Cliente	- Incrementar a satisfação do cliente e resposta às suas necessidades	- Retenção do cliente	- Minimização das reclamações	- Diminuição de 10% as reclamações
	- Melhorar a qualidade e excelência dos serviços prestados	- Fidelidade do cliente - Atendimento personalizado	- Volume de novos clientes	- Aumento de 10% do número de novos clientes
Processos Internos	- Aumentar a qualidade e eficiência	- Eficiência	- Nº médio diário de profissionais ao serviço - Nº médio de exames e consultas por médico	- Aumento de 5% do nº médio de exames e consultas
	- Aumentar o profissionalismo	- Qualidade	- Gestão de conflitos - Resolução de problemas	- Acreditação
Inovação e aprendizagem	- Aumentar os níveis de motivação	- Identidade dos colaboradores com a organização - Trabalho de equipa - Motivação	- Taxa de absentismo - Índice Potencial motivador (IPM)	- Diminuir 10% a taxa de absentismo - Aumentar o IPM
	- Promover a formação e carreiras profissionais	- Qualificação e diferenciação dos profissionais	- Nº de horas de formação - Nº de horas em estágio numa nova valência	- Realização de 20h de formação anuais para cada colaborador - Realização de pelo menos 1 estágio numa nova valência

	- Aumentar as capacidades e aperfeiçoamento das técnicas informáticas disponíveis e equipamentos	- Tecnologia atual e ajustada às necessidades do serviço	- Investimento em tecnologia como apoio a um melhor trabalho desenvolvido	- Aumento de 5% do investimento em tecnologia como recurso de um melhor serviço prestado
--	--	--	---	--

A *Performance* dos serviços tem por base o alinhamento das equipas, convergência dos objetivos individuais e as iniciativas da organização, através de uma visão integrada, da comparação sistemática de resultados (recorrendo a métricas consistentes), com recurso a práticas que sejam “geradoras de valor”, aumentando os padrões de qualidade do sistema. Assim, este instrumento consiste na criação de valor organização/serviços, tendo como base a ação e a tomada de decisão em tempo útil (delegação de autoridade e responsabilização), por meios técnicos (pilotagem das ações, demonstrações financeiras), humanos (comportamentos, competências, ética, motivação, envolvimento e responsabilização por resultados).

Este mapa de avaliação representa a interligação dos indicadores de *performance* e a estratégia definida para o serviço de cardiologia em estudo.

No entanto, seria interessante a realização de um BSC corporativo da organização, através da realização dum mapa estratégico onde os objetivos definidos deverão ter uma relação de causa-efeito entre si. Contudo, não deixa de existir também este pensamento em termos de modelo para este BSC operacional. Assim será apresentado (figura 5.5) um mapa estratégico representativo, ainda que o mesmo devesse ser articulado com o mapa estratégico do grupo privado de saúde.

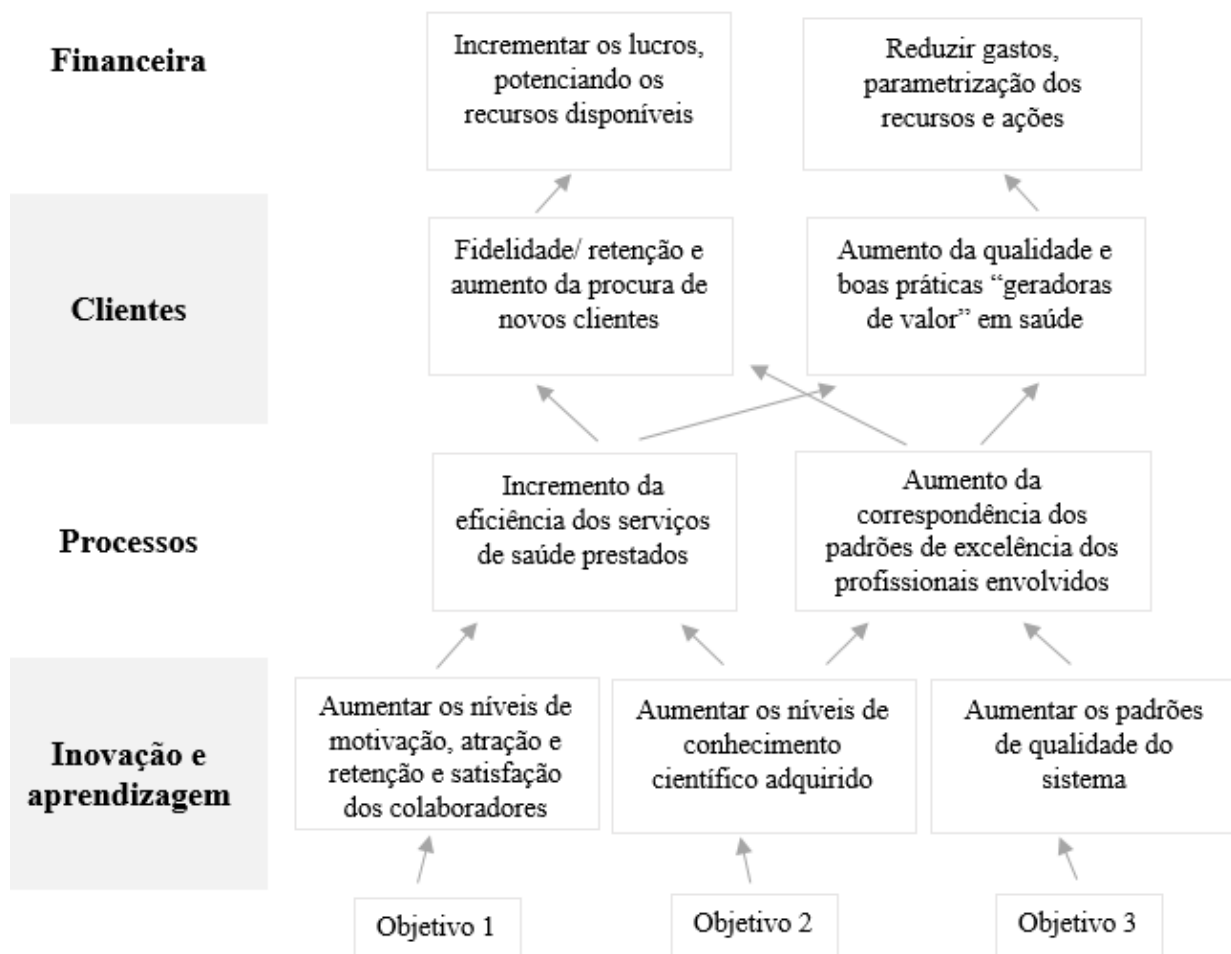


Figura 5.5. Mapa estratégico BSC corporativo

A gestão dos recursos e a criação de metas responsáveis, justas e viáveis, são muitas vezes estímulos individuais e das equipas. Boas referências e bons resultados são umas das características que potenciam a atração e retenção dos colaboradores.

VI. Conclusão

A atração e retenção dos profissionais de saúde é um processo complexo e exigente tanto para os líderes, como para as organizações de saúde. A perda de profissionais especializados acarreta grandes custos para as instituições, na formação e aquisição de novos colaboradores. É fundamental existirem boas práticas de gestão estratégica de pessoas na atração e retenção, para o bom funcionamento e equilíbrio dos serviços.

Para um desenvolvimento mais profundo e abrangente deste tema foi realizado este estudo, num grupo de saúde privado, que teve como base um dos modelos da gestão estratégica de pessoas, as práticas de retenção de pessoas e ainda as dimensões liderança, motivação, *commitment* e *embeddedness*. A partir desta revisão de literatura, pretendeu-se analisar a articulação destes conceitos, como determinantes para o bom funcionamento das equipas e serviços. O alinhamento dos colaboradores com a organização é fundamental para formar equipas dedicadas, motivadas, disponíveis, interessadas e com verdadeira ligação à instituição e clientes. O quadro de referência teórica efetuado no âmbito desta pesquisa, é consistente nos pressupostos anteriormente referidos.

Para o efeito, procedeu-se ao diagnóstico organizacional recorrendo-se a questionários, entrevistas e a sua posterior análise. Os resultados obtidos mostram que os colaboradores apresentam uma forte ligação afetiva com a organização, sentem-se motivados nas atividades que realizam, relevam que as tarefas realizadas têm significado, e identificam-se com o trabalho desenvolvido. No entanto, nem sempre se sentem valorizados e assumem que nem sempre põem em prática os seus conhecimentos, habilidades e talentos. Estes resultados estão ainda mais evidenciados no grupo de faixa etária mais jovem, o que desafia os padrões que vêm sendo praticados neste grupo de saúde.

