

Rotatividade num Centro Hospitalar do grupo E: Visualização e análise de informação de apoio à gestão

Turnover in a group E Hospitalar Centre: Visualization and information analysis to support management

Maria Dulce Cabral Grade Santos, ISCAC – Coimbra Business School, Portugal,
mdulcegradesantos@gmail.com

Resumo

A crise económica atual trouxe contenção de custos, desinvestimento na área da saúde e grandes mudanças nos modelos de gestão organizacional dos hospitais, gerando alterações nas relações intra e interorganizacionais que trouxeram desmotivação aos colaboradores.

A análise de indicadores é, no âmbito da complexidade da gestão hospitalar, uma ferramenta indispensável. Considerando o índice de rotatividade um dos indicadores que permite explicar o aumento do custo de mão-de-obra causado pela movimentação excessiva de recursos humanos - saídas e admissões, efetuou-se uma análise de dados, de um centro hospitalar do grupo E, referentes aos anos de 2014, 2015 e 1º semestre de 2016.

Os resultados sugerem uma rotatividade classificada como aceitável, considerando a metodologia de estudos semelhantes. Ao analisar dados do grupo profissional dos Assistentes Operacionais, surge a ideia de que seria interessante adquirir informação aquando da sua saída, permitindo fundamentar novas contratações, em prol da qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Palavras Chave: índice de rotatividade; gestão hospitalar; recursos humanos; eficiência; qualidade.

Abstract

The current economic crisis brought up cost containment, disinvestment in health care and major changes in hospital organizational management models, resulting in intra and interorganizational changes that brought demotivation of employees.

Considering the complexity of hospital management, the analysis indicators becomes an indispensable tool. As the turnover rate is one of the indicators used to explain the increase in the cost of labor caused by the excessive movement of human resources - exits and admissions, a data analysis was performed in a group E Hospitalar Center, referring to the years 2014, 2015 and the first half of 2016.

The results suggest a turnover rate that can be classified as acceptable, if used the similar studies methodology. Analyzing the professional group of Operational Assistants data, it might be useful to acquire information upon leaving, supporting new hiring's, to enhance the quality and efficiency of the provided services.

Keywords: turnover rate; hospital management; human resources; efficiency, quality.

1. INTRODUCTION

A contenção de custos na saúde e as várias mudanças nos modelos de gestão dos hospitais portugueses, com destaque na criação de centros hospitalares (Decreto-Lei n.º 284/99, de 26 de julho) e nas fusões administrativas, sugere uma desmotivação generalizada que pode conduzir a danos na produtividade, repercutidos diretamente na eficiência da organização (Nunes, 2016).

Dado que os jovens são cada vez mais atraídos pela liberdade de integrarem um projeto, contrariando os modelos tradicionais de gestão pública, anteriores às práticas de NPM (*new public management*) a gestão atual enfrenta significativos desafios existindo um que não deve ser relegado para segundo plano, o desafio da organização hospitalar defender os seus valores e ter colaboradores alinhados com a sua missão (OPSS, 2014).

Os hospitais - organizações complexas no âmbito da gestão - e, a gestão de recursos humanos - área difícil dentro dos hospitais - , carecem da adoção de processos de análise de indicadores, como a taxa de rotatividade, que deve ser analisada conjuntamente com outros indicadores, contribuindo para a medição da eficiência da organização (OPSS, 2012 e Mintzberg, 1997).

O presente artigo visa analisar a taxa de rotatividade de um Centro Hospitalar (CH) do grupo E, durante o ano de 2014, 2015 e o primeiro semestre de 2016, com o intuito de sensibilizar para a importância deste índice enquanto indicador relacionado com a eficiência e qualidade dos serviços prestados na organização. Os dados analisados foram obtidos através do sistema de gestão de informação hospitalar RHV-Recursos Humanos e Vencimentos e SAG – *Secure Application Gateway*, tendo sido limitada a pesquisa aos dados dos trabalhadores que saíram e entraram na instituição nos períodos anteriormente referidos, considerando o número de efetivos em cada período. A análise de dados foi realizada recorrendo ao *software* de *Business Intelligence* “*Tableau*” e foi sustentada por uma pesquisa bibliográfica.

As conclusões da presente análise sugerem que o CH tem uma rotatividade classificada como esperada/aceitável e que os Assistentes Operacionais (AO) são o grupo profissional com rotatividade mais significativa, não considerando o grupo profissional dos médicos, cuja rotatividade é em grande parte explicada pelo percurso formativo e o grupo profissional dos enfermeiros. Estes resultados estão alinhados com as tendências observadas a nível nacional, apresentados pelo OPSS (Observatório Português dos Sistemas de Saúde) e pela ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde). Concomitantemente, surgiram dados que deixam algumas questões em aberto para posterior análise, uma vez que dos AO que saíram em 2016, existe um número considerável que tinha entrado em 2014 e 2015. A reflexão nesta temática sugere que seria interessante recolher informação aquando da saída dos funcionários, permitindo fundamentar novas contratações em prol da qualidade e eficiência dos serviços prestados.

2. O CONTEXTO SOCIOECONÓMICO ATUAL E AS PRINCIPAIS MUDANÇAS NOS MODELOS DE GESTÃO ORGANIZACIONAIS

A partir de 2010 as condições de financiamento das empresas e famílias portuguesas deterioraram-se acentuadamente (Leão, Martins & Gonçalves, 2014). O custo do capital aumentou nos países em crise e as políticas monetárias e fiscais tornaram-se mais restritivas em simultâneo, contrariando o efeito económico pretendido (Draghi, 2014).

2.1. O contexto socioeconómico atual – repercussões na procura e oferta de emprego na saúde

No período de 2011 a 2013, Portugal implementou um plano de consolidação orçamental com um impacto recessivo sobre a economia, espelhado em várias áreas, não sendo a área da saúde uma exceção (Leão, *et al*, 2014). Das reformas estruturais, resultaram o aumento de taxas moderadoras e reduções nos custos operacionais que incluem a redução de cargos dirigentes e o custo dos materiais consumidos, temas que foram contemplados no memorando de entendimento assinado com o FMI/BCE/CE (Fundo Monetário Internacional/Banco Central Europeu/ Comunidade Europeia), citado por Moreira (2016). Neste cenário de racionalização de recursos foram implementadas medidas entre 2011 e 2015, algumas com sucesso e outras sem, que comprometeram o acesso dos cidadãos portugueses aos cuidados de saúde. Também foi um propósito destas medidas a apresentação anual de um inventário de profissionais de saúde, o aumento da mobilidade dentro das várias Administrações Regionais de Saúde e a revisão das remunerações e dos horários de trabalho (mais flexíveis). (Moreira, 2016)

Assistiu-se consequentemente a uma redução do bem-estar social e, o acesso aos cuidados de saúde e a noção de equidade foram abalados. As medidas do memorando contemplavam essencialmente a despesa pública, melhoria da eficácia e eficiência e o combate ao desperdício, tratando-se de medidas necessárias e proveitosas para o país e os cidadãos, se fossem acompanhadas de um estudo do seu impacto e de um planeamento efetivo (Moreira, 2016).

As reformas estruturais nomeadamente nos cuidados de saúde primários e nos hospitais estiveram longe de ser cumpridas, apesar da sua pertinência (Pita Barros, 2015). O desinvestimento nos recursos humanos na área da saúde, especificamente a débil política de contratação que não permitiu suprir a falta de médicos e de enfermeiros em diversos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), resultou em dados alarmantes, divulgados pelo OPSS (2012), que demonstravam o fato de Portugal ser dos países da OCDE com um rácio enfermeiro/médico mais desequilibrado.

