

GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

3

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



HEALTH SCIENCES RESEARCH UNIT NURSING UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE ENFERMAGEM

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

Editor: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem (UICISA - E)
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnC)

MONOGRAFIA – Nº 3

ISBN: 978-989-97031-3-1

Coordenação: Gabinete de Empreendedorismo da ESEnC

GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Pedro Parreira

Rosa Melo

Amélia Castilho

Rogério Vieira

António Amaral

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

3

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

GESTÃO EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

EDITOR

Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues

Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

Pedro Parreira, *Ph.D., Professor adjunto, Coordenador do Gabinete de Empreendedorismo da ESEnfC*

Rosa Melo, *Ph.D., Professora adjunta na ESEnfC*

Amélia Castilho, *MS, Professora adjunta na ESEnfC*

Rogério Vieira, *Ph.D., Professor coordenador na ESEnfC*

António Amaral, *MS, Professor coordenador na ESEnfC*

AUTORES:

Ana Paula Batista de Pinho Matos da Costa

Cláudia Sofia dos Santos Leitão

Dina Filipa Pereira Borges

Jorge Trindade

Patrícia Maria Menezes Pinto

Paula Maria Cardoso

Paula Maria da Cruz Rodrigues

Tânia de Fátima Simões Rodrigues

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA

Número 3

ISBN: 978-989-97031-3-1

DEPÓSITO LEGAL 359605/13

MAQUETIZAÇÃO E REVISÃO FINAL

Patrícia Almeida, *Lic. Jornalismo*

APOIO DOCUMENTAL

Maria Helena Saraiva, *Técnica Especialista Documentação, ESEnfC*

APOIO TÉCNICO

Cristina Louçano, *Secretariado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, ESEnfC*

GRÁFICA

Tipografia Lousanense, Lda.

ANO DE PUBLICAÇÃO 2013

Índice

A cultura organizacional no bloco operatório Patrícia Maria Menezes Pinto.....	7
Marketing, comunicação e imagem em saúde no cenário da gestão em enfermagem: uma análise crítica. Tânia de Fátima Simões Rodrigues.....	19
Centros de responsabilidades integrados Paula Maria da Cruz Rodrigues.....	35
Gestão de conflitos - um desafio em enfermagem Dina Filipa Pereira Borges.....	49
Liderança – a arte de fazer seguidores. Ana Paula Batista de Pinho Matos da Costa	63
Coaching na liderança em enfermagem Cláudia Sofia dos Santos Leitão.....	73
A certeza do que está previamente estabelecido face à incerteza da mudança no contexto da saúde Paula Maria Cardoso.....	85
A acreditação das unidades hospitalares Jorge Trindade.....	99

Prefácio

Nas organizações existem fontes de valor que são pouco visíveis aos métodos tradicionais de análise económica e financeira, fontes estas que representam o seu bem mais precioso, o seu contingente humano. Nas organizações de saúde, este aspecto adquire uma expressão máxima, dada a complexidade do meio no qual se inscrevem. Thompson e Perrow recordam-nos as características da organização hospitalar em termos tecnológicos, como organizações complexas caracterizadas por uma tecnologia intensiva e sequencial com fluxos de trabalho pouco integrados, aliados a um padrão de carácter excepcional que vai desde a ausência de excepções até ao seu predomínio. Ora este padrão não permite “rotinizar” os processos de trabalho, sendo necessário profissionais complexos que saibam pensar a organização hospitalar para operarem com eficácia e eficiência neste ambiente.

Acresce ainda que, as arenas políticas onde se movem os diferentes grupos profissionais, criam autênticas “tribos” que forçam para a autonomização das profissões ao mesmo tempo que reclamam a necessidade de integração, interconexão e cooperação, paradoxo este característico das organizações complexas no qual a saúde representa o seu expoente máximo.

Daí que a formação pós graduada de profissionais de saúde deva ser alvo de atenção especial, fruto do papel determinante da sua tomada de decisão para a segurança e qualidade assistencial. Reflectir sobre os temas da gestão no seio da saúde, contribui para a criação de profissionais inter-independentes, i.e., fomentando por um lado a autonomia, alicerçada na análise reflexiva e espírito crítico, alimentando uma tomada de decisão fundamentada e sustentada, e ao mesmo tempo favorecendo a cooperação entre os diferentes grupos profissionais.

A reflexão dos profissionais de saúde em torno de temas como a cultura organizacional o marketing hospitalar, os centros de responsabilidade integrados, a liderança, o coaching, a gestão de conflitos e a acreditação hospitalar, decerto trarão contributos importantes para os diferentes profissionais que operam no seio da organização de saúde, dada a incorporação nas suas reflexões da sua experiência e do seu conhecimento tácito.

Pedro Parreira

A cultura organizacional no bloco operatório

Patrícia Maria Menezes Pinto

Introdução

O interesse sobre cultura organizacional incrementou-se nos anos 70, devido ao fenómeno japonês. O Japão surgiu como líder do poder industrial, apesar de não ter recursos naturais, não ter energia e ser um país superpovoado (mais de 110 milhões de habitantes). Entretanto, nenhum desses fatores impediu que houvesse um alto nível de crescimento, um baixo nível de desemprego e a mais bem remunerada população trabalhadora do mundo. Por detrás desse sucesso estava um modelo organizacional altamente relacionado com os valores e padrões culturais do Japão (Gomes, 2000).

Verificamos que a cultura constitui um elemento estrutural e estruturante que pode ser um factor de sucesso de uma organização. Entender a cultura desse povo tornou-se importante para compreender a sua ascensão na economia mundial. A partir deste exemplo, houve uma tomada de consciência por parte da comunidade científica e empresarial, da importância dos factores culturais nas práticas de gestão e na convicção de que a cultura organizacional representava um factor predictor de sucesso (Frederico, 2006). Esta orientação sugeriu a possibilidade e a vantagem das organizações se dotarem de uma cultura “forte”, de tal maneira coesa que a cultura por elas dominante aparecia como única e unitária. Todavia, surgiram críticas a este paradigma por o considerarem reducionista, uma vez que descurava a diferenciação interna e a diversidade de culturas no interior da organização.

Pretende-se com este artigo analisar a forma como a existência de diversas subculturas podem promover uma cultura específica na mesma organização e em que a coexistência dessas mesmas subculturas podem incrementar o sucesso dessa organização. Por outro lado, propõe-se reflectir no modelo de improvisação¹ que quando aplicado na gestão de organizações complexas (ex: subculturas distintas), é um factor facilitador para adaptação da organização à mudança, sobretudo em momentos de grande turbulência.

1 Baseado em Cunha, no seu artigo *All Jazz*.

Para a análise destas dimensões, foi seleccionado o Bloco Operatório, visto ser um serviço que: estruturalmente conjuga diversas subculturas (diferentes categorias profissionais); funcionalmente, os seus elementos trabalham em equipa, sendo caracterizado por uma cultura muito específica (rituais, valores), que os distinguem de outros serviços e que os auxilia na promoção de uma cultura de segurança para o doente cirúrgico. Por outro lado, a maneira como a equipa interage (como uma banda de músicos), permite-lhe actuar eficazmente em situações de crise, contribuindo mais uma vez para a qualidade dos cuidados ao doente.

A cultura organizacional

A cultura organizacional é um conceito multidimensional (Schein, 1986). Para o autor supracitado, a cultura organizacional é definida como o resultado da dinâmica de uma determinada organização, em fluxos de adaptação externa e de integração interna. Os grupos ou organizações lidam com esses fluxos nos níveis comportamental, cognitivo e emocional.

No entender de Schein (1986), os níveis em que a cultura pode ser analisada distribuem-se em três, sendo o primeiro o nível dos artefactos, em que os rituais, os símbolos, as estruturas e os processos organizacionais visíveis representam os factores mais importantes de serem observados; o segundo nível seria o dos valores partilhados, em que as estratégias, metas e filosofias ganhariam o destaque; e, em terceiro lugar, o nível das suposições básicas subjacentes. As crenças, as percepções e os sentimentos inconscientes e enraizados representariam os dados a serem analisados.

De acordo com Gomes (2000, p. 127), o modelo de Hofstede, representa uma tendência para clarificação do que na cultura pode ser objecto de gestão e como o pode ser, contudo afirma que:

“ (...) parece ignorar que as declarações de valores podem, também elas, constituir um acto simbólico integrado na gestão de imagem ou identidade organizacional, como evidencia, por exemplo, o Projecto de Empresa”.

Para Frederico (2006), partes significativas da cultura de uma organização têm origem na experiência colectiva dos seus membros. Neste domínio é primordial, detectar os rituais, os mitos, os símbolos e as histórias. Os rituais, e ritos são actividades planeadas que possibilitam uma cultura organizacional mais coesa. Poderá ser muito utilizado nos processos de admissão, integração e promoção. De acordo com Kunzle [et al.], (2006), o ritual pode ser

definido como quando se executa acções rotineiras sem entender as razões práticas de utilização e Mito como sendo uma falsa ideia que se sobrepõe à realidade, sendo baseado em tradições convictas do que em factos. O Ritual configura-se como uma categoria analítica privilegiada para desvendar a cultura das organizações. Ao desempenhar um Ritual, as pessoas expressam-se através de diversos símbolos: certos gestos, linguagem, comportamentos ritualizados, artefactos para salientar uma visão consensual apropriada à ocasião. Comparando os relatos antropológicos dos Rituais das sociedades tribais com os da vida das organizações modernas, Fleury (1991) identificou seis tipos de Rituais: Rituais de passagem, Rituais de degradação (despedimento), Rituais de confirmação (seminários para reforçar a identidade social), Rituais de reprodução, Rituais para redução de conflito, Rituais de integração (ex: festas de natal).

As histórias servem para integrar os novos elementos e socializá-los quanto aos objectivos da organização, como esta funciona e como as pessoas se adaptam. Gomes (2000) adianta que as histórias são indicadores importantes em relação ao sistema de normas e de valores que estão na base da tomada de decisões, da demarcação de políticas e de actividades, bem como as modalidades adquiridas para a comunicação dessas mesmas normas. As sagas (mitos ou lendas), pertencem a uma categoria peculiar das histórias, uma vez que resultam da interpretação dos factos ocorridos, mas narrados num discurso heróico. Constituem terreno para a dramatização dos acontecimentos (batalhas, derrotas), sendo habitualmente atribuídas a heróis.

A par das sagas e das histórias, a linguagem transcende o aspecto informativo, uma vez que é salientada a sua parte pragmática (Gomes, 2000, p. 108): “é a linguagem que “cria” a realidade habitada pelos actores organizacionais”. Os tabus são importantes porque orientam os comportamentos, com destaque naqueles que são proibidos. As crenças e pressupostos representam verdades na organização. Quando as decisões são tomadas em consenso, a atitude passa a ser válida e torna-se um pressuposto inquestionável.

Perante o anteriormente exposto, é possível verificar que a cultura organizacional encerra sobre si diversas funções de controlo, integração, motivação, envolvimento, empenhamento, identificação, “performance”, sucesso e excelência organizacional. Lemaitre, citado por Gomes (2000), distingue quatro funções da cultura organizacional: a interpretação da realidade; transforma as expectativas em predições criativas; assegura a manutenção e a reprodução da ordem social e constitui factor de identificação.

Cultura organizacional na saúde hospitalar

Os avanços das tecnologias, as exigências de melhores cuidados por parte dos utentes, o aumento das especialidades e mudanças nas carreiras da saúde contribuíram para a fragmentação da cultura dentro das organizações de saúde, conduzindo ao aparecimento de diversas subculturas dentro da mesma organização (Vanderberghe, 1999). O Hospital surge assim como uma organização caracterizada pela diversidade de sub-culturas. Enfermeiros, médicos e outros técnicos, partilham um vasto campo de conhecimentos, observações e objectivos. As habilidades aprendidas, os conhecimentos, práticas e valores próprios das profissões e/ou ocupações que convivem no local de trabalho, envolvem a existência de vários sistemas de significados e hierarquias de poder que operam simultaneamente e pressupõe-se que os diferentes elementos da equipa de saúde comuniquem entre si e se envolvam numa acção, para que de uma maneira empenhada, competente e responsável possam responder às solicitações colocadas pelos utentes.

Em 1988, a importância da necessidade da cooperação já era assinalada pela Organização Mundial de Saúde que salientava a pertinência do trabalho em equipa nas organizações de saúde, pelo que seria importante a: partilha de objectivos comuns em que cada elemento devia ter uma definição da missão da equipa; compreensão e aceitação dos papeis e funções de cada um; existência de recursos humanos e materiais suficientes; confiança e cooperação activa e mútua; liderança adequada e eficaz, com comunicação circular e multi-direccional. Nesta ordem de ideias, a existência de uma equipa multiprofissional constitui uma mais-valia, uma vez que representam um factor determinante no desenvolvimento organizacional, quando os seus membros percebem que podem transformar as realidades que os rodeiam, constituindo oportunidades de mudança. Assim, para Krogstad [et al.], (2004), a gestão da diversidade de subculturas é cada vez mais vista como uma parte primordial da gestão do cuidado em saúde em conexão directa com o aumento da qualidade dos cuidados.

A cultura no bloco operatório

Segundo Viegas e colaboradores (1992), o Bloco Operatório é um conjunto de espaços onde é possibilitada a prática das operações cirúrgicas e

que englobam habitualmente salas de operação, unidade de esterilização, de anestesia e de reanimação, além de instalação radiológica. Este tipo de serviço tem como principais objectivos a manutenção da integridade física, os cuidados no tratamento ao utente que apresenta patologia específica ou relacionada e ainda a satisfação das necessidades humanas do utente. Assim, o Bloco Operatório é um lugar muito específico dentro do hospital caracterizado pela sua tecnologia e especificidade de cuidado, o que leva a que encerre sobre ele mesmo uma cultura muito própria e *sui generis*.

Uma das suas características que contribui para a sua especificidade advém da importância do trabalho em equipa para a promoção de uma cultura de segurança do doente no perioperatório. De acordo com Waring, Harrison e Macdonald (2007), a criação de uma cultura de segurança requer uma partilha de um conjunto de crenças, atitudes e normas em relação àquilo que consideram ser uma prática de cuidados de saúde seguros. Também D'Oliveira (2006) reforça esta ideia afirmando que a segurança organizacional subjectiva depende da construção social que os membros da organização percebem da segurança dos cuidados, na qual convergem as suas crenças e valores pessoais; os fenómenos de grupo; a supervisão e a liderança.

Os diferentes elementos que constituem a equipa multidisciplinar (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões, auxiliares de acção médica) incorporam em si estes componentes cognitivos e comportamentais, sendo muito úteis para as situações de urgência e de emergência. No trabalho de equipa no Bloco Operatório, cada um sabe a sua função e a de cada um. Evita-se desperdício de tempo que é precioso para salvar vidas e economiza-se uma variedade de recursos (materiais, humanos, tempo). Mcgarvey e Boor (2000) clarificam que o papel de um enfermeiro no Bloco Operatório combina o conhecimento tecnológico e competência associada a instrumentos sofisticados, técnicas e drogas modernas, assinalando que as competências básicas de enfermagem são adquiridas através do treino e da experiência que são vitais para o cuidado ao doente em segurança.

Segundo Woodhead (2001), os mitos e os rituais abundam no Bloco Operatório, chegando a ser intitulado por alguns autores como “local sagrado”. Katz (1981) desenvolveu um estudo sobre os rituais na sala de operações. Este antropologista observou rituais que expressavam crenças e valores específicos do Bloco Operatório. Nos Blocos Operatórios modernos, os rituais constituem comportamentos estilizados, repetitivos que ocorrem como parte integrante dos procedimentos cirúrgicos. Muitos dos rituais no Bloco Operatório simbolizam a separação de áreas que contêm microrganismos de áreas isentas de microrganismos e estão relacionados com quatro tipos de situações relativas às três fases da cirurgia (pré, intra e pós ope-

ratório), gerir situações imprevistas (ex: paragem cardíaca), confirmação de dados do doente (ex: local cirúrgico) e na separação de objectos estéreis dos não estéreis. Para Zago e Casagrande (1997) as práticas assépticas da sala de operação servem para dar sustentação à preocupação com a contaminação cirúrgica. Os actos assépticos estão relacionados com a segurança bacteriológica e ressaltam que o processo de ressecção cirúrgica é diferente de outras agressões à integridade do corpo.

Os diferentes elementos da equipa cirúrgica definem esta especialidade como diferente de outras especialidades clínicas, devido ao uso técnicas anestésicas e o seu enfoque na esterilização. Apesar destes rituais, denota-se a preocupação com a manutenção do seu status e autoridade, a nível dos cirurgiões. Este poder social do cirurgião obtido pela sua capacidade de julgamento, habilidade técnica, profissionalismo e por curar a doença do paciente, demarca a sua posição perante os outros médicos e profissionais e na instituição hospitalar. Esta situação contribui para que a autoridade atribuída ao poder simbólico que os médicos ainda possuem, ser significativa e ser proveniente da crença de deterem o poder-saber capaz de curar doenças e salvar vidas (Carapineiro, 1993).

Neste contexto, poder-se-á afirmar que os médicos são os detentores do *gatekeeping*, onde o hospital além de ser o lugar principal de cuidados, é também o principal contexto da sua reprodução, deste modo, o tipo de racionalidade específico torna-se na maximização do poder e científico dos médicos. Afunilando esta premissa, verifica-se que os procedimentos cirúrgicos standardizados (programados) são uma forma de obter racionalidade no empreendimento cirúrgico, imposta pela instituição, com a finalidade de aumentar a eficiência no uso dos recursos do hospital.

O Bloco Operatório é um local descontínuo comparando com a vida diária, mas os seus rituais não têm continuidade com os valores existentes fora deste serviço. De facto, a utilização de palavras como “limpo”, “consumado”, “contaminado” no Bloco Operatório não correspondem às palavras que costumamos usar no quotidiano e em qualquer lugar, aplicando-se também esta regra nas entradas restritas, na forma de integração no serviço, na linguagem especial utilizada, na segregação de objectos (áreas estéreis e não estéreis), nas reacções emocionais às partes do corpo humano. Exemplificando, uma pessoa pode ser proibida de entrar no Bloco Operatório se não estiver correctamente vestida (ex: barrete, máscara, bata e botas), uma vez que existem regras específicas para os profissionais de saúde circularem dentro da sala de operações (ex: só podem circular voltados para os campos estéreis quem estiver equipado com bata esterilizada).

No Bloco, as fronteiras entre as diferentes categorias podem parecer confusas se a pessoa presente não detiver conhecimento sobre os rituais no Bloco. Curiosamente, Katz (1981) aquando do seu estudo verificou que enquanto a inconsciência do doente diminui a sua autonomia, aumentava a autonomia da equipa cirúrgica, no sentido de a própria equipa poder estar mais “à vontade” para os gracejos e o falar baixinho que trivializam com a solenidade, significância e perigo que normalmente acompanham a cirurgia. Em caso de situações de perigo e de risco, é assimilado pela equipa cirúrgica a necessidade de estarem focalizados na cirurgia e todas as atenções voltam-se para o cuidado ao doente.

Os rituais da enfermagem cirúrgica são defendidos pelos profissionais pois representam a prática incorporada nas suas realidades organizacionais e culturais. Nesta ordem de ideias, os rituais constituem referências de conforto e familiaridade ao comportamento ritualístico, capacitando a equipa para estandardização dos processos do cuidado. Todavia, Philipin (2002), adverte que se por um lado, estes poderão ser eficazes, por outro podem ser nocivos pelo comportamento estandardizado.

Previsibilidade e caos: a improvisação no bloco operatório

Diariamente, no Bloco Operatório, a equipa multidisciplinar depara-se com situações imprevistas (hemorragias, paragem cardio-respiratória), pressão do tempo, mudanças repentinas nos procedimentos cirúrgicos, que “obrigam” os seus elementos a acções improvisadas face aos desafios com que são confrontados. A qualidade e a vida do doente perioperatório depende do tipo e da capacidade da resposta que os profissionais da saúde conseguem fornecer às solicitações do utente. O facto de algumas das vezes as acções serem improvisadas, não significa que sejam destituídas de conhecimento científico, nem de bom senso, tal como a improvisação do jazz não é destituída de estrutura.

Na realidade, Cunha (2002, p.37) ressalva a importância da improvisação na cultura organizacional, referindo que: “as organizações formais e complexas não são plenamente equiparáveis a grupos de jazz, mas não parece ser menos verdadeiro o facto de algumas das exigências dos novos ambientes competitivos obrigarem um número crescente de organizações a actuarem como bandas de jazz, que vão descobrindo seu caminho à medida que lidam com uma gama diversa e complexa de assuntos apenas parcialmente antecipáveis”.

O autor supracitado ao se basear em Weick, relata a história de como a acção improvisada de um bombeiro permitiu-lhe salvar a vida. Em momentos de crise, tomando por exemplo a analogia proposta por Cunha (2002), podemos comparar a equipa do Bloco Operatório a uma banda de jazz. Assim, a qualidade da música/cuidados de saúde cirúrgicos, depende do tipo de improvisação que os músicos/equipa multidisciplinar conseguem desempenhar com a sua performance. Isto é, a forma como decorrerá a interpretação da música/ desenvolvimento dos cuidados, vai ser decidida pelos músicos/equipa de acordo com a forma como a música tocar. Tal situação aplica-se a situações de emergência e de imprevisibilidade que ocorrem com alguma frequência num serviço como o Bloco Operatório.

Acreditamos que a preservação da cultura de segurança dos cuidados ao doente no Bloco Operatório é subjacente à qualidade do trabalho em equipa, a forma como esta interage e ao desenvolvimento das estruturas básicas (competência, criatividade, confiança, comunicação e liderança). Deste modo, esta visão partilhada ajuda na construção de relações efectivas, facilita as conexões entre a acção e reflexão e estabelecem laços mais fortes de coesão entre os diversos elementos da cultura organizacional, enquanto modifica procedimentos e estruturas. Nesta linha de ideias, Zago e Casagrande (1997), ressaltam que as estratégias para a mudança cultural da enfermagem passam pela participação da equipa multidisciplinar nas decisões do cuidado, prática reflexiva, promoção da educação como meio para a práxis e realização da liderança sensível aos avanços do conhecimento.

De acordo com Cunha (2002), o modelo da improvisação apresenta vantagens para as organizações, dado que este modelo considera as organizações como um espaço de aprendizagem dos erros; distribui a liderança de uma forma colectiva e não individual e defende a estimulação da alternância dos membros da organização para que sejam potencializadas as capacidades individuais, bem como o trabalho em equipa.

Conclusão

Neste artigo foram explorados os conceitos associados à cultura organizacional (rituais, sagas, histórias), fundamentalmente nos modelos propostos por Schein e Hofstede. Foram descritos sucintamente, os tipos de mudanças que podem ocorrer a nível organizacional, dando especial relevância ao modelo de improvisação tendo por base o modelo de Cunha.

Este artigo surge como uma espécie de “ tubo de ensaio” no sentido de propor uma desmistificação e reflexão de alguns preconceitos associados à gestão da cultura organizacional, nomeadamente, de que a existência de diversas subculturas e as acções improvisadas poderiam constituir fatores obstaculizadores ao sucesso de uma organização. De forma a se poder realizar uma desconstrução destas perspectivas, foi tomada a liberdade em utilizar como “Teatro de Guerra”, o Bloco Operatório, conhecido pelas suas características peculiares descritas anteriormente.

Neste sentido, tentou-se mostrar como a cultura organizacional existente no Bloco Operatório, com o seu interaccionismo simbólico (ex: rituais de assépsia) pode influenciar e promover uma cultura de segurança para os doentes (redução do risco de infecção associado à cirurgia), evidenciando o contributo das acções improvisadas no Bloco Operatório em situações de urgência e emergência na promoção da vida e qualidade de vida do doente cirúrgico.

Embora, não exista a ousadia em considerar que o modelo de improvisação constitua o “D. Sebastião” pela qual estávamos todos à espera, o facto é que este modelo evidencia que a existência de várias subculturas numa mesma organização pode incrementar a evolução dessa mesma organização. Contudo, isso só será possível na presença de processos que distribuam uma liderança efectiva, que estimulem o trabalho em equipa, onde sejam valorizadas as capacidades individuais, tendo por base, espaços abertos à aprendizagem do erro.

Transpondo esta concepção para a realidade das Organizações, neste caso, as da Saúde, verifica-se que a aplicabilidade do modelo da improvisação possibilitaria maior competitividade nas organizações, com redução da iatrogenia no cuidado e consequentemente melhoria da prestação dos cuidados aos doentes e suas famílias.

Referências bibliográficas

ANDRADE, MFM; CHAMON, E.M.Q.O. (2008) – **Cultura organizacional: uma análise dos artigos publicados no ENANPAD entre 2002 e 2007**. Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, 12. [Em linha]1-4 [Consult. 16 Dez. 2008]. Disponível em : WWW:<URL:http://inicepg.univap.br>.

CARAPINHEIRO, Graça. – **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. Lisboa: Edições Afrontamento, 1993, 295 p. ISBN: 97236003063.

CARROLL, J.S.; EDMONDSON, A.C. – **Leading organisational learning in health care**. Qual Saf Health Care [Em linha]. 11 (2002) 51-56. [Consult. 8 Dez. 2008] Disponível em: WWW:<URL:http://qualitysafety.bing.com>.

CUNHA, M. P. – **All that jazz: três aplicações do conceito do modelo de improvisação organizacional**. RAE [Em linha] 42:3 (2002) 1-7. [Consult. 16 Jan. 2009]. Disponível em:WWW:<URL:http://www.rae.com.br/artigos/1477.pdf>.

FREDERICO, Manuela Ferreira – **Organizações, trabalho e carreira**. Loures: Lusociência, 2006, 161 p. ISBN: 9728930305.

HOFSTEDE, G. – **Cultura e organizações: compreender a nossa programação mental**. Lisboa: Edições Silabo , 2003. 308 p. ISBN: 9789726181606.

KATZ, P. – **Ritual in operating room**. Ethnology [Em linha]. 20:4 (1981) 335-350 [Consult. 16 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.jstor.org/pss/3773355>.