Face aos resultados obtidos e às exigências atuais deste serviço, foi realizado um plano de intervenção, visando a melhoria da *performance* com a introdução de um novo modelo de gestão estratégica de pessoas. Aplicou-se a abordagem *Appreciative Inquiry*, que visa analisar o melhor do passado (experiências e ações) e construir um futuro desejável. Foi identificado o problema (descoberta), idealizado a solução (sonho), criação de um projeto de intervenção (políticas globais e específicas), e realização do mapeamento das atividades e ações (criação).

O modelo de gestão estratégica de pessoas apresentado assenta em princípios de responsabilidade e equidade, tem por base a estrutura da organização, os processos e a estratégia da organização, alinhados com a gestão de pessoas (*resourcing*, desenvolvimento e

engagement). Sendo que, a articulação bem-sucedida destes conceitos assenta nos três pilares fundamentais, nomeadamente a cultura organizacional, a comunicação e a liderança.

Desenvolveu-se um plano estratégico entre as unidades com o objetivo de partilha e difusão do conhecimento, desenvolvimento de competências, promover o trabalho de equipa e inovação.

Foi ainda concebido um modelo de gestão e avaliação das práticas desenvolvidas. Através do instrumento de monitorização *Balanced Scorecard*, é possível medir a *performance* do serviço de cardiologia em estudo, assim como permitir o alinhamento com o modelo de gestão de desempenho dos TSDT.

No mundo atual em que a oferta é grande e o desenvolvimento dos sistemas é exponencial, cabe às organizações de saúde conseguirem aprender e reajustarem-se a estes contextos incertos. Assim, para responder às perguntas de investigação que se levantaram para a realização deste trabalho, podemos afirmar que é fundamental dar apoio e condições de trabalho aos colaboradores, facilitar o seu progresso e evolução, investir em profissionais de excelência, investir na criação de equipas consistentes, estáveis e fiáveis. O que proporciona uma contínua satisfação dos colaboradores, mantendo-os motivados e empenhados na realização das suas funções. Num modelo de gestão estratégico de pessoas, centrado no Ser Humano, alinhado com a organização, para um melhor serviço prestado com mais qualidade e mais centrado no doente.

Com este trabalho espera-se contribuir para a sensibilização, desenvolvimento e aperfeiçoamento de políticas, estratégias e boas práticas de gestão estratégica de pessoas, liderança, motivação, *commitment* e *embeddedness*, que satisfaçam os profissionais de saúde, de modo a conseguirem desempenhar cada vez melhor as suas funções, em ambientes sustentáveis, estáveis, viáveis e com perspetiva de futuro.

VII. Referências bibliográficas

- Al-Janabi, A., Al-Wahdani, B., Ammar, W., Arsenault, C., Asiedu, E. K., Etiebet, M. A., & Thapa, G. (2018). Bellagio Declaration on high-quality health systems: from a quality moment to a quality movement. *The Lancet Global Health*, 6(11), e1144-e1145.
- Altindis, S. (2011). Job motivation and organizational commitment among the health professionals: A questionnaire survey. *African Journal of Business Management*, 5(21), 8601.
- Boin, A., Hart, P. T., McConnell, A., Stark, A., Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., Obstfeld, D. & Schroeder, A. D. (1999). VOLUME III.
- Burton, J., Holtom, B., Sablinski, C., Mitchell, T., & Lee, T. (2010). The buffering effects of job embeddedness on negative shocks. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 42–51.
- Caetano, A., & Vala, J. (orgs.) (2002). *Gestão de recursos humanos: Contextos, processos e técnicas*. Lisboa: Editora RH.
- Chambel, M. J., & Santos, M. V. (2009). Práticas de conciliação e satisfação no trabalho: Mediação da facilitação do trabalho na família. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 275-286.
- Cameron, K. e Quinn, R. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture*, New York: Addison- Wesley.
- Cooperrider, D. L. (1990). Positive image, positive action: The affirmative basis of organizing. *Appreciative management and leadership*, 91125.
- Cooperrider, D. L. (1996). The child as agent of inquiry. *Organization Development Practitioner*, 28(1), 5-11.
- Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2000). A positive revolution in change: Appreciative inquiry. In *Handbook of organizational behavior, revised and expanded* (pp. 633-652). Routledge.
- Day, D. V., Riggio, R. E., Tan, S. J., & Conger, J. A. (2021). Advancing the science of 21st-century leadership development: theory, research, and practice. *The Leadership Quarterly*, 32(5), 101557.

Deloitte Global Human Capital Trends. Disponível em 26-02-2023, em: <https://www2.deloitte.com/insights/us/en/focus/human-capital-trends/2019/leading-social-enterprise.html>

Deniz, N., Noyan, A., & Ertosun, Ö. G. (2013). The relationship between employee silence and organizational commitment in a private healthcare company. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 99, 691-700.

Diamantidis, A. D., & Chatzoglou, P. (2019). Factors affecting employee performance: an empirical approach. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 68(1), 171-193.

Drath, W. H., McCauley, C. D., Palus, C. J., Van Velsor, E., O'Connor, P. M., & McGuire, J. B. (2008). Direction, alignment, commitment: Toward a more integrative ontology of leadership. *The leadership quarterly*, 19(6), 635-653.

Duarte, A., do Nascimento, G., & Almeida, F. (2019). Gestão de Pessoas 4.0 - Entre a continuidade e a reinvenção.

Fang, Y. (2001). Turnover propensity and its causes among Singapore nurses: an empirical study. *International journal of human resource management*, 12(5), 859-871.

Felps, W., Mitchell, T.R., Hekman, D.R., Lee, T.M., Harman, W. and Holtom, B. (2009), “Turnover contagion: how coworkers’ job embeddedness and coworkers’ job search behaviors influence quitting”, *Academy of Management Journal*, Vol. 52 No. 3, pp. 545-561.

Gaesawahong, R. (2014), “A review of nurses’ turnover rate: does increased income solve the problem of nurses leaving regular jobs”, *Bangkok Medical Journal*, Vol. 9, pp. 76-82.

Gagné, M. et al., 2010. the Motivation At Work Scale: Validation in Two Languages. *Educational and Psychological Measurement*, 70, pp.628–646.

Gibson, C. B., & Birkinshaw, J. (2004). The antecedents, consequences, and mediating role of organizational ambidexterity. *Academy of management Journal*, 47(2), 209-226.

Gioia, D. A., Corley, K. G., & Hamilton, A. L. (2013). Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. *Organizational research methods*, 16(1), 15-31.

Gittell, J. (2009). High performance healthcare: Using the power of relationships, to achieve quality, efficiency and resilience. New York: McGraw Hill.

- Gittell, J. H., Seidner, R., & Wimbush, J. (2010). A relational model of how high-performance work systems work. *Organization science*, 21(2), 490-506.
- Given, L. M. (2008). *The Sage Encyclopedia of Qualitative Research Methods*. London: Sage Publications.
- Graen, G. B., & Uhl-Bien, M. (1995). Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-level multi-domain perspective. *The leadership quarterly*, 6(2), 219-247.
- Gubman, E. L. (1998). *The talent solution: Aligning strategy and people to achieve extraordinary results*. New York: McGraw-Hill.
- Hackman, J.R. e Oldham, G.R. (1976). Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Hackman, J. R., Oldham, G. R. (1980). *Work Redesign*. New York: Addison Wesley Publishing Company.
- Halbesleben, J. R. B., Neveu, J. P., Paustian-Underdahl, S. C., & Westman, M. (2014). Getting to the “COR”: Understanding the role of resources in conservation of resources theory. *Journal of Management*, 40, 1334–1364.
- Hall, D. (2004). The Protean Career: a quarter-century journey. *Journal of Vocational Behavior*. 65, 1-13.
- Harris, K.J., Wheeler, A.R. and Kacmar, K.M. (2011), “The mediating role of organizational job embeddedness in the LMX-outcomes relationships”, *The Leadership Quarterly*, Vol. 22 No. 2, pp. 271-281.
- Holtom, B., Tidd, S., Mitchell, T., & Lee, T. (2013). Temporal dependency in the prediction of newcomer turnover. *Human Relations*, 66, 1337–1352.
- Holtom, B. C., & Darabi, T. (2018). Job embeddedness theory as a tool for improving employee retention. *Psychology of retention: Theory, research and practice*, 95-117.
- Holtom, B. C., Kiazad, K., & Dandu, Y. (2019). Organizational practices that promote job embeddedness and retention. *Organizational Dynamics*, 49(4), 100731.