Os cortes no financiamento do SNS, o encerramento de valências e a concentração em hospitais de maior dimensão, deterioraram a capacidade de resposta do SNS. Considerando a saída das pessoas das organizações e a sua não reposição e atendendo às necessidades crescentes dos utentes (pelo

aumento da esperança média de vida), observam-se recursos humanos sobrecarregados, aumento do absentismo, aumento das saídas em busca de melhores condições de trabalho, instabilidade nas equipas e consequentes prejuízos diretos nos serviços prestados aos utentes. Esta análise vai de encontro às conclusões apuradas no estudo efetuado por Correia, *et al*, (2015), relativo aos efeitos observados pelos médicos com a implementação dos condicionalismos do Memorando de Entendimento no Sistema de Saúde.

Refletindo sobre os prejuízos diretos causados aos utentes, a gestão de recursos humanos deverá considerar a ergonomia hospitalar que, visa a segurança do utente e apresenta características peculiares como referem Serranheira, Sousa Uva & Sousa (2010):

- a) uma elevada complexidade (física, tecnológica, instrumental);
- b) constante pressão temporal;
- c) substancial tensão relacionada com a prestação dos melhores cuidados possíveis;
- d) diversidade humana;
- e) prevalência do sexo feminino;
- f) progressivo envelhecimento dos profissionais;
- g) elevadas exigências físicas;
- h) trabalho noturno e por turnos;

Outros autores como Pinto dos Reis (2004) acrescentam que estas organizações têm um sistema técnico muito regulado, são sofisticadas e têm uma enorme taxa de mutação. Adicionalmente, destacam-se aspetos organizacionais do trabalho, em particular as estruturas hierárquicas duais quer em termos de autoridade (autoridade profissional versus autoridade formal), quer em termos da responsabilidade e do exercício (responsabilidade perante a organização, mas também autonomamente perante os doentes). Os recursos humanos nas organizações hospitalares são, portanto bastante diversificados e, atendendo à intensa especialização associada aos serviços prestados, detêm conceções divergentes quanto ao mais correto desempenho e, consequentemente, no que respeita à tradução em ação dessas conceções.

Resumindo, a dinâmica do mercado de trabalho na área da saúde caracteriza-se pela oferta e procura de recursos humanos que é determinada em função das políticas nacionais, da economia do país e de determinações institucionais. Para além da oferta e da procura, existe um outro movimento que se faz presente- a movimentação da força de trabalho no mercado de trabalho, ou, segundo Pereira (2016), flutuação dos recursos humanos entre uma organização e o seu ambiente, sendo esta a definição de rotatividade na perspetiva de alguns autores (Stacato e Zili, 2010).

2.2. Mudanças organizacionais decorrentes das reformas do setor da saúde

Nas décadas de 80/90 a Administração Pública (AP) sofreu profundas alterações das quais o sistema de saúde português também se ressentiu (Rosa, 2012). Apesar da crise do Estado do *Welfare* ter propiciado questionar o modelo Weberiano e procurar novos paradigmas, o modelo burocrático persiste em setores públicos, alvo de reformas administrativas baseadas em valores e práticas da *New Public Management* (NPM), o que sugere um atual modelo híbrido onde convivem novas e velhas práticas (Lira, 2014).

O paradigma da NPM, ao influenciar a reforma do setor da saúde, pretendia reverter a abordagem tradicional da gestão, deixando de enfatizar apenas os processos de prestação de contas em si, passando a enfatizar os resultados dessa prestação de contas (Bach, 2011). Esta reforma considerou então a NPM que preconiza a adoção de regras de gestão empresarial, assenta na clarificação da responsabilidade, na melhoria do desempenho e na responsabilização, bem como na *accountability* como instrumento de controlo da despesa pública e de equilíbrio orçamental (Magone, 2011).

A luta pela eficiência na gestão dos hospitais passou a ser imperativa e isso não seria possível sem uma forte concentração de unidades, transformando-as em Entidades Públicas Empresariais (EPE) potenciando ganhos de responsabilização e autonomia gestionárias (OPSS, 2014).

3. CLASSIFICAÇÃO DOS HOSPITAIS

Obedecendo a metodologias próximas daquelas internacionalmente adotadas e com o objetivo de comparar o desempenho dos hospitais portugueses no contexto internacional, a ACSS (2013), classifica os Hospitais por grupos para efeitos de financiamento. Os grupos de hospitais foram determinados com recurso a *clustering* hierárquico após *standardização* de variáveis com capacidade explicativa dos custos e de análise de componentes principais.

Para analisar a eficiência de cada instituição, é utilizada uma relação de custos com a medida “doente padrão”. O cálculo do doente padrão realiza-se transformando a atividade hospitalar por natureza heterogénea numa unidade de produção única de forma a possibilitar o exercício de comparação entre entidades. Ressalva-se que o cálculo do doente padrão não incorpora especificidades particulares nem toda a carteira de serviços das entidades hospitalares pelo que qualquer análise de dados deverá considerar uma análise mais profunda de nível micro (OPSS, 2012).

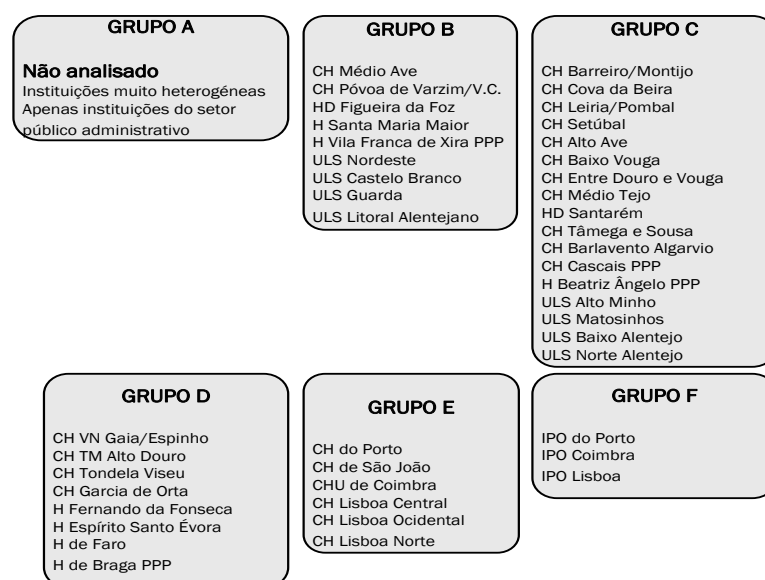


Figura 1 - Classificação dos Hospitais em Grupos

Os grupos de hospitais estão organizados tal como consta na fig. 1. O CH em estudo pertence ao grupo E, que é composto por seis CH, os quais passaram por grandes processos de reestruturação, onde se inclui a fusão de instituições, que, dado o panorama de constrição orçamental e sem o planeamento desejado deixou sequelas difíceis de gerir, afetando a cultura organizacional (Nunes, 2016).

O regime que enquadra a criação e funcionamento dos CH surgiu em 1999 com o Decreto-Lei (DL) n.º 284/99, de 26 de julho, publicado em Diário da República (DR), 1ª série-A, páginas 4652-4654. Neste diploma o CH é definido como “[...] *pessoa coletiva pública, dotada de autonomia administrativa e financeira, património próprio e do esquema de órgãos legalmente estabelecido para os hospitais públicos, que integra vários estabelecimentos hospitalares destituídos de personalidade jurídica.*”.

O XVIII Governo Constitucional veio aplicar políticas de reestruturação na saúde numa lógica de integração e complementaridade, concentração de recursos — financeiros, tecnológicos e humanos — e de compatibilização de desígnios estratégicos, baseando-se em critérios de homogeneidade demográfica, complementaridade assistencial e de existência de protocolos de colaboração, procedendo à fusão de várias unidades, como é exemplo o disposto no DL n.º 30/2011 de 2 de março (Leão, *et al*, 2014). Na sequência dessa fusão foram criados vários CH, entre os quais aquele em estudo e que consta no grupo E.

