

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

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

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

AS RELAÇÕES DE PODER E O SEU CONTRIBUTO NA AUTONOMIA EM ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado apresentada por:
Magda Cristina de Oliveira Duarte

Orientador:
Prof.^a Doutora Felismina Mendes

Évora
Janeiro de 2008

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM INTERVENÇÃO SÓCIO-ORGANIZACIONAL NA SAÚDE

Curso ministrado em parceria com a **Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa**

(DR – II Série, nº. 250 de 29 de Outubro de 2002)

Área de especialização em
Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária

AS RELAÇÕES DE PODER E O SEU CONTRIBUTO NA AUTONOMIA EM ENFERMAGEM

Dissertação de Mestrado apresentada por:

Magda Cristina de Oliveira Duarte

Orientador:

Prof.ª Doutora Felismina Mendes



Évora

Janeiro de 2008

“Um dia com o Príncipezinho...”

“O Príncipezinho vive no seu planeta...

Ele arranca as ervas daninhas...

O Príncipezinho limpa os seus vulcões...

Ele protege a sua rosa do vento...

E, no final do dia, gosta de contemplar o pôr-do-sol ...”

Antoine de Saint-Exupéry

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor e apoio incondicional de sempre e para todo o sempre...

Ao meu irmão, por tudo...

À Dora, pela amizade sincera e pura, paciência, apoio incondicional... e simplesmente por ser quem é e como é...

Ao Prof^o Doutor Carlos Silva pelo empenho e dedicação incondicional, estímulos e reforços positivos que não nos deixam desistir e permitem continuar, para conseguir e atingir o inatingível....

À Prof.^a Doutora Felismina Mendes pela orientação e empenho... pelo acreditar e motivar no projecto real e difícil da vida e do fazer viver...

À Patrícia e Carina, pela amizade e por tudo...

À Ana Gomes, pela amizade e apoio de sempre...

À Teresa e Raquel, pela presença na minha vida...

À minha avó, tios e primos, por tudo...

A todos que directa ou indirectamente contribuíram para este trabalho de investigação....

E ao Pedro, por tudo...

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE FIGURAS..... | 7 |
| ÍNDICE DE QUADROS | 8 |
| RESUMO | 9 |
| ABSTRACT | 11 |
| INTRODUÇÃO..... | 13 |
| CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL. | 16 |
| 1. RELAÇÕES DE PODER | 16 |
| 1.1.A PROBLEMÁTICA DO PODER..... | 16 |
| 1.1.1-Fontes Fundamentais do Poder | 18 |
| 1.1.2-Formas de poder nas organizações..... | 19 |
| 1.1.3-Perspectivas de análise do poder | 21 |
| 1.2-EVOLUÇÃO DA IDENTIDADE DE ENFERMAGEM..... | 29 |
| 1.2.1-Perspectiva histórica da profissão de enfermagem | 29 |
| 1.2.2-Autonomia em enfermagem | 31 |
| CAPÍTULO II – METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO..... | 39 |
| 2.1 – PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO..... | 39 |
| 2.2– ESTRATÉGIA METODOLÓGICA | 40 |
| 2.2.1 – Tipo de estudo | 40 |
| 2.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS | 42 |
| 2.3.1 – Instrumentos de Recolha de dados..... | 42 |
| 2.3.2 – Entrevistados e critérios de selecção | 44 |
| 2.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS..... | 47 |
| CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS..... | 50 |
| 3.1 – ATITUDES DE LIDERANÇA..... | 50 |
| 3.1.1 Características da Chefia | 53 |

| | |
|---|-----|
| 3.1.2 Condução e Organização do Trabalho..... | 61 |
| 3.1.3 Afastamento da prestação directa de cuidados | 72 |
| 3.2 – PARTICIPAÇÃO DIRECTA NA TOMADA DE DECISÃO | 76 |
| 3.2.1 Capacidade de decisão | 78 |
| 3.2.1.1 Resistência à mudança | 79 |
| 3.2.1.2 Circulação de Informação | 86 |
| 3.3 ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO | 89 |
| 3.3.1 Papel do Integrador | 92 |
| 3.3.2 Dificuldades da Integração..... | 94 |
| 3.4 RELAÇÕES FORMAIS/INFORMAIS | 104 |
| 3.4.1 Ambiente de Trabalho | 105 |
| 3.4.2 Relações de Poder Deturpadas | 108 |
| 3.5 AUTONOMIA DA EQUIPA | 118 |
| 3.5.1 Conhecimentos teórico práticos | 120 |
| 3.5.2 Reconhecimento social da classe de enfermagem | 124 |
| 3.5.3 Obstáculos sentidos pela equipa | 126 |
| CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES | 137 |
| 4.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES..... | 136 |
| 4.2 RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO SÓCIO- ORGANIZACIONAL | 151 |
| BIBLIOGRAFIA CONSULTADA..... | 158 |
| ANEXOS | 169 |
| Anexo I – Consentimento Informado | 170 |
| Anexo II – Guião da entrevista | 172 |
| Anexo III – Entrevista e respectivo corpo de análise | 174 |
| Anexo IV – Quadro Final | 199 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura nº1 – Nova proposta de trabalho da OE Maio 2007 | 142 |
| Figura nº2 – O Mundo de Enfermagem | 143 |
| Figura nº3 – Sugestão para Implementação nos Serviços | 146 |
| Figura nº4 – Objectivos a Desenvolver | 157 |

ÍNDICE DE QUADROS

| | |
|--|------------|
| Quadro nº1 – <u>Características gerais dos entrevistados</u> | 44 |
| Quadro nº2 – <u>Atitudes de Liderança</u> | 51 |
| Quadro nº2 (a) – <u>Atitudes de Liderança</u> | 52 |
| Quadro nº2 (a1) – <u>Características da chefia</u> | 53 |
| Quadro nº2 (a2) – <u>Condução e Organização do Trabalho</u> | 61 |
| Quadro nº2 (a3) – <u>Afastamento da prestação directa de cuidados</u> | 72 |
| Quadro nº3 – <u>Participação directa na tomada de decisão</u> | 77 |
| Quadro nº3 (a) – <u>Capacidade de decisão</u> | 77 |
| Quadro nº3 (a1) – <u>Resistência à Mudança</u> | 79 |
| Quadro nº3 (a2) – <u>Circulação de Informação</u> | 87 |
| Quadro nº4 – <u>Acolhimento e Integração</u> | 89 |
| Quadro nº 4 (a) – <u>Integração de novos elementos</u> | 90 |
| Quadro nº 4 (a1) – <u>Papel do Integrador</u> | 92 |
| Quadro nº 4 (a2) – <u>Dificuldades da Integração</u> | 94 |
| Quadro nº5 – <u>Relações Formais/ Informais</u> | 104 |
| Quadro nº5 (a) – <u>Relações Formais/ Informais</u> | 104 |
| Quadro 5 (a1) – <u>Ambiente de trabalho</u> | 107 |
| Quadro nº5 (a2) – <u>Relações de Poder Deturpadas</u> | 108 |
| Quadro nº6 – <u>Autonomia da Equipa</u> | 119 |
| Quadro nº 6 (a) – <u>Autonomia da Equipa</u> | 120 |
| Quadro nº 6 (a1) – <u>Conhecimentos Teórico Práticos</u> | 121 |
| Quadro nº 6 (a2) – <u>Reconhecimento social da classe de enfermagem</u> | 124 |
| Quadro nº 6 (a3) – <u>Obstáculos sentidos pela equipa</u> | 126 |

RESUMO

O poder existente nas organizações, como fruto da organização ou como relação estabelecida entre os indivíduos é encarado como um factor dinâmico, positivo e motivacional para a mudança e desenvolvimento positivo das organizações (Friedberg, 1995).

Nesta perspectiva de análise tentou analisar se e compreender a influência desse mesmo poder na progressão da carreira de enfermagem; mais concretamente na autonomia que a profissão de enfermagem adquiriu ao longo dos tempo. Sendo assim, definimos para este trabalho de investigação como objectivo geral aprofundar o conhecimento sobre as relações formais e informais existentes nos elementos de enfermagem

Os objectivos específicos visaram compreender a influência do poder no desenvolvimento e autonomia da profissão de enfermagem e conhecer as relações formais e informais existentes nos elementos de enfermagem

Nas opções metodológicas optámos pelo paradigma qualitativo, onde a entrevista narrativa foi a técnica privilegiada de recolha de informação, tendo permitido compreender a vivência das relações entre os enfermeiros, nos seus serviços e organizações hospitalares.

Dos resultados obtidos constata-se que o sucesso e concretização dos objectivos estabelecidos numa organização dependem muito das relações estabelecidas entre os actores organizacionais. Relações que podem surgir da vivência e contacto próximo entre os indivíduos; definidas em termos afectivos e emocionais, ou por outro lado; criadas pela própria dinâmica e estrutura de trabalho que obriga este relacionamento entre os indivíduos.

De que forma estas relações podem ser significativas para o estabelecer do poder dos indivíduos? Será o poder instituído pela própria organização hospitalar que modela os parâmetros e estabelece as funções de cada enfermeiro no seu local de trabalho? Será o elo de ligação criado ao longo dos tempos que possibilita esta definição de papéis; que permite o ganho de um determinado tipo de poder?

Na mudança constante das organizações de saúde com que nos deparamos actualmente é fundamental a constante reflexão sobre este tema. Como estão os

profissionais de saúde capacitados para trabalhar e desenvolver técnicas que permitam uma melhoria nos cuidados de saúde? A exigência constante por parte das organizações hospitalares; na aquisição de novas tecnologias, novos saberes, novas ideologias, conduz muitas vezes à exaustão dos profissionais de saúde.

Os valores de humanização dos cuidados são cada vez mais esquecidos em função de um ritmo alucinante para o atingir de projectos maioritariamente relacionados com aspectos monetários e desenvolvimento tecnológico. Esta ideologia leva a uma exaustão da maioria dos profissionais de saúde que sempre trabalharam para uma qualidade e a certeza de um atendimento nos serviços de saúde onde o doente é o agente mais importante num processo imenso de burocracias excessivas e desnecessárias.

No entanto, actualmente estes valores são ultrapassados por ambições e ideologias características de um meio empresarial, completamente contrário ao que deveria ser no meio hospitalar.... Afinal cuidamos de nós próprios... cuidamos do outro... cada um tem o seu ritmo... o seu tempo... não somos máquinas... somos pessoas... todos diferentes... mas no fundo iguais a todos...O poder é um dos trunfos a utilizar para impedir a progressão de tentar criar um mundo essencialmente tecnológico e mecanicista nos hospitais e serviços de saúde. A profissão de enfermagem tem um papel fundamental e não pode ser esquecida na humanização dos cuidados. Cabe a todos nós, profissionais de saúde mudar uma perspectiva de um mundo cada vez mais frio e distante.... As noções de poder e adquirem um significado próprio enquanto conceitos dinâmicos que podem ajudar a compreender melhor os fenómenos de interdependência e influência dos actores (Vieira, 1999).

Neste sentido, é interessante observar as relações estabelecidas entre os enfermeiros... Como se organizam uns com os outros? Que relações formais ou informais estabelecem para a resolução de problemas? Os conflitos e as estratégias de negociação utilizadas são para benefício da organização hospitalar? Do doente? De cada profissão? Ou de cada individuo? A enfermagem luta para a sua autonomia? São estas questões e outras mais que esta pequena reflexão pretende alcançar.... Todos juntos iremos obter uma resposta...

Palavras-chave: Relações formais e informais, poder, autonomia, enfermagem

ABSTRACT

The existing power in the organizations, as fruit of the organization or as relation established between the individuals; it is faced as a dynamic, positive and motivacional factor for the change and positive development of the organizations (Fiedberg, 1995). In this perspective of analysis it would like to study and to understand the influence of this exactly to be able in the progression of the nursing career; more concretely in the autonomy that the nursing profession acquired throughout the time. Being thus, we define for this work of inquiry as general priority to go deep into the knowledge of the formal and informal relations in the nursing elements and specific priority to understanding the influence of the power in the development and autonomy of the nursing profession and to know the formal and informal relations in the nursing elements.

As far as the methodology is concerned we chose to the qualitative paradigm, where the interview narrative was the privileged technique of retraction of information, having allowed to understand the experience of the relations between the nurses, in its hospital services and organizations.

According with the results of this work the success and concretion of the priority established in an organization depend much on the relations established between the actors.

Relations that can appear of the experience and next contact between the individuals; defined in emotional terms, or on the other hand; created for the proper dynamics and structure of work that compels this relationship between the individuals. Of that he forms these relations they can be significant to establish it of the power of the individuals? It will be the power instituted for the proper hospital organization that shapes the parameters and establishes the functions of each nurse in its workstation? It will be the connector link created throughout the times that this definition of papers makes possible; what allows the profit of one definitive type of being able?

In the constant change of the health organizations with that in we come across them currently he is basic the constant reflection on this subject. How they are the professionals of health enabled to work and to develop techniques that allow an improvement in the cares of health? The constant requirement on the part of the hospital

organizations; in the acquisition of new technologies, new to know, new ideologies, leads many times to the exhaustion of the health professionals.

The values of human care are each time more forgotten in function of the rhythm to reach for projects related with monetary aspects and technological development. This ideology leads to an exhaustion of the majority of the health professionals who had always worked for a quality and the certainty of an attendance in the health services where the sick person is the agent most important in an immense process of extreme and unnecessary bureaucracy.

However, currently these values are exceeded by ambitions and characteristic ideologies of an enterprise way, completely contrary what it would have to be in the hospital way.... After all we take care of proper us... we take care of other... each one has its rhythm... its time... we are not machines... we are people... all different ones... but in deep equal to all... the power he is one of the prize to use to hinder the progression to try to create an essentially technological and mechanist world in the hospitals and services of health.

The nursing profession has a basic paper and it cannot be forgotten in the well-taken care of them. It fits to us all, professionals of health to change a perspective of a world each more cold and distant time.... The slight knowledge of being able and acquire one meaning proper while dynamic concepts that can help to better understand the interdependence and influence of the individuals (Vieira, 1999). In this direction, it is interesting to observe the relations established between the nurses... How is organized ones with the others? That formal or informal relations establish for the resolution of problems? The conflicts and the used strategies of negotiation are for benefit of the hospital organization? On benefit of us? On benefit of each profession? Or of benefit of each individual? The nursing fights for its autonomy? They are these questions and other more than this small reflection it intends to reach.... All together we will go to get a reply...

Word-key: Formal and informal relations, to be able, autonomy, nursing

INTRODUÇÃO

O poder sempre foi conotado como um tema negativo, no sentido de não ser benéfico para as organizações pois era determinado como o que existia de pior no seio das organizações. Porém com o passar dos tempos este conceito abandonou esta concepção negativista.

O poder existente nas organizações, como fruto da organização ou como relação estabelecida entre os indivíduos passou a ser um factor dinâmico, positivo e motivacional para a mudança e desenvolvimento positivo das organizações (Friedberg, 1995).

O estudo do poder nas organizações tomou importância a partir dos anos 60, no meio das estruturas organizacionais. De acordo com vários autores o sucesso e concretização dos objectivos estabelecidos numa organização dependem muito das relações estabelecidas entre os actores organizacionais. Relações que podem surgir da vivência e contacto próximo entre os indivíduos; definidas em termos afectivos e emocionais, ou por outro lado; criadas pela própria dinâmica e estrutura de trabalho que obriga este relacionamento entre os indivíduos. De que forma estas relações podem ser significativas para o estabelecer do poder dos indivíduos? Será o poder instituído pela própria organização hospitalar que modela os parâmetros e estabelece as funções de cada enfermeiro no seu local de trabalho? Será o elo de ligação criado ao longo dos tempos que possibilita esta definição de papéis; que permite o ganho de um determinado tipo de poder?

Na mudança constante das organizações de saúde com que nos deparamos actualmente é fundamental a constante reflexão sobre este tema. Como estão os profissionais de saúde capacitados para trabalhar e desenvolver técnicas que permitam uma melhoria nos cuidados de saúde? A exigência constante por parte das organizações hospitalares; na aquisição de novas tecnologias, novos saberes, novas ideologias, conduz muitas vezes à exaustão dos profissionais de saúde.

Os valores de humanização dos cuidados são cada vez mais esquecidos em função de um ritmo alucinante para o atingir de projectos maioritariamente relacionados com aspectos monetários e desenvolvimento tecnológico.

Esta concepção leva a uma sobrecarga da maioria dos profissionais de saúde que sempre trabalharam para uma qualidade e a certeza de um atendimento nos serviços de saúde onde o doente é o agente mais importante num processo imenso de burocracias excessivas e desnecessárias.

Questão de Partida

As relações de poder existentes entre os elementos da equipa de enfermagem revertem para um objectivo comum, a autonomia profissional, ou por outro lado, têm uma vertente com interesses pessoais e individuais que não beneficiam o desenvolvimento da própria organização.

Objectivo geral:

⌘ Aprofundar o conhecimento sobre as relações formais e informais existentes nos elementos de enfermagem

Objectivos específicos:

- Compreender a influência do poder no desenvolvimento e autonomia da profissão de enfermagem
- Conhecer as relações formais e informais existentes nos elementos de enfermagem

Para analisar estes tópicos poderemos lançar algumas questões que podem ajudar à resolução da questão de partida e tentar solucionar o nosso trabalho de investigação:

De que forma estas relações podem ser significativas para o estabelecer do poder dos indivíduos? Será o poder instituído pela própria organização hospitalar que modela os parâmetros e estabelece as funções de cada enfermeiro no seu local de trabalho? Será o elo de ligação criado ao longo dos tempos que possibilita esta definição de papéis, que permite o ganho de um determinado poder? O interesse do poder nas organizações: será para modelar e mediar a cooperação entre os actores? Que relações formais ou informais estabelecem para a resolução de problemas? Os conflitos e as estratégias de negociação utilizadas são para benefício da organização hospitalar, do doente, de cada profissão ou de cada indivíduo? A enfermagem luta para a sua autonomia? São estas as questões de investigação a que pretendo responder com este trabalho.

O trabalho apresenta-se estruturado em quatro capítulos. No primeiro capítulo será desenvolvida a fundamentação teórica; descrevendo os diversos elementos da

temática do poder; bem a evolução da identidade da classe de enfermagem. No segundo capítulo, pretendo demonstrar a metodologia de investigação e trabalho prático efectuado através da realização das entrevistas. No terceiro capítulo será feita a apresentação e análise dos dados obtidos. Finalmente, no quarto capítulo, são demonstradas as considerações finais, com discussão global dos resultados e conclusões; referindo também algumas recomendações de intervenção sócio organizacional.

CAPITULO I

1.RELAÇÕES DE PODER

1.1 A PROBLEMÁTICA DO PODER

Esta temática surge desde os tempos da filosofia grega, em que Platão teoriza as diferentes configurações do poder do estado. No entanto, é apenas no início da idade moderna que surge a necessidade de justificar o poder e são lançados quadros conceptuais sobre o assunto. De acordo com Clegg referenciado por Lopes (2000) existem duas concepções que marcam as diversas abordagens que se referem ao poder. O autor enfatiza uma dupla significação (i.e. poder enquanto atributo e poder enquanto relação) cuja origem remonta às teorizações de Hobbes e Machiavelli e parece ter continuado a condicionar a compreensão do conceito do poder até aos nossos dias. Sendo assim a noção de poder legitimado seria efectivamente próximo do campo da autoridade, ao passo que a noção de poder relação corresponderia ao conceito de poder, enquanto realidade presente em toda a relação humana.

Friedberg (1995) refere que os estudos organizacionais ao longo dos anos quarenta e cinquenta, não abordavam profundamente a temática do poder. Esta aparecia cada vez mais insuficiente, pois não conseguia apreender de maneira satisfatória conflitos e tensões entre os grupos que os estudos clínicos e monográficos de então punham em evidência. A temática do poder desapareceu das preocupações nos estudos organizacionais (i.e. à excepção da França que dominou este campo nos vinte anos seguintes). Em 1966, March publicou um artigo que viria a desqualificar o conceito de poder nos estudos anglo saxónicos. Desde então o lugar central do poder na abordagem organizacional foi objecto de numerosas críticas contraditórias que, ou contestam a possibilidade de sustentar o estudo das relações de poder independentemente da análise dos mecanismos de dominação macrossociais, ou criticam aquilo a que chamam as implicações amorais de uma visão da acção humana fundada na investigação do poder (Friedberg, 1995).

O conceito de poder designa a capacidade da pessoa se expressar enquanto poder inerente de influenciar e transformar os outros. Por consequência, o conceito de poder tem marcadamente uma conotação relacional: é uma capacidade fundamental para a pessoa se situar no mundo.

Kreisberg, referenciado por Vieira (1999), considera que a palavra poder deriva do latim *posse, ser capaz de...* O que é significativo na noção de que alguém é “*capaz*”, enquanto implica a capacidade de se impor a si mesmo no mundo, ser capaz de realizar os próprios desejos, não deve implicar necessariamente que a eficácia ocorra somente como um resultado de controlar e dominar os outros. A capacidade de impor a própria vontade, controlar os outros, é apenas uma dimensão possível do “*ser capaz*”. O significado multidimensional do ser capaz, de ter poder, foi esquecido em muita da investigação e teoria do poder.

Amâncio (1993), quando descreve a negociação dos conflitos; e mais especificamente os climas negociais refere que a maioria da investigação empírica deste tema foi orientada pela hipótese que quanto maior é a saliência da relação interpessoal, a conclusão que se torna mais evidente é que maior é a influência para os resultados da negociação.

Para Bernoux, referenciado por Silva (2001), o poder pode definir-se como a capacidade de um actor, na sua relação com outro, de fazer de modo a que os termos da troca lhe sejam favoráveis. Trata-se de mobilizar recursos numa relação que, numa organização, é sempre um constrangimento maior. No entanto os actores não podem evitar entrar em relação, pois é o sistema de relações que constrói a cooperação. A relação de poder é vista aqui sob o aspecto em que ela constrói a organização, não sob aquele em que ela a destrói. O poder não é pois uma guerra, nem forçosamente o conflito. Esta ideia é também reforçada por Crozier et Friedberg (1977). Estes autores mencionam o poder como uma relação de construção da organização. Pode-se então referir ao poder como um reconhecimento da complexidade e da contingência dos fenómenos de poder nas organizações e logo da dificuldade em apreender. Constituído e constituinte de múltiplos factores, psicológicos, sociológicos, sociológicos, económicos, políticos, etc.

Silva (2004) menciona que podemos considerar a possibilidade que a participação directa está relacionada com os interesses de mudança e melhoria das condições de trabalho, nomeadamente ao nível da satisfação no trabalho, das relações profissionais e hierárquicas, e que se traduzem, em última instância, em ganhos, quer ao nível das

condições de trabalho, quer na materialização de espaços de autonomia e de visibilidade profissional.

Vários trabalhos realizados por diversos autores colocam em evidência que a integração dos actores na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização varia em função de uma aprendizagem cultural que se constrói no quadro das relações de dominação, subordinação hierárquica, responsável pela génese de diversidade de formas de acções estratégicas, de formas de comunicação, negociação e conflito intra organizacional (Silva, 2004).

No caso da unidade hospitalar, é de considerar que o serviço constitui um ponto de encontro entre diferentes formas de poder, dos seus respectivos universos simbólicos e as suas estratégias recíprocas.

Zorrinho (2003) refere que as organizações humanas são como sistemas abertos que evoluem e estão em constante reorganização, pela introdução de novas informações e novas tecnologias. Os meios de comunicação são fundamentais para uma boa articulação entre os vários elementos da equipa e para o sucesso da concretização dos objectivos definidos para essa mesma equipa.

1.1.1 Fontes Fundamentais do Poder

As fontes de poder não podem ser vistas como um conjunto de soluções mágicas que resolvem qualquer solução problemática, mas como um conjunto de recursos de natureza diversa que facilitam jogos de influência, a defesa e aumento dos interesses e solucionam situações de conflito. Estas são fundamentais ao funcionamento da organização, devem ser concentradas e insubstituíveis (Mintzberg, 1994). Se o poder não estiver concentrado numa pessoa, ou grupo, não é possível estabelecer diferentes níveis de relação e, deste modo, não é possível exercitá-lo.

A capacidade para lidar com a incerteza tem sido uma das fontes mais analisadas por vários autores. Stacey, referido por Vieira (1999), menciona a teoria do caos específico. Pequenas mudanças podem alterar por completo o rumo do comportamento da organização, fazer com que passe de ciclos completamente previsíveis – a que ele chama de “círculos viciosos”, pois a utilidade reside em fazer acontecer as coisas no futuro, sem qualquer sobressalto, padrões aleatórios, ou “círculos virtuosos”, pelos quais se origina a actividade política, o envolvimento dos participantes na construção de apoios, impondo novos rumos de desenvolvimento. O autor salienta que os cientistas chamam a esta bola de neve “*dependência sensível das condições iniciais*” ou a imagem

do “efeito borboleta” que reflecte, precisamente, o impacto das pequenas mudanças no interior de um sistema a longo prazo. Nos momentos de ordem e instabilidade, podem ocorrer pequenas mudanças que provoquem grandes transformações no sistema e o empurrem para longe do equilíbrio. As pequenas mudanças ocorrem de forma inesperada, provocam confusão de estruturas, papéis e comportamentos existentes, tendo o poder atractivo de envolver, de um momento para o outro, os órgãos centrais do sistema. Os sistemas empurrados para longe do equilíbrio são extremamente sensíveis às mínimas mudanças nos seus ambientes. As mínimas perturbações no ambiente são ampliadas através dos sistemas e provocam a destruição das estruturas, padrões e comportamentos existentes.

As características essenciais desta instabilidade referem-se à existência de culturas diferentes e uma dispersividade do poder. É necessária uma diversidade de culturas porque só assim o poder pode ser exercido sobre a forma de influência. Se todos partilham a mesma cultura, fazem as coisas da mesma maneira, não há espaço para a persuasão, se ela é inexistente, cada um procura fazer as coisas por si mesmo. Se o poder estivesse muito concentrado, numa pessoa ou grupo, os menos bem colocados sentir-se-iam controlados nas suas iniciativas; se estivesse muito distribuído, tornar-se-ia difícil congregar diferentes perspectivas e vontades, pois seria visto como coercitivo à autonomia de iniciativa.

Só em contextos organizacionais com elevados níveis de interactividade, com múltiplas linhas de comunicação, acrescida da incapacidade de resposta das estruturas e comportamentos existentes, o poder se encontra disperso e capaz de ser exercido através da influência, tendo por este facto um carácter relacional: emerge em situações de negociação, de desníveis transaccionais, onde uns procuram influenciar outros, tendo em vista a defesa dos seus interesses e guindar-se a posições de poder mais vantajosas (Crozier et Friedberg, 1977).

1.1.2 Formas de Poder nas Organizações

Bacharach et Lawler consideram que o poder, mais especificamente o poder de autoridade reside em prescrições legais, normas, regras legitimadas e reconhecidas numa dada organização e pelas quais se delimitam os campos específicos de acção. O poder, por sua vez, é conotado com influência, que é exercida nas relações informais existentes entre os actores do contexto organizacional; com base na gestão dos espaços, tempos e significados que medeiam as interacções no contexto (Vieira, 1999).

A autoridade é um elemento fundamental na configuração das organizações segundo os modelos formais, sendo frequentemente investida na figura do chefe, que estipula os significados da acção colectiva a partir de um padrão de racionalidade. Para Bush e Tony, considerados por Vieira (1999), os modelos formais sustentam que as organizações são sistemas hierárquicos nos quais os gestores usam significados racionais para atingir objectivos comuns. Os chefes possuem uma autoridade legitimada pelas suas posições formais nas organizações e são responsáveis por estabelecer fronteiras para as actividades das suas instituições.

Os **objectivos organizacionais** **sobrepõem-se**, por completo, aos interesses e preferências dos actores individuais. Estes não são mais do que peças isoladas que, através de níveis cada vez mais especializados das suas funções, contribui em para a engrenagem da máquina organizacional. A primazia da estrutura formal da organização é igualmente referenciada por Bolman et Deal, sublinhando a prevalência dos dispositivos normativos e focos de poder hierárquicos sobre a dinâmica informal do contexto. Esta estrutura formal determina os níveis de eficiência e eficácia da motivação e desempenho dos indivíduos, assim como regula o seu processo adaptativo ao padrão de acção legitimado institucionalmente (Vieira, 1999).

Uma organização com uma delimitação hierárquica, uma programação de objectivos prévia e racionalmente, elaborada pelo topo da pirâmide, encontra na burocracia o seu conceito mais adequado à operacionalização da máxima eficiência. Neste contexto organizacional tende a emergir uma liderança formal que se identifica com a posição cimeira da cadeia hierárquica. Estipula o significado das tarefas e das comunicações, aos subordinados não resta outra alternativa do que conformar se à prossecução dos objectivos organizacionais. A este modelo de compreensão da dinâmica organizacional pode contrapor-se outro radicalmente distinto, em que tanto a organização como actores não sabem o que querem, nem o que fazer para o alcançar. A debilidade dos processos comunicacionais é reforçada pela inconsequência e inconsistência dos modos de realização (tecnologias problemáticas). O desenvolvimento organizacional encontra-se circunscrito à complexidade e heterogeneidade das forças multiformes do contexto (Vieira, 1999).

Vários autores referenciados na obra de Vieira (1999) sugerem o nome de "*anarquias organizadas*" a toda a organização que funciona numa estrutura de objectivos diversos e sem formas de concentração de poder em posições hierárquicas superiores. As acções surgem sem obedecer a uma intencionalidade específica,

precedem o pensamento, sendo suscitadas pelo dinamismo espontâneo, heterogêneo e complexo do contexto.

A ordem organizacional não é regulada por um padrão de papéis e objectivos racionalmente programado. Neste caso, a racionalidade da estrutura expressaria a prevalência dos interesses da posição hierarquicamente superior, orientada para a prossecução da máxima utilidade objectiva. Numa palavra, as características fundamentais de uma organização anárquica incidem em objectivos problemáticos, tecnologias pouco claras e participação fluida. A primeira especifica-se na ausência de um rumo, não sabe para onde vai, pois não tem uma definição precisa dos seus objectivos; pela segunda, o modo de fazer as coisas assenta no improvisado e, por fim, a participação fluida, já que quando não se sabe para onde vai, nem como se devem fazer as coisas, resulta óbvio que ninguém se entende, todos interferem em tudo e as decisões são alteradas de forma constante.

Algumas fontes da ambiguidade podem residir na complexidade das situações problema que é paralela à exiguidade das definições acerca da polissemia das suas ramificações. Muitas vezes, a existência de percepções diversas, díspares e discordantes, sobre os factos, resulta da insuficiência e desenquadramento da informação sobre contexto organizacional, assim como das diferenças de personalidade, do pluralismo de valores e práticas políticas. Por fim, destaca a confusão de papéis que origina formas de realização inconsistentes: a inconsequência e ambiguidade passam a ser características mais normais do modo de fazer as coisas (Vieira, 1999).

O modelo das anarquias organizadas compreende o desenvolvimento da organização em termos de ambiguidade e imprevisibilidade. As organizações formam um todo complexo, heterogêneo, com objectivos ordenados de forma inconsequente e confusa, uma tecnologia estruturada pelo improvisado e uma participação esparsa, cuja tomada de decisão não obedece a uma programação espaço temporal específica e pré definida, antes emerge conforme os problemas das situações. Mintzberg refere que esta transformação conceptual, ao nível da investigação sociológica das organizações, resulta de novos pontos de interesse suscitados por curtos fenómenos organizacionais e destaca, como noção mais importante, a de poder (Mintzberg, 1994).

1.1.3 Perspectivas da análise do poder

Crozier et Friedberg (1977) constataam que o poder não é uma qualidade mágica concedida pelos deuses e que torna a pessoa num predestinado. Ele tem um carácter

relacional e, como tal, toda a relação de poder é uma relação instrumental e não transitiva: Qualquer que seja com efeito o seu tipo, quer dizer os seus recursos, a sua legitimação, os seus objectivos e os seus métodos de exercício, o poder (ao nível mais geral) implica sempre a possibilidade para certos indivíduos ou grupos de agir sobre os outros indivíduos ou grupos.

Significa que não há poder sem relação, nem relação sem poder. Uma relação implica pessoas ou grupos em situação de negociação ou troca, em que se procuram alcançar certos objectivos e fins que guindem os actores para uma posição mais favorável de negociação, de acordo com a disponibilidade de recursos, a natureza sócio-cultural dos actores implicados e, acima de tudo, a importância do factor tempo. Sem o tempo não se podia iniciar uma relação de negociação, não podíamos estabelecer diversas metas ou alterar as diversas estratégias, como forma de teste à capacidade de negociação e ao carácter decisivo dos recursos como forma de extensão do poder.

O exercício do poder é complexo, poderá provir da acção sobre as acções dos outros, e que se materializa sob múltiplas formas de disparidade individual e/ou colectiva, em função de objectivos, de instrumentações, de institucionalização e de organização. De acordo com esta perspectiva foucaultiana, é através destas questões que nos podemos aperceber das diferentes formas de poder, o seu modo de elaboração, a sua transformação e organização.

Clegg, referenciado por Silva (2001) considera que o poder na organização é um fenómeno que abarca várias dimensões, de grande complexidade, tais como, a autoridade, o controlo, a liderança e ainda a influência social, muito particularmente nas redes de actuação e estratégias de actores, não só de uma forma individual, mas também colectiva, ou seja por grupos. As organizações o ambiente que as envolve, devem ser concebidas como arenas, onde as agências com níveis de poder diversos, isto é, com um controlo diferenciado dos recursos disponíveis, competem por recursos diferencialmente valorizados no contexto de jogos complexos e regidos por regras indeterminadas que cada agência procura explorar em proveito próprio. Habitualmente, as perspectivas de poder exploram as questões relacionadas com o controlo dos recursos valorizados, como o capital, as competências, a informação, a propriedade, as redes de informação. As versões mais sofisticadas tendem a contextualizar o exercício deste controlo em jogos complexos, instáveis e regidos por regras indeterminadas, e a tomar as próprias regras por elementos centrais de análise.

Não existe líder sem grupo, tal como não há poder sem indivíduos em situação de contexto relacional de actuação. Mas como se materializa o exercício do poder nas organizações? Segundo Morgan, o poder nas organizações é um meio através do qual os conflitos de interesse entre os seus membros são resolvidos e que detém o poder arrasta consigo uma certa habilidade, de forma a conseguir levar o outro a fazer algo. Trata-se de uma perspectiva que salienta o exercício do poder se materializa através da influência nos comportamentos dos membros de uma organização (Silva, 2001).

A liderança, o comando enquanto fenómeno do poder, advém de uma reciprocidade que é conjunta, contextual, mas também individual. Qualquer que seja a posição que um individuo ocupe na organização só terá sentido e razão de ser quando relacionada com outras. Estas diferentes posições têm no seu cerne uma diversidade de interesses e racionalidades próprias dos actores (Crozier et Friedberg, 1977).

Neste sentido, o poder, enquanto poder formal reconhecido e legitimado, é parcialmente regulado pelo complexo jogo dos estatutos e dos papéis dos actores que constituem a organização. Sendo assim é possível afirmar que todos os actores dentro de uma organização têm poder, porém esse poder, manifestado nas decisões, comportamentos, atitudes e expectativas dos actores é, por sua vez, limitado, ajustado, quer no contexto relacional, quer no contexto organizacional. Pfeffer (1981) refere que o poder nas organizações resulta de uma relação específica entre os actores, onde nenhum actor, dito no sentido individual, está esvaziado de poder, podendo contudo deter mais poder do que outro numa determinada situação.

A teoria do poder nas organizações, segundo Crozier et Friedberg (1977), baseia-se no pressuposto de que os indivíduos são detentores de objectivos próprios, possuindo uma margem de liberdade e autonomia e um sentido estratégica perante a organização. O exercício do poder diz respeito ao controlo de recursos, e a autonomia refere-se à capacidade dos actores em controlar os recursos a seu favor. Se considerarmos ainda que as principais características que distinguem uma profissão assentam essencialmente no saber e na capacidade de controlo esta será caracterizada por um “saber” e por um “poder-saber”, ou melhor, um poder disciplinar no controlo da divisão do trabalho (Silva, 2001).

A teoria de Crozier e Friedberg (1977) e Pfeffer (1981), referem que as fontes de poder surgem num quadro de dependência dos recursos que podem ser de ordem diversa, quer os físicos, monetários, políticos, informações, e/ou conhecimentos. Para Mintzberg (1994), além da dependência de recursos, constituiu igualmente como as

fontes de poder, quer as prerrogativas legais, expressas pelas leis e pelos regulamentos vigentes nas organizações, quer ainda o acesso privilegiado que os detentores do poder detêm em relação a outras fontes de poder. Assim sendo, o poder coercivo e de recompensa nas organizações pode ser entendido como uma forma que é utilizada formalmente por aqueles que detêm uma dada autoridade formal e certas prerrogativas legais para controlar os recursos, dito essenciais ou críticos.

Enquanto que o poder coercivo só pode ser exercido por quem detém o poder legítimo, o poder especializado é exercido por quem detém conhecimentos especializados para controlar a informação e os recursos nas organizações. O poder referente manifesta-se no quadro da posse dos recursos políticos, considerados essenciais ao bom funcionamento da organização, sendo tradicionalmente concentrados num número reduzido de membros (Mintzberg, 1994).

Assim, o poder só se pode constituir a partir de uma rede de relações, em função dos jogos situacionais de acção e das próprias expectativas face às estratégicas, nas quais interceptam os valores, as atitudes e os comportamentos dos actores na organização. Reed, referenciado por Silva (2001), considera que as classificações estruturais e práticas administrativas típicas das organizações formais ou complexas são determinadas por vastas configurações de dominação, as organizações reproduzem os constrangimentos ideológicos e políticos, o contexto dos constrangimentos institucionalizados postos por grupos dominantes. Organizações que se esforçam em controlar as ideias e as técnicas através do qual o trabalho é coordenado. Este esforço para controlar conflitos gerados nos interesses e valores dentro e entre os actores organizacionais sobre o qual o trabalho é para ser estruturado, e os benefícios derivados da actividade produzida, são distribuídos por todos; os conflitos da estrutura social produzem contradições e tensões que têm que ser reguladas pelas tecnologias administrativas e práticas directivas, geradas nos interesses dos grupos dominantes – é para ser sustentada; estas tecnologias regulativas e práticas são parcialmente bem sucedidas mas, geralmente, dão origem a problemas no estabelecimento de novas fontes de poder e controlo, que são combatidas sobre grupos afirmados; a sucessiva mudança de fontes de poder reproduzidas pela luta desigual, entre os dominantes e os subordinados, para exercitar algum controlo sobre as condições de existência organizacional, é reproduzida, através da força subjacente, que conduz às transformações.

Segundo o referido autor, o poder tem duas vertentes. Por um lado, o poder emerge como um fenómeno de comportamento interpessoal, e por outro lado, surge como uma manifestação de factores estruturais sedimentados na organização. Crozier et Friedberg (1977) consideram igualmente que o poder, e principalmente as relações de poder estão presentes em toda e qualquer acção colectiva. O exercício de poder nas organizações surge de uma troca desequilibrada da possibilidade de acção, ou seja, de comportamentos entre um conjunto de actores individual e/ou colectivos. No entanto embora a relação de poder seja desequilibrada, não se pode de modo algum considerá-la negativa. É impensável uma organização sem relações de poder, pois seria difícil haver tomadas de decisão, objectivos partilhados por todos, acções organizadas de forma pacífica.

Para a análise organizacional da participação directa é necessário ter em consideração o carácter interessado da acção social, já que o interesse existe e não resulta de qualquer geração espontânea ou de um processo de convergência dos actores. O interesse resulta sim da (inter) dependência, do desequilíbrio e dos confortos de vontades, ditos de existências, e, portanto, de conflitos de poder entre os actores.

As organizações são locais estratégicos para a condução de lutas de poder persuasivas entre os grupos da oposição sobre o controlo das estruturas e das práticas, através dos quais o trabalho é organizado (Silva, 2001). Deste modo não há congruência de interesses entre os actores, pelo que o verdadeiro problema nos sistemas de acção organizada. Não é, pois, que os actores tenham sede de poder, mas que eles não possam evitar a dependência e o seu corolário, o poder. A única maneira de enfrentar estes fenómenos é arranjar recursos para trocar e, em primeiro lugar, o recurso que contém todos os outros, o saber, autonomia e pertinência dos seus próprios comportamentos, o que nos reconduz ao nosso ponto de partida, o poder como capacidade de acção” (Friedberg, 1995).

Crozier et Friedberg (1977), mencionam que o carácter cooperativo e da participação directa na organização se mantém através de diferentes concepções de jogos e também resulta do papel dos dirigentes e das suas relações com os actores da organização, assim como das interacções, interesses e relações de poder engendradas pelo conjunto de actores. Na óptica dos autores o poder de cada actor surge integrado num processo de troca provem da pertinência das possibilidades de acção de cada um dos participantes para a solução, ou pelo menos, para o controlo e gestão de problemas nos quais tropeça a realização das empresas ou dos desejos dos outros.



Parece claro que nas relações entre os actores existe um jogo de interesses, de poderes e de saberes. Friedberg (1995) identifica duas estratégias nas condutas dos participantes numa relação de poder, sendo uma delas de tipo ofensivo, visando aumentar a previsibilidade dos outros, e a segunda do tipo defensivo, visando o alargamento de autonomia e a margem de manobra. Trata-se de jogos de actores que reforçam a posição negocial dirigido à obtenção de resultados naquilo em que os actores se empreendem. Assim sendo, este jogo de relações estratégicas, manifesta-se frequentemente em estratégias de poder. Segundo Foucault, referenciado por Silva (2001), pode-se chamar estratégia de poder ao conjunto de meios postos em acção para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder. Pode-se falar dessa estratégia própria às relações de poder na medida em que elas constituem modos de acção sobre a acção possível, eventual, suposta dos outros. Podem-se então descodificar em termos de “*estratégias*” os mecanismos postos em acção nas relações de poder.

A vida organizacional constrói-se tanto ao nível implícito, quer do explícito e formal, com destaque evidente para a estruturação do contexto interactivo com base na influência de jogos de poder que se instituem e que constituem a trama essencial da sua micro política. E de facto a perspectiva micro-política dum organização fornece uma aproximação válida e forte para compreender o dia a dia da vida. Refere-se ao poder e como as pessoas o usam para influenciarmos outros e se auto protegerem. É acerca do conflito e como as pessoas competem umas com as outras para conseguirem o que querem. É acerca da cooperação e como as pessoas vêem e têm fortes convicções sobre o ambiente social (Vieira, 1999). Esta dimensão foi completamente ignorada pela teoria clássica das organizações, segundo o autor, devendo o principal objectivo da administração deve ser o de assegurar o máximo de prosperidade de empregado. Nela está subentendida uma concepção demasiado económica do ser humano (Friedberg, 1995). Tudo estava submetido a um critério de racionalização do trabalho, da produção, através da projecção de fins procuravam evitar o imprevisto na execução das tarefas e pela supervisão apertada das mesmas procuravam garantir a máxima eficiência.

Maslow tipifica outras dimensões e necessidades da existência humana. Estabelece uma hierarquia das necessidades, em que o nível da satisfação das mesmas vai determinar a forma de comportamento. Na base encontram-se as necessidades fisiológicas (e.g. alimentação, vestuário) que podem ser consideradas como essenciais à sobrevivência e sem as quais outras não podem ser satisfeitas; depois surgem as necessidades de segurança que revelam o desejo de obter do meio um suporte que o

proteja das ameaças, seguidas pelas necessidades sociais (e.g. necessidades de pertença e de ser reconhecido e finalmente as necessidades ligadas ao indivíduo e à sua afirmação pessoal (e.g. dignidade e realização pessoal), (Vieira, 1999).

Se aceitarmos “a via do implícito” e do informal, podemos igualmente assumir que as organizações são: “sistemas de acção concreta”, segundo Friedberg (1995), ou seja, espaços criados na base de relações, negociações e influências de poder, que constroem um contexto social determinado e dinâmico. O poder emerge, assim, dos significados humanos construídos, da disponibilidade e amplitude de recursos, pois quanto mais abrangentes estes forem, tanto mais aquele se exerce nas interacções de forma a conseguir se a cooperação dos outros.

Bacharach e Lawer, referenciados por Vieira (1999), referem que a actividade política predominante nas coligações é o “regateio” (i.e. bargaining). Significa que as coligações não só são unidades principais de acção política mas também os mecanismos para estabelecer e definir o jogo político. Este, por sua vez, é manifestado no regateio entre coligações. O conflito entre coligações intra organizacionais toma a forma de regateio.

Coligações e regateio são inseparáveis, existem numa interdependência fortíssima. O regateio é, por excelência, a estratégia para defender, promover os interesses nas coligações e guindá-las a novas posições de poder, nunca podendo ser dissociadas de uma actividade política complexa e abrangente. Podendo assumir duas formas: a distributiva e a integrativa. Na primeira, a disparidade de recursos existentes faz com que as coligações se encontrem distanciadas umas das outras, com escasso processo de comunicação e, nas raras vezes que este ocorre, assume formas mais violentas e negativas de ambos os lados. A segunda modalidade de regateio compreende o esforço conjunto das coligações na optimização dos seus recursos. É um processo conciliatório em que as coligações intervenientes procuram maximizar os benefícios possíveis dada a precariedade dos recursos existentes.