KROGSTAD, U.; HOFLOSS, D.; HJORDTDAHL, P. – **Doctor and nurse perception of inter-professional co-operation in hospitals**. International Jour. Quality in Health Care [Em linha]. 16:6 (2004) 491-497 [Consult. 15 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.oxfordjournals.org>.

KUNZLE, S. [et. al.] – **Auxiliares e técnicos de enfermagem e controle de infecção hospitalar em centro cirúrgico: mitos e verdades**. Re. Esc. Enferm. USP [Em linha] 40:2 (2006) [Consult. 6 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.scielo.br>.

McGARVEY, H.E.; BOOR, J.R.P. – **Development and definition of the role of the operating department nurse: a review**. Journal of Advanced Nursing. Oxford. ISSN 0309.2402.32:5. 32 (2000) 1092-1100.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Learning together to work together for health. Report of WHO study group on multiprofessional education for health personnel the team approach**.1988. [Consult. 8 Jan. 2009].

PARREIRA, Pedro. – **Organizações**. Coimbra: Formasau, 2005, 336 p. ISBN: 9728485468.

PHILIPIN, S.M. – **Rituals and nursing: a critical commentary**. Journal of Advanced Nursing. Oxford. ISSN 0309-2402. 38:2 (2002) 144-151. [Consult. 8 Dez. 2008].

PIRES, J.C.S.; MACEDO, K.B. – **Cultura organizacional em organizações públicas no Brasil**. Rev. Adm. Pública [Em linha] 40:1 (2006). [Consult. 15 Dez. 2008] Disponível em: WWW:<URL:http://www.scielo.br>.

PROVONOST, P. J. [et. al.] – **Evaluation of culture safety: survey of clinicians and managers in an academic medical center**. Qual Saf Health Care [Em linha] 12 (2003) 405-410 [Consult. 8 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://qshc.bmj.com>.

SCHEIN, Edgar – **Organizational culture and leadership**. San Francisco:Jossey-Bass, (1991).

VANDENBERGHE, C.- **Organizational culture, person culture and turnover: a replication in health care industry**. Journal of Organizational Behavior [Em linha] 20 (1999) 175-84. [Consult. 15 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://www3.interscience.wiley.com>.

VAISTMAN, J. – **Cultura de organizações públicas de saúde – notas sobre a construção de um objecto**. Cad. Saúde Pública [Em linha] 16:3 (2000) 847-850 [Consult. 15 Dez. 2008]. Disponível: WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2970.pdf>.

VIEGAS, A. [et al.] – **Fundamentos básicos de bloco operatório**. Coimbra:[s.n], 1992.

WARING, J.; HARRISON, H. MACDONALD, R. – **A culture of safety or coping? Ritualistic behaviors in operating theatre**. J. Health Ser. Res Policy [Em linha]. 12 (2007) 3-9. [Consult. 15 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://jhsrp.rsmjournals.com>.

WOODHEAD, K. [et al.] – **Behaviors and rituals in the operating theatre – areport from the hospital infection society working party on infection control in operating theatres**. Jour. Hospital Infection [Em linha]. 51:4 (2001) 241-255. [Consult. 8 Dez.]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.orthoteers.org>.

YAMAGUCHI, S. – **Nursing culture of an operating theater in Italy**. Nursing and Health Sciences 6:4 (2004) 261-269 [Consult. 15 Dez. 2008].

ZAGO, M.M.F.; CASAGRANDE, L.D.R. – **A comunicação do enfermeiro cirúrgico na orientação do paciente: a influência cultural**. Rev. Latino-am. Enfermagem. [Em linha] 5:4 (1997) 69-74 [Consult. 16 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4/v5n4a09.pdf>.

ZAVAREZE, T. C. – **Cultura organizacional: uma revisão de literatura**. [Em linha]. (2008) 1-7. [Consult. 15 Dez. 2008]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.psicologia.com.pt>.

Marketing, comunicação e imagem em saúde no cenário da gestão em enfermagem: uma análise crítica

Tânia de Fátima Simões Rodrigues

Introdução

Os progressos tecnológicos, científicos e a troca de informações ocorrem atualmente com enorme celeridade. Cada pessoa, instituição e profissão debate-se atualmente com um grande desafio que se centra na necessidade de promover um esforço contínuo e proativo para se manter atualizada face aos seus próprios interesses e da organização a que pertence, mas também ao que as rodeia, procurando estar sempre na vanguarda que permita uma troca eficaz de bens, serviços e informação. Deste modo, as organizações bem sucedidas serão aquelas que realmente levarem a sério a crença de que a sua vantagem competitiva está no desenvolvimento e crescimento das pessoas.

Todas estas alterações constantes e rápidas decorrem dos processos de globalização e desenvolvimento tecnológico, que provocam alterações a nível pessoal, cultural e organizacional, surgindo novos conceitos na busca permanente da qualidade de produtos, serviços, vida, competitividade e melhoria contínua.

No entanto, a gestão de enfermagem continua orientada para as necessidades do serviço, para o cumprimento de regulamentos, normas e tarefas reproduzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais. Esta forma de gerir contribui muitas vezes para o não atendimento das necessidades do cliente e principalmente para a insatisfação dos membros da equipa de enfermagem. Isto mostra que a área do Marketing não tem sido objeto de discussão entre os enfermeiros, quer do ponto de vista académico, quer do prático, ao não possuírem ainda, na sua formação profissional, uma familiarização com conceitos de marketing que hoje integram a filosofia de trabalho de qualquer organização moderna.

Em enfermagem urge a necessidade de aplicar na prática estes conceitos de forma a conseguir a projeção social necessária e a valorização da profissão. Para além da iliteracia que a população em geral possui em saúde (Moreira, 2007), verifica-se ainda a existência de muitos preconceitos, sobre uma profissão cuja representação se encontra associada a muitos estereótipos assimétricos (Colpo [et al.], 2006).

É neste contexto que surge o conceito de Marketing Pessoal e Social, como necessidade de revalorizar capacidades e competências dos indivíduos, instituições e profissões.

Confundido muitas vezes com publicidade ou propaganda, o Marketing é muito mais do que um instrumento de persuasão. Consiste sim, num conjunto de atividades e ações desenvolvidas, que têm como finalidade definir e entender um mercado, identificando as suas necessidades ou expectativas para possibilitar a criação de elementos e ferramentas adequadas e necessárias para atendê-las, tudo isto numa relação de ganho mútuo. Neste sentido, os conceitos de Marketing que servem para vender produtos e serviços dos mais variados, também irão ajudar o profissional de saúde a vender a sua imagem (Persona, s.d.).

A função do marketing na saúde será a de implementar uma inovação na gestão das instituições, com a intenção de alterar os comportamentos dos profissionais e dos clientes na procura da satisfação de ambas as partes. Enquanto os profissionais de saúde avaliam os serviços em termos técnicos, os consumidores usam com frequência critérios bastante diferentes quando avaliam estes mesmos serviços de saúde (Monken, 2005), dando grande ênfase aos componentes não técnicos da prestação de serviços, do qual esperam obter valores ou benefícios.

Porém, o setor da Saúde possui muitas características que o distinguem de qualquer outro setor de mercado, quer a nível do objeto de escolha, quer a nível dos agentes de procura e de oferta. Isto significa que muitas regras básicas do mercado não se aplicam a esta realidade. Existe por exemplo, uma ignorância dos consumidores para fazerem escolhas sensatas, assumindo os profissionais de saúde um papel de orientadores na procura de cuidados em nome dos utentes – relação de agência (Frederico, 2001).

Existem variáveis que são de difícil controlo por parte de qualquer empresa, das quais se destacam as político-legais, tecnológicas, económicas, socioculturais e étnicas. Porém, há outras variáveis que são passíveis de controlo, após uma análise atenta dos consumidores, recorrendo a estratégias de marketing, nomeadamente aos 4 P's: produto, distribuição, preço e promoção. Estas variáveis interrelacionam-se constituindo o designado *marketing mix* (Vilar [et al.], 2002 apud Aleixo, s.d.).

As sucessivas referências em relação à política de saúde têm demonstrado algumas lacunas, não contribuindo para a clarificação dos cuidados de saúde prestados às populações, apesar das contínuas abordagens em relação a orientações e prioridades a seguir. São fonte de constantes polêmicas, provenientes dos mais diversos setores. Torna-se pois urgente a definição e clarificação das políticas de saúde, de modo a encarar as novas realidades sociais, integrando o envolvimento das pessoas enquanto clientes, e dos profissionais enquanto prestadores de cuidados.

É neste contorno que o marketing e a comunicação poderão ter uma palavra a dizer, para que, com sentido de isenção e profissionalismo, procurem incutir um clima de confiança que reforce o sentido de pertença que as profissões da saúde têm em relação às suas instituições e a confiança do cidadão no seu sistema de saúde, mesmo perante as alterações.

O marketing é neste momento uma área do conhecimento indispensável na vida moderna, compreendendo várias disciplinas, como a Antropologia, Psicologia, Filosofia, Sociologia e Gestão, entre outras, ao que se juntam as novas tecnologias da comunicação (Moreno, 2008).

Kuteev-Moreira (2004) refere que embora não se possa dizer que os conceitos de marketing comercial possam ser totalmente integrados na função da saúde, já passaram mais de três décadas em que se procuram desenvolver traduções fundamentais e apropriadas aos objetivos das organizações de saúde e respectivos propósitos de alteração de comportamentos.

O mesmo autor diz que no contexto da promoção da saúde, temos em primeiro lugar de reconhecer que existe um mercado de ideias, tal como há um mercado de bens e serviços. Assim, nem sempre conscientemente, os promotores da saúde são profissionais de marketing de ideias que devem estar cientes que a sua tarefa não consiste apenas em desenvolver e divulgar mensagens persuasoras. Efetivamente, embora seja particularmente importante, o processo de “comunicação em saúde”, é apenas uma parte de toda a iniciativa para disseminar uma ideia com sucesso.

Adicionalmente, exige-se uma profunda compreensão de outras questões fundamentais, tais como as necessidades, as percepções, as preferências, os grupos de referência e os padrões de comportamento do grupo alvo. Além disso, os profissionais de promoção de saúde, nos seus esforços de comunicação, terão também de moldar as suas mensagens, meios de comunicação, custos e equipamentos para maximizarem a facilidade de adoção da ideia.

Os enfermeiros, quer pelo seu historial académico, quer pela localização do desempenho da sua atividade, estão numa posição privilegiada para, junto das instituições de saúde, promoverem uma cultura mais eficaz no de-

envolvimento de ganhos em saúde, onde o marketing tem fulcral importância na forma como este processo é desempenhado. A enfermagem pode ser responsável pela condução de técnicas de marketing que proporcionem ao cliente um elevado grau de satisfação, como a confiança em toda a estrutura física e humana que envolva os serviços de saúde.

Os profissionais de enfermagem têm conseguido com relativo sucesso ultrapassar e esclarecer o público sobre os objetos da profissão, a sua missão, e os seus valores, apresentando-se como profissionais competentes e habilitados para as funções que a mesma exige, apesar das muitas dificuldades que se opõem. No entanto, o marketing, a comunicação e a imagem em saúde deverão ser um grande desafio para o futuro da gestão em enfermagem e da própria profissão, não só por se tratar de uma área em grande desenvolvimento científico, mas também por ser imprescindível para dar continuidade aos atuais esforços que vêm sendo desenvolvidos em projetos de qualidade dos serviços de saúde.

Nesta perspetiva, o marketing não é frio, calculado e planeado como é frequentemente encarado. Dada a representação social que a enfermagem ainda possui, a adoção de marketing social é cada vez mais uma necessidade a nível pessoal, de forma a esclarecer e promover uma imagem clara da profissão, contribuindo para uma crescente literacia em saúde.

Os produtos que o profissional de saúde tem para oferecer não são só as suas habilidades, mas também ele próprio, tudo o que é e o que sabe fazer. Assim, pode falar-se em marketing pessoal.

Com este artigo pretende-se fazer uma análise e enquadramento da realidade atual, relativamente à política de saúde e sua evolução, comentando de que forma a utilização do marketing, da comunicação e da imagem podem ou não influenciar a implementação de novas políticas de gestão em enfermagem, explicando aos profissionais e população as vantagens dos novos métodos e inconvenientes dos atuais.

Marketing, Comunicação e Imagem.

Marketing é uma atividade humana bastante antiga, pois mesmo as tribos mais primitivas já desenvolviam alguma forma de troca de bens. A sua introdução como disciplina académica deu-se por volta de 1900, sendo que os primeiros cursos ministrados utilizavam os termos distribuição, negócio e comércio para intitular o assunto. Segundo Bartels (1988) o termo mar-

keting só foi introduzido em 1910 com o curso Marketing Methods oferecido por Ralph Starr Butler na Universidade de Wisconsin. No que se refere à produção científica da área do marketing, Motta (1983) menciona que a grande maioria das obras foram publicadas a partir da década de 50. As práticas do marketing, têm despertado o interesse de todos os tipos de organizações, afirma Kotler (1988). Sinteticamente, pode-se afirmar que o marketing tem-se consagrado como uma importante disciplina tanto na área da produção de bens como na de serviços. Além disso, as suas práticas têm sido incorporadas por organizações que visam lucro, bem como por aquelas ditas do setor não lucrativo.

As organizações profissionais são conjuntos de pessoas, materiais e instalações que procuram atingir uma necessidade do mundo exterior. Para conseguir viver com sucesso a organização tem que ser atrativa, ter recursos suficientes e competentes, converter esses recursos em produtos, serviços e ideias e ser capaz de distribuir esses produtos aos vários públicos consumidores. A troca é, neste conceito, o núcleo central do marketing porque exige a oferta de valor a alguém, em troca de valor. Através das trocas, várias unidades sociais - indivíduos, pequenos grupos, organizações, nações inteiras - obtêm os resultados de que precisam. Porém, só é possível conseguir marketing com profissionais capazes de compreender, planejar e controlar as trocas. Estes profissionais devem saber como pesquisar e compreender as necessidades da outra parte; saber como projetar uma oferta com valor, a fim de preencher essas necessidades; saber como comunicar eficazmente a oferta; e saber por último, como apresentá-la (Kotler, 1988).

Bartels (1988) considera marketing uma actividade social ao invés de meramente económica, pois é essencialmente uma maneira de encontrar e satisfazer certas necessidades das pessoas. Kotler (1988, p.5) define marketing como “um processo social e gerencial pelo qual indivíduos e grupos obtêm o que necessitam e desejam através da criação, oferta e troca de produtos de valor com outros”. A essência do trabalho de marketing está relacionada com a satisfação de necessidades humanas, em que o seu foco central é o de produzir bens e prover serviços que atendam às necessidades do cliente. Um outro aspeto depreendido do conceito de marketing é que, sendo considerado uma ciência social, o seu desígnio não se limita apenas a organizações que visam lucro, abrangendo também atividades com objetivos voltados para o bem-estar social. Para que se perceba a importância deste conceito é necessário lembrar que desde Nightingale, encontramos a preocupação com a qualidade do atendimento prestado aos soldados, a qual contemplava além das formas de tratamento e higiene, da luz e do ar, as questões relacionadas com o seu bem-estar. Isto abre um outro caminho para a atuação ligada às

questões sociais, conhecido por marketing social ou marketing das causas sociais que surgiu no ano de 1970, para descrever a utilização de princípios e técnicas de marketing para disseminar, na dinâmica de uma sociedade, uma determinada causa, uma ideia ou um comportamento social. O marketing será então o responsável pela criação de uma cadeia de valores que passa pela acessibilidade, disponibilidade de assistência, humanização e valor agregado (Peltier [et al.], 1998). Para Dias (2003) o marketing é definido como uma estratégia que visa construir uma relação duradoura com o cliente baseada em confiança, colaboração, compromisso, parceria, investimento e benefícios mútuos, resultando na otimização do retorno para a empresa e seus clientes. O marketing de relacionamento pressupõe, conforme sugerido por McKenna (1992), interatividade, conectividade e criatividade, para que o cliente possa realmente ser parte da estratégia da organização. A partir deste conceito, o cliente participa na produção de serviços influenciando na sua satisfação. Fundamentalmente, os cuidados têm de ter em conta a pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade, clarificando o que tem sentido ou contribui para dar sentido à sua vida. Analisando o mercado atual da saúde, o serviço que a enfermagem pode oferecer é o projeto de saúde de cada pessoa, em que cada indivíduo é acompanhado no seu ciclo de vida de forma a conseguir minimizar o mais possível os períodos de doença. Nesta perspetiva, o enfermeiro orienta a sua intervenção no sentido de contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa. Assim, a prestação e a gestão de cuidados de enfermagem expande-se a tudo o que diga respeito à situação humana, desde o nascimento ao envelhecimento. Isto demonstra o *low profile* e a diversidade de contextos em que se exerce esta profissão que toma conta da vida.

Neste contexto, pensar em marketing seria dar visibilidade à enfermagem, enquanto profissão, e à sua responsabilidade e relevância nos ganhos em saúde dos cidadãos, conseguindo junto destes disseminar informações sobre saúde, educação ou cidadania. Isto porque a temática da humanização envolve questões amplas que vão desde as políticas de saúde - assentes em valores como a cidadania, o compromisso social e a qualidade de vida - até aos micro espaços de atuação profissional. Compreendemos que a humanização dos serviços de saúde também passa pela forma como os clientes vêm e são vistos, como participam ou não, dependendo também dos modelos de gestão, das estruturas, modos e formas de trabalhar. Aqui o marketing ins-titucional tem como uma das suas principais funções tornar a imagem das organizações mais apelativa e agradável na busca de sólida reputação e reconhecimento público para a obtenção, preservação e melhoria da imagem da organização (Vaz, 1995).

Dadas as características específicas dos serviços transacionados ao nível da saúde, para além dos 4 P's do marketing são acrescentados 3 P's: pessoas, evidências físicas e processo. As pessoas são essenciais, pois é na interação entre o cliente e o fornecedor de serviços que o mesmo se efetiva; as evidências físicas, compreendem o ambiente em que o serviço é prestado, permitindo proporcionar elementos suficientemente objetivos que possibilitam tornar perceptível e evidente a natureza e qualidade dos serviços prestados; o processo é a forma como decorre a prestação do serviço e todo o sistema operativo que o suporta, engloba entre outros os canais de informação, o sistema de atendimento, de prestação e entrega do serviço (Colpo [et al.],2006).

É através da análise das necessidades das pessoas num determinado momento, e avaliando o serviço que temos para oferecer, que se criam as condições físicas e processuais necessárias para conseguir informar as pessoas sobre a disponibilidade do serviço que se pretende proporcionar, para que os interessados o adquiram.

Em marketing pessoal, Persona (s.d.) considera que somente um quinto P foi acrescentado aos 4 já existentes (a Pessoa), que surgiu quando as empresas se aperceberam que era a componente mais importante do processo de marketing. Acrescenta ainda que no marketing pessoal começa-se por esse quinto P para depois avaliar os restantes. Há que procurar entender o que os clientes esperam do enfermeiro e adequar as suas capacidades relacionais, técnicas e científicas a essas necessidades. É também imperioso que os trabalhos realizados no âmbito da profissão e todos os progressos conseguidos através da enfermagem, sejam publicados e divulgados. Quem tiver oportunidade, que participe em palestras sobre a sua área de atuação, ou publique os seus trabalhos em Websites. Não se trata de fazer propaganda, mas sim de distribuir amostras grátis do conhecimento de enfermagem e de cada profissional para que as pessoas fiquem esclarecidas, atentas e interessadas nos serviços que a profissão disponibiliza (Persona, s.d.).

Todavia, o marketing pessoal não deve ser visto como um planeamento rigoroso para influenciar o mercado a aceitar o que sou, mas sim como me devo transformar naquilo que os clientes esperam que eu seja. Portanto, não se pretende criar uma miragem que engane, mas sim um processo contínuo de aperfeiçoamento, mudança de atitudes, formas de comunicar adaptadas às situações e necessidades, comunicando essa mudança para dar segurança e criar experiências de satisfação ao público-alvo. No marketing pessoal o produto é cada indivíduo, cada pessoa e neste contexto cada profissional (Persona, s.d.).

Para que se verifique uma verdadeira reforma do sistema de saúde há a necessidade de refletir a complementaridade das instituições existentes, a sua

organização, funcionamento e forma de financiamento; refletir sobre a forma de ser e estar dos profissionais de saúde no contexto das organizações e acima de tudo, dar conhecimento às populações e proporcionar-lhes condições de forma a poderem ser enquadradas numa reforma de política de saúde, orientada para as leis de mercado, onde a qualidade da oferta, a qualidade dos serviços, a qualidade dos profissionais possa ser escolhida pelas populações e sejam estas efetivamente quem pague os serviços de saúde consumidos, em função da escolha efetuada.

É neste âmbito que devemos persuadir para a inovação, para a mudança, sendo certo que, tal como verificado noutros países, a mudança trouxe melhores níveis de produtividade, redução de custos, maior eficiência na gestão de recursos, sem que a qualidade dos serviços prestados, ponto de referência dos profissionais para a não implementação de novas medidas, fosse posta em causa ou diminuída.

Mas para que se opere com êxito qualquer processo de mudança, a comunicação apresenta-se como um elemento fundamental que tem de ser bem trabalhado. A palavra comunicar tem a sua origem no latim “comunicare”, que significa pôr em comum, associar ou entrar em relação com. Assim sendo, comunicar pode ser visto como uma troca de ideias, sentimentos ou experiências entre pessoas, sendo idêntico o significado que transmitem entre si.

Para Takahashi (1991, p.25) a comunicação afigura-se como “função vital, por meio da qual indivíduos e organizações se relacionam uns com os outros, bem como com o meio ambiente e com as próprias partes do seu próprio grupo, influenciando-se mutuamente e transformando factos em informação”.

Neste sentido, já Freire (1983) dizia que a comunicação estava no centro do processo do pensamento, na medida em que qualquer ato de pensar exigia alguém que pensasse, um objeto pensado mediador dos sujeitos que se comunicavam entre si, através de gestos linguísticos. O mundo humano era desta forma um mundo de comunicação.

Para Phaneuf (2005, p.23)

“a comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas (...) transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal (...) por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa”.

A mesma autora considera ainda que a comunicação pode ser vista como uma tentativa de criar laços de reciprocidade entre duas pessoas, pois passamos a maior parte do tempo a interatuar.

Apesar de não haver uma unanimidade em redor do conceito de comunicação, e desta poder ser vista e interpretada sobre várias perspetivas, temos de ter sempre presente que a comunicação é a base de todas as relações humanas, variando apenas no conteúdo a transmitir e no contexto em que é realizada.

No campo da saúde em que as competências nas práticas comunicacionais exigem que o processo de capacitação possibilite que informações sejam transmitidas e ideias sejam traduzidas em ações, as práticas comunicacionais ganham materialidade a partir de modelos que expressem ideologias, explicando o(s) modo(s) como as organizações e as pessoas se comunicam.

É dentro deste contexto que se insere o desafio do enfermeiro. Os profissionais de enfermagem para comunicarem eficazmente com os clientes, seus familiares e/ou pessoas significativas, necessitam para além do conhecimento das técnicas de comunicação, desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada.

No que diz respeito à gestão em enfermagem, Galvão (1995) considera que a comunicação é um recurso muito importante para o sucesso da liderança, na medida em que permite o desempenho de ações através de interações com o cliente, a instituição, a equipa médica e de enfermagem, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A par do marketing e da comunicação, a imagem aparece como um aspeto importante a ter em conta na mudança ao nível dos serviços prestados pela enfermagem em particular, e pelas instituições de saúde no geral. O termo “imagem” passa a ser muito utilizado a partir da década de 1950/60 em muitos contextos ao nível organizacional, político, público e de auto imagem.

Pensando numa hierarquia de conceitos do comportamento, indo das crenças às atitudes, Kotler (1988) refere que a imagem deverá estar posicionada em algum lugar entre as crenças e as atitudes. Neste contexto podemos inferir que a imagem é mais que uma simples crença, é sim a soma de crenças, ideias e impressões que uma pessoa tem de um objeto. Deste modo, podemos então dizer que as imagens sobre um objeto variam de pessoa para pessoa no sentido em que as crenças, as ideias e as impressões de cada um resultam dos seus antecedentes culturais, das suas necessidades e das suas experiências passadas com o objeto. As diferenças nestes aspetos produzem muitas imagens diferentes do mesmo objeto.

Vaz (1995) refere que em termos de mercado a imagem é um quadro de referência a que o consumidor recorre para avaliar se uma determinada ideia merece ou não o seu interesse, a sua simpatia, o seu apoio. Esta apreciação é feita de acordo com o que são os referenciais próprios de cada pessoa, resultantes das suas experiências individuais de vida.

No caso das organizações existe o interesse em medir e modificar a sua imagem, pois acredita-se que esta tem influência no comportamento das pessoas. As organizações procuram assim obter junto do público-alvo uma reação máxima através da apresentação de uma imagem positiva. Desta forma é fundamental que as instituições de saúde dediquem algum tempo e interesse ao nível da gestão da sua imagem junto da opinião pública em geral, e do cliente em particular para que a opinião de ambos seja convergente e positiva quanto a essa mesma instituição.

Contributos do marketing, da comunicação e da imagem para a gestão em enfermagem

A integração do marketing, da comunicação e da imagem na gestão de serviços de saúde é importante para apoiar as alterações de comportamento que se querem incutir em clientes e profissionais, uma vez que, perante uma evolução tão acentuada da tecnologia médica, estes se sobrepuseram aos valores humanos e relacionais, pelo que toda a organização de saúde tem sido fortemente criticada.

Em causa têm estado a despersonalização dos cuidados e a má gestão de recursos, face às maiores exigências dos cidadãos, em termos de humanização e qualidade de serviços, de modo a satisfazer as suas necessidades e problemas.

Com as mudanças estruturais e funcionais ao nível do sistema de saúde a que temos vindo a assistir, estes três elementos, se devidamente inseridos nestas mesmas instituições, podem facilitar e influenciar a implementação de novas políticas de gestão na saúde, explicando aos profissionais e clientes, sob as mais diversas formas de publicitação, as vantagens dos novos métodos e inconvenientes dos atuais.