O artigo 2º do regime jurídico dos estatutos aplicáveis às unidades de saúde do SNS com a natureza de EPE, bem como as integradas no Setor Público Administrativo, publicado no DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, regulamenta a natureza jurídica dos centros hospitalares e outros estabelecimentos

do SNS. No que concerne ao CH em análise, a natureza jurídica é regulada pela alínea b) do n.º 2 do DL n.º 18/2017, de 10 de fevereiro, denominado como entidade pública, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial.

Os hospitais, considerados Fundos e Serviços Autónomos da Administração Central do Estado, têm, portanto, um grau de autonomia considerável que compreende o âmbito administrativo e financeiro (Draghi, 2014).

Relativamente à contratação de recursos humanos, estes hospitais têm também autonomia, embora enquadrada nas políticas definidas por cada Governo Constitucional e com tendência cada vez mais centralizada (ACSS, 2016). Adicionalmente, o despacho n.º 5911-C/2016, publicado no DR, 2ª série, n.º85 de 3 de maio de 2016, vem estabelecer, nomeadamente no n.º 5 e 6, um procedimento que permite, em tempo útil, a emissão do parecer prévio à contratação por parte do membro do Governo responsável pela área da Saúde, em situações excecionais com carácter de urgência, devidamente fundamentadas e em que o não recrutamento possa comprometer, de forma imediata, a prestação de cuidados de saúde.

4. MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS NO SETOR DA SAÚDE

O sector da saúde apresenta especial relevância, não só pelo que a saúde representa para a qualidade de vida da população, mas também pela influência na economia do país - quer pelo número de pessoas que emprega (direta e indiretamente), quer pela riqueza que gera, quer pelo peso que tem no PIB, nos orçamentos de Estado ou nos orçamentos das famílias (Correia, *et al*, 2015). O sector da saúde é um empregador com grande peso no mercado de trabalho português embora ainda com um peso menor face à média dos países da OCDE (Pinto dos Reis, 2004).

4.1. Em Portugal

De acordo com os dados constantes no Balanço Social (BS) global do Ministério da Saúde (MS) e do SNS em 2014 a nível global registou-se uma redução de 2,5% dos empregos face ao ano anterior, o que constitui um decréscimo inferior ao que se verificou no global da AP (-2,7%), e o terceiro valor mais baixo de entre os diferentes ministérios (Stancato & Zili, 2010). Apesar disso, no MS a redução percentual de trabalhadores não foi generalizada, salientando-se o aumento de 1 % no grupo profissional dos médicos que foi o terceiro grupo com maior aumento de número de profissionais em termos absolutos, na AP.

Os dados publicados neste BS relativo ao ano 2014, refletem tanto as medidas de política de recursos humanos do MS, como as alterações de carácter transversal ocorridas no respetivo período,

nomeadamente medidas sectoriais de reforço e renovação dos recursos técnicos ao serviço do SNS, através da contratação de profissionais de saúde (Stancato & Zili, 2010). Observa-se um esforço de contratação nas áreas da prestação de cuidados de saúde, para contrabalançar as saídas ocorridas sobretudo por via da aposentação. Particularmente no caso dos médicos, assistiu-se mesmo a uma compensação das saídas, nomeadamente por aposentação, que ocorreram em 2014. Pela análise destes dados as reduções de recursos concentraram-se, de forma predominante, nos grupos de trabalhadores dos assistentes técnicos e AO.

No que respeita à movimentação de trabalhadores, os dados gerais de 2014 apontam que o tipo de entrada/regresso predominante foi o procedimento concursal, tendo maior expressão no pessoal médico (1.685).

SAÍDAS DO MS/SNS ANO 2014	Nº
Morte	119
Caducidade de contrato (termo)	1019
Reforma/Aposentação/Limite de idade	3769
Conclusão sem sucesso do período experimental	38
Revogação/Resolução/Denúncia/Cessação/Exoneração	2307
Fim da situação de mobilidade interna/cedência de interesse público	201
Licença s/vencimento	388
Cessação de comissão de serviço	37
Ausência superior a 6 meses	1821
Outras situações *	
Total	11542

* Interrupção do internato médico, mobilidades internas e cedência de interesse público para outro organismo, pena disciplinar, termo de acumulações, entre outras situações não previstas.

Tabela 1. Motivos de saída de trabalhadores

O motivo de saída mais relevante, em termos absolutos, (tabela 1) é a reforma/aposentação e os AO foram o grupo profissional com mais aposentações, registando mais 362 aposentações do que no ano transato (ano 2013 – 913, ano 2014 - 1275). De seguida, posicionam-se os assistentes técnicos (815), os médicos (712), e os enfermeiros (671).

As aposentações de 2013 para 2014 aumentaram cerca de 60%, devido ao aumento da idade da reforma para os 66 anos o que incentivou à aposentação com mecanismos de antecipação (Nunes, 2016). Ressalva-se que as entradas e saídas por ausências superiores a seis meses representam cerca de 23,9% e 15,8% das situações. Estas saídas correspondem por exemplo às ausências por licença de parentalidade ou por doença, e as entradas ou regressos dessas situações.

No que respeita às entradas (tabela 2), são consideradas “outras situações”, que integram por exemplo as entradas dos médicos internos em 2014 (ano comum e formação específica), bem como os regressos de mobilidade interna ou cedência. No entanto, é importante ter presente os critérios de contabilização das entradas, que consideram o somatório de todas as situações do MS, podendo não corresponder a entradas reais (por exemplo a mobilização intra MS).

Outro fator importante é o facto de, no caso dos médicos internos que entraram para o ano comum e formação específica em 2014, as instituições em que entraram pela primeira vez, tanto no ano comum como na formação específica, registarem estes profissionais como “entradas”.

ADMISSÕES/ REINGRESSOS DO MS/SNS ANO 2014		Nº
Procedimento concursal		2569
Cedência		176
Mobilidade Interna		395
Regresso de licença s/vencimento ou de período experimental		199
Comissão de serviço		52
CEAGP (curso de estudos avançados em gestão pública)		3
Regresso por ausência superior a 6 meses (situações não previstas nas colunas existentes)		1899
Outras situações*		2657
Total		7950

* Entradas de médicos internos, regresso de interrupção do internato, regressos de mobilidade interna e cedência de interesse público entre outras situações não previstas nos outros campos

Tabela 2. Entradas de trabalhadores (admissões e regressos)

Paralelamente a esta movimentação de recursos humanos é também importante considerar a tendência de crescimento da atividade em relação ao período homólogo. Os números revelam uma tendência crescente no número de consultas externas, de urgências e nas consultas médicas hospitalares, onde se observa um crescimento contínuo (+0,9%). No que respeita às primeiras consultas de especialidade hospitalar, solicitadas pelos centros de saúde, através do sistema Consulta a Tempo e Horas, constata-se que cerca de 74% ocorreram no tempo recomendado para o nível de prioridade atribuído ao pedido em sede da triagem hospitalar, demonstrando uma melhoria face a 2013 (73%) e uma melhoria significativa face a 2012 (70%) (Stancato & Zili, 2010).

4.2. No Centro Hospitalar do Grupo E - Resultados

Os dados demográficos da população portuguesa justificam em grande parte a tendência de crescimento da atividade hospitalar. O grande desafio nos hospitais portugueses reside na resposta

às necessidades crescentes dos utentes, com restrições orçamentais, muitas vezes cegas quanto à especificidade desta área, nomeadamente na contratação de recursos humanos.

Neste CH em particular, após todo o processo de reestruturação interna, a evolução em termos de número de efetivos entre 2014 (7199 efetivos) e 2015 (7347 efetivos) tem sido bastante discreta face às políticas nacionais implementadas (fig. 2).

Como se observa na fig.2, a tendência em cada uma das categorias profissionais não é sempre crescente de um ano para o outro. Verifica-se decréscimo, embora ligeiro, nas categorias profissionais de assistentes técnicos, médicos e técnicos superiores de saúde, em termos absolutos.

