

# Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal

## Parte II – Como estamos, onde estamos e como nos sentimos

JOSÉ MARTINS\*, ANDRÉ BISCAIA\*\*, CLÁUDIA CONCEIÇÃO\*\*,  
INÊS FRONTEIRA\*\*, FÁTIMA HIPÓLITO\*\*,  
MARGARIDA CARROLO\*\*, PAULO FERRINHO\*\*

Este é a segunda parte do segundo de uma série de artigos sobre Recursos Humanos na Saúde em Portugal, iniciada no número da Revista de Maio/Junho 2003. Esta série é da responsabilidade do Observatório de Recursos Humanos da Saúde da AGO - Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta.

### Introdução

Na primeira parte deste artigo<sup>1</sup> foi efectuada a caracterização da força de trabalho no sector da saúde em Portugal. Na segunda parte deste trabalho serão descritas a distribuição regional e por sectores onde os profissionais exercem a sua actividade, sendo também tratadas questões como o duplo emprego, a satisfação profissional, o risco profissional e o absentismo. Será ainda efectuada a discussão global da situação descrita em ambas as partes do artigo.

\*Direcção-Geral da Saúde,  
Ministério da Saúde.

\*\*Associação para o Desenvolvimento e  
Cooperação Garcia de Orta (AGO), Lisboa

### Como estamos

#### Relação jurídica de emprego

Sobre a relação jurídica de emprego, em 1999 constata-se que 78,6% dos efectivos do Ministério da Saúde pertenciam aos quadros, atingindo para os centros de saúde 83,4%. Verifica-se ainda que 67,5% dos médicos, 78,7% do pessoal de enfermagem e 83,6% dos técnicos de diagnóstico e de terapêutica pertencem aos quadros. É entre o pessoal médico, e em menor percentagem entre o pessoal de enfermagem, que se verifica o maior número de profissionais cujo vínculo é o contrato administrativo de provimento, atingindo respectivamente 19,4% e 8,7%. Destaca-se igualmente o peso do contrato a termo certo, que no caso do

pessoal de enfermagem envolve 7,7% dos profissionais, 11,9% dos técnicos de diagnóstico e de terapêutica e em menor percentagem os médicos, com 1,8%<sup>2</sup>.

### Onde estamos

#### DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA

Quanto à distribuição dos profissionais de saúde por Região de Saúde (Quadro I), verifica-se para a totalidade do Continente a existência de 397 habitantes por médico, apresentando apenas a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo menos habitantes por médico do que se verifica para todo o Continente. Esta situação é igualmente observável relativamente aos técnicos de diagnóstico e de terapêutica. A distribuição do pessoal de enfermagem é mais uniforme, variando entre 286 habitantes por profissional na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e 300 habitantes na Região de Saúde do Norte.

Quanto à cobertura da população por médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), em 1999 (Quadro II) verifica-se existir um profissional para cada 1.685 habitantes, sendo o Alentejo a Região de Saúde com menos habitantes por médico de MGF, a que se segue a região Centro. O Algarve, com 1.900 habitantes por médico de MGF, é a região que apresenta uma menor cobertura. A nível de sub-região de saúde, este indicador apresenta uma menor cobertura no Porto (1.933 habitantes/médico de MGF) e em Castelo Branco (1.959 habitantes/médico de MGF), sendo Coimbra aquele com menos habitantes por médico de MGF (1.365).

O crescimento acentuado de médicos verificado no período 1985-1999, não tem sido uniforme em todas as regiões. A nível do continente, o número de habitantes por

**QUADRO I**

**DISTRIBUIÇÃO DOS PROFISSIONAIS DO SNS EM 31 DE DEZEMBRO DE 1999 POR REGIÃO DE SAÚDE**

	Pessoal médico		Pessoal de enfermagem		Técnicos de diagnóstico e terapêutica	
	Total*	Hab. por médico	Total*	Hab. por enfer.	Total*	Hab. por TDT
Continente	23.934	397	32.813	289	6.399	1.483
R. Saúde Norte	7.596	413	10.447	300	1.541	2.037
R. Saúde Centro	5.072	457	7.906	293	1.307	1.775
R. Saúde Lx. Vale Tejo	9.404	344	11.339	286	2.813	1.151
R. Saúde Alentejo	733	604	1.545	287	258	1.716
R. Saúde Algarve	670	522	1.202	291	217	1.612

\*Estes totais não correspondem à soma das parcelas. Incluem o pessoal afecto a «Outros Serviços», constituído por: 459 médicos; 374 enfermeiros e 263 técnicos de diagnóstico e de terapêutica.

Fonte: Balanço Social Global do Ministério da Saúde, 1999

médico, transitou de 519 para 397 (23,5%). Por seu lado, a Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, apresenta o menor número de habitantes por médico (344), sendo também aquela em que este indicador teve uma evolução menos pronunciada (um aumento de 16,5%), no período em análise. Na situação oposta encontra-se a Região de Saúde do Alentejo com 604 habitantes por médico. É contudo na Região Norte que a variação deste indicador é mais visível, o que se traduz numa assinalável redução de 148 habitantes por médico (26,4%), apresentando, em 1999, o valor de 413 habitantes por médico (Quadro III).