As populações, face aos conhecimentos que têm vindo a adquirir, tornam-se cada vez mais exigentes, não sendo contudo esclarecidas e informadas sobre as contribuições necessárias para a melhoria dos cuidados de saúde, face aos custos dos mesmos. Daqui resulta a necessidade das instituições de saúde terem que procurar junto das populações, quais os níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados, procurando assim corrigir e adequar a sua intervenção.

Shaw (2003, p.28) afirma que um dos lemas atuais no que diz respeito aos cuidados de saúde deve ser “cuide apaixonadamente dos seus clientes e eles cuidarão de si”.

Para Kotler (1988, p.311) “cada gestor de topo ou intermédio, bem como os outros colaboradores, deveriam ser sensíveis aos problemas de marketing, embora não precisem ser um especialista de marketing”.

Neste contexto torna-se evidente que os profissionais de enfermagem deveriam ser bem formados em marketing relacional, na medida em que a satisfação do utente passa pelo grau de “atenção e carinho” que o enfermeiro transmite.

Kotler (1988) comenta que muitos enfermeiros tornam-se frequentemente orientados para o trabalho e não para o cliente, daí que exista a necessidade de realizar sessões periódicas de treino, a fim de enfatizar aos profissionais de enfermagem os sentimentos e expectativas dos clientes de forma a conseguir um desempenho elevado de marketing.

Esta realidade deve ser interiorizada por cada profissional, pois a melhor forma de publicitar a profissão e instituição a que pertence é transmitir ao cliente uma imagem positiva da prestação dos cuidados concedidos. Este é um fator muito importante para os gestores, pois é das opiniões e referências dos clientes, que poderão resultar soluções e correções, de modo a melhorar esses mesmos cuidados e imagem das instituições. Para que a avaliação dos clientes seja favorável, terá de haver uma valorização da oferta dos serviços ajustados às necessidades da população, a valorização da sua qualidade e por último a valorização da pessoa humana. É pois fundamental dispensar atenção não só ao aspecto dos serviços oferecidos, infra-estruturas e equipamentos, mas também ao cuidado que é prestado a cada utilizador por parte dos seus profissionais de saúde, procurando transmitir a individualização e personalização dos cuidados, procurando incutir satisfação e confiança relativamente aos mesmos. São estes aspetos que geram um bom marketing e uma boa comunicação institucional.

Como já foi referido anteriormente tem-se vindo a assistir a algumas mudanças, embora graduais, no Sistema Nacional de Saúde Português. Em 1999, a então Ministra da Saúde, assinou um documento intitulado “Saúde um Compromisso” que previa a melhoria da saúde em Portugal apontando para as mudanças mais estruturais e imediatas que deviam ser implementadas para obter maiores ganhos em saúde, através da modificação de alguns comportamentos e atitudes dos profissionais e clientes face à saúde.

Já em 2001 o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, no Relatório da Primavera - “Conhecer os Caminhos da Saúde”, face à caracterização dos objetivos de políticas de saúde definidos pela Organização Mundial de Saúde, referia “mais saúde, melhor resposta em serviços de saúde, uma contribuição financeira socialmente mais justa para a saúde”, levantando algumas questões de difícil realização para a implementação destes ob-

jetivos. No entanto, a aplicação de medidas estruturais e reformas face aos problemas detetados poderiam dar origem a ganhos em saúde.

Os serviços de saúde deviam ser avaliados pelos ganhos de saúde que geram através dos seus índices de produtividade, rentabilidade, eficácia e eficiência, sobrevivência e qualidade dos serviços prestados.

Existe assim a necessidade de implementação e divulgação das novas políticas de saúde, não só pelas forças políticas, mas também por pessoas conhecedoras das novas metodologias, onde os responsáveis de marketing têm uma palavra a dizer na divulgação destas inovações face às restrições, dúvidas e medos da maioria das pessoas envolvidas em todo o processo.

O recurso ao discurso de opinião pública pode ser uma boa forma de ir inculcando ideias e sensibilizar as populações para as mudanças que se pretendem vivenciar ou experienciar. Deste modo, é importante fazer a promoção e divulgação dos conteúdos das reformas de saúde, individualmente ou coletivamente, em público ou privado, de modo a transformá-las como opinião pública geral ou de senso comum, sentida como exigência comungada por todos, feita através da manipulação de massas e por intermédio de grupos de pressão, que das mais diversas formas podem transformar as suas ideias e opiniões, legitimando assim a sua implementação pelo poder e influenciando esse mesmo poder.

É aqui que se reconhece mais uma vez a importância do marketing e da comunicação como veículos para a emissão da opinião pública, convertendo-a numa análise sócio psicológica de todos os envolvidos. Por outro lado, a função do marketing e da comunicação deve ser inserida e integrada na envolvente deste processo para poder proceder e apoiar as alterações dos comportamentos dos profissionais e clientes na aceitação das mudanças.

Conclusão

Assumir como objetivo da intervenção de enfermagem resultados em saúde surge como um desafio ambicioso, desejável e exequível. A saúde não é um bem suscetível de consumo ou de permuta e os nossos clientes procuram-nos para melhorar os seus níveis de saúde, manter a sua saúde e ter qualidade de vida. Daí que quando se fala em atingir um nível superior de qualidade de vida para os nossos clientes, devemos falar da intervenção de vários profissionais, com respostas especializadas e parcelares numa organização de trabalho em equipa, pois só se conseguirão ganhos em saúde se se

compreender que os serviços de saúde não se devem organizar por doenças, profissões ou níveis de custo.

No que à enfermagem diz respeito as estratégias de marketing podem e devem ser uma poderosa ferramenta a ser utilizada hoje em dia, numa sociedade e num mundo em constante transformação em que nova informação é produzida e divulgada cada vez com maior rapidez e eficácia. Embora actualmente a enfermagem ainda se encontre associada a vários preconceitos sem que exista uma imagem clara do que realmente a profissão é, apresenta-se simultaneamente como uma arte e uma ciência, com conhecimentos e saberes próprios, o que permite aos enfermeiros prestar cuidados de valor acrescentado nos cuidados de saúde de qualidade.

É imperativo que os profissionais usem os conceitos e ideias expostos neste artigo de forma a conseguir uma visibilidade da profissão e do seu trabalho que em muito tem contribuído para a melhoria dos cuidados de saúde da população. Cabe a cada profissional apropriar-se das ferramentas do marketing pessoal num contínuo aperfeiçoamento pessoal, de forma a transmitir uma imagem adequada às necessidades dos clientes e, conseqüentemente, uma imagem dignificante e clara da profissão. Enfermagem enquanto Disciplina e Ciência deve igualmente aproveitar os contributos do marketing social para poder alcançar novos horizontes, mantendo-se numa contínua atualização e aperfeiçoamento tendo sempre como fim a satisfação do cliente em particular, e da população em geral. Só assim se poderá criar um estilo de gestão moderno de trabalho em equipa, com inovação contínua e partilha de experiências.

Referências bibliográficas

ALEIXO, Telmo Jorge – **Marketing pessoal e social uma necessidade em enfermagem?** [Em linha] s.d. [Consul. 5 Jan. 2009] Disponível na internet: WWW:<URL:http://www.cpihts.com/PDF04/comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20marketing.pdf>.

BARTELS, Robert – **The history of marketing thought**. Columbus (OH). Publishing Horizons, 1988.

COLPO, Júlio César; CAMARGO, Vânia Carlo; MATTOS, Simey Ariane – A imagem corporal da enfermeira como objecto sexual na mídia: um assédio a profissão. **Cogitare Enfermagem**. 2006. Paraná, ISSN 2176-9133.11:1 (2006) 67-72.

DIAS, Roberto Sérgio – **Gestão de marketing**. São Paulo: Saraiva, 2003.

FREIRE, Paulo – **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREDERICO, Maria Manuela – **Princípios de economia da saúde**. Coimbra: Formasau, 2001. 127 p. ISBN 9728485115.

GALVÃO, Cristina Maria – **Liderança situacional: uma contribuição ao trabalho do enfermeiro líder no contexto hospitalar**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP, 1995.

KOTLER, Philip – **Marketing para organizações que não visam o lucro**. São Paulo: Atlas, 1988.

MOREIRA, Paulo Kuteev – **Promoção da saúde, marketing social e comunicação**. Medicina e Saúde, 2004. [Em linha]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.forumenfermagem.org/?...marketing-comunicacao.../sande>.

McKENNA, Regis – **Marketing de relacionamento estratégias bem sucedidas para a era do cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Saúde: um compromisso: a estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002**. Lisboa: MS, 1999.

MONKEN, Maurício – **Estratégia mercadológica do sistema de saúde – SUS**. Tese Doutorado. São Paulo: [s.n.], 2005. (Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Saúde Pública).

MOREIRA, Paulo Kuteev – **Políticas de saúde: ensaios para um debate nacional**. Porto: Sextacor, 2007. ISBN: 9728830724.

MORENO, Francisco – **Marketing, comunicação e imagem em saúde. Um novo desafio para a enfermagem**. [Em linha], 2005. [Consul. 5 Jan. 2009]. Disponível em: WWW:<URL:http://fernandomoreno.wordpress.com>.

MOTTA, Paulo César – Marketing: a extinção de uma disciplina. **Revista de Administração da Universidade de São Paulo**. São Paulo. Jan./Mar (1983).

PELTIER, James; BOYT, Thomas; SCHIBROWSKY, Jack – Relationships building. **Mark Health Services**. Chicago. 18:3 (1998) 16-24.

PERSONA, Mário – **Marketing para profissionais de saúde**. [Em linha]. [Consul. 5 Jan. 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.mariopersona.com.br/entrevista_marketing_saude.html>.

PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005. 633 p. ISBN: 9728383843.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Conhecer os caminhos da saúde; Relatório de Primavera 2001**; síntese. Lisboa: OPSS, 2001.

SHAW, Robert – **Marketing: renovação e eficácia**. Lisboa: Editorial Caminho, 2003. 309p. ISBN: 9722115553.

TAKAHASHI, Regina; PEREIRA, Luciane – Liderança e comunicação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 1991. São Paulo. ISSN 0080-6234.25.2 (1991) 123-135.

VAZ, Gil Nuno – **Marketing institucional: o mercado das ideias e imagens**. São Paulo: Pioneira, 1995.

Centros de responsabilidade integrados

Paula Maria da Cruz Rodrigues

Introdução

Tendo em conta as mudanças que constantemente ocorrem nas organizações de saúde, é importante e pertinente conhecer os modelos de gestão que servem de suporte às tomadas de decisão nas instituições de saúde onde desempenhamos a nossa actividade profissional.

Os hospitais são organizações complexas que gerem elevados meios financeiros, materiais, técnicos e humanos, o que perspectiva a sua actividade numa componente empresarial. Em Portugal, têm surgido iniciativas que dão corpo ao empreendedorismo no sector público. A criação dos Centros de Responsabilidade (CR) e os Centros de Responsabilidade Integrados (CRI), que de algum modo configuraram a empresarialização de serviços, introduziram uma filosofia de gestão por objectivos e indicadores de desempenho para uma maior racionalidade económica.

É inevitável ao falar em Gestão das Organizações de Saúde, falar-se de contenção de custos e da melhoria da qualidade e eficiência dos Sistemas de Saúde. Os objectivos das mudanças que têm sido operadas ao longo do tempo, tanto no nosso país como nos outros países ocidentais, assentam nas mudanças dos modelos de gestão das instituições de saúde. Também se assinala que as mudanças que as instituições hospitalares têm vindo a realizar, organizam-se de modo a descentralizar o processo de gestão aproximando-o mais do doente. Esta “aproximação” começou antes do processo de empresarialização dos hospitais em 2003 com a criação dos CRI em hospitais do Sector Público Administrativo, nomeadamente o CRI do Serviço de Cirurgia Cardioratórica dos Hospitais da Universidade de Coimbra em 1999.

Este artigo começa por realizar uma contextualização histórica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para melhor compreender a evolução e os vários tipos de modelo de gestão na saúde em Portugal. Segue-se a apresentação dos Centros de Responsabilidade Integrados tendo em conta a perspectiva legal que os suporta. Terminamos com uma breve análise crítica.

Enquadramento histórico do SNS

A história das políticas de saúde em Portugal é anterior a Abril de 1974, no entanto foi ainda no Programa do primeiro Governo Provisório que foi anunciado o lançamento das bases para a criação de um serviço nacional de saúde, o qual deveria ser universal, geral e gratuito. Durante este período de grande instabilidade política, era defendida e praticada a “auto-gestão” dos serviços e as direcções dos estabelecimentos passaram a ser colegiais. Quase todos os serviços e instituições autónomas entraram no chamado “regime de instalação”, o que significava a inexistência de quadros de pessoal com uma maior flexibilidade nas admissões e na gestão financeira. Desenvolveram-se assim as ideias descentralizadoras e regionalizadoras, acusando os serviços centrais de serem excessivamente tutelares e burocratizantes (Simões, 2004).

Em 1982, são criadas as “Administrações Regionais de Saúde que substituíram as Administrações Distritais dos Serviços de Saúde, ficando responsáveis por gerir apenas a prestação de cuidados ambulatoriais prestados em Centros de Saúde sendo financiadas pelo Orçamento de Estado, sem interferir com os Hospitais” (Frederico, 2000, p. 84). Apesar da universalidade e da generalidade do SNS que compreende todos os cuidados médicos (promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e reabilitação), sempre existiu um sector privado que “vende” serviços aos cidadãos e ao próprio SNS.

A partir da segunda metade da década de oitenta, algumas propostas apresentadas em debates políticos para a reforma do sistema de saúde eram fortemente influenciados pela “ideologia de mercado”, sobretudo da competição entre prestadores, como forma de ganhar eficiência e também por políticas de prioridades, escolhas e limites nos cuidados de saúde. Defendia-se um papel mais activo do sector privado, uma maior responsabilização individual pelo financiamento e uma orientação empresarial do SNS (Simões, 2004).

A partir da década de noventa, surgiu a necessidade de reformar a gestão dos hospitais, concentrando-se esta reforma na introdução de mecanismos que flexibilizassem os aspectos da organização e da gestão, nomeadamente através do estatuto hospitalar, da organização e gestão internas e da adopção de modelos alternativos de gestão (OPSS, 2009). As recomendações da OCDE em 1998 vão no sentido de alertar para a necessidade de ser alterada a estrutura de gestão dos estabelecimentos públicos de saúde, aumentando a sua autonomia, a flexibilidade de gestão e a responsabilidade financeira, atri-

buindo-lhes, nomeadamente aos hospitais, o estatuto de empresas públicas. O relatório da OCDE assinalava ainda a necessidade de interacção destas propostas com os valores, princípios e objectivos fundamentais prosseguidos pelo SNS, não os pondo em causa.

Até ao ano de 2002 houve uma evidente linha de continuidade em relação a importantes princípios estruturantes na gestão dos hospitais sob tutela do Ministério da Saúde, gozando de autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Na organização interna de cada hospital devia constar o regulamento aprovado por portaria do Ministro da Saúde. O quadro de pessoal era aprovado por portaria conjunta dos Ministros das Finanças e da Saúde e o regime de pessoal coincidia com o da Administração Pública e com as especialidades estabelecidas no Estatuto do SNS.

Com a inversão das tendências de crescimento económico na Europa em que Portugal não foi excepção, a partir de 2002 houve necessidade da implementação de algumas medidas que passaram pelo congelamento dos salários na função pública e a contenção da despesa pública em vários sectores. Na saúde estabeleceram-se limites para o crescimento dos gastos dos organismos autónomos e para os níveis de endividamento das Administrações Regionais e Locais. Citando Carvalho (2009, p.208), “as grandes alterações são introduzidas com a Lei 27/2002 de 08 de Novembro conhecida como a Lei de Gestão Hospitalar, que consagra como princípios fundamentais uma nova forma de financiamento dos hospitais, avaliação de desempenho e do mérito, a promoção de um sistema de incentivos, a responsabilização dos directores de serviço e a cessação de mandatos no caso de incumprimento de objectivos.” Esta lei estabelece quatro formas jurídicas para o enquadramento dos hospitais em Portugal:

1. Hospitais Públicos com personalidade jurídica, autonomia administrativa e financeira, com ou sem autonomia patrimonial;
2. Hospitais públicos, dotados com personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e com natureza empresarial;
3. Sociedades anónimas de capitais exclusivamente públicos;
4. Hospitais privados.

No essencial, a grande diferença entre estas formas de gestão está ao nível do regime jurídico, que passa de direito público a direito privado; ao nível da natureza de gestão passa de administrativa a empresarial; e relativamente ao regime de pessoal passa a ser determinado pelas normas de direito laboral e não pelas normas da função pública.

Em 2003 foram empresarializados 31 hospitais, sendo transformados em sociedades anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos. Poste-

riormente, com o Decreto-lei 233/2005, praticamente todos os restantes hospitais portugueses foram transformados em entidades públicas empresariais (EPE).

Durante o período de 2002 a 2004 verificou-se um forte desinvestimento a vários níveis no SPA, criando-se a ideia, que este era um “parente pobre” do SNS. Segundo a OPSS (2009) “Não havia difusão de inovação, não se replicaram os ensinamentos dos hospitais SA, não foram criadas estruturas de apoio e acompanhamento do tipo Unidade de Missão (...). Ainda assim, se comparados, por exemplo, em termos de produção não se verificaram diferenças significativas entre os hospitais SPA e SA”.

Experiências inovadoras de gestão

Como já foi referido anteriormente têm sido tentadas várias experiências no sentido de implementar regras de gestão privadas em hospitais públicos, sendo de realçar:

- A experiência do Hospital Amadora-Sintra em 1995 – gestão privada em hospital público;
- Hospital de S. Sebastião em Santa Maria da Feira em 1998 e o Hospital do Barlavento Algarvio em 2001 – regras de gestão privadas em hospitais públicos;
- Unidade Local de Saúde de Matosinhos em 1999, agregando sobre uma mesma entidade gestora, o Hospital de Matosinhos e centros de saúde na sua área de influência – unidades locais de saúde;
- Centros de Responsabilidade Integrados em 1999 – Criado o CRI de Cirurgia Cardiorádica dos Hospitais da Universidade de Coimbra;
- A criação dos Hospitais SA em 2003
- A alteração do estatuto jurídico dos Hospitais SA para EPE em 2005.

O modelo de gestão do Hospital Amadora-Sintra

Na análise de Simões (2004), o modelo de gestão acordado entre o estado e a Sociedade Gestora do Hospital foi sendo desenhado ao longo dos três primeiros anos de actividade, utilizando uma mistura de soluções e instrumentos retirados da experiência da gestão privada, mas também da gestão pública donde muitos dos profissionais de saúde eram originários. O órgão máximo na hierarquia da gestão é o Conselho de Administração

(CA), sendo assegurado por um director-geral a gestão de todas as actividades, em subordinação às políticas definidas pelo CA. A direcção clínica e a direcção de enfermagem constituem a direcção técnica de primeira linha, directamente dependente do director-geral. A gestão intermédia é assegurada pelos directores de departamentos clínicos, pelos gestores departamentais e pelos directores de segunda linha. Os departamentos clínicos possuem um director e um gestor próprios, os quais devem articular e integrar a sua actividade, em conjunto com a supervisão de enfermagem respectiva, de forma a criar as condições necessárias ao efectivo estabelecimento de um modelo de gestão e direcção desconcentradas. Segundo Simões (2004), as diferenças em relação ao modelo de gestão do hospital público tradicional são patentes: maior clareza na atribuição de responsabilidades aos diversos órgãos; separação entre as funções de administração e as de direcção técnica; intervenção profissional confinada às áreas técnicas; ausência do conselho geral ou de outro órgão interno de acompanhamento por representantes da comunidade e dos sindicatos; e utilização de regras de direito privado, quer na contratação de pessoas, quer na aquisição de bens e serviços.

Houve a necessidade de dinamizar a intervenção reguladora do Estado, nesta área, o que fez surgir no âmbito da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) a função agência com um grupo específico para acompanhar a actividade do Hospital.

Hospital de S. Sebastião (HSS) em Santa Maria da Feira em 1998 e o hospital do Barlavento Algarvio em 2001

O Decreto-lei nº151/98 de 5 de Junho dotou o HSS com um modelo jurídico inovador. Nesta figura não existe uma transferência para uma entidade privada da gestão do hospital público (como no Hospital Amadora-Sintra), mas de uma modalidade de privatização da forma de gestão, utilizando-se instrumentos do direito privado e abandonando-se os meios tradicionais do direito administrativo. A gestão é baseada num contrato programa negociado com a ARS, que engloba planos de actividades, orçamento e dotação de pessoal. A unidade base está integrada em níveis de gestão intermédia que são os Centros de Responsabilidade (Simões, 2004).

Unidade Local de Saúde de Matosinhos em 1999

A Unidade Local de Saúde de Matosinhos foi criada pelo Decreto-Lei nº 207/99 e estabelece um modelo inovador de organização dos serviços prestadores de cuidados primários e hospitalares, agregando num único órgão de gestão o Hospital Pedro Hispano e vários centros de saúde da área de influência do Hospital. Este modelo de organização foi inovador pelo facto de integrar serviços de cuidados de saúde primários e hospitalares, uma vez que o modelo empresarial de gestão já tinha sido aplicado no HSS (Simões, 2004).

Centros de Responsabilidade Integrados em 1999 – CRI de Cirurgia Cardiorácica (CCT) dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Embora a Lei de Gestão Hospitalar de 1988 já contemplasse os Centros de Responsabilidade, o primeiro CRI apenas foi criado em 1999 (Decreto Lei 374/1991). Surgem com o objectivo de desburocratizar e instituir estruturas de gestão intermédia que mais facilmente levassem à obtenção de ganhos em saúde, a maior satisfação dos profissionais e maior satisfação dos utentes (Barros, 2005).

O CRI – CCT constitui um nível intermédio de gestão entre o nível operacional e o nível estratégico da organização que visa facilitar a gestão dos recursos humanos, assegurar a competitividade do sector público e permitir remunerações dos profissionais compatíveis com a produtividade (Antunes e Bronze, 2007).

Hospitais SA em 2003

Em Janeiro de 2003, 31 hospitais do sector público são transformados em Hospitais SA de capitais exclusivamente públicos, regidos agora pelo regime jurídico empresarial do estado e pelo direito comercial. O plano de actividades passa a ser traduzido em contratos-programa a celebrar com o Ministério da Saúde.

Transformação dos Hospitais SA em EPE – 2005

Com a transformação dos hospitais SA em EPE, o OPSS (2009) considera que a estrutura interna das instituições hospitalares pouco ou nada se alterou. Não houve descentralização de decisões, manteve-se a “velha” estrutura hierarquizada, de forte pendor formal, com dificuldade em se ultrapassar um “modus operandi” burocrático, pouco transparente e fortemente refém dos grupos profissionais. Continuava a não ser efectuado o desenvolvimento de sistemas de informação com dados integradores, actuais e robustos. No entanto, segundo a OPSS (2009, p.57), a “empresarialização desenvolveu, ao nível da governação efectiva, maior rigor nos mecanismos de controlo e monitorização (internos e externos), começando a constituir-se uma base de governação hospitalar efectiva, sobretudo, no que se refere a uma cultura de maior transparência, responsabilização e prestação de contas”.

A empresarialização dos hospitais e a “fuga” para o direito privado foram ganhando terreno, em diversos momentos e com diferentes formatos, à concepção tradicional da administração pública. Actualmente com uma parte dos hospitais públicos com gestão tradicional, designados por sector público administrativo, e outra parte com modelos de gestão empresarial, permite a realização de comparações, podendo ser observadas mais facilmente as diferenças no desempenho e adoptar o que trazer maior eficiência

Pressupostos em que assentam os CRI - Centros de Responsabilidade Integrados

No sentido de atribuir maior responsabilidade aos agentes locais de saúde, uma vez que são eles que se encontram dentro da acção dos serviços e que, naturalmente melhor lhes conhecem as características e as necessidades, tem-se tentado encontrar e implementar formas alternativas de gestão dos serviços de forma a descentralizar a gestão das unidades de saúde.

Os princípios específicos da gestão hospitalar decretados no artigo 7º do Decreto Lei nº19/88 de 21 de Janeiro, já defendiam que os hospitais do SNS se deveriam organizar e ser administrados em termos de gestão empresarial, permitindo a realização de experiencias inovadoras, mas salvaguardando sempre os princípios essenciais em que assenta o SNS em geral e o funcionamento dos hospitais em particular. Para a prossecução destes princípios, o artigo 9º do referido decreto acrescenta que os hospitais devem organizar-se

e desenvolver a sua acção por centros de responsabilidade e de custos. Define Centros de Responsabilidade como “estruturas funcionais que devem agrupar, como regra, vários centros de custos com actividades homogéneas ou afins e podem constituir níveis intermédios de administração”. O ponto 4 do mesmo artigo acrescenta que “a cada centro será atribuída a necessária autonomia, a fim de conseguir a adequada desconcentração de poderes e correspondente repartição de responsabilidades.” Deverão ter um responsável profissionalizado, que desenvolverá a sua acção em colaboração com os elementos de direcção e chefia dos respectivos departamentos e serviços.

Esta estruturação funcional assentava essencialmente numa perspectiva contabilística que nunca foi estimulada e acabou mesmo por ser desvirtuada, visando-se apenas a legitimação do exercício privado (Decreto-Lei n.º 374/99).

Em síntese, os CR correspondem a unidades de gestão autónoma dentro da estrutura hospitalar.

Apesar da legislação abordar e já ter definido os CR, a par de outras iniciativas, apenas em 1999 é publicado o Decreto-Lei n.º 374/99 relativo à organização interna dos hospitais, que cria a figura dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) reforçando a necessidade de também ao nível interno flexibilizar a gestão, aproximando a tomada de decisão dos níveis de operacionalização e integrando as decisões clínicas e assistenciais com as económico financeiras, constituindo-se assim, verdadeiros níveis intermédios de gestão (OPSS, 2009).

A criação dos CRI tinha como objectivo fornecer um conjunto de instrumentos que permitisse desburocratizar, agilizar e defender o melhor uso dos recursos, com a essência e os valores que o hospital público deveria defender. Procurava-se atingir um elevado grau de eficiência e melhorar a acessibilidade, mediante um maior envolvimento e responsabilização dos profissionais pela gestão dos recursos. Da mesma forma que se pretendia aumentar o grau de satisfação dos utilizadores e profissionais (Decreto-Lei n.º 374/99).