- Holtom, B.C. and O'Neill, B.S. (2004), "Job embeddedness", A Theoretical Foundation for Developing a Comprehensive Nurse Retention Plan", *Journal of Nursing Administration*, Vol. 34 No. 5, pp. 216-227
- Holtom, B. C., Mitchell, T. R., & Lee, T. W. (2006). Increasing human and social capital by applying job embeddedness theory. *Organizational Dynamics*, 35, 316–331.
- Johnson, R. E., Chang, C. H., & Yang, L. Q. (2010). Commitment and motivation at work: The relevance of employee identity and regulatory focus. *Academy of management review*, 35(2), 226-245.
- Kabene, S. M., Orchard, C., Howard, J. M., Soriano, M. A., & Leduc, R. (2006). The importance of human resources management in health care: a global context. *Human resources for health*, 4(1), 1-17.
- Kadiresan, V., Selamat, M. H., Selladurai, S., Ramendran, C. S., & Mohamed, R. K. M. H. (2015). Performance appraisal and training and development of human resource management practices (HRM) on organizational commitment and turnover intention. *Asian Social Science*, 11(24), 162.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1997). *A estratégia em ação: balanced scorecard*. Gulf Professional Publishing.
- Kiazad, K., Holtom, B. C., Hom, P. W., & Newman, A. (2015). Job embeddedness: a multifoci theoretical extension. *Journal of Applied Psychology*, 100(3), 641.
- Kim WG, Leong JK, Lee YK (2005). Effect of service orientation on job satisfaction, organizational commitment, and intention of leaving in a casual dining chain restaurant. *Hosp. Manage.*, 24: 171-193.
- Lambert, E. G., Hogan, N. L., & Griffin, M. L. (2007). The impact of distributive and procedural justice on correctional staff job stress, job satisfaction, and organizational commitment. *Journal of criminal justice*, 35(6), 644-656.
- Lee, T., Mitchell, T., Sablinski, C., Burton, J., & Holtom, B. (2004). The effects of job embeddedness on organizational citizenship, job performance, volitional absences, and voluntary turnover. *Academy of Management Journal*, 47, 711–722.
- Mascarenhas, A. O. (2020). *Gestão estratégica de pessoas: evolução, teoria e crítica*. Cengage Learning.

Meyer, J., & Allen, N. (1997). *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application*. London: Sage.

Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A Synthesis of the Research on Organization Design. *Management science*, 26(3), 322-341.

Mintzberg, H., & Lampel, J. (1999). Reflecting on the strategy process. *Sloan Management Review*, 40(3), 21-30.

Mitchell, T. R., & Lee, T. W. (2001). The unfolding model of voluntary turnover and job embeddedness: Foundations for a comprehensive theory of attachment. *Research in Organizational Behavior*, 23, 189–246.

Nascimento, G., e Duarte, A. (2021). *Healthcare People Management-Preparing today's professionals for tomorrow*.

Ng, T., & Feldman, D. (2009). Occupational embeddedness and job performance. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 863–891.

Ng, T., & Feldman, D. (2007). Organizational embeddedness and occupational embeddedness across career stages. *Journal of Vocational Behavior*, 65, 336–351.

Northouse, P. G. (2021). *Leadership: Theory and practice*. Sage publications.

Pool, S., & Pool, B. (2007). A management development model: Measuring organizational commitment and its impact on job satisfaction among executives in a learning organization. *Journal of management development*, 26(4), 353-369.

Porter, M. E., & Lee, T. H. (2013). The strategy that will fix health care. *Harvard business review*, 91(10), 1-19.

Posthuma, A. C. (2019). O relatório da comissão global sobre o futuro do trabalho: uma breve contextualização.

Posthuma, R. A., Campion, M. C., Masimova, M., & Campion, M. A. (2013). A high performance work practices taxonomy: Integrating the literature and directing future research. *Journal of Management*, 39(5).

Reitz, O. E., & Anderson, M. A. (2011). An overview of job embeddedness. *Journal of Professional Nursing*, 27(5), 320-327.

- Sayed, O. B. (2001). Organizational commitment and conflict: Studies in healthy organizational processes. New Delhi: Sage.
- Scandura, T. A. (1999). Rethinking leader-member exchange: An organizational justice perspective. *The leadership quarterly*, 10(1), 25-40.
- Schaufeli, W. B. (2013). What is engagement?. In *Employee engagement in theory and practice* (pp. 29-49). Routledge.
- Serrano, C. (2001). Investigación Cualitativa. Retos e Interrogantes. I. Métodos - 3ª ed. Madrid: La Muralla.
- Siemens, E., Roth, A. V., & Balasubramanian, S. (2008). How motivation, opportunity, and ability drive knowledge sharing: The constraining-factor model. *Journal of Operations Management*, 26(3), 426-445.
- Swales, S. (2004). Commitment to change: Profiles of commitment and in-role performance. *Personnel Review*, 33(2), 187-204.
- Soar, H., & Cruikshanks, C. (2023). Driver Diagrams. In *Perioperative Quality Improvement* (pp. 180-184). Elsevier.
- Sousa, M. J., Duarte, T., Gomes, J., & Sanches, G. P. (2006). Gestão de Recursos Humanos: Métodos e Práticas. Lisboa: Lidel.
- Sun, L., & Bunchapattanasakda, C. (2019). Employee engagement: A literature review. *International Journal of Human Resource Studies*, 9(1), 63-80.
- Thomas, L. W., & Hunger, J. D. (2012). Strategic management and business policy: toward global sustainability. *Columbus, Boston*.
- Tolk, J. N., Cantu, J. & Beruvides, M. (2015). High reliability organization research: a literature review for health care. *Engineering Management Journal*, 27, 4, 218-237. https://www.academia.edu/19692965/High_Reliability_Organization_Research_A_Literature_Review_for_Health_Care.
- Tzafrir, S. S. (2005). The relationship between trust, HRM practices and firm performance. *The International Journal of Human Resource Management*, 16(9), 1600-1622.
- Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: a narrative synthesis of the literature. *BMJ quality & safety*, 23(5), 359-372.

Weick, K.E. & Sutcliffe, K. (2015). *Managing the unexpected: Sustained performance in a complex world*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Woodrow, C., & Guest, D. E. (2014). When good HR gets bad results: Exploring the challenge of HR implementation in the case of workplace bullying. *Human Resource Management Journal*, 24(1), 38–56.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage

Zhang, M., Fried, D. D., & Griffeth, R. W. (2012). A review of job embeddedness: Conceptual, measurement issues, and directions for future research. *Human Resource management review*, 22(3), 220-231.

VIII. Anexos

Anexo A - Questionário

Anexo B - Guião de entrevista aplicado às técnicas coordenadoras e chefe coordenador do serviço de Cardiologia das unidades de saúde.

Anexo C - Entrevistas

Anexo C.1. Transcrição da 1ª entrevista à coordenadora do hospital B do serviço de cardiologia (E1)

Anexo C.2. Transcrição da 2ª entrevista à coordenadora da clínica A do serviço de cardiologia (E2)

Anexo C.3. Transcrição da 3ª entrevista ao chefe coordenador de todas as unidades do serviço de cardiologia (E3)

Anexo D - Caracterização das unidades em estudo

Anexo E - Resultados dos questionários

Anexo E.1. *Embeddedness* (gráficos representativos)

Anexo E.2. IPM (gráficos representativos)

Anexo E.2.1. Cálculo do IPM

Anexo E.3. *Commitment* (gráficos representativos)

Anexo E.3.1. Cálculo do *commitment*

Anexo A

Questionário

Embeddedness (integração na organização, sociedade; comunidade; família): (Lee *et al.*, 2004).

- Ligação, ajuste e sacrifício à sociedade/ comunidade:

1. Idade
2. Sexo
3. Estado civil
4. Tem filhos dependentes?
5. Vive na mesma cidade onde trabalha?
6. Gosta da localização da cidade onde habita?
7. Gosta da localização do local onde trabalha?

- Ligação, ajuste e sacrifício à organização:

1. Há quanto tempo trabalha nesta empresa? (anos)
2. Com quantos colegas de trabalho você interage regularmente?
3. Sente que o seu trabalho é valorizado, põe em prática as suas habilidades e talentos?
4. Tem liberdade neste trabalho para decidir como atingir os seus objetivos?
5. Trabalhar nesta organização é vantajoso?