No que respeita ao pessoal de enfermagem (Quadro IV), em 1999, existiam 289 habitantes por profissional, enquanto que em 1985 este valor ascendia a 467. Verificou-se deste modo uma redução em 38,1%, a qual ocorreu de forma visível em todas as Regiões de Saúde, sendo a mais significativa a que se verificou na Região de Saúde do Algarve (55,2%).

Relativamente aos técnicos de diagnóstico e de terapêutica, (Qua-

dro V) verifica-se que em 1999 existiam 1 483 habitantes por profissional, tendo-se registado, em relação a 1985, uma diminuição do número de habitantes por técnicos de diagnóstico e de terapêutica de 43,8%. Esta situação, face a 1985, é extensível a todas as Regiões de Saúde, variando entre 31,2% na Região de Lisboa e Vale do Tejo e 51,8% na Região de Saúde do Alentejo.

Apesar da redução do número de habitantes por profissional de saúde a nível de todas as regiões, deve ter-se sempre em conta outros factores que influenciam as assimetrias na distribuição dos recursos do SNS, nomeadamente a concentração dos mesmos, em três sub-regiões de saúde (Coimbra, Lisboa e Porto). Ao verificarmos a concentração de recursos humanos nestas sub-regiões<sup>3</sup> (Quadro VI), damos conta de que em 1985, 64,7% do pessoal médico, 61,5% do pessoal de enfermagem e 71,1% dos técnicos de diagnóstico e de terapêutica do total do SNS, exercia a sua actividade nestas sub-regiões de saúde. Em 1999, 61,3% do pessoal médico, 53,6% dos enfermeiros e 58,4% dos técnicos de

diagnóstico e de terapêutica permaneciam colocados nas mesmas. Embora se tenha atenuado esta concentração em relação ao pessoal de enfermagem e aos técnicos de diagnóstico e de terapêutica tem-se mantido no que respeita ao pessoal médico.

Outro dado a ter em conta é que cerca de metade dos estudantes de medicina em Portugal são da Grande Lisboa<sup>4</sup>, o que poderá acentuar ainda mais as assimetrias regionais na distribuição dos médicos.

**DISTRIBUIÇÃO POR NÍVEIS DE CUIDADOS**

Do total de efectivos do Ministério da Saúde, em 1999, 83.174 (69,3%) estão nos hospitais e 30.760 (25,6%) nos centros de saúde. Os restantes, no total de 6 089 (5,1%) estão distribuídos por outros serviços (Quadro VII).

Dos 23.934 médicos referidos, 16.014 (66,9%) estão vinculados aos hospitais, 7.461 (31,2%) aos centros de saúde e os restantes 459 (1,9%) a outros serviços. Dos 32.813 enfermeiros, 25.577 (77,9%) exercem a sua actividade nos hospitais, 6.862 (20,9%) nos centros de saúde e 374 (1,1%) em outros serviços. Dos 6.399 técnicos de diagnóstico e de terapêutica, 5.314 (83,0%) pertencem aos hospitais, 822 (12,8%) aos centros de saúde e 263 (4,1%) a outros serviços. Dos restantes grupos profissionais, destacam-se pelo seu maior número, o pessoal dos serviços gerais que engloba 25.822 efectivos dos quais 82,3% exercem a sua actividade nos hospitais. O pessoal administrativo é constituído por 17.325 efectivos dos quais 37% desenvolvem a sua actividade nos hospitais e 48,2% nos centros de saúde.

É de referir que ao longo de 1985-1999, o peso dos médicos da carrei-

## QUADRO II

## NÚMERO DE MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL/MEDICINA GERAL E FAMILIAR EM 31 DE DEZEMBRO DE 1990/95/99, POR SUB-REGIÃO DE SAÚDE

	Nº de Médicos Clínica Geral (Centros de Saúde)	Nº de Médicos de Clínica Geral (Centros de Saúde)	Nº de Médicos de Medicina Geral e Familiar
	1990	1995	1999
<b>Total</b>	<b>6.820</b>	<b>6.020</b>	<b>5.633</b>
<b>R. Saúde Norte</b>	<b>2.003</b>	<b>1.864</b>	<b>1.718</b>
Braga	507	452	448
Bragança	112	87	95
Porto	1.050	1.032	887
Viana do Castelo	164	145	142
Vila Real	170	148	146
<b>R. Saúde Centro</b>	<b>1.721</b>	<b>1.556</b>	<b>1.483</b>
Aveiro	466	408	423
Castelo Branco	159	134	102
Coimbra	334	312	308
Guarda	158	139	123
Leiria	300	294	291
Viseu	304	269	236
<b>R. Saúde Lx. Vale Tejo</b>	<b>2.524</b>	<b>2.058</b>	<b>1.953</b>
Lisboa	1.754	1.343	1.275
Santarém	320	286	270
Setúbal	450	429	408
<b>R. Saúde Alentejo</b>	<b>348</b>	<b>323</b>	<b>295</b>
Beja	121	116	104
Évora	127	112	105
Portalegre	100	95	86
<b>R. Saúde Algarve</b>	<b>224</b>	<b>219</b>	<b>184</b>
Faro	224	219	184

Fonte: DGCSP, Cuidados de Saúde Primários, Pessoal e Movimento.  
DGS, Cuidados de Saúde Primários, Pessoal e Movimento.