Numa perspectiva psicossocial, Moscovici e Doise, teorizam sobre este consenso, o qual, para os autores, é uma prática de discussão indispensável à vida política e social. Não há vida em comum sem consenso. Poderemos referir que é uma instituição das sociedades democráticas, pela qual cada um tem direito de participar, consciente e criticamente, nos processos de discussão e decisão da vida grupal. Origina-se no diálogo crítico e diferenciado de perspectivas para promover acordos que vinculem todos os membros (Vieira, 1999).

Na vida em grupo, o consenso não se alcança através de opiniões pouco rigorosas e desinteressadas, nem tão pouco em maiorias que têm, apenas como consistência, a superioridade numérica. A radicalidade da participação consensual encontra a sua explicação no fenómeno designado, pelos autores, de polarização de grupo. A vida em grupo não se pauta por elevados padrões de conformismo. Pelo contrário, é nela que todo o indivíduo exterioriza todo o seu potencial de crítica. Significa que o grupo não é um entrave ao poder de iniciativa do indivíduo, antes o reforça, antes o leva ao seu extremo. O consenso é uma prática profundamente transformadora. Por ele instituem-se mudanças globais na estrutura normativa dos grupos, divergindo, por isso, do compromisso (Vieira, 1999). Este é uma forma de discussão que tende a orientar os indivíduos para o conformismo. O fundamental é harmonizar as diferentes perspectivas sem muitos sobressaltos e transformações. É nitidamente uma prática de discussão que visa a manutenção da ordem existente. Podemos então inferir que é na procura de consensos que os jogos de poder e influência pode ser instituídos mais efectivamente. Se a actividade política é a coordenação da influência de modo de gerir os significados da acção, então o consenso é a mediação estratégica para a concretizar.

Em síntese, o poder não pode ser compreendido fora da ordem local e contingente de cada organização, onde os indivíduos, de acordo com a sua posição, disponibilidade de recursos, cultura, agem em função dos interesses específicos que os comandam. O homem, enquanto ser social, não é uma máquina que pode ser racionalmente programada para funções e fins. Enquanto realidades politicamente negociadas, as organizações são sempre impelidas a comunicar com o meio envolvente. A sua sobrevivência depende das interacções estabelecidas durante o processo de comunicação. A actividade que o suporta pode ser incrementada com diversas estratégias que se legitimam como formas específicas da vida em grupo: o regateio e consenso. É neste contexto que as noções de poder e adquirem um significado próprio enquanto conceitos dinâmicos que podem ajudar a compreender melhor os fenómenos de interdependência e influência dos actores (Vieira, 1999).

O poder parece-nos assim surgir como um fenómeno de comportamento interpessoal, sendo simultaneamente uma manifestação de factores estruturais enraizados na organização.

1.2 EVOLUÇÃO DA IDENTIDADE DE ENFERMAGEM

1.2.1 Perspectiva histórica da profissão de enfermagem

A primeira escola de enfermagem foi fundada por Florence Nightingale, no Hospital de St. Thomas, em Londres, em 1860 (Lopes, 2001).

Os cuidados de enfermagem nascem com o Homem, ou seja, existe o cuidado de promover conforto e bem-estar ao indivíduo numa perspectiva holística. Inicialmente os cuidados de enfermagem eram assegurados por freiras. O cuidar do outro era essencialmente caracterizado por um papel religioso e maternal. Segundo Lopes (2001:24-25) *“A génese da enfermagem como grupo sócio profissional está indissociavelmente ligada à expansão do sistema hospitalar, ocorrida a partir do séc. XIX, e às transformações técnicas e sociais que estiveram na origem dessa expansão”*.

Para variados autores, como por exemplo Aiken, Abott, Freidson, tanto a complexificação técnica dos cuidados de saúde, decorrente da institucionalização da moderna medicina científica, como a conseqüente complexificação administrativa e burocratização organizacional do sistema hospitalar, levaram a requerer da enfermagem responsabilidades e competências para as quais não estavam preparadas para as religiosas ou o pessoal indiferenciado que, até então, assegurava as prestações médicas (Lopes 2001).

Florence Nightingale proporcionou a reelaboração da natureza do trabalho de enfermagem, através da sua progressiva dissociação do trabalho doméstico a que sempre estivera associado. E é esta dissociação do trabalho doméstico que irá constituir uma das condições fundamentais para a construção de uma identidade de enfermagem enquanto grupo sócio profissional. Nesta fase é instituída a utilização de técnica asséptica nos cuidados de enfermagem. A evocação de competências necessárias para a elaboração correcta desta técnica vão conferir um carácter técnico ao trabalho de enfermagem, quer na prestação directa de cuidados aos doentes, quer na limpeza das enfermarias e restante meio físico envolvente (Lopes, 2001).

No entanto a ênfase colocada na formação nunca se sobrepôs à importância atribuída à vocação, entendida esta como uma atitude pessoal orientada pelo ideal de servir, no qual se devia consubstanciar a fonte exclusiva de gratificação pessoal e

profissional. Portanto, se a formação constituía uma condição necessária para o acesso à profissão, o recrutamento de candidatos estava, no entanto subordinado ao perfil moral e à aptidão vocacional, estabelecido pelo seu quadro ideológico. Os valores centrais desse quadro organizam-se em dois vectores distintos. Por um lado, a dedicação e a bondade do carácter, enquanto atributos necessários à missão de apoio moral a quem sofre, nos quais se revela a recriação da origem religiosa deste grupo. Por outro lado, os valores de obediência perante as hierarquias e de firmeza perante os que se encontram sob a sua autoridade, evidenciando um modelo disciplinar inspirado na ordem militar (Lopes, 2001).

Crozier e Friedberg (1977) sugerem que o poder pode derivar da posse de uma competência específica, sendo este movido pela diferenciação posicional ou funcional, ou ainda pela capacidade para controlar a comunicação interna das organizações. Assim sendo, o poder reporta-se aos domínios do saber (Carapinheiro, 1993), da ideologia, às regras organizacionais, ao controlo da informação e às relações com o meio. A teoria do poder nas organizações, segundo Crozier et Friedberg (1977), baseia-se no pressuposto de que os indivíduos são detentores de objectivos próprios, possuindo uma margem de liberdade e autonomia e um sentido estratégico perante a organização. O poder e a autonomia são complementares, mas não se diluem, antes porém, reportam-se a questões distintas. O exercício de poder diz respeito ao controlo de recursos, e a autonomia refere-se à capacidade dos actores em controlar os recursos a seu favor (Silva, 2001).

Salvado (1994) refere que a ciência, o saber e a tecnologia são parte fundamental da disciplina de enfermagem. Porém os instrumentos utilizados para adquirir uma destreza e técnica perfeita na enfermagem podem ser considerados uma ameaça lógica interna da prática de enfermagem. Lopes (2001) refere que o processo que esteve na génese da constituição da enfermagem como grupo sócio profissional deu igualmente lugar à reconfiguração do processo de produção de cuidados de saúde. Isto é, deu origem ao desenvolvimento de duas estruturas diferenciadas nesse processo: a estrutura de cuidados e a estrutura de cura. Mauksch, referenciada pela autora acima citada, refere que "foi essa dualidade estrutural que permitiu concretizar a delimitação de um campo específico do exercício da enfermagem e a sua integração na divisão social do trabalho de produção de cuidados de saúde. No entanto, inscreve-se nessa mesma dualidade a estrutural ambiguidade que marcou esse campo.

Ao referir que as principais características que distinguem uma profissão assentam essencialmente no saber e na capacidade de controlo, Freidson, referenciado por Carapinheiro (1998), realça que esta é caracterizada por um “saber” e por um “poder-saber” ou melhor um poder disciplinar no controlo da divisão do trabalho. A combinação do poder dos médicos com o seu monopólio de conhecimentos relevantes e estratégicos para a organização, resulta num terceiro poder, caracterizado por Freidson, como um poder interpessoal com os clientes, intimamente relacionado com o seu estatuto privilegiado de autonomia e uma certa liberdade de actuação.

Do ponto de vista de Silva (2001), a relação dual que se estabelece entre médico e doente é de extrema importância, já que o exercício profissional só se concretiza quando o doente recorre ao seu saber e se submete às suas práticas. Esta relação entre médico e doente é imprescindível para a consolidação do status da profissão médica junto dos clientes e no seio da sociedade. Desta forma os actores detêm um comportamento activo, de certo modo racional, mas limitado.

1.2.2 Autonomia em Enfermagem

Segundo Lopes (2001), diferentes estudos revelam que, na actualidade, a enfermagem encara um processo de mudança e de luta por uma autonomia profissional, moldada por profundas contradições. Na verdade, a dicotomia entre uma orientação do cuidar e do tratar não é linear. Vejamos que ao longo da sua existência, a enfermagem sempre foi marcada pela sua posição de dependência face à autoridade médica, que lhe advém da sua dominância sobre a chamada estrutura da cura. Esta posição de subordinação da enfermagem é produto do facto de a sua estrutura por excelência ser a estrutura de cuidados. Porém, ao participar na estrutura da cura, quando executa as decisões terapêuticas delegadas pelo médico, os enfermeiros desempenham igualmente um papel quer ao nível da estrutura da cura, quer ao nível da estrutura de cuidados, situação que revela com clareza a presença de um certo desdobramento do campo profissional da enfermagem (Lopes, 2001). Assim sendo e de acordo com o mesmo autor, ao falarmos deste desdobramento da enfermagem, esta fica numa situação de subordinação dupla, se assim o podemos dizer, já que a sua posição relativamente aos médicos passa a ser de dependência técnica (i.e. estrutura da cura) de dependência social (i.e. estrutura de cuidados), ou se quisermos simplesmente, cuidar (i.e. visão mais holística do doente) e tratar (i.e. vertente mais instrumental da cura).

Na verdade, ao perspectivar numa lógica *taylorista* a enfermagem, a sua actividade inscreve-se numa modalidade de divisão de tarefas, enquadrada pela delegação pela autoridade médica (Lopes, 2001). À modalidade da concepção, corresponde a actividade dos médicos, uma vez que são os médicos quem decide e quem diagnostica a doença, reservando à enfermagem a execução. Por outras palavras, também podemos dizer que à medicina cabem os saberes profissionais/trabalho de concepção e saber fazer/trabalho de execução. Apesar da filiação institucional, em contexto hospitalar, que lhe impõe o compromisso com os fins institucionais e com as suas regras, existe um certo equilíbrio ambíguo entre a orientação para o doente, que ideologicamente constitui o seu referencial, e as orientações para a instituição, que lhe é requerida pelas suas funções de controlo e manutenção da ordem social dos serviços (Lopes, 2001).

Carapinheiro (1998) refere que a enfermagem possui poucos recursos estratégicos. Segundo a autora em causa, o único recurso estratégico que possuem quando nos processos de negociação é o do “saber periférico” do enfermeiro com o do “saber central” dos médicos. Penett citado em Lopes (2001) menciona que a enfermagem não se limita a aguardar ordens médicas, pois, dado o carácter de continuidade de cuidados que é inerente a esse trabalho, necessita frequentemente de tomar a iniciativa de requerer dos médicos directivas e instruções.

Assim sendo, as funções desempenhadas pela enfermagem são ainda limitadas, em contexto hospitalar, uma vez que são destinadas apenas ao cuidar, a enfermagem não pode constituir-se num campo de exercício profissional efectivamente autónomo, falar de actividades de enfermagem e da sua relação com o doente não é apenas falar de trabalho de execução, mas também de trabalho de decisão, na medida em que se encontram ambos intimamente relacionados no quotidiano da interacção.

A grande revolução deu-se sobretudo com a criação do processo de enfermagem. Este processo é assim criado a fim de identificar os problemas dos doentes e uma possível resolução, implementação desses mesmos planos e a sua posterior avaliação implicando a observação e recolha de dados, a avaliação da situação, um planeamento da sua resolução, a sua implementação e uma estimativa do resultado final (Lopes, 2001).

Segundo a mesma autora referida anteriormente, a enfermagem tem-se debatido com a implementação de uma aprendizagem altamente qualificada. Na tentativa de aquisição de um status mais elevado, os membros de enfermagem apostam grandemente

na educação, tentando trocar a aprendizagem através da experiência por um programa educacional. O corpo de enfermagem caracteriza-se, hoje, pela permanência de membros formados em instituições académicas com graus universitários, rejeitando-se as escolas baseadas predominantemente nos hospitais. A extrema importância declarada, por parte dos enfermeiros, à educação como veículo portador da mudança do seu *status* profissional, a demonstração de projectos e as conferências em colaboração entre médicos e enfermeiros são entendidos como merecedoras de elevada importância. Um outro argumento utilizado pelos enfermeiros na tentativa de aquisição da autonomia desejada prende-se com o repensar das necessidades dos doentes.

Ao estar direccionada para o tratamento da doença, a medicina deixa para os membros do corpo de enfermagem o papel do fazer à mão (i.e. *handmaiden*) para o qual as virtudes ideais, definidas por Florence Nightingale, são a devoção e a obediência.

De facto existem outras percepções no visionamento do doente onde, devido ao carácter de contacto contínuo entre este e os enfermeiros e ao facto dos médicos não adquirirem um papel de primazia nessa relação, os primeiros podem ser entendidos como coordenadores apropriados dos cuidados de saúde. Chamados unicamente com o intuito de ajudarem na resolução de problemas específicos, os médicos passam a efectivar as suas tarefas numa posição de subordinação ao enfermeiro, revertendo-se a lógica de poder habitual. Aliada a uma maior especialização e tecnicismo nas tarefas executadas, a enfermagem salienta um maior contacto com os pacientes sendo o mesmo mais frio e distante. Para Porter (1986), esta aproximação racional salienta sobretudo uma maior supervisão e controlo dos enfermeiros. Embora seja permitido, aos doentes, um maior envolvimento e questionamento dos tratamentos que lhes são administrados, a relação enfermeiro-doente é, no entanto, desigual, detendo os membros de enfermagem uma dominação, ainda que relativa, sobre os pacientes.

Apesar das estratégias adoptadas pela enfermagem, existem muitos pontos de conflito. Uma das dificuldades da implementação da sua autonomia reside na existência da enfermagem confinada às margens dos poderes da medicina, sendo a mesma alvo de diferentes concepções por parte dos seus membros. Acompanhada pela ideologia hospitalar da humanização e reintegração, a profissão de enfermagem sempre esteve associada ao papel psicossocial de acompanhamento do doente e sua inserção social. A possibilidade de desenvolvimento de estratégias de revalorização do seu estatuto profissional parece estar comprometida, quer pela escassez de recursos quer pela prevalência deste papel que, por sua vez, é facilmente justificado pelas razões

«naturais» da sua presença contínua nos serviços, e dos conhecimentos e informações de primeira-mão sobre o estado físico e psíquico dos doentes que essa presença possibilita (Carapinheiro, 1998). Como resultado, a enfermagem rapidamente foi centro de uma enorme contradição, reconhecendo-se o seu papel psicossocial — concesso de uma “verdadeira autonomia”, visto ser este que distingue os profissionais de enfermagem de qualquer outro profissional de saúde — por um lado e, por outro, determinando-se totalmente o seu *status* social pela sua posição objectiva na produção dos cuidados de saúde. Rejeita-se então a concepção tecnicista da ocupação, desvalorizada pelo reforço do papel psicossocial que acompanha a mesma.

Carapinheiro (1998) considera simultaneamente a divisão de concepções da profissão de enfermagem existente entre os enfermeiros de blocos hospitalares diferentes. No caso dos enfermeiros das unidades de cuidados intensivos, tratam-se de membros do corpo de enfermagem em que a revalorização profissional é mais acentuada. Lidam diariamente com situações inesperadas que lhes exigem um grande conhecimento técnico e profissionalismo, sendo valorizados pelos médicos devido ao seu trabalho essencial na cura do doente. Os enfermeiros das unidades representam a imagem da «verdadeira enfermagem».

Reconhecem-lhes a exigência e rigor profissional e concedem-lhes a possibilidade da crítica das atitudes médicas tradicionalmente usadas nas enfermarias, embora sentindo-a como agressão ao padrão habitual das relações médico-enfermeiro, só tolerado pelo facto de se reconhecer que o funcionamento da unidade depende sobretudo das competências e práticas de enfermagem, que dificilmente podem ser substituídas pelas competências médicas (Carapinheiro, 1998). É nas unidades de cuidados intensivos que são conhecidos os méritos da enfermagem, onde a rotina é quase nula e os próprios actos mais rotinizados como fazer a cama do doente implicam uma grande importância técnica. Num estudo sociológico sobre as identidades de enfermagem, Lopes (2001), considera que a maior imprevisibilidade que se inscreve na natureza do trabalho predominante nestes contextos, e a maior interdependência funcional entre o trabalho de enfermagem e o trabalho médico, não só redefine o valor estratégico dos saberes de enfermagem para a gestão dessa imprevisibilidade, como reincorpora nos seus saberes novas competências técnicas e conceptuais.

Torna-se assim, central o constante accionamento de saberes analíticos aliado a uma articulação dos saberes locais e táticos, indispensáveis para o domínio cognitivo e manuseamento dos equipamentos tecnológicos. Existindo grandes zonas de incerteza

quanto ao estado de saúde/doença de muitos dos pacientes, os enfermeiros encontram um campo pleno de possibilidades face a uma autonomia da ocupação e a um status mais gratificante, reafirmando a própria dimensão teórico-científica da ocupação.

Embora os profissionais de enfermagem se movimentem, muitas vezes, entre interesses médicos e interesses dos doentes, unanimemente afirmam que o contacto com estes últimos é essencial à sua profissão, aparecendo como um traço estrutural comum da identidade profissional dos enfermeiros. No entanto, está posto de lado o envolvimento afectivo por poder obviar ou até bloquear tanto o exercício deste papel como o exercício de todas as tarefas formalmente atribuídas ao pessoal de enfermagem (Carapinheiro, 1998). O que se acaba por verificar é uma distância ao sofrimento e ansiedade, gerados pelo contacto permanente com o doente, através de uma aprendizagem mais qualificada. Por outro lado, os profissionais de enfermagem debatem-se, hoje, com uma posição tida de stress, ao tentarem corresponder a uma autonomia transmitida através da escola deparando-se, todavia, com uma subordinação ao poder médico-institucional existente nos hospitais (Basto, 1998).

Os serviços hospitalares constituem um espaço sócio organizacional específico, uma espécie de ponto de encontro entre diferentes formas de poder, moldado pelos seus respectivos universos simbólicos e as suas estratégias recíprocas. O estudo de Carapinheiro (1998), sobre a realidade hospitalar revela que, subjaz neste conjunto de estratégias e ideologias profissionais que lhe dão sentido, a dominação das estratégias médicas que delimitam, no seu campo de acção, tanto as estratégias de enfermagem, assim como a possibilidade de comportamentos estratégicos dos doentes. Apesar da enfermagem ter vindo a efectuar tentativas de desenvolvimento de estratégias de revalorização profissional, nomeadamente através da formação e qualificação, é de ressaltar que a autonomia profissional nos conteúdos de trabalho é ainda escassa (Lopes, 2001).

Assim sendo, uma das estratégias que a enfermagem tem vindo a mobilizar trata-se do seu papel psicossocial junto dos utentes/doentes, subordinando o conteúdo técnico do seu trabalho, distantes das meras atitudes terapêuticas que lhe são atribuídas formalmente pelos médicos, construindo progressivamente, um maior aproveitamento da duração e presença contínua nos serviços para maximizar a relação com os utentes/doentes. Carapinheiro (1998) conclui que o enfermeiro ocupa uma posição de mediação entre médicos e utentes. Esta posição conduz à definição de *“estratégias concentradas entre médicos e enfermeiros na imposição ao doente de uma forma de*

estar na enfermaria que não dificulte a organização das rotinas” (Carapinheiro, 1998:585).

Um dos recursos que os enfermeiros podem utilizar para implementar esta estratégia é o uso da comunicação.

Thayer (1979), considera que comunicar é o meio pelo qual dois ou mais intervenientes produzem e interpretam significados e, de certa forma, constroem e põem em comum um entendimento recíproco, a comunicação é um processo complexo, de contornos fluidos e pouco delimitados, já que a troca de significação está subjacente, em maior ou menor dimensão, a todos os fenómenos psicossociais.

A forma de comunicação reflecte o tipo de estrutura organizacional. A própria comunicação tem uma influência significativa na estrutura e no seu funcionamento, sendo um elo bastante poderoso para determinar o seu funcionamento e a sua coordenação (Rocha, 2005). Os indivíduos geram um determinado padrão no processo de comunicação, o seu conteúdo pode ser formal ou informal, a direcção da comunicação pode ser vertical ou horizontal. Mediante estas características os próprios indivíduos de uma organização de uma organização são essenciais para o estipular das relações existentes dentro do seio de cada grupo. O poder surge como uma relação social recíproca mas desequilibrada, mas onde estão sempre presentes formas de dominação por processos do tipo formal e informal. O poder é uma relação recíproca na medida em que está subordinada a um processo de negociação e troca, mas desequilibrada porque os actores não podem utilizar trunfos iguais numa relação de troca. Segundo Crozier et Friedberg (1977), a relação de poder é uma relação de força onde um indivíduo pode retirar vantagem sobre o outro, e ambos têm poder face ao outro.

O poder é uma relação instrumental porque os actores utilizam determinados recursos para atingir os seus objectivos. O poder é uma relação não transitiva, na medida em que ele é inseparável dos actores que estão envolvidos numa relação particular. A existência de uma zona de incerteza no funcionamento das organizações constrange os actores a utilizar dois recursos fundamentais nas relações de poder. Primeiramente é um recurso de características individuais, sociais, culturais e económicas. O segundo recurso decorre dos constrangimentos estruturais, sendo eles que vão determinar quais os recursos que um actor pode mobilizar na sua relação de poder.

O poder informal assume assim um estatuto de variável independente na explicação dos comportamentos políticos e estratégicos dos actores individuais, grupais e organizacionais. Sendo assim o actor organizacional traduz uma concepção colectiva activa do sujeito no contexto de um grupo de autonomia que lhe garante trunfos para jogar o jogo do poder. Crozier et Friedberg (1977) referem que a autonomia dos actores circunscrita à sua liberdade relativa, dinamiza se numa zona de incerteza. Na definição de poder sobressai o seu carácter relacional, deste modo o poder é uma relação e não um atributo dos actores. Qualquer relação supõe não só a troca como também a adaptação de um actor ao outro e, logicamente uma negociação entre ambos. A organização ao determinar o poder que os indivíduos e grupos podem exercer, delimita e disciplina, com as suas estruturas e regras o espaço de intervenção dos actores, condicionando em parte estratégias e os jogos dos mesmos (Ferreira et al, 2001).

Os actores desenvolvem as suas estratégias específicas como também procuram apropriar se do máximo de poder nas suas relações com os outros quando estão em presença de situações que exigem a resolução de problemas pertinentes. Perante este tipo de situações os indivíduos desenvolvem diversos tipos de poder. Um deles relaciona se com as competências comunicacionais e da informação. Cada actor pode gerir a informação de que dispõe em função das suas estratégias específicas. A informação pode dar origem a um processo de negociação, ou ainda, a conflitos nas relações de poder entre os actores individuais e colectivos. Existe uma que deriva do papel que cada actor tem como emissor receptor de informação, ou seja, cada actor pode regular a seu favor a imprevisibilidade comportamental na resolução de problemas comunicacionais.

Outra fonte de poder resulta da capacidade de descodificação das regras e regulamentos da organização. Os actores conseguem por vezes criar regras e constrangimentos de um modo informal. As relações entre superiores e subordinados são características de um processo de negociação e jogos de poder, com possível criação de novas regras, de forma a permitir a socialização da imprevisibilidade comportamental que surge na zona de incerteza.

Cada actor interage com os outros, negociando, desenvolvendo as suas estratégias, criando mecanismos de integração que geram interdependências e relações de poder nas organizações. Como refere Crozier et Friedberg (1977) o jogo é considerado o instrumento principal no uso do poder. O jogo é uma construção humana

sujeita às contingências culturais de uma sociedade ou organização e às capacidades dos actores que fazem parte dele.

A análise estratégica considera que o funcionamento da organização decorre dos papéis que os diferentes actores jogam e esse jogo é caracterizado por regras do tipo formal e informal. As organizações são construções sociais que resultam das características das interações dos actores individuais e colectivos e podem controlar a seu favor a imprevisibilidade comportamental que emerge da zona de incerteza. Os actores podem espontaneamente e informalmente desenvolver um conjunto de recursos e fontes de poder que lhes permite prosseguir os seus objectivos e estratégias.

Sendo assim, que relações existem nas equipas de enfermagem? Como se estruturam estas relações? Qual a sua relação com o contexto profissional? Quais os efeitos esperados?...

São questões a analisar ao longo deste estudo. Para isso vamos então delinear a nossa metodologia de investigação.

CAPITULO II

2. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

2.1 PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

A pesquisa científica surge-nos como uma actividade centrada na solução de problemas teóricos ou práticos, recorrendo ao uso do método científico. A metodologia tem pois uma relação de interioridade com as práticas de investigação, exerce uma função crítica da sua própria investigação. A classificação dos métodos é uma das principais tarefas de metodologia. Tem como principal função clarificar os campos de incidência, detectar os principais problemas que nele se levantam, codificar as soluções provisórias exploradas nas investigações através da articulação dos respectivos percursos (Almeida; Madureira, 1995).

Qualquer investigação em ciências sociais deve conter uma coerência de acção, sendo sugerido, por Quivy et Campenhoudt (2003), a adopção de uma pergunta de partida. Neste trabalho, a **questão de partida** é a seguinte:

- As relações de poder existentes entre os elementos da equipa de enfermagem revertem para um objectivo comum, a autonomia profissional, ou por outro lado, têm uma vertente com interesses pessoais e individuais que não beneficiam em nada o desenvolvimento da própria organização?

A **definição de objectivos** numa pesquisa é fundamental porque permite orientar todo o processo de pesquisa.

Como tal, seleccionámos os seguintes objectivos:

Objectivo geral:

⚡ Aprofundar o conhecimento sobre as relações formais e informais existentes nos elementos de enfermagem

Objectivos específicos

⌚ Compreender a influência das relações de poder no desenvolvimento e autonomia da profissão de enfermagem.

⌚ Conhecer as relações formais e informais existentes nos elementos de enfermagem.

2.2 ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

2.2.1 Tipo de estudo

Na investigação social é importante considerar que a escolha, a realização e a organização da metodologia a aplicar variam consoante também a especificidade da investigação (Quivy; Campenhoudt, 2003). De acordo com o tema de investigação seleccionado pretendo utilizar o **método qualitativo**. Na abordagem qualitativa, o investigador não se considera como um perito, mas reconhece uma relação de inter subjectividade entre ele e o objecto de estudo. O sujeito produtor de conhecimentos está, enquanto ser humano, ligado ao seu objecto e o objecto, igualmente um sujeito humano, é dotado de um saber e de uma experiência que se lhe reconhece (Fortin, 1999).

Numa investigação qualitativa, os dados são analisados em toda a sua riqueza, respeitando tanto quanto possível a forma tal como foram registados (Quivy; Campenhoudt, 2003).

A produção de conhecimentos resultante das definições dos actores, tendo em conta a sua subjectividade e a sua experiência individual, remete para um estudo de carácter qualitativo. A pesquisa qualitativa assume-se desta forma como modos de inquirição sistemática preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza das suas transacções consigo mesmos e com os seus arredores (Polit; Hungler, 1995). Estes autores consideram que a pesquisa de conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela vivida e relatada pelos próprios intervenientes.

O domínio de investigação em ciências de enfermagem corresponde aos conceitos próprios da enfermagem, que são a pessoa, o meio ambiente, a saúde, o cuidar e as relações que se estabelecem (Fortin, 1999).

A investigação qualitativa pretende desenvolver o conhecimento apoiando-se no raciocínio indutivo, que em oposição ao procedimento dedutivo, de elaboração fechada, construída a partir de resultados de investigações anteriores, tem na sua base a pesquisa exploratória (Fortin, 1999).

Na análise de realidades construídas, partilhadas e interpretadas a pesquisa qualitativa constitui-se também como holística, pela preocupação com os indivíduos e seu ambiente, e naturalista, sem se pretender impor qualquer limitação ou controle por parte do investigador (Polit; Hungler, 1995).

A investigação qualitativa utilizada assume-se também como descritiva, na descrição rigorosa dos fenómenos, tal como estes são apresentados pelos sujeitos. Como tal, o tipo de estudo a ser utilizado será o **estudo descritivo**. Fortin (1999) considera que os estudos descritivos visam obter mais informações, quer seja sobre características de uma população, quer seja sobre fenómenos em que existem poucos trabalhos de investigação. O estudo descritivo simples consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.

Fortin (1999) considera, acerca da investigação descritiva, que esta tenta compreender a forma mediante o qual as pessoas constroem significados e descrevem esses mesmos significados. Por sua vez, Watson (2002) considera que este tipo de método tenta descrever e compreender experiências humanas conforme surgem ao conhecimento.

Ao serem recolhidos os dados, o mundo do sujeito é abordado de uma forma minuciosa e simultaneamente complexa e por isso o presente estudo é também **exploratório**.

Gil (1989) define a finalidade do mesmo como desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vista à formulação de problemas mais precisos. Sendo de carácter exploratório constitui o primeiro passo na abordagem compreensiva do fenómeno a investigar, de forma a obter uma nova percepção deste, assim como descobrir novas ideias.

De facto o estudo profundo de diferentes fenómenos relacionados com a saúde e suas relações com outros fenómenos mostram-se necessários para uma melhor compreensão dos mesmos e incitadores de novos ou repetidos estudos (Fortin, 1999).

2.3 PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

2.3.1. Instrumentos de recolha de dados

As técnicas de investigação são conjuntos de procedimentos bem definidos e transmissíveis, destinados a produzir certos resultados na recolha e tratamento da informação requerida pela actividade de pesquisa (Almeida; Madureira, 1995).

A pesquisa e a leitura bibliográfica constituem técnicas de recolha de dados a utilizar na realização do trabalho de investigação. Considerar outros trabalhos existentes, autores críticos ou coincidentes, poderá ajudar na construção do processo de investigação. É importante mencionar que o tempo de leitura nunca será ilimitado e por isso o estabelecimento de limites é um aspecto relevante a ter em conta (Quivy; Campenhoudt, 2003). Não existe investigação sem documentação. O trabalho de pesquisa torna obrigatório o recurso a elementos bibliográficos. A recolha de dados deve desta forma ser persistente, tanto a nível da documentação oficial, como bibliografia especializada, dissertações de mestrado, teses de doutoramento, relatórios e monografias.

A pesquisa bibliográfica e análise documental pode garantir uma base de apoio teórica, por outro lado a entrevista concede-nos um contacto realizado com o próprio indivíduo social.

Quivy et Campenhoudt (2003) consideram que os métodos da entrevista distinguem-se pela aplicação dos processos fundamentais de comunicação e interacção humana. Correctamente valorizados, estes processos permitem ao investigador retirar das entrevistas informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados.

Fortin (1999) refere que a entrevista é um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigações formuladas. Tratando-se de um processo planificado, de um instrumento de observação que exige dos que o executam uma grande disciplina.

Gil (1989) refere igualmente que a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no facto de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenómenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar directamente.

A qualidade da pesquisa bibliográfica pode, contudo, ficar comprometida se os dados forem processados de forma errada. Para reduzir esta possibilidade convém pois que os pesquisadores se assegurem das condições em que os dados foram obtidos, analisar em profundidade cada informação para descobrir possíveis incoerências ou contradições e utilizar fontes diversas, cotejando-as cuidadosamente (Gil, 1989). É portanto necessária uma selecção criteriosa quer da fonte, quer do conteúdo do material consultado.

Quivy et Campenhoudt (2003), referem que as *técnicas de entrevista* são frequentemente utilizadas em investigação social, a sua utilização está especialmente adequada quando se pretende dados referentes ao sentido que os indivíduos dão às suas práticas, aos seus valores e às interpretações das suas experiências.

Quivy et Campenhoudt (2003), enunciam um dos objectivos para quais o método da entrevista é adequado passa pela análise do sentido que os actores dão às suas práticas e aos seus acontecimentos com os quais se vêem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as suas interpretações de situações conflituosas ou não, as leituras que fazem das suas próprias experiências, sendo também essencial também a análise de um problema específico: os dados do problema, os pontos de vista presentes, o que está em jogo, os sistemas de relações, o funcionamento de uma organização.

Pretendemos utilizar a **entrevista semi-directiva**, no sentido em que não é inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Seguindo o pensamento de Quivy et Campenhoudt (2003), iremos tentar formular questões que sejam relativamente abertas mas que tenha a capacidade de conseguir obter o máximo de informação pretendida pelo entrevistado. O entrevistado irá falar abertamente, com as palavras e a ordem que desejar.

Bell (2002) refere-se aos tipos de entrevistas disponíveis sob a forma de continuum de formalidade, encontrando-se num extremo a entrevista completamente formalizada e no outro extremo a entrevista completamente informal. Dos vários tipos de entrevista existentes, considerou-se que para este trabalho a mais adequada seria a entrevista semi-dirigida. Nesta o investigador dispõe de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da

parte do entrevistado (Quivy; Campenhoudt, 2003). As perguntas guia servirão para orientar o investigador durante a realização da entrevista. Cada vez que o entrevistado se afastar dos objectivos da entrevista, o investigador faz uso do guia da entrevista.

Numa primeira fase construiu-se um guião da entrevista, aplicado a três enfermeiros do meu local de trabalho, que não fizeram parte da amostra final do estudo. Após esta primeira aplicação, o guião da entrevista foi reformulado no sentido de conseguir obter respostas que fossem de encontro aos objectivos propostos.

Posteriormente as entrevistas foram realizadas no domicílio dos enfermeiros e foram sujeitas a gravação áudio e registos manuais, após consentimento informado do entrevistado. Foi também assegurada a confidencialidade das informações recebidas.

2.3.2 Entrevistados e critérios de selecção

A selecção dos entrevistados obedeceu a alguns “critérios de escolha”: idade, sexo, tempo de experiência profissional, função exercida (enfermeiro prestador de cuidados directo ou enfermeiro coordenadores) e habilitações académicas.

De seguida apresenta-se o quadro resumo de caracterização dos enfermeiros entrevistados. Verifica-se que predominam os profissionais do género feminino, com uma média de idades de 30 anos.

Quadro nº 1 – Características gerais dos entrevistados

| IDENTIFICAÇÃO | IDADE | SEXO | TEMPO DE SERVIÇO | FUNÇÕES DESEMPENHADAS |
|---------------|-------|------|------------------|---|
| E1 | 26 | F | 5 anos | Enfermeiro prestador directo de cuidados Quadro do HMA Alfredo da Costa Contrato termo incerto no IPOFG-Lisboa Licenciatura em Enfermagem |
| E2 | 26 | F | 5 anos | Enfermeiro prestador directo de cuidados: exercer funções no serviço de cirurgia do IPOFG, duplo na UCI, serviço urologia Hosp. Militar, e cuidados domiciliários. Exerce funções de chefe de equipa há 1 ano Licenciatura em enfermagem Pós graduação em Saúde Mental |
| E3 | 26 | F | 5 anos | Enfermeira no serviço de cirurgia IPOFG e no Hospital Militar, serviço de Urologia Exerce funções de Enfermeira Coordenadora há 2 anos |

| | | | | |
|-----------|-----------|----------|----------------|---|
| | | | | <p>Licenciatura em Enfermagem Formadora das AAM (infecção hospitalar)</p> |
| E4 | 27 | F | 6 anos | <p>Enfermeira prestadora de cuidados directos Curso de Bacharel em Enfermagem Ano Complementar de Formação Pós Graduação em Saúde Mental Apoio na coordenação</p> |
| E5 | 42 | M | 18 anos | <p>Enfermeiro no Hospital Força Aérea (Quadro), exercer funções como 2º elemento de equipa , no serviço de cirurgia (urologia, oftalmologia, otorrino, cir. plástica) Fez duplo durante 12 anos no serviço de Hemodiálise 1 ano em cirurgia no Hosp. Fernando Fonseca 8 anos Centro de Saúde da Base aérea de Sintra 8 anos no serviço de Urgências no Hosp Francisco Xavier Bacharelato Escola Serviço Militar Ano Complementar Licenciatura em Enfermagem Curso Guerra Nuclear, Biológica, Química Curso especializado “ Evacuações Aeromédicas” Curso de Enfermagem em Combate Curso de Formação SB e Avançado de Vida (elemento formador e de integrador de elementos) Curso Trauma Nursing Elemento formador e integrador de novos elementos no serviço de cirurgia HForçaAérea.</p> |
| E6 | 49 | F | 25 anos | <p>Enfermeira prestadora directa de cuidados 14 anos no IPOFG- Coimbra 11 anos no IPOFG- Lisboa Bacharelato em Enfermagem Ano Complementar de Licenciatura em Enfermagem</p> |
| E7 | 27 | F | 7 anos | <p>Enfermeira prestadora directa de cuidados no IPOFG- Lisboa (Contrato Efectivo, função pública) Exerce funções de Chefe de Equipa desde Janeiro 2006 Fez duplo: 1 ano Clínica privada de Sº Lucas (cirurgia) Ano e meio no Hospital Militar (Cirurgia geral, SO, ortopedia e neurocirurgia) Ano e meio no Hospital Egas Moniz (otorrino e urologia, adultos e pediatria) Curso de Bacharelato em Enfermagem~ Ano Complementar de Licenciatura em Enfermagem Pós Graduação em Enfermagem Oncológica Integrada no projecto de formação para cuidados paliativos no IPOFG- Lisboa (2006)</p> |
| E8 | 26 | F | 6 anos | <p>Enfermeira prestadora directa de cuidados Exerceu funções de Chefe de Equipa durante 2 anos Bacharelato em Enfermagem Ano Complementar Licenciatura em Enfermagem Pós Graduação Saúde Mental na ESEnf SJoãoDeus em Évora</p> |

| | | | | |
|------------|-----------|----------|---------------|--|
| | | | | Formadora em serviço Integradora de alunos e elementos recém formados |
| E9 | 28 | M | 8 anos | Enfermeiro prestador de cuidados directos 5 anos no IPOFG-Lisboa (cirurgia) Fez duplo no Hospital da Estrela (cirurgia e recuperação) e clínica de Sº Lucas Actualmente (desde há 3 anos) exerce funções de enfermeiro prestador directo de cuidados, mas integrado em funções variadas de formação, integrador e coordenação no SAMS, lar de idosos. Bacharelato em Enfermagem |
| E10 | 25 | F | 4 anos | Enfermeira prestadora de cuidados directos Integrada em projectos de formação na área de oncologia, cuidados paliativos e dor oncológica Fez duplo no Hospital Júlio de Matos Licenciatura em Enfermagem Mestrado na área de Gestão em Saúde |
| E11 | 28 | F | 8 anos | Enfermeira prestadora de cuidados directos Responsável e coordenadora no serviço de consultas de urologia IPOFG-Lisboa Membro integrante do grupo responsável para abertura de consulta de estomoterapia Fez duplo no Hospital Cruz Vermelha (especialidade Cardioráxica e Obstetrícia) Bacharelato em Enfermagem Curso de Investigação em Enfermagem |

FONTE Entrevistas

Relativamente ao tempo de experiência profissional era exigido tempo mínimo de 2 anos de profissão; e elementos pertencentes a diferentes organizações hospitalares com experiências várias em diferentes serviços. Elementos com funções de prestação directa de cuidados, coordenação e chefia de enfermagem.

Estes aspectos foram fundamentais na delimitação da unidade de análise deste trabalho de investigação. Uma vez definida a unidade de análise, ficaram garantidos os mesmos ‘critérios de escolha’ para todos os entrevistados. Só assegurando que todos os entrevistados estão sujeitos a um conjunto de critérios semelhantes, posso adquirir um conjunto de documentos pertinentes, que se constituam como fonte de informação propícia a dar resposta aos objectivos deste estudo.

No mês de Março de 2006, foram realizadas três entrevistas que não foram seleccionadas para o trabalho, foram apenas feitas para eventual reformulação do guião de entrevista. Era necessária uma fase experimental para o guião da entrevista, e

percepcionar os erros a corrigir, no sentido de reformular as questões e orientar a visão dos próprios entrevistados para uma melhoria dos objectivos pretendidos neste trabalho.

No mês de Abril foram então realizadas as onze entrevistas. Realizado contacto pessoal a todos os enfermeiros, no qual se explicou os objectivos do estudo, duração aproximada da entrevista, assegurada a confidencialidade dos dados e gravação da entrevista e agendou-se uma data e um local para a realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas num local seleccionado pelos entrevistados; domicílio, jardim, etc....

2.4 PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Terminadas as entrevistas, no mês de Maio estas foram ouvidas e transcritas em suporte informático / papel, que vieram a constituir-se num *corpus* de análise. Durante a transcrição, sempre que foram mencionados nomes próprios, estes foram substituídos por um nome fictício, para garantir a confidencialidade, assegurada no início da entrevista.

Em investigação social o método das entrevistas está sempre associado a um método de **análise de conteúdo**. Segundo Almeida e Madureira (1995) as técnicas clássicas tendem a ser complementadas por técnicas do tipo quantitativo: a semântica quantitativa, que estuda o vocabulário dos textos por processos estatísticos de forma a analisar os estilos, a detectar lacunas, e a análise de conteúdo, que procura agrupar significações, e não vocábulos, e é, em princípio, aplicável a todos os materiais significantes, a todas as «comunicações», não se cantonando aos textos escritos.

A análise de dados leva à representação modificada da informação e a confrontação desta análise produzida a níveis envolventes em escalas distintas poderão levar a mostrar critérios comuns (Bardin, 2005). A finalidade da análise de conteúdo é a inferência sobre as mensagens efectuadas, após os procedimentos de inventariação e sistematização das suas características (Vala, 1993).

Quivy et Campenhoudt (2003) referem que esta técnica pode ser utilizada para análise dos valores e dos significados sociais.

Segundo Bardin (2005) a análise de conteúdo consiste na inferência que o pesquisador faz acerca das mensagens que recebe. Este procedimento organiza se, essencialmente, em torno de três momentos: a pré-análise, a exploração do material e o

tratamento de dados. A fase inicial consiste na análise das entrevistas. Assim após a transcrição do conteúdo das mesmas, registado em banda magnética, faz-se uma leitura flutuante. Na pré-análise procede-se à escolha dos documentos a serem analisados, à formulação das hipóteses e dos objectivos e à elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final. É a fase da organização, realiza-se ainda a constituição do *corpus*, que é o conjunto dos documentos a serem submetidos ao tratamento analítico (Bardin, 2005). Terminada a pré análise passa-se à fase de exploração de material. Deste modo efectua-se a codificação, ou seja, a transformação sistémica dos dados brutos agrupando-os em unidades. Neste processo os dados brutos são sistematicamente transformados e agregados em unidades, os quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2005).

Nesta fase são aplicadas três regras: recorte, enumeração e classificação/agregação. O recorte é um procedimento adequado ao estudo das motivações, opiniões, atitudes e crenças. Neste sentido o recorte da unidade de registo será de nível semântico, o tema. A enumeração passa pelas regras e modo de contagem.

Os critérios que presidem à sua definição devem ser claramente explicitados. (Vala, 1993). Seguidamente virá a classificação das categorias ou categorização, é um processo tipo estruturalista que compreende duas operações: classificação por diferenciação dos elementos e reagrupamento de acordo com os critérios definidos (Bardin, 2005).

Esta ideia é também reforçada por Vala (1993). A definição das categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*, ou através da combinação de dois processos e deverão ter as seguintes características: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, exaustiva e objectivas. A análise de conteúdo tem de garantir pressupostos de fidelidade e validade. No estudo será testada a fidelidade inter codificadores (total de categorizações efectuadas) e a fidelidade intra codificador que será garantida pela explicitação de todos os critérios e pressupostos aplicados nas diferentes etapas, de forma a garantir a coerência na sua aplicação. A condição necessária para a reprodução dos factos ser fiel e análise válida é a execução correcta de todas as etapas.

A análise de conteúdo trata, portanto, da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização e de atribuição de traços de significação (Silva; Pinto, 1986).

Obteve-se, assim, as designações E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9 e E10 e E11. As entrevistas e o *corpus* de análise das mesmas, segmentado em unidades de

registo são apresentadas em anexo e demonstram a forma como o tratamento de dados foi feito em todas as entrevistas.

Numa fase já de exploração, o *corpus* foi codificado, no sentido de atingir uma representação dos dados brutos. A codificação diz respeito ao processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo (Bardin, 2005). Em análise qualitativa, a organização da codificação compreende o *recorte* (i.e. escolha das unidades de análise), a *enumeração* (i.e. selecção da regras de contagem) e a *classificação* e a *agregação* (i.e. escolha das categorias). Esta organização será apresentada no seguinte capítulo; apresentação e análise dos dados.