IPM (índice potencial motivador), (Hackman & Oldham, 1980):

Respostas fechadas e mensuráveis através de uma escala de *Likert*.

Secção I - Escala de 0 (muito pouco) a 7 (muito):

1. Até que ponto o desempenho do seu trabalhador requer que trabalhe com outras pessoas (clientes ou colegas dentro da organização)?
2. O seu trabalho tem um carácter autónomo, ou seja, em que medida é que o seu trabalho permite que seja você a decidir o modo como o desempenha?
3. O trabalho que desempenha tem princípio, meio e fim? Isto é, o seu trabalho perfaz um todo ou é posteriormente acabado ou continuado por colegas seus ou por maquinaria automatizada?

4. Nas funções que desempenha existe variedade? O seu trabalho é variado ao ponto de necessitar que use diversos talentos e aptidões para o seu desempenho?
5. Em termos gerais, que significância ou importância tem o seu trabalho? O resultado do seu trabalho afeta de maneira significativa o bem-estar de outras pessoas?
6. É frequente os seus superiores ou colegas lhe dizerem o quanto está a desempenhar bem o seu trabalho?
7. O trabalho em si dá-lhe algumas pistas acerca da sua performance (a parte do “feedback” que receba de superiores ou colegas)?

Secção II - Escala de 1 (totalmente incorreto) a 7 (Totalmente correto):

1. O meu trabalho requer que eu ponha em prática algumas capacidades elevadas.
2. O meu trabalho requer muito trabalho de cooperação com outras pessoas.
3. O meu trabalho não me permite (pela maneira como foi concebido) desempenhar o processo “produtivo” do princípio ao fim.
4. O simples desempenho das funções inerentes ao meu trabalho dá-me várias oportunidades para perceber se o estou a fazer corretamente.
5. O meu trabalho é bastante simples e repetitivo.
6. O meu trabalho pode ser desempenhado adequadamente por uma pessoa sozinha, sem ter de consultar outras pessoas.
7. Os meus colegas e superiores quase nunca me dizem que estou a fazer um bom trabalho.
8. Os resultados do meu trabalho podem afetar muitas outras pessoas.
9. O trabalho não me dá oportunidade para usar da minha iniciativa ou julgamento em relação ao modo como o devo desempenhar.
10. Os supervisores dizem-me muitas vezes quando acham que estou a fazer um bom trabalho.
11. O meu trabalho dá-me a oportunidade de acabar o que comecei.
12. O meu trabalho em si dá-me poucas pistas em relação à qualidade do meu desempenho.
13. O meu trabalho proporciona-me uma independência e liberdade razoável em relação ao modo como o desempenho.
14. O meu trabalho não é muito importante para o coletivo

Commitment (comprometimento com a empresa), (Meyer & Allen, 1997):

Respostas fechadas e mensuráveis através de uma escala de *Likert* - Escala de 1 (muito desacordo) a 7 (muito em acordo):

1. Eu gostaria bastante de desenvolver o resto da minha carreira nesta empresa.
2. Muitas coisas na minha vida sofreriam um grande transtorno se eu decidisse sair desta empresa agora.
3. Eu não sinto qualquer obrigação em permanecer no meu atual emprego.
4. Mesmo que fosse do meu interesse, não me sentia bem em deixar agora a organização em que trabalho.
5. Neste momento, permanecer nesta empresa é tanto uma questão de necessidade quanto de vontade.
6. Sinceramente, considero que os problemas desta empresa são como se fossem também meus.
7. Eu não me sinto como fazendo “parte da família” na minha empresa.
8. Eu sinto que por falta de outras opções não posso considerar a minha saída desta empresa.
9. Sentir-me-ia culpado se deixasse a minha organização agora.
10. Esta organização merece a minha lealdade.
11. Uma das poucas consequências sérias da minha eventual saída desta empresa seria a de não haver muitas alternativas.
12. Eu não me sinto emocionalmente ligado a esta empresa.
13. Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim.
14. Um dos principais motivos pelos quais continuo a trabalhar para esta empresa é que a minha saída implicaria um sacrifício pessoal considerável – uma outra empresa poderia não oferecer os mesmos benefícios que tenho nesta.
15. Eu não deixava a minha organização agora porque sinto que tenho uma obrigação para com as pessoas que aí trabalham.
16. Sinto-me em dívida para com a organização em que trabalho.
17. Se eu não tivesse investido tanto de mim nesta organização, eu considerava seriamente a hipótese de ir trabalhar para outro sítio.
18. Eu não sinto um sentido de pertença forte em relação a esta empresa.

Anexo B

Guião de entrevista aplicado às técnicas coordenadoras e chefe coordenador do serviço de Cardiologia das unidades de saúde.

1. Há quanto tempo está neste cargo?
2. Gosta do cargo que ocupa?
3. Revê-se nele a longo prazo?
4. O que é para si um líder?
5. Quais são os principais desafios no seu dia a dia?
6. O que lhe dá mais satisfação na coordenação da equipa?
7. Qual é o tipo de relação com os seus liderados?
8. O que mais valoriza nos seus colaboradores?
9. Nos serviços de saúde, os recursos humanos especializados são difíceis de encontrar e de “reter” na organização. Na sua perspetiva quais são os principais fatores que atraem e retêm os profissionais de saúde talentosos?
10. Que estratégias utiliza para motivar todos os elementos da sua equipa?
11. Quais os métodos de trabalho que utiliza para potenciar as habilidades individuais de cada colaborador, possibilitando o desenvolvimento individual e coletivo?
12. Na sua perspetiva há possibilidade de melhoria nas condições de trabalho individual e coletivo da sua equipa? Se sim, qual seria a sugestão?

Anexo C

Entrevistas

Anexo C.1. Transcrição da 1ª entrevista à coordenadora do hospital B do serviço de cardiologia (E1):

Q1: “Coordenadora há cerca de 20 anos.”

Q2: “Sim.”

Q3: “Sim.”

Q4: “Ser líder, não é ser chefe. Ser líder é ser representante de um grupo, defender os valores do grupo e a equipa toda, dar bons exemplos, delegar, apoiar em tudo, chamar a atenção quando é preciso. Têm de sobretudo de ver em nós um líder, e um líder é uma pessoa que as pessoas têm confiança, e que podem contar com ela nos bons e maus momentos, sobretudo é uma partilha.”

Q5: “Os desafios é manter a equipa estável, responder às questões que se vão colocando no dia a dia, às diversidades do dia a dia e continuarmos a lutar juntos.”

Q6: “A satisfação da equipa e ver que trabalham bem e que os resultados são positivos.”

Q7: “Eu acho que é muito boa”.

Q8: “Lealdade, sinceridade, gosto pelo que fazem e sempre que tenham um problema que falem, acho que dou muito à vontade para as pessoas falarem comigo sobre o que os preocupa no dia a dia.”

Q9: “O vencimento sem dúvida é uma coisa que retém, que por muito que a gente goste de uma coisa, precisamos de pagar contas ao fim do mês e acho que a nossa profissão é muito mal remunerada, mas acho que uma equipa boa e coesa pode segurar as pessoas e a possibilidade de crescer dentro da equipa e de dar valor às diferentes pessoas, todas elas têm um valor diferente, e possibilidade de uma carreira, de futuro, mas o vencimento continua a ser também uma coisa que retém sem dúvida”.

Q10: “Tento dar sempre uma perspetiva de um amanhã melhor e qualidade do serviço e ter sempre a esperança de a gente ser valorizada, embora isso nem sempre dependa só de mim, mas do que depende de mim, eu tento motivar as pessoas ao máximo.”

Q11: “Ao longo do tempo eu vou vendo em que é que cada elemento de destaca, há sempre pessoas que estão um bocadinho mais acomodadas e que é preciso espicaçar, que é preciso motiva-las mais ou que têm falta de inércia, mas as que eu vou vendo que são pessoas capazes e que têm coisas escondidas que às vezes nem elas próprias sabem que têm, tento motivar ao

máximo e dar espaço para crescerem e voarem, nem que isso às vezes implique perder as pessoas.”

Q12: “Há sempre, há sempre melhorias! Um dos grandes impasses aqui é o espaço físico, a falta de luz, falta de espaço, e acho que isso é uma condição que desmotiva um bocadinho. O trabalho é muito, portanto metemos mais pessoas e ter tempo para desenvolvermos projetos individuais, que não temos tempo para isso, embora algumas pessoas vão fazendo, mas um bocadinho fora da hora de trabalho. Tenho pena de não podermos desenvolver mais capacidades de trabalho dentro da profissão, capacidades de cada um que podiam estar mais acima se tivéssemos mais tempo para isso. Eu acho que um espaço melhor, mais tempo e mais pessoas conseguíamos melhorar.”