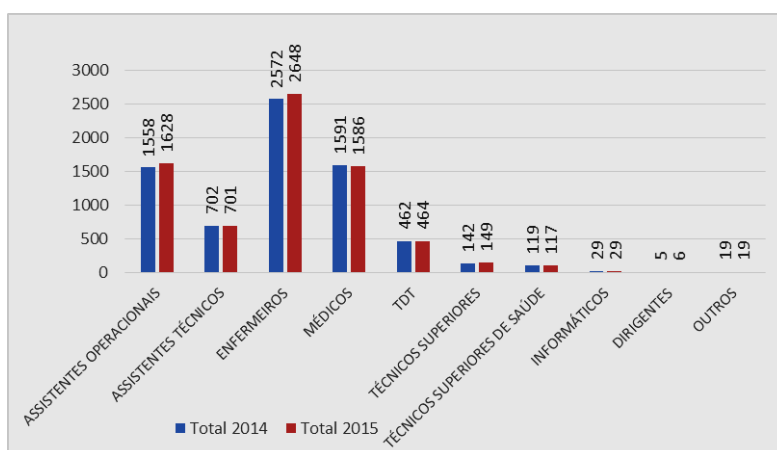


Figura 2 - Evolução do nº de efetivos por categorias profissionais entre 2014-2015

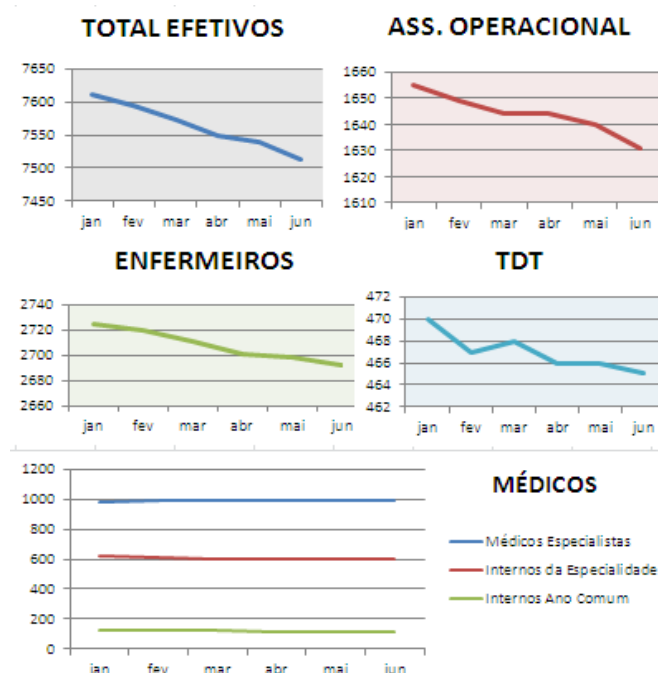


Figura 3 – Nº de efetivos por categorias profissionais no 1º semestre de 2016

No primeiro semestre de 2016 (considerando 7513 efetivos), os dados demonstram uma tendência crescente comparativamente com 2015 (fig.3), nas categorias de assistentes operacionais (3), assistentes técnicos (5), enfermeiros (44), médicos (108), sendo que o aumento do número de médicos deve-se em grande parte ao início do internato médico que ocorre predominantemente em janeiro.

No entanto, se se analisar a oscilação do número de efetivos no período entre janeiro e junho de 2016 observa-se uma variabilidade com tendência decrescente no total de efetivos e comum às categorias profissionais que prestam cuidados diretos aos utentes (fig. 4).

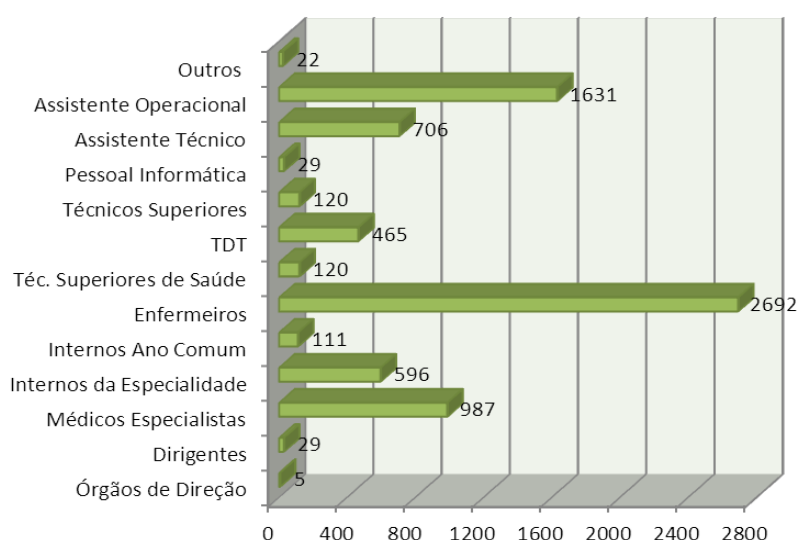


Figura 4 – Evolução do nº de efetivos por categorias profissionais no 1º semestre de 2016

Analisando a rotatividade deste CH, entendida como o movimento de entrada e saída de trabalhadores ou a flutuação de pessoal entre uma organização e o seu ambiente, tiram-se algumas conclusões interessantes (Pereira, *et al*, 2016).

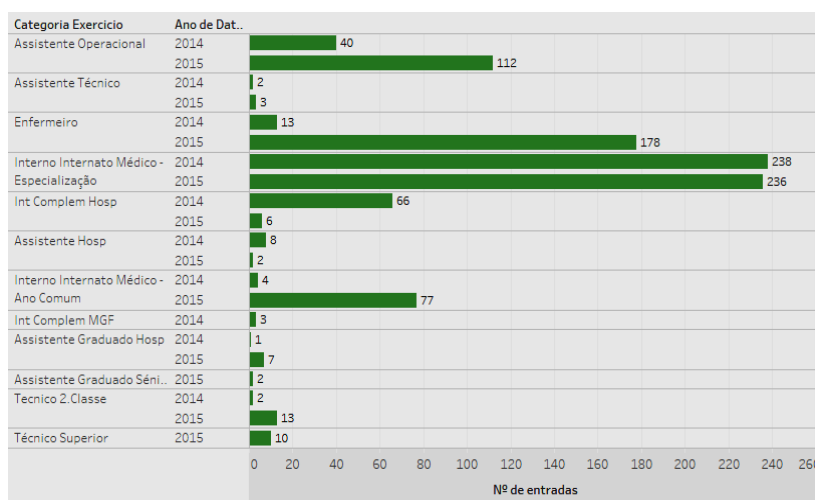


Figura 5 - Evolução do nº de entradas no CH por grupo profissional entre 2014 e 2015

Comparando as entradas em 2014 e 2015 (fig.5), verifica-se uma tendência crescente em 2015 para todas as categorias profissionais, em números absolutos.

Apesar de não estarem disponíveis as entradas da categoria de técnico superior no ano de 2014, assume-se que também nesta categoria a tendência será crescente uma vez que na fig.2 se observa que existiu aumento (7) neste grupo profissional .

Quanto ao número de saídas (fig.6), verifica-se através dos dados que, comparativamente a 2015, no ano 2014 saíram mais profissionais em todas as categorias profissionais.