CAPÍTULO III

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

3.1 ATITUDES DE LIDERANÇA

Mendes (2005) refere que o gestor de enfermagem deverá ser um líder, em todos os aspectos, tornando-se um exemplo a seguir, sob o perigo de enfermar, pois um ambiente em constante mudança como se tem vindo a verificar, necessita de constantes reajustamentos dos seus actores. A análise do seu perfil de liderança é fundamental para se conhecer a si próprio como líder. As teorias de liderança deverão ser familiares, e deverá mesmo utilizá-las adaptando o estilo de liderança às situações ou à maturidade dos liderados. O enfermeiro chefe deverá saber definir-se nos aspectos de liderança, conhecendo os seus pontos fortes e fracos de modo a tomar a melhor decisão e a levar os subordinados a atingir os objectivos propostos. Sendo o enfermeiro chefe um parceiro interno nas organizações de saúde e um garante fundamental para o sucesso das mesmas, a sua preparação em liderança, ensinar-lo-á a reconhecer o papel fundamental que exerce, assim como a necessidade de desenvolver habilidades necessárias para assistir os subordinados nestes tempos de mudança, e competências em liderança, onde deverão constar: saber dirigir os outros, fazer uma boa gestão de grupo, sensibilidade interpessoal, confiança em si próprio, saber utilizar influência estratégica, ter um pensamento analítico, ter iniciativa, ter uma orientação voltada para o empreendimento, e possuir bons métodos de persuasão.

De acordo com as respostas dos entrevistados, obtive três categorias a analisar: características da chefia, condução e organização do trabalho; e afastamento da prestação directa de cuidados, como podemos observar no Quadro 2.

Quadro nº 2- Atitudes de Liderança

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIAS |
|-------------------------------|---|
| ATTITUDES DE LIDERANÇA | CARACTERÍSTICAS DA CHEFIA |
| | CONDUÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO |
| | AFASTAMENTO DA PRESTAÇÃO DIRECTA DE CUIDADOS |

FONTE: Entrevistas

Gaspar, referenciado por Silva (2001), identifica vários factores responsáveis pela crise de liderança:

1. Existência de conflito entre o passado e o presente nas expectativas de liderança. As estratégias de confrontação e negociação tendem a ser vistas como anti profissionais, relativamente às normas culturais passadas de fragilidade, submissão e evitamento de conflito, associadas a esta profissão, normas essas que foram reforçadas e perpetuadas pelas escolas.

2. Prevalência de valores negativos associados à autoridade, gestão e liderança, em que os gestores são muitas vezes percebidos como ameaça aos direitos individuais da liberdade, autonomia e liberdade. Também Leininger, referenciado pelo autor acima referido, aponta a existência deste sentimento negativo nas escolas de enfermagem e no exercício, sugerindo que pode ser originado pela desadequação de alguns lugares de direcção,

3. A imagem cultural e o papel da mulher na sociedade que são entendidos como factores de importância crítica numa profissão eminentemente feminina.

4. A crescente dimensão e complexidade das organizações de saúde.

5. A ambiguidade de papéis da enfermagem, relativamente aos da medicina.

Existem dificuldades na compreensão de que a medicina e a enfermagem são diferentes, sendo a ruptura entre estes dois saberes, dificultada mesmo a nível das escolas, pelas implicações de desenvolvimento dum corpo teórico próprio e ainda pelas exigências ao nível da diferenciação prática. No essencial as disciplinas da medicina e enfermagem complementam se mutuamente, mas as dimensões de complementaridade entre ambas necessitam de ser delimitadas. Todos estes factores, inevitavelmente,

contribuem para uma fraca capacidade de decisão e desenvolvimento para a autonomia da profissão. Os entrevistados também partilham destas ideias e considerando as análise das entrevistas forma organizadas várias sub-categorias para as três categorias referidas anteriormente:

Quadro nº 2 (a) Atitudes de Liderança

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|---|--|-------------------|----------------------|
| Características da chefia | Assertividade | 9 | 7 |
| | Conhecimentos | 10 | 4 |
| | Capacidade de gestão de conflitos | 6 | 5 |
| | Capacidade de mobilizar a equipa | 35 | 15 |
| | Comunicação | 6 | 4 |
| Condução e Organização do trabalho | Trabalho em Equipa | 3 | 2 |
| | Definição de Objectivos | 6 | 3 |
| | Avaliação de Desempenho | 3 | 1 |
| | Organização do serviço: | 21 | 8 |
| | o sucesso depende de ambos | 1 | 1 |
| O sucesso depende apenas dos enfermeiros | 3 | 1 | |
| Afastamento da prestação directa de cuidados | Burocracia excessiva | 1 | 1 |
| | Falta de prática | 8 | 3 |

FONTE: Entrevistas

Foram então delineadas três sub-categorias: características da chefia, condução e organização do trabalho e afastamento da prestação directa de cuidados.

3.1.1 Características da chefia

Quadro nº 2 (a 1) Características da chefia

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|---------------------------|-----------------------------------|------------|---------------|
| Características da chefia | Assertividade | 9 | 7 |
| | Conhecimentos | 10 | 4 |
| | Capacidade de gestão de conflitos | 6 | 5 |
| | Capacidade de mobilizar a equipa | 35 | 15 |
| | Comunicação | 6 | 4 |

FONTE: Entrevistas

Os entrevistados referem que a assertividade é uma das características fundamentais para um bom líder:

“... Assertiva, directiva, imparcial, que consiga lidar de igual para igual, e com todos os elementos para que as funções de cada estejam bem delineadas...” E2.

Neves et Pacheco (2004) citando Reino referem que a assertividade é um comportamento social, consistindo numa comunicação directa das necessidades, vontades e opiniões dos sujeitos, de uma forma adequada à situação e respeitando sempre o comportamento do outro. Muitas instituições/serviços têm vindo a investir na formação e adopção do estilo assertivo na comunicação/relacionamento inter pessoal, procurando evitar a instalação de conflitos. No entanto, as características da personalidade muitas vezes não são passíveis de se alterarem com estas medidas e deverá caber ao próprio a identificação das suas lacunas no relacionamento inter pessoal e profissional, estando atento ao conhecimento de si mesmo e dos outros.

Abreu (2001), refere que na área de enfermagem, a generalidade dos estudos sublinha que a constelação de conhecimentos que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. O enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta

permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efectivo. A mobilização pelo indivíduo de todos estes saberes, necessários ao pensar, decidir e agir, sugere a noção de competência, tema desenvolvido com alguma acuidade no âmbito das ciências da educação e da sociologia do trabalho.

No entanto na classe de enfermagem, a nível da chefia, esta associação entre a prática e a teoria é praticamente inexistente, tal como é referido por um dos entrevistados:

“...nas outras profissões de saúde são os chefes que acabam por ser aqueles que têm mais competências adquiridas. São aqueles que consideramos ser uma referência e que sabem fazer as coisas, tanto em termos técnicos como de conhecimentos. Na enfermagem isso não acontece. Tem de haver da parte da chefia um interesse em não perder essas competências...” E9.

“... para saber liderar tem de se saber fazer...” E6

Abreu (2001) refere que a noção de competência é uma noção intermediária que permite pensar as relações entre trabalho e os saberes detidos pelo indivíduo. Assume um papel fundamental nesta relação, uma vez que não se limita a gerar o contexto da acção como também ajuda a controlá-la. Permite transformar a acção em contextos sobre a acção. O saber agir pressupõe um conjunto de atitudes e de acções cuja concretização não é segmentada ou separada umas das outras mas interdependente de todo ou de um conjunto destes universos. Não existe uma aplicação isolada mas sim uma duplicação em contexto.

A competência pressupõe ainda a existência de um *continuum* que dá sentido à sucessão dos actos e a ideia de uso do saber. Considerando como inevitável a apreciação das competências pelos diversos actores sociais, o processo de desenvolvimento de competências é também uma forma de interrogar as práticas e interpelar os saberes. Não se trata de avaliar competências que preexistem mas sim de validar e reconhecer uma determinada forma de agir. O saber agir pressupõe um conjunto de atitudes e de acções cuja concretização não é segmentada ou separada uma das outras mas interdependente de todo ou de um conjunto destes universos:

“... ter conhecimentos teóricos e práticos, voltamos à questão que para saber mandar é preciso saber fazer...” E2.

Citados por Abreu (2001), Artur et Thorne, num estudo em que se propõem estudar o desenvolvimento da auto imagem profissional dos enfermeiros, referem que o desenvolvimento de novas competências, por parte dos enfermeiros, pode ser acompanhado de mudanças a nível dos valores, atitudes, aspirações profissionais auto estima e auto conceito. Todas estas componentes, fundamentais para o exercício do trabalho, seriam igualmente importantes para a conquista de distintividade e de uma identidade profissional positiva; tal como enuncia um dos entrevistados:

*“... o chefe deve ser uma referência, ser uma pessoa que temos a certeza que podemos contar. Existem pessoas nos serviços que de um modo mais informal sabemos que podemos recorrer mas o chefe tem de ter essa função formal e demonstrar que possui capacidades para tal...”*E9

Teixeira enunciado por Mendes (2005) refere que o facto de em muitas empresas o volume dos seus stocks constituir uma das verbas mais significativas, sendo a falta de uma correcta gestão de stocks responsável por muitas ineficiências, causadoras de elevados e desnecessários encargos; um dos entrevistados menciona que esta é uma capacidade importante na chefia:

“... Capacidade de responsabilidade a nível da elaboração de horários, dos planos, assegurar a reposição do material, que não hajam falhas de stock...” E9.

A gestão de materiais é definida por Frederico et Leitão, referidos por Mendes (2005), como um sistema que ordena as actividades referentes à gestão e controlo dos produtos, serviços e equipamento, desde a aquisição à sua utilização. Também Castilho e Leite são referenciados ao considerarem que a responsabilidade da gestão de recursos materiais de um serviço deve ser atribuída ao enfermeiro no sentido de melhorar a qualidade do serviço prestado, garantir boas condições laborais ao pessoal de enfermagem e a outros membros da equipa da saúde. Como tal, é fundamental que o enfermeiro se mantenha actualizado nesta importante área, como referem os próprios entrevistados:

“ ... Conhecimentos bem consolidados da área onde trabalha ... conhecimentos de gestão e organização... ”E11

Para Neves et Pacheco (2004) as relações inter profissionais na equipa de saúde têm por base três vértices: a organização, a comunicação e o poder (i.e. autoridade), sendo a partir deles que se geram conflitos ou que, pelo contrário, se estabelece uma dinâmica eficaz que contribui para a eficiência da assistência produzida em determinada unidade de saúde. Os entrevistados referem que é importante na chefe existir uma capacidade de gestão de conflitos

“... haver uma capacidade por parte da chefia de tentar resolver conflitos que por vezes são pequenos mas que podem afectar a equipa inteira...” E2.

Neste sentido os entrevistados referem que deverá existir uma relação de proximidade e confiança entre a equipa:

“... ter um conhecimento pessoal das pessoas...” E9 , “... capacidade de se conseguir relacionar..” E 11

“...relação de proximidade com os enfermeiros, um chefe que esteja presente nas enfermarias e não esteja apenas nas secretárias..... O que deveria ser criado... era haver um esforço por parte da chefia em sair do seu gabinete e estarem mais perto...falarem directamente com a equipa...”E9

O enfermeiro gestor, deverá ser capaz de reconhecer situações causadoras de tensão no ambiente de trabalho, onde actua a equipa de enfermagem e envolver os seus subordinados, de modo a todos tomarem consciência de problemáticas existentes. Frederico e Leitão citados por Mendes (2005). Com o envolvimento das pessoas decerto os conflitos se transformarão em aprendizagens positivas e de crescimento profissional,

“...penso que o mais importante num líder é conseguir transmitir às pessoas que todos são importantes. Para o bem-estar dos clientes e para o cumprimento da missão que a organização se propôs a atingir...” E5

“... penso que isso deverá ser a primeira aposta nos chefes, o respeito...” E5

“... as chefes são chefes mas acima delas ainda há outras, e muitas vezes não fazem aquilo que querem mas aquilo que lhes é imposto mas elas têm de saber transmitir isso.

E saber lidar com os enfermeiros que estão imediatamente abaixo, numa relação de chefia mas também ao mesmo tempo de igualdade. Existir uma empatia. E respeito...”

E6

A capacidade de mobilizar a equipa numa organização é uma das preocupações mais importantes de um gestor, pois com funcionários motivados os objectivos institucionais serão mais facilmente atingidos. E a motivação assume-se como a acção realizada pelos indivíduos na tentativa de atender a necessidades insatisfeitas. Trata-se do desejo de esforçar-se para alcançar uma meta ou recompensa que diminua a tensão causada pela necessidade (Mendes, 2005).

Teixeira (2001), refere que um gestor, para motivar, deve desenvolver acções que visem satisfazer os desejos, impulsos, e necessidades dos seus colaboradores, levando-os a actuar de forma desejada.

Abreu (2001), refere que mobilizar os saberes ou saber fazer pertinentes em determinada situação não é somente uma questão de recursos cognitivos, de conhecimentos ou de saber fazer. Mobilizar recursos supõe confiança em si próprio, nas suas capacidades e no potencial de evolução. Diversos estudos do âmbito da psicologia e da psiquiatria demonstram que um baixo contexto de si, a falta de confiança, o sentimento de desvalorização, a angústia face aos problemas a resolver pode ocasionar inibição, incompetência e dificuldade em formular projectos. Pelo contrário, uma imagem positiva ou um auto conceito elevado favorecem, potencialmente, a performance dos actores torna-os mais seguros perante a possibilidade de correr riscos e enfrentar situações novas, mais preparados para a possibilidade de insucesso (Rogers, 1985).

Bennett e Franco, referenciados por Mendes (2005), referem que as reformas no sector de saúde deverão ter em conta a motivação dos trabalhadores de saúde, sendo esta falta a causa de muitas reformas na saúde não serem bem sucedidas. A desmotivação e a confusão acabam por atrasar ou bloquear as reformas que se pretendem pôr em curso, uma vez que a efectividade e a eficiência dos sistemas de saúde, dependem, não raras vezes de acções tomadas a nível individual, ideia fundamentada também pelos entrevistados:

“...Se depois ninguém valoriza isso, nem sequer vale a pena tentar fazer mais nada. Não é no gabinete que as coisas têm valor para o doente...somos considerados todos

convívio entre os elementos. Podem organizar mais jantares de equipa, por exemplo, caminhadas, piqueniques, mas nunca o fazem. São sempre actividades que têm de ser desenvolvidas pelos enfermeiros se quisermos manter este espírito...”E1

Teixeira citado por Mendes (2005) refere que grande parte dos gestores gasta cerca de oitenta por cento do seu tempo comunicando. Logo, comunicar eficazmente torna se uma aptidão fundamental no dia à dia de um gestor, aparecendo muitas vezes problemas quando existem dificuldades de comunicação, ou quando a mesma não é adequada às situações.

A comunicação torna se um processo essencial para a organização, processo este a partir do qual todas as outras funções derivam. Ferreira et al (2001) e Mendes (2005) definem a comunicação como um processo de transferência de informações, ideias, conhecimentos ou sentimentos entre as pessoas. Esta comunicação poderá ser efectuada de diversas formas (e.g. cartas, memorandos, ordens de serviço, telefonemas, conversas de corredor, reuniões).

Ferreira et al (2001) referem que o sucesso de um gestor, está em grande parte dependente na sua capacidade de comunicar, dando a conhecer objectivos, e o que se espera dos subordinados para que os objectivos sejam atingidos. Uma comunicação eficaz proporcionará motivação na equipa e um convergir de esforços para a obtenção dos resultados pretendidos. E os trabalhadores de um serviço deverão receber informações, no mínimo sobre a forma como se espera que as suas tarefas sejam desempenhadas, salários e sistemas de retribuição, a sua posição na estrutura organizacional, as alterações que possam afectar o futuro da instituição, políticas, regras e procedimentos. A comunicação deverá assim manter departamentos e empregados com informação e compreensão que possibilite e estimule a realização das tarefas com eficiência. Os enfermeiros entrevistados também parecem partilhar desta concepção:

”...ter uma capacidade para ouvir as nossas ideias e ter uma mente aberta para novas sugestões. Sugestões para a própria melhoria do serviço. Para mim isso é o mais fundamental...” E7

“... é o saber comunicar. Eu penso que isso é fundamental para conseguir lidar com todos os elementos da equipa de enfermagem, e saber resolver os problemas que vão surgindo no dia a dia...” E8

3.1.2. Condução e organização do trabalho

Quadro nº 2 (a 2) Condução e Organização do Trabalho

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|------------------------------------|---|------------|---------------|
| Condução e Organização do trabalho | Trabalho em Equipa | 3 | 2 |
| | Definição de Objectivos | 6 | 3 |
| | Avaliação de Desempenho | 3 | 1 |
| | Organização do serviço: o sucesso depende de ambos | 21 | 8 |
| | O sucesso depende apenas dos enfermeiros | 1 3 | 1 1 |

FONTE: Entrevistas

Segundo Loff referenciada em Neves e Pacheco (2004) a equipa interdisciplinar na saúde desenvolve o chamado *trabalho em equipa*. No entanto verifica-se frequentemente que:

- A comunicação é deficiente, os objectivos institucionais e dos serviços muitas vezes estão pouco clarificados, são contraditórios ou até desconhecidos.
- A avaliação dos resultados é feita através de indicadores diferentes para cada profissão, o que estabelece diferentes prioridades e atribui valores diferentes aos objectivos a cumprir.
- Existem diferentes motivações não só em cada grupo profissional como também nos diferentes elementos que integram cada grupo.
- As características de personalidade de cada elemento têm um papel preponderante na interacção existente (i.e. individualismo, autoritarismo, passividade). E os entrevistados referem não existir uma continuidade no trabalho na equipa:

“... falamos muito na continuidade dos cuidados, que é importante para o doente e saber qual é a evolução do doente mas no fundo isso não existe... .. não existe qualquer tipo de continuidade. Eu acho que é uma gestão, no fundo não é uma gestão... como é que eu hei de dizer.... No fundo está muito mal organizado...” E4

“ ... estabelecer uma norma e protocolos... e manter a continuidade do trabalho...”

E11

Os objectivos acabam por ser os desejos da instituição, os resultados que pretende atingir. Enquanto que a missão é expressa de uma forma vaga, os objectivos devem ser formulados de forma bem concreta, devendo ser escritos. Mendes (2005), refere que os objectivos devem envolver a generalidade de pessoas que constituem a organização, contribuindo assim para o desenvolvimento da coordenação das actividades e dos membros da organização, tornando assim o propósito da organização mais claro. Porém, os entrevistados referem que a *definição de objectivos* está ausente ou não é do conhecimento dos profissionais:

“...temos muitas pessoas a quererem ascender a supostos lugares de chefia ou com algum tipo de poder mas no fundo ninguém sabe bem quais são as funções que cada um tem definido... ... não nos sentimos, como elementos de enfermagem parte integrante do serviço, não sentimos que estamos a colaborar para um objectivo comum...” E10

Os objectivos devem ser definidos nos vários níveis de gestão, cabendo à gestão institucional elaborar os objectivos estratégicos, à gestão intermédia elaborar os objectivos tácticos e à gestão operacional os objectivos operacionais.

Asenjo referido por Mendes (2005) considera que gerir é decidir, arriscar, diz que esse risco diminui consideravelmente quando se planeia, sendo o acto de gerir acima de tudo atingir os objectivos delineados. Os objectivos deverão ser compreensíveis e aceitáveis para os que ajudam a atingi-los, pois objectivos específicos e mensuráveis acabam por melhorar o desempenho. O desempenho eficaz do gestor, exige a definição de objectivos em todas as áreas que favoreçam o desempenho organizacional.

Os objectivos dos serviços de saúde, permitem pois definir o futuro, centrar as energias, e racionalizar os recursos, dependendo a concretização dos objectivos, da execução dos actores, da sua compreensão e da sua adesão. E um planeamento participado pressupõe trabalhar com objectivos que fazem sentido para os profissionais que irão depois contribuir para os atingir (Mendes, 2005). De acordo com os entrevistados deveria existir uma clara definição de objectivos:

contribuir para a valorização pessoal e profissional, possibilitando a progressão na carreira; detectar factores que influenciam o rendimento profissional; e detectar necessidades de formação. É efectuada através de entrevistas periódicas de orientação, efectuadas pelo menos uma vez por ano, pelo superior hierárquico, nomeadamente os enfermeiros chefes e entrevistas periódicas para a atribuição da menção qualitativa, referente a um período de três anos, tendo a atribuição da referida menção, por base a discussão de um relatório crítico de actividades, efectuado pelo enfermeiro avaliado no final do triénio. Estas entrevistas de orientação deverão ser precedidas de uma entrevista de orientação inicial, que terá como objectivos integrar o avaliado na filosofia, objectivos e métodos de trabalho da organização, assim como normas de actuação profissional e critérios de avaliação, bem como definir as acções a efectuar no processo de orientação periódica (Mendes, 2005).

O papel do enfermeiro chefe na avaliação de desempenho é essencial, uma vez que o Decreto-lei referido anteriormente menciona que a avaliação do desempenho dos enfermeiros na área de prestação de cuidados é efectuada pelo enfermeiro chefe. A Lei nº10/2004 de 22 de Março, cria o sistema integrado de avaliação do desempenho da função pública, regendo se pelos princípios de orientação para resultados; universalidade; responsabilização e desenvolvimento; reconhecimento e motivação; transparência; coerência e integração. Tem ainda como objectivos avaliar a qualidade dos serviços; avaliar, responsabilizar e reconhecer o mérito de dirigentes, funcionários, agentes e trabalhadores em função da produtividade e resultados obtidos; diferenciar níveis de desempenho; potenciar o trabalho em equipa; identificar as necessidades de formação e desenvolvimento profissional; fomentar oportunidades de mobilidade e formação profissional; promover a comunicação entre chefias e colaboradores; fortalecer competências de liderança e qualidade nos serviços.

O Decreto Regulamentar nº19-A/2004, de 14 de Maio, vem regulamentar a Lei nº10/2004, de 22 de Março, e nele estão presentes os mecanismos indispensáveis à aplicação do novo sistema de avaliação do desempenho.

Não existindo ainda indicações sobre como esta lei se enquadra na lei da carreira de enfermagem, destacamos o facto de a escala de avaliação ser mais justa, uma vez que a anterior apenas tinha a menção de satisfaz ou não satisfaz, independentemente de algumas iniquidades que esta lei apresenta e cuja discussão fica fora do âmbito deste trabalho.

Este tipo de avaliação irá medir o desempenho de trabalho efectivo em comparação com o padrão de desempenho estabelecido, os gestores devem poder empreender as acções correctivas no sentido de anular desvios ou os chamados incidentes críticos. No processo de avaliação poderão surgir incidentes críticos, utilizá-los como oportunidade de aprendizagem pessoal e da equipa; é a fórmula ideal para qualquer gestor manter bons padrões de desempenho, sem desmotivação dos subordinados, uma vez que, como referem Donnelly et al, citados por Mendes (2005), sendo a avaliação do desempenho uma grande carga emocional, envolvendo pessoas que julgam o desempenho de outras pessoas, a avaliação só servirá as finalidades individuais e organizacionais se o elemento humano for levado em conta, aquando das acções correctivas. Estas deverão ser efectuadas após serem detectados desvios ou disfunções, devendo primeiramente serem detectadas quais as causas dos desvios e posteriormente desenvolver as acções correctivas apropriadas.

Teixeira refere que as acções correctivas devem ser imediatas quando se destinam a corrigir os sintomas do problema e permanentes quando corrigem as causas dos sintomas. A maior parte das acções correctivas enquadra-se em programas de redução de custos, envolvimento dos funcionários na preparação de decisões, incentivos à produtividade, melhoria da qualidade, treino dos empregados, aumento da automatização, melhoria das relações de trabalho, formação (Mendes, 2005). Porém, o discurso dos entrevistados demonstra uma realidade diferente:

“...deveria existir aquilo que não há actualmente que é uma avaliação de desempenho.....uma avaliação individual, haver reuniões de partilha e experiências e depois porque não uma avaliação do serviço...”E10

Loff referenciada por Neves e Pacheco (2004) menciona que para funcionar com êxito, cada grupo precisa de desenvolver as suas próprias normas de funcionamento, fornecendo padrões de conduta que determinam comportamentos aceitáveis. Daí que, na organização de saúde, haja tantas rotinas que estruturam o trabalho e dão segurança a quem o executa. Ou seja, nas organizações, a divisão do trabalho, poder e responsabilidade da comunicação são planeadas intencionalmente, a fim de intensificar a realização de objectivos específicos. Parece claro que as nossas vivências emocionais, as nossas experiências, aquilo que se diz, partilha ou ambiciona está intimamente ligado aos nossos valores, interesses e motivação, ou seja, ao processo de comunicação.

Como já foi referido anteriormente a preocupação pelo estudo da problemática do poder teve início nos princípios da década 60. Para Crozier, o poder já aparecia como um dos problemas centrais da sociologia das organizações. Após ter criticado as insuficiências analíticas das abordagens clássicas e da Escola das Relações Humanas sobre o fundamento do poder nas organizações, Crozier aborda as múltiplas manifestações de acção individual e colectiva do poder enquanto fenómeno burocrático em duas organizações modernas francesas. Nesse estudo não só verificamos que as relações de poder estão directamente relacionadas com as funções específicas dos diferentes grupos socioprofissionais (e.g. operários da produção, operários da manutenção, chefes de departamento, pessoal da direcção) como ainda nos apercebemos do seu significado nas relações entre superiores e subordinados e nas normas do trabalho (Crozier et Friedberg, 1977).

A problemática do poder nessas duas organizações modernas é também o resultado das contingências sócio cultural da sociedade francesa. Indivíduos e grupos interagem nas organizações após terem sido objecto de uma aprendizagem sócio-cultural. São, por tais razões, portadores de um conjunto de valores e de práticas que se manifesta no interior das organizações através de relações de poder específicas. No funcionamento das organizações existe uma situação de incerteza que deriva das contingências da imprevisibilidade do comportamento humano. As organizações burocráticas conseguem controlar só uma parte significativa do comportamento humano, com as suas regras e normas padronizadas. Por outro lado, toda a acção colectiva e individual, que decorre da luta pelo poder nas organizações, está submersa por uma racionalidade limitada em relação ao acesso à informação e ao conhecimento da tecnologia e do ambiente externo. É uma situação de incerteza que exige a intervenção humana identificada com dois tipos de poder: o poder do perito e o poder hierárquico funcional. O poder do perito emerge das capacidades pessoais que cada indivíduo dispõe para controlar uma certa zona de incerteza que decorre do funcionamento da organização. O poder hierárquico funcional está relacionado com o poder formal que certos indivíduos dispõem na organização para controlar o poder dos peritos e, se possível, supera-lo. (Crozier et Friedberg, 1977).

A estratégia dos actores na organização é sempre racional, mas nunca de uma racionalidade absoluta. É uma racionalidade limitada inscrita nas contingências do funcionamento das organizações. Todos os actores são possuidores de uma liberdade relativa que resulta da sua margem de manobra na consecução das suas estratégias e

objectivos. Assim sendo, em função das suas capacidades pessoais e em presença das múltiplas situações que decorrem dos constrangimentos organizacionais, aos actores, com os recursos e meios disponíveis, só lhes resta a escolha de uma solução satisfatória que se lhes apresenta a um dado momento. Nesta linha de pensamento a maioria dos entrevistados refere que a condução e organização do serviço é crucial no sucesso do trabalho da equipa de enfermagem:

“... a organização do serviço por parte da coordenação é essencial e é ponto fulcral para um bom desempenho individual e colectivo da classe de enfermagem... ... a pessoa pode ter um esquema de trabalho muito bem idealizado e realizável mas se as condições do serviço não o permitirem, não conseguirá trabalhar da forma que sabe e da forma que pretende...” E2.

*“... tenho a profunda convicção que é a organização do trabalho, do serviço que irá permitir ao enfermeiro uma boa actuação, que lhe dê a oportunidade de se lançar e dar frutos... ...penso que esse é o grande sucesso ou o grande segredo de qualquer empresa de sucesso. É aquela que consegue ter o trabalho organizado, à sua vontade mas consegue criar um espaço de manobra e um espaço de liberdade para os seus trabalhadores...”*E5

“ ... a condução e organização do trabalho é determinante no sucesso do desempenho dos enfermeiros, independentemente da prestação individual de cada um...” E11

Goffman (1993) refere que, por vezes, o desempenho de uma prática de rotina apresenta, por meio da fachada, certas pretensões que provavelmente serão expostas ao longo do desempenho de outras práticas de rotina. Trata-se de um dos modos através dos quais um desempenho é “socializado”, moldado e modificado de maneira a adaptar-se à interpretação e expectativas da sociedade em que se apresenta. Outro aspecto importante deste processo de socialização é a tendência dos actores para proporcionarem aos seus espectadores uma impressão a diversos títulos idealizada. O autor evidencia um exemplo do ponto de vista de Cooley, se nunca tentássemos parecer um pouco melhores do que somos, como seríamos capazes de nos tornar de facto melhores ou de “*aprender de fora para dentro?*”. E o mesmo impulso no sentido de mostrarmos aparência melhorada ou idealizada de nós próprios surge com uma expressão organizada nas diversas classes ou profissões, tendo cada uma delas até certo ponto uma gíria ou postura próprias, que os seus membros adoptam, o mais das vezes,

inconscientemente, mas cujo efeito se assemelha ao de uma conspiração destinada a induzir a credulidade do resto do mundo. Há uma gíria não só da tecnologia e da filantropia, mas também do direito, da medicina, do ensino e sobretudo da ciência de hoje em dia, uma vez que quanto mais é reconhecida e admirada uma certa forma de mérito, mais provável é que pessoas indignas dele tentem utilizá-la.

Uma das fontes mais ricas no que se refere à apresentação de desempenhos idealizados é a literatura sobre a mobilidade social. Na maior parte das sociedades, parece existir um sistema de estratificação principal ou global, e na maior parte das sociedades estratificadas manifesta-se uma idealização das camadas superiores e uma aspiração por parte dos que ocupam lugares mais baixos ao acesso a posições de superioridade. Isto implica não só o desejo de um lugar de prestígio, mas também o desejo de um lugar que se situa perto do centro sagrado dos valores comuns de uma sociedade (Goffman, 1993).

Habitualmente verificamos que a mobilidade ascendente implica a apresentação de desempenhos adequados e que esforços destinados a ascender, como os esforços a evitar descer, se expressam em termos de sacrifícios feitos em vista da conservação da fachada. Os entrevistados referem que a cultura do próprio serviço interfere com a sua prestação de cuidados:

“... é uma gestão em que obriga as pessoas a estarem aptas nos serviços sem terem tempo para consolidar os conhecimentos e saberem actuar. Sinceramente isto é prejudicial para o serviço e a organização dos mesmos...” E6

“... a cultura e a organização do serviço, tudo aquilo que não podemos controlar tem uma influência muito grande...” E9

Recorrendo à análise estratégica de Crozier e Friedberg (1977), a estratégia dos actores é feita de uma forma racional, mas ao mesmo tempo nunca de uma racionalidade absoluta. Por outro lado, o próprio indivíduo não é um sujeito passivo numa organização e consegue elaborar o seu próprio jogo de acção e relações de poder; cada indivíduo tem os seus objectivos próprios, os seus projectos, que procura desenvolver, mesmo que confrontado com as contingências estruturais e institucionais da organização. Qualquer indivíduo dentro da organização não aceita ser tratado como uma entidade passiva em relação aos meios que são utilizados para a consecução dos objectivos da organização. Em vez de observarmos os indivíduos como objectos

passivos num processo interactivo de estímulo resposta sujeito a escolhas totalmente previsíveis, devemos observá-los, acima de tudo, como agentes livres que definem e prosseguem os seus objectivos específicos. Esta ideia é mencionada por um dos entrevistados em que enuncia que o sucesso do serviço está dependente da prestação individual de cada enfermeiro:

“...eu acho é que para um bom desempenho das funções, cada enfermeiro tem de arranjar a sua própria organização...” E3.

“... acho que para desempenhar um bom trabalho e o trazer o melhor para o doente eu penso que temos de dar um bocadinho a volta e tentar trabalhar aquilo que tem e que às vezes não tem, para prestarmos os melhores cuidados aos doentes. Passa por cada experiência que cada um teve, da escola, dos sítios onde já trabalhou, cria uma bagagem de tal forma individual que faz com que se preste ou não melhores cuidados...” E3.

Modelos surgem considerando que o poder e a oportunidade das estruturas são criados pela própria organização e não só nas qualidades individuais ou da reflexão do ambiente. Um estudo realizado por Laschinger (1997) inclui respostas de 103 enfermeiras num questionário. As conclusões assentam que a gestão pode promover em muitos aspectos a independência e o progresso da profissão de enfermagem.

Muitas outras investigações descrevem o empowerment inerente nas organizações como uma fonte de motivação individual, o assumir responsabilidades e o agir de acordo com os objectivos da organização, como por exemplo as realizadas por Laschinger et al (1997); Stainer (2000); Kuokkamen et Leino-Kilpi (1999). Isto pode ser atingido com novas estratégias de gestão onde os trabalhadores têm controlo sobre o seu trabalho, as responsabilidades são distribuídas de acordo com a hierarquia e os recursos são utilizados de forma benéfica para o serviço. O futuro do empowerment, inspirado nas teorias organizacionais poderá ser a transformação da liderança tendo em vista uma maior efectividade nas operações realizadas nas organizações.

Estudos dentro da classe de enfermagem revelam uma relação positiva entre a cultura organizacional e estratégias de gestão e também a utilização do empowerment. Verifica-se que as estruturas organizacionais mais flexíveis, onde é possível a delegação do poder, revela um aumento da autonomia das enfermeiras, satisfação profissional, compromisso e eficácia pessoal e organizacional (Laschinger et al, 1997). Esta ideia é

também partilhada por alguns dos entrevistados; e referem ser importante o trabalho dos enfermeiros e da organização do serviço:

“...eu considero que o sucesso é por parte de ambos, da chefia e dos restantes elementos de enfermagem. É claro que a coordenação e a chefia interfere de modo negativo ou positivo na nossa prestação de cuidados...”E7

“... eu acho que é muito importante o trabalho multidisciplinar para a produtividade do serviço e uma melhoria na prestação dos cuidados. E aí ainda temos uma longa caminhada a fazer...” E7

Os actores possuidores de uma margem de liberdade relativa, jogam os seus jogos de poder em função dos seus objectivos e dos constrangimentos que são impostos pela organização. Os objectivos e os projectos dos actores são diferentes e tanto podem ser dinamizados no interior como no exterior da organização. A coesão das organizações, por tais motivos, está sempre sujeita a uma imprevisibilidade comportamental dos indivíduos e grupos que nela interagem. Em virtude da existência de uma liberdade relativa dos actores e de uma zona de incerteza, a organização vê-se constrangida a motivar os indivíduos a jogar o jogo que permite a consecução dos seus objectivos. Só que os actores podem recusar participar nesse jogo. As exigências de participação implicam uma negociação sistemática entre actores e a organização. Neste contexto, emerge uma acção colectiva que visa a realização de objectivos comuns, apesar de os indivíduos, os grupos e a organização seguirem orientações divergentes. Do processo interactivo que informa a acção colectiva, desenvolve-se a participação e a negociação entre os actores e a organização. O poder dos indivíduos e grupos sobre o funcionamento da organização advém desse facto.

Cada indivíduo não exerce o poder somente em relação ao funcionamento da organização. Para além disso, tem possibilidades de exercer o poder, quando influencia o comportamento de outros indivíduos e grupos da organização. É um poder que se radica nas suas capacidades pessoais de relação com os outros e nas orientações estratégicas definidas para atingir os seus objectivos específicos. Deste modo, chega-se a uma situação de equilíbrio entre o conjunto de indivíduos e grupos que constituem a organização, devido ao facto de o exercício do poder resultar de relações de poder e de uma troca sustentada pelas suas capacidades relacionais na organização. Assim, a cadeia hierárquica da autoridade e a regulamentação do comportamento humano constroem

os actores a participar em jogos e negociações que decorrem dos objectivos da organização, mas também de orientações de estratégias diferenciadas. Os actores individuais e colectivos desenvolvem lutas estratégicas com a intenção de controlar a definição das regras do jogo que constroem e estruturam as suas hipóteses de jogar o jogo do poder.

As abordagens sobre o poder nas organizações tentam superar as insuficiências dos paradigmas teóricos deterministas baseados no comportamento racional dos actores e no pressuposto de que existe uma adaptação congruente das estruturas e funções do funcionamento interno das organizações face às contingências do ambiente externo. Nas organizações modernas, o poder emerge como uma variável explicativa do seu funcionamento. Se nos situarmos no âmbito das configurações estruturais e nas coalizões internas e externas das organizações, podemos observar em que medida os actores individuais e colectivos emergem como funções de exercício de poder nas organizações. O poder não decorre exclusivamente da autoridade hierárquica formal das organizações, mas também das funções e estruturas que estão directamente relacionadas com o processo de tomada de decisão, com a execução de tarefas, com o processamento da informação, a divisão do trabalho e as interacções entre as organizações e o ambiente externo.

O poder, como recurso e fonte da acção individual e colectiva nas organizações, permite nos verificar que estas, antes de mais, são uma construção humana e social. Estratégias e objectivos organizacionais são socializados a partir de situações contingentes, dando azo à configuração de sistemas de acção concretos. Estes não só são resultado de uma zona de incerteza derivada de imprevisibilidade comportamental para resolver problemas pertinentes da organização como ainda são objecto de uma regulação de um jogo em que as relações de poder e as estratégias de actores assentam na cooperação e consecução de resultados comuns.

Com a sua abordagem sobre o poder, a teoria da dependência de recursos considera que organizações singulares lutam e sobrevivem através de mecanismos adaptativos que lhe permitem o acesso e utilização de recursos controlados pelo ambiente externo. O poder político interno é importante para a definição de estratégia e escolhas do processo de tomada de decisão, de forma a permitir uma competição inter organizacional adequada e simultaneamente a sobrevivência de organizações singulares. O ambiente externo, sendo um factor de pressão e de oportunidade para as organizações, faz com que estas, na luta pelos recursos de que necessitam, sejam

perpassadas por uma dinâmica interna baseada em estratégias e decisões de carácter político.

O que nos leva a uma questão fundamental: o sucesso de uma organização dependerá da organização do serviço e instituição; apenas dos enfermeiros; ou de ambos? De acordo com os entrevistados depende da organização do serviço e instituição...

3.1.3 Afastamento da prestação directa de cuidados

Quadro nº 2 (a 3) Afastamento da prestação directa de cuidados

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|--|----------------------|------------|---------------|
| Afastamento da prestação directa de cuidados | Burocracia excessiva | 1 | 1 |
| | Falta de prática | 8 | 3 |

FONTE: Entrevistas

Crozier et Friedberg (1977) defendem que as regras do tipo formal de natureza burocrática condicionam, e em certos contextos criam situações perversas nas relações de dependência que os subordinados mantêm com os seus superiores. Segundo Oldcorn *não há lugar para o inovador e que as burocracias se desenvolvem apenas em tamanho e como um meio de proteger o estado de causas existentes* (Mendes, 2005).

Os elementos coordenadores ou enfermeiros especialistas surgem muitas vezes desaproveitados nas suas potencialidades no desempenho de funções de cariz burocrático ou em desempenho de funções em áreas desajustadas da sua área de formação específica; tal como nos esclarece um dos entrevistados quando se refere à *burocracia excessiva*:

“...basicamente, cada vez mais temos é trabalho burocrático. Se é assim, qual é o objectivo do nosso trabalho... não existem objectivos...” E4

O Decreto-lei nº 437/91 de 8 de Novembro, alterado posteriormente, em situações pontuais pelo nº 412/98 de 30 de Dezembro, regulamenta a carreira de enfermagem e define mais claramente o conteúdo funcional e as competências no

desempenho profissional. Embora, actualmente a função atribuída de enfermeiro especialista já não é predominante na nossa profissão, considero importante referi-la neste trabalho, visto que existem nos serviços, enfermeiros coordenadores ou especialistas numa determinada área que poderão ser considerados como uma mais valia para a nossa profissão, no entanto, esta situação na realidade está alterada e os entrevistados referem a *falta de prática*:

“... volto a referir da situação do enfermeiro especialista que deverá ter uma função mais produtiva. Porque para elementos que possuem conhecimentos tão específicos, considero que são pouco interventivos na melhoria das nossas condições de trabalho. É quase como se fosse um dado adquirido, a pessoa tira a especialidade e passa para a coordenação, organização do serviço, investigação, direcção de enfermagem. Portanto as pessoas que têm mais formação, todas ficam noutros cargos. E perde-se muito para os serviços...”E7

De acordo com a lei referida anteriormente, ao enfermeiro especialista são atribuídas funções explícitas de acordo com a sua formação profissional, tais como: prestador de cuidados directos, participação em actividades de avaliação e coordenação dos cuidados, participação em actividades de gestão e organização dos serviços, coordenação da formação em serviço. Porém a realidade, dos serviços de enfermagem, surge descontextualizada destas funções:

“... eu penso que poderiam intercalar mais as suas funções. Ter doentes atribuídos, e manter funções de coordenação mas saber que se pode contar com aquele elemento para situações mais complicadas e específicas, porque tem mais capacidade para fazer isso. Eu penso que a gestão não está bem aproveitada...”E7

Segundo Martins et Franco (2004), o enfermeiro especialista deve estabelecer relações de cooperação e apoio com a equipa, desenvolver técnicas de dinâmica de grupos de modo a ser um moderador de conflitos e estabelecer um clima de confiança no interior do grupo; mas os entrevistados referem outra definição de trabalho:

“...os enfermeiros, quanto mais progredem na carreira mais afastados estão dos doentes e perdem o contacto directo com os restantes elementos de enfermagem...” E9

De acordo com os mesmos autores, este enfermeiro possui a posição privilegiada para incentivar e colaborar com os colegas na procura de novos conhecimentos, desenvolvimento de novas competências face à individualidade e experiência de cada elemento. Através do ensino, da partilha de conhecimentos e de discussões construtivas sobre as situações o enfermeiro especialista incentiva e motiva os enfermeiros para a expansão das fronteiras nas suas práticas e no cuidar. Os entrevistados partilham que isto não acontece:

“... delegavam todas as funções que podiam nos outros enfermeiros, acabavam por não ter uma parte activa ou de intervenção directa no serviço...” E9,

“...existe um desfasamento de linguagem de quem chefia e de quem presta os cuidados e acaba por não haver uma uniformidade nos serviços...” E9

“...a enfermeira chefe e as coordenadoras não têm uma noção real daquilo que cada enfermeiro de cada serviço faz...” E10

Martins et Franco (2004) partilham da ideia que a alteração de hábitos de longe enraizados, é difícil, mesmo quando existe uma boa rede de suporte e apoio. O enfermeiro especialista, pelos conhecimentos que possui, capacidades desenvolvidas e experiência adquirida, deve se posicionar como um eficiente e eficaz agente de mudança. Todas as mudanças devem ser planeadas e não impostas, devem ter objectivos bem delimitados e esclarecidos, estabelecendo os meios e regras para serem atingidos, com finalidade óbvia e clara na óptica do visado. Marshall, referido pelas autoras descritas acima, considera que o especialista está numa posição ideal para servir de ponte entre a teoria e a prática. Assim sendo, ao planear o processo de formação deverá ter em conta as necessidades individuais dos elementos da equipa, as necessidades globais da unidade de cuidados, assim como as características da equipa na qual se desenvolve. Lamentavelmente, e de acordo com os entrevistados, estas situações não são viáveis e praticamente inexistentes nos serviços de enfermagem:

“ Se ela fosse falar diariamente falar com os doentes e saber se estavam a ser bem tratados ou não, quais as necessidades que sentiam na prestação de cuidados, ai talvez ela conseguissem perceber que lacuna é que existem e que reforço deveria dar ou não aos enfermeiros...” E10

“...isto de certo modo criou uma grande distância entre nós e a chefia porque nos revoltava...”E9

Bento citado por Martins e Franco (2004) considera que a formação desenvolvida nos contextos de trabalho põe em jogo ideias, aquisição de conhecimentos e valores, desenvolvimento de capacidades e atitudes, mudanças de representações, preparação para a intervenção social e desenvolvimento de identidades. Nesta ideologia podemos dizer que a formação é um dos meios pelo qual podemos crescer, quer profissionalmente quer pessoalmente. Isto implica uma presença activa no dia a dia dos enfermeiros, de um profissional mais experiente e com qualificações teórico práticas para promover e assegurar a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente e família. Os enfermeiros especialistas, ou coordenadores, são um dos actores principais para o contributo válido e merecedor de uma garantia de cuidados de saúde com rigor e qualidade.