Os CRI implicavam a definição de novas regras de financiamento e remuneração, directamente dependentes da actividade realizada, dos níveis de produtividade e qualidade dos resultados obtidos.

Para Antunes (2001), os principais objectivos que estão na base dos CRI eram e continuam a ser, a desconcentração de decisões e a repartição de responsabilidades em primeiro lugar, e a utilização de modelos e técnicas empresariais de gestão em segundo lugar. Os centros de responsabilidade constituem assim, um nível intermédio de gestão. Segundo o art. 3º do Decreto Lei 374/99, os CRI pretendem “melhorar a acessibilidade, a qualidade,

a produtividade, a eficiência e a efectividade da prestação de cuidados de saúde, através de uma melhor gestão dos respectivos recursos”.

De acordo com o art. 4º do referido DL a actividade dos CRI deverá ser orientada pelos seguintes princípios:

a) integração das funções de administração com as de direcção técnica e de chefia operacional, tornando mais ágil, adequado e oportuno o processo de tomada de decisão;

b) promoção da gestão clínica articulada e participada dos recursos existentes, com base em procedimentos clínicos fundamentados na evidência científica;

c) avaliação objectiva e permanente dos meios existentes e da capacidade instalada;

d) avaliação sistemática dos resultados e correcção dos desvios detectados susceptíveis de comprometer o cumprimento dos objectivos definidos;

e) participação dos profissionais na gestão, de forma a melhorar o seu desempenho e a aumentar a sua satisfação profissional;

f) promoção da actividade assistencial articulada com a formação dos profissionais e com a investigação científica”.

Os órgãos do CRI são compostos pelo director e pela comissão consultiva. O director é nomeado pelo conselho de administração do hospital, que não terá que ser obrigatoriamente um médico (pode ser uma direcção colegial composta por três elementos). A nomeação deverá ter em conta critérios de formação, competência, experiência e liderança. É em comissão de serviço de três anos e pode terminar quando:

a) houver incumprimento ou desvios graves do contrato-programa sem justificação;

b) em sequência de procedimento hospitalar;

c) a requerimento do interessado.

Compete à direcção, coordenar a acção dos serviços e unidades funcionais que o compõem com o objectivo de assegurar um funcionamento eficiente e “harmónico” dos serviços e a boa gestão dos recursos humanos e materiais. Deve promover a elaboração do contrato-programa anual para posterior aprovação/negociação com o conselho de administração e posteriormente a elaboração dos respectivos relatórios de execução do plano de acção e do orçamento do CRI. É também responsável pela admissão de pessoal nos termos previstos no contrato programa e participa nos respectivos processos de selecção ou colocação.

Em colaboração com o director (direcção) existe um administrador (normalmente da carreira de administração hospitalar) a quem compete coor-

denar as actividades do centro, em especial no acompanhamento da execução orçamental e em assegurar a conformidade e controlo dos níveis de custos e proveitos previstos. Compete à comissão consultiva emitir pareceres sobre o projecto de regulamento interno, sobre a proposta de contrato programa e sobre os relatórios de actividades. É constituída pelo director ou direcção do CRI, pelo administrador, pelos directores de serviços e responsáveis das unidades funcionais que integram o CRI, pelos enfermeiros com funções de supervisão de áreas e/ou de chefia de cada um dos serviços e pelos técnicos com funções de chefia ou coordenação dos serviços ou unidades funcionais do CRI.

Os contratos-programa fixam os objectivos e os meios necessários para os concretizar e definem os mecanismos necessários de avaliação periódica. Devem traduzir e incluir como partes integrantes o plano de actividades anual do CRI, o projecto de orçamento/programa anual, o plano de investimentos e o plano de formação e investigação.

As dotações do orçamento do hospital que lhes sejam afectas e que são traduzidas pelo sistema de codificação e classificação de doentes e Grupo de Diagnóstico Homogéneos (GDH) e Grupos de Doentes de Ambulatório (GDA), bem como as tabelas de ponderação e de preços de exames e técnicas de diagnóstico e terapêutica, constituem as receitas e as dotações orçamentais dos CRI.

A introdução dos GDH no nosso país surgiu no final dos anos 80 como tentativa de alteração da forma de financiamento hospitalar. Um GDH é um sistema de classificação de doentes que se define como agrupamento de doentes internados em classes coerentes e homogéneas no consumo de recursos permitindo assim aos que pertencem à mesma classe serem cuidados de forma semelhante (Frederico, 2000).

Os custos resultam do normal funcionamento do centro e podem ser discriminados em custos directos (resultam dos encargos com o pessoal e dos consumos correntes) e dos custos indirectos (que são obtidos a partir da contabilidade analítica do hospital). Quando o valor dos proveitos obtidos é superior aos custos da actividade realizada (isto é quando existe “lucro”), o resultado desse exercício deverá ser negociado com o conselho de administração para que, em percentagens a acordar, haja constituição de:

a) um fundo de coesão institucional, destinado ao financiamento de eventuais défices da instituição;

b) um fundo de reserva do CRI, destinado a cobrir eventuais défices de exercícios futuros;

c) um sistema de incentivos (Decreto Lei nº374/99). Segundo Antunes (2001), a atribuição de incentivos de produtividade a serem distribuídos pelo

pessoal constituiu uma grande inovação dos CRI, que têm como objectivo apoiar e estimular o desempenho colectivo dos profissionais. Para além dos prémios de desempenho há que considerar também outras modalidades de incentivos como a melhoria das condições de trabalho, a participação em acções de formação e estágios e o apoio à investigação. Os contratos-programa deverão enunciar os critérios de aplicação e distribuição desses incentivos.

Segundo Ferreira (2005, p.104) “os incentivos constituem elementos fundamentais para a implementação de estratégias moldando o comportamento individual e do grupo. Motivam-se, assim, os empregados a direccionar o seu desempenho para os objectivos da organização”.

No sentido de maximizar os desvios positivos (lucros), o CRI vai pretender aumentar a sua produção, no sentido de aumentar as receitas e diminuir as despesas, adquirindo bens de consumo ao melhor preço, tendo em conta a qualidade, utilizando racionalmente os equipamentos disponíveis, sendo parcimonioso no recurso aos meios auxiliares de diagnóstico, etc. Em relação aos recursos humanos e citando Antunes (2001, p.118), “a melhor estratégia seria aquela em que o mercado de trabalho fosse liberalizado, podendo empregar, substituir ou dispensar os funcionários de acordo com as necessidades de produção existente em cada momento.” Em suma, o que se espera é que os centros utilizem mais eficientemente os factores de produção, materiais e humanos, tendo em vista uma melhoria da produtividade.

A actividade dos CRI é acompanhada pelo conselho de administração do hospital devendo ser elaborados relatórios que são apresentados às respectivas ARS e a uma comissão de acompanhamento nacional (Decreto Lei nº374/99, Artigo 21º).

Em relação ao regime remuneratório, o Artigo 22º do Decreto Lei nº374/99 estabelece que os profissionais têm direito para além da remuneração base, a uma remuneração variável constituída por acréscimos remuneratórios calculados em função do desempenho, avaliado com base em critérios objectivos e parâmetros mínimos de produtividade e qualidade. A aplicação é de carácter individual e obedece a critérios aplicados igualmente a todos os grupos profissionais: assiduidade e pontualidade; capacidade técnica; disponibilidade e relações interpessoais (Antunes e Bronze, 2007).

É a partir do Decreto Lei nº374/99 que regulamenta os Centros de Responsabilidade Integrados que foi criado o primeiro CRI de Cirurgia Cardiorácica nos Hospitais da Universidade de Coimbra. Apesar de terem sido criados outros centros de responsabilidade, o objectivo inicial seria alargar este conceito de gestão em todos os hospitais até ao final de 2003, o que não veio a suceder.

O CRI-CCT tem um orçamento próprio, contractualizado anualmente com o Conselho de Administração dos HUC. Graças a uma política de contenção, utilização racional dos recursos humanos e eliminação de desperdícios, o serviço tem conseguido aumentar os proveitos em proporção ao aumento de custos. Esta política resulta do sucesso da liderança, atribuição de responsabilidade, gestão eficiente e atribuição de prémios de desempenho (Antunes e Bronze, 2007).

Antunes (2001), refere que este conceito de gestão não teve grande êxito nos centros que foram criados, porque não foram dados os instrumentos de gestão necessários, especialmente no que diz respeito à concessão de um orçamento próprio e autónomo, elemento essencial na estratégia de implementação dos CRI. E acrescenta que o problema fundamental reside no facto do orçamento do centro ser parte integrante do orçamento do hospital e ser negociado anualmente com o conselho de administração.

Este tende a ver o orçamento do CRI não só como a erosão da sua auto-ridade, mas também como uma fonte adicional de despesa.

Embora ainda não se perceba qual será a evolução desta experiência segundo o OPSS (2009) não teve qualquer aplicação prática porque, independentemente dos resultados positivos do CRI que foi criado, houve uma interrupção das políticas de saúde que vinham a ser implementadas, uma vez que o início de um novo ciclo político em 2002 levou à introdução de um modelo de gestão empresarial assente em Sociedades Anónimas (SA) de capitais exclusivamente públicos.

Síntese final

No contexto das alterações do sector da saúde nos últimos anos merecem especial destaque as organizações hospitalares. A eleição das instituições hospitalares como principal alvo de mudanças prende-se com a posição central que estas, tradicionalmente ocupam nos diversos sistemas de saúde. Os pressupostos destas reformas visam a alteração do sistema de valores dominantes nas organizações públicas e as tradicionais formas de regulação e autonomia dos profissionais, por isso, o hospital é o meio privilegiado para concretizar esses propósitos (Carvalho, 2009).

Os políticos da área da saúde têm enfatizado que os problemas dos hospitais relacionam-se com os problemas resultantes da rigidez das burocracias demasiado hierarquizadas, da falta de controlo dos gestores sobre as operações quotidianas e da falta de incentivos baseados no desempenho.

Um dos aspectos inovadores implementados com a criação dos CRI nas instituições hospitalares públicas tem a ver com a atribuição de incentivos assentes em objectivos a atingir pelos profissionais.

Com a transformação dos hospitais em Entidades Públicas Empresariais tem sido estratégia criar centros de responsabilidade integrados, como é o caso do Hospital de Santa Maria em Lisboa e o Hospital de S. Sebastião em Santa Maria da Feira. No Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho criaram-se unidades de gestão integradas, que no fundo partilham os mesmos objectivos: constituir níveis de gestão próximos do doente, criando “unidades funcionais que, em virtude da sua autonomia, têm poder de decisão e lógica de organização e de funcionamento, que se traduzam em “mais valias” ou ganhos para o sistema, em termos de produtividade, eficiência e qualidade na prestação de cuidados de saúde” (Ministério da Saúde, 1999 in Ferreira, 2005).

Referências bibliográficas

ANTUNES, Manuel J. – **A doença da Saúde**. 4ª ed.. Lisboa: Quetzal, 2001. 189 p. ISBN: 9725644719.

ANTUNES, Manuel J.; BRONZE, Marta – **Centro de responsabilidade integrado de cirurgia cardiotorácica: uma experiência inovadora de gestão**. [Em linha] 2007. [Consult. a 03 de Junho de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://arquivo.hospitaldofuturo.com/?p=38>.

BARROS, Pedro Pita – **Economia da saúde: conceitos e comportamentos**. Coimbra: Almedina, 2005. 392 p. ISBN 9724026582.

CARVALHO, Maria Teresa Geraldo – **Nova gestão pública e reformas de saúde – o profissionalismo numa encruzilhada**. Lisboa: Sílabo, 2009. 559p. ISBN 9789726185468.

DECRETO-LEI n.º 19/88. D.R. Série I, 3º. supl. (88-01-21) 248 - (20)- 248 - (23).

DECRETO-LEI n.º 374/99. D.R. Série I-A (99-09-18) 6489-6493.

FREDERICO, Maria Manuela – **Empenhamento organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão**. [Em linha] 2005. [consult. em 03 de Junho de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/4383>.

FREDERICO, Maria Manuela – **Princípios de economia da saúde**. Coimbra: Formasau, 2000. 127 p. ISBN 9728485115.

LEI n.º 48/90. D.R. Série I (90-08.24) 3452-3459.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Incertezas...gestão na mudança da saúde**; Relatório de Primavera 2004. Lisboa: OPSS, 2004. 96 p. ISBN 9729881138.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Saúde: que rupturas? 10/30 anos: razões para continuar**; Relatório de Primavera 2009. Lisboa: OPSS, 2009.124p. ISBN 9729881111.

SIMÕES, Jorge – **Retrato político da saúde: dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho**. Coimbra: Almedina, 2004. 346 p. ISBN 9724023427.

Gestão de conflitos - um desafio em enfermagem

Dina Filipa Pereira Borges

Introdução

O conflito tem vindo a acompanhar a evolução do Homem ao longo dos séculos, visto que é um fenómeno inerente às relações sociais e pessoais, bem como à vida organizacional e profissional. Também as inúmeras transformações sociais, políticas, industriais e tecnológicas ocorridas na sociedade, influenciaram o ambiente de trabalho, tornando-o mais competitivo e mais propenso ao conflito (Corradi, Zgoda e Paul, 2008). A par com este desenvolvimento e avanços tecnológicos e científicos também o conflito foi sujeito a diversas mudanças, quer a nível da sua intensidade, importância, elementos envolvidos, época, quer a nível do contexto social, cultural, económico, entre outros (Mcintyre, 2007).

Profundas alterações foram constatadas na maneira como as organizações compreendem o papel dos conflitos para o seu desenvolvimento e crescimento, emergindo assim a necessidade de adquirir habilidades na gestão competente e eficaz do conflito (Guerra, [et al.],2011). Durante décadas, assumiu uma conotação negativa e indesejável, surgia como consequência de comportamentos e atitudes inconvenientes e de agressividade que afetavam o adequado funcionamento da dinâmica organizacional e das relações interpessoais, subsistindo a ideia de falta de controlo da organização. Atualmente, desde que em níveis adequados, o conflito é considerado um fator favorável a mudanças institucionais e impulsionador de desenvolvimento social e profissional, contribuindo para a obtenção de níveis otimizados de eficácia e produtividade no contexto organizacional (Mcintyre, 2007).

Para Corradi, Zgoda e Paul (2008), as organizações de saúde são potenciais locais propícios à ocorrência de conflitos, tendo em conta que reúnem uma diversidade de categorias profissionais, com grande diferenciação de níveis de formação, com turnos ininterruptos, e ainda, com enfoque no cuidado aos utentes portadores da sua própria individualidade e com diagnósticos e prognósticos variáveis. Nesta perspetiva, também a equipa de Enfermagem

é confrontada continuamente com diversos tipos de conflito, quer pela natureza complexa das instituições de saúde como sistemas imperfeitamente conectados, quer por integrar uma equipa multidisciplinar em que se verifica uma assimetria de poder, quer pela organização e distribuição de trabalho (Prochnow [et al.],2007).

A necessidade de adquirir e desenvolver competências para resolver e/ou negociar as divergências de opiniões e percepções individuais dentro da equipa de Enfermagem constitui uma ferramenta imprescindível para gerir inter-relações e situações conflituosas de forma competente, visando um atendimento em saúde com qualidade e eficiência, o que requer um envolvimento coletivo dos diferentes profissionais (Corradi, Zgoda e Paul, 2008).

A aquisição de um conjunto de competências associadas a um vasto corpo de conhecimento permite ao enfermeiro utilizar e conciliar estas diferentes habilidades técnicas, humanas e científicas, no sentido de gerir e liderar os serviços de Enfermagem com maior responsabilidade e eficácia (Guerra [et al.],2011). A gestão de conflitos, independentemente da sua origem, deve contemplar a seleção e implementação das medidas mais adequadas a cada situação, evitando a sua eliminação ou evitação (Mcintyre, 2007).

Diante do exposto, o objetivo deste artigo consiste em compreender o significado e implicações do conflito nas relações interpessoais e no âmbito do exercício profissional, assim como descrever as estratégias de gestão de conflito mais adequadas a utilizar no contexto de Enfermagem e propor alternativas para melhoria do ambiente de trabalho. Nessa perspetiva, será abordada sucintamente a conceptualização e caracterização do processo de conflito, e suas repercussões nas organizações de saúde, mais especificamente na equipa de Enfermagem.

Estratégias de gestão do conflito

A eficácia e eficiência de uma equipa além de depender da competência e desempenho dos seus profissionais, também é influenciada pela colaboração, cooperação e ajuda entre os seus membros, e pela capacidade destes ultrapassarem situações de conflito (Abreu [et al.],2005; McIntyre, 2007).

O conflito não tem uma definição unívoca. Segundo Thomas (1990) apud McIntyre (2007), conflito é descrito como um processo de incompatibilidade e de confronto desencadeado quando uma das partes se apercebe que a outra a tem prejudicado ou afetado negativamente. Para Corradi, Zgoda e Paul (2008), o conflito ou situação conflituosa é percebido como uma di-

vergência de ideias e/ou interesses entre os indivíduos envolvidos. Serrano e Rodriguez (1993) apud McIntyre (2007) afirmaram que o conflito passa por um encontro entre dois ou mais pontos de força, com sentidos convergentes, mas em direções opostas, obrigando a uma gestão eficaz da situação de forma a extrair aspetos positivos. Geralmente são caracterizados “por uma escassez de recursos associados a sentimentos de hostilidade” (Gil, 2008, p.7), ainda que para se efetivar o conflito seja necessário que este seja percebido, que exista uma interação entre as partes e um ponto de antagonismo.

O desenvolvimento do conflito não é estático, é um processo dinâmico com influência recíproca entre os intervenientes, do qual podem resultar mudanças na sociedade em geral e nas organizações em particular, nomeadamente maior inovação e relações interpessoais mais eficazes (Cecílio, 2005; McIntyre, 2007). Neste sentido, é uma sucessão de acontecimentos entre duas partes em interação, cada uma delas com a sua própria coerência e intenção. Dependente do contexto em que estão inseridos, os conflitos podem ser divididos em sociais, que surgem devido à complexidade e implicação social, ou em conflitos tradicionais em que se debatem em torno dos mesmos interesses (Nascimento e Sayed, 2002).

Embora se aceite o conflito como intrínseco e inevitável à dinâmica organizacional é fundamental ter consciência da sua influência no desempenho e desenvolvimento da estrutura institucional (Cecílio, 2005). O conflito, como fator positivo, impele ao desenvolvimento social e pode ser promotor de novas conceções, permitindo debates abertos com o emergir e o investigar de distintas abordagens, interesses e valores. Pode ter um contributo importante na coesão do grupo, no aumento da sua produtividade, criatividade e eficácia, contribuindo para um equilíbrio nas relações de poder mediante a resolução dos problemas reais e minimização de situações mais severas. Por outro lado, os aspetos negativos que decorrem de uma situação de conflito passam essencialmente pelo seu descontrolo, tornando-se destrutivo e conduzindo a um ambiente hostil em que a cooperação entre os membros é sub-tituída por comportamentos agressivos e de tensão, ao mesmo tempo que se nota uma baixa eficácia e produtividade no trabalho e uma desvalorização dos reais objetivos institucionais em detrimento do conflito instalado (McIntyre, 2007).

McIntyre (2007) assume que o conflito, desde que em níveis adequados e controlados, contribui para que a organização obtenha níveis máximos e otimizados de eficácia, constituindo um indicador positivo de uma gestão eficaz e efetiva. Uma gestão adequada do conflito permite alcançar uma solução integrada do problema, tal como enfrentar e resolver os problemas de forma mais construtiva e produtiva.

A prioridade na gestão de um conflito é selecionar acertadamente uma estratégia que solucione o problema o mais pacificamente possível, tendo em conta os diferentes níveis de conflito: intrapessoais, interpessoais e organizacionais. O gestor deve adotar uma postura de assertividade, cooperação, disponibilidade e respeito, ser portador de um conjunto de capacidades comunicacionais e cognitivas que lhe permita identificar e construir a solução para o conflito (Nascimento e Sayed, 2002).

Markham (1993) vislumbra algumas reações individuais que o gestor de conflitos deve considerar de forma a minimizar antagonismos emergentes, nomeadamente recorrer a uma postura imparcial e justa para não provocar ressentimentos entre as partes envolvidas e evitar o seu confronto pessoal, bem como assumir uma postura equitativa, estimulando a pessoa retráida a se expressar e controlando a que é demasiado verborreica. Deve ainda evitar proferir chamadas de atenção às partes em questão, à frente de toda a equipa. Uma atitude castradora em relação ao aparecimento de ideias contraditórias é completamente desaconselhada, uma vez que a sua manifestação pode ser produtiva e positiva, devendo tentar apaziguar a situação antes que fique descontrolada.

Para uma eficaz gestão dos conflitos, o gestor deve encontrar resoluções edificantes e evitar identificar-se excessivamente com o problema em progressão, deve ter a capacidade de eleger a estratégia mais indicada e, mais importante, assumir as suas falhas e limitações, procurando formação adequada nesta área (Mcintyre, 2007).

Segundo o mesmo autor (2007), os diversos estilos comportamentais de abordagens de um conflito (evitamento, acomodação, dominação, concessão mútua e integração) são considerados como estratégias elementares para lidar com uma situação em que se denota interesses incompatíveis. O evitamento verifica-se sempre que se tenta evitar o conflito, justificando-se quando o problema não tem significado, não há possibilidade de ganhar, é necessário mais tempo, ou o desacordo é perigoso ou oneroso. Na acomodação ocorre a ocultação do problema, em que há uma tentativa de apaziguar a situação, minimizando as diferenças e colocando as necessidades e interesses da outra parte acima dos seus. Na dominação, o autoritarismo torna-se predominante não havendo possibilidade de negociação, há uma disputa pelo poder em que uma das partes demonstra preocupação em impor o seu próprio interesse, esta atitude pode ser benéfica perante uma emergência em que é necessária uma ação imediata. Na concessão mútua são contemplados os interesses de ambas as partes envolvidas, procurando-se um resultado benéfico para todas as partes. Por fim, a integração implica o recurso à assertividade e cooperação entre as partes, permitindo uma permuta de informação aberta e

honestas, de modo a chegar a um consenso aceitável para ambos (Neto, 2005; Corradi, Zgoda e Paul, 2008).

Associadas às atitudes comportamentais e estratégias utilizadas pelo gestor, também o desenvolvimento de um processo eficaz de comunicação lhe possibilitará compreender e lidar com situações complexas, através de uma comunicação aberta e de um clima de empatia, confiança e motivação. A aquisição e desenvolvimento deste conjunto de habilidades são características inerentes a cada pessoa, porém, são ingredientes imprescindíveis na análise e gestão do conflito a capacidade de saber comunicar, ouvir (escuta ativa) e perguntar (Nascimento e Sayed, 2002).

Para Neto (2005), os conflitos podem se distinguir em diferentes níveis de gravidade, nomeadamente em conflito latente (não há consciência da sua existência nem é explícito), em conflito percebido (apesar das partes envolvidas perceberem a existência de conflito, ainda não existem manifestações declaradas do mesmo), em conflito sentido (é evidente a emoção e atinge ambas as partes) e em conflito manifesto (em que afeta ambas as partes, já é percebido pelos outros e pode interferir com a dinâmica da organização).

Uma administração satisfatória do conflito impele a um conhecimento de todo o seu processo a fim de identificar previamente as situações geradoras de divergências. São inúmeros os fatores que podem desencadear conflitos, designadamente as diferenças de personalidade; a incapacidade em atingir determinados objetivos propostos provocando frustrações; a presença de sistemas de recompensas competitivas; a existência de mudança que produz ansiedade e falta de segurança; a comunicação interprofissional; a interdependência de atividades profissionais e de recursos; e a indefinição de objetivos por parte da hierarquia (Gil, 2008).

Tendencialmente a gestão de conflitos tem assumido um interesse relevante nas organizações de saúde, onde também se torna imperativo valorizar o local, a estrutura e o tamanho da respetiva organização, assim como o tipo de gestão, os respetivos objetivos, a missão, a visão e as estratégias organizacionais, entre outros.

As equipas de saúde e os conflitos

Em todos os locais de trabalho há evidência de conflito, o que torna indispensável uma gestão adequada e adaptada a cada situação, sendo desejável extrair contributos positivos e enriquecedores, convertendo-os numa experiência construtiva.

As próprias características que compõem as instituições de saúde tornam-nas uma organização complexa, podendo conduzir à existência de situações discordantes e incompatíveis. A elevada diferenciação das estruturas hospitalares é representada, em parte, pela presença de profissionais com elevado nível de qualificação, pela interdependência dos profissionais mas com certo nível de independência, pela autonomia conseguida em coordenação com normas internas e códigos profissionais, pela complexidade e especificidade do trabalho dos profissionais, pela distribuição do poder, pela progressão na carreira baseada em critérios de competência profissional, entre outros (Monteiro, 1999).

Agostini (2005) defende que a mudança contínua nos sistemas de saúde é um fator propício a desencadear situações conflituosas, quer pelas relações interpessoais estabelecidas na equipa multidisciplinar e assimetrias nas relações de poder, quer pela competitividade, reestruturação organizacional, contenção de custos, necessidade de redução de pessoal e horários de trabalho. Este conjunto de fatores pode motivar sentimentos de frustração e insatisfação nos profissionais de saúde, conduzindo a situações de desgaste emocional e psicológico, a dificuldades nos relacionamentos interpessoais, à falta de comunicação, à existência de comportamentos agressivos e à estagnação profissional.

Segundo Corradi, Zgoda e Paul (2008) as dificuldades presentes nas equipas de trabalho sugerem incompatibilidades pessoais, escassez recorrente de informação, inconformidades nos objetivos comuns, sobreposição ou falta de clareza das competências atribuídas, disputa do poder, *stress* profissional e políticas institucionais e públicas.

Para ultrapassar as dificuldades que surgem diariamente no exercício da profissão é imprescindível conciliar habilidades técnicas, humanas e conceituais, para que o profissional administre e analise a situação de forma competente e qualificada (idem).