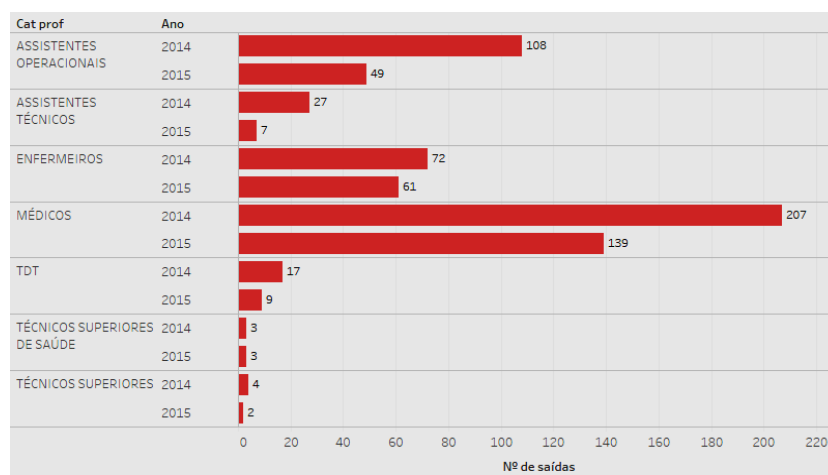


Figura 6 - Evolução do nº de saídas no CH por grupo profissional entre 2014 e 2015

Considerando o índice de rotatividade, tal como tem sido utilizado em outros estudos no âmbito de recursos humanos (Lira, (2014) e Bach & Bordogna (2011)) a sua fórmula de cálculo apresenta-se como:

$$R = \frac{\frac{N^{\circ} \text{ Admissões} + N^{\circ} \text{ Pessoas desligadas}}{2}}{N^{\circ} \text{ total de funcionários do período}} \times 100$$

Atendendo aos dados obtidos, a taxa de rotatividade deste CH no ano de 2014 situa-se nos 5,66% e no ano de 2015 é de 6,23%.

Observando os dados do 1º semestre de 2016 (fig.7), verifica-se que entraram neste CH 275 novos funcionários e saíram 183 no mesmo período.

Esta flutuação incide sobretudo nas entradas do pessoal médico, considerando a especificidade do grupo profissional, com a entrada de 124 médicos para o internato médico do ano comum e 118 médicos para o internato médico da especialização e, da mesma forma, as saídas do pessoal deste

grupo profissional estão maioritariamente relacionadas com o *términus* do período de internato médico segundo a própria semântica adotada pelo sistema informático de gestão de recursos humanos.

Neste período de 6 meses, a flutuação de trabalhadores sugere uma taxa de rotatividade de aproximadamente 3 %.

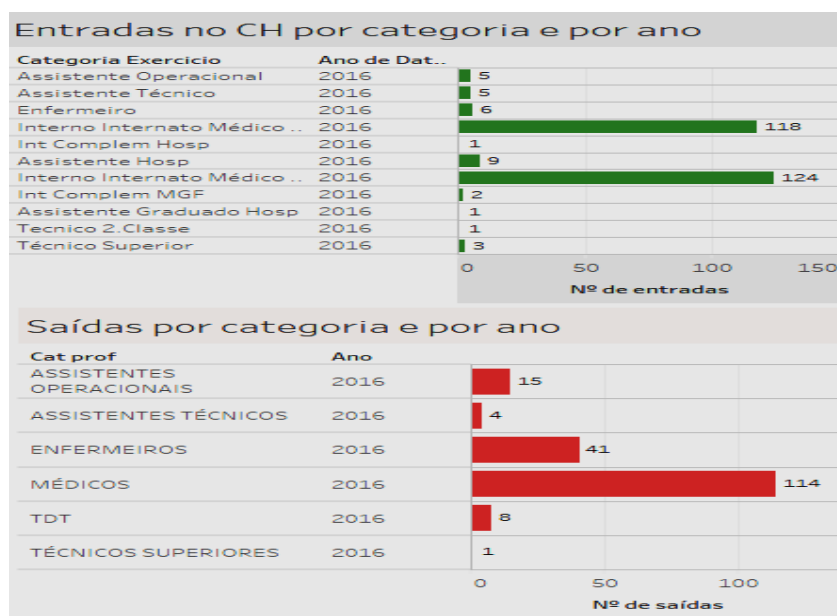


Figura 7- Evolução do nº de entradas e saídas no CH por grupo profissional no 1º semestre de 2016

No período entre janeiro de 2014 e junho de 2016 (30 meses) é possível realizar outro tipo de análise em cada uma das categorias profissionais. Escolhendo por exemplo, o grupo profissional dos AO, existem funcionários que entraram no CH em 2014 e saíram em 2015 ou em 2016. Daqueles que entraram em 2014, 13 saíram em 2015 e 10 saíram em 2016. Do total (15) que saiu em 2016 (fig.7), 4 tinham entrado em 2014, 5 tinham entrado em 2015, 1 tinha entrado na instituição no próprio ano de 2016 e os restantes 5 entraram antes de 2014.

De entre os tipos de saída (tabela 3) e excluindo as aposentações e outras situações, encontra-se a denúncia de contrato (DC), denúncia de contrato no período experimental (DC/PE) e a demissão com pena disciplinar (Demissão/PD).

Nesta rotatividade visualizam-se os serviços de onde resultaram estas saídas e conclui-se de forma preliminar que estas ocorrem com mais frequência nos serviços das especialidades médicas de neurologia, hematologia, medicina, pneumologia (tabela 3).

SITUAÇÃO	CATEGORIA EXERCÍCIO	ASSISTENTE OPERACIONAL			
	CENTRO CUSTO (PRINCIPAL)	TIPO SAÍDA	ANO ENTRADA NA INSTITUIÇÃO	SAÍDA 2015	SAÍDA 2016
TRABALHADOR DESLIGADO COMPLETAMENTE	030 - Direção de Enfermagem	DC/PE	2015	1	
	031 - Enfermeira Supervisora	DC/PE	2014	1	
		Demissão/PD	2014		1
	240 - Unidade Central de Esterilização	DC/PE	2014	1	
	336 - Hematologia - Internamento	DC	2014		1
		DC	2014		1
	346 - Medicina Interna - Internamento		2015	1	1
	366 - Nefrologia - Internamento	DC	2016		1
	371 - Neurologia - Internamento C	DC/PE	2015	1	
		DC	2015	1	
	372 - Neurologia - Internamento B	DC/PE	2014	1	
	373 - Neurologia - Internamento A	DC/PE	2014	1	
	379 - Pneumologia - Internamento B	DC	2015		1
	471 - Neurocirurgia - Internamento B	DC	2015	1	
	506 - Cirurgia B - Internamento	DC	2015	1	
	508 - Cirurgia A - Internamento	DC	2015		1
		DC	2014		1
	570 - Serviço de Urgência	DC/PE	2014	1	
	866 - Logística - Consumíveis	DC	2015		1
	11601 - Int. - UCI Geral	DC	2015	1	
	11803D - Residentes Clínica Masc.	DC	2015	1	
	25002A - Bloco Operatório - Cir. Pediátrica	DC	2015		1

Tabela 3. AO que entraram e saíram dos CHUC no período 2014 - 1ºsem 2016

Por outro lado, se se analisar outra característica associada aos AO que saíram neste período, nomeadamente as habilitações literárias (fig. 8), verifica-se que daqueles que saíram por denúncia de contrato ou por denúncia no período experimental, 64% tem o 12º ano de escolaridade, 14% tem uma licenciatura e 21% tem 9 anos de escolaridade.

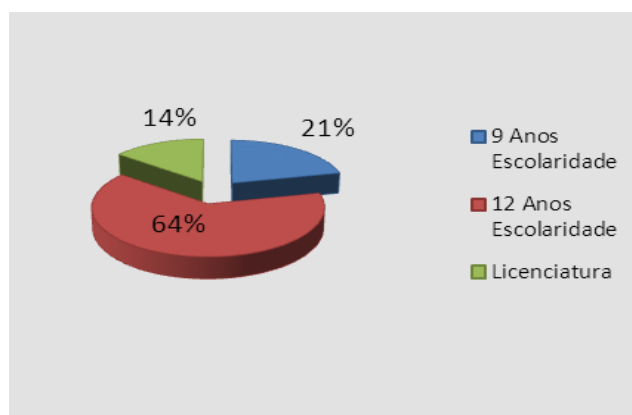


Figura 8 – Escolaridade dos AO que entraram no CH em 2014 e saíram em 2015 e 2016 por DC e DC/PE.