Muito terá que ser feito ainda para que se deixe de apostar na quantidade de formação certificada por diplomas de participação, mais ou menos idóneos e se passe a apostar numa formação de qualidade, gerida de acordo com a pertinência e as necessidades quer dos profissionais individualmente, quer dos serviços e instituições no geral (Martins; Franco, 2004).

Na temática; atitudes de liderança; foram delineadas três categorias: características da chefia, condução e organização do trabalho e afastamento da prestação directa de cuidados. Na categoria características da chefia; a sub categoria mais evidenciada pelos entrevistados foi a capacidade de mobilizar a equipa (frequência: 35), seguido da categoria conhecimentos (10), assertividade (9), e simultaneamente capacidade de gestão de conflitos e comunicação (6).

Na categoria condução e organização do trabalho; a sub categoria mais evidenciada foi a organização do serviço (21), seguido da definição de objectivos (6), e paralelamente a avaliação de desempenho (3) e trabalho de equipa (3).

Na categoria afastamento da prestação directa de cuidados, a sub categoria falta de prática foi a mais conotada com uma frequência (8) seguida pela sub categoria burocracia excessiva (1).

3.2. PARTICIPAÇÃO DIRECTA NA TOMADA DE DECISÃO

Segundo Lopes (2001), Stordeur et al (2001), a liderança participativa é o assumir de um compromisso, na fase activa de um desempenho essencial, para a implementação de serviços de *qualidade colectiva*, que só é possível com um apelo à participação, através da delegação de funções.

A delegação de funções contribui para uma interacção dos elementos na cultura organizacional da equipa e da empresa, identificando as com os seus objectivos e motivando as para a execução de tarefas. Incentiva ainda a um envolvimento e a uma responsabilização que fomenta a coesão da equipa. Apela a uma participação criativa, que cria um ambiente propício a um melhor desempenho e a uma maior produtividade.

Do ponto de vista do líder, delegar significa um aumento das capacidades de concentração no trabalho, que exigem directamente a experiência pessoal, capacidades e conhecimentos. Permite uma atenção no planeamento do futuro, de modo a antecipar os problemas. Delegar e, de seguida observar os profissionais de saúde a desenvolverem as suas capacidades, torna se uma das experiências mais compensadoras para os líderes.

Para o profissional, o assumir de determinadas funções mantém elevada a sua motivação e a dinâmica de grupo construtiva e o sentimento de realização individual é fundamental para o funcionamento do grupo.

De acordo com estes autores, delegar e assumir a delegação de determinada função não é uma tarefa simples. Todos os elementos e profissionais de saúde são defensores de conceitos abstractos como a paz e a justiça, até começarem a perceber todo o esforço que é necessário para se alcançar. A liderança participativa exige uma avaliação realista, tempo e perseverança, face aos ânimos e desânimos inevitáveis de um processo de mudança.

Iremos então visualizar e analisar a opinião dos entrevistados acerca desta temática.

Quadro 3 : Participação directa na tomada de decisão

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIAS |
|--|------------------------------|
| PARTICIPAÇÃO DIRECTA NA TOMADA DE DECISÃO | CAPACIDADE DE DECISÃO |

FONTE: Entrevistas

Dentro da categoria; capacidade de decisão, obtive as subcategorias: resistência à mudança (i.e. através dos superiores hierárquicos), falta de liberdade, falta de iniciativa dos enfermeiros, circulação de informação (i.e. falta de reuniões formais) e falta de informação; como se pode visualizar no quadro abaixo indicado:

Quadro 3 (a) Participação directa na tomada de decisão

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|------------------------------|--|-------------------|----------------------|
| CAPACIDADE DE DECISÃO | RESISTÊNCIA À MUDANÇA Entraves dos superiores hierárquicos | 7 | 4 |
| | Falta de liberdade | 3 | 2 |
| | Falta de iniciativa dos enfermeiros | 7 | 5 |
| | CIRCULAÇÃO DE INFORMAÇÃO Falta de reuniões formais | 4 | 3 |
| | Falta de informação | 3 | 2 |

FONTE: Entrevistas

3.2.1 Capacidade de decisão

O estudo das decisões no contexto organizacional, não tem ainda uma tradição muito longínqua, pois apenas com Simon, na década de 50, foram dados os primeiros passos no estudo das decisões nas organizações. March e Cyner; contemporâneos de Simon, tiveram um papel preponderante durante o período inicial, quando emergiram os conceitos de racionalidade limitada e objectivos satisfatórios (Mendes, 2005). Durante os anos 70, o estudo e dinâmica das decisões organizacionais tornou se assunto permanente em psicologia organizacional, integrado numa perspectiva de interdisciplinaridade e acompanhando a função de liderança.

Por decisão entende-se um processo consciente envolvendo fenómenos individuais e sociais, baseado em premissas factuais válidas, que incluem a escolha de uma ou mais alternativas, acerca de um particular curso de acção, com a finalidade de alcançar determinado objectivo. Segundo Mintzberg, Raisinghani e Théorêt o processo de tomada de decisão pode ser definido como o conjunto de acções e factores dinâmicos que tem início com a identificação de um problema desencadeador de uma acção e termina com a escolha específica de uma determinada acção (Ferreira et al, 2001). Esta noção é também mencionada por Mendes (2005), o processo de tomada de decisão consiste em gerar e avaliar alternativas que permitam um curso de acção passível de atingir determinados resultados.

As decisões organizacionais podem variar quanto à sua função. Um gestor decide para estabelecer metas e objectivos, para afectar recursos, para defender a organização face a ameaças externas e para a resolução de conflitos. Hall mencionado em Mendes (2005). Poderá ser útil definir rotinas ou procedimentos estandardizados para lidar com as decisões programadas. Para além de simplificar e tornar mais rápida a resposta ao problema, a introdução destes procedimentos fixos, proporciona maior previsibilidade e, conseqüentemente, maior controlo à actividade organizacional. A introdução de rotinas para as decisões programadas liberta os decisores para outras actividades mais importantes, em especial para as decisões não programadas que surgem de forma inesperada.

A progressiva indução de padrões de actuação rotinizados confere à organização um certo grau de saber colectivo acumulado ou conhecimento organizacional que assume formas diversas, tais como regras, hábitos ou procedimentos usuais que são utilizados de uma forma sistemática em resposta às diferentes solicitações externas, que previsivelmente são já conhecidas ou esperadas pelos membros da organização.

Esta aprendizagem organizacional poderá constituir uma vantagem competitiva para a organização, se os modos habituais de decidir são orientados para o cliente e se os membros da organização estão dispostos a incorporar novos conhecimentos.

Neste contexto, consideramos importante abordar o conceito de *empowerment*. Desde o século XVII que o conceito do empowerment surge descrito na literatura de documentos administrativos, referidos em (Kuokkanen; Leino-Kilpi, 1999).

São atribuídos vários sinónimos para este conceito: tornar possível, permitir, autorizar, facilitar, investir com poder. O termo tem sido utilizado para descrever a essência da existência humana mas também aspectos de eficácia e qualidade

organizacional. É um conceito abstracto; fundamentalmente positivo, referindo se mais a soluções do que a problemas. Sendo um conceito dinâmico pode ser retirado e pode ser partilhado. O processo individual do empowerment necessita de uma introspecção critica para mudança de protocolos e regras de acordo com as actividades realizadas. Ao nível da comunidade o empowerment é associado a uma união das pessoas para atingirem objectivos comuns (Stainer, 2000).

3.2.1.1 Resistência à mudança

Como refere Gonnet referenciado por Mendes (2005) uma mudança que não beneficia uma organização em termos de condições de trabalho, de facilidades na monitoria e avaliação das actividades, de melhores relações de trabalho, de resolução de problemas concretos, é uma mudança não somente inútil, mas destinada ao falhanço.

Quadro 3 (a 1) Resistência à Mudança

| SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|---|-------------------|----------------------|
| RESISTÊNCIA À MUDANÇA | 7 | 4 |
| Entraves dos superiores hierárquicos | | |
| Falta de liberdade | 3 | 2 |
| Falta de iniciativa dos enfermeiros | 7 | 5 |

FONTE: Entrevistas

Segundo Arguris referenciado por Zorrinho et tal (2003), a resistência individual é muitas vezes o reflexo do medo perante a mudança e inovação, e este é considerado como um padrão organizacional defensivo. Como tal, a mudança deverá ser planeada e encarada como algo positivo desligando-se de uma conotação negativa. Compete às pessoas entenderem quais os valores a serem preservados, estimulados ou mudados, sendo a comunicação aberta um elemento essencial nas organizações de saúde e em qualquer organização; tal como é mencionado pelos entrevistados:

“...ninguém percebeu porquê, mas pronto é assim que tem de ser feito. As pessoas não são informadas e depois não percebem estas mudanças...” E1.

*“... quando acontece alguma mudança de uma rotina instituída no serviço ninguém nos informa e depois não sabemos actuar...”*E4

“... outras mudanças que são de uma matriz maior nunca irão ser implementadas porque a chefia nunca dá a ordem final. Espera-se que os colegas falem uns com os outros.... Assim, não funciona...” E1

Na mudança estratégica, antes da selecção de uma abordagem de implementação é fundamental a análise da estrutura organizacional e da cultura organizacional. Sendo a organização um sistema dinâmico e complexo, de carácter misto conferido pelos processos formais e informais, torna-se assim importante salientar a necessidade de todos os constituintes da organização convergirem, de forma motivada e em complementaridade uns com os outros, na resolução de problemas concretos. As consequências da resistência à mudança são variadas e dependem da importância dos factores em causa no processo de mudança e também da magnitude da oposição dos membros da organização. A resistência à mudança é tanto menor quanto maior for a participação dos colaboradores no processo de tomada de decisão sobre as mudanças organizacionais a implementar (Ferreira et al 2001).

Os entrevistados como actores de uma organização hospitalar, referem que a participação na resolução de problemas concretos gera motivação e satisfação, pela convergência de interesses, pela valorização e reconhecimento. Uma participação colectiva pode permitir também, uma melhoria das relações profissionais, situação vivenciada pelos entrevistados.

“... nessa altura foi muito gratificante, mesmo para nós e para o pequeno grupo saber que teve um papel determinante na mudança do serviço...” E10

“...uma influência com um poder mais informal conseguimos mobilizar toda a equipa para que se começasse então a praticar o método individual. E foi um grande passo, houve muitas críticas, principalmente da parte médica...”E10

A mudança organizacional não se resume a uma acção, a um momento reflexo de uma decisão pontual, devendo constituir sim todo um processo dinâmico, tendo em consideração o contexto, a estrutura, toda a cultura organizacional, incluindo a própria resistência dos actores seus constituintes.

análise da situação actual e os objectivos visados pela mudança. As reacções e interacções afectivas dos colaboradores (i.e. satisfação e atitudes face à mudança); as mudanças comportamentais face ao trabalho realizado (i.e. a relação condições de trabalho-qualidade); a aprendizagem de novas técnicas ou conhecimentos relativos ao processo de mudança; mudanças no desempenho da organização relacionadas com questões como o absentismo, o lucro, a produtividade, etc., são aspectos foco sobre os quais deve recair uma análise rigorosa na fase de avaliação, de modo a que se determine se a mudança instaurada foi ou será um fracasso.

A tomada de decisão é um processo que não é independente do contexto em que ocorre; manifesta-se numa sequência crescente de agregação, desde o nível individual, passando pelo nível grupal e organizacional, até ao nível ambiental (Ferreira et al, 2001).

A estrutura do sistema actual de saúde é um local onde muitas vezes os profissionais dinâmicos e inovadores ficam desmotivados; pois vêem castrado o seu empenhamento na mudança, pela burocracia e outros factores de constrangimento.

“ ... a partir do momento que entramos na instituição temos vários superiores e existem várias funções, quando entramos temos um chefe orientador, depois temos um chefe de equipa, temos um enfermeiros chefe e depois um enfermeiro supervisor... depois torna-se mais difícil alguém que esteja um bocadinho mais abaixo da escala, digamos assim, fazer e impor alguma coisa...” E2

Esta resistência poderá diminuir se as posições hierárquicas derem seu apoio à mudança, reconhecendo que esta será benéfica para todos. No entanto, como referem os entrevistados:

“...há alguma abertura nas ideias, porque a equipa vai tentando introduzir melhorias até a nível físico, mas não temos um apoio de uma superior hierárquica ou de uma administração de enfermagem...” E2.

“... toda a decisão que queiramos tomar em benefício do doente e da família, se for bem fundamentada, eu acho que é difícil alguém dizer nos que não... no entanto, como nós sabemos, existe uma grande gestão de poderes há nossa volta, que por mais que se tente não conseguimos ultrapassar...” E3.

O poder pressupõe o assumir de determinadas responsabilidades. Os entrevistados referem que maioritariamente as chefias apoiam no desenvolvimento de projectos e trabalhos, mas não trabalham em conjunto para atingir esses objectivos, não se cria qualquer tipo de relação e investimento em conjunto para o atingir dos objectivos propostos.

“... a chefia apoia, mas é um apoio de “ boca”, não é um apoio efectivo. No momento para passar à prática e de reunir a equipa e dizer que vamos começar a fazer assim, isso nunca acontece. Deixa tudo um pouco nas mãos dos outros...” E1.

“...da chefia também tivemos o apoio, mas sempre muito distante e deveriam estar mais presentes. Porque eles sim têm o poder e não são muito activos nestas situações...” E8

*“... tive apoio verbal da administração, a chefe do serviço considerou que não era a altura ideal para implementar o projecto e ficou numa gaveta.Fi lo à um ano e ainda se mantém na gaveta...”*E10

Os empregados não podem simplesmente ser incentivados a realizar as suas funções por mera delegação ou uma ordem previamente definida. Todos eles têm uma personalidade e determinadas qualidades que os levam a desenvolver os seus conhecimentos, a ter uma acção correcta mediante cada situação específica, e a desenvolver um trabalho útil. É muito importante o investimento na reciprocidade existente numa relação de poder; ou seja, é benéfica e útil o conhecimento da individualidade de cada elemento; como desempenham o seu trabalho; independentemente das funções que exercem no seu local de trabalho (Kuokkanen; Leino-Kilpi, 1999).

“... existem situações que não são valorizadas porque a chefia não tem uma participação directa do trabalho que nós realizamos no nosso dia a dia...” E8

“ ... a chefia que tem este poder de mobilização e poder de decisão mas não há esforço para manter esta continuidade de trabalho...” E11

Ferreira et al (2001) referem que a necessidade de mudança surge como um reflexo da própria dinâmica da organização e que desde sempre, as organizações não foram estáticas mas os entrevistados referem *falta de liberdade* para introduzir projectos novos no serviço. A necessidade de mudança organizacional sempre existiu,

decisão e só dizem que a partir daquele dia é assim e ponto final. Não temos qualquer tipo de voto na matéria. E se não fizermos assim somos penalizados...” E4

“ ... a chefia do serviço está completamente dependente das directoras de enfermagem e não têm qualquer tipo de liberdade de actuação...” E6

“ ...administradores que também exercem muita pressão perante o corpo de enfermagem, mas sinceramente também não sei muito bem se não será a direcção de enfermagem que também não se sabe impor. E é claro que isto vai ter uma grande repercussão no nosso serviço porque ao fim ao cabo a nossa chefe fica sozinha e sem apoio....”E6

Como foi referido inicialmente o empowerment está visivelmente associado ao conceito de poder. No mundo da enfermagem o poder tem maioritariamente uma conotação negativa; associado a uma hierarquia; liderança autoritária e restritiva da liberdade individual dos elementos de enfermagem. (Kuokkanen; Leino-Kilpi, 1999). Um poder legitimado associado a um determinado estatuto, experiência e acção que condiciona a liberdade de actuação dos restantes elementos da equipa de enfermagem, ideia que é partilhada pelos entrevistados:

“... neste momento sinto que quando quero tomar alguma decisão que vá contra o que está protocolado, eu tento sempre dar a volta de forma a não ferir susceptibilidades e de certa forma dividir o poder com outra pessoa...” E3.

“... na instituição existem uma série de normas, protocolos que temos e somos levados a cumprir. Se nestas normas e protocolos temos um espaço de manobra e liberdade para sugerir novas ideias para a melhoria do nosso desempenho, óptimo. Mas isto, nem sempre é possível. A nível individual, depois será de acordo com as características individuais que cada enfermeiro possui para se “desenvecilhar” das redes e malhas da organização. Com subtilidade e para nunca ferir susceptibilidades... Com os anos aprendemos estas subtilidades...” E5

“... a partir do momento que o elemento que está a ser integrado tem de contar como elemento da equipa para se fazer o horário, eu não tenho qualquer tipo de opinião, ou não me é dada a liberdade e o poder de afirmar que aquele elemento ainda não está apto a desempenhar funções sozinho...” E8

Friedberg (1995) considera presente nas organizações uma certa inércia estrutural, alimentada pela ambiguidade do contexto e pelo interesse dos actores na resistência à mudança, existe uma *falta de iniciativa dos enfermeiros*. De facto, a mudança constitui sempre uma ruptura com o equilíbrio existente nas práticas antigas, havendo mil razões para não mudar, de forma a não perturbar os pilares do funcionamento actual.

Para além de na organização poder ocorrer uma inércia estrutural e de grupo, também se pode verificar uma ameaça em relação ao poder adquirido, aquilo que Ferreira et al (2001) designa de ameaça ao prestígio e à autoridade.

“... uma tomada de decisão implica sempre uma mudança, e neste momento a chefia do serviço não está aberta à mudança. Porque mudar também dá trabalho. Neste momento, tomar uma decisão que implique uma grande mudança é muito difícil...” E3

“...tentamos mudar isto e aquilo e as respostas passam simplesmente por um não, ou quando vem com uma explicação é a explicação de que não se pode mudar porque é assim há muito tempo. E pronto as coisas ficam por ali...” E8

*“...sente se uma grande resistência por parte dos colegas...”*E1.

*“...eu penso que é mais fácil introduzir a mudança numa equipa mais pequena. As pessoas gradualmente começam a seguir as regras que foram estabelecidas e torna se mais fácil. Numa equipa muito grande a resistência é maior...”*E1.

3.2.1.2 Circulação de informação

Quadro 3 (a 2) Participação directa na tomada de decisão

| SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|----------------------------------|-------------------|----------------------|
| CIRCULAÇÃO DE INFORMAÇÃO | 4 | 3 |
| Falta de reuniões formais | | |
| Falta de informação | 3 | 2 |

FONTE: Entrevistas

Kanter refere que contrariamente à dominação e coerção, o poder pode ser utilizado como um trunfo eficaz para a qualidade e eficácia organizacional. Nesta

perspectiva, surge associado o conceito de empowerment, visando o aparecimento de oportunidades, circulação de informação e apoio eficaz para todos os elementos da organização. Nesta perspectiva, é possível mobilizar todos os recursos da organização e permitir a todos os elementos que tenham acesso às várias alternativas propostas pela organização. De acordo com a motivação pessoal de cada elemento, a produtividade e o atingir de objectivos comuns propostos por essa mesma organização, serão consideravelmente mais positivos e benéficos para todos (Kuokkanen; Leino-Kilpi, 1999).

No entanto surgem diversos obstáculos que levam a interpretações diferentes do conceito de poder e perspectivas diferentes da utilização do conceito de empowerment.

De acordo com Ferreira et al (2001), a comunicação verbal compreende a modalidade de comportamento social que é expressa através de um código linguístico falado ou escrito. Quando há necessidade de formalizar determinado procedimento, por exemplo as regras de funcionamento de um novo serviço ou a convocação para uma assembleia-geral, ou qualquer outra reunião de carácter formal, a comunicação escrita corresponde às expectativas dos receptores. Se se trata de uma reunião de trabalho com carácter informal, ou de uma informação pontual, a comunicação oral poderá ser mais indicada para fornecer esclarecimentos imediatos e motivar a participação do outro. Os entrevistados referem falta de reuniões formais e algumas falhas relacionadas com a comunicação:

“... a falta de comunicação é uma grande falha no nosso serviço...”E4

“... tem muito a ver connosco, porque tomos sentimos esta situação e não concordamos mas depois para discutir na prática acaba por ser uma voz individual a expor esta situação e não nos unimos. Não falamos uns com os outros. Não existem reuniões formais para falar sobre isto. E quando há é apenas porque aconteceu alguma coisa e a equipa de enfermagem vai ser penalizada...”E7

“...as chefias não lidam pessoalmente com os materiais para fazer um penso ou prestar cuidados de higiene e conforto ao doente mas nós temos o dever e também a obrigação de os informar, em prol do doente. Esta troca de ideias é fundamental para a melhoria da organização do serviço e para conseguir chegar a uma excelência dos cuidados. È difícil chegar a esta partilha, mas se houver esforço, e as pessoas precisam de falar mais... haver reuniões e discutir as coisas é muito muito importante....” E2.

“...Tento resolver os problemas de uma forma informal com as pessoas de quem eu mais gosto e depois quando há problemas que eu acho que devam ser comunicados e partilhados tento chegar perto da chefia...” E10

Os entrevistados mencionam que existe uma *falta de informação*:

“... há uma grande perda de informação porque são muitas pessoas a falar do mesmo e depois criam se situações de stress e conflitos que prejudicam o nosso trabalho...” E8

A existência de uma visão partilhada dos significados de uma mensagem é um importante facilitador da interacção social e, por conseguinte, da eficácia do comportamento organizacional.

A partir do estudo de episódios de comunicação, Clark e Brennan constataram que este processo decorre segundo o princípio do mínimo esforço colaborativo, ou seja, minimizar o esforço de ambos os interlocutores para conseguir pôr em comum determinado significado (Ferreira et al, 2001).

No entanto Grudykunst referido também por Ferreira et al (2001), defende que é mais frequente cometerem se erros de interpretação com pessoas que conhecemos bem, que lidamos todos os dias, do que com pessoas que conhecemos menos bem. A razão disto é que tendemos a assumir que as pessoas mais próximas de nós têm uma estrutura de significados semelhantes à nossa. As competências individuais causando falhas ou obstáculos à comunicação interpessoal, as barreiras de significado limitam igualmente as competências de comunicação de uma organização. Por outro lado, as barreiras físicas podem incluir quer a perda de informação ao longo da transmissão (i.e. devido à existência de demasiados níveis hierárquicos) ou a introdução de informação parasita entre a emissão e a recepção.

É importante reconhecer que as causas de uma comunicação ineficaz resultam principalmente da forma como interpretamos o comportamento do outro e não do comportamento em si mesmo.

Comunicar eficazmente na organização requer não apenas as competências comunicacionais tradicionais como a codificação, transmissão e descodificação de informação, como também compreender as competências estratégicas que permitem interpretar correctamente essa informação e criar significados partilhados.

Na área temática; participação directa na tomada de decisão, foi criada uma categoria: capacidade de decisão. Dentro desta categoria, a sub categoria mais evidenciada pelos entrevistados foi a resistência à mudança (entraves dos superiores hierárquicos (7)) em simultâneo com a sub categoria falta de iniciativa dos enfermeiros (7); seguido da sub categoria falta de liberdade (3).

Relativamente à sub categoria circulação de informação os entrevistados evidenciaram a falta de reuniões formais (4) e a falta de informação (3).

3.3 ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO

Na área temática, integração de novos elementos, e de acordo com os entrevistados foram definidas duas categorias: papel do integrador e dificuldades de integração:

Quadro nº 4 – Acolhimento e Integração

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIAS |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| INTEGRAÇÃO DE NOVOS ELEMENTOS | PAPEL DO INTEGRADOR |
| | DIFICULDADES DE INTEGRAÇÃO |

FONTE: Entrevistas

Podemos visualizar no quadro nº 3 (a), as subcategorias criadas para cada categoria:

Quadro nº 4 (a) – Integração de novos elementos

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|-----------------------------------|---|-------------------|----------------------|
| Papel do Integrador | Elemento de Referência | 2 | 1 |
| Dificuldades de integração | Instabilidade Rotatividade Insegurança | 6 | 3 |
| | Tempo de integração | 3 | 2 |
| | Proximidade de idades | 4 | 2 |
| | Falta de conhecimentos consolidados | 4 | 2 |
| | Falta de continuidade na integração | 30 | 6 |

FONTE: Entrevistas

Quando uma instituição contrata um novo funcionário, torna se responsável pela sua orientação e assistência de modo a este se sentir confortável e adaptado ao meio organizacional. O acolhimento e integração de novos elementos, é essencial para o exercício profissional, e o sucesso de uma boa integração recai sobre a qualidade dos procedimentos de acolhimento, de acompanhamento e integração (Peretti, 2001). O acolhimento deverá ser efectuado a dois níveis, a nível da empresa, onde deverá conhecer a organização, a sua missão, os seus objectivos gerais e ao nível do serviço, realizada por representantes do acolhimento, nomeadamente as chefias directas.

Frederico et Leitão referenciados por Mendes (2005) refere a necessidade de todos os trabalhadores necessitarem de uma formação inicial para se familiarizarem com a empresa, sendo a integração um processo iniciado com a admissão, e concluído quando o trabalhador conhece bem a estrutura física, a filosofia organizacional, a equipa e as actividades funcionais. Este acompanhamento da integração como refere Peretti (2001), deverá ser feito durante um largo período antes da entrada do novo elemento no sistema de avaliação geral. Algumas práticas de integração referidas por este autor poderão ser utilizadas na organização; nomeadamente: acolhimento formal pelo responsável hierárquico, informação oral sobre a empresa, visita do local, entrega de manual de acolhimento, informação sobre segurança, apresentação aos quadros da

empresa, informações sociais, formação específica, seminário de acolhimento, informação audiovisual, designação de um responsável pela integração, etc.

Quando um elemento tem uma integração adequada torna-se apto mais rapidamente beneficiando a instituição e a si mesmo, uma vez que quanto mais rápido se adaptar ao meio, mais rapidamente dará uma contribuição efectiva e o êxito da sua integração dependerá para além de características pessoais do novo elemento, também das condições pedagógicas, ou administrativas facultadas por quem o recebe e integra e da existência de um programa bem definido e estruturado.

O papel do enfermeiro chefe torna-se fundamental na integração de novos elementos no serviço, cabendo-lhe dar a conhecer o serviço, dar a conhecer as actividades a desenvolver, informar de legislação, direitos e deveres, dar informações gerais, dar a conhecer as normas de actuação, avaliar e observar a participação.

Torres (2001) refere competir ao enfermeiro chefe inteirar-se da situação profissional do novo elemento, dar as boas vindas pessoalmente ao novo membro, obter informações acerca das experiências anteriores e elementos pessoais do novo enfermeiro, fazer a apresentação aos colegas e restante equipa de saúde, proporcionar uma visita detalhada ao serviço, explicar o tipo de trabalho a executar, dar a conhecer a filosofia, objectivos e método de trabalho, assegurar-se que recebe toda a informação necessária ao exercício de funções, avaliar as capacidades de trabalho do novo elemento e possibilitar a auto-avaliação ao novo elemento; ideias partilhadas pelos próprios entrevistados:

“... nas integrações a chefe tem o papel fulcral de dar a conhecer estes objectivos aos elementos novos e atribuir integradores com competência e capacidade profissional para integrar....” E2.

“... penso que tem de existir um bom senso para conseguir distribuir bem esse trabalho e essa tarefa. A chefia tem de ter noção dos elementos que possuem capacidades ou não para fazer estas integrações...” E6

3.3.1 Papel do integrador

Quadro nº 4 (a1) – Papel do Integrador

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|---------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| Papel do Integrador | Elemento de Referência | 2 | 1 |

FONTE: Entrevistas

Félix, Magalhães et Garcia (2006) consideram de extrema importância as integrações que se iniciam ainda aquando alunos de enfermagem. A orientação de alunos em ensino clínico, que anteriormente era da responsabilidade dos docentes da escola, passou a recair sobre os enfermeiros das instituições de saúde onde se realizam os ditos ensinamentos.

Esta situação é também aplicável aos enfermeiros responsáveis pelas integrações de novos colegas de enfermagem. Como tal, e como é mencionado neste mesmo artigo é de extrema importância que os enfermeiros estejam envolvidos e sensibilizados para a necessidade de interligação entre a vertente teórica e prática, visto que o contexto de trabalho é um local privilegiado de aprendizagem. O ensino representa assim a segunda grande missão do hospital (Hesbeen, 2001).

O Ensino Clínico em Enfermagem (i.e. ECE) surge-nos como um processo sustentado na prática, isto vai levar ao enfermeiro a uma autoavaliação e reflexão crítica tendo em vista a sua responsabilização para a orientação, uma vez que o enfermeiro da prática é visto como um elo de ligação entre a teoria ensinada na escola e a realidade da prestação de cuidados, desempenhando mesmo um papel de “modelo profissional”; situação que é aplicável no caso de integração de novos colegas de enfermagem e mencionada pelos nossos entrevistados. O elemento integrador deverá ser considerado como um exemplo a seguir e é referido pelos entrevistados como o elemento de referência:

“...considero que o papel do integrador é muito importante para que o novo elemento aprenda as coisas correctamente e dê o salto profissional. O integrador é fundamental nesta etapa...” E2.

“...importante que o novo elemento seja acompanhado pela mesma pessoa, ter alguém como referência...”E7

Franco (2000) considera que é através das inter-relações com os profissionais de enfermagem e outros que, além de uma aprendizagem real e efectiva se constrói a identidade profissional. Considera que os enfermeiros do exercício são óptimos modelos para os alunos, compete aos professores motivá-los, sensibilizá-los e consciencializá-los desse património pedagógico que a maior parte dos enfermeiros possui, mas que por vezes desconhece. Esta ideologia é partilhada por vários entrevistados:

“... quem chega deve ter uma postura e atitude de aprendizagem, humildade, tentar aprender ao máximo porque quando saímos da escola não sabemos nada e precisamos sempre do suporte de alguém...” E2

Trata-se portanto de potencialização/ aproveitamento dos recursos humanos existentes nas instituições de saúde onde são realizados os estágios; e nos serviços onde se integram novos colegas de enfermagem. No entanto existem barreiras estruturais na organização hospitalar como o monopólio do poder dos diferentes departamentos, o “sistema complexo de democracia”, a rotatividade constante de pessoas, que prejudicam a qualidade da integração. Situações estas que são vivenciadas pelos entrevistados.

3.3.2 Dificuldades de integração

Quadro nº 4 (a 2) – Dificuldades da Integração

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|----------------------------|--|------------|---------------|
| Dificuldades de integração | Instabilidade Rotatividade Insegurança | 6 | 3 |
| | Tempo de integração | 3 | 2 |
| | Proximidade de idades | 4 | 2 |
| | Falta de conhecimentos consolidados | 4 | 2 |
| | Falta de continuidade na integração | 30 | 6 |

FONTE: Entrevistas

Relativamente à gestão de recursos humanos, os autores Coelho e Lourenço (2004) mencionam Ceitil, que considera que as actividades inerentes à gestão de recursos humanos passam pelo planeamento das necessidades nesta área (i.e. antever as necessidades das organizações, analisar os postos funcionais da empresa e desenhar planos de carreira ajustados à realidade da mesma); preenchimento das necessidades em recursos humanos (i.e. o recrutamento e selecção dos candidatos, bem como a integração dos novos elementos); situação que actualmente é encarada pelos entrevistados de uma forma negativa (i.e. maioria dos enfermeiros se reformaram e foram admitidos elementos mais novos, e afirmam uma Instabilidade Rotatividade Insegurança dos elementos:

“... depois o que aconteceu foi que as enfermeiras mais antigas foram se reformando e começaram a entrar cinco, seis enfermeiros novos de uma vez só. Então num espaço de um ano o nosso serviço foi invadido por uma quantidade que eu acho até excessiva de enfermeiros com pouca formação académica e pouca prática...” E10

*“... de uma vez só entram 4/5 enfermeiros. Isto não é nada útil para a nossa evolução como profissionais....”*E1

“... apesar de haver esta organização extraordinária, o facto de entrar tanta gente nova há sempre um desequilíbrio nas equipas. O que se reflecte um desequilíbrio em toda a equipa...” E3.

“...não somos singulares, e se cada equipa recebe um elemento novo cria se uma nova instabilidade que abrange toda a equipa. Estamos todos em cima de uma ponte mas que nunca chega a cair. Apesar de haver uma boa organização há uma instabilidade tremenda...”E3

Passa também pela apreciação e compensação do desempenho dos colaboradores (i.e. avalia os colaboradores relativamente aos seus papéis face ao conteúdo e às exigências das funções e premeia os comportamentos adequados); pelo desenvolvimento das pessoas e do ambiente de trabalho (i.e. determina, planeia e implementa programas de formação e melhora o ambiente físico e sócio psicológico que rodeia os colaboradores); e por um estabelecimento e manutenção de boas relações laborais (i.e. informa se sobre a legislação laboral e informa os gestores das empresas no que diz respeito aos direitos dos trabalhadores).

Rocha enunciado por Coelho e Lourenço (2004), assinala que uma actividade terá mais importância relativamente a outra de acordo com os objectivos da organização. A condição para o sucesso da organização, cujo objectivo principal é a produtividade, é o aceitar a mudança e a abertura à inovação.

“... há quatro anos atrás os enfermeiros que concorriam para a instituição... iam porque gostavam daquela área e porque queriam saber mais, o que se assiste agora é que os enfermeiros vão para esta instituição porque é uma mais valia em termos de ordenado, porque precisam de enfermeiros... porque e porque... mas nada porque é a paixão de trabalhar naquela área..” E10

As autoras Frederico e Leitão referenciadas por Mendes (2005), salientam que o enfermeiro ao iniciar funções num hospital, deverá sentir um sentimento de pertença efectiva e afectiva à organização e ao local de trabalho, transpondo um sentimento de segurança e desenvolvendo o interesse e entusiasmo deste, promovendo novas atitudes profissionais e melhorando a qualidade dos cuidados prestados. Isto fará com que o enfermeiro se sinta motivado para adquirir o máximo de conhecimentos, assumir as responsabilidades inerentes às suas funções e competências, rentabilizando o melhor de si mesmo; ideia também partilhada pelos entrevistados relativamente ao tempo de integração:

“...e acho fundamental conhecer se os outros serviços do hospital, se ficarmos desportos para isso conseguimos ter uma melhor articulação de variadas especialidades e contribuir para uma melhoria dos cuidados...” E9

Numa boa integração na unidade de tratamento/cuidados, deverá ser dada informação acerca de vários aspectos, onde se salientam: a metodologia científica de enfermagem utilizada, as normas e procedimentos existentes, normas e critérios de avaliação de desempenho, formação necessária para uma melhor prestação de cuidados, entre outros.

O manual de integração é um instrumento importante na medida que fornece orientações, por escrito, aos elementos da equipa de enfermagem, respondendo a dúvidas e auxiliando em todo este processo.

Mediante a experiência profissional dos autores Coelho et Lourenço (2004) referem, o tempo de integração é diferente de serviço para serviço e varia consoante o profissional em causa. Acrescente se ainda a ideia, de que o tempo de integração estará relacionado com a necessidade mais ou menos urgente dos serviços em recolocar o elemento em falta e iniciar este rendimento efectivo, contrariando a ideia defendida por Pina referido por Azevedo (1992), de que todos os elementos recém admitidos num determinado serviço deverão permanecer quatro semanas em horário fixo e como supranumerários. Os entrevistados referem apenas que o período de integração deveria ser mais prolongado.

“... as integrações para pessoas recém formadas considero que têm de se mais prolongadas o que será uma mais valia para o serviço...”E9

A partir do processo de recrutamento e selecção, torna se importante pensar e fazer o acolhimento e integração do novo elemento, tendo em consideração os objectivos individuais, bem como os organizacionais.

De acordo com Imperatori referido por Coelho et Lourenço (2004), existem no acolhimento; três vertentes a considerarem que são: a humanista (i.e. englobando desde a empatia, o respeito mútuo, a linguagem compreensível, a vontade de cooperar, entre outros); referido numa das entrevistas:

“...se estabelecer mais confiança entre os dois e mantiverem uma maior estabilidade, a relação de proximidade é de maior qualidade ...” E7

O processo de integração pressupõe um esforço da ambas as partes do elemento a integrar e da organização integradora. Ferreira descrito por Coelho et Lourenço (2004) concorda que o período de integração é uma questão de homeostasia, onde existe grande tensão devido à ruptura do estado de equilíbrio anterior à integração do novo elemento, podendo conduzir a um certo isolamento deste; visão partilhada pelos entrevistados:

“... o que eu defendo é uma relação de grande proximidade entre os elementos para saber com veracidade o que cada um já sabe fazer ou não...” E9

“...tem de existir uma proximidade entre os elementos e critérios claros para as funções de cada um....” E9

Um novo equilíbrio reaparecerá quando o novo elemento sentir que a sua necessidade de inclusão se encontra saciada, ocorrendo o reconhecimento e aceitação grupal assim como quando detiver domínio das suas novas funções, o que é mencionado pelos entrevistados:

“...acho que uma das características principais é o dar tempo à pessoa para se adaptar...” E7

Todo este processo envolve o denominado contrato psicológico, ocorrendo um envolvimento mútuo. Assim, para além do conjunto de informações organizadas a transmitir ao elemento integrado, é também necessário planear acções que permitam criar condições favoráveis à sua entrada na organização e em especial ao grupo restrito, junto do qual e com o qual vai exercer a sua actividade profissional. Deste modo, dir-se-á que o novo elemento se encontra plenamente integrado após o momento em que este esteja capaz de propor e sustentar inovações que beneficiem a organização na sua produtividade e expansão. No entanto, os entrevistados relatam uma realidade diferente:

“... já participei em várias integrações de colegas novos e alunos de enfermagem. Eu acho que o serviço tem condições para, mas a organização é que não...” E8

“... isto é grave, porque começa um novo elemento de enfermagem a trabalhar que ainda não está apto e que irá contribuir para passar uma imagem insegura...”E8

“... a insegurança daquele elemento acaba por passar para o doente, para os colegas, e para a equipa médica.... a equipa de enfermagem depois não é valorizada...” E11

Relativamente ao tempo de integração surgem duas perspectivas: algumas empresas optam por diminuir o tempo despendido na integração, acreditando que quanto mais rápida for a colocação do trabalhador no seu posto de trabalho, com um ritmo aceitável de produção, mais depressa desaparecem as preocupações com este posto de trabalho. Outras porém, consideram que o tempo dispendido na integração é um potencial ganho futuro, uma vez que o trabalhador quando iniciar efectivamente a sua actividade, fá lo à de maneira mais activa e eficiente dado ter tido um período adequado de adaptação; neste sentido a integração é encarada como um processo de mudança com valorização pessoal e profissional. No entanto, os entrevistados referem outra realidade:

“ ... a direcção de enfermagem também não aparenta grande preocupação neste aspecto... o que importa são os números... se funciona bem ou mal, não querem saber...” E11

“ ... esta rotatividade não ajuda em nada porque desvaloriza o que estamos a tentar passar...” E11

As organizações não existem só por si, necessitam de pessoal. A aquisição deste no mercado de trabalho exige um planeamento das necessidades actuais e futuras da organização. O planeamento de recursos humanos é um processo sistemático que tem como objectivo de dispor das pessoas certas, em tempo oportuno, de forma a executar as tarefas adequadas aos objectivos da organização (Coelho; Lourenço, 2004).

Rocha, referenciado pelos autores acima citados, defende que um bom planeamento necessita, também, do conhecimento do mercado de trabalho e das disponibilidades internas da organização, bem como um bom domínio de técnicas de planeamento. Ao processo decorrente entre a decisão de preencher determinado cargo e o apuramento dos candidatos, denomina se de recrutamento.

Este processo pode ocorrer dentro e/ou fora da organização. Peretti (1997) refere que os postos de trabalho são geralmente propostos prioritariamente aos colaboradores

da empresa. Câmara et al referem que este tipo de recrutamento elimina o risco da não adaptação entre a pessoa e a organização, ao que Rocha acrescenta que há uma probabilidade superior de acerto na escolha do candidato, constituindo, ainda um factor de motivação para um óptimo desempenho. Se, por outro lado, a empresa recorrer ao preenchimento da vaga com pessoas estranhas à organização, o autor considera que este facto vai trazer uma “injecção” de sangue novo e de novas perspectivas, bem como novos conhecimentos importantes para a evolução da organização (Coelho; Lourenço, 2004). Os entrevistados acordam que actualmente há uma grande *proximidade de idades*, levando por vezes a uma instabilidade e falta de segurança nos cuidados.

Chiavenato (1993) concorda que um tipo de recrutamento deve completar o outro, sendo a solução, para a empresa, o recrutamento misto.

Segundo Coelho et Lourenço (2004), diversos são os autores que abordam o processo de selecção de pessoal, sendo esta definida como a escolha do indivíduo certo para o cargo certo. Implica uma escolha entre os candidatos recrutados, optando se pelos indivíduos que melhor se adequem aos cargos pretendidos na empresa. Este processo de escolha consiste na comparação de perfis dos candidatos e segundo critérios previamente definidos a partir de descrição de cargos.

Actualmente a alteração da carreira de enfermagem, a reforma de vários enfermeiros contribuiu para o recrutamento de novo pessoal com características e objectivos diferentes, tal como referem os entrevistados:

“... características das novas gerações, têm uma formação diferente, têm personalidades mais marcadas, não existe tanto respeito...” E2.

“... também pela relação excessiva de confiança e proximidade que se estabelece pelo factor idade...” E2.

“... estou a formar pessoas quase da minha idade, e quem sou eu para dizer que não se faz assim... é complicado... eu sei mais cinco anos do que eles mas 5 anos é pouquíssimo na nossa experiência e quem está a ser integrado também não se sente muito seguro. É pouco tempo de experiência...” E3.

Coelho et Lourenço (2004) mencionam que as escolas têm grande responsabilidade na preparação técnico científica dos profissionais de enfermagem; mas também as instituições onde esses profissionais vão desenvolver as suas actividades têm obrigação suprema de facilitar e estimular os enfermeiros para a continuidade dessa

aprendizagem, facilitando assim o processo de integração. Cabe aos enfermeiros da área de gestão, que participem na definição de políticas, na adoção e na tomada de decisões, que coordenem os serviços de enfermagem, desenvolver estratégias que possibilitem ao enfermeiro uma boa integração na instituição e na unidade onde vai trabalhar, contribuindo assim para o seu bom desempenho profissional. Os entrevistados têm também interiorizado esta responsabilidade e importância do acolhimento, no entanto referem uma falta de conhecimentos consolidados:

*“... começamos a trabalhar sem as bases bem consolidadas. E infelizmente, o que acontece muito é que como somos muito novos quando acabamos o curso vamos trabalhar em vários sítios ao mesmo tempo e depois temos conhecimentos todos baralhados e confusos...”*E8

*“... penso que os elementos mais novos têm de estar mais tempo na mesma especialidade para consolidarem bem os conhecimentos naquela área, e às vezes isso não acontece...”*E7

“... andamos a saltitar de um lado para o outro... e depois em termos de produtividade e rendimento torna se mais fraco e é visível na organização do serviço...” E7

Coelho et Lourenço (2004) referem que o processo de integração é contínuo, dado que as necessidades da organização e as individuais se vão transformando com o evoluir dos tempos, ideia também partilhada pelos entrevistados:

“... haver uma certa estabilidade para fazer a integração, ou seja o elemento novo tem de permanecer algum tempo com a mesma pessoa e o mais possível no mesmo serviço. Só assim a aprendizagem fica bem consolidada...” E6

Porém, o que acontece na realidade é uma falta de continuidade na integração tal como referem os entrevistados:

“... os elementos novos não têm um integrador fixo, andam, sempre a saltitar de sítio para sítio... acaba por não haver uma continuidade da integração...” E4

“... depois haver uma maior continuidade, ou seja, trabalhar durante algum tempo com as mesmas pessoas; tentar que mesmo que já tenha acabado o período de integração ficar com a mesma equipa e ter elementos de referência...” E3

Segundo Oliveira et Pereira (2006), avaliar a formação frequentada, de forma fidedigna, é o dever de todos os enfermeiros. Só dotados de capacidades para o fazerem, podem aceder a uma melhoria de qualidade de formação e, conseqüentemente, dos cuidados prestados aos clientes que deles esperam uma atitude no mínimo competente.

A avaliação realizada pelos formandos e, particularmente pelos enfermeiros, no final das acções de formação é muitas vezes encarada como uma formalidade a cumprir, sem que lhe seja dedicada a merecida atenção. O hábito de reflectir sobre a prática constitui uma forma saudável de estar na profissão, permitindo a identificação de erros, promovendo o desenvolvimento e o progresso. A formação é sem dúvida, um dos meios essenciais para alcançar o aperfeiçoamento, logo, merece da parte dos enfermeiros uma atitude pensada e todo o esforço que tenha em vista o seu êxito. Cada enfermeiro deve dar o seu contributo no sentido de zelar pelo rigor nas várias etapas da formação, quer se trate de diagnóstico de necessidades formativas, planificação, execução ou avaliação.