ra médica hospitalar varia entre 68,1% em 1985 e 66,9% em 1999, valores que de uma forma geral também se verificam nas Regiões de Saúde, com excepção do Alentejo e do Algarve onde se verifica um maior equilíbrio na distribuição dos profissionais entre os cuidados primários e hospitalares. Em relação ao pessoal de enfermagem, a nível do Continente, a percentagem de profissionais a exercerem a sua actividade nos hospitais em relação aos centros

de saúde foi sempre crescente variando entre 73,2% em 1985, e aproximando-se dos 80% em 1999. A situação não é diferente a nível das Regiões de Saúde, sendo apenas de destacar que a tendência observada é igualmente de um aumento gradual do peso do sector hospitalar relativamente aos cuidados de saúde primários a partir de 1985. No caso dos técnicos de diagnóstico e de terapêutica, o peso dos profissionais no sector hospitalar tem também

crescido gradualmente ao longo do período em referência, situando-se entre 84% e 90%. No caso dos técnicos de diagnóstico e de terapêutica, nas Regiões de Saúde do Alentejo e Algarve, o seu peso é menor, situando-se à volta de 75%.

#### ACTIVIDADE PROFISSIONAL MÚLTIPLA OU EXCLUSIVAMENTE FORA DO SECTOR PÚBLICO

Os profissionais de saúde, na sua maioria funcionários públicos, deslocam-se entre os sectores privado e público. Como o fazem e porque o fazem são factores pouco estudados.

Dos dados disponíveis, poderemos, no entanto, deduzir que, a nível nacional, cerca de 45.000 profissionais de saúde (em todas as áreas) exercerão a sua actividade em exclusivo no sector privado (diferença entre os valores do Censo, os dados do Ministério da Saúde relativos ao continente e uma estimativa do pessoal de saúde que exerce a sua actividade no sector público nas Regiões Autónomas).

A múltipla vinculação dos profissionais de saúde a estruturas e sistemas de prestação de cuidados torna ainda mais difícil a determinação dos efectivos em actividade em cada momento. Com este quadro, torna-se complexo medir com maior rigor o volume de horas trabalhadas pelos profissionais de saúde, de forma a satisfazer as necessidades de informação no que respeita a capitulações e graus de cobertura. Não existe informação de âmbito nacional, mas alguns estudos pontuais ajudam-nos a compreender a dimensão deste fenómeno.

Em 1999 trabalhavam no Ministério da Saúde 23.934 médicos e 32.813 enfermeiros (Quadro VII). O total de médicos inscritos na respectiva Ordem em 31 de Dezembro do mesmo ano, no Continente, eram

**QUADRO III**

**NÚMERO DE HABITANTES POR MÉDICO,  
EM 1985, 1990, 1995 E 1999**

	Número de Habitantes por Médico			
	1985	1990	1995	1999
Continente	519	487	446	397
R. Saúde Norte	561	526	474	413
R. Saúde Centro	617	544	517	457
R. Saúde Lisboa e V. Tejo	412	407	364	344
R. Saúde Alentejo	746	663	662	604
R. Saúde Algarve	688	549	579	522

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Recursos Humanos da Saúde. Instituto Nacional de Estatística, Estimativas da População Residente.

**QUADRO IV**

**NÚMERO DE HABITANTES POR ENFERMEIRO,  
EM 1985, 1990, 1995 E 1999**

	Número de Habitantes por Enfermeiro			
	1985	1990	1995	1999
Continente	467	375	321	289
R. Saúde Norte	497	411	348	300
R. Saúde Centro	497	385	325	293
R. Saúde Lisboa e V. Tejo	408	328	292	286
R. Saúde Alentejo	530	412	322	287
R. Saúde Algarve	650	539	379	291

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Recursos Humanos da Saúde. Instituto Nacional de Estatística, Estimativas da População Residente.

**QUADRO V**

**NÚMERO DE HABITANTES POR TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E  
TERAPÊUTICA (TDT), EM 1985, 1990, 1995 E 1999**

	Número de Habitantes por TDT			
	1985	1990	1995	1999
Continente	2.641	1.977	1.709	1.483
R. Saúde Norte	3.711	2.714	2.208	2.037
R. Saúde Centro	4.037	2.755	2.141	1.775
R. Saúde Lisboa e V. Tejo	1.673	1.303	1.222	1.151
R. Saúde Alentejo	3.560	2.757	2.106	1.716
R. Saúde Algarve	3.305	2.393	1.876	1.612

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Recursos Humanos da Saúde. Instituto Nacional de Estatística, Estimativas da População Residente.

30.943 enquanto os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros eram 35.107<sup>1</sup>. Verifica-se um diferencial de 7.009 médicos e 2.294 enfermeiros, respectivamente entre o número de profissionais inscritos nas respectivas Ordens e aqueles que exercem a sua actividade no Ministério da Saúde. Estando os ficheiros dos profissionais inscritos nas respectivas Ordens Profissionais actualizados, poderemos concluir, de forma simplista, que este conjunto de profissionais exerce a sua actividade, em exclusivo, fora do SNS.