Para além da flutuação de trabalhadores, torna-se interessante observar na figura 9 os motivos que estão subjacentes à mesma, nomeadamente quanto à saída.

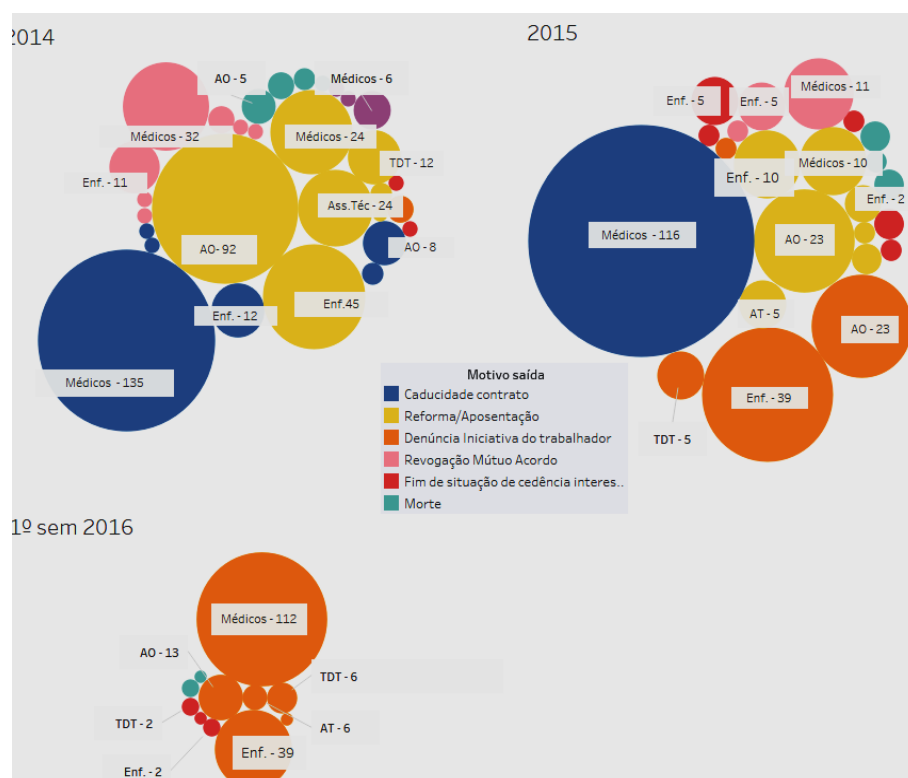


Figura 9 - Motivos de saída dos trabalhadores em 2014, 2015 e no 1º semestre de 2016

Os dados constantes na figura 9 evidenciam a saída do pessoal médico por caducidade do contrato em 2014 e 2015. No entanto, estes dados devem-se maioritariamente ao *términus* do internato médico, sendo que, na maioria dos casos, estes médicos dão novamente entrada para o internato da formação específica, sendo contabilizados como entrada. Neste grupo profissional assiste-se a grande mobilidade interna devido ao percurso formativo subjacente às especificidades do próprio grupo profissional.

Observa-se também um peso significativo das reformas/aposentações com especial incidência nos AO, enfermeiros e médicos, sendo que, no ano de 2014, o peso das reformas foi maior, comparativamente a 2015.

No ano de 2015, observa-se um fenómeno com expressão significativa: a denúncia de contrato por iniciativa do trabalhador. Este motivo de saída é evidente nas categorias profissionais de enfermeiros, técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT) e AO e, se observarmos os dados relativos ao 1º semestre de 2016, mantém-se esta tendência nas mesmas categorias profissionais, sendo até mais evidente nos médicos.

A revogação por mútuo acordo no ano de 2014 e 2015 foi também um motivo de saída com especial incidência, sendo mais significativo nas categorias dos médicos e dos enfermeiros.

Considerando as categorias profissionais mais representativas, com maiores índices de rotatividade, e excetuando os dados relativos ao grupo profissional dos médicos, cuja variabilidade é explicada pelos motivos já anteriormente mencionados, verifica-se que os maiores índices de rotatividade revelam-se nos AO e nos enfermeiros (tabela 4).

	2014	2015	Δ
ASSISTENTES OPERACIONAIS	-0,5%	3,65%	4,2%
ASSISTENTES TÉCNICOS	-1,0%	0,43%	1,4%
ENFERMEIROS	-0,6%	2,59%	3,2%
MÉDICOS	6,1%	4,22%	-1,9%
TDT	-0,3%	1,19%	1,5%

Tabela 4 - Índices de rotatividade por categoria

5. DISCUSSÃO

As variações da frequência e da durabilidade dos vínculos dos funcionários com as instituições (tipologia de contratos) constituem elementos da rotatividade de pessoal (Bezerra, 1997). Na bibliografia consultada é unânime que a quantidade de recursos humanos nas organizações necessita ser mantida em níveis adequados, uma vez que a movimentação excessiva pode causar desequilíbrio nas equipas e consequentemente efeitos indesejáveis na qualidade e na quantidade dos serviços prestados.

Observando as metodologias utilizadas em estudos que incluíram rotatividade entre médicos e enfermeiros, verifica-se que a classificação do índice de rotatividade depende das características do universo a analisar. Num estudo que envolvia médicos do Programa da Saúde da Família de São Paulo este índice pode ser classificado em função dos seguintes parâmetros: de 0 a 25% ao ano, adequada; de 25 a 50% ao ano, mau; acima de 50% ao ano, crítica (Arruda Campos & Malik, 2008). Alguns estudos indicam que se a taxa de rotatividade está acima de 25% já existem impactos financeiros e se a mesma estiver acima dos 50% existe o risco de comprometimento da produtividade e qualidade (Anselmi, et al, (1997) e Pierantoni, *et al*, (2015)). No estudo realizado por Arruda Campos & Malik, (2008), a população analisada corresponde aproximadamente a 9% da população deste CH em análise. Considerando os índices de rotatividade que se verificaram relativamente aos anos de 2014 e 2015, os dados obtidos (5,66% em 2014 e 6,23% em 2015) sugerem uma muito baixa rotatividade em termos gerais, que se denominaria como adequada. No entanto, aqui podem ser levantadas questões relacionadas com as características do universo que estamos a comparar (realidade hospitalar *versus* o equivalente a unidades de saúde familiares).

No estudo de Ruiz, Perroca & Carvalho, (2015), realizado num hospital brasileiro com valência de ensino, as taxas de rotatividade foram classificadas nos seguintes intervalos: 0 a 7% - esperado; de 7% a 15% - aceitável; de 15% a 25% - mau e maior que 25% -crítico. Apesar de este último estudo ser realizado com base em dados obtidos numa organização de características semelhantes ao CH em análise, podem surgir questões relativamente ao tamanho da amostra e suas características se nos referirmos aos dados globais de rotatividade. Estamos aqui a tentar comparar um hospital com uma disponibilidade de 30% dos leitos do CH em análise e, simultaneamente, o estudo refere-se a uma amostra 1506 colaboradores em que o número de assistentes operacionais representa 67% da amostra. No CH em análise, os assistentes operacionais representam 9,4% da nossa população analisada. Esta reflexão conduz à dedução de que, os intervalos das taxas de rotatividade consideradas neste estudo, que estão a ser comparados com os dados em análise, serão adequados para a aplicação a cada um dos grupos profissionais separadamente (tabela 4). Aplicar os mesmos intervalos para analisar a taxa de rotatividade global tornaria sempre a análise enviesada e pouco rigorosa.

Retirando o melhor proveito da análise dos estudos aqui mencionados, a taxa de rotatividade deste CH do grupo E situar-se-á algures entre o esperado e o aceitável.