No entanto a realidade mencionada pelos entrevistados não é coerente com estas ideologias:

“... não nos sentamos a falar frente a frente e a discutir os objectivos que já foram alcançados ou não. São conversas paralelas que não levam a nada, apenas levam a atritos e a confusões entre os colegas...” E8

“ E não é falta de tempo, é uma falta de disponibilidade o que acaba por se reflectir numa falta de investimento no futuro...” E8

Segundo Oliveira et Pereira (2006), o preenchimento de forma cuidada dos instrumentos de reacção, de avaliação no final de formação, é um momento crucial para expressarmos a opinião sobre o sucedido, tendo o poder de lançar pistas para melhorar o desempenho formativo. A prática mais corrente consiste na utilização de questionários onde se pede aos sujeitos que avaliem a actividade desenvolvida, o formador e a organização mais habitual acontecer é aplicar o instrumento de avaliação aos formandos no final da formação. Isto transforma o momento da sua aplicação como a *“happy hour evaluation”* (Oliveira; Pereira, 2006) pois é muitas vezes respondido à pressa, com troca de comentários entre os outros formandos, o que diminui a credibilidade da avaliação. Qual de nós já não teceu comentários menos agradáveis no momento informal (e.g. hora do café, almoço) e depois no momento de preenchimento do questionário não as transcreve para o papel?

Terá de haver uma consciencialização consistente de que a avaliação só é credível se os formandos a tornarem credível. Não adianta exigirmos formação com qualidade quando nos demitimos frequentemente do nosso papel de avaliadores, quando somos chamados a desempenhá-lo. Só ao cumprirmos as nossas funções é que temos legitimidade para pedir mais e melhor.

O acto de avaliar é complexo. A primeira dificuldade quando falamos em “avaliar a qualidade da formação”, decorre da indefinição, ambiguidade de cada um dos conceitos envolvidos nesta expressão. A avaliação engloba um conjunto de operações interrelacionadas que permitem determinar a existência ou não de qualidade visada. Como tal, torna-se imprescindível clarificar o seu conceito e os seus pressupostos. Os entrevistados partilham da mesma opinião:

“... era feita uma avaliação formal. Sabíamos quem estava apto a desenvolver ou não determinada actividade, e onde era preciso mais apoio...” E9

“... critérios claros daquilo que o enfermeiro integrador tinha de fazer, e o que era esperado por quem estava a ser integrado...” E9

“...eu participo nas integrações de colegas novos e as coisas já não funcionam da mesma forma. Porque cada um adopta a sua forma para integrar...” E9

A falta de estímulos e de reforços positivos no desempenho e formação dos profissionais também levam ao mau funcionamento de um serviço ou determinada organização Zorrinho (2003), tal como assinala um dos entrevistados:

“... considero que existem condições para realizar as integrações, mas depois não temos o apoio da chefia...” E1

Todos estes factores negativos levam a uma exaustão dos profissionais que integram os novos elementos, e inevitavelmente a uma integração fraca dos novos colegas de trabalho o que é sentido e dito pelos entrevistados:

“... as equipas estão saturadas e não têm reconhecimento ou o devido valor de fazer as integrações...” E11

Segundo Oliveira et Pereira (2006), a formação enquanto estratégia, é vista como um meio de promover a mudança e/ou ajustamento, mediante a transmissão de um saber, de um saber fazer ou de um saber ser. Tem o poder de garantir a integração/socialização do sujeito que é concebido como objecto de formação e pressupõe a existência de necessidades objectivas de formação. Enquanto processo de desenvolvimento a formação é a forma como um indivíduo incorpora no seu sistema de maturação interna o resultado das aprendizagens formais e informais e a sua experiência de vida. O conhecimento não é um fruto de um processo cumulativo de informação, mas de um processo de selecção, organização e interpretação. Nesta base o significado de aprender surge como uma forma de atribuir sentido a uma realidade complexa presente, sendo essa construção de sentido, efectuada a partir da história cognitiva, afectiva e social.

É fundamental que o enfermeiro se dote de competências para ser capaz de adoptar uma postura de se utilizar a si próprio como um recurso, tornando-se activo no seu processo de aprendizagem. Actualmente, é grande a importância conferida aos saberes adquiridos por via experiencial do enfermeiro, servindo estes de referência para a construção de novos saberes (Silva, 2001).

O formando é o agente da sua formação e ao formador cabe a função de facilitar a apropriação pessoal dos saberes, articulando a formação e a acção. A função do formador é vista como uma função equilibradora, capaz de gerar agentes sociais que intervêm na modificação das condições de exercício das suas actividades quotidianas. Para tal, é fundamental que as necessidades de formação, mais do que identificadas sejam produzidas pelos enfermeiros que as expressam sob a forma das expectativas e desejos de desenvolvimento. A participação cada vez maior do formando, traz responsabilidades acrescidas, sendo estes constantemente chamados a intervir no processo formativo.

Na enfermagem, devemos ter a consciência da importância da formação contínua na prestação de cuidados com qualidade. Para que as acções de formação frequentadas sejam cada vez mais pertinentes, torna se fundamental que estejamos preparados para avaliarmos a formação de forma sincera e pertinente. Só assim, contribuimos para o seu aperfeiçoamento, identificando situações indesejáveis a evitar no futuro e dando a conhecer sugestões que muito ajuda a quem a promove.

Nesta área temática; acolhimento e integração, a categoria: integração de novos elementos foi caracterizada pela sub categoria elemento de referência (1) e dificuldades da integração. Os entrevistados deram mais ênfase à falta de continuidade na integração (30), seguida pela instabilidade, rotatividade e insegurança (6). Paralelamente os entrevistados referiram também que a proximidade de idades (4) e a falta de conhecimentos (4) também contribuíam para as dificuldades da integração. Em último lugar, destacaram o tempo de integração (3).

3.4 RELAÇÕES FORMAIS/ INFORMAIS

Nesta área temática, foram organizadas duas categorias: ambiente de trabalho e relações de poder deturpadas, e suas respectivas sub categorias como podemos observar nos quadros abaixo mencionados:

Quadro nº 5 Relações formais/informais

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIAS |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| RELAÇÕES FORMAIS/INFORMAIS | AMBIENTE DE TRABALHO |
| | RELAÇÕES DE PODER DETURPADAS |

FONTE: Entrevistas

Quadro nº 5 (a) Relações formais/informais

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|-------------------------------------|---|-------------------|----------------------|
| Ambiente de Trabalho | Passado: equipa coesa e unida | 10 | 4 |
| | Presente: equipa jovem e desunida | 11 | 7 |
| Relações de poder deturpadas | Funcionamento das equipas | 3 | 3 |
| | Relações de poder existentes na equipa de enfermagem | 13 | 6 |
| | Desresponsabilização | 6 | 3 |
| | Sugestões: Partilha de ideias | 3 | 2 |

FONTE: Entrevistas

3.4.1 Ambiente de trabalho

Ferreira (2004) refere que os grupos possibilitam uma maior circulação e partilha de informação entre os seus membros que pode proporcionar melhores decisões e mais fácil implementação. No entanto, o tempo necessário para uma decisão em grupo é geralmente elevado e pode ocorrer manipulação ou bloqueio à troca de informação por parte de comportamentos individualistas dentro do grupo. O conhecimento sobre os processos de interacção do grupo pode ajudar a potenciar as vantagens da acção dos grupos e a reduzir os vários inconvenientes.

A definição dos objectivos de um grupo condiciona a natureza das interacções que os membros desse grupo irão manter. Uma equipa de trabalho (i.e. grupo formal) distingue-se de um grupo de amigos (i.e. grupo informal) pelo facto de os seus membros desempenharem funções de trabalho interdependente e partilharem a responsabilidade por resultados específicos nas suas organizações. No entanto esta distinção entre formal e informal nem sempre pode ser bem delineada. Quando os objectivos individuais não coincidem com os objectivos da equipa, então podem criar-se as chamadas agendas escondidas, nas quais objectivos individuais não partilhados são mantidos escondidos dos restantes membros do grupo (Gordon, 1998).

Estas agendas escondidas podem prejudicar a eficácia da equipa ou, pelo menos comprometer a sua actuação esperada. Por essa razão, os animadores ou líderes de equipa devem procurar eliminar as agendas secretas que poderão existir no seio de um grupo, e encorajar os membros do grupo a expor os objectivos individuais de uma forma aberta e franca.

A utilização de uma equipa para um objectivo diverso daquele para que foi inicialmente criada pode originar perda de eficácia. Por exemplo, o grupo que é inicialmente constituído para a resolução de um problema grave na área da produção é levado posteriormente a efectuar um plano de formação para toda a organização. Certamente que os critérios para a escolha da composição de um grupo de resolução de um problema técnico serão diferentes para a composição de um grupo de planeamento da formação. Esta diferença de critérios nem sempre é seguida pela maioria das organizações, sobretudo quando existe pouca sensibilização para a gestão dos comportamentos dos grupos na organização.

De um modo geral as organizações utilizam grupos em circunstâncias particulares ou com objectivos muito específicos. As principais vantagens apontadas para a utilização de equipas ou grupos de trabalho pelas organizações prendem-se com a criação de um maior potencial criativo na busca de soluções ou na tomada de decisão, na capacidade de os grupos influenciarem a mudança de atitudes e contribuírem para a criação de uma identidade de grupo que pode influenciar os níveis de produtividade individuais. Os entrevistados referem que anteriormente as equipas eram mais fortes coesas e unidas:

Quadro nº 5(a 1) Ambiente de Trabalho

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|-----------------------------|--|-------------------|----------------------|
| Ambiente de Trabalho | Passado: equipa coesa e unida | 10 | 4 |
| | Presente: equipa jovem e desunida | 11 | 7 |

FONTE: Entrevistas

“... na altura era uma equipa coesa e unida, com um espírito muito bom de trabalho, era uma grande família...”E1

“... a equipa era muito unida e mais madura... era saudável e eu tinha muita segurança nisso...” E11

A teoria do poder de Kanter's e a sua estrutura nas organizações proporciona um modelo fundamental de empowerment; conceito já referido anteriormente. A teoria foi formulada num estudo de investigação qualitativo; onde a comunidade do campo de trabalho foi confrontada sobre o ponto de vista do poder.

Kanter afirma que o poder pode ser oriundo tanto de sistemas de organização formais ou informais. O poder é descrito como a capacidade de fazer com que as coisas sejam realizadas. O elemento básico do empowerment é a oportunidade de acção, o que irá criar resultados positivos tanto a nível individual como a nível organizacional. Os grupos são por natureza os meios onde se estabelecem as relações interpessoais informais, fontes de suporte social e facilitadoras da comunicação e da circulação de informação (Mendes, 2005).

Um impacto pessoal nos trabalhadores de uma organização inclui um aumento da satisfação no trabalho, motivação elevada, autonomia e maior compromisso organizacional, ideia que é partilhada por vários entrevistados:

“...tenho relações informais naquela equipa muito fortes, o que é um dos motivos que me prendem ao serviço. Tenho amigos que além de colegas são amigos. E bons amigos...” E8

“... as relações profissionais também são mais produtivas se tivermos um conhecimento mais profundo do outro, não para favorecer nisto e naquilo, continuo a defender uma justiça e igualdade para todos no trabalho, mas o perceber a reacção de uma pessoa naquela situação específica e o porquê torna se uma mais valia para o ambiente de trabalho. Somos profissionais, mas somos humanos....” E1

“... eu trabalhava com muito gosto e não me importava de trabalhar o dobro que trabalho agora mas sabia que estava com pessoas com quem eu podia conversar sobre tudo e que podia contar com elas a qualquer momento. Davam me muita segurança porque já tinham muitos anos de experiência...” E3

Actualmente os entrevistados referem que a equipa está desunida e incoerente:

“... neste momento penso que não existe espírito de inter ajuda...” E1

“...é uma diferença muito grande de atitudes, a nossa carreira é diferente, as nossas funções são diferentes, houve muitas alterações, e as características das gerações mais recentes originam certos conflitos na maneira de estar e de agir profissionalmente...” E2.

“ a equipa de enfermagem é muito jovem e não sabem muito bem o que podem ou não fazer. Têm de se encaminhados. Não existe estabilidade para eles, porque o sistema de trabalho é por contratos...” E6

“ ...os recém formados têm uma atitude muito individualista, mais renitente em ouvir os conselhos dos mais velhos... não conseguem gerir situações de urgência e estabelecer prioridades e o ajudar o outro nestas situações...” E7

“... agora os elementos da equipa estão ligados mas de um modo mais “superficial”...” E11

3.4.2 Relações de poder deturpadas

Quadro nº 5 (a 2) Relações de Poder Deturpadas

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|-------------------------------------|---|-------------------|----------------------|
| Relações de poder deturpadas | Funcionamento das equipas | 3 | 3 |
| | Relações de poder existentes na equipa de enfermagem | 13 | 6 |
| | Desresponsabilização de funções | 6 | 3 |
| | Sugestões: Partilha de ideias | 3 | 2 |

FONTE: Entrevistas

Os entrevistados referem que as relações informais poderão ter um carácter mais determinante nas relações de chefias e subordinados:

“...há pessoas que por várias questões, de afinidade, de egoísmo, de vaidade, não sei... há pessoas que se tentam sobrepor a outras e que têm um poder informal muito

forte e que têm um poder de influência muito forte sobre a chefia, sobre as chefes de equipa...” E10.

Para permitir o bom funcionamento das relações de poder de características formais, as escolhas do processo de decisão, que são prescritas pela estrutura formal da autoridade hierárquica têm de ser tomadas pela administração. Porém, a existência de grupos de pressão informais com interesses e objectivos específicos no interior das organizações torna difícil a comunicação que resulta da sua interacção e, por outro lado, fomenta o conflito entre si. Os entrevistados deram bastante ênfase a esta situação, em relação ao funcionamento das equipas:

“... quando o conflito é entre duas pessoas não é preciso envolver terceiros, podemos resolver logo ali a situação. Eu tento resolver as coisas assim. No entanto a instituição é o protótipo de uma instituição completamente hierarquizada, e as coisas podem não funcionar bem assim... há sempre pessoas que fazem as coisas de maneira diferente. E depois isto é complicado de gerir...” E5

Goleman (1998) menciona Thorndike como o primeiro psicólogo a criar a primeira formulação do conceito inteligência emocional. Este autor considera-a como a capacidade de compreender e gerir homens e mulheres, uma compreensão que todos precisávamos para viver bem neste mundo. Porém, e de acordo com a perspectiva de Goleman, esta definição, só por si, permite que a manipulação seja também considerada como um sinal de talento interpessoal; algumas definições deste conceito não fazem distinção entre as tortuosas aptidões de um vigarista e os actos de genuína solicitude que enriquecem um relacionamento. Na opinião de Goleman, valorizar apenas o que é vantajoso para uma pessoa não deve ser visto como socialmente inteligente. Em vez disso, o conceito deve dar ênfase e focar de uma visão pessoal para uma perspectiva bipessoal, das competências de um indivíduo para aquilo que emerge quando alguém se envolve num relacionamento. De acordo com os entrevistados as relações de poder existentes na equipa de enfermagem são tendencialmente encaradas como o carácter manipulativo da “inteligência emocional”:

“...infelizmente na nossa classe, estas funções são muito deturpadas, a nossa carreira tende cada vez mais a depender de relações de poder...” E2.

Goleman (1998) refere uma experiência em que um superior hierárquico fazia uma apreciação pouco lisonjeira do trabalho de um grupo de empregados mas continuava a exibir sentimentos de simpatia para com eles através do tom da voz e da expressão, as pessoas alvos das críticas ficaram com uma sensação positiva no respeitante ao incidente em geral; situação que também é vivenciada pelos entrevistados com o uso de uma influência muito subtil:

“...há alturas em que se nota essa influência, é uma influência muito subtil mas que nós sabemos que existe e que a chefe sem querer ou por querer acaba por demonstrar esse tipo de influência...” E4

Teixeira (2001), refere que numa organização podem existir canais de comunicação de diversos tipos, nomeadamente formais (i.e. ascendentes ou descendentes) e informais. Os canais de comunicação descendente são aqueles que se processam do gestor para os subordinados, sendo dos canais mais importantes nas instituições. Os mais usualmente utilizados são a de cadeia de comando (i.e. que pode ser utilizado de forma oral ou escrita e que é a linha ao longo da qual a autoridade flui do topo da organização até ao último elemento da hierarquia), a afixação de avisos ou comunicados é outra das formas de comunicação aos subordinados; o boletim interno; comunicações colocadas nas folhas de remunerações ou folhas de ponto; panfletos, handbooks, o relatório anual, videoconferência, teleprocessamento de dados, redes de comunicação informatizada, etc.

Os canais de comunicação ascendente podem ser considerados como um feedback, vêm da base da pirâmide organizacional para o topo, e permitem constatar se a comunicação descendente está a ser bem sucedida e qual o envolvimento dos funcionários: relatórios, política de porta aberta (i.e. o acesso directo dos trabalhadores ao superior hierárquico, não passando pelas chefias intermédias), o sistema de sugestões (e.g. através do dialogo, reuniões, preenchimento de formulários), os questionários, os processos de reclamações, reuniões especiais, auditorias internas, etc. Porém, esta situação não é real nos serviços referidos pelos entrevistados:

“... porque da experiência que fui tendo havia muitos chefes que tinham o feedback do trabalho dos enfermeiros, muitas vezes, era por informações colaterais dadas por

outros colegas. E era uma informação enviesada, não era situações que tinham constatado mas fornecidas por terceiros....”E9

“... a informação é dada por pessoas com poder informal e esse poder de influência passa por dar o feedback daquilo que acham, daquilo que vêem nas passagens de turno, daquilo que ouvem e que nem sempre correspondem à verdade...”E9

Os canais de comunicação informal, são desenvolvidos à margem da estrutura hierárquica, e consistem essencialmente no grau de relacionamento entre as pessoas independentemente da posição hierárquica. São as conversas de corredor, ou mesmo fora do local de trabalho. É uma comunicação rápida, porque não possui obstáculos, selectiva, funciona fora da instituição e não pode ser menosprezada pelos gestores pois pode ser utilizada em benefício dos serviços e das instituições. No entanto os entrevistados referem que este tipo de comunicação é utilizado de forma negativa e prejudicial ao trabalho realizado pelos enfermeiros:

“... há muitas pessoas que têm uma relação privilegiada com a chefia, e quando o chefe não está muito disponível para estas situações acaba por pedir a informação a dois ou três elementos numa equipa de 40 elementos, e são sempre os mesmos a serem ouvidos...”E9

“... a informação é dada por pessoas com esse poder informal e esse poder de influência que lhe vão dando o feedback daquilo que acham, daquilo que vêem nas passagens de turno, daquilo que ouvem e que nem sempre correspondem à verdade...”
E10

“... e às vezes nem tem a ver com a opinião de quem está a integrar, tem a ver com a opinião é de quem detêm esse poder informal sobre a chefia...” E10

Se o processo de comunicação se efectuasse sem problemas, os objectivos da instituição mais facilmente seriam concretizados. No entanto existem alguns obstáculos à comunicação que por vezes impedem o normal funcionamento do processo comunicacional e dificultam o funcionamento da organização.

Surgem pois como obstáculos, de acordo com diversos autores, as barreiras técnicas, de linguagem e barreiras psicológicas. A noção de desenvolver capacidades de comunicação é muito importante para um gestor; torna se um desafio para qualquer gestor para manter a eficácia e a eficiência de um departamento, de um serviço ou de

uma organização. A aprendizagem da comunicação eficaz passa desta forma pelo desenvolvimento de alguns atributos como a empatia, escuta eficaz, acompanhamento com decisão, regulação do fluxo de informação, utilização de retro informação, simplificação da linguagem, utilização de conversa de corredor, técnicas de leitura, espírito e capacidade de observação, linguagem corporal.

As relações de poder, definidas pelo papel protagonizado por cada actor, podem coincidir ou não com a distribuição do poder que está inscrito na estrutura formal da organização. Perante estas contingências, emerge um tipo de poder que tem origem em relações sociais de características informais; situação que também é referenciada pelos entrevistados:

“...acredito que hajam relações informais que possam levar a outro tipo de trabalho. E isto assim é prejudicial. Porque depois leva a uma falta de imparcialidade na distribuição das tarefas pelos vários enfermeiros...” E6

“...existem muitas relações informais que levam a que o trabalho não seja distribuído de um modo justo e equalitária...” E8

A socialização do poder faz-se no interior da estrutura formal, na medida em que cada actor é participante das tarefas e dos papéis que são prescritos pela organização. As regras e as normas que decorrem do carácter prescritivo da autoridade hierárquica formal não têm a capacidade de controlar o comportamento humano imprevisível que atravessa o funcionamento das organizações. Devido a esse facto é criada uma situação de incerteza que permite aos actores individuais e colectivos participarem em diferentes jogos de poder.

Goleman (1998), refere a capacidade de sintonia resulta em vantagens interpessoais; quanto mais duas pessoas sincronizarem, sem disso se aperceberem, unindo seus movimentos e maneirismos, mais positiva será a sua relação. Entrar em sincronia pode ser um prazer visceral, e quanto maior o grupo, melhor. A expressão estética da sincronia de grupo é visível no prazer universal de dançar ou mover-se em conjunto ao mesmo ritmo. É esta alegria de sincronização em massa que faz os braços de milhares de pessoas erguerem-se como que movidos por uma só vontade, como por exemplo, quando se move uma “onda” num estádio de futebol. Este mesmo autor refere que o cérebro humano possui uma grande variedade de sistemas de neurónios-espelhos; estes estão adjacentes aos neurónios motores e são activados e estimulados com a

actividade realizada por outra pessoa. Os neurónios-espelhos tornam as emoções contagiosas, fazendo com que os sentimentos que observamos fluam através de nós, ajudando nos a entrar em sincronia e acompanhar o que está a acontecer. De acordo com a perspectiva deste autor, a competência social depende dos neurónios-espelhos. Por um lado, ecoar o que observamos noutras pessoas prepara-nos para uma resposta rápida e eficaz. Por outro lado, os neurónios reagem a uma mera indicação de intenção de agir, e ajudam nos a detectar que motivação pode estar em jogo. Sentir o que outras pessoas tencionam fazer, e porquê, proporciona-nos uma informação social valiosíssima, permitindo que nos mantenhamos um passo à frente do que vai acontecer, como camaleões sociais. Os entrevistados referem que:

“... quem está na chefia, quem é supervisora de enfermagem, quem está na direcção de enfermagem... quer dizer... isto aqui há todo um fio condutor. As pessoas conhecem se sabem como é que isto funciona e sabem aquilo que devem fazer para ninguém pisar os calos umas das outras. É assim. A hierarquia funciona assim. Ninguém tenta entrar em conflito directo com ninguém...” E4

Lopes (2000) refere que delegar exige coragem, paciência e habilidade. Além disso, depende de quem se escolhe para delegar, a quem e em que fase. Decidir em que partes do trabalho podem ser delegadas e depois ter a determinação de as levar até ao fim, exige coragem e uma grande dose de esforço consciente. Não é fácil dar aos outros o direito de estarem errados, quando se sabe se é a pessoa que prestará contas pelos seus erros. De acordo com os entrevistados, existe uma desresponsabilização de funções e actualmente as funções de cada elemento estão distorcidas e pouco definidas:

*“...senão existirem funções bem delineadas as responsabilidades não se assumem e nunca ninguém dá a cara. Acabam sempre por passar a batata quente a um e depois a outro e depois a outro.... E não pode ser. Alguém tem de ser responsável...”*E2

Partilhando da ideia mencionada pelos autores descritos anteriormente, delegar, com sucesso, exige juntar a responsabilidade à autoridade.

“... existem imprevistos, e é necessário que seja delegado esse poder a alguém que seja capaz de assumir essa responsabilidade. Para manter o bom funcionamento do serviço...”E2.

Delegar significa associar o dever e a função ao direito de tomar decisões e de agir com base no conhecimento e na confiança; o líder é o responsável por tudo o que se passa no seu departamento; isto implica assumir um risco calculado; porém de acordo com os entrevistados, por vezes a banalidade das relações existentes leva a uma indefinição das responsabilidades atribuídas a cada elemento:

“... agora não se estabelecem relações profissionais, ou seja, passa a existir uma banalidade nas relações com as pessoas em que não se distingue as funções de cada um e que ao fim ao cabo depois ninguém assume a responsabilidade de nada. E isto assim é um deixa andar E não vamos a lado nenhum...” E6

Sugestão/ Partilha de ideias

A comunicação é cada vez mais um instrumento de trabalho determinante na actividade profissional dos enfermeiros, promovendo as relações interpessoais que estabelecem e desta forma os cuidados de enfermagem prestados. Num estudo feito por Jesus (2005), em que este solicitou a 22 profissionais de enfermagem que indicassem os principais factores de mal-estar na sua vida profissional, 100% dos participantes referiram a dificuldade nos relacionamentos interpessoais como uma das principais fontes de mal-estar/stress a nível profissional. Morais (2002), conduziu uma investigação em que solicitou a 22 profissionais de enfermagem que indicassem os principais factores geradores de conflito no seio da equipa multidisciplinar de saúde. De acordo com este estudo, 21,1% dos participantes referiram a falta de comunicação do seio da equipa multidisciplinar como principal factor gerador de conflitos. Um outro estudo feito posteriormente por Queirós (2003) em que este investigador procurou identificar as principais causas do mal-estar/stress em profissionais de enfermagem, utilizando para isso uma amostra de 181 enfermeiros, 35% dos participantes referiram os relacionamentos interpessoais no seio da equipa multidisciplinar como principal fonte de mal-estar/stress na sua vida profissional. Os entrevistados também referem que a comunicação é essencial na resolução de problemas e conflitos dentro da equipa:

“...o primeiro passo é sempre o saber quais são as dificuldades que a equipa está a sentir e fazer um diagnóstico da situação...” E2.

De facto segundo Queirós (2003) a maior parte do dia de trabalho dos enfermeiros é ocupado com actividades que envolvem directa ou indirectamente o processo de comunicação interpessoal e os resultados apresentados nestes estudos apresentam particular importância, a comunicação detêm um carácter relevante e forte no trabalho dos enfermeiros; o que também é referido pelos entrevistados:

“ ... a comunicação é muito importante entre os vários elementos e só dessa comunicação é que podem surgir várias soluções...” E2.

“... se soubermos comunicar, vamos a todo lado.... nunca tive nenhum atrito ou conflito, temos de saber comunicar uns com os outros...” E5

Em saúde a comunicação torna se um instrumento de trabalho. Ela existe com o doente, entre enfermeiros, com outros profissionais do serviço, inter serviços, com o órgão de gestão, com a comunidade em geral ou com outras instituições. E o papel do enfermeiro chefe é essencial na área comunicacional, pois compete lhe favorecer boas relações interpessoais, com a equipa de enfermagem, com outros profissionais, com o utente, com outros serviços, instituições e comunidade em geral.

A comunicação exige tanta atenção e rigor como outras funções existentes no hospital. Para assegurar a sua presença, quer a nível interno, quer a nível externo o hospital deverá elaborar uma estratégia de comunicação, planeando, conduzindo acções e avaliando resultados.

A comunicação interna torna se importante quando vai satisfazer determinados aspectos, nomeadamente uma cultura mobilizadora do hospital, uma hierarquia comunicativa e uma informação interna legível, suficiente e actual. Nizard (1994) define seis etapas essenciais da comunicação interna num hospital: restaurar a confiança, procurando definir uma identidade organizacional, promover o conhecimento da instituição aos seus funcionários, informar sobre a política de recrutamento adoptada; desenvolver a comunicação organizacional, favorecer a comunicação dos seus funcionários, dar a conhecer boas práticas efectuadas por equipas dentro da organização. Parece claro que cada dirigente deve acarinhar de um modo muito especial a comunicação interna, utilizando diversas estratégias e veículos. Deve ser capaz de

identificar e discutir quais os obstáculos que dificultam e quais os factores que facilitam a comunicação interna.

Deve pois ser da responsabilidade do enfermeiro chefe a criação de uma equipa coesa, na concretização dos objectivos, cabendo ao líder a articulação de assuntos e interesses, evitando confusão de prioridades por parte dos profissionais, sendo a comunicação eficaz, determinante do sucesso do gestor; visão também mencionada pelos entrevistados:

“...acho muito importante haver reuniões, existir comunicação entre a equipa, chefes e colaboradores e até chegar à administração de enfermagem...” E2.

A comunicação pode influenciar as relações no trabalho de forma positiva ou contribuir para aumentar os níveis de stress, falta de reconhecimento e sentimentos de frustração, os enfermeiros devem ter conhecimento e saber analisar todos os conhecimentos da comunicação (Pontes, 2007). O enfermeiro chefe deverá dominar várias técnicas na área da comunicação, cabendo-lhe o papel de promover a divulgação na unidade de cuidados, de informação com interesse para o pessoal. Deverá ter especial atenção à comunicação não verbal, uma vez que os gestores eficientes são aqueles onde existe coerência entre a mensagem verbal e a não verbal, não deixando lugares para dúvidas, assim como da mesma maneira, deverão ser sensíveis à comunicação não verbal dos subordinados, procurando incoerências, susceptíveis de causarem problemas ou necessidades não atendidas, evitando assim dificuldades organizacionais. Situação referida pelos entrevistados:

“...se nos reuníssemos, as pessoas partilhavam ideias e sentiam que não eram as únicas a ter aquela dificuldade, e não ficavam tão retraídas e com tanto medo...” E4

“... deveria haver uma reunião dentro de cada equipa para saber e falar sobre uma situação que não tivesse ficado bem resolvida...” E4

Os ritmos de mudança justificam uma constante actualização relativamente à área de informação e comunicação formal, assim como facilitam também a área das relações informais, sendo fundamental transmitir a informação a todos os recantos da organização. Partilhar objectivos, preocupações e procura de soluções implica dotar as

peças da informação adequada e garantir espaços de diálogo e partilha (Neves; Pacheco, 2004).

Avaliar essa comunicação torna-se importante, uma vez que permite aferir a eficácia da mesma, se está a ir ao encontro daquilo que se pretende, e dos objectivos traçados, pois como nos refere Peretti (2001) uma política de informação e comunicação já não se pode fazer sem o recurso a uma programação rigorosa, que passe por um recenseamento dos suportes utilizáveis, uma descrição dos procedimentos, bem como o seu ajustamento e integração no médio e longo prazo. Será também necessário conceber e implantar instrumentos de controlo; sob a forma de inquéritos, avaliar-se à periodicamente o impacto das acções, podendo-se se necessário, readaptá-las.

Conduzir reuniões de trabalho, que encorajem a troca de informações e a obtenção de melhores resultados é um processo a ter em conta, na transmissão de informação e melhoria da comunicação. Os canais de comunicação escrita ou outros tornam-se insuficientes para informar, facilmente se compreende a importância que os responsáveis devem atribuir às reuniões, como meio de esclarecimento ou de resolução de dificuldades. Peretti (2001). As reuniões deverão ser uma prática regular nos serviços de saúde. Devendo delas se retirar o melhor partido na convergência de ideias, no esclarecimento de determinadas acções, naquilo que se pretende para um normal funcionamento do serviço.

Sendo a comunicação interna hospitalar efectuada ao nível do serviço entre os vários grupos profissionais, a comunicação externa do serviço, será com todos os outros serviços dentro da instituição, com outras instituições, com o cidadão, comunidade e utente, comunicação essa que irá transmitir uma imagem do serviço.

A imagem externa é o modo como a organização (ou o serviço), é vista do exterior por todos os que com ela se relacionam, directa ou indirectamente e influenciam de algum modo o seu funcionamento. O conhecimento da imagem existente, permitirá actuar melhorando os pontos fracos. Neves et Pacheco (2004) consideram que através de um diagnóstico à imagem externa do serviço, avaliando por exemplo o processo de comunicação dos profissionais de saúde com os utentes, lidando com métodos e técnicas de opiniões e expectativas dos cidadãos e da comunidade. Poderão resultar desta forma medidas concretas de melhoria de imagem, consubstanciadas em acções externas suportadas, contudo em acções internas criadoras de efectivas condições de alimentação de uma imagem mais adequada ou positiva.

É se a voz e a visibilidade de enfermagem forem proporcionais ao seu peso e à sua importância nos cuidados de saúde, uma imagem mais autêntica e mais complexa de enfermagem, substituirá estereótipos antigos e distorcidos. As mesmas autoras referem que sem um protocolo que demonstre claramente quem são as enfermeiras, que facilite a clareza, acaba por ficar nas mãos de cada um transmitir essa informação através da aparência, linguagem e comportamentos. A forma como a pessoa se farda é importante para criar uma percepção positiva e comunicar uma atitude de competência e profissionalismo, devendo o enfermeiro chefe constatar se o fardamento e o comportamento do seu pessoal está conforme aquilo que se pretende para transmitir uma imagem positiva.

As relações inter serviços, deverão ser melhor trabalhadas nos aspectos de comunicação evitando atrasos e procedimentos incorrectos, e a abertura do serviço ao exterior torna se fundamental na projecção da imagem positiva de um serviço, bem como dos seus profissionais que pretendam proporcionar ao utente um serviço de qualidade.

Dentro desta área temática: relações formais e informais, distinguimos duas sub categorias: ambiente de trabalho e relações de poder deturpadas. Os entrevistados na primeira categoria, mencionaram que no passado a equipa era caracterizada como uma equipa forte, unida e coesa (10) e actualmente a equipa é jovem, distante e desunida (11).

Na segunda sub categoria, os entrevistados evidenciaram as relações de poder existentes na equipa de enfermagem (13), referiram uma desresponsabilização (6) dentro das equipas, o funcionamento das equipas (3) e opinaram para uma sugestão de partilha de ideias (3).

3.5 AUTONOMIA DA EQUIPA

Carmo et Ventura (2003) mencionam que para a evolução da enfermagem é necessário termos acesso à formação, valorizarmo-nos económica e socialmente, retratar o enfermeiro como prestador de cuidados que gere e controla a sua prática evitando assumir comportamentos próprios dos valores de outros profissionais.

Actualmente somos uma comunidade profissional que desempenha um papel relevante no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso aos cuidados de

saúde. O desenvolvimento da prática autónoma da enfermagem conduz a uma melhoria do sistema de saúde, pois um melhor reconhecimento do nosso trabalho aumenta as opções de trabalho dos utentes e suporta acções de prevenção da doença promovendo a saúde e o bem-estar.

De acordo com as respostas, foram organizadas três categorias: conhecimentos teórico práticos, reconhecimento social da classe de enfermagem e obstáculos sentidos pela equipa para o desenvolvimento da nossa autonomia:

Quadro nº 6 – Autonomia da equipa

| ÁREA TEMÁTICA | CATEGORIAS |
|----------------------------|--|
| AUTONOMIA DA EQUIPA | CONHECIMENTOS TEÓRICO PRÁTICOS |
| | RECONHECIMENTO SOCIAL DA CLASSE DE ENFERMAGEM |
| | OBSTÁCULOS SENTIDOS PELA EQUIPA |

FONTE: Entrevistas

Dentro de cada categoria anteriormente referida podemos evidenciar várias sub categorias criadas a partir do fundamento dos entrevistados; assinaladas no quadro abaixo mencionado:

Quadro nº 6 (a) – Autonomia da equipa

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|--|--|-------------------|----------------------|
| Conhecimentos teóricos práticos | Campo de acção | 5 | 3 |
| | Perspectiva da sociedade perante a profissão | 4 | 4 |
| Reconhecimento social da classe de enfermagem | Desunião da classe | 10 | 4 |
| | Hierarquização excessiva da classe de enfermagem | 9 | 9 |
| | Reconstrução da carreira | 6 | 4 |
| | Acomodação | 3 | 2 |
| | Fraca capacidade de argumentação | 3 | 1 |
| | Disfunção de trabalho com a equipa médica e outras equipas multidisciplinares | 5 | 5 |

FONTE: Entrevistas

Alves et Sousa (2004) referem que o processo de construção de qualificação dos enfermeiros, para o saber em enfermagem parte da necessidade de compreender o saber profissional em enfermagem na medida em que este se constrói de forma articulada entre saberes práticos e saberes técnicos.

Poder-se-á dizer que esse saber torna se mais consistente se seguir uma lógica de trabalho intelecto profissional. Consideramo-lo corroborando diversos autores que consideram mais uma contribuição para a facilitação dos processos de re-contextualização profissional dos conhecimentos abstractos.

Encaramos a qualificação do enfermeiro com base num corpo de saberes (i.e. conhecimentos) que mobilizados de forma contextualizada à situação, confere competência para o assumir da responsabilidade no processo de cuidados. Assim, para existir um processo de cuidados, segundo Amendoeira (2004) é pois necessário que se considerem as actividades de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interacção entre estes e os clientes (i.e. individuo, família ou comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais dos últimos, a fim de planear e desencadear acções que as pessoas possam satisfazer ou compensar.

3.5.1 Conhecimentos teórico práticos

Quadro nº 6 (a1) – Conhecimentos teórico práticos

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|--------------------------------|----------------|------------|---------------|
| Conhecimentos teórico práticos | | | |
| | Campo de acção | 5 | 3 |

FONTE: Entrevistas

Campo de acção

Segundo Oliveira et Pereira (2004), a reflexão sistemática sobre formação frequentada é, sem dúvida, um hábito a ser adquirido pelos profissionais de enfermagem. O envolvimento nas questões da sua avaliação pressupõe, que lhe seja reconhecida a devida importância. Isto só acontece se estiverem devidamente informados e conscientes de que, ao emitirem o seu parecer de forma reflectida, estão a sugerir pistas e mudanças que vão contribuir grandemente para que a formação desempenhe o seu papel de promotora do desenvolvimento.

Neste contexto a formação adquire um papel fundamental, tornado se mais exigente e com o poder de, na realidade, ser capaz de dotar os trabalhadores com as capacidades exigidas pelo mundo do trabalho.

Actualmente e, cada vez mais com maior pertinência, a formação ao longo da vida ganha adeptos, mesmo junto dos mais conservadores. Esta permite a (re) qualificação permanente dos profissionais, em especial dos enfermeiros, num contexto

mutável e cada vez mais exigente. Destes esperam-se atitudes inovadoras, adequadas e actualizadas.

A formação de adultos ganha extrema importância deixando para trás fundamentos baseados numa perspectiva fechada, absolutista e de mera transmissão de conhecimento através de uma relação de desigualdade entre professor/aluno. O formando adulto passa a ser responsável pelo seu próprio processo formativo, dando-se relevância à sua experiência de vida e autonomia para efectuar as suas próprias aprendizagens. Tem de existir vontade própria, empenho e sobretudo motivação. Obrigatoriamente, a formação destinada a adultos tem de se basear nesses pressupostos, sob pena de se tornar obsoleta e de não alcançar os fins para os quais se propõe. Porém, a percepção dos entrevistados está incorporada numa realidade diferente:

“...a enfermagem abrange muitas áreas e é impossível saber tudo. Actualmente estamos a diminuir as áreas de actuação, porque agora existem os fisioterapeutas, terapias da fala, exercícios de mobilização, e outras áreas que estão a ficar cada vez mais específicas e nós não sabemos muito bem o que podemos ou não fazer...” E8

A valorização da profissão de enfermagem deve passar por dois pólos, pela técnica e pelo contacto humano. Devemos abandonar o trabalho empírico, registando o que aprendemos na prática clínica de forma a contribuir para o desenvolvimento da teoria de enfermagem, utilizando uma metodologia científica. Temos de investir na investigação de forma a adquirir métodos e técnicas científicas que visem a melhoria da qualidade do nosso desempenho. A investigação pode criar conhecimentos próprios que permitam encontrar respostas para os problemas de enfermagem. A enfermagem utiliza múltiplos conhecimentos e saberes diferenciados que exigem espírito e rigor científico não podendo ser confundidos com meros actos improvisados. O avanço científico da enfermagem permitirá termos um corpo de conhecimentos e objectivos únicos reconhecidos, de forma a criar identidade profissional.

Alves et Sousa (2004) referem que os conhecimentos adquiridos conferem poder pelas competências profissionais limitando a capacidade de jogar com as incertezas, no sentido da tomada de decisão autónoma e responsável. A consistência destes conhecimentos e a maturidade transportada para a prestação de cuidados, é e deve ser o fruto do investimento individual de uma formação contínua que nos confere mais autonomia e uma maior responsabilidade. Neste sentido Collière (1989), refere que seja

“... estamos a perder domínio profissional e competências. Não nos é autorizado realizar ensinamentos, isto é inconcebível. As outras profissões estão a ganhar domínio e nós estamos a deixar...” E1

“... Infelizmente, acho que a equipa de enfermagem está a perder muita autonomia...” E1

“... o que eu noto é que cada vez mais perdemos mais poder em relação aquilo que já conseguimos alcançar e que é nosso...a nível de ensinamentos e actividades para recuperação após um período de doença, parece que estamos a perder gradualmente essa função na nossa profissão...” E4

3.5.2 Reconhecimento social da classe de enfermagem

Quadro nº 6 (a2) – Reconhecimento social da classe de enfermagem

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|--|---|-------------------|----------------------|
| Reconhecimento social da classe de enfermagem | Perspectiva da sociedade perante a profissão | 4 | 4 |

FONTE: Entrevistas

Perspectiva da sociedade perante a profissão

Vários autores descrevem as enfermeiras como um grupo oprimido por terem adoptado o seu comportamento de acordo com os valores que lhe foram instituídos. A visão da enfermagem como um grupo oprimido é muito influenciada por mitos e crenças.

O trabalho do enfermeiro urge pois ser valorizado social e economicamente, sem subordinação a outros profissionais de saúde. Devemos ter o nosso papel bem definido socialmente e nas equipas de saúde para que os utentes reconheçam a importância da profissão e para que nós enfermeiros possamos dar provas das nossas competências, respondendo às crescentes exigências que nos são feitas em termos de desempenho; visão partilhada por um dos entrevistados:

“... a ideia que a sociedade tem de nós é cultural, é uma coisa que vem de trás e está relacionada com a nossa história e nos irá marcar para sempre. No entanto, há uns anos para cá a nossa profissão levou uma viravolta tremenda. Somos mais bem reconhecidos pelos doentes, ganhamos mais autonomia apesar de ainda não ser como gostaríamos mas mesmo assim já foi um grande passo, e neste momento acho que somos o mais ponto de referência no hospital para o doente e para a família...” E3.

No entanto outros entrevistados referem uma situação diferente:

“... é uma profissão que está a perder a importância social, penso que os enfermeiros já foram mais respeitados pela sociedade. Está a perder o respeito social e o respeito das outras profissões. Equipas que deveriam trabalhar multidisciplinarmente com os enfermeiros e não acontece Cada vez mais estamos a perder as nossas capacidades, e as outras profissões a aumentar o seu campo de acção...” E1

Alves et Sousa (2004) defendem que existem várias áreas para a visibilidade social da nossa classe, nomeadamente a área da educação para a saúde. Pretende-se que a educação para a saúde constitua um veículo de autonomia e satisfação pessoal, uma vez que exige conhecimentos que implicam uma actualização constante em vários campos de saber, permitindo a revalorização da auto-imagem do enfermeiro e consequente reconhecimento social; no entanto esta estratégia de intervenção educação para a saúde nem sempre é prioridade, ficando assim pouco visível. Segundo os entrevistados, a evolução no curso de enfermagem não contribuiu para um maior reconhecimento social e a ideia generalizada pela sociedade é que o médico é o detentor de todos os conhecimentos e razão:

“...eu pensava que realmente iria haver uma maior evolução da enfermagem quando surgiu a hipótese da licenciatura, ... mas a verdade é que nós continuamos na fase da vassalagem...” E4

“... as representações sociais que existem no nosso meio condicionam muito esta situação. Mesmo que sejam pessoas e doentes diferenciados, a noção que existe é que o detentor do conhecimento é o médico. E o enfermeiro vai realizar aquilo que o médico diz e manda...” E8

Alves et Sousa (2004) referem que o processo de construção de autonomia é muitas vezes desvalorizado pelos enfermeiros, que na sua prática não valorizam aspectos importantes na construção e visibilidade da nossa identidade sócio profissional.

Na prestação de cuidados diária, a pouca valorização dos cuidados prestados dentro da esfera de autonomia leva a pouca visibilidade da mesma, pois, conforme considera Amendoeira (2004) é sempre de maior prestígio a intervenção fora do campo de acção, onde a pessoa saudável ou doente necessita do cuidado, relacionando-se aqui o prestígio social ser diferente, entre o salvar uma vida ou acompanhar na morte.

Será que esta responsabilidade passa pelos enfermeiros a um nível individual, ou parte de toda a organização e classe de enfermagem?

3.5.3 Obstáculos sentidos pela equipa

Quadro nº 6 (a3) – Obstáculos sentidos pela equipa

| CATEGORIAS | SUB-CATEGORIAS | FREQUÊNCIA | ENTREVISTADOS |
|--|--|-------------------|----------------------|
| Obstáculos sentidos pela equipa | Desunião da classe | 10 | 4 |
| | Hierarquização excessiva da classe de enfermagem | 9 | 9 |
| | Reconstrução da carreira | 6 | 4 |
| | Acomodação | 3 | 2 |
| | Fraca capacidade de argumentação | 3 | 1 |
| | Disfunção de trabalho com a equipa médica e outras equipas multidisciplinares | 5 | 5 |

FONTE: Entrevistas

Desunião da classe

Os profissionais têm de se assumir pelo conhecimento, sabedoria, profissionalismo, responsabilidade e competência nos cuidados que prestam. Os enfermeiros têm de querer e saber assumir uma postura na profissão consistente com as exigências de um agir autónomo. A independência em enfermagem é mal aceite por

alguns grupos de profissionais de saúde. No entanto na nossa classe existem membros que oferecem resistência à autonomia pois não se sentem à altura das exigências e responsabilidades pedidas, é lhes exigido um empenho capaz de conduzir ao reconhecimento dessa mesma autonomia por parte dos outros grupos de profissionais; situação que também é relatada pelos entrevistados:

“... a enfermagem não está unida. Todos nós trabalhamos para um fim, mas infelizmente não estamos todos juntos para esse fim...” E3.