Anexo C.2. Transcrição da 2ª entrevista à coordenadora da clínica A do serviço de cardiologia (E2):

Q1: “Coordenadora desde 2019”

Q2: “É difícil”

Q3: “Não”

Q4: “Um líder é alguém que sabe puxar pelo melhor de cada pessoa individualmente ou em conjunto, com um resultado final melhor”

Q5: “Gerir a parte motivacional da equipa, uma vez que temos um défice de recursos, conseguir pôr a equipa a trabalhar, aceder a prolongamentos, e depois o mais complicado é a nível administrativo, da administração, conseguir explicar e fazer entender que há realmente um défice de recursos, não se consegue prolongar agendas e abrir novos serviços, se não aumentarmos as equipas, e que não são os prestadores de serviços que resolvem, esse é um grande problema!”

Q6: “É ter uma equipa espetacular que se dá muito bem, que somos umas pelas outras, isso é muito bom, tenho uma equipa extraordinária”.

Q7: “Eu sou mãezinha!”

Q8: “A vontade que eles têm, a espontaneidade ao trabalho, de sacrifício, a disponibilidade que eles demonstram para o serviço e para os elementos separados das equipas, a interajuda e gostarem de desafios”.

Q9: “Eu acho que neste momento as entidades não estão preparadas para técnicos talentosos, eles só querem empregados “fabris”, agora eu acho que se houver reconhecimento na base

salarial, e um desafio que seja construtivo, que as pessoas achem que realmente se focarem num objetivo e uma equipa que trabalhem com eles, aí eles conseguem. A primeira coisa logo é a base salarial, depois as disponibilidades horárias, também condicionam. (...) é muito difícil alguém talentoso ou com alguma competência específica, é muito difícil brilhar aqui. Porque as pessoas não perspetivam o futuro.

Q10: “(...) eu acho que é valorizar o trabalho delas, é sentir as dores delas, e acho que uma mais valia é eu trabalhar na sala, exatamente como elas, assumir turnos como elas, como a equipa. E eu acho que o reconhecimento que elas me dão é saberem que eu passo a realidade, não escondo e acho que isso traz alguma confiança.”

Q11: “Eu gosto de conversar, gosto de perguntar, gosto de saber o que gostavas de fazer, qual é a área que tens maior interesse, vês-te a trabalhar nessa área? O que é que gostas? O que tu achas que nós devíamos ou não fazer de acordo com.., e em conversas do nada, eu todas as oportunidades que vou tendo, direcionado com os gostos de cada técnica, é a cada técnica que eu ofereço a tarefa (...), é claro que tens sempre os elementos acomodados, é mais difícil de trazer, mas já comecei a mexer, até porque a expectativa não é tanta, já não têm aquela ambição de quem começa a trabalhar na área, de quem perspetiva alguma coisa. Aí é mais difícil, mas se souberes direcionar (...), tento sempre perceber qual é a área de interesse, dentro da unidade (...)”.

Q12: “Em termos de condições físicas tínhamos de alterar algumas coisas aqui na clínica (...)”. Dar possibilidade de desenvolver a área de interesse de cada elemento. As salas tinham de ser todas remodeladas e repensadas.

Anexo C.3. Transcrição da 3ª entrevista ao chefe coordenador de todas as unidades do serviço de cardiologia (E3):

Q1: “Há 3 anos e meio”

Q2: “Sim”

Q3: “Sim”

Q4: “Um líder é uma pessoa que é capaz de cuidar dos outros, de abrir caminhos, de coordenar a equipa, de ter ideias novas e estar aberto a novos desafios, são várias características”.

Q5: “Coordenar pessoas”.

Q6: “É ver que as pessoas estão satisfeitas, que o trabalho é bem conseguido, e que crescemos e que tratamos bem os nossos doentes\clientes”.

Q7: “Tenho uma relação de proximidade e de confiança”.

Q8: “A dedicação, a disponibilidade, a competência, a ambição, a responsabilidade”.

Q9: “Essencialmente é o projeto, a parte financeira. Mas essencialmente o projeto”.

Q10: “Tento na medida do possível ouvi-los, para ver se está tudo bem, elogiá-los, e permitir ou possibilitar que cada um tenha um projeto que acompanhe os seus desejos e as suas ambições.”

Q11: “Acho que não uso método nenhum de especial, acho que não tenho uma estratégia pré-definida, nós temos uma estratégia pré-definida para onde queremos ir e tento encaixar as pessoas no nosso projeto da cardiologia, tento tirar o melhor de cada um, onde eu acho que eles se possam encaixar. Agora não tenho nenhum método especial”.

Q12: “Aqui há muito para melhorar, em primeiro lugar termos umas condições de trabalho melhores, trabalhamos numa cave, e portanto, era mais simpático termos um espaço mais aprazível, depois acho que era bom podermos ter encontros de cardiologia fora daqui, quer dizer, reuniões de grupo, como já tivemos oportunidade de fazer. Acho essas reuniões são muito importantes, tipo *Team-building*. Do ponto de vista de projeto, apoiar os projetos que cada pessoa gostaria, do ponto de vista financeiro, sou grande adepto das pessoas trabalharem por objetivos, ter uma parte fixa e outra variável em função dos objetivos que lhe são propostos, dos objetivos que são atingidos. E portanto, acho que a parte financeira era muito importante que pudesse ser considerada nesse aspeto.”

Anexo D

Caracterização das unidades em estudo

Unidades (Serviço de cardiologia)	Nº de TSDT de cardiopneumologia e horários	Tipo de exames realizados no serviço	Dias de funcionamentos
Hospital A (não participou no estudo)	_____	_____	_____
Hospital B	9 (contratados e com horários rotativos)	<ul style="list-style-type: none"> - Eletrocardiograma (ECG); - Provas de esforço; - Holter 24h; - Monitorização ambulatória da pressão arterial (MAPA); - Detetor de eventos - Ecocardiograma transtorácico; - Ecocardiograma transesofágico; - Implantes e consultas de follow-up de dispositivos implantados (pacemaker; CDI; CRT); - Apoio à urgência, UCIP e internamento (ECG, ecocardiograma; Holter) 	De 2ª feira a 6ª feira das 8h às 20h e sábados das 8h às 13h

Clínica A	8 (contratados/recibos verdes, com horários rotativos de acordo com as necessidades do serviço)	- ECG; - Provas de esforço; - Holter 24h; - MAPA; - Detetor de eventos - Ecocardiograma transtorácico;	De 2ª feira a sábados das 8h às 20h.
Clínica B	1 (contrato com horário fixo) 2 (a recibos verdes que realizam alguns turnos de acordo com as necessidades do serviço)	- ECG; - Provas de esforço; - Holter 24h; - MAPA; - Detetores de eventos; - Ecocardiogramas;	De 2ª feira a sábados das 8h às 20h.

Anexo E

Resultados dos questionários

Anexo E.1. *Embeddedness* (gráficos representativos)

Sexo

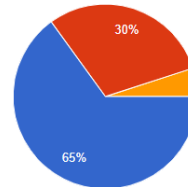
20 respostas



● Feminino
● Masculino

Estado civil

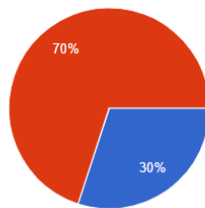
20 respostas



● Solteiro
● Casado
● Divorciado
● Viúvo

Tem filhos dependentes?

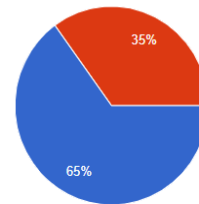
20 respostas



● Sim
● Não

Vive na mesma cidade onde trabalha?

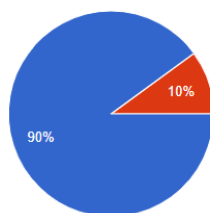
20 respostas



● Sim
● Não

Gosta da localização da cidade onde habita?

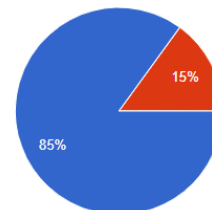
20 respostas



● Sim
● Não

Gosta da localização do local onde trabalha?

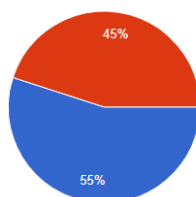
20 respostas



● Sim
● Não

Que tipo de Unidade de saúde trabalha?