Para Agostini (2005) o gestor de conflitos deve escutar ativamente, estabelecendo uma comunicação assertiva e um clima de empatia e compreensão, podendo recorrer à tática da colaboração como uma forma de envolver todos os intervenientes numa relação de ganha-ganha. Ainda assim, deve analisar devidamente a situação, determinar os efeitos e os objetivos, ajustar-se à recetividade, criar o ambiente propício, comunicar efetivamente, descrever o comportamento que pretende ver alterado e o desejado, procurar resoluções em conjunto com o profissional, concentrar a sua intervenção naquilo que considera positivo e chegar a um consenso (Neto, 2005).

A reflexão e intervenção sobre o problema contribuem para o crescimento do grupo de trabalho através da construção de conhecimento e apren-

dizagem, em que as situações conflituosas são transformadas positivamente em estratégias de resolução de problemas. Destaca-se que valorizar ideias inovadoras, promover a participação de todos os profissionais, envolvê-los nas metas e objetivos planejados, inculcar-lhes responsabilidade e autonomia na tomada de decisão, conduzirá a um ambiente de trabalho harmonioso em que todos se sentem motivados e valorizados (Corradi, Zgoda e Paul, 2008).

As organizações de saúde, apesar da exposição constante a influências externas e internas de situações divergentes, devem promover um clima de desenvolvimento, expansão, satisfação e autorrealização profissional, mediante a conciliação dos objetivos pessoais com os organizacionais de um modo estimulante e gratificante. O ideal seria conceber um ambiente de trabalho em que os profissionais o considerem agradável, criativo, competitivo e diferenciado, possibilitando o desenvolvimento das suas capacidades profissionais e reduzindo a incidência de conflitos, ao mesmo tempo que incute melhoria nos cuidados prestados e fomenta a qualidade da assistência de saúde oferecida.

Denota-se fundamental que os profissionais de saúde reflitam conscientemente sobre os momentos polêmicos a que estão expostos diariamente, quer na relação com o cliente quer ao longo de todo o processo de saúde-doença, de modo a aprenderem a identificar, analisar e resolver o conflito com um menor desgaste emocional e físico, e maior assertividade e eficiência. Assim, a compreensão da origem dos conflitos, dos fatores que favorecem a sua ocorrência e do reconhecimento da importância de uma abordagem interdisciplinar na sua gestão, promovem eficazmente a prevenção e resolução destes fenómenos organizacionais.

Uma realidade em enfermagem

As instituições hospitalares são caracterizadas pela sua elevada diferenciação e especificidade a nível organizacional, estrutural, de recursos humanos e materiais que, associado a um ambiente inóspito, tenso e rodeado de novos progressos tecnológicos e científicos conduz inevitavelmente a uma necessidade de adaptação que propicia o aparecimento do conflito (Gelbcke [et al.], 2009).

Na prática profissional torna-se fundamental que o enfermeiro adquira conhecimentos para lidar com estas situações conflituosas e desenvolva habilidades para as gerir e resolver, tendo por base os pressupostos ético-legais.

É de notar que o enfermeiro como membro integrante de uma equipa multidisciplinar e transdisciplinar, que cuida e se relaciona permanentemente com pessoas/famílias, e que é portador de características próprias e individuais, reúne condições propícias a vivenciar situações divergentes no exercício da profissão (Corradi, Zgoda e Paul, 2008).

Como forma de revelar a experiência pessoal e profissional, é de evidenciar que alguns dos conflitos vivenciados assentam em problemas e preocupações pessoais dos enfermeiros, que não sendo capazes de se abstrair deles acabam por transferi-los para o ambiente de trabalho, provocando mal estar entre os membros da equipa. Torna-se evidente, que este comportamento é influenciado e condicionado pelas características e personalidade de cada pessoa, e sua capacidade de lidar e resolver os seus próprios conflitos interpessoais. Nesse sentido, seria importante que os profissionais de saúde evitassem canalizar as suas preocupações e dificuldades pessoais para o campo profissional, a fim de manterem um bom e produtivo relacionamento intra-equipa, não condicionando a qualidade da assistência em saúde.

Também, na esfera dos relacionamentos interpessoais estabelecidos é possível constatar diversas situações suscetíveis de desencadear incompatibilidades e inimizades entre os membros da equipa de enfermagem, muitas das vezes condicionado pelas características de personalidade inerentes a cada pessoa, pelas suas vivências, comportamentos, cultura, crenças, história pessoal, diferenças de opinião, entre outros. Associado a este fato podem advir problemas provocados por intrigas falaciosas, que podem não ser confirmadas com a parte em causa, constatando-se por vezes um desconhecimento completo da situação, conduzindo a pessoa à incompreensão total das reações que a rodeiam, provocando-lhe um sentimento de desadequação, desânimo e desconforto generalizado no seio da equipa (Prochnow [et al.], 2007). Ainda assim, a pessoa pode ter conhecimento e ser confrontada com o problema em causa, podendo defender-se ou justificar-se dando o seu ponto de vista, no entanto pode gerar uma zona de atrito crescente se os ânimos se exaltarem.

Uma boa gestão do conflito permite perceber atempadamente estas situações e intervir assertivamente junto de cada parte, de forma a minimizá-las e/ou tentar resolvê-las, evitando que se estenda a toda a equipa.

O comportamento irresponsável de um membro da equipa pode influenciar o ambiente e relacionamento vivenciado na equipa, quer pela ocorrência de erro (rotulando a equipa de incompetente), quer pelas responsabilidades inerentes a cada trabalhador, no que respeita à pontualidade e assiduidade. Em Enfermagem, tanto a pontualidade como a assiduidade constituem aspetos fundamentais na dinâmica do serviço, visto que a ausência ou atraso frequente

e sem causa aparente conduz a uma sobrecarga de trabalho para a equipa, obrigando o enfermeiro do turno anterior a substituí-lo até à sua chegada. Estes constrangimentos, como desrespeito e falta de pontualidade, podem ser minorados ou solucionados através de reuniões individuais com o profissional que apresenta estas características, responsabilizando-o pelas suas ações, propondo objetivos e tentando resgatar valores (Corradi, Zgoda e Paul, 2008).

Um líder competente e qualificado deve assumir uma postura imparcial, isenta de atitudes e comportamentos que demonstrem preferências pessoais dentro da equipa de trabalho. A existência de fatores facilitadores, apenas para determinados profissionais, pode precipitar sentimentos de desmotivação e desinteresse por parte da restante equipa, essencialmente na realização dos horários de trabalho, na atribuição dos dias de férias, entre outros. Neste sentido, a criação e delimitação de regras e estratégias que definam claramente todas as situações problemáticas e garantam igualdade de direitos torna-se imperativo. A ineficácia na liderança também veicula insatisfação, desmotivação e falta de comunicação dentro da equipa, repercutindo-se nos cuidados prestados.

Para Corradi, Zgoda e Paul (2008), o líder deve planejar e delinear os objetivos e metas em conjunto com os elementos da equipa, tal como promover o seu envolvimento e participação na elaboração de projetos, transferindo-lhes responsabilidade e autonomia para tomar decisões competentes e conscientes no seu campo de ação. O défice de conhecimento técnico e científico também pode ser responsável pela estagnação profissional, podendo ser minimizado através da formação contínua da equipa.

No quotidiano laboral podem emergir atritos entre a equipa de enfermagem e médica, mais especificamente na atribuição de diferentes papéis, na convergência de alguns campos (autonomia, competência, responsabilidades, no exercício do seu papel), em questões hegemónicas de poder e na faceta multifacetada da imagem do enfermeiro perante a equipa multidisciplinar e sociedade. Com a evolução e conceptualização da profissão de enfermagem, muitos progressos ocorreram dentro do seio da mesma, influenciando positivamente a postura, reflexões, conhecimentos e os domínios dos enfermeiros, o que por vezes acarreta descontentamentos e não-aceitação da equipa médica, até então considerados como detentores de conhecimento e únicos responsáveis pela tomada de decisão. Daí que todas estas mudanças requerem, do enfermeiro, a mobilização de um conjunto de saberes e conhecimentos e o desenvolvimento da capacidade reflexiva na e sobre a ação baseada na evidência científica, de modo a sustentar o seu campo de competências nas habilidades técnicas, científicas e humanas.

A relação estabelecida entre cliente/família e enfermeiro também é passível da ocorrência de situações divergentes e incompatíveis, quer pelas características individuais, idiosincrasias e história de vida do cliente que influenciam as suas expectativas e processo de saúde-doença, quer pelas próprias e diferentes características dos profissionais de saúde. A convivência de múltiplas personalidades, com as suas próprias convicções e âncoras, relacionadas com a diferença de opiniões e com noções de tempo e resultados diferentes, condicionam a assistência de saúde e a relação estabelecida entre cliente e enfermeiro. A fim de otimizar e atingir a excelência dos cuidados em saúde, os enfermeiros devem antecipar e prevenir possíveis situações geradoras de conflito, recorrendo ao uso de uma linguagem clara e assertiva, de uma atitude congruente, da escuta ativa, evitando emitir discriminações e juízos de valor, e aceitando e compreendendo as diferenças.

Cabe ainda, fazer referência aos conflitos internos com que se deparam estes profissionais de saúde ao lidar constantemente com processos de doença, dor, sofrimento e morte, provocando-lhes sentimentos de grande ambiguidade, angústia e impotência. O apoio psicológico e a criação de grupos de apoio são ações que permitem aos enfermeiros desenvolver e mobilizar mecanismos de resiliência e estratégias de coping que ajudem a enfrentar e assimilar positivamente todas estas vivências e emoções.

Um enfermeiro eficiente e qualificado agrupa um conjunto de competências que lhe confere a capacidade de lidar com situações antagónicas, encarando-as como geradoras de mudança, de crescimento e de estruturação, de forma a assegurar um ótimo relacionamento necessário ao bom funcionamento da equipa multidisciplinar.

Considerações finais

O conflito encontra-se ligado à interação e relação entre as pessoas, e nem sempre apresenta um carácter negativo e destrutivo. Desde que controlado pode ser essencial ao desenvolvimento e crescimento das organizações, devido ao seu carácter edificante, inovador, encorajador e de mudança.

Nas organizações de saúde, os enfermeiros deparam-se diariamente com situações conflituosas, pelo que devem desenvolver capacidades e estratégias adequadas e adaptativas para ultrapassar e minimizar estes problemas.

Numa instituição hospitalar em que o exercício profissional ocorre num ambiente restrito, tenso e stressante, a necessidade de superar as divergências e as incompatibilidades torna-se imperioso, de modo a não influenciar a

assistência prestada ao cliente. Neste sentido, a gestão adequada de conflitos deve ter por base a seleção e implementação das estratégias mais apropriadas a cada situação, promovendo um clima de empatia, de compreensão, de confiança, onde a escuta ativa prevalece e onde é isento de preconceitos e de juízos de valor.

Assim, para lidar com o conflito a equipa de enfermagem deve identificar precocemente o problema, analisar a sua causa/razão e mobilizar esforços no sentido de ultrapassá-lo, de forma a minimizar as suas repercussões e prevenindo futuras ocorrências.

No quotidiano de Enfermagem são inúmeras as situações conflituosas que podem surgir, nomeadamente dentro da equipa de Enfermagem, com equipas multidisciplinares e com o cliente. Na base destas situações emergem fatores como a estrutura e a organização do trabalho e instituição, as assimetrias de poder, o assumir de novos papéis, as diferenças de valores, a sobreposição ou falta de clareza das competências atribuídas, a falta recorrente de informação/comunicação, as características da personalidade e problemas pessoais.

Em jeito de conclusão considera-se que uma equipa de enfermagem é tanto mais eficaz e competente, quanto melhor for o desempenho individual dos enfermeiros, as suas relações, a sua colaboração, a entajuda existente e a sua capacidade de tolerar e ultrapassar pontos divergentes. A partilha de um ambiente de trabalho agradável, criativo, aberto a mudanças e estimulante, contribuirá para assegurar a excelência na prestação de cuidados.

Referências bibliográficas

ABREU, Ludmila [et al.] – O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Enferm. Brasília**. 58:2 (2005) 203-207.

AGOSTINI, Rosângela – **O conflito como fenômeno organizacional: identificação e abordagem na equipe de enfermagem de um hospital público**. São Paulo: [s.n.]. Ribeirão Preto, 2005. (Tese de mestrado apresentada à EERP da USP).

BRUM, Evanisa; SCHERMANN, Lígia – Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. Brasil**. 17:2 (2007), 12-23.

CECÍLIO, Luíz – É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. 21:2 (2005) 508-516.

CORRADI, Ezia; ZGODA, Lilian; PAUL, Marilene – O gerenciamento de conflitos entre a equipe de enfermagem. **Cogitare Enferm. Curitiba**. 13:2 (2008) 184-193.

ESTANQUEIRO, António – **Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal**. 2ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 1993. p.49-61.

FREITAS, Genival; FUGULIN, Fernanda; FERNANDES, Maria – A regulação das relações de trabalho e o gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. 40:3 (2006) 434-438.

GAIVA, Maria; SCOCHI, Carmen – Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0104-1169. 13:3 (2004) 469-476.

GELBCKE, Francine [et al.] – Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. ISSN 0034-7167. 62:1 (2009) 136-139.

GIL, Denise – **Negociação e gestão de conflitos: gestão de recursos humanos**. Coimbra, Instituto Sup. de Engenharia de Coimbra, 2008.

GUERRA, Soeli [et al.] – O conflito no exercício gerencial do enfermeiro no âmbito hospitalar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo. ISSN 0104-1169. 19:2 (2011) 1-8.

MARKHAM, Úrsula – **Como lidar com pessoas difíceis**. Lisboa: Gradiva, 1993.

McINTYRE, Scott – Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: estratégias individuais negociais. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. 25:2 (2007) 295-305.

MONTEIRO, Ileana – Hospital, uma organização de profissionais. **Análise Psicológica**. Lisboa. ISSN 0870-8231. 17:2 (1999) 317-325.

NASCIMENTO, Eunice; ELSAYED, Kassem – **Administração de conflitos**. Curitiba: Coleção Gestão empresarial, 2002, p.47-56. Disponível em WWW:<URL:http://www.some-educacional.com.br>.

NETO, Álvaro – Gestão de conflitos. **THESIS**. São Paulo. 2:4 (2005) 1-16.

PROCHNOW, Adelina [et al.] – O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. 41:4 (2007) 542-550.

SPAGNOL, Carla; L'ABBATE, Solange – Conflito organizacional: considerações teóricas para subsidiar o gerenciamento em enfermagem. **Ciência Cuidado e Saúde**. Minas Gerais. ISSN 1984-7513. 9:4 (2010) 822-827.

SPAGNOL, Carla [et al.] – Situações de conflito vivenciadas no contexto hospitalar: a visão dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. 44:3 (2010) 803-811.

VENDEMIATTI, Mariana [et al.] – Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**. São Paulo. ISSN 1413-8123. 15:1 (2010) 1301-1314.

Liderança – a arte de fazer seguidores

Ana Paula Batista de Pinho Matos da Costa

Introdução

Quando abordamos o tema liderança deparamo-nos com uma tarefa difícil ao procurar sintetizar os principais conteúdos. A bibliografia é diversa e o desafio consiste em seleccionar os artigos mais significativos a valorizar.

Encontram-se uma infinidade de definições, para “liderança”. Fachada (1998) refere que liderança é um fenómeno de influência interpessoal exercida em determinada situação, através do processo de comunicação humana, com vista à comunicação de determinados objectivos.

A liderança em enfermagem, requer um constante equilíbrio entre quem lidera e quem é liderado, dado que estes profissionais lidam com pessoas e com tudo o que está ancorado às suas vivências.

A liderança depende da aprendizagem social do indivíduo. Com a sua arte de cuidar, o enfermeiro terá predisposição para resolver conflitos, tendo em conta a equidade nas tomadas de decisão, devendo procurar a participação dos seus pares na construção de projectos. Nessa construção espera-se que hajam liderados, que estejam dispostos a dar sequência à liderança, transformando o “chefe” num líder.

Conceitos

A liderança é um dos temas que tem merecido análise por parte de investigadores e vários grupos de profissionais. Ao observar as pessoas em qualquer contexto, percebemos que toda a pessoa é capaz de exercer influencia sobre as outras, isto pode significar que todos podemos ser potenciais líderes (Fleury, 2002).

Durante muitos anos a liderança foi entendida como um traço da personalidade, dependente única e exclusivamente das características pessoais e

inatas de quem liderava. Consideravam-se que as qualidades intrínsecas do líder, como a inteligência, a amabilidade, eram determinantes. Estas características identificavam o líder como grande homem (Fachada, 1998). O líder era visto como possuidor de características em potencia ou em actualização, sendo estas as características que lhe conferiam um traço estável na sua personalidade.

No entanto esta teoria caiu em desuso, quando foi percebido que havia dificuldade em isolar um conjunto finito de características, que defina o líder e por outro lado a dificuldade de assegurar que os que não são líderes, não as tenham.

Actualmente percebe-se que a liderança depende da aprendizagem social do indivíduo, que deve ser treinada e aperfeiçoada. Sabe-se que a liderança está dependente de muitos factores, não só do líder mas também dos liderados e do contexto onde se inserem. O foco de estudo passou a ser a liderança e não o líder, uma vez que a liderança deve ser entendida como algo a ser treinado através da adaptação do líder às funções de liderança.

Surgiu nos anos 40 uma nova postura relativamente à liderança. Investigadores da universidade de Ohio, reconheceram duas categorias de comportamento que em combinação de índices elevados levavam a uma boa liderança: a iniciação de estrutura (objectivos e tarefas) e consideração (ajuda, confiança), surgia assim a teoria comportamental.

Esta teoria defendia que para coordenar, um líder tem que saber planear com objectivos previamente definidos, fazer previsões, analisar problemas e tomar decisões, ao mesmo tempo saber organizar, determinando as actividades necessárias para atingir objectivos, classificar e distribuir o trabalho pelo seu grupo e pelos sujeitos que o integram. Por outro lado para desenvolver, terá que usar a influência através da comunicação, para que os indivíduos do seu grupo contribuam para alcançar os objectivos da organização e deve saber controlar, conferindo o realizado como terá sido proposto. É um estilo de liderança baseada na tarefa e preocupação dos subordinados. Mais tarde com os estudos efectuados na universidade de Michigan, começam a ser comparados os comportamentos dos líderes relativamente a sua eficácia e à dicotomização tarefa/pessoa.

Tipos de liderança

Vários foram os autores que abordaram o tipo de liderança, mas foi com White e Lippitt em 1939 que surgiu a principal teoria que explica a liderança pelos estilos de comportamentos, sem se preocupar com as características

de personalidade do líder. White e Lippitt referem três estilos de liderança: autoritária, liberal e democrática (Medeiros [et al.],2000). De acordo com estes autores o líder autoritário fixa as directrizes, sem qualquer participação do grupo, é ele que determina as técnicas para a execução de tarefas, determina qual a tarefa que cada um deve executar e qual o seu companheiro de trabalho; não deixa espaço à criatividade dos liderados tendo uma postura directiva. É dominador, provocando tensão, agressividade e frustração no grupo, é “pessoal” quer nos elogios, quer nas críticas. As consequências desta liderança traduzem-se na ausência de espontaneidade e de iniciativa por parte dos liderados, bem como pela inexistência de qualquer amizade de grupo, uma vez que os objectivos são o lucro e os resultados de produção. Neste tipo de liderança o trabalho só se desenvolve na presença física do líder porque quando ele se ausenta o grupo tende a indisciplinar-se.

Para os mesmos autores o líder liberal é aquele que não faz imposições de regras é o “laissez faire”, não há imposição ao grupo por parte do líder, conseqüentemente não é respeitado. Há liberdade completa para as decisões de grupo ou individuais, com participação mínima do líder; tanto na divisão das tarefas, como na escolha dos companheiros, fica totalmente a cargo do grupo. Há uma absoluta falta de participação do líder; os elementos do grupo tendem a pensar que podem agir livremente, reina a desorganização, o desrespeito e não há autoridade para resolução de conflitos. Há o desejo de abandono de grupo, a produção é baixa ou quase inexistente. É considerado o pior estilo de liderança.

Relativamente ao terceiro estilo o líder democrático é caracterizado como sendo o que promove a qualidade de relação a nível interpessoal, bem como os bons resultados a nível de produção, uma vez que o líder assiste e estimula a discussão entre todos os elementos do grupo, o próprio grupo esboça as providências e as técnicas para atingir o alvo, solicitando aconselhamento técnico ao líder quando necessário, passando este a sugerir duas ou mais alternativas para o grupo escolher. As tarefas ganham novas perspectivas com os debates. A divisão das tarefas fica a critério do próprio grupo e cada membro tem liberdade de escolher seus companheiros de trabalho; o líder tenta ser um membro igual aos outros elementos do grupo, é “objectivo” e limita-se aos “factos” nas suas críticas e elogios.

Perante estes três tipos de liderança compete a cada sujeito escolher o que mais se adapta a si, ao tipo de liderados que tem e ao contexto em que se encontra.

Torna-se importante referir que não há estilos “puros” de liderança, os líderes adoptam mais ou menos características de cada tipo de liderança, variam consoante a motivação da equipa e o momento em que a mesma se

encontra, das características pessoais do líder, do tipo de equipa que existe, da competência da mesma e do tamanho do grupo. Os diferentes estilos tocam-se e podem até sobrepor-se em alguns aspectos, não existindo assim um estilo de liderança único e válido para todas as situações e sujeitos. A liderança não se faz de uma forma isolada, é feita também de liderados. Para que se possa liderar, tem de haver uma interacção entre líder e liderados.

Consoante essa interacção a liderança pode ser de dois tipos de orientação: orientada para as pessoas ou para as tarefas. Quando a orientação do líder está dirigida para a pessoa, há um grande envolvimento e coesão do grupo nas suas relações humanas, o líder é sensível aos problemas dos liderados, levando a uma satisfação por parte dos mesmos, mas não significando um aumento directo da produtividade, uma vez que o objectivo está orientado para o sujeito. Quando a orientação do líder está direccionada para a tarefa, existe uma preocupação com a execução das actividades, tendo como grande objectivo o lucro e os resultados, diminuindo a coesão do grupo e a satisfação dos liderados (Maximiano, 2002).

Pode assim concluir-se, que o estilo de liderança refere-se aos vários padrões de comportamento do líder no decorrer do processo de influenciar e dirigir os liderados, ela deve estar moldada a cada sujeito e à tarefa em causa. Uma liderança eficaz está atenta às necessidades dos liderados e à constituição do grupo.

Motivação e liderança

A liderança deve preocupar-se com a motivação dos liderados, uma vez que a motivação pode ser definida, como a vontade de uma pessoa desenvolver esforços com vista à prossecução dos objectivos da organização (Mondy [et al.], 1991).

As teoria das necessidades, baseia-se no pressuposto de que a melhor forma de explicar a motivação, é através da satisfação das necessidades dos indivíduos. O contributo mais importante nesta linha de pensamento deve-se a Maslow sendo o precursor do conceito de pirâmide das necessidades. A justificação da motivação com base na satisfação das necessidades tem a ver fundamentalmente com a chamada motivação intrínseca, sendo esta motivação relacionada com a auto-realização da pessoa, enquanto as outras explicações têm a ver com a chamada motivação extrínseca, que é a motivação orientada por uma recompensa esperada ou uma satisfação de carácter exterior (um louvor, um prémio de produção etc.), (Ferreira, Demutti e Geminez, 2010),

A hierarquia das necessidades proposta por Maslow costuma representar-se segundo uma pirâmide – a pirâmide das necessidades de Maslow – onde existem 5 níveis de necessidades: necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima e de auto realização. Mas segundo este autor um indivíduo nunca está satisfeito totalmente em qualquer destes níveis de necessidades, no entanto as necessidades primárias encontram-se em regra minimamente satisfeitas. O líder deve investir assim na satisfação dos outros níveis de necessidades, tendo em vista o grau de motivação (idem).

É fulcral que se trabalhe a motivação numa equipa, para que possa ser criada uma estrutura com um grau de motivação que ajude a superar as dificuldades que possam emergir.

Para Estanqueiro (1992) um líder para manter a motivação dos seus liderados deve também saber ter uma postura de elogio e crítica, dando o feedback aos subordinados das suas actuações, no entanto o elogio deve sempre ser adequado à tarefa, oportuno e concreto para que “fique sempre um perfume, nas mãos de quem oferece rosas” (Estanqueiro, 1992). A crítica deve ser moderada e feita de uma forma delicada, devendo ser feita em particular. O objectivo essencial da repreensão não deve ser castigar, mas ajudar as pessoas a melhorar e a desenvolver a sua autonomia (Estanqueiro, 1992).

Líder ou liderado

A liderança não é um processo unidireccional, não depende única e exclusivamente do líder. O líder influencia o liderado, mas também o liderado influencia o líder. O grupo pode utilizar estratégias para levar à modificação do comportamento do líder (boicotes ou manipulação de comportamentos).

Blanchard e Hersey (1992) desenvolveram a teoria situacional da liderança que se baseia na ideia de que o estilo de liderança mais eficaz varia de acordo com a maturidade dos subordinados e com as características da situação, estes autores defendem que um líder eficaz, é aquele que consegue diagnosticar correctamente a situação e o nível de maturidade dos subordinados adoptando o estilo de liderança que mais se apropria. O conceito chave desta teoria é o nível de maturidade dos subordinados, que é definido, não pela idade ou estabilidade psicológica, mas sim pela disposição para aceitar as responsabilidades, a educação, o conhecimento e a experiência para a tarefa em questão.