“... a equipa médica é extremamente unida, quando acontece alguma coisa na sua profissão tentam manter as suas convicções e unem-se com unhas e dentes. Na enfermagem isto não acontece. Nós batalhámos sempre e sempre para a enfermagem ser valorizada mas não temos coragem para nos unir...” E3.

“... a enfermagem não vai para a frente porque não nos unimos. Considero que a ordem também não nos ajuda, a bastonária não nos tem defendido. Mas eu tenho fé.... O facto de não nos unirmos também passa muito pela nossa desmotivação.” E3.

Segundo Mendes (2005), as condições de trabalho (i.e. estrutura física, organização, funcionamento e métodos de trabalho), têm uma influência directa nos profissionais, sendo determinante para o seu bem-estar físico e psíquico e para o desenvolvimento ou paragem de tensões individuais ou de grupo. Estas tensões são visíveis na qualidade do serviço prestado, na desumanização do atendimento e do relacionamento inter-profissional com o utente. De acordo com a autora, na última década, concretamente entre 1999 e 2004, verificou-se a situação problemática de redução de pessoal (i.e. situação diferente no ano actual 2007). A escassez de recursos humanos em enfermagem tornou possível para os enfermeiros desempenharem funções numa grande variedade de áreas e programas; e tal como referem os entrevistados levou a uma situação de duplo emprego; que não contribuiu para um investimento e progressão na autonomia da carreira de enfermagem:

“... eu penso que uma das causas para esta desunião é o factor económico em termos individuais. O duplo ou triplo...é uma situação terrível. Eu penso que é uma das grandes causas da nossa desunião...” E5

Como referem os entrevistados, este excesso de trabalho e cansaço condicionam a uma falta de iniciativa, empenho e dedicação para instituir uma melhoria nos cuidados de enfermagem:

“...não existe qualquer tipo de interesse em mudar seja o que for. Não existe iniciativa para nada. A culpa começa por ser nossa, porque para estas coisas e para introduzir alguma mudança podemos começar por nós e por conversas informais. Se não nos unirmos e não falarmos nada muda...” E7

“... nós podemos fazer uma proposta à equipa médica e dizem nos logo que não. Mas se tomarmos determinadas atitudes e medidas em que toda a equipa de enfermagem acaba por fazer e temos resultados positivos a equipa médica acabará por aceitar, nem que seja parcialmente. Eu sinto resistência pela equipa médica mas acho que nós não somos suficientemente unidos e não falamos entre nós...” E7

Hierarquização excessiva da classe

Candeias (2006), refere que as organizações de saúde são complexas, burocráticas e rígidas, as pessoas que as constituem detêm uma multiplicidade de valores e quadros de referência, susceptíveis de encarar as necessidades de mudança de forma bastante diversa. Os entrevistados referem o trabalho burocrático como entrave à evolução da classe de enfermagem:

“... a partir do momento em que os elementos de enfermagem progredem na carreira deixam de assumir funções na prestação directa de cuidados. Isto é completamente prejudicial à evolução da nossa profissão, lidam apenas com situações muito burocráticas...” E9

A autora sugere uma reestruturação do SNS e considera a reconfiguração dos processos de produção estratégicos, usando criativamente os sistemas de informação e tecnologia, efectivando a comunicação, modificando progressivamente a sua estrutura (menos hierarquizada) e enfatizando bastante a articulação inter sectorial. Estes ingredientes são fundamentais à flexibilidade exigida ao SNS, uma vez que promovem uma lógica de descentralização do poder de decisão a se concretizar numa administração mais próxima do cidadão (Candeias, 2006). Se o SNS começar desde já a promover uma maior proximidade entre as administrações regionais de saúde e as

instituições prestadoras de cuidados de saúde, “criando condições de integração de cuidados, colectivizando os problemas que hoje cada nível de cuidados enfrenta sozinho, partilhando responsabilidades e recursos” (Decreto Lei nº 207/99), melhorará de certo a sua performance, uma vez que efectiva a comunicação, evita os estrangulamentos burocráticos e a desarticulação inter organizacional.

Segundo Kuokkanen e Leino-Kilpi (1999), a maioria dos obstáculos para a autonomia dos enfermeiros nos hospitais são representados pelos chefes de enfermagem e médicos assim como os estilos de liderança autoritários; visão que é também mencionada pelos entrevistados:

“ ... toda uma hierarquização que quer queira ou não, existe, e o facto de elementos muito novos quererem ascender ao poder sem terem capacidades para tal, não nos vai levar a lado nenhum...” E6

“... delegar da função da chefe para outras coordenadoras que por tentarem ascender ao poder ou não sei... por simples personalidade e maneira de ser... ah... não nos defendem tanto perante a equipa médica. E nesse sentido tornam se mais dependentes da classe médica, porque não há uma valorização daquilo que a gente faz bem perante os outros...” E10

“...não nos deixam evoluir. Criam muitos entraves. Qualquer projecto que surja eu tenho que ficar não sei quantos meses à espera da sua aprovação, arquivado em secretárias ou até que alguém se lembre da administração de enfermagem de o ler...para depois não nos dizerem nada e se acham útil ou não e o porquê. Não chegam a falar com as pessoas e a dar o feedback. E acho que se está a perder muito por se criar tantos entraves e obstáculos...” E4

Garrido enunciando Carapinheiro (1998) refere que a enfermagem sente condicionalismos evidentes na sua autonomia profissional, dado que a sua actividade se desenvolve integrada num processo produtivo organizado em torno de vários poderes (i.e. médico, administrativo, enfermagem, doente) e em que existe uma profissão dominante (i.e. profissão médica), constituindo um poderoso condicionalismo estrutural das formas e limites de autonomia de outros grupos. Esta visão é também partilhada pelos entrevistados:

“... existem muitos poderes acima de nós que fazem com que a nossa profissão seja vista ainda muito atrás das outras profissões. Eu acho que o enfermeiro já tem um papel muito mais determinante e influente mas os poderes que gerem isto tudo é que fazem com que não sejamos tão valorizados...” E3.

“... não sei se é uma barreira na comunicação... ou se as pessoas não estão muito interessadas... não acredito que seja muito por questões económicas... não faz sentido... portanto há aqui qualquer coisa que não se percebe muito bem... mas será obrigatoriamente nos nossos dirigentes de saúde, na nossa direcção de saúde. Mas é uma pena, uma pena. É uma coisa tão simples e exequível... na minha opinião...” E5

Embora ainda exista esta rede e força de poderes em torno da classe de enfermagem, Mendes (2005) menciona que estudos recentes de análise sociológica demonstram que, a enfermagem é das profissões que mais tem evoluído no processo identitário e representatividade social, de uma forma estratégica e persistente, tentando demarcar-se do poder médico, promovendo-se como profissão autónoma, pelo seu desenvolvimento como ciência e mestria, acentuando o seu desempenho através da formação contínua dos seus profissionais. Neste processo de (re) configuração identitária, a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão. Abreu referido por Mendes (2005). No entanto a experiência que os entrevistados relatam não está em conformidade com estas ideias; referindo até obstáculos e entraves ao desenvolvimento da formação:

“... já tentei introduzir vários projectos, mas infelizmente dizem me que esse tipo de trabalho já está a ser desenvolvido... implica que está arquivado numa secretária há 5 anos ou ainda mais tempo e nada é feito. Depois tudo tem de passar pela aprovação da administração de enfermagem...e leva ainda mais tempo...” E8

“... durante o curso é impossível aprendermos tudo. Quando começamos a trabalhar é que começamos a aprender tudo. E temos de aprender por fora outras coisas que sejam úteis para o bem estar do doente, mas se não nos estimulam e se não nos motivam para isso, quer dizer, é alimentar uma ideia de ter enfermeiros “ quadrados” e de se limitarem a fazer o que aprenderam no curso, que praticamente não é nada ...” E4

Reconstrução da carreira

Garrido (2004) refere que a enfermagem como profissão tem sido objecto de mudanças que condicionam o seu posicionamento no contexto das profissões, de ofício a profissão, de arte a ciência, da ruptura com os valores tradicionais. Leininger, referenciado por Mendes (2005), identifica a existência de uma crise de liderança em enfermagem, justificável pelas mudanças na estrutura social e nos valores morais éticos, em consequência do avanço tecnológico e ainda pelas diferentes estratégias adoptadas nas práticas de gestão e expectativas de liderança. Segundo esta autora, os líderes de enfermagem confrontam-se com problemas de crescente complexidade e competitividade onde a confrontação e negociação assumem um papel preponderante, em oposição dos valores da passividade, não agressividade e estabilidade que correspondiam à sua prática anterior. Os entrevistados também partilham da ideia que a profissão de enfermagem está a atravessar uma fase de mudança:

“... penso que a equipa de enfermagem está a sofrer uma grande mutação, ainda não percebi muito bem o rumo que estamos a tomar... se iremos prestar melhores cuidados de enfermagem ou se vamos entrar num caminho de maior descuido e desleixo profissional... negligência talvez seja um termo muito forte, mas de desresponsabilização. Estamos num momento muito crítico e difícil de gerir....” E1

“... houve uma altura que a enfermagem deu um grande pulo, porque as pessoas estavam motivadas.... Agora ninguém acredita que isto vai mudar... pelo governo, e por situações que se passam e nos transcendem... e as pessoas acreditam que vai mudar mas para pior.... Neste momento andamos à deriva. Considero que dentro de cada serviço, as pessoas não têm as suas funções muito bem definidas e isso não contribui para o investimento do serviço...” E3.

“... eu acho que ninguém defende os nossos interesses. As mudanças políticas, a alteração constante da carreira de enfermagem. Actualmente não temos qualquer tipo de carreira. Não temos nada. Para os novos enfermeiros contratados não há uma carreira estruturada, ainda. Não há nada....” E4

Margato (2004) refere que nesta perspectiva de mudança, é esperado dos líderes de enfermagem nas instituições e nas unidades de saúde que estejam atentos a este fenómeno e (re) equacionem as práticas de gestão, no sentido da valorização do capital que hoje detêm os colegas, entendendo a mais valia que representam não só pelos turnos

semanais que fazem, mas pelo saber que detêm, aproveitando-o em benefício dos utilizadores de cuidados. Estes aspectos simples são de extrema importância no panorama dos movimentos que se operam no campo da saúde e da educação, com tentativas diversas por parte da tutela de “beliscar” o exercício das nossas competências e das nossas responsabilidades; atribuindo a outros actividades que são da responsabilidade dos enfermeiros e mesmo substituindo os de forma ilegal.

Temos neste processo, saber estar e desenvolver uma prática de clara responsabilização pelos actos que praticamos e de denúncia das ilegalidades, lembrando aos cidadãos que o seu estado de saúde piora se não for cuidado por enfermeiros.

Acomodação

Frequentemente os factores de stress surgem associados ao conflito e à ambiguidade de papéis; à falta de autonomia e de participação nos processos de tomada de decisão e de resolução de problemas, à responsabilidade excessiva associada a um trabalho exigente onde a autonomia de decisão é fraca; o que é visível e frequente na classe de enfermagem bem como a acomodação das várias tarefas e responsabilidades atribuídas aos enfermeiros.

Alves et Sousa (2004) citando Evans consideram a rotinização no processo de cuidados numa lógica de rotinização de procedimentos, que em certa medida potencializaram as competências dos enfermeiros, levando a que os enfermeiros parecem esquecer como o agir “toca” a dignidade, a liberdade do outro e provavelmente, deixam de ser enfermeiros e passam a ser técnicos que prestam cuidados eficazes, mas nenhum cuidado. Muitas vezes é servido o corpo mas negligenciada a pessoa. Ou seja, a rotinização de tarefas por um lado destacou várias competências nos enfermeiros, mas levou também a uma falta de esforço para a individualização dos cuidados e a um desinvestimento na melhoria na qualidade dos cuidados prestados ao utente; tal como referem diversos entrevistados:

“... também nos acomodamos, é verdade. A vida hoje em dia, em termos económicos é muito exigente. E para irmos atrás de um certo nível de vida, se calhar fazemos este tipo de trabalho e depois ainda vamos fazer outro e outro e outro... E quem quer fazer tudo ao mesmo tempo acaba por não fazer nada. E a pessoa anda cansada, desmotivada e acho que perdemos muito aí. Acabamos por ser muito individualistas e olhar só para o nosso umbigo. As pessoas acabam por se dissipar mais nos interesses.

Quando alguém lança uma ideia nova, as pessoas não querem saber e não se estão para chatear...”E4

“... e depois a culpa também é nossa. Temos de ser mais interventivos e fazer ver a nossa posição, lutar pelos nossos direitos...”E7

Segundo Alves et Sousa (2004), o acto de delegação de tarefas, como acto de rotina quotidiana; leva nos a descurar mais algumas das acções da nossa esfera de autonomia perdendo se mais alguns cuidados que nos poderiam dar uma maior visibilidade e contribuir para um cuidado profissional em enfermagem, e também; o delegar de algumas das nossas tarefas pode nos fazer incorrer no risco de ficarmos sem elas, o que segundo a perspectiva destes autores parece ser uma realidade.

Fraca capacidade de argumentação

Na prática quotidiana, o uso de expressões da linguagem no discurso do enfermeiro parece deixar transparecer dependência ou falta de conhecimento, factor este que não se coaduna com uma consciência discursiva aplicada à prática e “marca” de uma identidade sócio profissional. Segundo os autores referidos acima, a identidade sócio profissional só será uma realidade quando o enfermeiro valorizar os aspectos da sua esfera de autonomia, sendo o próprio enfermeiro na prática que utilizando um raciocínio intelecto profissional; ou seja, re-contextualizando as situações diárias de forma responsável a partir do seu corpo de saberes (i.e. qualificações/conhecimentos), usando a sua autonomia para enfatizar o cuidar profissional em enfermagem, dando assim visibilidade à acção do enfermeiro junto da pessoa/família/comunidade. Na perspectiva destes autores, só assim será possível a construção da classe de enfermagem para o crescer da identidade sócio profissional.

Estudos recentes sobre comportamentos assertivos definem a evolução da profissão de enfermagem ao longo dos tempos, na introdução do conceito de assertividade na profissão de enfermagem deve-se a e desde então, e no assumir de uma crescente importância.

Historicamente a adopção de comportamentos predominantemente assertivos por parte dos profissionais de enfermagem, deve se sobretudo a uma revolução social ocorrida na década de 70 nos Estados Unidos, em que as mulheres exigiram igualdade de direitos com os homens. Esta revolução social fez se sentir igualmente na profissão

de enfermagem, maioritariamente feminina, em que estas profissionais de saúde consideraram fundamental a melhoria das suas condições de trabalho, recompensas salariais adequadas aos serviços que prestavam, assim como o direito a uma carreira estimulante e devidamente estruturada.

Tal como refere um dos entrevistados, a perspectiva da classe de enfermagem tem vindo a modificar-se ao longo dos tempos, mas ainda temos um longo caminho a percorrer:

“...penso que a ideia da vassalagem e da submissão está a mudar um pouco, mas falta muito o conhecimento para a tal argumentação e fundamentação perante as outras profissões...” E8

O comportamento assertivo pode ser entendido como um comportamento comunicacional, na expressão das opiniões, vontades e sentimentos próprios e simultaneamente no respeito e promoção de opiniões, vontades e sentimentos dos interlocutores (Almeida, 2003). O comportamento assertivo visa desta forma desenvolver simultaneamente a pró-actividade e afirmatividade de todos os comunicadores sem subserviências nem desigualdades. Esta ideia é também partilhada pelos entrevistados:

“ ... saber argumentar...” E11

“ o conhecimento é fundamental...” E11

“ ... para desenvolver a nossa autonomia temos de saber e saber argumentar...” E11

De forma mais abrangente, o comportamento comunicacional assertivo consiste na capacidade do indivíduo expressar de forma sincera, através de palavras e gestos, as suas opiniões, sentimentos e convicções, respeitando simultaneamente os direitos dos outros. Assim sendo, a assertividade representa um contributo significativo para a prestação de cuidados de enfermagem, na medida em que ao promover as relações interpessoais eficazes com os utentes e com a equipa multidisciplinar, o enfermeiro promove o cuidar, que constitui o cerne da profissão, contribuindo simultaneamente para a sua própria satisfação profissional (Jesus, 2005).

Disfunção de trabalho com a equipa médica e outras equipas multidisciplinares Equipa médica

A enfermagem procura uma área de trabalho onde detenha o monopólio e o controle. A identificação dos fenómenos do seu domínio exclusivo constituirá a base de uma prática autónoma. São esses fenómenos que a enfermagem trata autonomamente e os instrumentos que utiliza que definem a sua essência e os parâmetros da sua perspectiva única da prática.

Temos de ser capazes de identificar, nomear e explicitar as actividades que representam os cuidados de enfermagem. Hesbeen (2001) considera que os cuidados de enfermagem consistem em intervenções autónomas de enfermagem relacionadas com os diagnósticos de enfermagem relativos às pessoas, grupos e famílias, que incidem sobre as suas respostas humanas aos problemas de saúde, e que visam a co-construção e consolidação da sua autonomia na concretização do seu máximo potencial de saúde.

A prática de enfermagem está sem dúvida a mudar na medida em que os cuidados de enfermagem deixam de ser percebidos como meramente técnicos e passam a ter uma visão global. Será que todos temos presente que a nossa profissão tem intervenções autónomas?

Segundo o Decreto-lei nº 161/ 96 de 4 Setembro “*consideram se intervenções autónomas as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na acessória, com os contributos da investigação em enfermagem.*”

A realização de uma intervenção autónoma pressupõe um diagnóstico de enfermagem com o objectivo de obter um determinado resultado. Esse resultado é caracterizado por ser independente, baseado em decisões profissionais do enfermeiro, geridas por este e fundamentado em conhecimentos de enfermagem. Podemos agrupá-los em fazer por substituir, ajudar a completar, orientar e supervisionar, encaminhar e avaliar. No entanto, ainda existem muitas dificuldades no domínio profissional com a própria equipa médica, como nos enunciam os entrevistados:

“...É uma coisa cultural e que se vai construindo. Tu não podes impor a tua formação aos outros. Pode haver argumentos mas a decisão final vai ser sempre dos médicos. A maior parte das vezes nós sabemos que aquele tratamento não é eficaz e dizemos isso

ao médico mas não podemos fazer braço de ferro com ele, porque senão o doente será sempre prejudicado. Não podemos comprar uma briga com a parte médica..” E10

“Teve de ser assim porque no confronto directo a maior parte das vezes perde o enfermeiro...” E10

“... não tomam isto como uma sugestão que possa ser útil para a melhoria do doente. Tomam isto como um atentado ao poder que eles têm, e isto é péssimo...” E4

Equipas multidisciplinares

Gouveia (2006) questiona, num artigo sobre equipas multidisciplinares, se o mau funcionamento dos serviços de saúde reside apenas no canal hierárquico devido a má comunicação/ falta de funcionamento interdisciplinar. O autor argumenta que ainda estamos longe de uma cultura de decisão multidisciplinar, em que todos os intervenientes no processo clínico tenham uma palavra a dizer, prevalecendo um modelo em que alguns agentes são activos e outros restringem-se a um papel passivo, de mero executante. Uma forma de parceria ajuda a fomentar o espírito de equipa, aumentaria a auto-estima individual e de grupo, aumentando também o reconhecimento social dessa equipa. Esta ideia é também partilhada por um dos entrevistados:

“... e de haver uma boa articulação com os restantes profissionais, como os fisioterapeutas e restantes técnicos de saúde. Tudo isto é muito bom, e permite nos desenvolver várias actividades e projectos...” E9

Nesta última temática, autonomia da equipa de enfermagem, foram definidas três categorias: conhecimentos teórico-práticos, reconhecimento social da classe de enfermagem e obstáculos sentidos pela equipa. Na primeira categoria, os entrevistados deram ênfase ao campo de acção (5). Na segunda categoria os entrevistados mencionaram a perspectiva da sociedade perante a profissão (4). Na categoria; obstáculos sentidos pela equipa; os entrevistados deram maior importância à desunião da classe (10), a uma hierarquização excessiva da classe de enfermagem (9), à reconstrução da carreira (6), a uma disfunção de trabalho com a equipa médica e outras equipas multidisciplinares (5) e simultaneamente a uma acomodação por parte dos enfermeiros (3) e a uma fraca capacidade de argumentação (3).

CAPITULO IV

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

4.1 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS E CONCLUSÕES

Na categoria atitudes de liderança, sub-categoria: características da chefia, os entrevistados, referem que a característica fundamental num chefe de enfermagem é a capacidade de mobilizar a equipa.

De facto, no meio organizacional o estudo do comportamento humano é de extrema importância e este é motivado por um conjunto diverso de necessidades variáveis e em permanente evolução. Segundo Ferreira et al (2001), estas necessidades são definidas como o estado interno da pessoa que faz com que certos objectivos ou resultados sejam desejados e procurados. O procurar conhecer tais necessidades, a sua estrutura e o modo de funcionamento foi desde sempre uma preocupação nos estudos teóricos e práticos. O seu estudo é uma mais valia no contexto organizacional; mais especificamente relacionado com problemas do desempenho individual e da produtividade organizacional.

Existem inúmeras teorias apresentadas por diversos autores que explicam a motivação e a satisfação das nossas necessidades. Maslow, referenciado pelo autor, apresentou como teoria da motivação uma hierarquia das necessidades. As necessidades humanas estão organizadas e dispostas numa hierarquia de importância e influência representadas numa pirâmide. Na base da pirâmide estão as necessidades mais baixas (i.e. necessidades fisiológicas) e no topo as necessidades mais elevadas (i.e. necessidades de auto realização).

Esta teoria é considerada uma das mais importantes para o estudo da motivação. Para o autor, as necessidades dos seres humanos obedecem a uma hierarquia, ou seja, uma escala de valores a serem transpostos. No momento em que um indivíduo realiza uma necessidade, surge outra em seu lugar, exigindo por parte de cada um a procura de meios para a satisfazer.

A teoria de Maslow realça por um lado, a importância dos motivos de natureza social e de realização como forças energéticas do desempenho do indivíduo no seu

posto de trabalho; e por outro lado, revela a diversidade do grau hierárquico de uma necessidade existente nas pessoas varia consoante as situações; o que faz com que os desempenhos sejam diferentes de indivíduo para indivíduo. A motivação é um estado cíclico e constante na vida pessoal.

Donnelly et al referido por Mendes (2005) sugerem algumas estratégias a utilizar para o aumento da motivação pessoal: enriquecimento dos cargos; relação do salário com o desempenho, plano de detenção de acções por funcionários e horário de trabalho flexível. Bennett e Franco também citados por Mendes (2005), referem que as reformas no sector da saúde deverão ter em conta a motivação dos trabalhadores de saúde, sendo esta falta a causa de muitas reformas de saúde não serem bem sucedidas. A desmotivação e a confusão acabam por atrasar ou bloquear as reformas que se pretendem pôr em curso, uma vez que a efectividade e eficiência dos sistemas de saúde, dependem, não raras vezes de acções tomadas a nível individual. Para além de determinantes internas (i.e. reconhecimento do trabalho por parte dos superiores, incentivos financeiros, promoções) existem outros factores que influenciam a motivação no trabalho em serviços de saúde, nomeadamente a estrutura organizacional, os processos, os recursos, a comunicação, o contexto de trabalho, o feedback organizacional, a gestão de recursos humanos e a cultura organizacional. Compreender a concepção que os actores hospitalares têm da sua profissão, assim como a satisfação que possam retirar do exercício profissional, torna-se importante, uma vez que as suas competências e a sua motivação são o centro da performance institucional.

A teoria das necessidades baseia-se em três impulsos básicos que apresentam uma grande variação entre as pessoas e o que as motivam para o seu desempenho. São estes, a necessidade de realização, a necessidade de poder e a necessidade de afiliação. A primeira é bem caracterizada para um contexto de trabalho desafiante e competitivo. A segunda consiste no forte desejo de influenciar e controlar o comportamento dos outros, motivando mais o estatuto, o prestígio e o ganhar influência sobre outros do que propriamente um desempenho eficaz. A necessidade de afiliação consiste no desejo e vontade de ter amizades e ser aceite pelos outros. Indivíduos com esta necessidade preferem situações mais cooperantes e aspiram por relacionamentos que impliquem um elevado grau de mútua compreensão (Ferreira et al, 2001).

A teoria da expectativa de Vroom e Lawler preconiza que a força da tendência para agir de uma determinada maneira depende da força da expectativa no resultado da sua actuação e no grau de atractividade de tal resultado.

A teoria da equidade de Adams fundamenta-se no facto do indivíduo experimentar certas discrepâncias quando compara o seu ganho com o dos outros. O seu esforço no trabalho é função do resultado da comparação com o esforço despendido por outros indivíduos relevantes e que constituem termo de comparação. O estudo destas várias teorias e do conceito da motivação é de extrema importância para compreender o desempenho de cada indivíduo no seio de uma organização. O comportamento que cada actor organizacional adopta em variadas situações pode também ser influenciado por estas características, o que irá determinar o percurso e a orientação das suas funções influenciado o concretizar dos objectivos organizacionais (Ferreira et al, 2001).

Ao interiorizar, meditar, pensar e (re) pensar na análise de conteúdo das entrevistas realizadas, lido com sentimentos de angústia e frustração. A carreira de enfermagem está a ultrapassar uma fase de constantes mutações e alterações. O ritmo de trabalho é assustador e alucinante, e a produtividade exigida apenas é perspectivada por um ritmo rápido sem estar definido critérios de qualidade, específicos para cada serviço, mediante as necessidades dos utentes e da comunidade onde estão inseridos.

Os entrevistados referem que na condução e organização do trabalho é fundamental a organização do serviço.

Zorinho (2003) refere que as organizações humanas são como sistemas abertos que evoluem e estão em constante reorganização, pela introdução de novas informações e novas tecnologias. Os meios de comunicação são fundamentais para uma boa articulação entre os vários elementos da equipa e para o sucesso da concretização dos objectivos definidos para essa mesma equipa.

No entanto, os entrevistados referem que a comunicação é escassa e os objectivos dos serviços estão difusos e não estão claramente definidos, bem como a clarificação da avaliação de desempenho.

Como já foi referido no início do trabalho, vários trabalhos realizados por diversos autores colocam em evidência que a integração dos actores na rede de relações quotidianas de trabalho e nas estruturas da organização varia em função de uma aprendizagem cultural que se constrói no quadro das relações de dominação, subordinação hierárquica, responsável pela génese de diversidade de formas de acções estratégicas, de formas de comunicação, negociação e conflito intra organizacional (Silva, 2004). A Ordem dos Enfermeiros (2007) considera que os enfermeiros constituem, actualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados

de saúde de qualidade. No entanto, os entrevistados referem que existem entraves de superiores hierárquicos para a progressão e avanço científico da carreira de enfermagem. Simultaneamente, com o mesmo valor de frequência dos registos das entrevistas esta progressão na carreira ou resistência à mudança é também devido à falta de iniciativa dos enfermeiros. Estes factores contribuem, para uma fraca capacidade de decisão autónoma. Nesta temática da capacidade de decisão, segundo os entrevistados, tanto a resistência à mudança como a falta de iniciativa dos enfermeiros contribuem para uma fraca capacidade de decisão. Os enfermeiros também consideram, na sub-categoria circulação de informação, que a falta de reuniões formais e falta de informação é prejudicial para a capacidade de decisão.

Baseado no resultado das entrevistas, os enfermeiros lidam com variadas dificuldades na integração. Existe uma quebra na continuidade da integração, onde a rotatividade e instabilidade dos elementos de cada equipa, cada vez é maior, cada vez é mais instável. Nesta instabilidade e rotatividade de elementos novos advém a incapacidade de acompanhar no seu devido tempo uma aprendizagem rentável, segura e eficaz que permita a que um elemento novo seja considerado um profissional de saúde com as devidas competências exigidas à profissão.

Ferreira et al (2001) menciona que Herzberg tentou compreender o que procuram as pessoas na situação de trabalho. Este estudo é baseado na satisfação e insatisfação que os indivíduos adquirem no trabalho. Factores como o crescimento, desenvolvimento, responsabilidade, natureza do trabalho são relacionados com factores intrínsecos e de ordem satisfatória. A política da organização, estilo de chefia, relacionamento com os superiores, condições de trabalho, salário e relações interpessoais são catalogados como factores extrínsecos e maioritariamente de ordem insatisfatória. Relativamente aos salários, actualmente ainda não existe uma diferenciação de salário dos profissionais de enfermagem com bacharelato e dos profissionais de enfermagem com licenciatura.

Os entrevistados referiram que no passado as equipas eram coesas, unidas e fortes e que actualmente são mais dispersas e difusas. A satisfação no trabalho enunciada por Herzberg deve-se aos factores de desenvolvimento e responsabilidade; no entanto, actualmente devido a esta rotatividade, os factores considerados pelo referido autor de ordem insatisfatória, são talvez os mais procurados e mais conotados nos dias de hoje; nomeadamente as relações interpessoais.

No caso da unidade hospitalar, é de considerar que o serviço constitui um ponto de encontro entre diferentes formas de poder, os seus respectivos universos simbólicos e as suas estratégias recíprocas (Silva, 2001).

De acordo com os entrevistados, relativamente à categoria relações formais/informais, os entrevistados dão ênfase à subcategoria: relações de poder existentes na equipa de enfermagem.

Os entrevistados mencionam em diversos momentos, que os objectivos e a avaliação de desempenho dentro de cada serviço, não estão bem clarificados. A avaliação de desempenho não tem uma estrutura rígida e por vezes a sua elaboração é realizada por conversas informais e não cumpre o protocolo estipulado pelas avaliações instituídas como protocolo.

Relativamente à autonomia da equipa, os entrevistados referem que o campo de acção da nossa classe está a perder domínio profissional. Como já foi referido ao longo do trabalho, o conhecimento é essencial para a mudança; para o estipular de critérios de evolução, aprendizagem e melhoria na realização dos cuidados de enfermagem com qualidade. A integração de elementos novos, já referida anteriormente, evidenciada pela rotatividade e instabilidade leva a uma quebra e a uma diminuição da consolidação dos conhecimentos, o que inevitavelmente nos conduz a uma fraca capacidade de argumentação e perda de domínio profissional.

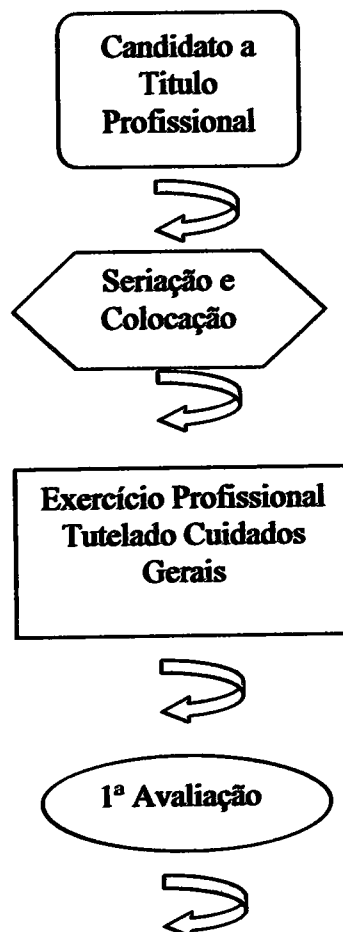
A segunda categoria desta grande temática; reconhecimento social da classe de enfermagem; está organizada na subcategoria perspectiva da sociedade perante a profissão. Segundo os entrevistados, esta perspectiva social tem tido ao longo dos tempos uma melhoria da imagem da profissão de enfermagem. Os enfermeiros não são só catalogados como tecnicistas ou cumpridores de ordens médicas, mas vistos pela população como elementos de referência para uma linha directa de cuidados de saúde com qualidade.

No entanto, na terceira categoria; obstáculos sentidos pela equipa, os entrevistados mencionam várias dificuldades que nos levam a reflectir sobre o nosso desenvolvimento profissional. A subcategoria com mais relevância e significado para os entrevistados como obstáculo é a desunião da classe. A falta de investimento pessoal para uma melhoria profissional é visível, e segundo os entrevistados esta é caracterizada por a mudança constante da nossa carreira de enfermagem e também a não formulação de objectivos concretos. A sub-categoria hierarquização excessiva da classe é também muito conotada pelos entrevistados. Esta pode ser complementada pela subcategoria

afastamento da prestação directa de cuidados na temática atitudes de liderança. O trabalho burocrático, o afastamento dos cuidados directos por elementos mais experientes e especializados em determinadas áreas, leva a que, segundo os entrevistados; a prestação dos cuidados de enfermagem perca qualidade porque o contacto directo com utente e família é desvalorizado e não se consegue delinear um trabalho contínuo e duradouro com os nossos utentes, seja no hospital ou na comunidade.

A incoerência e indefinição dos objectivos inerentes ao grupo profissional de enfermagem, tal como as expectativas e competências de cada enfermeiro, promovem a uma desresponsabilização dos elementos de enfermagem e a uma desunião da classe, situação que foi referida pelos diversos entrevistados. Actualmente, a Ordem dos Enfermeiros apresenta uma proposta de alteração dos Estatutos que visa regular o desenvolvimento profissional e que apresenta o seguinte modelo:

Modelo de Desenvolvimento Profissional



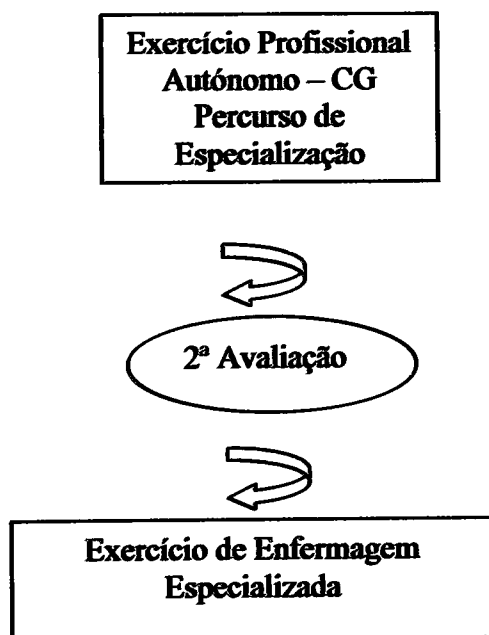
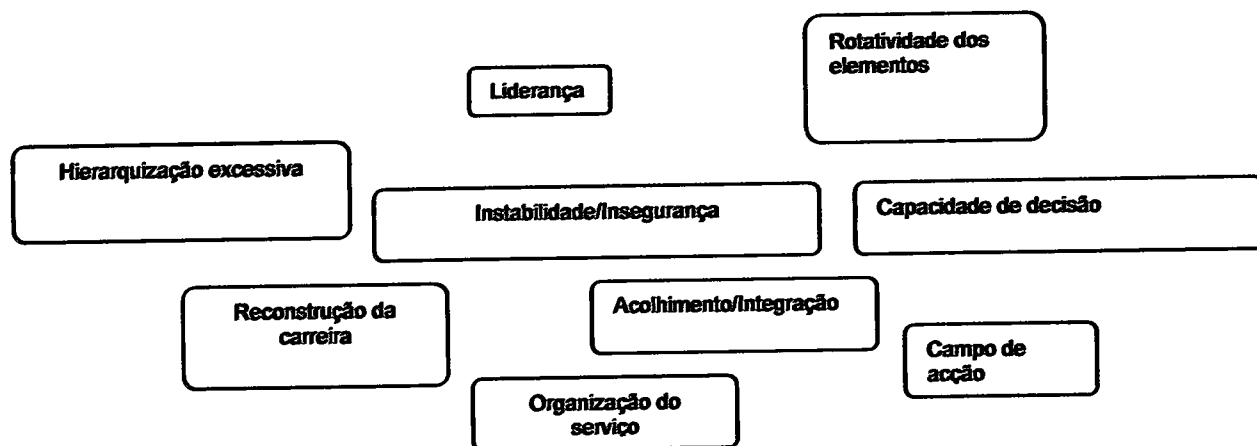


Figura 1: Nova proposta de trabalho pela OE

Fonte: Fluxograma da OE, Secção Regional do Sul.

Figura nº2 O mundo de Enfermagem



Como podemos observar na figura nº2, o mundo de enfermagem é complexo, vasto, indefinido, um verdadeiro turbilhão de ideias confusas, “máscaras” constantes, uma performance num teatro digno de se viver.... Os entrevistados referem que as relações existentes nas equipas de enfermagem são relações de poder deturpadas. Aqui podemos concluir que as relações formais e informais existentes nas equipas de enfermagem são relações de poder; o que contribui inevitavelmente para a imagem autonomia em enfermagem.

Segundo Pisco (2001), o potencial de transformação e de inovação nos nossos serviços terá de ser bastante bem trabalhada. É necessário uma melhoria permanente da qualidade voltada para o atendimento das necessidades, das expectativas e da satisfação da população que recorre aos hospitais e centros de saúde. Torna se também essencial o aumento da satisfação dos profissionais de saúde e da melhoria da organização e gestão das unidades prestadoras de cuidados de saúde. Mezomo (2001) define qualidade como um conjunto de propriedades do serviço que o tornam adequado à missão de uma organização concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes. A qualidade assume-se desta forma como pressuposto cultural e dinâmico, inclui em cuidados de saúde o conceito de qualidade total, ou seja, a ausência de defeito e contributo para a satisfação das necessidades e expectativas do cliente, concretizada através das três vertentes do saber: técnica, científica e relacional.

Ao longo do tempo a aplicabilidade do conceito de qualidade tem tido uma evolução positiva. No início do século XX, anos 30 assistiu se à transição de uma economia predominantemente agrícola para uma economia industrial, em que a quantidade era notoriamente privilegiada e interessava apenas a medição, comparação e verificação do produto. Em meados dos anos 30 e durante os anos 50, as actividades centravam se na monitorização dos processos realizados, ou seja era importante a produção e o controlo da qualidade. Nos anos 60 e 80, as actividades planeadas eram definidas de forma a poder garantir que a qualidade estava a ser devidamente alcançada. Nesta fase da garantia da qualidade foram introduzidas as normas da série ISO 9000.

Finalmente desde os anos 80 até aos dias de hoje vigora a gestão pela qualidade total, onde existe a preocupação de compreender a cultura de uma empresa e que esta capaz de assegurar a satisfação dos clientes. A gestão pela qualidade total está associada a um processo que atravessa toda a organização. Resulta da harmonização de valores e comportamentos dentro da organização, a qualidade não é meramente da

responsabilidade do departamento da qualidade mas de todos os departamentos da organização.

Na área da saúde, seja na prestação pública ou privada, a implementação dos sistemas para a avaliação, garantia e melhoria da qualidade no sistema de saúde terá de ser trabalhada por todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, técnicos profissionais de saúde, etc... As organizações são um palco complexo onde os actores que, embora tenham o interesse comum na sobrevivência e progresso da organização, desenvolvem também disputas conflituais devido a questões de controlo ou de repartição de recursos e proveitos. A tarefa essencial dos gestores de topo é o de conseguir encontrar uma harmonização de todo este conjunto de interesses.

É necessário introduzir as alterações legislativas necessárias e a criação de valores e a sua partilha para atingir um processo positivo na gestão das organizações e garantir a gestão pela qualidade. A gestão de uma organização hospitalar seria pois facilitada se as unidades fossem mais pequenas. Assim seria mais fácil implementar alguns instrumentos conducentes à melhoria da qualidade interna de cada serviço que iria contribuir inevitavelmente para a melhoria da qualidade global do hospital. Mezomo (2001) refere para que se consiga atingir a qualidade em toda a sua plenitude é necessário que o gestor conheça os seus clientes, se concentre na melhoria dos processos, envolva as pessoas e as integre em equipas de qualidade criando um clima organizacional adequado. Inicialmente os sistemas de saúde programavam-se só em função das suas próprias necessidades previamente definidas pelas atitudes paternalistas dos prestadores, administradores e políticos, que tradicionalmente convencidos de possuírem melhor conhecimento das necessidades em saúde da comunidade, relevavam os clientes à mera condição do objecto do sistema (Monteiro, 1991).

Com o evoluir dos tempos, as novas tecnologias e a transmissão de conhecimentos os utentes serão cada vez mais exigentes e mais críticos as cuidados de saúde importante manter e dar atenção à componente humana e a gestão da qualidade total deve fundamentar se nos valores como o respeito, a integridade, a eficiência e excelência dos cuidados de saúde.

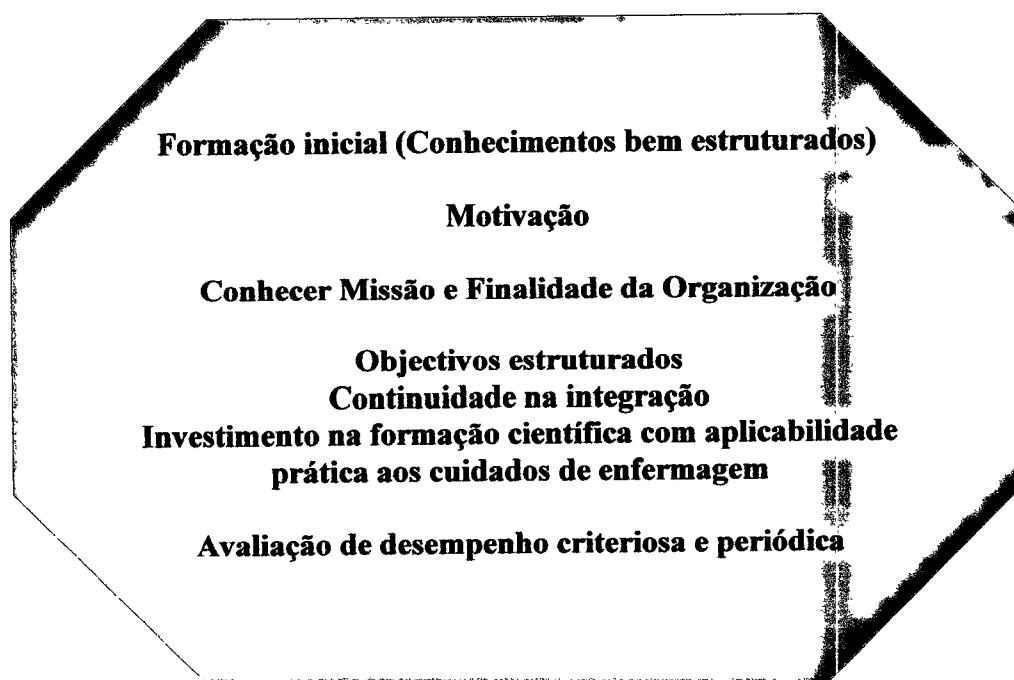
Para a prática destes valores a organização deve ser fiel à sua missão, preocupando se com a justiça, lealdade e equidade das suas acções, garantindo a primazia do cliente diante dos seus interesses próprios, fortalecendo as pessoas, privilegiando o trabalho em equipa, adoptando uma administração participativa

avaliando permanentemente o desempenho e redesenhando a sua estrutura e os seus processos (Mezomo, 2001).

Segundo Deming as necessidades e expectativas dos consumidores são o ponto de partida para a melhoria da qualidade. Também Crosby refere que quando discutimos de qualidade estamos a tratar com problemas de pessoas (Mendes, 2005).

Somos todos diferentes e todos iguais... e por isso todos temos o direito a ter uma boa assistência de saúde como também o dever de tentar lutar pela garantia e gestão da qualidade total nos cuidados de saúde, seja em sector privado, seja no sector público. Neste sentido consideramos pertinente sugerir uma linha de pensamento que poderá contribuir para uma melhoria nos cuidados de saúde. Iniciando a mudança em unidades mais pequenas será mais fácil de instituir a mudança global nos nossos cuidados de saúde:

Figura nº3 Sugestão para Implementação nos Serviços



As escolas de enfermagem têm um papel fundamental na formação dos alunos, a formação de base com conhecimentos e bases bem consolidadas é fundamental para a implementação de profissionais de enfermagem competentes, que consigam ser capazes de assumir as responsabilidades de participar numa tomada de decisão. O conhecimento é um ponto extremamente forte e duradouro para o adquirir de uma imagem segura, capaz e autónoma da classe de enfermagem.

A motivação, como tem sido referida ao longo do trabalho, é um elo fundamental nos profissionais de enfermagem. Passa por factores intrínsecos e de objectivos de realização pessoal, mas também da satisfação que o enfermeiro sente em trabalhar numa determinada instituição. Saber que faz parte de um projecto útil e benéfico para a sociedade, saber que é um indivíduo competente e aceite pela organização. Não nos podemos também esquecer dos reforços monetários, carga de horário, funções desempenhadas e estabilidade na carreira profissional.