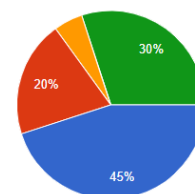
20 respostas



● Clínica
● Hospital

Há quanto tempo trabalha nesta empresa?

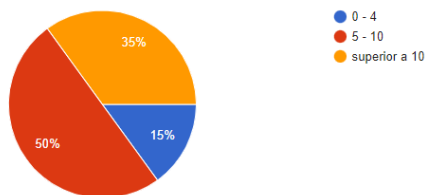
20 respostas



● Até 3
● 4 - 10 anos
● 11 - 20 anos
● 21 - 30 anos
● mais de 30 anos

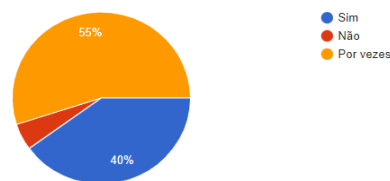
Com quantos colegas de trabalho interage regularmente?

20 respostas



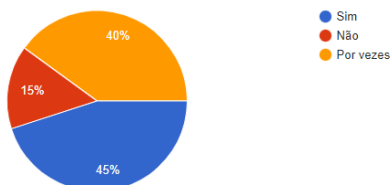
Sente que o seu trabalho é valorizado, põe em prática as suas habilidades e talentos?

20 respostas



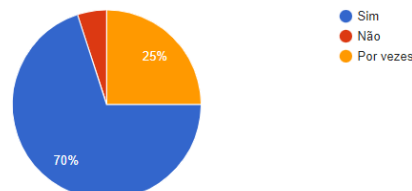
Tem liberdade neste trabalho para decidir como atingir os seus objetivos?

20 respostas



Trabalhar nesta organização é vantajoso?

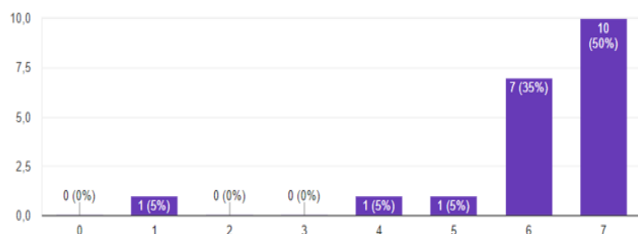
20 respostas



Anexo E.2. IPM (gráficos representativos)

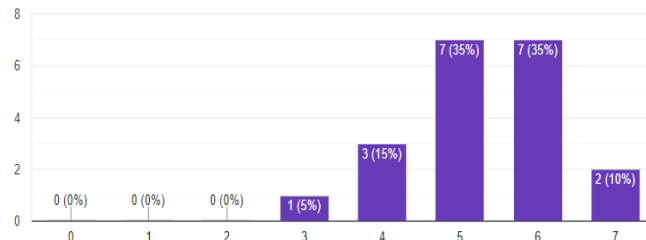
"Até que ponto o desempenho do seu trabalho requer que trabalhe com outras pessoas (clientes ou colegas dentro da organização)?"

20 respostas



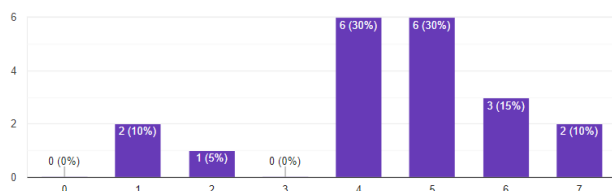
"O seu trabalho tem um carácter autónomo, ou seja, em que medida é que o seu trabalho permite que seja você a decidir o modo como o desempenha?"

20 respostas



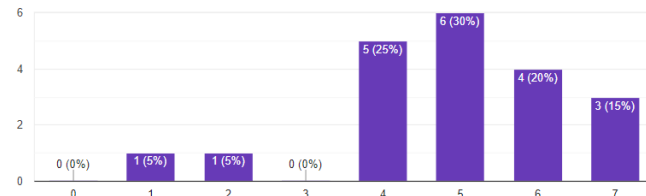
"O trabalho que desempenha tem princípio, meio e fim? Isto é, o seu trabalho perfaz um todo ou é posteriormente acabado ou continuado por colegas seus ou por maquinaria automatizada?"

20 respostas



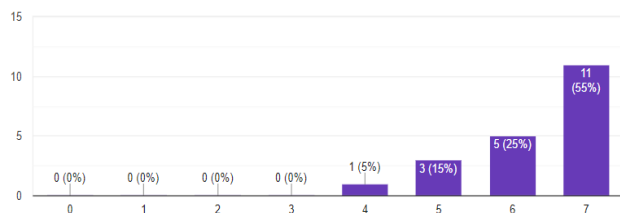
"Nas funções que desempenha existe variedade? O seu trabalho é variado ao ponto de necessitar que use diversos talentos e aptidões para o seu desempenho?"

20 respostas



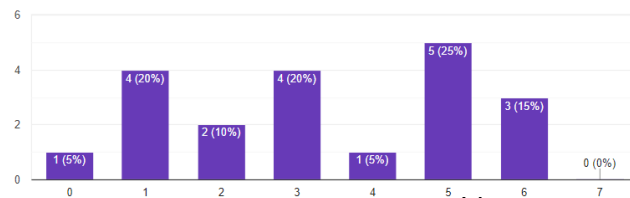
"Em termos gerais, que significância ou importância tem o seu trabalho? O resultado do seu trabalho afeta de maneira significativa o bem-estar de outras pessoas?"

20 respostas



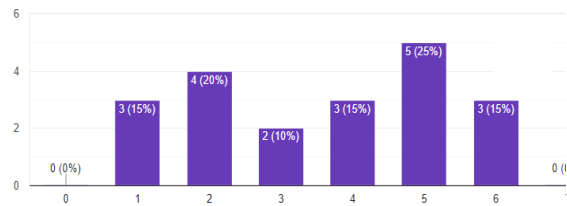
"É frequente os seus superiores ou colegas lhe dizerem o quanto está a desempenhar bem o seu trabalho?"

20 respostas



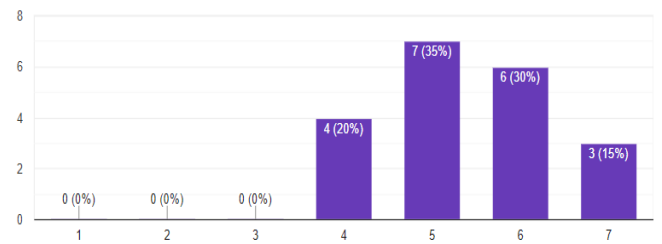
"O trabalho em si dá-lhe algumas pistas acerca da sua performance (a parte do "feedback" que recebe de superiores ou colegas)?"

20 respostas



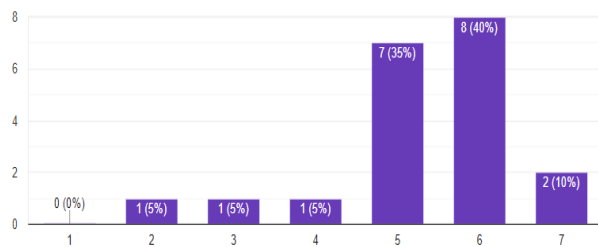
"O meu trabalho requer que eu ponha em prática algumas capacidades elevadas."

20 respostas



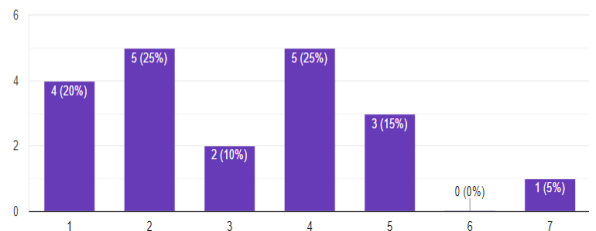
"O meu trabalho requer muito trabalho de cooperação com outras pessoas."

20 respostas



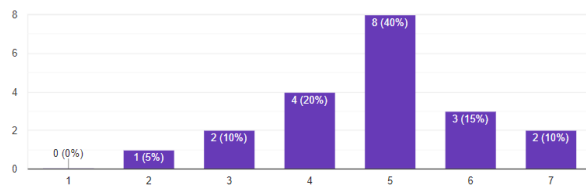
"O meu trabalho não me permite (pela maneira como foi concebido) desempenhar o processo "produtivo" do princípio ao fim."