Consideraram as fases de maturidade dos liderados como sendo quatro (M1;M2;M3;M4). Sendo que os M1 são os liderados que não estão prepara-

dos nem tem desejo de tomar decisões, não sendo competentes nem auto-confiantes; os M2 ainda não são capazes, mas querem fazer correctamente as tarefas. Estão motivados, mas faltam-lhes as necessárias capacidades; os M3 são pessoas capazes, mas não estão motivadas para fazer o que o líder pretende e por último os M4 que são liderados, são capazes e estão motivados para fazer o que lhes é solicitado. O estilo de liderança está então intimamente ligado com o tipo de liderados, no tipo de liderados M1 a liderança tem que ser de elevada orientação para as tarefas, o líder tem que definir as funções e orientar as tarefas, referencia como quando e onde executa-las. Em M2 continua a elevada orientação para as tarefas mas também para a pessoa, o líder assume um comportamento directivo mas também apoia. Em M3 há uma reduzida orientação para as tarefas e elevada orientação para as pessoas. O líder e os liderados partilham a tomada de decisões, sendo o principal papel de líder facilitar e comunicar. Em M4 há uma reduzida orientação para as tarefas e reduzida orientação para as pessoas. A orientação e o apoio do líder são reduzidos, por ser desnecessário. À medida que os liderados vão atingindo mais altos níveis de maturidade, o líder responde não só com redução de controlo sobre as actividades mas também diminuindo o grau de comportamento de relação. No entanto a relação líder/ liderado tem uma linha muito ténue, quando o tipo de liderança não é adequado nem aos liderados nem aos contextos, pode levar a um assumir de responsabilidades do líder pelos liderados, o que é possível graças à composição do grupo, pois os seus membros possuem não só as aptidões necessárias para realizar a tarefa, mas também o poder de determinar os métodos do trabalho, a atribuição de responsabilidade e à criação dos próprios programas de trabalho. O líder passa assim a ser liderado pelo grupo.

O futuro da liderança

Considerando que a liderança é um processo dinâmico, que tem vindo a sofrer alterações a adaptações ao longo dos tempos, será importante reconhecer que actualmente pretende-se deixar de lado uma liderança transaccional onde o líder motiva os seus grupos na direcção de objectivos definidos, com clareza nas suas funções e passar para uma liderança transformacional, em que líder através da sua visão pessoal e da sua energia inspira os seus seguidores e tem um impacto significativo nas suas organizações. Actualmente tem sido dada atenção a este tipo de líder, por ser aquele que faz mais do que conduzir transacções com pessoas, ele ajuda as organizações e as pessoas a

fazerem transformações positivas, de modo a que conduzam elas próprias a sua actividade (DuBrin, 2003), este tipo de liderança está ligada à liderança estratégica que aprovisiona direcção e inspiração da organização. O líder transformacional exerce um nível de influência muito alto no seu grupo, motivando os seus liderados a fazerem mais do que está previsto. É o ideal para revitalizar grandes organizações de diferentes tipos.

A liderança transformacional inclui quatro elementos básicos: a influência idealizada, onde é importante o carisma do líder e o respeito e admiração dos seus liderados; à inspiração motivacional onde é considerado que é o comportamento do líder que dá sentido e estimula o trabalho dos liderados; o estímulo intelectual, onde o líder solicita aos seus liderados, novas formas de abordagem para um melhor desempenho, bem como soluções criativas; por fim a consideração individualizada em que o líder escuta e dá atenção personalizada às necessidades que visam o desenvolvimento dos seus liderados (Mullins, 2001).

A liderança transformacional tem como finalidade a conversão dos subordinados em líderes, permitindo uma relação de estímulo recíproco entre ambos.

Liderar em ambiente crítico - análise

A Liderança torna-se uma tarefa árdua num ambiente em que a exigência dos resultados, da mudança e crescimento constante, são uma ferramenta insubstituível no processo de trabalho. Numa unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), essa exigência é uma constante, pela diversidade e complexidade de cuidados de enfermagem prestados, as tomadas de decisões têm que ser rápidas e assertivas. No processo de trabalho, os enfermeiros nesta unidades desenvolvem acções complexas de acordo com a complexidade de cada situação que vivenciam. De um modo geral visam o bem-estar do recém-nascido (RN) e da sua família na sua complexidade, articulam e realizam o cuidado de uma forma silenciosa, dispondo-se a garantir o melhor tipo de cuidados.

O enfermeiro que lidera uma equipa numa unidade de cuidados intensivos neonatais, assume a responsabilidade de articular vários profissionais numa equipa multidisciplinar, deve estar preparado para um novo agir na liderança, deixando para trás a liderança transaccional, passando para uma liderança transformacional necessária para que passe de chefe a líder, mudando o perfil de burocrata para coordenador do cuidado, motivando a equipa.

A realidade encontrada actualmente numa UCIN tende para uma liderança confusa e pouco consistente, onde os actuais líderes tendem para uma liderança transaccional motivando os liderados para o atingir de metas propostas, mas simplesmente motivado para a tarefa. A eficácia da liderança está também intimamente ligada à maturidade do grupo. Também para o caso da UCIN podemos encontrar vários graus de maturidade no grupo de enfermeiros. Assinalamos, no entanto, que este grau de maturidade nada tem a ver com o grau académico, ditando maior competência para passar a delegar funções. Esta presunção por parte de alguns elementos, pode levar a conflitos. Cabe ao líder saber impor normas passando a ser um líder autoritário num ambiente hostil para que seja encontrado novamente equilíbrio. Quando tal não se verifica passa a ter-se uma liderança do tipo “*laissez faire*”, onde reina a desmotivação da equipa e em que cada um dos elementos pensa poder tomar decisões com a participação mínima do líder, sem respeito pelo líder.

Em muitas ocasiões são os elementos que se intitulam M4, mas que na verdade não o são uma vez que não são capazes de cumprir o que lhes é pedido, fazem questão de pôr em causa a liderança do serviço fazendo alianças e boicotando todo o trabalho de liderança.

Cabe ao verdadeiro líder saber ter a visão necessária para debelar as situações provocadas por este tipo de liderados, deverá ter um papel crítico relativamente a esses elementos, enfrentando o problema, de forma a motivar a restante equipa com elogios à sua competência e capacidade de empenho, por uma melhor prestação de cuidados ao cliente, tendo como ponto de partida a sua missão na unidade organizacional em que se encontram.

Em situação de crise não deverá haver liderança partilhada. O líder deve passar a ser um verdadeiro exemplo a seguir, mostrando ser “igual” aos restantes elementos da equipa, mostrando preocupação pelo seu bem estar, só assim o líder num contexto crítico de trabalho consegue o respeito, a admiração dos seus liderados, onde o seu comportamento os estimula a querer evoluir, podendo assim o líder pedir novas formas de desempenho, soluções criativas tendo como principal objectivo a conversão de liderados a líderes, sem que estes percam a noção de liderados. Os liderados quando atingem este estágio de desenvolvimento de maturidade respeitam a posição hierárquica, cumprem as suas tarefas de forma responsável delegando funções, são prestáveis, colaboram no trabalho de equipa, não recorrem de imediato ao líder quando surgem pequenos conflitos, são assertivos e não agressivos, são essencialmente pró-activos não se acomoda com as situações.

O líder num contexto como a UCIN tem que ser justo, honesto, assertivo e saber partilhar méritos. Não deve fazer críticas e repreensões ao

grupo na presença de outros grupos profissionais, pois ao fazer uma crítica num contexto de reunião de serviço à sua equipa, o líder corre o risco de ver a sua crítica ter uma interpretação de humilhação que dificilmente será esquecida. Mais do que nunca num ambiente hostil como a UCIN o líder deve gerar confiança através da empatia, deve impor-se a um esforço para ouvir os outros, mostrando interesse genuíno, não deverá mostrar interesse pela equipa só quando pretende alcançar objectivos.

Cabe aos líderes de enfermagem de cuidados intensivos neonatais superar as diferenças e os conflitos, permitindo à sua equipa criar laços e relações, em que partilhar deve ser a palavra de ordem e a diversidade de subordinados deve ser motivo de construção dinâmica do serviço, proporcionando a mudança com soluções criativas.

Referências bibliográficas

BLANCHARD, Kenneth; HERSEY, Paul – **Management of organization behavior**. 4th ed. London: Prentice Hall, 1982.

CARVALHO, Mário Jorge – **Gestão e liderança na saúde**. Lisboa: Vida Económica, 2008. 172 p. ISBN 9789727882595.

CUNHA, Miguel [et al.] – **Manual de comportamento organizacional e gestão**. 6^aed. Lisboa: Editora RH, 2007. ISBN 9789728871161.

DAFT, Richard – **Administração**. São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 2000.

DuBRIN, Andrew J. – **Fundamentos do comportamento organizacional**. 2^aed. São Paulo: Cengage/Nacional, 2003. ISBN 8522103321.

ESTANQUEIRO, António – **Saber lidar com as pessoas: princípios da comunicação interpessoal**. Lisboa: Presença, 1992. ISBN 9722315528.

FACHADA, Odete – **Psicologia das relações interpessoais**. 2^a ed. Lisboa: Rumo, 1998.

FERREIRA, A.; DEMITTI, C.; GIMENEZ, P. – **A teoria das necessidades de Maslow: a influência do nível educacional sobre a sua percepção no ambiente de trabalho, xii seminários em administração**. [s.i.].

FLEURY, Maria Tereza [et al.] – **As pessoas na organização**. São Paulo: Gente, 2002. ISBN 9788573123661.

MAXIMINIANO, António César – **Teoria geral da administração: da revolução urbana à revolução digital**. 3^o ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MEDEIROS, Alexandre [et al.] – **Liderança**. [Em linha]. São Paulo, 2000. [Consult. 10 Junho 2010]. (disponível em: WWW:<URL:http://www.maurolaruccia.adm.br/.../liderorg.htm>.

MONDY, R. Wayne; SHARPLIN, Arthur; PREMEAUX, Shane R. – **Management: concepts, practices and skills**. 5^a ed. [S.I.]: Allyn e Bacon, 1991.

MULLINS, Laurie J – **Gestão da hospitalidade e comportamento organizacional**. 4^aed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 390 p. ISBN 9788536303987.

Coaching na liderança em enfermagem

Cláudia Sofia dos Santos Leitão

Introdução

Num mundo cada vez mais globalizado e competitivo, é imperioso que toda a sociedade se adapte às mudanças inevitáveis que vão ocorrendo. Esta imperiosidade de mudança surge da necessidade de estar em sintonia com a evolução tecnológica, modificações demográficas, revoluções sociais e económicas, obrigando as organizações a aumentar a sua capacidade de inovar incessantemente, desenvolvendo novas competências e atitudes para conseguirem alcançar os seus objectivos. Esta ideia é corroborada por Bennis (1995) ao afirmar que as organizações contemporâneas enfrentam diariamente, inúmeras fontes de competição, implicando estruturas organizacionais mais flexíveis, sensíveis às necessidades dos clientes e adaptáveis às diversas mudanças do quotidiano. De forma a acompanhar estes desafios, é fundamental promover o desenvolvimento do capital humano dentro de uma organização, visto estes serem actores activos em qualquer processo de mudança, perspectiva confirmada por Balsanelli e Cunha (2006, p.118) quando afirmam que, “o capital humano continua sendo o bem mais valioso de uma empresa”.

As instituições hospitalares, enquanto organizações complexas que prestam serviços especializados baseados em alto nível de conhecimento (Crawford, 1994) são dotadas, numa parte fundamental da sua estrutura organizacional, por profissionais de enfermagem. Estes, no sentido de corresponderem aos sucessivos desafios gerados pelos processos de mudança e adaptação às diferentes realidades, sentem necessidade de se preocuparem com o seu auto desenvolvimento, criando novas perspectivas de trabalho, adquirindo novos conhecimentos e habilidades, dominando o uso de tecnologias emergentes, mas também uma outra ferramenta essencial: a Liderança. Esta constitui-se fundamental no que diz respeito a orientar o capital humano para atingir objectivos e metas propostos pela própria instituição, mas também de forma a contribuir para a melhoria dos indicadores de saúde da população que se traduzem, em última análise, em ganhos em saúde.

Liderança na perspectiva de Daft (1999), citado por Parreira (2005, p. 157), consiste na “Habilidade de influenciar pessoas com o objectivo de alcançar metas”. Para Diniz (2004, p.56), “a liderança é a capacidade de inspirar, motivar e movimentar pessoas a atingirem e superarem metas, ultrapassando aquilo que aparentava ser seus limites”, é “a habilidade de tornar a visão do futuro clara e atraente para todos” e, finalmente, é “a qualidade de inspirar confiança cega” nos seus seguidores. Confiança “cega” não significa que eles não participem da visão, mas que confiam incondicionalmente na sinceridade do líder e na honestidade dos seus objectivos”.

A Liderança na área de enfermagem faz cada vez mais sentido no contexto actual. Ao profissional de enfermagem são cada vez mais exigidas competências de liderança que o capacitem para a tomada de decisão, a resolução de conflitos, a articulação com outros profissionais visando interdisciplinaridade, a comunicação e as relações interpessoais com a equipa de enfermagem, equipa de saúde e pacientes/familiares. Esta ideia é confirmada por Balsanelli e Cunha (2006,p.118), quando afirmam que “O enfermeiro traz em sua essência o contacto com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerindo equipas e preocupando-se com quem cuida uma vez que resolve conflitos, pratica a equidade na tomada de decisões, norteia-se pela ética e lei do exercício profissional, orienta novas condutas, busca a participação de seus pares na construção de planos e projectos, enfim serve de inspiração para que hajam seguidores dispostos a trilhar seus caminhos”.

Neste sentido, a elaboração deste artigo pretende ser uma reflexão pessoal acerca da importância da liderança em enfermagem, e da adopção do coaching como modelo de liderança do século XXI. Numa primeira parte apresentar-se-á o conceito de coaching, bem como os aspectos essenciais que caracterizam o modelo. O referencial da Liderança Situacional será abordado numa segunda parte e por fim realizar-se-á uma análise crítica acerca de ambas as abordagens relacionando-as com a profissão de Enfermagem.

Coaching

Coaching é considerado um Modelo de Liderança adaptado aos tempos modernos pelo que se torna fulcral compreender o seu processo.

Na tentativa de definir Coaching, Coelho (2003) citado por Rego [et al.], (2004, p. 37), expressou que “se abrir um dicionário de inglês/português na letra “c” e procurar a palavra coaching, verá que significa formação, preparação, treino. O conceito tem origem na palavra francesa coche, que significa

carruagem ou vagão. Ainda hoje a palavra tem esse significado, ou seja, é um meio de transportar um indivíduo de um ponto de partida para o destino desejado”.

O coaching é “uma parceria colaborativa entre um coach e um aprendiz, conduz a um nível profundo de crenças, valores e visão, que capacita o aprendiz a um processo de descoberta, definição de objectivos e passos específicos de acção, bem como a realização de resultados extraordinários” (Chiavenato, 2002, p.43). Ao estabelecer uma parceria colaborativa, o coach deve ajustar-se ao cliente para que da melhor maneira possível o possa auxiliar a “caminhar” sozinho (Rego [et al.],2004). Esta dinâmica baseia-se num vínculo que impulsiona talentos, cria competências e estimula potencialidades. Nesse relacionamento, o coach lidera, orienta, guia, aconselha treina, desenvolve, estimula e impulsiona o aprendiz, ao passo que o aprendiz aproveita o impulso e a direcção para aumentar os seus conhecimentos, melhorar o que já sabe, aprender coisas novas e dinamizar o seu desempenho. Existe todo um comprometimento com a pessoa como um todo, com sua realização e seu desenvolvimento não apenas com os resultados.

Todo o processo de coaching pode começar quando uma pessoa procura o apoio do coach para resolver um problema ou realizar um projecto e em que este aceita comprometer-se com esse papel, mas também pode iniciar-se por iniciativa do coach em que é oferecido apoio a alguém que poderá aceitar ou não.

A capacidade para exercer coaching é visto como não sendo uma qualidade inata, embora se possa ter propensão para o seu exercício ou características que o dificultem, no entanto, todos possuem capacidades para aprender ou melhorar a prática.

No que diz respeito à sua aplicação, o coaching tem sido adoptado pelo mundo empresarial, com o objectivo de melhorar o desempenho dos seus funcionários, de modo a que os objectivos individuais e corporativos sejam atingidos, e para que a meta seja alcançada com maior rapidez e eficácia, considera-se mesmo, que a função do coach é a principal abordagem da liderança do século XXI. Enquanto que o líder de ontem era considerado um tomador de decisões e gestor de recursos que abordava a melhor maneira de explorar as habilidades de um funcionário em proveito da organização, sendo eles considerados como ferramentas e recursos para a consecução das metas da organização, o líder actual é um empreendedor de pessoas e construtor de relacionamentos, é por isso um coach. Corroborando esta ideia, Araújo (1999, p.42) afirma que “Coaching é liderança refinada, pois, ao se concentrar mais no desenvolvimento de pessoas, fortalece o capital humano nas organizações para enfrentar mudanças com maior agilidade”.

A liderança coaching, é um conceito ainda muito recente em Portugal, tal como afirma Rego [et al.],(2004, p. 36),“Em Portugal e nos países latinos, este “mercado” está ainda muito adormecido, pois ninguém admite que precisa de ajuda. Tem-se a ideia de que há sempre um amigo com quem se pode conversar e não se fala com as pessoas a quem se paga.” Aos poucos, e a nível mundial, os serviços de saúde, em especial os hospitais, buscam incorporar novas tendências de administração, como é o caso da liderança coaching. A proposta de desenvolvimento de líderes coaches é recente e quase desconhecido no que diz respeito ao impacto da implementação desta ferramenta nos serviços de saúde, onde vem sendo utilizada. A comparação dos resultados advindos dos diferentes modelos de liderança ainda é pouco conhecida e a influência desta ferramenta no desempenho a nível da enfermagem ainda não foi devidamente demonstrada (Cardoso, 2006).

Apesar de existirem ainda muitas interrogações acerca da aplicabilidade desta ferramenta em Enfermagem, a realidade é que também não existem muitos estudos acerca da mesma. Autores como Lourenço e Trevisan (2002), defendem que coaching adequa-se perfeitamente à realidade de enfermagem, dado que, o processo de trabalho do enfermeiro como líder reflecte-se no comportamento das pessoas e no desenvolvimento de tarefas e procedimentos, no alcance de objectivos voltados à qualidade e à excelência dos cuidados de enfermagem, influenciando as pessoas, os resultados e a própria organização. Ainda segundo os mesmos autores, “se o enfermeiro tiver uma flexibilidade de estilos de liderança adaptando o seu comportamento à situação e à maturidade de sua equipe poderá exercer uma liderança eficaz”.

Nesta perspectiva, o líder ideal será aquele que apresenta um comportamento situacional, adequando o estilo de liderança à situação e às necessidades do liderado.

Liderança Situacional

A Liderança Situacional é uma proposta teórica desenvolvida por Hersey e Blanchard (1986), que se centra na premissa de que não existe um ideal e único estilo de liderança que seja apropriado para toda e qualquer situação.

De acordo com esta abordagem, a ênfase está no comportamento do líder em relação aos liderados perante uma tarefa específica, ou seja, fundamenta-se na inter-relação entre a quantidade de orientação e direcção (comportamento de tarefa) que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio-emocional

(comportamento de relacionamento) dado pelo líder e o nível de prontidão (maturidade) dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objectivo específico.

O comportamento de tarefa é aquele que os líderes adoptam para dirigir/organizar e definir as funções dos liderados, explicando as actividades que cada um deve executar, quando, onde e como devem ser realizadas, estabelecendo desta forma objectivos e definindo os seus papéis (Hersey e Blanchard, 1986). No que concerne ao comportamento de relacionamento, o líder empenha-se numa comunicação bilateral visando o estabelecimento e manutenção de uma relação com os liderados, oferecendo apoio, carícias psicológicas e encorajando-os. A escuta activa por parte do líder é um aspecto considerado imperioso bem como o apoio aos esforços dos colaboradores.

A maturidade dos liderados constitui o outro conceito fundamental de Liderança Situacional. A maturidade dos subordinados relaciona-se com a capacidade e a disposição das pessoas em dirigir as suas próprias atitudes. Neste sentido, duas dimensões são consideradas: maturidade de trabalho (capacidade) que se centra no conhecimento e nas habilidades técnicas e a maturidade psicológica (disposição) que indica a motivação para a realização de algo. É de salientar que as dimensões do conceito de maturidade (capacidade e disposição) devem ser consideradas somente em relação a uma tarefa específica a ser realizada, não podendo considerar que um liderado ou grupo é maduro ou imaturo num sentido total. Desta forma, a maturidade dos liderados é apresentada dentro de um contínuo (imaturo/maduro) classificando-se em quatro níveis: baixo (M1), baixo a moderado (M2), moderado a alto (M3) e alto (M4).

Para fazer face aos diferentes níveis de maturidade, o líder deve utilizar diferentes estilos de liderança, sendo que cada nível de maturidade suscita um estilo adequado. Nessa linha de pensamento, Hersey e Blanchard (1986) defendem que o líder varia o seu estilo de comportamento em quatro tipos, os quais são uma combinação de comportamento de tarefa e de relacionamento com a seguinte denominação: (E1) determinar; (E2) persuadir; (E3) compartilhar; (E4) delegar.

O esquema apresentado (Figura 1) demonstra o estilo de liderança apropriado para determinado nível de maturidade, é indicado por uma curva em forma de sino, denominada curva prescritiva. Para Hersey e Blanchard (1986), o estilo de liderança determinar (E1) é apropriado para pessoas com nível de maturidade baixo (M1); geralmente essas pessoas possuem pouca capacidade, e rara disposição para assumirem responsabilidade de fazer algo. O líder assume um estilo directivo, onde a orientação é clara, específica e a supervisão rigorosa; define as actividades que as pessoas devem fazer, como,

quando e onde devem executá-las. Este estilo envolve um comportamento alto de tarefa e baixo de relacionamento.

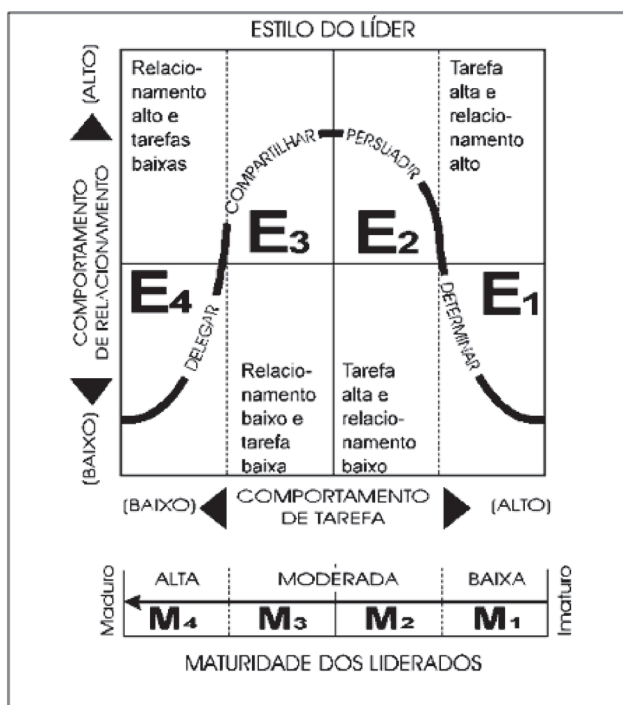


Figura 1 – Grau de Maturidade e Estilos de Liderança

No que diz respeito a pessoas que possuem alguma capacidade e que ocasionalmente sentem disposição em assumir a responsabilidade de uma determinada tarefa considera-se com um nível de maturidade entre baixo a moderado (M2), perante este nível, o estilo de liderança adequado é o persuadir (E2). Neste estilo, apesar do líder assumir um comportamento directivo, ele procura ao mesmo tempo apoiar e reforçar a disposição do liderado, quer através de explicações, quer através de uma comunicação bilateral, tentando convencer o liderado a adoptar o comportamento desejado. Há sucesso, se houver compreensão acerca da razão da decisão tomada pelo líder e se o mesmo oferecer algum auxílio e direcção. Neste estilo, a ênfase na tarefa e no relacionamento são altos.

Caracterizando as pessoas com nível de maturidade entre moderado a alto (M3) poder-se-á dizer que são bastante capacitadas, no entanto nem sempre estão dispostas a realizar o que o líder deseja. O líder necessita apoiar os

esforços do liderado, para ele poder utilizar a capacidade que já possui. O estilo compartilhar (E3) é o mais apropriado para este nível de maturidade, dado que é um estilo participativo, de apoio e não-directivo, em que o líder e liderado participam juntos do processo de tomada de decisão. Esse estilo envolve um comportamento alto de relacionamento e baixo de tarefa.

Muita capacidade e bastante disposição para assumir responsabilidades constituem as premissas para a atribuição do nível de maturidade alto (M4), em que a adoção do estilo de liderança delegar (E4) é o mais eficaz. O líder pode identificar o problema, mas cabe ao liderado a responsabilidade de desenvolver alternativas para solucioná-lo. O líder transfere para o liderado a responsabilidade das decisões e da sua execução. É ele que decide como, quando e onde fazer as coisas. Este estilo implica um comportamento baixo tanto para tarefa como para relacionamento.

No sentido de promover o crescimento do indivíduo de modo que atinja o nível de maturidade mais alto (M4), não basta que o líder determine o nível de maturidade do seu liderado e aplique o estilo de liderança mais adequado. Apesar de ser um requisito necessário, não é suficiente, pelo que o líder necessita de orientar todo o processo de amadurecimento do liderado, tendo consciência que este deve ser gradual e sempre no sentido de M1, M2, M3, M4. Hersey e Blanchard (1996) ressaltam ainda, que as pessoas podem regredir o seu nível de maturidade mediante factores internos e externos à organização. Perante essa situação, o líder deve reavaliar a maturidade do subordinado, voltando ao estilo de liderança adequado, de forma a oferecer-lhe apoio socio-emocional e orientá-lo novamente. Ainda, segundo os mesmos autores, torna-se imperioso que os líderes estejam atentos às situações de regressão dado que o processo de retorno a um estadio anteriormente alcançado será tanto mais dispendioso quanto o tempo decorrido entre a regressão e a efectiva intervenção de apoio.

Análise Crítica

Na área da saúde, onde se integram as instituições hospitalares, a enfermagem tem um papel muito importante no movimento de mudanças organizacionais, pelo que a existência de líderes de excelência nessa área torna-se fundamental. O exercício de uma liderança eficaz na enfermagem contribui para a promoção de um ambiente harmónico, qualidade nos serviços prestados e nas relações, de modo a atingir as metas, objectivos e em última análise, ganhos em saúde.

Mas onde se encontram esses líderes?

Os líderes têm um papel fulcral dentro do seio de uma equipa de enfermagem, tem de ser alguém que se preocupe não só com a coordenação do trabalho em si, mas também, com os que cuidam. Precisa de estar apto a resolver conflitos, agir com ética e com igualdade para com todos, estabelecendo uma relação de confiança associada à motivação.