Conhecer a missão e finalidade da organização é essencial para um maior empenho e produtividade de cada elemento de enfermagem.

Os objectivos bem definidos e estruturados permitem ao enfermeiro trabalhar e investir em algo que deseja atingir, pois sabe que poderá obter uma recompensa justa e merecida de acordo com o esforço realizado.

A continuidade na integração é fundamental. Só assim, os enfermeiros ficam com os conhecimentos bem consolidados e uma estrutura de trabalho mais eficiente. E isso permitirá uma melhoria na prestação directa dos cuidados e uma melhoria na nossa auto-imagem e competência desempenhada nos diversos serviços. Também o investimento na formação contínua e formação científica, com veracidade e essencialmente aplicabilidade prática nos diversos serviços onde desempenhamos as nossas funções.

A avaliação de desempenho criteriosa é também extremamente importante, pois só com uma avaliação periódica e contínua, fundamentada por diversos critérios estipulados institucionalmente, é permitido ao enfermeiro saber os pontos que deve melhorar, manter ou corrigir na sua prática diária. Este trabalho, contínuo é essencial para o atingir de um patamar com competências adquiridas com qualidade e rigor.

Vários autores, como Silva (2004), Ferreira et al (2001) argumentam que o enfermeiro actual tem o dever de definir de forma rigorosa o seu contributo pessoal, no seio de uma equipa multidisciplinar, quer para sua realização pessoal, quer por respeito para com a sociedade que pretende servir.

Com o passar dos tempos os profissionais de enfermagem têm sentido cada vez mais a necessidade de reflectir sobre as suas práticas, o que conduziu ao surgimento de teorias e modelos teóricos de enfermagem, funcionado como referências pré estabelecidas para aprender e organizar, estruturar e utilizar diferentes conhecimentos em função das situações. É neste momento que urge **validar os cuidados prestados**, e

apesar de parecer um conceito relativamente novo, esta prática é executada diariamente, por vezes de forma inconsciente.

Nesta perspectiva é essencial o uso de **pensamento crítico** na enfermagem. Bilhim (1996) considera que o pensamento crítico é um componente importante da prática profissional. No entanto, embora seja a imagem de marca do praticante de enfermagem competente, não existe consenso na sua definição, ensino ou nas estratégias de aprendizagem das capacidades de pensamento crítico em estudantes de enfermagem.

O pensamento crítico pareça ser desejável em todos os níveis da prática de enfermagem, mas a evidência para apoiar o seu desenvolvimento em enfermeiras parece ser limitada. Se os educadores estão preparados para se tornarem líderes na sua profissão, o desenvolvimento educacional destas capacidades educacionais precisa de ser direccionado.

O pensamento crítico é visto como um pré requisito para a prática inovadora, profissionalmente astuta e competente. Vários autores reclamam que o pensamento crítico é uma característica essencial de prática profissional avançada, que pode ser ilustrada em papéis profissionais de categoria superior, como os consultores de enfermagem ou praticante de enfermagem registado. Na enfermagem, a importância do pensamento crítico divide-se em quatro:

- ◆ O pensamento crítico e a reflexão são características desejáveis de práticas profissionais entre os corpos reguladores de enfermagem;
- ◆ O pensamento crítico e reflectivo surge como um resultado desejável e associado ao desenvolvimento curricular e planeamento e desenvolvimento programado efectivo;
- ◆ Os serviços de cuidados de enfermagem valorizam o pensamento crítico e esperam que as enfermeiras sejam competentes no pensamento reflectivo necessário para apoiar decisões clínicas e julgamentos acerca dos cuidados ao cliente
- ◆ O pensamento crítico e reflexivo é ingrediente chave no compromisso de uma aprendizagem duradoura que caracteriza o crescimento e desenvolvimento profissional

O pensamento crítico é pois visto como imagem de marca da prática profissional. Estão disponíveis múltiplas definições sobre pensamento crítico, a maioria enfatiza o conhecimento das capacidades cognitivas, como a análise, síntese e avaliação

e curiosidade. É pois enfatizada a importância da enfermeira ser capaz de demonstrar pensamento analítico.

Igualmente, Banning (2006) destaca a importância dos processos racional e analítico que sustentam o pensamento crítico. O autor define-o como uma forma de pensamento reflectivo e racional acerca dos problemas de enfermagem sem uma única solução, concentrado em decidir o que acreditar ou não.

A reflexão surge como um parâmetro importante no pensamento crítico. De facto se as enfermeiras não reflectirem sobre os cuidados prestados ou as questões de enfermagem, poderíamos assistir a um efeito pernicioso no processo e desenvolvimento do pensamento crítico.

De relacionar a questão de que mesmo que existam múltiplas definições de pensamento crítico, estas questões podem não ser importantes como actividades reflectivas que são necessárias para se iniciar, manter a educação e influenciar o processo de pensamento crítico ao longo do tempo e entre contextos. Têm de ser tecidas considerações acerca do contexto porque este influencia o que tem lugar durante a reflexão e pensamento crítico.

Embora a reflexão seja vista como uma característica essencial do pensamento crítico, o pensamento crítico é também um pensamento premeditado, auto-regulador que resulta na interpretação, análise, avaliação e inferência assim como a explanação de considerações de evidência conceptual, metodológica, criteriológica e contextual, sobre o qual o julgamento foi baseado (Mendes, 2005).

Olhando para lá das definições sobre o pensamento crítico, o processo pode também ser visto como uma ferramenta essencial da prática de enfermagem. É uma ferramenta de investigação e uma capacidade genérica que podem ser usadas em muitos contextos de enfermagem.

O pensamento crítico é também uma capacidade transferível que pode ser sustentada pelo conhecimento de enfermagem e as capacidades que permitem às enfermeiras utilizar e aplicar atitudes e conhecimentos apropriados à prática de enfermagem. Outras características adicionais do pensamento crítico relacionam a capacidade de compreender como a evidência pode ser avaliada. É também acerca da capacidade de examinar os problemas de enfermagem a partir de ângulos diferentes e apresentar os aspectos negativos e positivos dos contra argumentos.

As características chave do pensamento crítico, segundo diversos autores, passa por ser e ter:

- **Mente aberta, tendo uma apreciação de perspectivas alternativas, vontade de respeitar os direitos dos outros terem opiniões diferentes e compreender outras tradições culturais para melhorar as perspectivas sobre si e os outros.**
- **Indiscreto, curioso e entusiástico em esperar adquirir conhecimentos, esperar conhecer como as coisas funcionam mesmo quando as aplicações não são imediatamente aparentes.**
- **Pesquisador da verdade, corajoso ao ponto de colocar questões para obter melhor conhecimento, mesmo se esse conhecimento pode falhar em apoiar a sua percepção, crenças e interesse.**
- **Valorização da organização, sistemática e uma abordagem focada e diligente para problemas a todos os níveis de complexidade**
- **Auto-confiança, confiante na sua razão e inclinação em utilizar estas capacidades mais do que em outras estratégias para responder a problemas, por exemplo, tomando decisões baseadas na evidência científica e respondendo aos valores e interesses dos indivíduos e sociedade.**

É esperado que as características referidas acima estejam presentes em todas as enfermeiras que desenvolvem capacidades de pensamento crítico (Alfaro-Lefevre, 1996).

Muitos investigadores educacionais destacam a importância do desenvolvimento de estratégias de ensino e avaliar o pensamento crítico em estudantes universitários de enfermagem. De facto as abordagens adicionais de ensino e aprendizagem que têm sido testadas com sucesso para desenvolver capacidades de pensamento crítico e raciocínio diagnóstico em enfermeiras universitárias e enfermeiras pediátricas da prática incluem: concepção de planeamento seminários de pensamento em voz alta e o uso de técnicas de estimulação. Urge pois uma atenção ao comportamento ambiental e influências pessoais e cognitivas. Estas influências necessitam de ser avaliadas por professores e estudantes e devem ser dirigidas durante as actividades de ensino e aprendizagem.

Mais recentemente, Gerrish et al referenciado por Mendes (2005), descobriram que embora o nível de mestrado aumente a credibilidade das enfermeiras, nem todas as organizações encorajam o pensamento crítico e criativo. Foi sentido por algumas

organizações que tais enfermeiras agitam o barco no caminho que é percepcionado por outros como aceitavelmente perturbador.

Os papéis de enfermagem e as responsabilidades continuam a desenvolver-se, à medida que aumentam as necessidades das enfermeiras com maior ênfase no pensamento crítico, em relação aos serviços de enfermagem, e até agora a investigação indica que as enfermeiras não estão educativamente preparadas para papéis que giram à volta do uso e implementação destas capacidades. Supondo que as enfermeiras são suficientemente desenvolvidas para desempenharem os papéis propostos é pois necessário haver um consenso nacional sobre como estas capacidades podem ser desenvolvidas e avaliadas em todos os níveis de formação em enfermagem. Será uma longa caminhada a desenvolver...que como diz o poeta se faz caminhando...

4.2 RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES DE INTERVENÇÃO SÓCIO – ORGANIZACIONAL

A saúde é um sector que desperta interesse em várias entidades: a população *“porque lhes dói pagar tanto e sofrer, não só pela doença mas também, pela dificuldade em ter acesso aos cuidados de saúde”*; os jornalistas *“porque têm de dar voz às queixas do povo, se querem que estes comprem os seus produtos”* e os políticos *“porque para além de terem responsabilidades na resolução dos problemas, precisam dos votos dos primeiros e do «apoio» dos segundos”* (Sousa, 2000).

Quando analisamos o estado da saúde em Portugal, são vários os problemas que emergem e que nos preocupam. As inovações na saúde procuram dar resposta e solucionar alguns destes problemas, embora ainda, numa fase muito embrionária quando comparada com os restantes países que integram a comunidade europeia.

A gestão baseada na inovação tem constituído assim, um novo desafio para os gestores e políticos, motivados pelo avanço da ciência e tecnologia mas sobretudo, pela crescente necessidade de competir nos mercados internos e externos. A inovação gera mudança, e como qualquer mudança, implica um grande desafio.

Neste sentido precisamos de um planeamento. O planeamento existe mesmo no nosso dia a dia, quando queremos fazer ou mudar algo planeamos como o iremos fazer de forma a alcançar os nossos objectivos e consequentemente os resultados que

pretendemos. Assim sendo, planejar significa delinear e estruturar acções para um determinado fim para tal é necessário identificar e adequar os recursos existentes (e.g. humanos, materiais, económicos, etc.).

Também em saúde tal acontece, pelo que no planeamento deve ser considerada a utilização de recursos, muitas vezes escassos, com vista a atingir os objectivos fixados, tendo em conta a redução dos problemas de saúde pessoais e financeiros.

O planeamento antes de ser um conjunto de técnicas, é pois uma atitude ou um posicionamento face à realidade sócio-económica. Reconhecemos ainda que é possível agir sobre a realidade, no sentido de uma transformação orientada por finalidades pré-fixadas e politicamente assumidas, se não num quadro de certezas, num campo de probabilidades. Nesta linha de pensamento, o planeamento em saúde deve envolver todos os serviços, respectivo pessoal e população alvo e não somente alguns serviços ou técnicos especializados. O planeamento está associado ao acto de mudar e para se mudar é necessário planejar os passos que devem ser cumpridos de forma a alcançar a mudança pretendida.

Neste processo de planeamento a avaliação é fundamental. A avaliação surge como um processo de comparação entre uma realidade social de partida (i.e. situação prevista ou modelo de controle), o estado da realidade social (i.e. situação real) e o envolvimento de todos, assumindo a função de uma quase “gestão científica” da parceria para o desenvolvimento, no sentido de procurar “transformar” de forma sustentada e sustentável uma determinada situação. Neste sentido, os modelos de avaliação vêm reforçar a sua importância pública e política.

Começa a existir a obrigatoriedade da avaliação na maioria dos programas sociais, uma exigência crescente de independência de competência dos avaliadores e o envolvimento dos beneficiários ou públicos alvos. Assim sendo, a dimensão pluralista, participada e política da avaliação é reconhecida. A avaliação começa a recorrer cada vez mais aos fundamentos epistemológicos que caracterizam as abordagens qualitativas para melhor exploração e análise não só dos resultados dos projectos sociais mas também, das narrativas das práticas vivenciadas pelos actores, promotores, beneficiários intermédios e finais, o que nos é extremamente útil para o tipo de estudo que foi realizado. Podemos tentar definir uma avaliação para os diferentes serviços dos entrevistados e tentar melhorar as situações mais prejudiciais referidas.

Serrano (1999) enuncia três modelos de participação:

Participação passiva: caracterizada pela lógica da delegação, intimamente relacionada com a postura de espectador e de conformismo assumida pelas pessoas que simplesmente delegam poderes a terceiros;

Participação controlada: originada a partir de pressões das bases ou concessões de cima para baixo, o poder é exercido com limitações podendo ocorrer manipulação, quando se promove a participação como forma de manutenção dos interesses dos detentores do poder;

Participação poder: caracterizada pela partilha do poder, sendo entendida por alguns autores como forma de propiciar o crescimento mais completo das pessoas e organizações enquanto sujeitos, encontrando-se ainda relacionada com as noções de co-gestão e autogestão.

A participação poder talvez seja a mais referenciada pelos entrevistados. A avaliação participativa é crucial para o desenvolvimento de um determinado projecto ou actividade. Apesar das divergências sobre os modelos e as tipologias de avaliação podemos considerar a avaliação participativa como um modelo alternativo e complementar. Trata-se de uma orientação metodológica baseada num processo de aprendizagem contínua que ajuda o pessoal do programa e a comunidade a retirar conhecimentos a partir dos sucessos e das dificuldades encontradas na realização das actividades, afim de melhorar o programa.

Numa abordagem participada, os avaliadores externos trabalham em estreita colaboração com os executantes dos projectos em todas as fases do processo. Na avaliação participativa e consensual, o papel do executante não se limita a facilitar a avaliação, ele passa a fazer parte da própria avaliação como membro integrante do processo. Desta forma, a avaliação participada beneficiará, não só de uma visão intersubjectiva dos diferentes actores mas também da visão objectiva dada pelo avaliador externo.

Este modelo de avaliação irá contribuir para o melhoramento da comunicação entre os executantes do programa que trabalhem a níveis diferentes, na medida em que a lógica participada se fomenta no trabalho de equipa (Silva, 2001).

A institucionalização da função de avaliação pode constituir um suporte importante da aprendizagem social, possibilitando a melhoria da eficácia e da qualidade desses Programas.

Há pois que melhorar a eficácia e a eficiência dos serviços através da gestão planeada, da avaliação obrigatória e da prestação de contas e de actos. Organizar os

serviços de forma tal que, sem imposições externas sejam os gestores a exigir da sua própria acção os melhores e maiores resultados ao mais baixo custo.

Na realidade, o sistema de saúde português não atinge a totalidade de objectivos propostos e também, é ineficiente porque não está garantida uma utilização adequada dos recursos disponíveis. Se o objectivo principal é a obtenção de ganhos na saúde da população, os valores subjacentes à tomada de decisão devem ser cuidadosamente ponderados de acordo com o princípio da igualdade de oportunidades. Neste sentido, torna-se imperioso recorrer ao planeamento adequado e à análise da pertinência dos programas em relação às necessidades do sistema, bem como à avaliação dos programas implementados.

Sendo difícil ampliar a fatia da saúde, estamos ainda longe de ela ser toda bem usada, porque existe a sensação de que os recursos poderiam produzir mais e melhores resultados (i.e. eficácia) a menor custo (i.e. eficiência) e com mais justiça para todos (i.e. equidade). Infelizmente essas qualidades não se podem observar na prática, verificando-se uma incapacidade de dar execução capaz às boas intenções enunciadas.

Ainda que a gestão adequada dos recursos possa originar uma maior eficiência do sistema, também o modo de financiamento deve ser ajustado às necessidades das populações. Porém, todas as escolhas do processo democrático são naturalmente convertidas, pelo que, numa sociedade moderna, a política de saúde deve merecer um largo consenso partindo do pressuposto que os cuidados de saúde devem ter como ponto de partida as preocupações individuais e familiares. O modelo organizacional do sistema de saúde deve assentar na realidade social, cultural e económica da cada comunidade, a nível regional e mesmo a nível local.

Para garantir a qualidade do sistema de saúde importa que os responsáveis pela sua administração, a diferentes níveis e de um modo cíclico, estejam atentos a determinadas variáveis, sendo fundamental seleccionar para avaliação os temas mais relevantes e determinar as regras de boas práticas, bem como a avaliação da própria prestação de cuidados de saúde.

O objectivo máximo do sistema de saúde será a equidade, pois toda a população tem direito a dispor dos cuidados de saúde que o nível de desenvolvimento do país consente. Para melhorar a qualidade nos serviços de saúde é necessário incluir a avaliação periódica da satisfação dos utentes.

Na verdade, este é um dos aspectos mais delicados da aplicação de um programa de qualidade em saúde: a natureza individual do acto médico, e a fiabilidade do critério

“satisfação do utente” enquanto indicador da qualidade de uma determinada intervenção. Finalmente, após a avaliação dos dados obtidos deve proceder-se à implementação das alterações necessárias e a um *follow-up* que permita alterar de forma sustentada todo o processo de qualificação do sistema (Nunes; Rego, 2003).

A avaliação económica tem por base uma lógica de natureza utilitarista, pretende que os recursos sejam afectados de modo a servir o maior número possível e pessoas. Porém, segundo Neves et Pacheco (2004) a ética médica rege-se por critérios deontológicos, tendo em consideração apenas e exclusivamente o melhor interesse da pessoa doente, e não o doente estatístico, potencial e desconhecido. Será razoável que o estabelecimento de prioridades em saúde tenha em consideração não apenas o interesse público, que é legítimo, mas igualmente o bem-estar individual.

Em suma, a avaliação acompanha paralelamente a evolução do planeamento. Contudo, apesar da sua evolução histórica, continuam a surgir questões ainda sem resposta e a não se conseguir atingir o plano normativo elaborado. E porquê? Problemas políticos? Falta de disponibilidade financeira? Gestão inadequada? Ou uma análise insuficiente da situação? Segundo Dúran (1989), estas questões encerram grande parte dos êxitos e fracassos do processo de planeamento da saúde. Os erros parecem atribuíveis não a cada um dos problemas individualmente, mas ao seu conjunto, à dificuldade de analisar uma realidade na sua integralidade e de elaborar soluções que tomem devidamente em consideração todos os factores que decidem o êxito (Dúran, 1989).

O importante é começar. Dada a dificuldade de modificar ou corrigir todo um universo de uma só vez, o processo pode iniciar-se pela definição das acções a efectuar sobre as situações mais relevantes identificadas através do diagnóstico realizado e posteriormente, estender estrategicamente a todo o sistema de acordo com a avaliação das referidas acções.

Um dos pressupostos em que nos podemos basear para a acção é a devida identificação de um determinado problema e aceitação deste por parte dos actores sociais, ou no caso de uma equipa de saúde, pelos seus intervenientes e profissionais de saúde.

É fundamental a participação activa dos responsáveis políticos e dirigentes de uma administração hospitalar. Outro dos pressupostos para a acção será a institucionalização do plano elaborado e reconhecimento oficial de um novo projecto. A introdução do plano é facilitada quando as posições hierárquicas dão o seu apoio à

introdução da mudança. Após esta fase, a intervenção e participação activa dos elementos de cada equipa de saúde é crucial.

Segundo Arguris, referenciado por Zorrinho et al (2003), a resistência individual é muitas vezes reflexo do medo perante a mudança e a inovação. Sendo assim, a mudança deve ser então planeada e encarada como algo positiva. A compreensão dos valores a serem preservados, estimulados ou mudados para que o plano elaborado seja eficaz e atingido com sucesso trará benefícios para os intervenientes.

Neste contexto, o planeamento da saúde pode ser definido como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicas (Imperatori; Giraldes, 1986)

O planeamento antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude ou um posicionamento face à realidade sócio-económica. Supõe que a realidade não é imutável nem tão pouco a sua evolução está irremediavelmente determinada por factores incontroláveis. Reconhece que é possível agir sobre a realidade, no sentido de uma transformação orientada por finalidades pré-fixadas e politicamente assumidas, se não num quadro de certezas, num campo de probabilidades. Surge-nos como um conjunto de instrumento de racionalização de decisões das acções conducentes à transformação da realidade. É pois simultaneamente um esforço colectivo em que intervêm os vários sujeitos (i.e. agentes) envolvidos na realidade que se visa transformar. Por isso, no caso da saúde, o planeamento não poderá ficar reservado ao cuidado de alguns técnicos ou serviço especializado do sector, mas terá de envolver todos os serviços e o respectivo pessoal (Imperatori; Giraldes, 1986). Neste sentido, a figura abaixo referida pode ser um exemplo a utilizar:

Figura nº4 Objectivos

| OBJECTIVOS A DESENVOLVER |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">● Definir com clareza os objectivos propostos pelo serviço;● Definir com clareza os objectivos definidos para as funções de cada elemento de enfermagem;● Especificar quais são as funções de cada elemento de enfermagem, naquele serviço;● Desenvolver estratégias para cumprir os objectivos da avaliação de desempenho;● Realizar registos dessas mesmas avaliações em reunião formal;● Promover acessibilidade para o enfermeiro investir na sua formação;● Validar essa formação e avaliar os conhecimentos adquiridos, de forma periódica e regular;● Promover incentivos e reforços positivos para os enfermeiros;● Promover uma integração contínua e com elementos de referência; |

São apenas algumas sugestões para iniciar um planeamento em cada serviço, alguns objectivos a delinear de acordo com as dificuldades mencionadas pelos entrevistados. Promovendo e participando no início da mudança, do caminho para a qualidade.... Com a esperança que este trabalho de investigação seja uma mais valia para a melhoria e qualidade dos serviços prestados aos doentes, suas famílias e a comunidade onde estamos inseridos.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. (2001). *Identidade, Formação e Trabalho - das culturas locais às estratégias dos enfermeiros: estudo multi-casos*. Lisboa: Formasau e Educa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

AFONSO, G. (2003). “Qualidade: É uma ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde”, *Publicação do IPQ - Instituto da Qualidade em Saúde*. Lisboa: 7, 7-9.

ALFARO-LEFEVRE, R. (1996). *Pensamento crítico em enfermagem: um enfoque prático*. Porto Alegre: Artes médicas.

ALMEIDA, A. (2003). “Construção Identitária da Enfermagem e Modelos de Prestação de Cuidados de Saúde - Perspectiva Sociológica”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 51, 64-66.

ALMEIDA, J; MADUREIRA, J. (1995). *A investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Editorial Presença.

ALVES, A. P; SOUSA, L. (2004). “Cuidar em Enfermagem, caminhando rumo a uma identidade sócio profissional visível”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 56, 27-29.

AMÂNCIO, L. (1993). “Identidade social e relações inter-grupos”, *Psicologia Social*. Lisboa: Edição Fundação Gulbenkian.

AMARO, H; JESUS, S. (2005). “Comportamentos assertivos, um estudo exploratório”, *Nursing*. Lisboa: 199, 24-28.

AMENDOEIRA, J. (2004). “Enfermagem em Portugal – contextos, actores e saberes”, *Enfermagem*. Lisboa: 35 / 36, 13-22.

ARCANJO, M.(2004). “Cultura Organizacional em dois hospitais gerais: estudo empírico com base no modelo dos valores contrastantes”, *Nursing*. Lisboa: 190, 7-17.

AZEVEDO, A. (1992). “Outdoor training – uma forma de aprender”, *Dirigir*. Lisboa: 24, 8-12.

BANNING, M. (2006). “Investigação em Enfermagem: Perspectivas do Pensamento Crítico”, *Nursing*. Lisboa: 212, 22-27.

BARDIN, L. (2005). *Análise de conteúdo*. (3ª edição). Lisboa: Edições 70.

BASTO, M. L. (1998). “A imagem externa dos enfermeiros: representação social dos enfermeiros”, *Enfermagem*. Lisboa: 12, 24-28.

BELL, J. (2002). *Como Realizar um Projecto de Investigação* (2ª Edição). Lisboa: Editora Gradiva.

BERLO, D. (1989). *O Processo de Comunicação* (6ª Edição). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda.

BILHIM, J. (1996). *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*. Lisboa: Instituto Social de Ciências Sociais e Políticas.

CABRAL, A. et al (2002). *A Qualidade em Portugal: Tendências, Qualificações e Formação*. Lisboa: Instituto para a Inovação na Formação.

CALDAS, P; FONTES, S. et al (2005). “Promoção da Saúde Mental no Local de Trabalho”, *Nursing*. Lisboa: 196,14-19.

CANDEIAS, A. (2006). “A Reengenharia do SNS - Uma Visão ou missão para o futuro?”, *Nursing*. Lisboa: 215, 48-49.

CARAPINHEIRO, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital, uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Edições Afrontamento.

CARMO, M; VENTURA, E. (2003). “Processos de Mudança nas Estruturas Organizacionais de Saúde”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 48, 23-27.

CENTÉNICO, F. et al (2003). “Liderança Participativa”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 48, 13-14.

CHIAVENATO, I. (1993). *Recursos Humanos* (2ª edição). São Paulo: Editora Atlas.

CHRISTO, F. (2001). “O Dever, o Haver e o Futuro”, *Manuais de Qualidade para a Admissão e Encaminhamento de Doentes - Instituto Qualidade de Saúde*. Lisboa: 4, 50-53.

COELHO, R; LOURENÇO, A (2004). “Integração dos enfermeiros na equipa de Saúde”, *Nursing*. Lisboa: 192, 16-21.

COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CORREIA, M. (2003). “Mudança na Formação Inicial em Enfermagem”, *Nursing*. Lisboa: 182, 22-26.

COSTA, A; MADEIRA, A. et al (2004). “Autonomia em Enfermagem”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 56, 63-64.

CROZIER, M; FRIEDGERG, E. (1977). *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*. Paris: Éditions du Seuil.

DANCE, F. (1967). *Teoria da Comunicação Humana*. São Paulo, Editora Cultrix.

DAVIS, W. et al. (2003). “Descriptive methods for evaluation of state based intervention programs”. *Evaluation Review*, 27 (5): 506-534.

DIAS, F. (2004). *Relações Grupais e Desenvolvimento Humano*. Lisboa: Instituto Piaget.

DURÁN, H. (1989). *Planeamento da Saúde. Aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

ESTEVÃO, C; ESTEVÃO, M. (2006). “Enfermagem: Profissão de Stress”, *Nursing*. Lisboa: 215, 40-43.

FELIX, M; MAGALHÃES, H; GARCIA, C. (2006). “Supervisão pedagógica de alunos em ensino clínico de enfermagem”, *Nursing*. Lisboa: 215:50-52.

FERNANDES, J; VENÂNCIO, D. (2004). “Educar para o Futuro”, *Nursing*. Lisboa: 184, 19-20.

FERREIRA, A. (2004). “As relações Interpessoais - estudo descritivo e comparativo” *Sinais Vitais*. Coimbra: 56, 41-45.

FERREIRA, J. et al (2001). *Psicossociologia das Organizações*. Lisboa: McGrawHill.

FORTIN, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.

FRANÇA, M. (2004). “Cultura da Qualidade gera mudança organizacional”, *Revista do Instituto da Qualidade em Saúde*, Lisboa: 23, 2-3.

FRANCO, J. (2000). “Orientação dos alunos em ensino clínico: problemáticas específicas e perspectivas de actuação”, *Revista investigação em enfermagem*. Coimbra: 1, 32-50.

FRIAS, C. (2006). “Orientação e Co-aprendizagem nos processos de investigação”, *Nursing*. Lisboa: 210, 40-43.

FRIEDBERG, E. (1995). *O poder e a regra – dinâmicas da acção organizada*. Lisboa: Instituto Piaget.

GANOPA, C. (2005). “Saúde: na base da construção da Qualidade de vida - Instituto da Qualidade em Saúde”, *www.mercurio.iqs.pt*.

GARRIDO, A. (2004). “O Enfermeiro e a Identidade Profissional”, *Nursing*. Lisboa: 192, 34-37.

GASPAR, M; CARDOSO, M; (2005). “Repensar o ensino da gestão em enfermagem: subsídios para um novo desenvolvimento curricular”, *Pensar enfermagem*. Lisboa: 9 (2), 39-45.

GIL, A. C. (1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. (2ª edição). São Paulo: Atlas.

GOFFMAN, E. (1993). *A apresentação do eu na vida de todos os dias*. Lisboa: Relógio de Água.

GOLEMAN, Daniel (1998). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Lisboa: Temas e Debates – Actividades Editoriais.

GONÇALVES, R. et al (2004). “Validação dos Cuidados de Enfermagem, reflexão e pensamento crítico”, *Nursing*. Lisboa: 184, 15-17.

GORDON, T. (1998). *Eficácia na liderança*. Loures: Encontro Editora.

GOUVEIA, J. (2006). “Equipas Multidisciplinares”, *Nursing*. Lisboa: 215, 4-6.

GUERRA, I. (2000). *Fundamentos e Processos de uma Sociologia da Acção – O Planeamento em Ciências Sociais*. Cascais: Edições Principia.

GUERRA, I; AMORIM, A. (2001). *Construção de um Projecto Avaliação de Projectos*. Lisboa: Profiss - Guia do Formando.

HESBEEN, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

HONORÉ, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

IMPERATORI, E; GIRALDES, M. (1986). *Metodologia do Planeamento da Saúde*, Lisboa: Edição da Escola Nacional de Saúde Pública.

JESUS, E. (2005). “Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem: resumo da investigação”, *Pensar Enfermagem*. Lisboa: 9 (2), 83-87.

JORGE, I; SIMÕES, M. (1995). “A qualidade de cuidados na perspectiva do utente”, *Servir*: Lisboa: 43 (6), 290-296.

KUOKKANEN, L; LEINO-KILPI, H. (1999), “Power and empowerment in nursing: the theoretical approaches”, *Journal of Advanced Nursing*. 31 (1), 235-241.

LASCHINGER, H. et al (1997). “Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: testing kanter's theory of structural power in organizations”, *Research in Nursing & Health*. 20, 341-352.

LOFORTE, A. M. (2003). *Género e Poder*. Lisboa: Neograf Artes Gráficas Lda.

LOPES, A. (2000). *Liderança e Carisma, O exercício do poder nas organizações*. Lisboa: Editorial Minerva.

LOPES, H; PISCO, L. et al (2000). *Gestão da Doença & Qualidade em Saúde*. Lisboa: Comissão Sectorial da Saúde do IPQ

LOPES, N. (2001). *Recomposição Profissional da Enfermagem, estudo sociológico em contexto hospitalar*. Coimbra: Quarteto Editora.

MACHADO, J. (1990). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa: Ediclube, Tomo II.

MADEIRA; M. A. (1995). *Gestão da qualidade, conceitos sistema de gestão e instrumentos*. Lisboa: Secretariado para a Modernização Administrativa.

MARGATO, C. (2004). “Conversando enfermagem com Teresa Rebelo”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 56, 6-13.

MARTINS, C; FRANCO, M. (2004). “O papel formativo do enfermeiro especialista”, *Nursing*. Lisboa: 192, 6-9.

MARTINS, M. (2004). “Visitas e parcerias de cuidados”, *Nursing*. Lisboa: 184, 8-14.

MENDES, C. (2004). “Desafiar a mudança para um futuro com mais qualidade, projecto de melhoria dos cuidados de enfermagem para a promoção de comportamentos saudáveis”, *Nursing*. Lisboa: 189, 6-12.

MENDES, L.M.D. (2005). “ O papel do enfermeiro chefe nos serviços de saúde; contextualização das práticas de gestão, um contributo para a melhoria da gestão dos serviços de saúde”, *Tese de Mestrado*, ISCTE.

MEZOMO, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde*. São Paulo: Manole.

MINTZBERG, H. (1900). *Estrutura e Dinâmica das Organizações*. Lisboa: Publicações Dom Quixote Lda.

MINTZBERG, H. (1994). *Grandeur et Décadence de La Planification Stratégique*. Paris: Dunod.

MONTEIRO, J. (1991). “Satisfação em saúde numa perspectiva de garantia de qualidade”, *Boletim Hospitalar*. Bragança: 1 (2), 17-38.

MORAIS, A. (2002). “Gestão de conflitos”, *Nursing*. Lisboa: 172, 24-29.

MOREIRA, L; RAMOS, M. (2005). “Gestão da Qualidade nos Serviços”, *Qualidade / Associação Portuguesa para a Qualidade*. Lisboa: 1, 24-32.

NEVES, M. C; PACHECO, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem – desafios*. Coimbra: Gráfica Coimbra.

NIZARD, G. (1994). *L'hôpital en turbulence : les réponses managériales à la crise des établissements de santé*. Toulouse: Privat.

OLIVEIRA, A; PEREIRA, M. (2004). “Formação e avaliação: indissociáveis”, *Nursing*. Lisboa: 192, 10-12.

OLIVEIRA, A, PEREIRA, M. (2006). “Importância e impacto na formação profissional”, *Nursing*. Lisboa: 208, 46-47.

PEREIRA, C. (2006). “Profissão, Enfermeira?”, *Nursing*. Lisboa: 207, 48-49.

PERETTI, J. (2001). *Recursos humanos* (3^a edição). Lisboa: Edições Sílabo.

PETRONILHO, F. (2003). “S.I.E – Reformulação/Implementação, que contributos para a reflexão e melhoria das práticas?”, *Sinais Vitais*. Coimbra: 48,19-22.

PFEFFER, J. (1981). *Power in Organization*. Marshfield. Mass: Pitman.

PINHEIRO, F. (1987). “Gestão da Inovação em Portugal – Linhas Gerais de Orientação”, *Cadernos de Ciências Sociais*. Lisboa: 5, 121-129.

PIRES, A.R. (2000). *Qualidade – Sistemas de Gestão de Qualidade*. Lisboa: Edições Sílabo.

PISCO, L. (2001). *Melhoria Contínua da Qualidade, Curso Monográfico*. Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde.

PONTES, F. (2007). “Redes de Comunicação em Unidades de Internamento Hospitalar – uma abordagem através da análise de redes sociais”, *Nursing*. Lisboa: 217, 9-17.

PORTER, M. (1986). *Vantagem competitiva: criando e sustentando um desenho superior*. Rio de Janeiro: Campos.

POLIT, D; HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem* (3ª Edição). Porto Alegre: Artes Médicas.

QUEIRÓS, P. (2003). “O que causa mal-estar, stresse, em enfermeiros?”, *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra: 8, 3-7.

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L.V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. (3ª edição). Lisboa: Gradiva.

REGO, G; NUNES, R. (2003). *Afecção de recursos para a saúde – perspectivas para um novo SNS*. Colectânea Bioética Hoje nº6. Coimbra: Gráfica Coimbra.

REIS, V. (2004). “Gestão em Saúde”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa: 1 (22), 7-17.

REIS, S. (1989). “Gestão para Qualidade Total”, *Nursing*. Lisboa: 198, 23-26.

ROCHA, J. (2005). *Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública*. Lisboa: Escolar Editora.

ROCHA, M (2004). “Gestor de Cuidados”, *Nursing*. Lisboa: 185, 6-12.

RODRIGUES, P. (1993). *Avaliações em Educação: novas perspectivas*. Porto: Porto Editora.

ROGERS, C. (1985). *Tornar-se Pessoa – Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Moraes Editores.

SALE, D. (2000). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de saúde*. Lisboa: Principia.

SALVADO, M. (1994). “O poder na relação enfermeiro – utente”, *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.

SERRANO, G. (1999). *Elaboracion de proyectos sociales*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones.

SILVA, A. S; PINTO, J.M (1986). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.

SILVA, C. A. (2001). “Repensar os Paradoxos da Participação Directa e as suas Implicações na Enfermagem: Hospitais e Centros de Saúde do Alentejo”. *Tese de Doutoramento*. Évora: Universidade de Évora.

SILVA, C. A. (2004). “O labirinto da enfermagem: participação e profissionalismo”. Lisboa: Edições Colibri.

SILVA, J. O. (2005). “Qualidade em Serviços Públicos”, *Instituto da Qualidade em saúde*. www.mercúrio.iqs.pt

SILVA, V. (1991). *Mudanças em Enfermagem*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Lda.

SOUSA, L. (2000). “Inovações na Saúde”, *Enfermagem em Foco – SEP*. Lisboa: 37, 13-15.

STAINER, A. (2000). “Empowerment and strategic change – an ethical perspective”, *Strategic Ghange*. 9, 287-296.

STORDEUR, S. et al (2001). “Leadership, organixational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff”, *Journal of Advanced Nursing*. 35 (4), 533-542.

TEIXEIRA, A. (2001). “Abordagem por processos: Actual e necessária”, *Qualidade em Saúde, Manuais de qualidade para a admissão e encaminhamento de utentes, Publicação periódica do IQS*. Lisboa: 4, 47-49.

THAYER, L.O (1979). *Comunicação, fundamentos e sistemas*. São Paulo: Atlas.

THOMPSON, E. et al (2004). *Ética em Enfermagem* (4ª edição). Lusociência.

TORRES, L. (2001). “A cultura organizacional na (re) conceptualização da formação em contextos organizacionais”, *Cadernos de ciências sociais*. Porto: 21/22, 119-159.

VALA, J. et al (1993). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

VIEIRA, J. (1999). “Poder e liderança nas organizações escolares”, *Tese para o grau de Mestre em Ciências da Educação*. Lisboa: Universidade Católica.

WATSON, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

ZORRINHO, C. et al (2003). *Gerir em Complexidade - um novo paradigma da gestão*. Lisboa, Edições Silabo.

Outros documentos:

www.ordemenfermeiros.pt

ANEXOS

ANEXO I - CONSENTIMENTO INFORMADO

NOTA EXPLICATIVA

Sou a Magda Duarte, Enfermeira na Unidade de Enfermagem IV, do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil EPE, Membro da Ordem dos Enfermeiros nº 5-E-37563 estou a frequentar o mestrado em Intervenção Sócio - Organizacional em Saúde – Especialização em Diagnóstico e Intervenção Organizacional e Comunitária, na Universidade de Évora/Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa. No âmbito do referido mestrado estou a desenvolver um estudo intitulado “As relações de poder e o seu contributo na autonomia em enfermagem”, orientado pela Profª Doutora Felismina Mendes. Com este estudo pretendo:

- > Identificar as relações de poder existentes entre os elementos da equipa de enfermagem**
- > Compreender de que modo estas relações de poder influenciam na motivação da equipa de enfermagem**
- > Determinar o impacto das relações de poder na autonomia da equipa de enfermagem.**

Para a concretização do referido estudo preciso de realizar entrevistas semi-directivas. A entrevista inicia-se com a caracterização do enfermeiro entrevistado e seguidamente irei colocar várias questões centralizadas para os objectivos referidos anteriormente.

Se aceitar participar no estudo que realizo garanto antecipadamente que guardarei rigoroso sigilo sobre os dados que me forem confiados.

Grata pela atenção dispensada, solicito a assinatura de Vossa Excelência no consentimento que se segue.

CONSENTIMENTO INFORMADO

_____, declaro que li a folha informativa referente ao trabalho da autoria de Magda Duarte (“As relações de poder e o seu contributo para a autonomia em enfermagem”), que compreendi a temática, os objectivos e a metodologia do estudo de investigação e fui esclarecido quanto às dúvidas suscitadas. Compreendo igualmente que não terei nenhum tipo de benefício ou prejuízo pela minha colaboração neste estudo.

Pelo presente documento, dou o meu consentimento para que me seja efectuada uma entrevista com gravação áudio, no âmbito do referido estudo e posterior utilização dos dados para a realização da tese final de mestrado, mantidas as condições de confidencialidade e rigor científico.

Assinatura

Data

A investigadora

Magda Cristina de Oliveira Duarte

ANEXO II - GUIÃO DA ENTREVISTA

| TEMAS | OBJECTIVOS | QUESTÕES |
|---|--|--|
| Caracterização dos Enfermeiros | Obter dados que permitam caracterizar a equipa de enfermagem | <p>1 – Idade</p> <p>2 - Sexo</p> <p>3 – Habilitações académicas</p> <p>4 – Tempo de serviço na chefia</p> <p>5 – Tempo de serviço na profissão</p> |
| Relações de poder na equipa de enfermagem | Identificar as relações de poder no seio da equipa de enfermagem | <p>1. Atitudes de liderança Em sua opinião, a forma de condução da organização do trabalho poderá ter influência no sucesso do desempenho dos enfermeiros do serviço?</p> <p>Em sua opinião, quais os principais factores ou características de chefia da enfermagem que mais valoriza?</p> <p>2. Percepção das relações hierárquicas Defende-se actualmente a importância de uma “boa” relação dos enfermeiros-chefes com os enfermeiros do serviço no processo de tomada de decisão. O que é para si uma “boa” relação entre a chefia e os colaboradores?</p> <p>Apresente sugestões para a melhoria das relações profissionais no seu serviço</p> <p>3. Participação directa na tomada de decisão Em sua opinião quais os principais factores ou características da organização/serviço que poderão influenciar as condições de trabalho dos/as enfermeiros/as?</p> <p>4. Integrações de elementos novos na equipa de enfermagem Qual a sua opinião sobre a integração dos novos enfermeiros no serviço? Existem recursos para capacitar a uma integração com qualidade? Gostaria de participar na integração de novos colegas? Considera ser uma mais valia para o desenvolvimento do serviço?</p> |
| Influência das | Compreender de | 1. Relação entre a chefia e restante equipa |

| | | |
|---|--|--|
| <p>relações de poder na motivação dos enfermeiros</p> | <p>que modo as relações de poder influenciam a motivação dos enfermeiros no seio da sua equipa</p> | <p>de enfermagem</p> <p>Sente se bem integrado na equipa de enfermagem? Considera o serviço um bom campo de trabalho para desenvolver as suas capacidades profissionais?</p> <p>2.Relação entre a própria equipa de enfermagem</p> <p>Em sua opinião a sua equipa está bem estruturada? Considera existir espírito de união entre os enfermeiros? Quando faz uma troca de horário sente apoio e uma boa relação de trabalho com elementos de enfermagem de uma equipa diferente da sua?</p> <p>Descreva a sua vivência neste serviço nas relações informais que estabeleceu ao longo do seu desempenho profissional.</p> <p>3.Estímulos recebidos</p> <p>No decorrer da sua etapa profissional sente ânimo para investir na melhoria da própria organização do serviço? Sente se realizado a nível profissional e pessoal ao trabalhar neste serviço?</p> <p>Sente apoio para desenvolver actividades relacionadas com a melhoria dos cuidados de enfermagem? E, principalmente com a aquisição de maior liberdade para a realização de certas actividades de enfermagem?</p> |
| <p>Impacto das relações de poder na autonomia da equipa de enfermagem</p> | <p>Determinar o impacto das relações de poder na autonomia da equipa de enfermagem</p> | <p>1.Poder de iniciativa</p> <p>Costuma procurar as chefias para resolução dos problemas de trabalho, ou tenta resolvê-los sozinho ou com os colegas?</p> <p>Sente se capacitado para abordar a equipa médica e tentar solucionar novas perspectivas de intervenção para o cuidar do doente? Tem iniciativa para introduzir sugestões que levem à mudança nas rotinas do dia a dia? Sente apoio para introdução destas novas mudanças?</p> <p>Descreva algumas sugestões ou projectos em que esteja ou já esteve envolvido no próprio serviço.</p> |

ANEXO III – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 2 E RESPECTIVO CORPO DE ANÁLISE

ENTREVISTA 2

Tenho 26 anos, sou licenciada em enfermagem. Trabalho há cinco anos num serviço de cirurgia e já trabalhei em outros serviços, na UCI, em cuidados domiciliários, num serviço de urologia do Hospital Militar. Sou enfermeira prestadora de cuidados directos e desempenho desde Janeiro de 2006 a função de chefe de equipa. Já tirei uma pós graduação em Saúde Mental na EsEnfSJoãodeDeus, e tenho propostas para fazer algumas acções de formação no serviço; tento colaborar sempre na formação para o serviço e participar em jornadas de enfermagem.