Alguns estudos realizados em Portugal também nos dão uma indicação da extensão do duplo emprego em Portugal<sup>5</sup>. Num hospital distrital, de uma das duas áreas metropolitanas de Portugal, de 256 trabalhadores 58% declararam duplo emprego (52% no sector público, 40% no sector privado com fins lucrativos, 7% no sector privado sem fins lucrativos e 2% noutros sectores). Num centro de saúde, da mesma área metropolitana de 221 profissionais de saúde, 23% reconheceram um segundo trabalho noutro

local (25% no sector público, 57% no sector privado lucrativo, 8% no sector privado não lucrativo, e os res-

tantes em outros sectores). O duplo emprego é mais frequente entre homens, entre os jovens, nos casados, nos imigrantes e minorias étnicas, nos com contratos de trabalho precários mais do que nos que fazem parte do quadro, e destes mais nos que não têm exclusividade. Ocorre quase exclusivamente em profissionais com formação universitária: para os médicos mais do que para os enfermeiros, estes mais do que para os técnicos de diagnóstico e de terapêutica e estes ainda mais do que para os outros profissionais com formação universitária. É infrequente entre trabalhadores a tempo inteiro e muito frequente entre trabalhadores a tempo parcial. Trabalhadores por turnos têm também uma maior propensão para o duplo emprego<sup>5</sup>.

Num estudo de satisfação profissional de médicos de família, em 1995<sup>6</sup>, levado a cabo na Sub-Região de Saúde de Lisboa, 40% dos respondentes referiram múltiplo emprego. Os médicos que têm múltiplo emprego tinham piores relações com os seus superiores hierárquicos, consideravam que não tinham hipóteses de serem promovidos, que não conseguiam lidar com o trabalho a que tinham de fazer face no centro de saúde e que não estavam apropriadamente recompensados pelo seu trabalho.

**COMO NOS SENTIMOS**

Em Portugal, são ainda escassos os dados relativos a outras variáveis importantes na caracterização dos recursos humanos como a satisfação profissional, a motivação para a mudança de profissão, de carreira ou de local de trabalho, e, ainda, com maior défice, dados sobre a saúde e segurança nas unidades de saúde.

**SATISFAÇÃO PROFISSIONAL**

A satisfação profissional é uma

## QUADRO VI

## NÚMERO DE MÉDICOS, ENFERMEIROS E TÉCNICOS DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA NAS SUB-REGIÕES DE COIMBRA, LISBOA E PORTO EM 1985/1999

	Pessoal médico		Pessoal de enfermagem		Pessoal técnico de diagnóstico e de terapêutica	
	1985	1999	1985	1999	1985	1999
Coimbra	1.659	2.184	2.174	3.289	288	622
Lisboa	6.394	7.086	6.495	7.903	1.709	2.099
Porto	3.745	5.406	4.065	6.408	605	1.017
TOTAL	11.798	14.676	12.734	17.600	2.602	3.738

Fonte: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Recursos Humanos da Saúde

## QUADRO VII

## DISTRIBUIÇÃO DOS EFFECTIVOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE POR TIPO DE SERVIÇOS EM 31 DE DEZEMBRO DE 1999

Grupos. Prof. Serviços	Total	Pessoal Médico	Pessoal Enfermagem	Pessoal Técnico de Diagnóstico e Terapêutica	Restante Pessoal
Total	120.023	23.934	32.813	6.399	56.877
Centros de Saúde	30.760	7.461	6.862	822	15.615
Hospitais	83.174	16.014	25.577	5.314	36.269
Outros Serviços	6.089	459	374	263	4.993

Fonte: Balanço Social Global do Ministério da Saúde, 1999.

atitude individual positiva em relação à profissão e às condições em que esta é desempenhada<sup>7</sup>, podendo condicionar alguns comportamentos, existindo uma correlação negativa forte entre a satisfação e o *turnover* (mudança na situação profissional – por exemplo de profissão, carreira, local ou posto de trabalho) e moderada com o absentismo<sup>8,9</sup>.

Num estudo levado a cabo em 1999, utilizando uma amostra de conveniência de médicos de família portugueses de todo o país<sup>10,11</sup> os factores de satisfação profissional foram ordenados, por ordem decrescente de importância, do seguinte modo: realização pessoal e profissio-

nal, relação médico de família/utente, remuneração, condições de trabalho e saúde, autonomia e poder, relações de trabalho e suporte social, segurança no emprego, *status* e prestígio.

Em 1994, num estudo em médicos de família do Norte de Portugal<sup>12</sup> concluiu-se que 47% estavam insatisfeitos ou completamente insatisfeitos com o trabalho. Os três factores que os médicos de família referiram como associados a uma maior satisfação profissional são intrínsecas à sua profissão e à relação médico-doente, enquanto que os factores que conduziam a uma menor satisfação eram todos eles extrínsecos à natureza da profissão,

nomeadamente os relacionados com as áreas do contrato de trabalho/remuneração ou de administração/gestão, como o baixo vencimento (82%), a impossibilidade de usar técnicas evoluídas (82%), o pouco reconhecimento pela sua dedicação ao trabalho (60%), o modo como é administrada a sua unidade de saúde (57%), a monotonia do seu trabalho (55%), as possibilidades que têm para ajudar os utentes e as horas de trabalho (53%). Os médicos com mais de 40 anos de idade e os que tinham mais de 10 anos de prática eram os que menor satisfação profissional tinham. As mulheres referiram menor satisfação do que os homens nas áreas médico-doente e conhecimentos técnico-científicos. Os que tinham funções de director ou de formador estavam mais satisfeitos do que os que as não tinham quanto às áreas de gestão técnico-profissional e administrativa. Os médicos que exerciam em meio rural tinham menor satisfação quanto ao seu reconhecimento profissional. Os médicos que não trabalhavam em regime de exclusividade declararam-se menos satisfeitos quanto ao vencimento.