20 respostas



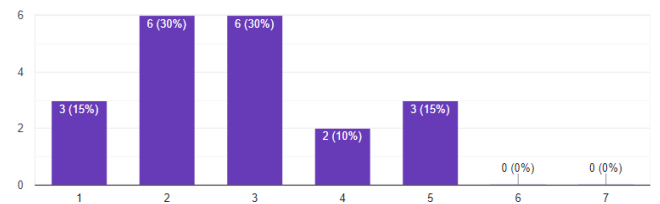
"O simples desempenho das funções inerentes ao meu trabalho dá-me várias oportunidades para perceber se o estou a fazer corretamente."

20 respostas



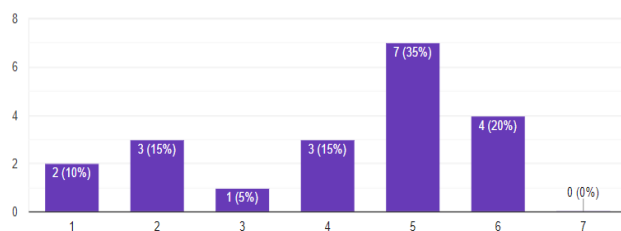
"O meu trabalho é bastante simples e repetitivo."

20 respostas



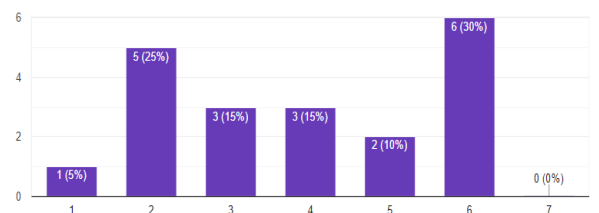
"O meu trabalho pode ser desempenhado adequadamente por uma pessoa sozinha, sem ter de consultar outras pessoas."

20 respostas



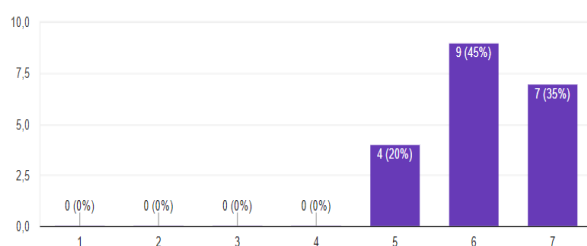
"Os meus colegas e superiores quase nunca me dizem que estou a fazer um bom trabalho."

20 respostas



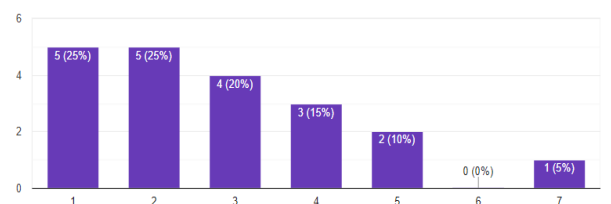
"Os resultados do meu trabalho podem afetar muitas outras pessoas."

20 respostas



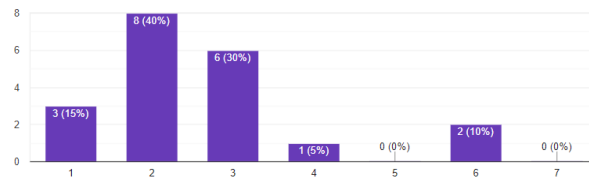
"O trabalho não me dá oportunidade para usar da minha iniciativa ou julgamento em relação ao modo como o devo desempenhar."

20 respostas



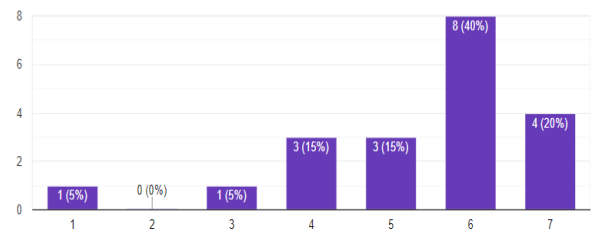
"Os supervisores dizem-me muitas vezes quando acham que estou a fazer um bom trabalho."

20 respostas



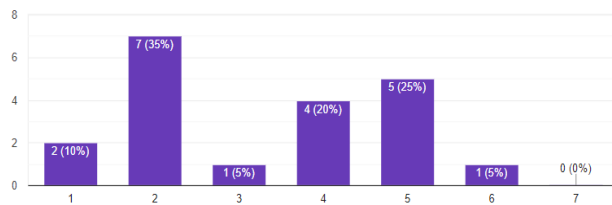
"O meu trabalho dá-me a oportunidade de acabar o que comecei."

20 respostas



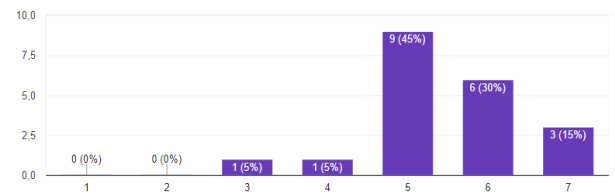
"O meu trabalho em si dá-me poucas pistas em relação à qualidade do meu desempenho."

20 respostas



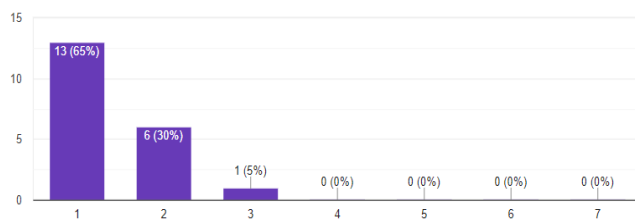
"O meu trabalho proporciona-me uma independência e liberdade razoável em relação ao modo como o desempenho."

20 respostas



"O meu trabalho não é muito importante para o coletivo."

20 respostas



Anexo E.2.1. Cálculo do IPM (segundo os autores, passa pela avaliação dos seguintes pontos):

- 1) Efetuar a média dos valores para cada uma das 5 características do trabalho a seguir descritas (*Tabela Job Diagnostic Survey Means and Standard Deviations of Several Job Families*):

Resultado:

	Pontuação	Resultado	Total (média)
Variedade de atividades	Secção I: 4 Secção II: 1; 5r (pontuação inversa, subtrair ao número da resposta 8)	Secção I: 5 Secção II: 5; 6-5= 1	5+5+1=11 11/3= 3.67
Identidade da Tarefa	Secção I: 3 Secção II: 11; 3r (pontuação inversa)	Secção I: 4.5 Secção II: 6; 5	5.17
Significado da Tarefa	Secção I: 5 Secção II: 8; 14r (pontuação inversa)	Secção I: 7 Secção II: 6; 7	6.67
Autonomia	Secção I: 2 Secção II: 13; 9r (pontuação inversa)	Secção I: 6 Secção II: 5; 1.5	4.17
Feedback	Secção I: 7 Secção II: 4; 12r (pontuação inversa)	Secção I: 5 Secção II: 5; 6	5.33

2) Efetuar o cálculo do IPM de acordo com a seguinte fórmula (Hackman e Oldham, 1976, p. 258):

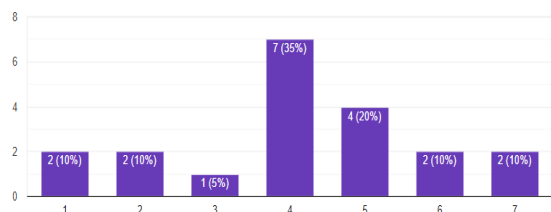
$$\text{IPM} = \frac{(\text{Variedade de Atividades} + \text{Identidade da Tarefa} + \text{Significado da Tarefa})}{3} \times \text{Autonomia} \times \text{Feedback}$$

$$\Leftrightarrow \text{IPM} = (3.67 + 5.17 + 6.67) / 3 * 4.17 * 5.33 = \mathbf{115}$$

Anexo E.3. *Commitment* (gráficos representativos)

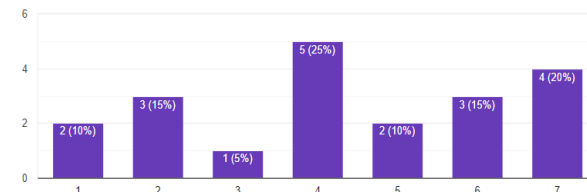
"Eu gostaria bastante de desenvolver o resto da minha carreira nesta empresa."