Refletindo sobre estes dados e atendendo à estratégia nacional, especificamente às Grandes Opções do Plano para 2017 (GOP), importa aumentar a eficiência da governação do SNS e, como tal, apurar e corrigir as causas da rotatividade quer se apresente em níveis adequados, quer se considere como demasiado baixa. Esta ação enquadra-se especialmente em algumas das GOP como a promoção da imagem de marca do SNS, permitindo criar condições de retenção e identificação dos profissionais com o serviço, promovendo a motivação dos profissionais de saúde, através da promoção de novos modelos de cooperação e repartição de responsabilidades entre as diferentes profissões de saúde (SNS, 2016).

Os resultados obtidos na presente análise estão de certa forma, em sintonia com aqueles apresentados pela ACSS a nível nacional, no último BS apresentado (ano 2014), que revelam que a diminuição de recursos concentrou-se de forma predominante, nos grupos de trabalhadores menos qualificados – neste caso, nos AO.

Quanto à variabilidade do índice de rotatividade, para além do grupo profissional dos AO, esta revela-se também elevada no grupo profissional dos médicos, pelos motivos já anteriormente mencionados e no grupo profissional dos enfermeiros. A variabilidade da taxa de rotatividade pode tornar-se problemática sendo que, autores como Stancato & Zilli (2010) realçam a importância das instituições manterem um certo equilíbrio nas taxas de rotatividade, garantindo a qualidade e eficácia na sua produção.

No que respeita à variabilidade que ocorreu entre 2014 e o 1º semestre de 2016, no exemplo analisado do grupo profissional dos AO (tabela 3), existem motivos que poderão justificar a mesma, por existir um padrão de maior frequência nos serviços das especialidades médicas. Uma análise pormenorizada da rotatividade em cada uma das categorias profissionais mais representativas deste CH, conduz a causas explicativas e nas quais é sempre possível atuar, não sendo indissociável do contexto no qual o CH está inserido.

No setor terciário, no qual se enquadra esta atividade económica, salienta-se a taxa de desemprego bastante significativa face aos restantes setores. Neste cenário, existem muitas pessoas que procuram emprego como AO, essencialmente por necessitarem obter um rendimento enquanto procuram novas oportunidades. Observando as habilitações literárias dos AO que entraram e saíram no período de 30 meses, existem 14% de AO que detêm o grau de licenciado e 64% que têm o 12º ano. Este é um dos fatores que poderá suportar esta teoria justificativa para a rotatividade ocorrida entre 2014 e 2016 neste grupo profissional, mesmo considerando a dubiedade colocada pela semântica dos sistemas de gestão de informação, nomeadamente no que concerne à classificação do grau de habilitação literária. Outra explicação poderá relacionar-se com as expectativas iniciais destes trabalhadores perante a atividade profissional num hospital. Muitas vezes, estas expectativas são defraudadas quando contactam com a prática, com situações de doença crítica em contexto hospitalar, nas quais é requerido não só esforço físico em tarefas de apoio ao doente, mas também grande disponibilidade psicológica para enfrentar situações limite relacionadas com a própria doença.

Destaca-se, portanto, a importância de promover um melhor acompanhamento, treino e integração dos recém-admitidos na instituição, permitindo assim o envolvimento do colaborador e promovendo uma permanência por um tempo prolongado. O curto tempo de permanência implica indubitavelmente despesas para a instituição, duplicando os gastos do processo de contratação e em última análise impõe efeitos indesejáveis quer na qualidade quer na quantidade dos serviços prestados.

Stancato & Zilli (2010) nomeiam, no âmbito dos prejuízos financeiros para a instituição, como principais custos causados pela rotatividade, aqueles relacionados com: o recrutamento e seleção (divulgação e realização de concursos públicos, documentação); com o treino (custos do pessoal, materiais utilizados e tempo dispensado para orientação do funcionário na área que lhe é destinada); com o período de experiência (acompanhamento nas fases da integração) e com os custos de desligamento (tempo e pagamento de encargos sociais - férias e 13º mês proporcionais aos dias trabalhados). Outros autores (Hammes, Santos & Melim, 2016) frisam que a rotatividade gera

desequilíbrio nas equipas especialmente se considerarmos a evasão do *know-how* e a queda de produtividade, acarretando desmotivação nas pessoas que permanecem.

Ainda, atendendo ao exemplo supramencionado, o CH em estudo não aplica qualquer questionário aquando da saída dos funcionários. Representando as especialidades médicas, serviços com grandes picos de lotação e dado a escassez de recursos humanos generalizada, consequente às políticas governamentais, se se excluir o motivo “morte” e “aposentação”, serão motivos hipotéticos de saída de AO (Bezerra, 1997):

- carga horária excessiva e sobrecarga de serviço;
- falta de funcionários;
- pouco reconhecimento;
- problemas com as chefias e colegas;
- falta de incentivos para formação;
- baixa remuneração;
- tipo de contrato com a instituição.

Apesar de se obter uma rotatividade esperada/aceitável neste CH, existem aspetos encontrados que devem ser estudados e valorizados porque poderão originar informações fundamentais à justificação de abertura de procedimentos de recrutamento. Uma vez que estes tendem a ser mais centralizados, a análise da rotatividade, em conjunto com outros indicadores, poderá contribuir para gerar informação mais objetiva e fundamentada, de apoio à decisão. Restará a dúvida acerca da capacidade de resposta do CH em estudo, para o eventual tratamento desta informação pois não é eficiente a recolha da mesma se não houver lugar ao tratamento adequado.

Por outro lado, uma rotatividade demasiado baixa, também pode indicar uma estagnação da organização, tornando-se consequentemente uma organização pouco atrativa para captar novos recursos mais qualificados, não oferecendo oportunidade para jovens recém-formados que poderiam elevar o nível qualitativo da instituição, com a incorporação de novos métodos e ideias.

6. CONCLUSÕES

Utilizando a metodologia utilizada em estudos semelhantes (Arruda Campos & Malik, 2008), (Ruiz, et al, 2015) e (Stancato & Zilli, 2010), que integraram a mesma tipologia de classes profissionais, o índice de rotatividade deste CH classifica-se como esperado/ aceitável uma vez que, no ano de 2014 situa-se nos 5,66% e no ano de 2015 é de 6,23%, atendendo ao tamanho da

nossa população. Estes valores de rotatividade sugerem que talvez esta se apresente como demasiado baixa para o universo em estudo. Mais do que o apuramento deste índice, importa apurar o índice por categorias profissionais e os principais motivos de saída, sendo que, a variabilidade do índice de rotatividade revelou-se mais significativa nos AO (tabela 4).

Dado que a categoria dos AO presta serviço direto ao utente, esta variabilidade pode ser prejudicial e, embora possa não se afigurar como bastante representativa, importa apurar as causas da mesma. Este tipo de análise poderia ser efetuado com recurso à aplicação de um questionário tipo aquando da saída do funcionário. O apuramento das causas efetivas das saídas de funcionários permitiria a aquisição de informação objetiva e fundamentada para novos processos de recrutamento e pedidos de autorização para contratações. Resultaria numa maior eficiência dos novos processos de recrutamento. A possibilidade de recolha e tratamento deste tipo de informação fica sempre condicionada pelos recursos humanos e tecnológicos que o CH tem à sua disposição, sendo que, se existir, deverá ser devidamente planeada.

A bibliografia consultada sugere escassez de estudos abertos na área da saúde, que mostrem a rotatividade dos profissionais. Isso levaria às causas que geralmente não são favoráveis para medir o nível da qualidade e, principalmente, da imagem das instituições. Esta é uma das limitações da análise efetuada neste artigo, uma vez que, em Portugal, se encontram poucos estudos publicados neste âmbito, sendo os estudos de rotatividade em equipas de enfermagem aqueles mais publicados. Uma rotatividade elevada demonstra que existe algo de errado com a instituição e uma rotatividade baixa conduz-nos à reflexão acerca da estagnação da instituição. Torna-se necessário um olhar diferenciado e mais preciso para o tema da rotatividade nas instituições de saúde pois acredita-se que os resultados possam contribuir para melhorar as políticas de gestão de pessoas.