Num outro estudo de satisfação profissional, levado a cabo em 1995 na Sub-Região de Saúde de Lisboa, de uma amostra aleatória simples de médicos de família<sup>6,13</sup>, registou-se um resultado global de 3,05 - numa escala que ia de um (insatisfação) a cinco (satisfação) – o que se deve considerar baixo em relação ao nível desejável para uma motivação suficiente, e que representa um equilíbrio na ponderação positiva e negativa dos vários factores. Os factores positivos residiam, de um modo geral, em características intrínsecas da profissão e carreira, como seja interesse pelo e do trabalho e adequação para o trabalho, e em



outras como o relacionamento com os colegas e a capacidade para trabalhar competitivamente. Por outro lado, os factores que pesavam negativamente estavam, em grande parte, relacionados com as condições proporcionadas para o exercício da actividade profissional, como a pressão e exigência no trabalho (a mais negativa), as condições físicas dos locais de trabalho, a repercussão na vida extra-laboral, as possibilidades de promoção, e o reconhecimento pelo trabalho realizado. Neste mesmo estudo de 1995 avaliaram-se as expectativas dos médicos de família em relação à sua carreira, revelando que 48,8% as consideravam más ou muito más numa escala de cinco classes (muito boas, boas, nem boas nem más, más, muito más).

#### MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA

Há vários factores que influenciam a motivação para mudar de profissão, de carreira, ou de local de trabalho, entre os quais a não-satisfação prolongada ou a conjuntura do mercado de emprego. Há poucos dados em Portugal sobre o *turnover* nas profissões da saúde. Sabe-se que, em 1999, por cada 100 trabalhadores, cerca de nove saíram do SNS, em maior número dos hospitais do que dos centros de saúde<sup>14</sup> não se conhecendo as causas dessas saídas. Um estudo realizado num Centro de Saúde da Sub-Região de Saúde de Lisboa em 2000, que envolveu profissionais de todos os grupos profissionais<sup>15,16</sup> e onde era perguntado «Se tivesse possibilidade de voltar ao princípio, hoje escolheria:...»<sup>17</sup> revelou uma motivação para a mudança particularmente forte em relação à profissão, e, no caso dos médicos, em relação à carreira. Assim, 3,7% dos médicos não voltariam a escolher a mesma profissão, 27,8% a mesma carreira, 27,8% o

centro de saúde como local de trabalho principal. Também 12,5% dos enfermeiros e 41,2% dos administrativos não escolheriam a mesma profissão. Outro estudo com uma amostra nacional de conveniência de médicos de família<sup>18</sup> revelou, para a mesma questão, que 4,4% dos médicos de família não voltariam a escolher a mesma profissão, 22,2% a mesma carreira e 31,4% o centro de saúde como local de trabalho principal.

#### RISCO, PENOSIDADE E INSALUBRIDADE

O Decreto-Lei nº 53-A/98 de 11 de Março, que se aplica à administração pública, define como condições de risco as que aumentem a probabilidade de ocorrência de lesão física, psíquica ou patrimonial, condições de penosidade as que podem provocar sobrecarga física ou psíquica e condições de insalubridade as que sejam susceptíveis de degradar o estado de saúde e estabelece compensações para os funcionários considerados afectados por estas situações. No entanto, os serviços de saúde ocupacionais são uma raridade a nível dos cuidados de saúde primários e não existe uma política global efectiva de saúde ocupacional a nível de todas as unidades de saúde<sup>19</sup>.

Um estudo do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde<sup>20</sup>, em que se aplicou um questionário a todos os serviços do Ministério da Saúde, revelou um aumento ao longo dos anos dos acidentes de trabalho, registando-se, em 1998, 3215 acidentes, ou seja 28 acidentes por cada mil trabalhadores, enquanto, em 1990, foram declarados 1079 acidentes (10,5 por mil). Os hospitais centrais registaram 53% dos acidentes, sendo o grupo do pessoal auxiliar o mais atingido com 104 acidentes por mil trabalhadores. As

mulheres declararam mais casos (80% do total) e o grupo etário dos 25-29 anos foi o mais atingido (15%). Ao contrário do que aconteceu em 1990, em 1998 foram os licenciados os mais atingidos com 42% dos acidentes. O tipo de acidente mais frequente foram as feridas (964) seguindo-se as entorses e as contusões ou esmagamento. Registou-se, ainda, um aumento dos acidentes por picada de agulha (de 767 em 1990 para 1 173 em 1998) e o local onde ocorreram mais acidentes foi o internamento. Em 1998, 106 acidentes (3%) levaram a incapacidade permanente e 948 a incapacidade temporária. O número de dias de trabalho perdidos ascendeu a 42 mil, com encargos resultantes da ordem dos 1 204 397 euros.