O líder necessita de estar integrado dentro do seio da equipa, de forma a conhecer as competências, a motivação e disposição de cada um dos elementos de forma a conduzir, organizar o trabalho da equipa visando o desenvolvimento pleno do seu potencial buscando cada vez mais, uma maior qualidade nos serviços prestados.

Baseado na minha experiência, actualmente o líder não corresponde na maioria das vezes ao chefe da equipa de enfermagem. Este ainda se situa um pouco à parte do que realmente acontece no contexto de cuidados, dado que está mais direccionado para a execução de funções incluindo gestão administrativa e gestão de recursos humanos (realização de horários, trocas, faltas), gestão dos recursos materiais (solicitação de material e medicação em falta), entre outros. Neste sentido, o distanciamento entre o chefe de enfermagem e o contexto dos cuidados, faz com que este, não possua um conhecimento profundo dos elementos, das suas necessidades de aprendizagem ou motivacionais, sendo este “desconhecimento” tanto maior, quanto maior for o número de elementos constituintes de uma equipa.

Concordando com Diniz (2004) que afirma a liderança como a capacidade de inspirar, motivar e movimentar pessoas a atingirem e a superarem metas, ultrapassando o que aparentava ser seus limites, afirmando mais uma vez que para tal, é imperioso que o líder tenha uma relação com os seus liderados e que estes o reconheçam como tal.

Qual a importância do coaching para a enfermagem?

O coaching na enfermagem, apresenta-se como uma mais valia, quer para a equipa de profissionais, quer na relação com o utente.

Tendo por base, o suporte bibliográfico e a experiência profissional, considero que relativamente à equipa, o coaching iria promover maiores oportunidades de transformar as situações do quotidiano em situações de

aprendizagem, implicando maior desenvolvimento pessoal, uma maior capacidade em delinear objectivos entre equipa e a organização, maior motivação por parte dos enfermeiros prestadores de cuidados, e conseqüentemente menor absentismo e menores custos. Um maior conhecimento da dinâmica da organização por parte de todos, promoveria um planeamento conjunto em função das necessidades de desenvolvimento, fomentaria a partilha de conhecimentos, permitiria descortinar obstáculos e, perspectivando o acompanhamento dos progressos, no sentido de verificar se os objectivos estariam a ser alcançados.

Todos os aspectos abordados iriam sem dúvida contribuir para a promoção do bem-estar entre todos os profissionais incrementando o desempenho e desenvolvimento do potencial individual e grupal.

No que diz respeito à relação com o utente, esta liderança iria promover a confiança, a identificação de desejos/objectivos do próprio, assim como a reflexão de como pretende atingi-los, permitindo proximidade e partilha de dificuldades. Implica responsabilização e participação activa, acompanhamento periódico e reconhecimento (feedback) dos progressos feitos o que facilita atingir os objectivos e permite estabelecer “pontes” emocionais através da comunicação e da escuta activa.

O iniciar de uma liderança coaching pressupõe que o líder invista no seu auto conhecimento e no desenvolvimento de uma sensibilidade interpessoal que permitirá conhecer melhor os liderados e perceber de forma mais fidedigna, as necessidades, objectivos e expectativas dos mesmos. Seria agradável que numa equipa de enfermagem o líder fosse um coach, alguém que conhece cada elemento de enfermagem que com ele caminhasse, orientando, guiando, treinando, estimulando, motivando de forma a que este desenvolva todo o seu potencial, aprofundando e adquirindo novos conhecimentos, melhorando a prática e o seu desempenho.

Analisando ainda a importância da liderança e do coaching em enfermagem, gostaria ainda de salientar o referencial teórico da Liderança Situacional como o modelo que sustenta a intervenção em enfermagem.

Partindo dos pressupostos deste modelo, não existe um estilo de liderança único, o líder necessita de utilizar vários estilos de acordo com as diferentes variáveis presentes numa situação específica. Neste sentido e de acordo com o que já foi referido anteriormente relativamente à liderança situacional, o comportamento do líder fundamenta-se na inter-relação entre a quantidade de orientação e direcção que o líder oferece, a quantidade de apoio sócio emocional dado pelo líder e o nível de maturidade dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objectivo específico.

Tendo por base este modelo, dentro de uma equipa de enfermagem existem elementos com vários níveis de maturidade, M1, M2, M3 e M4, pelo que o líder apresenta um papel fundamental no que concerne à orientação destes elementos para a realização de determinada tarefa ou objectivo, adequando o estilo de liderança exercido, ao seu nível de maturidade. Para além de garantir a execução de uma tarefa ou o atingir de um objectivo ou meta, o líder necessita de fomentar o desenvolvimento da equipa para que consiga evoluir quer em termos de competências quer a nível de maturidade. Assim seria importante existir um coach, a caminhar juntamente com um principiante de enfermagem (M1) ao longo de todo o processo de evolução sequencial (M2, M3, M4), estimulando-o, motivando-o, proporcionando-lhe oportunidades de aprendizagem, treinando-o, focando sempre as suas necessidades e dando o seu feedback.

Gostaria de salientar, que M1 não se refere apenas a principiantes. Uma baixa capacidade e uma baixa disposição perante uma determinada situação (M1) pode estar associado até a um profissional com uma carreira de enfermagem com mais de 30 anos. Esta situação pode verificar-se por exemplo com uma falta de conhecimentos e motivação deste profissional em adaptar-se às novas tecnologias de informação como é o caso do registo de informático dos cuidados de enfermagem.

Considero que no futuro quando se falar de liderança em enfermagem iremos falar de coaching, veremos uma preocupação, um comprometimento não só com os resultados mas também com a pessoa como um todo, com a sua realização e o seu desenvolvimento. Para que tal aconteça é fundamental que os enfermeiros compreendam o processo de liderar, desenvolvam habilidades como a comunicação, o relacionamento interpessoal, a tomada de decisão e as apliquem na sua prática profissional. As instituições de saúde através dos seus núcleos de formação de profissionais, como as Escolas de Enfermagem, possuem um papel importantíssimo na inclusão de conteúdos programáticos relacionados com a grande temática da Liderança na formação dos profissionais. Os investimentos na formação de enfermeiros-líderes possibilitará a estes profissionais tornarem-se agentes activos na mudança, com contributos importantes para a equipa de enfermagem na melhoria dos cuidados e para as organizações de saúde, contribuindo para que estas enfrentem os desafios do século XXI.

Referências bibliográficas

- ARAÚJO, Ane – **Coach: um parceiro para seu sucesso**. São Paulo: Gente, 1999.
- BENNIS, Warren – **A invenção de uma vida: reflexões sobre liderança e mudanças**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- BALSANELLI, Alexandre P.; CUNHA, Isabel C. K. – Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. ISSN 0080-6234. 40:1 (2006), 117-121.
- CARDOSO, Maria Lúcia – **liderança coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro líder no contexto hospitalar**. São Paulo, 2006 [s.n.]. (Tese de mestrado apresentada na Escola Paulista de Medicina).
- CHIAVENATO, I. – **Construção de talentos**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 2002.
- CRAWFORTH, R. – **Na era do capital humano: o talento, a inteligência e o conhecimento como forças econômicas, seu impacto nas empresas e nas decisões de investimento**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DINIZ, Arthur – O novo líder. **Revista Vencer**. 5:57 (2004).
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K.H. – **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. São Paulo: EPU, 1986.
- LOURENÇO, M.; TREVIZAN, M. – Liderança situacional: análise de estilo de enfermeiros líderes. **Acta Paul Enfermagem**. 15:1 (2002) 48-52.
- PARREIRA, Pedro – **Organizações**. Coimbra: Formasau, 2005. 336 p. ISBN 9728485468.
- REGO, Arménio [et al.] – **Coaching para executivos**. Lisboa: Escolar Editora, 2004. 455 p. ISBN 9725921704.

A certeza do que está previamente estabelecido face à incerteza da mudança no contexto da saúde

Paula Maria Cardoso

Introdução

A economia global comporta riscos e oportunidades forçando as organizações a encontrarem continuamente melhorias, não somente para competir, mas para sobreviver. No entanto, quando integrado numa organização, o homem retrai a sua sede de mudança e os riscos da inovação levam-no a resistir. Só o sentimento de insatisfação e um projecto de mudança bem implementado, considerando os aspectos humanos, os factores temporais e tecnológicos e a participação de todos os interessados no ecossistema de trabalho colaborativo, poderão convencê-lo a acreditar nos benefícios da mudança (Correia [et al.],2011).

Esta dicotomia entre a incerteza do novo e a ineficiência do que está ultrapassado e não se aplica à conjectura actual, provoca uma inércia inicial que tende a gerar resistência à mudança (Bernardo, 2004). A necessidade de estabilidade e o conforto do que está previamente estabelecido dificultam a adopção de mudanças nas organizações. Se a necessidade de mudança não for claramente comunicada, a inércia mantém-se e favorece a continuação das práticas instituídas (*status quo*). Fonseca (2002) defende este argumento afirmando que a informação relevante transmitida oportunamente permite reduzir a incerteza da mudança, tornando-se fundamental a adopção de novas formas de gestão e de compreensão do contexto organizacional (Rego e Cunha, 2004).

Numa organização de saúde podem acontecer inúmeras situações conflituosas (por exemplo, revelar ao doente o seu diagnóstico, ensinar o doente a gerir os seus problemas ou fornecer-lhe o devido aconselhamento). Estas situações são particularmente difíceis de gerir quando não há um profissional responsável pela sua gestão adequada.

Este artigo inicia-se com uma abordagem aos conceitos de mudança e inovação destacando a sua importância no contexto das organizações de saúde, seguindo-se uma análise ao conflito resultante da resistência à mudança e o contributo de uma comunicação eficiente para evitar a resistência. Por fim, mas não menos importante, apresenta-se a análise e discussão dos conceitos abordados e de que forma influenciam o dia-a-dia das organizações de saúde.

Com este artigo pretende-se reforçar a importância do planeamento da mudança, compreensão das razões da resistência à mudança e realçar aspectos básicos que ajudam qualquer líder a ultrapassar a resistência e implementar a mudança.

Rumo a um entendimento comum no contexto da saúde

A mudança implica a disponibilização de tempo suficiente para que todos os envolvidos a assimilem na totalidade. A teoria da mudança de Lewin (1951) citado por Marquis e Huston (1999) tem servido de base à maioria das pesquisas actuais acerca de mudança, onde foram identificadas três fases que o líder, como agente de mudança, deve respeitar durante o planeamento da mesma. A primeira é o descongelamento, onde se actua sobre as forças que mantêm o status quo (situação actual) provocando nas pessoas o descontentamento e a consciência da necessidade de mudança. A segunda etapa foca-se no movimento, em que o agente de mudança identifica, planeia e implementa gradualmente estratégias apropriadas. Como é um processo complexo, a segunda etapa exige um planeamento considerável e uma gestão do tempo devidamente adaptada às necessidades existentes, sendo que o reconhecimento, tratamento e superação das resistências é um processo que se pode tornar longo. A última etapa identificada estabelece-se no recongelamento que consiste na estabilização da mudança, ficando integrada no *status quo*. Se esta fase estiver incompleta a mudança será ineficaz. Por conseguinte, a teoria concebe a mudança como “uma sequência repetitiva de formulação, implementação, avaliação e modificação dos objectivos, com base naquilo que foi aprendido ou desejado pela organização” (Van de Ven e Poole, 1995, citado por Rego e Cunha, 2004, p.841).

Soto (2002) apresenta uma visão diferente acerca desta temática, considerando que a mudança é um caminho eterno, imutável, sem retorno possível e só quem aprender a preveni-la, a provocá-la ou a aproveitá-la poderá ser seu aliado para viver de forma criativa.

Em divergência com as perspectivas anteriores, Wood (1995) defende uma visão onde a mudança organizacional consiste em qualquer transformação de natureza estrutural, institucional, estratégica, cultural, tecnológica, humana, ou de qualquer outro componente, capaz de gerar impacto em partes ou no conjunto da organização. Assim, a mudança não ocorre somente a nível da gestão e tecnologia, podendo também estar presente desde os processos mais simples aos mais complexos.

A mudança pode assumir naturezas distintas, consoante o grau em que é mais ou menos planeada, antecipatória e proactiva, destacando-se quatro tipos de mudança: organizacional planeada, estratégica, emergente e organizacional improvisada. (Cunha [et al.],2007)

Segundo um trabalho de campo realizado em Portugal que sugere a tendência dos gestores para a mudança improvisada, Loy (2004) citado por Cunha [et al.], (2007, p. 842) refere que o que mais aprecia nos portugueses é a capacidade de “imaginar soluções, de resolver os problemas com poucos recursos [...] aquilo que em Portugal se chama *desenrascar*”², o que o autor afirma ser sinónimo de criatividade.

Há uma tendência frequente de confundir mudança com inovação e presumir que qualquer mudança corresponde à inovação. Inovação é um pequeno rótulo para uma grande variedade de fenómenos e envolve novos produtos e serviços, ideias luminosas, descobertas fantásticas, mas também alterações nas características de um produto lançado por um pioneiro, de qualquer prática, estrutura, processo, sistema ou mudança organizacional adaptando-se às necessidades dos consumidores criando valor acrescentado ou melhorias significativas para uma organização (Cunha [et al.],2007).

Inovação e mudança não são sinónimas, pois a mudança constitui o regresso às condições anteriormente vigentes, (Fonseca [et al.],1996) citado por Cunha [et al.],(2007). Drucker (1986) citado por Cunha [et al.],(2007) fez notar, porém, que a oportunidade para o novo e diferente é sempre fornecida pela mudança, onde a esmagadora maioria das inovações bem sucedidas explora essa mudança e outras, por si só, constituem uma mudança importante.

Assim, Ng (2004) citado por Cunha [et al.],(2007) define uma organização inovadora como, aquela onde os seus membros estão sistematicamente a renovar a organização, fazendo da inovação a sua estratégia quotidiana. De acordo com o mesmo, a organização inovadora adopta uma estratégia de inovação, forma equipas, recompensa a criatividade e a inovação, permite erros, facilita formação em criatividade, gere a cultura organizacional, e cria

2 Citação retirada da 14ª edição das 250 maiores empresas do distrito de Leiria, distribuída com o jornal Público de 30 de Outubro de 2004, p.28, s/ autor.

novas oportunidades. Como características nucleares da inovação, define a ambiguidade, ubiquidade e cumulatividade, considera que estas caracterizam a natureza do conceito, mas não são suficientes para diferenciá-lo de outros conceitos próximos como a mudança.

Muitas inovações resultam do aproveitamento de oportunidades geradas pela mudança, mas há muitas inovações que podem, elas próprias, gerar alterações profundas na organização, sociedade, vida económica e empresarial, como sejam, a penicilina, o sistema de vacinação, a pílula anticoncepcional e o computador.

Actualmente, o enfermeiro pode participar como actor na transformação do sector da saúde, sendo imprescindível a sua tomada de consciência de que, através da gestão e de uma liderança madura e adequada é capaz de conduzir projectos de mudança e inovar os modelos vigentes, contribuindo para marcar a diferença no seu campo de actuação (Malagutti e Caetano, 2009)

Segundo Smircich e Morgan (1982), a liderança é necessária para instilar a visão, emocionalidade, proactividade, inspiração, criatividade e originalidade, ao passo que a gestão é necessária para incutir racionalidade, cálculo, contenção, eficiência, procedimentos, imitação, conservação e rotina. A liderança cria significados e a gestão planeia e analisa a realidade exterior como se fosse única e objectiva.

Tappen (2005) afirma que o líder deve ser um visionário, ao identificar onde a mudança é necessária na organização, devendo, ser igualmente flexível na adaptação à mudança que havia iniciado ou pela qual tenha sido indirectamente afectado.

A condução da mudança passa consideravelmente pela criação ou alteração dos contextos organizacionais, papel que os líderes se podem incumbir, considerando que, os contextos comportamentais mais favoráveis à capacidade de mudança adaptativa necessitam de ser altamente disciplinados, exigentes, dotados de confiança e apoio. Há que conciliar as facetas racionais com as emocionais, a vertente técnica com a social, os interesses das organizações com os interesses das pessoas (Cunha [et al.],2007).

Neste sentido, torna-se “impossível mudar as organizações que não aceitam o perigo da forma actual de fazerem as coisas (...) as organizações só mudam quando as pessoas nelas mudam, e as pessoas só mudarão quando aceitarem nos seus corações que a mudança tem de acontecer” (Sir John Harvey-Jones, citado por Crainer, 1999, p. 148).

Os processos de mudança são mais fáceis de apreçoar do que de executar com sucesso, havendo indicações de uma grande percentagem de intervenções fracassadas. Na perspectiva de Strebel (1996) grande parte do fracasso surge porque as organizações não estão sensibilizadas à existência

de três tipos de interação entre indivíduos e organizações: formais, psicológicas e sociais. As relações formais são aquelas explicitadas no contrato; as psicológicas abarcam a componente implícita, não escrita do comportamento organizacional; e as sociais estão afectas à componente cultural da organização. A forma como estas três características são geridas influencia a aceitação e o envolvimento das pessoas nos processos de mudança.

Torna-se premente realçar a importância do planeamento das mudanças organizacionais avaliando as necessidades situacionais da empresa. O grande desafio das organizações poderá consistir em evitar impactos superiores na implementação de mudanças e transformações, dado que a resistência tornou-se uma ameaça ao sucesso na gestão da mudança (Sales e Silva, 2006).

Rego e Cunha (2004, p.79) expressam a resistência à mudança como “de-sejar que uma embarcação se movimente sem que as velas captem o vento e confirmem impulso ao sistema de locomoção”. Para o aproveitamento de toda a energia no alcance da meta desejada, a embarcação também deve ter as velas direccionadas de modo a captar o vento na posição mais favorável. Estes autores pretendem mostrar que o sucesso das mudanças tende a ser maior, se os líderes tiverem consciência das razões pelas quais as pessoas resistem à mudança.

A confiança como factor determinante para a resistência à mudança no âmbito da saúde

Muitos autores sustentam que o fracasso da mudança resulta das resistências que lhe são colocadas, aumentando os custos e atrasos na sua concretização, contribuindo para que a resistência se torne um elemento chave na gestão da mudança.

Considerando que a mudança destrói o equilíbrio ou a harmonia do grupo, deve esperar-se sempre resistência à mudança. A sua intensidade geralmente depende do tipo de mudança proposta, uma vez que as mudanças tecnológicas são mais bem aceites que as sociais.

Existem inúmeras razões psicossociais que levam os funcionários a resistirem à mudança mas, como a mudança começa fundamentalmente por essas pessoas, é essencial que os líderes compreendam as razões pelas quais há resistência (Harris, 2001, citado por Rego e Cunha, 2004).

Para Bernardo (2004) um dos aspectos determinantes perante a resistência baseia-se no grau de confiança que o indivíduo ou grupo deposita no agente da mudança, bem como o poder da posição que ele ocupa, além do poder pessoal que ele possa utilizar como facilitador da acção.

A ausência de confiança em processos de mudança pode contribuir para a resistência através de problemas na comunicação organizacional, visto que, em relações de desconfiança as pessoas se retraem na transmissão de informações, pelo que as mensagens podem ser alvo de segundas interpretações gerando-se a noção de que a história está mal contada (D'Aprix, 1995, citado por Rego e Cunha 2004).

Estas relações de desconfiança resultam da própria interação social entre os funcionários e, à medida que esta interação se torna mais complexa, a tendência será para aumentar as situações de conflito dentro da organização (Serrano, 2001).

Conflito e mudança

Existem diversas definições de conflito, sendo difícil encontrar consenso entre todas elas. Thomas (1992) citado por Cunha [et al.], (2007, p. 518) propôs que se considerasse conflito como “o processo que se inicia quando uma parte percebe que a outra tem afectado negativamente ou se presta a fazê-lo, algo que é importante para si”, e defendendo a sua definição ao referir a sua simplicidade e o facto de ser suficientemente ampla para abranger uma grande variedade de assuntos e eventos.

O progresso é impossível sem a mudança e atrás da mudança há sempre um conflito (Cunha, 2001). Os problemas complexos que a gestão da mudança envolve são frequentemente trivializados, tomando a forma de soluções rápidas e eficazes (Cunha [et al.],2007). Um indivíduo, membro de uma equipa ou grupo no seu todo, pode envolver-se num conflito na tentativa de afastar uma ameaça percebida (Tappen, 2005). A prorrogar esta afirmação Cunha, [et al.], (2007) refere que são incontáveis as vezes em que a vida organizacional decorre ora de modo pacífico ora transformando-se numa autêntica arena política, umas vezes com conflitos exacerbados mas passageiros e outras com contendas de moderado nível mas duradouras (Mintzberg, 1986).

Antes do conflito surgir, o líder pode criar um ambiente onde este seja resolvido com maior prontidão, encorajando uma comunicação aberta e desenvolvendo capacidades de confrontação e negociação, preparando as pessoas para a resolução do conflito de uma forma construtiva.

Os esforços para enfrentar os problemas e satisfazer as necessidades dos membros da equipa, implementados quer pelo líder ou pelo grupo, aju-

dam a reduzir a incidência de conflitos. O conflito deve ser visto como um problema, mantendo-se uma atitude realistamente otimista de que poderá ter uma solução. Por outro lado, evitar um conflito que está a impedir o progresso pode considerar-se uma estratégia improdutivo, porque a maioria dos problemas tendem a tornar-se maiores e mais sérios se evitarmos o devido confronto. Além disso, “o silêncio perante um conflito pode ser interpretado como aceitação do *status quo*” (Tappen, 2005, p.86).

O conflito saudável estimula a criatividade e a inovação, sendo que o melhor caminho é uma abordagem consistente, respeitando os pontos de vista de ambas as partes envolvidas. Para que as pessoas aceitem as mudanças, precisam conhecer exactamente as suas razões, a fim de que não se sintam ameaçadas e prejudicadas pela mudança.

Segundo Sales e Silva (2006), para que as organizações enfrentem um ambiente dinâmico e de mudança, devem contemplar uma auto-visão holística, onde a comunicação eficaz acerca das verdadeiras necessidades da mudança, é fundamental e indispensável. As pessoas melhor informadas poderão contribuir significativamente no processo, uma vez que são elas que executam as operações, que tomam as decisões e por fim comunicam e interagem entre si e com a organização.

O fracasso das mudanças resulta na maioria dos casos de acções incorrectas de gestão, nomeadamente em deficiências de comunicação e uso indevido de tipos e técnicas de mudança (Rego e Cunha, 2004).

É impossível não comunicar...

A verdadeira essência da comunicação baseia-se na premissa de que não é possível “não comunicar”, tal como relatam Watzlawick, Beavin e Jackson (1993). Dizer, responder, olhar ou simplesmente ficar quieto e mudo, são diferentes formas de comunicar, pois a comunicação é basicamente a interpretação de algo feito ou não, por alguém que lhe atribui significado. Assim, tudo o que os gestores fazem ou não, é alvo de interpretação por parte dos funcionários.

A incapacidade para colmatar a insuficiente sensibilização dos colaboradores para os benefícios da mudança advém de uma comunicação débil (Rego e Cunha, 2004). Numa perspectiva semelhante, Cunha [et al.], (2007) referem que para estimular o envolvimento dos colaboradores, o topo cria um ambiente semelhante de disciplina, apoio e confiança e as decisões tomadas devem ser comunicadas e racionalmente justificadas, em vez de baseadas em sigilo.

Os gestores devem insistir na mensagem da necessidade de mudança de forma a ultrapassar as resistências e reforçá-la com garantias de ganhos, nomeadamente recompensas financeiras, estatuto, prestígio, melhores condições de trabalho, e maiores níveis de responsabilidade (Rego e Cunha, 2004).

Dentro deste horizonte, Cunha [et al.],(2007) afirmam que um dos obstáculos frequentes para os processos de mudança é a insuficiente sensibilização dos colaboradores para os seus benefícios, através do uso inadequado do poder da linguagem. Assim, apesar das tensões e dos conflitos inerentes à mudança, uma comunicação adequada serve para aumentar a confiança em relação à equipa de gestão. Se a necessidade de mudança não for claramente comunicada, a inércia favorecerá a continuação das práticas instituídas.

Armenakis [et al.], (1999) propõem dois modelos onde emolduram os processos de mudança em requisitos de comunicação. O primeiro pretende a criação de condições para a mudança de forma a minimizar a resistência, enquanto o segundo se centra em facilitar a adopção e institucionalização da mudança desejada. Subjacente aos dois modelos apresenta-se a mensagem transmitida como mecanismo operacional, cuja eficácia depende da discrepância, auto-eficácia, valência pessoal, suporte principal e apropriabilidade.

Em organizações onde a informação e o acesso à mesma é determinado por *task forces* (Duck, 1993, citado por Marquis e Huston, 1999) e por quem frequenta determinadas reuniões, podem emergir boatos acerca dessa informação, surgindo da ausência de informação um vazio informativo que as pessoas tendem a preencher com suposições que, frequente e rapidamente, se tornam boatos sem que ninguém os tenha inventado ou divulgado proposadamente. Nesta situação os gestores debatem-se com grandes dificuldades em eliminar os rumores, pois estes transformam-se em “verdade”.

Na perspectiva de Hooper e Potter (2004), a qual vem de encontro ao referido anteriormente, o anúncio de qualquer grande mudança é um momento crítico para a organização e poderá ser condicionado por fugas de informação prévias que geram rumores e suscitam especulações, ideias erradas e percepções incorrectas, sendo fundamental a gestão da fase do anúncio da mudança.

Para quem deseja persuadir outras pessoas a aderir a uma mudança e a empenhar-se na sua implementação, outro aspecto a ter em conta na comunicação é a sua redacção. Os textos complexos tornam-se impossíveis de explicar aos funcionários. Lawrence (1991) defende que quando as pessoas não compreendem o que estão a fazer, sentem que é recusada a oportunidade de recorrerem a juízos informados e inteligentes acerca do que fazem e, quando se sentem confusos, é provável que se sintam insatisfeitos e consequentemente menos produtivos.