20 respostas



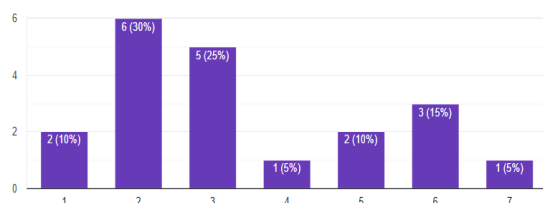
"Muitas coisas na minha vida sofreriam um grande transtorno se eu decidisse sair desta empresa agora."

20 respostas



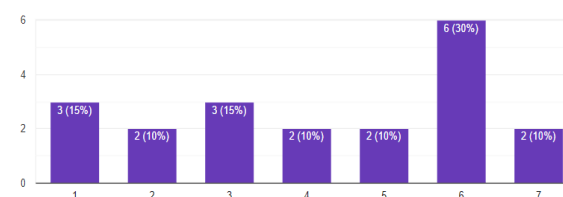
"Eu não sinto qualquer obrigação em permanecer no meu atual emprego."

20 respostas



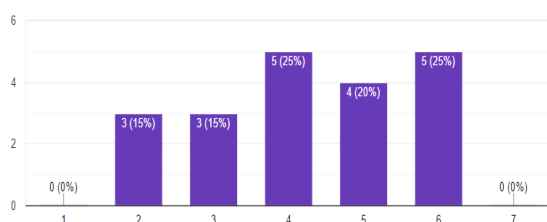
"Mesmo que fosse do meu interesse, não me sentia bem em deixar agora a organização em que trabalho."

20 respostas



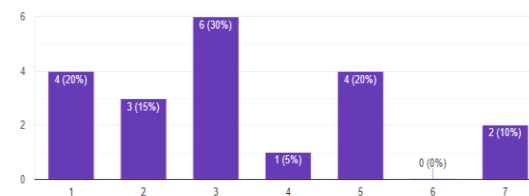
"Neste momento, permanecer nesta empresa é tanto uma questão de necessidade quanto de vontade."

20 respostas



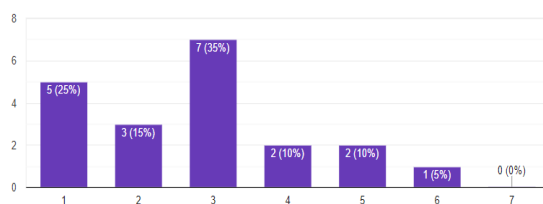
"Sinceramente, considero que os problemas desta empresa são como se fossem também meus."

20 respostas



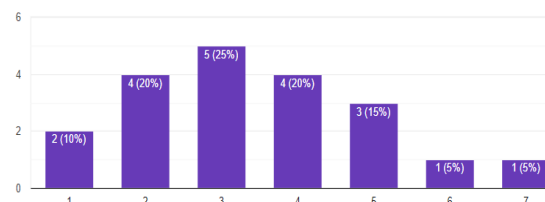
"Eu não me sinto como fazendo 'parte da família' na minha empresa."

20 respostas



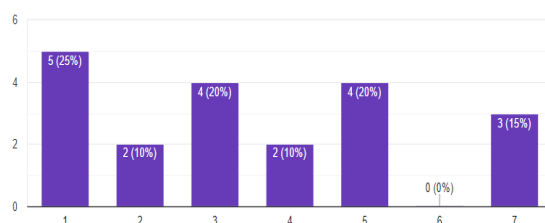
"Eu sinto que por falta de outras opções não posso considerar a minha saída desta empresa."

20 respostas



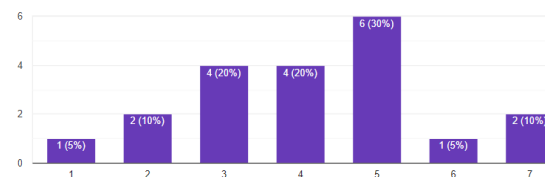
"Sentir-me-ia culpado se deixasse a minha organização agora."

20 respostas



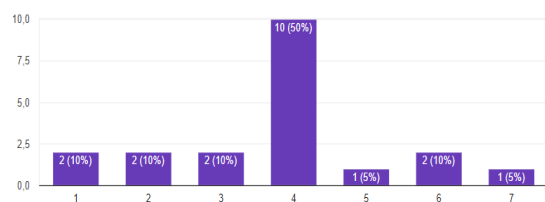
"Esta organização merece a minha lealdade."

20 respostas



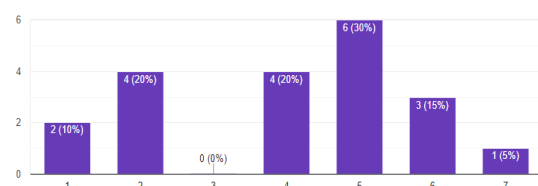
"Uma das poucas consequências sérias da minha eventual saída desta empresa seria a de não haver muitas alternativas."

20 respostas



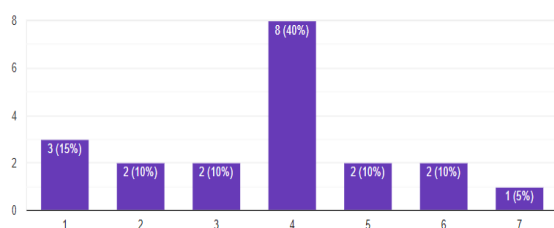
"Esta empresa tem um grande significado pessoal para mim."

20 respostas



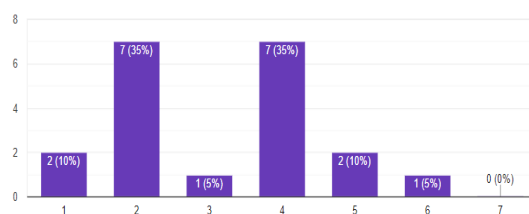
"Eu não deixava a minha organização agora porque sinto que tenho uma obrigação para com as pessoas que aí trabalham."

20 respostas



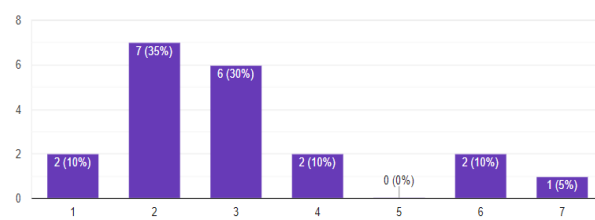
"Se eu não tivesse investido tanto de mim nesta organização, eu considerava seriamente a hipótese de ir trabalhar para outro sítio."

20 respostas



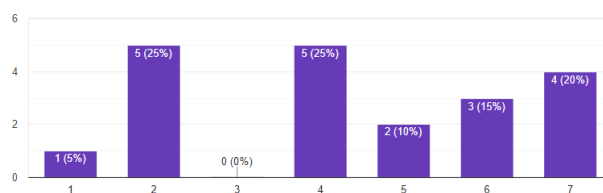
"Eu não me sinto emocionalmente ligado a esta empresa."

20 respostas



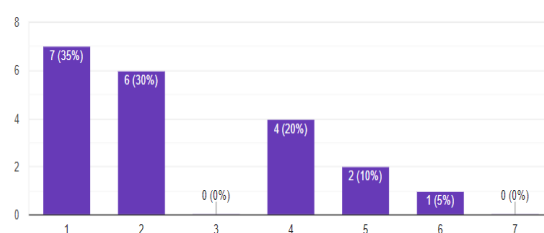
"Um dos principais motivos pelos quais continuo a trabalhar para esta empresa é que a minha saída implicaria um sacrifício pessoal considerável – uma outra empresa poderia não oferecer os mesmos benefícios que tenho nesta."

20 respostas



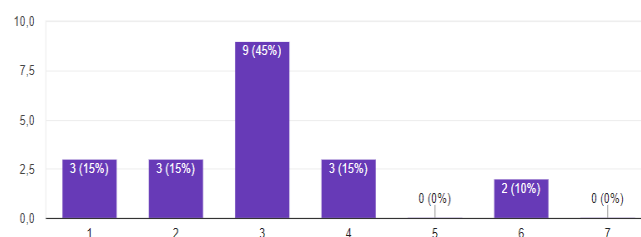
"Sinto-me em dívida para com a organização em que trabalho."

20 respostas



"Eu não sinto um sentido de pertença forte em relação a esta empresa."

20 respostas



Anexo E.3.1. Cálculo do *commitment*:

<i>Commitment</i> afetivo		<i>Commitment</i> normativo		<i>Commitment</i> continuidade	
1	4	3R	6	2	4
6	3	4	6	5	5
7R	3	9	1	8	3
12R	6	10	5	11	4
13	5	15	4	14	3
18R	5	16	1	17	3
Total	26	Total	23	Total	22