Dois outros estudos de caso em Portugal<sup>21</sup>, realizados em 2001, que abrangeram todos os grupos profissionais de saúde de um hospital e de um centro de saúde que incluía um centro de atendimento de saúde mental revelaram uma prevalência muito alta de violência contra os profissionais de saúde – 37% dos profissionais do hospital e 60% dos do centro de saúde sofreram um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo. Surgiram, igualmente, todos os tipos de violência estudados, por ordem decrescente de frequência – verbal, pressão/assédio moral, discriminação, violência física, assédio sexual. Os profissionais mais atingidos foram no centro de saúde os enfermeiros (74% do total de enfermeiros), seguidos pelos administrativos (70%), os técnicos superiores (60%) e os médicos de família (58%), enquanto que no hospital, novamente os enfermeiros foram o grupo com maior prevalência (54%), seguindo-se os médicos (52%). O agressor é um colega mais frequentemente no hospital do que

## QUADRO VIII

**VIOLÊNCIA CONTRA PROFISSIONAIS DE SAÚDE,  
PERPETRADA NO LOCAL DE TRABALHO  
POR COLEGAS (PERCENTAGENS EM RELAÇÃO  
AO TOTAL DE VIOLÊNCIA REGISTRADA)**

Tipo de violência	Hospital	Centros de Saúde
Verbal	18%	17%
Pressão/Assédio Moral	75%	36%
Discriminação	95%	33%
Física	20%	0
Sexual	43%	0

no centro de saúde (Quadro VIII).

**AUTO-PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE**

A auto-percepção do estado de saúde está relacionada com a morbidade e é um factor de previsão de mortalidade a curto prazo<sup>22</sup>. Num estudo de 2000 num centro de saúde português<sup>15,16</sup> foi efectuada, a 178 profissionais (89% de taxa de resposta), a pergunta «Em geral, diria que a sua saúde é...» (com uma escala de 5 classes – ótima, muito boa, boa, razoável e fraca) retirada do questionário de qualidade de vida SF-36<sup>23</sup> (também utilizada no Inquérito Nacional de Saúde). Os dados revelaram uma auto-percepção da sua saúde que se situava na opção «Razoável» para 32,7, % dos profissionais e para 9,2% na opção «Fracca», as duas mais negativas da escala de cinco classes. Por grupo profissional, 43,1% dos médicos e 55,7% dos administrativos situavam-se nestas duas opções «Razoável» e «Fracca», o que indica a auto-percepção de um estado de saúde débil.

**ABSENTISMO**

Um dado relevante na análise dos

efectivos existentes nos serviços de saúde, é a taxa de absentismo pelo seu impacto na capacidade de resposta dos serviços e na sobrecarga nos restantes profissionais. Em 1999, (Quadro IX) entre os trabalhadores do Ministério da Saúde registou-se uma taxa geral de absentismo (por todas as causas) de 8,02 %, com a maior expressão ao nível dos centros de saúde com 10,95 %. A taxa de absentismo por doença foi de 2,98 %, sendo novamente nos centros de saúde que se registou o maior valor (5,76%). A taxa de absentismo por doença é cerca de metade da geral com a excepção dos hospitais em que é menos de um terço<sup>2</sup>.

**Discussão**

Abordaremos a discussão de quatro perspectivas: do sistema de informação, do bem-estar profissional, da distribuição dos recursos humanos e do seu planeamento.

**Mais e melhor informação**

Um sistema de informação de qualidade exige a clarificação, consolidação e divulgação generalizada dos conceitos que lhe servem de base. A harmonização da informação, a uniformidade de critérios quanto à recolha de dados bem como a preocupação em construir séries de dados de qualidade, constituem suportes que permitem ajuizar da validade de um sistema de informação. É importante acentuar que os indicadores relativos aos recursos humanos não

devem ser lidos por si só. Devem constituir igualmente os instrumentos que possibilitem uma melhor compreensão de todo o sistema, quando os relacionamos, por exemplo, com previsões de necessidades de recursos humanos, com as actividades desenvolvidas em saúde, com as despesas e com o financiamento da saúde, com a doença, com os utentes, com a eficiência das políticas de saúde<sup>24</sup>.

As dificuldades relativas à quantificação dos recursos humanos não são exclusivas de Portugal. Tanto quanto é do nosso conhecimento, alguns dos obstáculos referidos, existem em muitos países. Mais recentemente, a Organização Mundial da Saúde e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, no sentido de melhor estimarem a cobertura das populações por pessoal médico e de enfermagem, recomendam a compilação dos dados relativos a estes grupos profissionais de acordo com o conceito FTE (*Full Time Equivalent*), considerando-se para efeitos de contagem, não o total físico de indivíduos, mas o somatório do número de horas de trabalho efectuado, em

## QUADRO IX

**TAXA DE ABSENTISMO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM 1999**

	Taxa geral de absentismo (por todas as causas)	Taxa de absentismo por doença
Ministério da Saúde	8,02	2,98
Hospitais	7,12	1,95
Centros de Saúde	10,95	5,76
Serviços Centrais	6,54	3,33
Serviços Personalizados	5,11	2,63
Estabelecimentos de ensino e investigação	5,39	3,15