Concomitantemente, com a utilização de *softwares* de *business intelligence* como o “*tableau*”, transforma-se a forma como as pessoas usam os dados para resolver problemas, acelerando e facilitando a análise de dados, tornando-a mais apelativa e incisiva. Esta análise sistemática poderá dar ferramentas úteis à gestão para a tomada de decisão, permitindo delinear estratégias com ações integradas entre os diversos serviços no que concerne à movimentação de pessoal, valorização e retenção de talentos e contribuindo com que a taxa de rotatividade seja favorável.

A rotatividade é explicada tanto por fenómenos internos, como por fenómenos externos. Os primeiros consideram a política salarial, os benefícios sociais e o tipo de supervisão/liderança exercida, entre outros, já os segundos, são pautados na oferta e procura de pessoas no mercado e pela situação económica do país e da região onde se situa o CH. Aqui reside uma outra limitação na análise destes dados: o curto período escolhido para a análise, e o facto de, no ano de 2014, devido à aprovação de novas diretivas relacionadas com as reformas, esse facto ter potenciado um aumento substancial de reformas antecipadas.

Este estudo permitiu gerar algumas questões relacionadas com os fatores internos, não apenas relacionados com a rotatividade, mas também com o acolhimento e integração dos profissionais após um processo de recrutamento e seleção. Estas questões poderão despertar o interesse para o estudo da rotatividade com vista a uma futura atuação de melhoria, indo de encontro às políticas governamentais estabelecidas para o ano de 2017 e seguintes.

REFERÊNCIAS

- ACSS. (2014). Balanço Social Global do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/BS_MS_SNS_2014.pdf
- ACSS. (2016). Circular_informativa_20_2016. p. 1–3.
- ACSS. (2013). BenchmarkingHospitais. Disponível em: <http://benchmarking.acss.min-saude.pt>
- Anselmi, M.L., Luigia, E., Angerami,S., Laus, E., & Gomes, R. (1997). Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health.*, vol. 2, no. 1.
- Arruda Campos,C. V. D., Malik, M. (2008). Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa de Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública*, vol. 42, no. 2, pp. 347–68.
- Bach, S., Bordogna, L. (2011). Varieties of new public management? The reform of public service employment relations in industrialized democracies. *Int. J. Hum. Resour. Manag.*, vol. 22, no. 11, pp. 2281–2294.
- Bezerra, A. L. Q. (1997). O significado da rotatividade de pessoal numa instituição de saúde privada. *R. Bras. Enferm.*, vol. 50, no. no1, p. p.107-120.
- Correia,T., Carapinheiro, G., Silva,J., Vieira, J. (2015, junho) O Sistema De Saúde Português No Tempo Da Troika: a Experiência Dos Médicos, Lisboa. ISCTE-IUL/Ordem dos Médicos. Repositório, disponível em: <http://hdl.handle.net/10071/8981>
- Decreto-Lei n.º 18/2017 de 10 de fevereiro. *Diário da República*, 1a Série, nº30. p. 694-720.
- Decreto-Lei n.º 284/99 de 26 de julho, *Diário da República*, 1a Serie-A. p. 4652–4654.
- Decreto-Lei n.º 30/2011 de 2 de março. *Diário da República*, 1a Série, nº43. p. 1274-1277
- Despacho nº5911-C/2016, 3 de maio. *Diário da República*, 2a série, n.º 85, p. 12164.
- Draghi, M. (2014) Euro area economic outlook, the ECB's monetary policy and current policy challenges. Available: <http://www.bis.org/review/r140411b.htm>.
- Hammes, C.C.F., Santos, A.J. & Melim, J. (2016). Os impactos do turnover para as organizações. *Revista ESPACIOS | Vol. 37 (Nº3)*.
- Leão J., Martins A., Gonçalves A. (2014) Crescimento Económico e Financiamento da Economia Portuguesa. *BMEP – Em Análise*, vol.11, p. 55–69. Disponível em: <http://www.gpeari.min-financas.pt/analise-economica/publicacoes/ficheiros-do-bmep/2014/novembro/BMEP-novembro2014.pdf>
- Lira, M. (2014) A influência dos modelos de administração pública na reforma administrativa portuguesa: o caso da avaliação do desempenho. XVI Encuentro AECA. www.aeca1.org/xviencuentroaeca/cd/21f.pdf
- Magone, J.M. (2011). The difficult transformation of state and public administration in Portugal. Europeanization and the persistence of neo-patrimonialism. *Public Adm.Rev.*, vol. 89, no. 3, pp. 756–782.
- Mintzberg, H. (1997) Toward healthier hospitals. *Health Care Manage. Rev.*, vol. 22, nº. 4, p. 9–18.
- Moreira, I. L. B. (2016). O impacto da crise económica, financeira e social no acesso aos cuidados de saúde em Portugal. Tese de Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo, apresentado à Faculdade de Economia e à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra.
- Nunes, A. M. (2016, março), Efeitos da Aplicação do Memorando de Entendimento sobre Condicionalismos Específicos de Política Económica na Prestação de cuidados Hospitalares. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*, pp. 30–33. Disponível em: <http://www.jornalmedico.pt/wp-content/uploads/rpgs/rpgs018/>
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS). (2014). Relatório de Primavera - Saúde, Síndrome de Negação.
- OPSS. (2012). Relatório Primavera. Crise & Saúde: um país em sofrimento.

- Pereira, J. V. (2016, dezembro). E se os melhores se forem todos embora? Revista EXAME, 392, p. 7.
- Pereira, P.T., Afonso, A., Arcanjo, M., Santos, J.C.G. (2016). Economia e Finanças públicas. Escolar Editora.
- Pierantoni, C.R., Vianna, C.M.M, França, T, Magnago, Carinne, Rodrigues, M.P.S. (2015, julho/setembro). Rotatividade da força de trabalho médica no Brasil . SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 39, N. 106, P. 637-647,. DOI: 10.1590/0103-110420151060003006.
- Pinto dos Reis, V. (2004, janeiro/junho). Gestão Em Saúde. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Vol.22, nº1. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/16979>.
- Pita Barros, P., Lourenço A., Moura A., et al. (2015). Políticas Públicas em Saúde: 2011-2014 - Avaliação do Impacto. Disponível em: http://www2.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/EEF6FE3A-116^47ACABF7A1CEE8BBF7Co/o/Pol%C3%ADticasP%C3%BAblicasemSaude_Completo.pdf
- Portaria nº 378-G/2013 de 31 de dezembro.
- Rosa, D. C. dos R. (2012). Redesenho Organizacional na Administração Publica Portuguesa: A adopção do PRACE no Ministério da Economia e da Inovação. Diss. Mestrado. Univ. Técnica Lisboa, Inst. Super. Ciências Sociais e Políticas. Repositório da UNL. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/4560>
- Ruiz, P.B.O., Perroca, M.G. & Carvalho, J. (2015). Indicador de Gestão de Pessoas: Análise dos desligamentos e da taxa de rotatividade da Equipe de Enfermagem. Rev. Enferm. UFPE line, vol. 9(2), pp. 643–50.
- Serranheira, F., Sousa Uva, A. & Sousa, P. (2010) Ergonomia hospitalar e segurança do doente, Rev. Port. saúde pública, vol. 10, pp. 58–73.
- SNS. (2016). GOP para 2017 na área da Saúde – SNS. Available: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/12/28/gop-para-2017-na-area-da-saude/>. [Accessed: 01-Jan-2017].
- SNS. Análise Mensal do Balanço Social. Available: <https://www.sns.gov.pt/monitorizacao-do-sns/analise-mensal-do-balanco-social/>. [Accessed: 15-Dec-2016].
- Stancato, K., Zilli, P.T. (2010, abril/junho)). Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. RAS, vol. 12, nº 47, abril/junho 2010.