Actualmente, fala-se no estabelecimento de estruturas e competências de comunicação em Saúde no meio hospitalar. Kuteev-Moreira (2004) defende que finalmente se pode assinalar indícios de abertura organizacional à comunicação como função estratégica para a humanização e qualidade em saúde. Defende a implementação de gabinetes de comunicação nas instituições de saúde, que funcionem como serviços de apoio e informação a utentes e cidadãos mas, além disso, criem, desenvolvam e mantenham instrumentos de comunicação interna que permitam a divulgação da informação pertinente aos diversos grupos de profissionais do hospital.

Estratégias para a mudança

Deste modo, por forma a delinear processos de mudança (Cunha [et al.],2007, p. 856), a organização deve responder a três questões:

1. Porque é que a mudança é necessária?
2. Qual o grau de amplitude requerida para a mudança e como pode ser introduzido o tipo de mudança proposto?
3. Que condição é necessário satisfazer para potenciar o sucesso da intervenção?

Outro aspecto importante é a forma rápida ou lenta de implementação da mudança. A forma rápida caracteriza-se por ser claramente planeada, ter um fraco envolvimento dos colaboradores e poucas tentativas para ultrapassar qualquer resistência. Por outro lado, a abordagem lenta não apresenta planos iniciais claros, é emergente, tem um grande envolvimento dos colaboradores e apresenta tentativas de minimizar a resistência ao invés de ultrapassá-la (Cunha [et al.],2007).

Outra perspectiva interessante é a de Lima (2001) citado por Cunha [et al.], (2007, p.862) ao referir que as “Chaves para o sucesso da mudança” são as seguintes:

(...)

1. Definir a visão [...] as linhas gerais de como mudar. É recomendável que os gestores sejam capazes de prever as dúvidas das pessoas que serão afectadas pelo processo.
2. Mobilizar [...] criar nos empregados uma dinâmica de mudança e clarificar-lhes o papel que caberá a cada um.
3. Catalisar [...] definir a estrutura do projecto e os modos como a empresa apoiará e acelerará o processo de mudança.
4. Dirigir, designadamente através de uma equipa de facilitadores que identifique o caminho crítico das alterações a efectuar e monitorize o grau em que as etapas são cumpridas correcta e atempadamente.

5. Realizar [...] mudar funções e responsabilidades para que as atitudes e métodos de trabalho mudem no sentido apropriado.
6. Obter a adesão [...] procurar que as pessoas participem – seja para ajustar a visão, criar compromissos ou melhorar a implementação das mudanças.
7. Lidar eficazmente com as emoções.
8. Lidar com as questões de poder [...] identificar rapidamente os pontos de atrito que podem advir das alterações nas relações de poder e tentar neutralizá-las ou geri-las no sentido desejado.
9. Treinar [...] proporcionar formação, tanto em competências técnicas como interpessoais.(...)

Discussão

O objectivo fundamental deste artigo é compreender de que forma a mudança organizacional pode ser influenciada pela existência de conflitos e como estes podem ser ultrapassados através da prática de uma comunicação interrelacional entre os interessados na mudança.

Durante a nossa prática clínica, tomámos consciência de que frequentemente o líder da equipa de enfermagem ou da instituição se depara com situações de “decisões, escolhas e problemas...” (Tappen, 2005) que implicam a tomada de decisão: “O que está mal aqui? O que está certo? Como solucionar esta discórdia? Que alternativa é a melhor? Esta nova política faz sentido?” (ibidem).

Sempre que se tenta implementar uma mudança organizacional ao nível da equipa de enfermagem, o agente de mudança encontra obstáculos. “Os líderes e administradores de enfermagem lidam com seres humanos complexos, e trabalham dentro de sistemas altamente complexos; nem uns nem outros são completamente previsíveis” (Idem). O obstáculo mais comum é a resistência à mudança por falta de confiança no agente de mudança que raramente considera as necessidades e opiniões dos funcionários.

A indignação por parte dos profissionais, pela exclusão da sua participação no levantamento da necessidade de mudança, bem como na forma como é feito o seu planeamento e implementação, leva-os a ignorar a sua pertinência ou necessidade.

Sempre que a mudança é implementada, todos os profissionais envolvidos são informados da mesma, mas somente no momento da sua implementação. Obviamente que esta situação gera conflitos e insatisfação junto dos profissionais além de que a falta de interesse é marcada e a mudança acaba por ser imposta.

Habitualmente, antes do anúncio de qualquer mudança, dispersam-se pelo serviço boatos em relação à mesma e com os boatos vêm os mal entendidos que aumentam a inquietude dos profissionais. Enquanto os funcionários vivem com preocupação e inquietude em relação a uma mudança que nem têm a certeza que ocorrerá, diminuem a sua atenção aos cuidados a prestar aos utentes, diminuindo a atenção para a execução das suas atividades específicas.

Para colmatar esta distorção de informação, a implementação da função comunicação nas instituições de saúde como defende Kuteev-Moreira seria determinante, contribuindo para a melhoria da gestão das mudanças organizacionais, uma vez que possibilitaria a interação frequente entre os profissionais de saúde, com a orientação de um assessor de comunicação ao qual compete gerir e administrar os aspectos relativos à comunicação organizacional.

Consideramos assim, que apesar de existir uma ampla bibliografia acerca da forma mais adequada de proceder no processo de mudança, há necessidade dos líderes organizacionais se envolverem neste processo, adoptando um modelo que sirva o processo de mudança que querem implementar. Na realidade das organizações, ainda se observa frequentemente mudanças impostas que mais cedo ou mais tarde acabam no fracasso.

Estes casos obtêm uma clara oposição por parte dos colaboradores da organização que, ao confrontarem os líderes, evidenciam as vantagens/desvantagens dessa tomada de posição. Esta participação reativa, ocasionalmente gera mudança. Numa mudança bem planeada, na qual ocorre o envolvimento dos funcionários, as vantagens e desvantagens devem ser desde logo analisadas e discutidas, perspectivando a criação de consensos.

Considera-se muito importante a divulgação e discussão deste tema dentro das organizações de saúde. Os líderes que trabalham com pessoas e para pessoas, vivenciam diariamente uma complexidade intensa, devendo por isso agir para que as suas acções sejam bem planeadas e organizadas. Torna-se fundamental para o sucesso das organizações que seja prática comum a interacção entre todos no planeamento da necessidade de mudança.

Referências bibliográficas

ARMENAKIS, A.; Harris, S.; Feild, H. – Making change permanent. A model for institutionalizing change interventions. **Research in Organizational Change and Development**. U.K. ISSN 0897-3016. 12. (1999).

BERNARDO, C. – **A resistência a mudanças em uma organização: uma análise à luz do processo controle integrado de mudanças do pmbok3**. [Em linha]. [Consult. a 2 de Junho 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http:// www.unibero.edu.br/.../INFO_PROF%20CLAUDIO_OK.pdf> .

CORREIA, A.; FONSECA, B.; PAREDES, H. – **Computer supported cooperative work: a field still to cogitate**. In Proceedings of the First Workshop in Information Systems for Interactive Spaces (WISIS '11), 6th Iberian Conference on Information Systems and Technologies (CISTI '11), Chaves, Portugal, June 15-18. IEEE, pp. 793-797.

COSTA, N.; RIBEIRO, J.; SILVA, P. – Reforma do estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. 5:2 427-442.

CRAINER, Stuart – **Os 50 melhores livros de gestão**. Linda-a-Velha: Controljornal, 1999. 224 p. ISBN 9726115272.

CUNHA, P. – **Conflito e negociação**. Porto: Asa, 2001.

CUNHA, M. P. [et al.] – **Manual de comportamento organizacional e gestão**. 6ª edição. Lisboa: Editora RH, 2007. 1040 p. ISBN 9789728871161.

CONGRESSO BRASILEIRO DA COMUNICAÇÃO, 25, 2002 – Sociedade brasileira de estudos interdisciplinares da comunicação: o discurso das mudanças e a comunicação organizacional. Salvador da Bahia: [s.c.], 2002.

HOOPER, A.; POTTER, J. – **Liderança inteligente: criar a paixão pela mudança**. 2ª ed. Lisboa: Actual Editora, 2004. 221 p. ISBN 9729907803.

KUTEEV, Moreira, P. – Desafios de comunicação em saúde: o caso dos hospitais SA. **Medicina e Saúde**. 7:75 (2004) 10-12.

LAWRENCE, P.R. – **How to deal with resistance to change: management of change**. Harvard Business Review. Harvard Business School Publishing Division: Boston: U.S.A., 1991. p. 77-87.

MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. – **Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. 314 p. ISBN 9788577710546.

MARQUIS, B.; HUSTON, C. – **Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 557 p. ISBN 8573074965.

MINTZBERG, H. – **Trabalho do executivo: o folclore e o fato**. São Paulo: Nova Cultural, 1986. (Col. Harvard de Administração, 3).

NEVES, A. – Gestão da mudança organizacional. **Dirigir**. Lisboa. ISSN 0871-7354. 21. (1991) 19-24.

REGO, A.; CUNHA, M. P. – **A essência da liderança: mudança, resultados, integridade: teoria prática, aplicações e exercícios de auto-avaliação**. 2ª ed. Lisboa: Editora RH, 2004. 491 p. ISBN 9729882363.

RIBEIRO, C. – **Mudança organizacional e sistemas de informação na saúde**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, 2009.

SALES, J.; SILVA, P. – **Os fatores de resistência a mudança organizacional e suas possíveis resultantes positivas: um estudo de caso na Indústria Calçados Bibi do Município de Cruz das Almas**. [Em linha]. Recursos Humanos. 2006. [Consult. a 2 de Junho 2010] Disponível em WWW:<URL:http://www.ead.fea.usp.br/semead/10semead/sistema/.../34.pdf>.

SMIRCICH, L.; MORGAN, G. – **Leadership: the management of meaning**. Journal of applied behavioral science. 18 (1982) 257-273.

SOTO, E. – **Comportamento organizacional: o impacto das emoções**. São Paulo: Thomson, 2002.

STREBEL, P. – Why do employees resist change? **Harvard Business Review**. 3:74 (1996) 89-92.

TAPPEN, R.– **Liderança e administração em enfermagem. Conceitos e prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 589 p. ISBN 9728930003.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J.; JACKSON, D. – **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interação**. 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 1993.

WOOD, T. – **Mudança organizacional: aprofundando temas atuais em administração de empresas**. São Paulo: Atlas, 1995.

A acreditação das unidades hospitalares

Jorge Trindade

Introdução

Desde os primórdios que a pessoa sente a necessidade de evoluir, sendo esta evolução efetuada a todos os níveis, sejam eles pessoais, profissionais ou sociais. Esta evolução por parte das pessoas teve um grande impacto na sociedade. Durante o último quarto de século, Portugal sofreu sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na CEE (1986) e integração na união monetária europeia (2000), num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico.

Desde o início da década de 70 que se começaram a esboçar no sistema de saúde importantes modificações que confluíram, em 1979, no estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde. Estava-se na presença de indicadores socioeconómicos e de saúde muito desfavoráveis no contexto da Europa Ocidental de então, mas o serviço de saúde continuou a desenvolver-se, contudo sem corresponder ao desafio crítico da sua qualificação.

Atualmente procura-se melhorar o desempenho de qualidade das unidades hospitalares, que vai desde a prevenção de infeções a projetos de seguros de saúde, oferecendo um ambiente mais seguro de cuidados de saúde para os utentes e para os profissionais de saúde.

Para que este processo ocorra existe a necessidade de implementar processos de acreditação a nível das instituições. Neste artigo, irei desmistificar as implicações que “A acreditação das unidades hospitalares” pode trazer para a nossa sociedade, quais os seus contributos e a sua aplicação na enfermagem.

Sendo a acreditação um tema presente na atualidade, em que medida pode trazer vantagens para a sociedade? Para poder responder a esta questão, este artigo encontra-se dividido em seis partes, a saber: resenha histórica; significado da acreditação; modelos de acreditação atuais; modelo nacional de acreditação em saúde; contributo da acreditação para a enfermagem e, por fim, a conclusão.

Resenha Histórica

Segundo os primeiros manuscritos, o surgimento do primeiro hospital remete-nos para o século VII A.C. na Índia e na Grécia, representado em instalações com a função de assistência a pessoas doentes. As instituições que passaram a ser designadas por hospital foram-no porque as legiões romanas tentavam dar resposta aos seus feridos através destas estruturas. Assim, o termo “hospital” nasce do latim “*hospitālis*” que significa ao abrigo de hóspedes e ao seu cuidado (Graça, 1996).

Os cuidados de saúde na Europa eram realizados pelas comunidades religiosas que tinham o papel de prestar ajuda aos doentes e também a sua acomodação. Na época do renascimento assiste-se a um cuidado com a separação dos doentes por patologias, tendo assim criado outros tipos de instituições, além das religiosas. Nos últimos séculos, para dar resposta aos feridos das guerras que estavam a ocorrer na Europa, criou-se uma estrutura organizada e complexa, o hospital.

No século XVIII, com a influência das ideologias da Revolução Francesa, deu-se um grande desenvolvimento científico, conduzindo os hospitais a serem instituições médicas baseadas na observação e no conhecimento científico.

Em meados da segunda metade do século XIX, o desenvolvimento da industrialização e o progresso das ciências e das técnicas, levaram à criação de vários tipos de instituições destinadas a apoiar as deficiências do estado de saúde das populações, com o intuito de melhorar as dificuldades de diagnóstico e o tratamento das doenças (Simões e Campos, 2011).

Devido à política social, foi conferido ao Estado a garantia universal da prestação de cuidados de saúde necessários a toda a população, independentemente da etnia ou classe social, definindo-se saúde como “(...) um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades” (OMS, 1946).

Acreditação, o seu significado

A acreditação em saúde é um processo formal pelo qual uma entidade externa e independente avalia e reconhece se as instituições de saúde estão em conformidade com um conjunto de padrões (nacionais e/ou internacionais), visando a garantia da qualidade do cuidado e uma contínua melhoria organizacional.

A atividade das unidades hospitalares assenta em modelos de organização eficientes e flexíveis, bem como na implementação de programas de

melhoria, apoiados em sistemas de gestão da qualidade internacionalmente certificados. A acreditação é “(...) um processo mediante o qual se observa, avalia e reconhece em que medida os cuidados de saúde que se prestam aos cidadãos correspondem à Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde...” (Direção Geral da Saúde, 2011). Logo, a acreditação em saúde tem em vista o fortalecimento da confiança dos cidadãos e dos profissionais de saúde nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, promovendo e divulgando uma cultura de melhoria da qualidade e da segurança.

Através da Acreditação Hospitalar, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho dos seus processos, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa.

A partir deste diagnóstico e com o desenvolvimento do processo de educação, de acordo com o Manual de Padrões de Acreditação Hospitalar, é possível discutir, criteriosamente, os achados da avaliação e desenvolver um plano de ação capaz de promover a efetiva melhoria do desempenho da instituição, abrangendo todos os seus serviços e segmentos existentes.

Modelos de acreditação atuais

A acreditação das instituições de saúde em Portugal teve o seu início em 1999, com a criação do Instituto da Qualidade em Saúde (extinto em 2006). O programa de acreditação adoptado, baseou-se na metodologia King's Fund (KF) e teve na sua génese um acordo celebrado entre o Ministério da Saúde Português e o Health Quality Service (HQS), vindo a dar origem ao primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais.

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, identificou-se a existência de uma escassa cultura da qualidade aliada a um défice organizacional dos serviços de saúde, assim como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão. Este plano apontou como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde e, em 2004, a Unidade de Missão para os Hospitais S.A. veio a adotar o modelo da Joint Commission International (JCI) para acreditação destes hospitais.

O Decreto-Lei nº 234/2008 de 2 de dezembro, veio conferir à Direção Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português. Deste modo, foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde, cujas competências vêm descritas na Portaria n.º 155/2009 de 10 de fevereiro. Tendo em vista o cum-

primimento das competências atribuídas foi aprovada, através do Despacho n.º 14223/2009 de 24 de junho, a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, que define as prioridades para a concretização da política para a qualidade na saúde, nomeadamente adotar e adaptar um modelo nacional e independente de acreditação e implementá-lo oficialmente através de um programa nacional de acreditação em saúde.

O modelo escolhido pela Direção Geral da Saúde recaiu sob o ACSA e que atualmente se encontra em vigor em algumas unidades hospitalares. Deveu-se a escolha do “Modelo ACSA (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía), por ser o que melhor se adaptava aos critérios acima enunciados e por ser um modelo consolidado e reconhecido, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos.” (Direção-Geral da Saúde, 2009).

Modelo nacional de acreditação em saúde

O modelo ACSA foi concebido para Portugal, tendo sido adoptado como modelo nacional e oficial de acreditação em saúde, destinando-se a instituições de saúde ou a serviços de saúde. Este modelo assenta em três pilares básicos: a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências, exigindo a integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da integração desses processos, bem como dos resultados e da efetividade das medidas tomadas, através de um conjunto de indicadores.

Valoriza, em particular: Os direitos dos cidadãos, tais com preconizados pela Organização Mundial de Saúde e o quadro legal português; a segurança; as competências profissionais; a transparência na atuação; os requisitos de rigor técnico e científico na prestação dos cuidados de saúde; os resultados dos processos de saúde; a perceção que o utente tem dos cuidados que lhe são prestados.

De acordo com a Direção Geral de Saúde, este modelo de acreditação dispõe de uma poderosa ferramenta informática, desenhada especificamente para este modelo, permitindo que parte desta seja efetuada on line, reduzindo, assim, o tempo da visita de avaliação e os respetivos custos” (Direção Geral da Saúde, 2009).

Esta acreditação é realizada sob o conceito de auditorias interpares, cujos avaliadores são profissionais de saúde com formação no modelo ACSA. Existem avaliadores internos que promovem a implementação do modelo e que, posteriormente, serão auditados por avaliadores externos que colaboram com o Departamento da Qualidade na Saúde.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde, este modelo de acreditação envolve as seguintes áreas:

I - O Cidadão, como centro do Sistema de Saúde

1. Utentes: satisfação, participação e direitos
2. Acessibilidade e continuidade na prestação dos cuidados de saúde
3. Documentação clínica

II – Integração e continuidade dos Cuidados de Saúde

4. Gestão dos processos de prestação de cuidados de saúde
5. Atividades de promoção e programas de saúde
6. Direcção da organização

III – Profissionais

7. Profissionais, formação e evolução

IV – Áreas de Suporte

8. Estrutura, equipamentos e fornecedores
9. Sistemas e tecnologias de informação e comunicação
10. Sistemas da qualidade

V – Resultados

11. Resultados chave da organização (Direção-Geral da Saúde, 2009).

Segundo a Direcção Geral de Saúde, para que todo este processo ocorra é necessário proceder ao cumprimento de algumas etapas, sendo elas:

Fase 1: Pedido de adesão – a candidatura ao projeto de acreditação inicia-se por uma solicitação ao Departamento da Qualidade na Saúde através da aplicação informática de suporte ao modelo, com preenchimento de um formulário para início do processo e com a indicação de um responsável pelo processo. É efetuada localmente uma visita de apresentação do modelo e da aplicação informática que o suporta, atribuídas as chaves de acesso e designado um Avaliador Interno, que acompanha a fase seguinte de autoavaliação.

Fase 2: Autoavaliação – Período com a duração máxima de 1 ano, representa uma oportunidade importante para a organização refletir sobre as suas práticas, avaliar a sua situação, determinar os objetivos e planificar as ações de melhoria da qualidade e da segurança, reavaliando o seu progresso dentro do prazo estabelecido.

Fase 3: Avaliação externa – Consiste numa visita de avaliação à organização candidata, por avaliadores formados no modelo, na qual se clarifica, toda a informação recolhida e as evidências, de acordo com os requisitos do modelo e os requisitos legais. Completado o processo de avaliação externa, é elaborado um relatório que induz a decisão de conceder a acreditação à

organização candidata e o respetivo nível. Caso a organização não concorde com a decisão, poderá recorrer da mesma para reavaliação do processo.

Fase 4: Seguimento – Esta fase, com uma vigência de 5 anos, segue-se à obtenção da acreditação e consiste numa continuação do processo de autoavaliação, com uma visita externa de reavaliação aos 2 e aos 4 anos. Destina-se a garantir que a organização mantém e melhora as boas práticas e as condições que lhe permitiram obter a acreditação.” (Direção-Geral da Saúde, 2009)

Contributo da acreditação para a enfermagem

Como foi referido anteriormente, sendo a acreditação das unidades hospitalares realizada por uma instituição externa, estando implícita a participação dos enfermeiros neste processo, que contributos é que trará para a profissão? Dado que a enfermagem é uma disciplina alicerçada no co-nhecimento científico, o papel dos enfermeiros no processo de acreditação é crucial para o seu desenvolvimento e implementação, uma vez que está em contacto direto com a população alvo, permitindo a harmonização de todo este processo.

O processo de acreditação não tem apenas como função verificar se os cuidados prestados numa determinada unidade de saúde estão de acordo com o estado da arte, porque apesar de a acreditação privilegiar a prestação direta dos cuidados de saúde, também não descora as metodologias organizacionais de cada unidade. Deste modo, o enfermeiro tem acesso a meios para se poder atualizar, adaptar e adequar às mudanças tecnológicas, reorganizacionais, até à evolução do próprio conhecimento, permitindo assim, um desenvolvimento profissional e o reconhecimento entre os pares. Portanto, a formação tem sido encarada como uma condição importante para produzir mudanças no campo da saúde e também em todos os outros domínios sociais (Bento, 2005).

Como profissional de enfermagem, sou confrontado diariamente com situações diferentes, deparando-me com uma série de variáveis a que se tem de dar uma resposta de acordo com cada situação individual (personalização), por isso, a minha atividade não pode cair na rotina nem no abuso de protocolos de atuação. Por este motivo, a enfermagem procura sustentação nas diversas áreas do conhecimento e no dualismo teoria/prática. A teoria não se consegue projetar como um conhecimento generalizado e abstrato aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo, penetra e emerge da prática (Costa, 1998).

Deve existir, então, processos de formação na organização em mudança que devrá ser cooperativa, fomentando a formação global e institucional dos serviços de saúde. Portanto, uma formação contínua baseada na prática pode assegurar uma evolução coerente, formando-se um ciclo que se enriquece e faz crescer o enfermeiro permanentemente através de um maior domínio e controlo dos saberes de que faz uso (Costa, 1998).

Como tal, a ciência de enfermagem apoia-se e fortalece-se através da investigação a qual desempenha um papel importante no estabelecimento de uma base científica para guiar a prática de cuidados. (Fortin, 1999).

Conclusão

Em termos de síntese, pode afirmar-se que a acreditação é um processo atual e inevitável para o desenvolvimento da sociedade e para a evolução dos cuidados de saúde. Será este processo positivo para a comunidade e para os seus intervenientes? Parece ser claro que sim, pois com o processo de acreditação tanto as unidades hospitalares como os seus intervenientes irão elevar os seus padrões de qualidade no trabalho, na gestão e na melhoria da prestação de cuidados.

Para a enfermagem o benefício ocorre através do incremento e aperfeiçoamento dos seus conhecimentos, alimentando a investigação, área que necessita de um maior crescimento.

Referências bibliográficas

ABREU, Wilson Correia – **Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros (estudo multicasos)**. Lisboa: Formasau, 2001. ISBN 9728485212.

BENTO, Maria da Conceição – **Cuidados e formação em enfermagem, que identidade?** Lisboa: Fim de Século, 1997. ISBN 9727541127.

BENTO, Maria da Conceição – Da formação para a mudança à formação na mudança: situar a formação contínua quanto à sua evolução (uma síntese dos pontos de vista de Canário, Correia, Nóvoa e Honoré). **Revista Sinais Vitais**. Coimbra: ISSN 0872-0844. 63 (2005) 9-18.

CAMPOS, António Correia – **Reformas da saúde - o fio condutor**. Coimbra: Almedina, 2008. ISBN 9789724036045

CAMPOS, Luís; PORTUGAL, Rui; BORGES, Margarida – **A governação dos hospitais**. Lisboa: Casa das Letras, 2009. ISBN 9789724619309.

CANÁRIO, Rui – **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. ISBN 9720341254.

CANÁRIO, Rui – **Educação de adultos: um campo e uma problemática**. Lisboa: Educa, 1999. ISBN 9728036213

COSTA, M. Arminda – **Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados**. Lisboa: Fim de Século, 1998. ISBN 9727541259.

DECRETO-LEI n.º 234/2008 de 2 de dezembro. [Em linha]. Lisboa: INCM. [consult. 18 junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://dre.pt/pdf1sdip/2008/12/23300/0860008608.pdf>>.

DESPACHO n.º 14223/2009 de 24 de junho. [Em linha]. Lisboa: INCM. [consult. 18 junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:<http://dre.pt/pdf2sdip/2009/06/120000000/2466724669.pdf>>.

FERNANDES, Adalberto Campos – **A qualidade em saúde: face aos novos desafios do sistema de saúde**. Loures: Diário de Bordo, 2012. ISBN 9789898554017.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN 972838310X.

GRAÇA, Luís – **Evolução do sistema hospitalar: uma perspectiva sociológica**. [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Livre de Lisboa. [consult. 20 junho 2012]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/historia2_hospital.html>.

INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE AND HEALTH SYSTEMS IN AFRICA. [Em linha]. [consult. 15 junho 2012]. Disponível em WWW:< <http://www.afro.who.int/en/media-centre/media-advisory/item/382-international-conference-on-primary-health-care-and-health-systems-in-africa.html>>.

PORTARIA n.º 155/2009 de 10 de fevereiro. [Em linha]. Lisboa: INCM. [consult. 19 junho 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/02/02800/0087800881.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. [Em linha]. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. [Consult. 19 jun. 2012] Disponível em WWW: <URL:<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Documento Geral de Certificações de Serviços de Unidades de Saúde. [Consult. 19 jun. 2012] Disponível em WWW: <URL:<http://acredita.dgs.pt/login.asp?recarga=1>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Manual de Acreditação de Unidades de Saúde. [Em linha]. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde. [Consult. 19 jun. 2012] Disponível em WWW: <URL:<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?id=5521>>.

SIMÕES, Jorge; CAMPOS, António – **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN 9789724047096.

SIMÕES, Jorge – **30 anos do Serviço Nacional de Saúde: um percurso comentado**. Coimbra: Almedina, 2010. ISBN 9789724041100.

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Revista científica indexada de divulgação internacional editada pela
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem.