Fonte: Balanço Social Global do Ministério da Saúde, 1999

Taxa Geral Absentismo = Somatório dias de ausência/Total anual de dias trabalháveis \*100

Taxa de absentismo por doença = dias de ausência por doença/Total anual de dias trabalháveis \*100

um ou em vários postos de trabalho, por profissional, tendo como base a efectivação de um número de horas de trabalho/semana. Portugal não dispõe ainda de instrumentos que possibilitem este processo de contagem, nem qualquer dos «sistemas de informação» referidos recolhe dados que permitam a aplicação deste conceito. Trata-se contudo de uma metodologia que, além de solucionar a questão da dupla contagem possibilita a construção de indicadores mais fiáveis, nomeadamente quanto ao grau de cobertura das populações.

É também fundamental saber qual a população que utiliza os cuidados de saúde prestados pelos recursos disponíveis. Na realidade, não conhecemos em rigor esta variável. Potencialmente, serão cerca de 9,8 milhões os utentes do SNS, o que corresponde à população total do Continente em 2000. Em 1988<sup>25</sup>, apenas cerca de 76% da população portuguesa de então recorria exclusivamente ao SNS. Os restantes 24%, utilizavam fundamentalmente aos cuidados de saúde proporcionados por outros «subsistemas de saúde», individualmente ou em acumulação, quer públicos quer privados, dos quais sobressai a ADSE com 1,43 milhões de beneficiários com direitos (em 2001), e os SAMS, entre os privados com cerca de 180.000 beneficiários (1988).

Uma conclusão óbvia e consensual passa pela necessidade de se obter mais e melhor informação sobre os recursos humanos da saúde a todos os níveis. Embora de interesse, as comparações internacionais não apresentam utilidade operacional, devendo a atenção focar-se no plano regional e numa escala ainda mais fina a nível local tirando partido do conhecimento das especificidades locais<sup>26</sup>. Em alguns países,

como a França, existe um desenvolvimento da demografia da saúde com instrumentos de análise a um nível local, cruzando produtores e consumidores de cuidados de saúde conseguindo-se obter informação fina sobre as necessidades locais de cuidados de saúde, o seu grau de satisfação actual pelos serviços de saúde e as perspectivas futuras, abrindo caminho para a possibilidade de uma melhor distribuição dos cuidados de saúde<sup>27</sup>.

### **Mais Estudos Sobre Bem-Estar Profissional**

Os estudos sobre bem-estar profissional são limitados. Os de satisfação profissional abordam principalmente o bem-estar de médicos de família, demonstrando uma elevada prevalência de insatisfação profissional que tem maioritariamente a ver com as condições do exercício profissional.

Esta insatisfação pode ser um factor importante em outras áreas como os elevados níveis de agressividade existentes no local de trabalho, a auto-avaliação negativa do estado de saúde e a manifesta disponibilidade para alterar a situação profissional ou mudando de profissão ou de local de trabalho.

A pouca informação sugere, no entanto, que esta área merece uma atenção urgente por parte dos administradores do sistema, dos gestores das unidades, das ordens, associações e sindicatos.

### **Melhor Distribuição dos Serviços de Saúde**

Tem-se assistido a um interesse crescente da comunicação social e dos políticos, principalmente daqueles ligados ao poder local, sobre os recursos humanos de saúde, realçando uma aparente falta de profissionais de saúde. Lisboa e Vale do

Tejo é consistentemente a região mais bem provida de profissionais de saúde, o Alentejo é o pior provido de médicos e o Norte para técnicos de diagnóstico e de terapêutica e enfermeiros. Estas agregações profissionais por região escondem grandes desigualdades sub-regionais e por especialidade sobre as quais não nos debruçámos.

Não deixa de ser um paradoxo dizer que existe penúria de profissionais de saúde quando nunca houve tantos. O problema é mais complexo, como foi evidenciado pelos dados apresentados, e coloca-se em termos de distribuição de recursos humanos, nomeadamente regional,<sup>27</sup> por competências, por profissões (e, dentro destas, por especialidades), pelas novas profissões, por níveis de cuidados. Ainda, não são claros os critérios segundo os quais se faz actualmente a distribuição de recursos, nem a determinação de necessidades, ou o próprio conceito de necessidade. Neste jogo da distribuição entram o Estado, garante da equidade, os profissionais de saúde (preocupados com a qualidade dos cuidados e com os seus interesses pessoais e colectivos), os financiadores dos cuidados de saúde, com os seus constrangimentos financeiros, as instituições prestadoras de cuidados de saúde e a procura insaciável das populações (e dos políticos por elas eleitos)<sup>26</sup>.

Por outro lado, não é necessário apenas distribuir devidamente os recursos humanos, devendo-se atender a que a acessibilidade aos serviços de saúde é um conceito multidimensional, que se refere a factores geográficos, económicos (sustentabilidade), organizacionais, e culturais (aceitabilidade) que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços. Há muitos exemplos de países com uma boa cobertura do seu terri-



tório no que se refere a unidades de saúde mas que não conseguem resolver o problema do acesso devido à má distribuição dos recursos humanos necessários. Igualmente, uma boa distribuição de profissionais de saúde necessita de ir lado a lado com uma bem equilibrada distribuição de infra estruturas para que o investimento compense e tenha impacto na saúde da população.

É neste contexto complexo que se tem de tentar compreender a situação dos recursos humanos da saúde e procurar as respostas.

### Algum Planeamento da Força de Trabalho é Desejável

Uma procura crescente de profissionais de saúde estrangeiros em situações em que profissionais de saúde do SNS recorrem ao duplo emprego como forma de melhorar a sua qualidade de vida profissional e pessoal, em que o nível de satisfação não parece ser aceitável principalmente em relação às condições de trabalho, e em que existem indícios de desigualdades significativas na distribuição dos recursos humanos pelo país não são mais que um reflexo da falta de planeamento consequente que se faz sentir sobre o sector da saúde em geral e dos que nele trabalham muito em particular.

### Referências Bibliográficas

- Martins J, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Carolo M, Ferrinho P. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal - Parte I - Quantos somos e quem somos. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19: 513-7.
- Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Balanço Social Global do Ministério da Saúde. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde;1999.
- Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Recursos Humanos da Saúde 1985 a 1998. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde; 1986 a 1999.
- Machado MC. A feminização da medicina. *Análise social* 2002; XXXVIII (166):127-37.
- Ferrinho P, Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: Relatório preparado para a Fundação Rockfeller. Lisboa: AGO; 2003.
- Biscaia A, Labrincha F. Satisfação profissional dos médicos de CG de Lisboa. In: *Proceedings of the 3<sup>as</sup> Jornadas do Internato Complementar de Clínica Geral da Zona Sul*; 1995. p.12-4.
- Aranaz JM, Mira JJ, Benavides FG. Los profesionales y la calidad asistencial hospitalaria. *Todo Hospital* 1994 Dec; 112: 35-40.
- Graça L. Motivação e satisfação no trabalho. Textos de apoio da Cadeira de Ciências Sociais e Humanas da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa; 1995. T 1074:17-20.
- Davis K, Newstrom JW. *Human behavior at work: organizational behavior*. 7<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 1985. p.112-5.
- Graça L. Satisfação profissional dos médicos de família no SNS. *Médico de Família* 2000 Fev; 2 (III série):48-50.
- Graça L. Motivação e satisfação profissional. *Médico de Família* 2000 Mar; 3 (III série):19-20.
- Hespanhol A, Pereira A C, Pinto A S. Insatisfação profissional em Medicina Geral e Familiar: um problema intrínseco dos médicos ou das condições de trabalho? *Rev Port Clin Geral* 2000;16: 183-9.
- Biscaia A. Alpha Project: the impact on GPs Job Satisfaction. In: *Proceedings of the 15<sup>th</sup> World Conference Wonca '98*; 1998. p.14-8.
- Rodrigues L. Compreender os recursos humanos do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Edições Colibri; 2002.
- Biscaia A, Pinto APC et al. Satisfação Profissional 2000 no Centro de Saúde de Cascais. *Boletim do Centro de Saúde de Cascais* 2001 Mai; 14:3-6.
- Biscaia A, Pinto APC et al. Satisfação Profissional 2000 no Centro de Saúde de Cascais - 2<sup>a</sup> parte. *Boletim do Centro de Saúde de Cascais* 2002 Mai; 18:3-7.
- Graça L. A satisfação profissional dos profissionais de Saúde nos Centros de Saúde. In: *Direcção Geral da Saúde, editores. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade*. 1<sup>a</sup>ed. Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra, lda; 1999.
- Graça L. Satisfação profissional dos médicos de família. *Médico de Família* 2000 Mar; 3 (III série):17-9.
- Graça L. Quando a saúde dos médicos tem um preço. *Médico de Família* 2000 Mai; 5 (III série): 24-6.
- Acidentes de trabalho nos serviços do SNS. *Médico de Família* 2000 Dez; 11 (III série) 22-4.
- Biscaia A, Ferreira JB. Violência contra os profissionais de saúde. *Médico de Família* 2002 Abr; 27 (III série):12-4.
- Menec VH, Chipperfield JG, Perry RP. Self-perceptions of Health: a Prospective Analysis of Mortality, Control, and Health. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1999; 54(2):85-93.
- Ferreira PL. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36 -Parte I. *Acta Med Port* 2000;13:55-66.
- Organization for Economic Co-operation and Development. *A System of Health Accounts*. Paris: OCDE; 2000.
- Freixinho JC. Subsistemas de Saúde em Portugal : estudo, caracterização e perspectivas de evolução futura. Lisboa: Curso de Administração Hospitalar. Escola Nacional de Saúde Pública; 1990.
- Picheral H. La demographie medicale en questions. *Cah Socio Démo Méd* 2003;43 (2):313-29.
- Evrard C. Le bassin d'activite du medecin generaliste. *Cah Socio Démo Méd* 2003; 43(2):203-24.

Recebido para publicação em: 20/10/03  
Aceite para publicação em: 24/10/03

### Endereço para correspondência

AGO - Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta  
Rua Frederico Perry Vidal,  
Bloco 9, 1<sup>o</sup> piso  
1900-240 Lisboa  
E-mail: nop26631@mail.telepac.pt