Na sua opinião, a forma de condução da organização do trabalho poderá ter influência no sucesso do desempenho dos enfermeiros do serviço? Eu acho que a organização do serviço por parte da coordenação é essencial e é ponto fulcral para um bom desempenho individual e colectivo da classe de enfermagem. Porque a pessoa pode ter um esquema de trabalho muito bem idealizado e realizável mas se as condições do serviço não o permitirem, não conseguirá trabalhar da forma que sabe e da forma que pretende. Portanto a organização é fundamental por parte das chefias, pois para se bem-fazer mandar tem de se bem-fazer; e portanto acho que isso é fundamental. Sem estrutura, se os serviços fossem uma anarquia, que por vezes é aquilo que parece; toda gente manda mas ninguém sabe muito bem o quê, ou existe alguma dificuldade em delimitar funções. Portanto, são entraves ao desempenho individual do enfermeiro e colectivo do serviço. Quais os principais factores ou características da organização/serviço que poderão influenciar as condições de trabalho dos enfermeiros? Apresente sugestões de melhorias para o seu serviço. O nosso serviço tem as suas lacunas. Não podemos dizer que essas lacunas sejam da responsabilidade total da chefia. Cada um de nós tem o seu papel e faz com que as coisas funcionem ou não. Cada um tem a sua função a desempenhar e a coordenação entre nós é que leva a que tenhamos bons resultados e que os nossos objectivos sejam atingidos. Acho que para que as coisas funcionem bem, tem de conhecer muito bem a instituição onde está a trabalhar. Tem de ser uma pessoa que tenha capacidade relacional e tenha conhecimento das outras áreas. Os serviços não podem ser ilhas dentro dos hospitais, nós temos de ter

representantes que levem as nossas necessidades aos outros e as nossas dificuldades, e que nos consigam abrir novos horizontes. **Quais os principais factores ou características da chefia de enfermagem que mais valoriza?** Tem de ser capaz do mobilizar e ter vários conhecimentos para integrar o seu próprio serviço dentro do hospital que funciona com tantos serviços e tem tantas funções associadas. Tem de saber coordenar tudo muito bem e tentar perceber qual é o seu papel no meio de tantos outros serviços. Quem organiza tem de ter um profundo conhecimento de todo o hospital e ter uma componente relacional muito boa para que permite a que chefia consiga levar os seus projectos avante e permitir um ambiente de trabalho agradável e exista produtividade e há gosto pelo trabalho. Existem um conjunto de características que são fundamentais. A capacidade de liderança é muito importante. Tem de ser uma pessoa assertiva, directiva, imparcial, que consiga lidar de igual para igual, e com todos os elementos para que as funções de cada um estejam bem delineadas. Infelizmente na nossa classe, estas funções são muito deturpadas, a nossa carreira tende cada vez mais a depender de relações de poder... portanto tem de ser uma pessoa isenta, imparcial e muito justa. Tem de ter conhecimentos teóricos e práticos, voltamos à questão que para saber mandar é preciso saber fazer. **Sente apoio para desenvolver actividades relacionadas com a melhoria dos cuidados de enfermagem? E, principalmente com a aquisição de maior liberdade para a realização de certas actividades de enfermagem?** Nem sempre. Primeiro existe logo uma barreira económica. Uma mudança implica custos e isso é logo um obstáculo. Ainda assim, da experiência que eu tenho existem serviços que não havia condições para as pessoas investirem nos serviços e maioritariamente as pessoas nesses serviços estão a trabalhar em duplo, e portanto é o típico o local de trabalho só para ganhar uns trocos, e quando é assim, não dá para tentar melhorar seja o que for. No serviço onde trabalho actualmente acho que há alguma abertura nas ideias, porque a equipa vai tentando introduzir melhorias até a nível físico, mas não temos um apoio de uma superior hierárquica ou de uma administração de enfermagem. Acho que há entraves, sobretudo de cariz económico e também com conflitos de classes. Houve um conflito com a classe dos fisioterapeutas, em que não estava muito bem definido quem poderia fazer ensinios e... são sempre os enfermeiros que perdem... nós funcionamos muito como uma classe intermédia em que temos um bocadinho de várias profissões corremos sempre o risco de estar a ferir susceptibilidades e invadir o campo de outras profissões. No entanto penso que isto seria facilmente resolvido se as pessoas soubessem mesmo quais as suas funções e estivesse tudo bem

delineado e poderíamos funcionar muito melhor como equipas multidisciplinares, e trabalhar para o bem-estar do doente. Desde que exista respeito por cada profissional não haverá problema. Depois, considero que existe uma certa resistência à mudança. A mudança é sempre complicado de se instituir e acaba por funcionar como um obstáculo. O serviço tem sempre rotinas e é impossível de não cair nas rotinas da pratica.... Portanto, qualquer coisa de novo é sempre complicada de se fazer; por ex. a informatização dos registos, a classificação dos doentes... mas pessoas acabam por fazer e por se adaptar, no início existe sempre esta resistência. Faz parte do ser humano, a mudança implica uma perda da nossa estabilidade e da nossa segurança e nós gostamos de nos sentir bem e seguros no local de trabalho. Resumidamente, nós somos uma classe extremamente hierarquizada e mesmo que não seja a nível de carreira, a partir do momento que entramos na instituição temos vários superiores e existem várias funções, quando entramos temos um chefe orientador, depois temos um chefe de equipa, temos um enfermeiros chefe e depois um enfermeiro supervisor... depois torna se mais difícil alguém que esteja um bocadinho mais abaixo da escala, digamos assim, fazer e impor alguma coisa. **Mas considera que a classe de enfermagem poderia ter mais iniciativa?** Eu acho que há de tudo. Tudo depende essencialmente da organização do serviço, que já falámos ao início. O facto de o serviço estar bem organizado e cada um ter o seu espaço e desenvolver o trabalho com gosto, tudo isto condiciona tudo o resto. Se a pessoa não está motivada com o seu desempenho ou não trabalha por amor à camisola, obviamente que a pessoa nunca terá vontade ou iniciativa de mudar. É desmotivante quando as coisas não funcionam. Quando se começa a viver num ambiente de conflito de falta de organização e de stress... que é característico na nossa profissão, chegar aos estados limites e de burnout, que é evidente. Temos uma profissão extremamente stressante e tudo o que contribuía para que as coisas não funcionem de uma boa sistemática, só vão agravar. Se o serviço não tem essa harmonia é difícil de mudar. Quer por parte dos prestadores directos de cuidados, quer pelas chefias e coordenadores. Eu penso que é um ciclo vicioso, e que assenta muito na organização, na gestão do serviço e na forma de trabalho individual de cada enfermeiro. Não existe um estado de optimização, nem todos somos perfeitos ou felizes no nosso local de trabalho, mas se as pessoas trabalharem com harmonia e amor à camisola, claro que as ideias surgem muito melhor e há mais iniciativa para desenvolver e melhorar aquilo que já é bom. Por outro lado, também podemos pensar que se as coisas não estão bem poderíamos tentar fazer melhor mas depois há sempre aquela componente de stress, do

desgaste, do mau estar e é complicado... **Apresente sugestões para a melhoria das relações profissionais do serviço.** Eu acho que é muito importante o diagnóstico da situação. Saber o que é que corre mal e porquê. Eu ouço muitas vezes dizer “ não tive tempo para nada... andei sempre de um lado para o outro e tenho a ideia que ainda me falta fazer tudo.”, e não sabemos porquê é que as coisas não correram bem. Se depois existe um clima de maior conflito a dada altura não se percebe muito bem como é que as coisas chegaram a este ponto e lá está, pode ser devido a uma relação entre chefes e restantes enfermeiros ou até mesmo entre enfermeiros e a dada altura existe um mau estar tão grande, sem se saber a origem. O primeiro passo é sempre o saber quais são as dificuldades que a equipa está a sentir e fazer um diagnóstico da situação. Os problemas resolvem se assim. Primeiro surge uma questão e depois tentamos apresentar sugestões e melhorias para estas situações. Acho muito importante haver reuniões, existir comunicação entre a equipa, chefes e colaboradores e até chegar à administração de enfermagem. Penso que se pode chegar a esta escala porque são eles que têm responsabilidade sobre todas as equipas dos vários serviços... a comunicação é muito importante entre os vários elementos e só dessa comunicação é que podem surgir várias soluções. Não existe nenhuma receita mágica para que as equipas funcionem bem, existem directivas e normas; mas depois pela individualidade de cada um as coisas só se resolvem comunicando. É muito importante haver uma capacidade por parte da chefia de tentar resolver conflitos que por vezes são pequenos mas que podem afectar a equipa inteira. E a nível de recursos materiais e físicos também podemos falar uns com os outros. Porque as chefias não lidam pessoalmente com os materiais para fazer um penso ou prestar cuidados de higiene e conforto ao doente mas nós temos o dever e também a obrigação de os informar, em prol do doente. Esta troca de ideias é fundamental para a melhoria da organização do serviço e para conseguir chegar a uma excelência dos cuidados. É difícil chegar a esta partilha, mas se houver esforço, e as pessoas precisam de falar mais... haver reuniões e discutir as coisas é muito importante. O próprio chefe deve conhecer os elementos da sua equipa, e falar também com a equipa e expor as suas dificuldades, os chefes também não são infalíveis, também passam por dificuldades. A comunicação e o diálogo são fundamentais. **Em sua opinião a sua equipa está bem estruturada? Considera existir espírito de união entre enfermeiros? Quando faz uma troca de horário sente apoio e uma boa relação de trabalho com elementos de enfermagem de uma equipa diferente da sua?** Da experiência que eu tenho, esta união está um pouco posta em causa. É uma equipa muito jovem e praticamente mais de

50% da equipa tem menos de um ano de casa. Obviamente temos de nos conhecer, e enquanto isso não acontece é normal que cada um ainda esteja a tentar definir o seu lugar na equipa. Temos pessoas, pela sua própria personalidade são pessoas mais assertivas e com capacidade de liderança, têm mais iniciativa e dentro do turno organizar mais as coisas e tomar o comando. Não é necessário ser se chefe de equipa, parte de cada um de nós. Sendo uma equipa muito jovem ainda há uma certa insegurança e não sabemos muito bem como somos, as características de cada um, o funcionamento de cada um, etc....Deparamos nos com muitas dificuldades, entre elementos que têm 15/20 anos e recém licenciados. Acho que é uma diferença muito grande de atitudes, a nossa carreira é diferente, as nossas funções são diferentes, houve muitas alterações, e as características das gerações mais recentes originam certos conflitos na maneira de estar e de agir profissionalmente. **Qual a sua opinião sobre a integração dos novos enfermeiros no serviço? Existem recursos para capacitar a uma integração com qualidade? Gostaria de participar na integração de novos colegas? Considera ser uma mais valia para o desenvolvimento do serviço?** Eles quando entrei as coisas eram completamente diferentes. Tínhamos mais colegas com muitos anos de experiência e mais seguras. Na minha integração não estabeleci uma relação muito próxima com a minha orientadora, por questões de personalidade, mas sinto que aprendi imenso e ela conseguiu passar me os seus conhecimentos de uma forma responsável e produtiva. Temos de distinguir uma relação profissional de uma relação de amizade, e sermos capazes de aproveitar ao máximo as suas capacidades. Eu já participei em integrações de novos elementos, e considero que as coisas estão diferentes. Para o tempo que tenho de serviço penso que é uma situação muito recente, não quero com isto dizer que as pessoas que integram não estejam capacitadas para tal mas os anos de experiência também contam e antigamente o facto de ser uma das mais novas na equipa era reconfortante, agora sou das mais velhas e esta situação gera um certo sentimento de instabilidade e insegurança. Três ou quatro anos de experiência ainda é pouco para fazer uma integração e nós ainda estamos a crescer como profissionais e queremos aprender mais e mais, e ficamos com a responsabilidade de ensinar tudo a outros elementos. Actualmente as integrações perdem por isso. E também pela relação excessiva de confiança e proximidade que se estabelece pelo factor idade. O facto de sermos praticamente da mesma idade, não impõe um respeito que é dado por pessoas com mais anos de casa, é diferente. E as características das novas gerações, têm uma formação diferente, têm personalidades mais marcadas, não existe tanto respeito. E

até a nível de conhecimentos. Mas isso já na minha altura. Não creio que as escolas preparem as pessoas para o campo de trabalho. Quando temos o diploma nas mãos temos os ingredientes para fazer as coisas mas é muito pouco, praticamente nada. A formação técnica fica muito aquém daquilo que depois nos é exigido quando começamos a trabalhar. Por isso considero que o papel do integrador é muito importante para que o novo elemento aprenda as coisas correctamente e dê o salto profissional. O integrador é fundamental nesta etapa. E temos actualmente um problema porque somos todos muito jovens. Como profissionais somos uma equipa boa, mas somos verdinhos. Temos dificuldade em lidar com situações de maior assertividade e conseguir marcar a nossa posição. E fazerem com que as pessoas saibam bem a sua função e tenham noção das funções dos outros de haver um maior respeito pelo trabalho de cada um. Obviamente que ninguém precisa de andar com cara sisuda ou com medo mas têm de existir limites. A função de chefe de equipa foi recentemente implementada no nosso serviço e não tem de ser considerada mais ou menos que os outros como pessoa, mas na ausência do chefe é aquela que toma as decisões no serviço e está responsável pela prestação de cuidados directa ao doente. Porque senão existirem funções bem delineadas as responsabilidades não se assumem e nunca ninguém dá a cara. Acabam sempre por passar a batata quente a um e depois a outro e depois a outro.... E não pode ser. Alguém tem de ser responsável. O trabalho da chefia não acaba quando acaba o turno da manhã porque o serviço continua a existir à tarde e à noite. Existem imprevistos, e é necessário que seja delegado esse poder a alguém que seja capaz de assumir essa responsabilidade. Para manter o bom funcionamento do serviço.

Apresente melhorias ou sugestões para esta situação. Eu acho que aqui o chefe tem um papel muito importante através do diálogo e da comunicação. Deve esclarecer quais são as funções da cada um e definir qual é o nosso objectivo e para que é que trabalhamos. O nosso objectivo não é ou não deveria ser, chegar ao trabalho ter x doentes atribuídos, e dar medicação, prestar cuidados directos, etc... faz parte das nossas funções; mas para garantir uma melhoria no serviço e na evolução dos nossos cuidados de enfermagem temos de investir em mais coisas e ter outros objectivos. Seja qual for o nosso campo de trabalho, cada elemento tem de saber qual é o objectivo daquele serviço e a missão do hospital. Mas isto é muito complicado. Depois cada um adapta esses objectivos de acordo com a sua vivência e não trabalhamos para um fim comum. Nas integrações a chefe tem o papel fulcral de dar a conhecer estes objectivos aos elementos novos e atribuir integradores com competência e capacidade profissional

para integrar. Quem chega deve ter uma postura e atitude de aprendizagem, humildade, tentar aprender ao máximo porque quando saímos da escola não sabemos nada e precisamos sempre do suporte de alguém. Gradualmente vamos subindo e avançando numa escala de poder, que já tínhamos falado inicialmente. É uma hierarquia que se estabelece, e que se vai adquirindo com a experiência, conhecimentos e depois também depende das características individuais de cada um. **No decorrer da sua etapa profissional sente ânimo para investir na melhoria da própria organização do serviço? Sente se realizado a nível profissional e pessoal ao trabalhar neste serviço?** Sinceramente, já passei por várias fases. Quando comecei a trabalhar, tinha a ideia de que tudo era lindo e eu quero é ajudar o outro e ia para o hospital... ia com a mesma leveza trabalhar como ia para o café com os amigos. Primeiro porque era um ambiente de trabalho com pessoas que eu adorava e ainda tenho a sorte de trabalhar com muitas delas, mas realmente aquilo era tudo muito bonito e adorava trabalhar no serviço. As pessoas davam-se todas muito bem, havia um grande espírito de união e empatia... Havia muito trabalho, as coisas não estavam organizadas, havia muita falta de material mas as coisas funcionavam melhor e faziam-se de outra maneira. Actualmente cada vez mais se assistem a inúmeras mudanças e é uma fase difícil... isto é como se diz, a crise do casamento dá-se aos sete anos e no trabalho foi aos cinco anos de experiência... fico a pensar naquilo que já realizei e o que estou a fazer actualmente. As condições de trabalho agora são muito... como é que eu hei de dizer... não nos dão consistência nenhuma. Não vejo qualquer tipo de carreira, a administração está sempre a mudar e depois cada um tem o seu modo de funcionamento e varia sempre que esta muda... hoje posso estar num quadro da função pública, amanhã muda tudo e fico a contratos, quer dizer não há qualquer tipo de estabilidade. Não sei como é que ficará a minha situação. Isto realmente deixa-me muito triste, porque eu gosto daquilo que faço e quero trabalhar mas às vezes sinto que não tenho condições para isso. É muito frustrante porque eu quero trabalhar mas também quero sentir-me recompensada e com algum valor. Daqui a uns anos não gostaria de ficar como estou agora, quer a nível de funções e de ordenado, e o que eu sinto actualmente é que o mais provável é ficar exactamente igual. Não existem oportunidades, não vejo uma carreira, não vejo esforço por parte da ordem em resolver este problema... não vejo abertura nenhuma por parte dos governantes pois parece que a classe de enfermagem está a pedir alguma coisa que não merecemos. Qualquer trabalhador tem direito a uma estabilidade e segurança. Se faz as coisas da melhor maneira, tem direito a esta estabilidade, a boas condições de

trabalho e de ter um futuro. E existiam vários entraves. Sinto que há um grande obstáculo para a classe de enfermagem. Desiludiu me muito, na altura das greves, quando estas situações passavam nas notícias, existiam pessoas que têm um grande contributo na sociedade, por exemplo rubricas do Miguel Sousa Tavares a dizer que não compreendia porque a nossa classe dizia que tínhamos muito trabalho quando o nosso trabalho era passar doentes de uma maca para outra maca. Quer dizer, um indivíduo que é considerado como um intelectual dizer isto sobre nós passa uma imagem completamente errada para a sociedade e para os restantes profissionais. Infelizmente, temos uma história que também não nos ajuda em nada, mas actualmente considero que a nossa classe está muito instável. E neste momento, sinceramente sinto alguma frustração, porque não vejo ninguém preocupado com esta situação. Penso que nós, que estamos agora a iniciar a nossa profissão, está cada vez mais interessada em tirar mestrados e cursos porque é o medo que se instalou de que só vai ter futuro quem tem papéis para apresentar, e aquilo que as pessoas fazem na realidade e na prática não interessa para nada e não tem valor. A pessoa que se queira dedicar à prestação de cuidados não é valorizada porque só tem é que quando acabar as horas do nosso turno temos é de estar prontos para passar e ir embora e às vezes as coisas não podem funcionar assim. Quando alguma coisa acontece de mal temos a chefia em peso atrás de nós. Se fazemos alguma coisa de bem, não sabemos e nem ouvimos nada de ninguém. Não existem reforços positivos. Não existem incentivos para continuar a investir. Este sentimento é geral, na prestação de cuidados o sentimento é frustrante porque ninguém nos dá valor. Os próprios familiares têm a noção que não fazemos nada, não se apercebem que estamos sobrecarregados com um trabalho burocrático que é excessivo mas que se não for realizado iremos ser penalizados. Existem inúmeras reportagens do dia a dia de um médico, do trabalho realizado no inem, dos psicólogos e das desgraças com que lidam e os enfermeiros, onde é que andam... as nossas greves passam em roda pé juntamente com aquele que roubou o banco e ninguém liga. Quando se fazem greves, e toca muito nas vidas das pessoas porque têm consultas marcadas, mas depois o que se vê nos noticiários é que ninguém percebe realmente o porquê das nossas greves, a às vezes até dizem que nós não queremos é trabalhar. Preocupa me muito a imagem que a sociedade tem de nós mas acho que também não estamos a fazer muito para mudar. **Apresente sugestões para melhorar esta situação.** É a própria classe que assim se faz. As coisas não vem porque sim e pronto. Os próprios profissionais têm muita culpa desta representação social. Nós também somos das profissões que mais acumula um duplo e

triplo, e contra mim falo, mas é uma necessidade. A verdade é que muitos de nós não estamos a trabalhar a 100%. Muitos de nós não vestimos a camisola e temos atitudes incorrectas. Só pelo facto de termos uma profissão altamente stressante leva a que tudo isto influencie o nosso comportamento. E parece que para sermos considerados bons profissionais temos de andar sempre com um sorriso nos lábios. E acho também que as pessoas consideram que os enfermeiros têm de estar sempre disponíveis em todo o lado, ter uma bexiga que funcione como um “tanque” para nunca ir à casa de banho, um estômago de ervilha para não ter de comer e no entanto as pessoas não sabem qual é o nosso trabalho. Também somos humanos e falhamos. A parte emocional e relacional do enfermeiro entra um pouco em “cheque” devido a esta carga de trabalho e a estas condições. E depois obviamente que isto se reflecte na nossa imagem da sociedade. E depois, é como tudo, há bons e maus profissionais mas na nossa classe somos todos iguais, ou seja, se um enfermeiro é mau somos todos maus naquele serviço. E isto parte também de nós porque não existe a tal avaliação de desempenho que deveria existir, não existe funções bem delineadas e depois é tudo farinha do mesmo saco. Se a pessoa realmente é um zero à esquerda é despedida, mas quem trabalha é indiferente ser se um satisfaz ou um excelente. Ganhamos o mesmo ao fim do mês e o reconhecimento por parte da chefia é exactamente igual. Portanto eu acho que tudo isto é uma bola de neve, o que leva actualmente a que as coisas estejam assim, sem rumo. A profissão evoluiu muito, em termos de formação e conhecimentos, mas temos de perder um pouco de uma vontade individual e ganhar mais dinheiro e pensar mais no colectivo. Não pode ser cada um por si. Acho que realmente o que estraga a nossa classe é isso, cada um por si. Passa por agradar o chefe ou quem manda, e pela frente do chefe são uma coisa, para os colegas são outra, existe muito desta mentalidade. Somos também uma classe que não é protectora dos nossos direitos. Por exemplo, os advogados e os médicos são extremamente protectores, nunca vemos um médico ou um advogado acusar um colega. Nós, não sei se é por tradição ou está institucionalizado, vivemos um bocadinho na política do mal dizer e as pessoas são logo atacadas e não se tenta perceber porquê... tende-se muito a cair na crítica, que não é uma crítica construtiva. É um comportamento vulgar, mas que não vai levar ao crescimento da profissão. O facto de não sermos unidos no serviço é o espelho daquilo que se passa na classe e a ideia que a sociedade tem de nós. Cada um por si, não há união, não há organização. Estamos a perder a oportunidade que tivemos de crescer porque não nos unimos. E isso é muito grave.

É vergonhoso por parte das chefias e superiores hierárquicos tentarem boicotar o nosso desenvolvimento intelectual e o nosso contributo para a investigação. O que se verifica às vezes é que não temos apoio por parte dos superiores a nível de estudos. Por parte da direcção de enfermagem há sempre uma grande preocupação em não ferir susceptibilidades, porque a direcção de enfermagem é nomeada pela administração. A administração muda e a direcção também pode mudar. Cada um está preocupado em manter o seu lugar e não querem entrar em conflitos. A enfermagem vai ter sempre o estigma de uma profissão intermédia, nem somos auxiliares nem somos médicos. Os médicos consideram sempre que estamos a invadir o espaço deles e nós só queremos fazer o nosso trabalho. Enquanto não conseguirmos definir muito bem o nosso campo de acção, não invadir a profissão de ninguém e impedir que alguém entre na nossa, vamos ter sempre estes constrangimentos que passam por não ter liberdade para fazer coisas simples como um estudo, porque temos medo de ferir susceptibilidades ou de entrar em conflitos com outras classes. Existem situações vergonhosas na instituição, em que elementos de enfermagem candidatas a cargos de chefia foram recusadas porque realizaram um estudo sobre o tempo de permanência dos médicos nos consultórios, e os resultados não foram os mais positivos. Isto é símbolo de um autoritarismo de outras classes. Não pretendemos atacar os médicos muito menos ascender à sua profissão e no entanto cada vez que fazemos alguma sugestão ou tentamos introduzir alguma mudança, é considerada como uma ofensa e o ultrapassar das nossas funções com medo que possamos interferir no campo deles. E depois, por parte dos superiores de enfermagem existem pessoas que pactuam com estas situações. Uma tentativa de nos manter sempre ali debaixo do capote dos médicos e marionetas deles. Enquanto não houver uma atitude, quer da ordem, quer das direcções de enfermagem nunca iremos crescer. Há sempre um medo de ferir susceptibilidades e de interferir nestas relações de poder. E como é tudo tão hierarquizado nunca ninguém irá entrar em conflito directo porque têm medo de perder o lugar. Enquanto for assim, nunca seremos valorizados pelo trabalho que fazemos mas sim pelas relações e pela posição que criamos na instituição. Tudo isto é muito visível na nossa profissão. As pessoas não são reconhecidas por serem bons profissionais, têm relações e sabem com quem devem estabelecer estas relações, até onde podem ir e a quem agradar. E é só.

CORPO DE ANÁLISE DA ENTREVISTA 2

| | | |
|--|--|---|
| | <p>CONHECIMENTOS TEÓRICO PRÁTICOS</p> <p>GESTÃO DE CONFLITOS</p> <p>Condução e organização do trabalho</p> <p>ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO</p> <p>CRITÉRIOS DE TRABALHO</p> | <p>“...assertiva, directiva, imparcial, que consiga lidar de igual para igual, e com todos os elementos para que as funções de cada um estejam bem delineadas...”</p> <p>“... ter conhecimentos teóricos e práticos, voltamos à questão que para saber mandar é preciso saber fazer...”</p> <p>“... haver uma capacidade por parte da chefia de tentar resolver conflitos que por vezes são pequenos mas que podem afectar a equipa inteira...”</p> <p>“... a organização do serviço por parte da coordenação é essencial e é ponto fulcral para um bom desempenho individual e colectivo da classe de enfermagem...”</p> <p>“... a pessoa pode ter um esquema de trabalho muito bem idealizado e realizável mas se as condições do serviço não o permitirem, não conseguirá trabalhar da forma que</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>OBJECTIVO COMUM</p> <p>Capacidade de mobilizar a equipa</p> <p>MOTIVAR A EQUIPA</p> <p>RECOMPENSAR/ VALORIZAR</p> <p>Tomada de decisão</p> | <p>sabe e da forma que pretende...”</p> <p>“... sem estrutura, se os serviços fossem uma anarquia, que por vezes é aquilo que parece; toda a gente manda mas ninguém sabe muito bem o quê, ou existe alguma dificuldade em delimitar funções. Portanto, são entraves ao desempenho individual do enfermeiro e colectivo do serviço...”</p> <p>“...esclarecer quais são as funções de cada um e definir qual é o nosso objectivo e para que é que trabalhamos...”</p> <p>“... seja qual for o nosso campo de trabalho, cada elemento tem de saber qual é o objectivo daquele serviço e a missão do hospital...”</p> <p>“.... se a pessoa não está motivada com o seu desempenho ou não trabalha por amor à camisola, obviamente que a pessoa nunca terá vontade ou iniciativa de mudar...”</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| <p>INTEGRAÇÕES DE ELEMENTOS NOVOS</p> | <p>Formação da equipa</p> <p>FUNÇÕES BEM DEFINIDAS</p> | <p>impor alguma coisa...”</p> <p>“...as chefias não lidam pessoalmente com os materiais para fazer um penso ou prestar cuidados de higiene e conforto ao doente mas nós temos o dever e também a obrigação de os informar, em prol do doente. Esta troca de ideias é fundamental para a melhoria da organização do serviço e para conseguir chegar a uma excelência dos cuidados. È difícil chegar a esta partilha, mas se houver esforço, e as pessoas precisam de falar mais... haver reuniões e discutir as coisas é muito importante...”</p> |
| | <p>MUDANÇA DE IDEAIS</p> | <p>“... a comunicação e o diálogo são fundamentais...”</p> |
| | <p>FALTA DE RESPEITO</p> | <p>“...considero que o papel do integrador é muito importante para que o novo elemento aprenda as coisas correctamente e dê o salto profissional. O integrador é fundamental nesta etapa...”</p> |
| | <p>PROXIMIDADE DE IDADES</p> | <p>“... nas integrações a chefe tem o papel fulcral de dar a conhecer estes objectivos aos elementos novos e</p> |
| | <p>POUCA PREPARAÇÃO NAS ESCOLAS</p> | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>RELAÇÕES NA EQUIPA DE ENFERMAGEM</p> | <p>Ambiente de trabalho</p> <p>HIEARQUIZAÇÃO NAS EQUIPAS</p> <p>ESCALAS DE PODER DETURPADAS</p> <p>DESRESPONSABILIZAÇÃO</p> | <p>atribuir integradores com competência e capacidade profissional para integrar....”</p> <p>“... já participei em integrações de novos elementos, e considero que as coisas estão diferentes...”</p> <p>“... características das novas gerações, têm uma formação diferente, têm personalidades mais marcadas, não existe tanto respeito....”</p> <p>“... também pela relação excessiva de confiança e proximidade que se estabelece pelo factor idade...”</p> <p>“... quem chega deve ter uma postura e atitude de aprendizagem, humildade, tentar aprender ao máximo porque quando saímos da escola não sabemos nada e precisamos sempre do suporte de alguém....”</p> <p>“... não creio que as escolas preparem as pessoas para o campo de trabalho...”</p> |
|--|---|---|

“... Gradualmente vamos subindo e avançando numa escala de poder, que já tínhamos falado inicialmente. É uma hierarquia que se estabelece, e que se vai adquirindo com a experiência, conhecimentos e depois também depende das características individuais de cada um...”

“...infelizmente na nossa classe, estas funções são muito deturpadas, a nossa carreira tende cada vez mais a depender de relações de poder...”

“...senão existirem funções bem delineadas as responsabilidades não se assumem e nunca ninguém dá a cara. Acabam sempre por passar a batata quente a um e depois a outro e depois a outro.... E não pode ser. Alguém tem de ser responsável...”

“... Existem imprevistos, e é necessário que seja delegado esse poder a alguém que seja capaz de assumir essa responsabilidade. Para manter o bom funcionamento do serviço...”

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| | | <p>maneira de estar e de agir profissionalmente...”</p> <p>“...temos de distinguir uma relação profissional de uma relação de amizade, e sermos capazes de aproveitar ao máximo as suas capacidades...”</p> |
| <p>AUTONOMIA DA EQUIPA</p> | <p>OBSTÁCULOS</p> <p>Individualismo</p> <p>Resistência à mudança</p> <p>Obstáculos financeiros</p> <p>Delinear campos de acção</p> <p>Definir os objectivos da nossa profissão</p> | <p>“... da experiência que eu tenho existem serviços que não havia condições para as pessoas investirem nos serviços e maioritariamente as pessoas nesses serviços estão a trabalhar em duplo, e portanto é o típico o local de trabalho só para ganhar uns trocos, e quando é assim, não dá para tentar melhorar seja o que for...”</p> <p>“... os obstáculos para o desenvolver de actividades de enfermagem passam por obstáculos financeiros, resistência à mudança, dificuldade em delinear campos de acção entre as diferentes classes profissionais e até mesmo dentro das próprias equipas de enfermagem...”</p> |

**REPRESENTAÇÃO SOCIAL
DA ENFERMAGEM**

“...temos dificuldade em lidar com situações de maior assertividade e conseguir marcar a nossa posição. E fazerem com que as pessoas saibam bem a sua função e tenham noção das funções dos outros de haver um maior respeito pelo trabalho de cada um...”

“... os próprios profissionais têm muita culpa desta representação social. Nós também somos das profissões que mais acumula um duplo e triplo, e contra mim falo, mas é uma necessidade. A verdade é que muitos de nós não estamos a trabalhar a 100%. Muitos de nós não vestimos a camisola e temos atitudes incorrectas....”

“... a profissão evoluiu muito, em termos de formação e conhecimentos, mas temos de perder um pouco de uma vontade individual e ganhar mais dinheiro e pensar mais no colectivo. Não pode ser cada um por si. Acho que realmente o que estraga a nossa classe é isso, cada um por si. Passa por agradar o chefe ou quem manda, e pela frente do chefe são uma coisa, para os colegas são outra, existe muito desta

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>mentalidade. Somos também uma classe que não é protectora dos nossos direitos....”</p> <p>“... o facto de não sermos unidos no serviço é o espelho daquilo que se passa na classe e a ideia que a sociedade tem de nós. Cada um por si, não há união, não há organização. Estamos a perder a oportunidade que tivemos de crescer porque não nos unimos. E isso é muito grave...”</p> <p>“...é vergonhoso por parte das chefias e superiores hierárquicos tentarem boicotar o nosso desenvolvimento intelectual e o nosso contributo para a investigação...”</p> <p>“... por parte da direcção de enfermagem há sempre uma grande preocupação em não ferir susceptibilidades, porque a direcção de enfermagem é nomeada pela administração. A administração muda e a direcção também pode mudar. Cada um está preocupado em manter o seu lugar e não querem entrar em conflitos. A enfermagem vai ter sempre o estigma de uma</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>profissão intermédia, nem somos auxiliares nem somos médicos...”</p> <p>“... enquanto não conseguirmos definir muito bem o nosso campo de acção, não invadir a profissão de ninguém e impedir que alguém entre na nossa, vamos ter sempre estes constrangimentos que passam por não ter liberdade para fazer coisas simples como um estudo, porque temos medo de ferir susceptibilidades ou de entrar em conflitos com outras classes...”</p> <p>“... não pretendemos atacar os médicos muito menos ascender à sua profissão e no entanto cada vez que fazemos alguma sugestão ou tentamos introduzir alguma mudança, é considerada como uma ofensa e o ultrapassar das nossas funções com medo que possamos interferir no campo deles. E depois, por parte dos superiores de enfermagem existem pessoas que pactuam com estas situações. Uma tentativa de nos manter sempre ali debaixo do capote dos médicos e marionetas deles. Enquanto não houver uma atitude, quer da ordem,</p> |
|--|--|---|

quer das direcções de enfermagem nunca iremos crescer. Há sempre um medo de ferir susceptibilidades e de interferir nestas relações de poder. E como é tudo tão hierarquizado nunca ninguém irá entrar em conflito directo porque têm medo de perder o lugar. Enquanto for assim, nunca seremos valorizados pelo trabalho que fazemos mas sim pelas relações e pela posição que criamos na instituição. Tudo isto é muito visível na nossa profissão. As pessoas não são reconhecidas por serem bons profissionais, têm relações e sabem com quem devem estabelecer estas relações, até onde podem ir e a quem agradar. E é só...”

“... não existem oportunidades, não vejo uma carreira, não vejo esforço por parte da ordem em resolver este problema... não vejo abertura nenhuma por parte dos governantes pois parece que a classe de enfermagem está pedir alguma coisa que não merecemos....”

“... qualquer trabalhador tem direito a uma estabilidade e segurança. Se faz as coisas da melhor maneira, tem

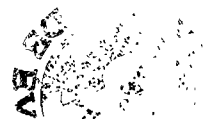
| | | |
|--|--|---|
| | | direito a esta estabilidade, a boas condições de trabalho e de ter um futuro...” |
|--|--|---|

ANEXO IV- QUADRO FINAL

| CATEGORIAS | SUB CATEGORIAS | UNIDADES DE CONTEXTO |
|------------------------------|---|---|
| ATITUDES DE LIDERANÇA | Características da chefia Imparcialidade/ Assertividade Justiça/ Igualdade Saber comunicar | <p>“...frontal e imparcial...” E4</p> <p>“... assertiva, directiva, imparcial, que consiga lidar de igual para igual, e com todos os elementos para que as funções de cada estejam bem delineadas...” E2.</p> <p>“...ser imparcial...” E6</p> <p>“... ser justa e equalitária...” E6</p> <p>“... a principal característica é haver justiça e igualdade...” E1, E2,</p> <p>“... característica mais importante para uma chefe é a justiça. Isto é fundamental...” E8</p> <p>“... é o saber comunicar. Eu penso que isso é fundamental para conseguir lidar com todos os elementos da equipa de enfermagem, e saber resolver os problemas que vão surgindo no dia a dia...” E8</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Presença assídua/ Interesse no serviço</p> | <p>“... a chefia tem de demonstrar uma forte preocupação com o serviço... não se pode exigir um sentido de responsabilidade dos restantes enfermeiros quando não se preocupa minimamente com aquilo que se está a passar no serviço...” E1.</p> <p>“ ... mais importante é uma presença permanente . Considero que devem fazer uma visita diária aos doentes, o que demonstra um interesse pelos doentes, pelo serviço e pelo próprio trabalho da equipa de enfermagem. Um chefe que se mostra interessado pelo seu serviço é tudo...” E3.</p> |
| | <p>Conhecimentos</p> | <p>“... para saber liderar tem de se saber fazer...”E6</p> |
| | <p>Capacidade relacional</p> | <p>“... ter conhecimentos teóricos e práticos, voltamos à questão que para saber mandar é preciso saber fazer...” E2.</p> <p>“... tem de ser uma pessoa que tenha capacidade relacional e tenha conhecimento de outras áreas. Os serviços não podem ser ilhas dentro dos hospitais, nós temos de ter representantes que levem as nossas necessidades aos outros e as nossas dificuldades, e que nos consigam abrir novos horizontes...” E2.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Capacidade de coordenação</p> <p>Capacidade de articulação de meios</p> <p>Capacidade de gestão de conflitos</p> <p>Respeito</p> | <p>“... saber falar com as pessoas, com tom educado e não em tom de ordem...” E6</p> <p>“... saber compensar as pessoas, dar reforços e elogios...” E6</p> <p>“... saber repreender, o erro acontece mas tem de se saber criticar de uma forma construtiva...”E6</p> <p>“capacidade de se conseguir relacionar..” E11</p> <p>“... saber coordenar tudo muito bem e tentar perceber qual é o seu papel no meio de tantos serviços...” E2.</p> <p>“... ser capaz de mobilizar e ter vários conhecimentos para integrar o seu próprio serviço dentro do hospital que funciona com tantos serviços e tem tantas funções associadas..” E2.</p> <p>“ haver uma capacidade por parte da chefia de tentar resolver conflitos que por vezes são pequenos mas que podem afectar a equipa inteira...” E2.</p> <p>“...penso que o mais importante num líder é conseguir transmitir às pessoas que todos são importantes. Para o bem-estar dos clientes e para o cumprimento da missão que a organização se propôs a atingir...” E5</p> <p>“... penso que isso deverá ser a primeira aposta nos chefes, o respeito...” E5</p> |
|--|---|--|



| | | |
|--|--|--|
| | | <p>“ justiça e capacidade para nos ouvir..”E7</p> <p>”ter uma capacidade para ouvir as nossas ideias e ter uma mente aberta para novas sugestões. Sugestões para a própria melhoria do serviço. Para mim isso é o mais fundamental...” E7</p> <p>“ a distribuição do trabalho tem de ser uniforme para todos...”E7</p> <p>“... ter um conhecimento pessoal das pessoas...” E9</p> <p>“...relação de proximidade com os enfermeiros, um chefe que esteja presente nas enfermarias e não esteja apenas nas secretárias...” E9</p> <p>“... O que deveria ser criado... era haver um esforço por parte da chefia em sair do seu gabinete e estarem mais perto...falarem directamente com a equipa...”E9</p> <p>“...conhecimentos e competências teóricos e práticos...” E9</p> <p>“...nas outras profissões de saúde são que os chefes acabam por ser aqueles que têm mais competências adquiridas. São aqueles que consideramos ser uma referência e que sabem fazer as coisas, tanto em termos técnicos como de conhecimentos. Na enfermagem isso não acontece. Tem de haver da parte da chefia um interesse em não perder essas competências, nem, que não seja a um nível teórico...”E9</p> <p>“... ser uma referência, ser uma pessoa que temos a certeza que podemos contar. Existem pessoas nos serviços que de um modo mais informal sabemos que podemos recorrer mas o chefe tem de ter essa função formal e demonstrar que possui capacidades para tal...”E9</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Condução e organização do trabalho</p> <p>A organização do serviço é fundamental</p> | <p>“... capacidade de responsabilidade a nível da elaboração de horários, dos planos, assegurar a reposição do material, que não hajam falhas de stock...” E9</p> <p>“...mais importante é que uma chefe valorize as características individuais de cada enfermeiro...”E10</p> <p>“... o doente e a família valorizam nos mas a chefia não...”E10</p> <p>“... no falar, no comunicar e no partilhar é que se pode evoluir...” E10</p> <p>“... Conhecimentos bem consolidados da área onde trabalha...” E11</p> <p>“... conhecimentos de gestão e organização...”E11</p> <p>“ ... chefe que sabe fazer, não precisa de ser autoritária, as pessoas respeitam na e automaticamente cumprem as ordens que estão implementadas no serviço...” E11</p> <p>“ ... a condução e organização do trabalho é determinante no sucesso do desempenho dos enfermeiros, independentemente da prestação individual de cada um...” E11</p> <p>“ ... estabelecer uma norma e protocolos... e manter a continuidade do trabalho...” E11</p> <p>“...deveria existir aquilo que não há actualmente que é uma avaliação de desempenho...”E10</p> <p>“... houvesse também uma avaliação continua...” E10</p> <p>“...uma avaliação individual, haver reuniões de partilha e experiências e depois porque não uma</p> |
|--|---|--|

| | |
|--|---|
| | <p>avaliação do serviço...”E10</p> <p>“... nós sentíamos que estávamos a trabalhar para o próprio bem-estar da organização e da instituição. Funcionar como um todo...” E10</p> <p>“...temos muitas pessoas a quererem ascender a supostos lugares de chefia ou com algum tipo de poder mas no fundo ninguém sabe bem quais são as funções que cada um tem definido...”</p> <p>“E10</p> <p>“... não nos sentimos, como elementos de enfermagem parte integrante do serviço, não sentimos que estamos a colaborar para um objectivo comum...” E10</p> <p>“... o modo como a chefia coordena e orienta vai interferir no nosso desempenho e no trabalho do dia a dia...” E8</p> <p>“...existir critérios para a distribuição do trabalho, e estabelecer os locais de trabalho para cada enfermeiro, as funções a desempenhar por cada um. Tudo isto tem de estar muito bem definido e organizado. Os elementos de enfermagem têm de saber o porquê daquela distribuição de modo a</p> |
|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>fazer o seu trabalho da melhor maneira possível...” E8</p> <p>“...existem muitas relações informais que levam a que o trabalho não seja distribuído de um modo justo e equalitária...” E8</p> <p>“... a organização do serviço por parte da coordenação é essencial e é ponto fulcral para um bom desempenho individual e colectivo da classe de enfermagem...” E2.</p> <p>“... a pessoa pode ter um esquema de trabalho muito bem idealizado e realizável mas se as condições do serviço não o permitirem, não conseguirá trabalhar da forma que sabe e da forma que pretende...” E2.</p> <p>“... sem estrutura, se os serviços fossem uma anarquia, que por vezes é aquilo que parece; toda gente manda mas ninguém sabe muito bem o quê, ou existe alguma dificuldade em delimitar funções. Portanto, são entraves ao desempenho individual do enfermeiro e colectivo do serviço...” E2.</p> <p>“... todo o resto do trabalho de burocracia dos enfermeiros que não é visualizado e nem sequer valorizado por ninguém, acaba por ser o mais penoso e dispendioso. É muito desgastante, e sem qualquer tipo de produtividade. E esta componente do trabalho do enfermeiro é muito afectada pela forma como os chefes organizam e dirigem o serviço.”E1.</p> <p>“... acho que os enfermeiros que estão presentes em cada turno têm imensa influência nas actividades que são desenvolvidas ao longo do turno. Em todo o caso, a forma como a chefia organiza e coordena o serviço também tem um papel muito importante na forma como cada</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>A organização do serviço não é fundamental</p> | <p>enfermeiro desempenha a sua função...” E1</p> <p>“... falamos muito na continuidade dos cuidados, que é importante para o doente e saber qual é a evolução do doente mas no fundo isso não existe...” E4</p> <p>“... não existe qualquer tipo de continuidade. Eu acho que é uma gestão, no fundo não é uma gestão... como é que eu hei de dizer.... No fundo está muito mal organizado...” E4</p> <p>“... Quando o erro vem de origem os frutos não rendem...” E4</p> <p>“... pela minha experiência, considero que o funcionamento da própria organização é fundamental...” E5</p> <p>“... tenho a profunda convicção que é a organização do trabalho, do serviço que irá permitir ao enfermeiro uma boa actuação, que lhe dê a oportunidade de se lançar e dar frutos...”E5</p> <p>“...penso que esse é o grande sucesso ou o grande segredo de qualquer empresa de sucesso. É aquela que consegue ter o trabalho organizado, à sua vontade mas consegue criar um espaço de manobra e um espaço de liberdade para os seus trabalhadores...”E5</p> <p>“... os enfermeiros têm de sentir apoio por parte da chefia para o seu desempenho porque senão eles nunca conseguem chegar mais além...” E6</p> <p>“... agora muita gente faz se de chefe e quer mudar as coisas, mas isto não funciona assim. Tem de haver um líder e alguém que comande os outros...” E6</p> <p>“... é uma gestão em que obriga as pessoas a estarem aptas nos serviços sem terem tempo para consolidar os conhecimentos e saberem actuar. Sinceramente isto é prejudicial para o serviço e a</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Uniformização de objectivos</p> <p>Definição de critérios de trabalho</p> <p>Proximidade na elaboração das actividades de enfermagem</p> | <p>organização dos mesmos...” E6</p> <p>“... tentar perceber se estamos todos a trabalhar para o mesmo rumo ou se pensamos de maneira diferente, trabalhar para um objectivo comum...” E7</p> <p>“...eu considero que o sucesso é por parte de ambos, da chefia e dos restantes elementos de enfermagem. É claro que a coordenação e a chefia interfere de modo negativo ou positivo na nossa prestação de cuidados...”E7</p> <p>“... eu acho que é muito importante o trabalho multidisciplinar para a produtividade do serviço e uma melhoria na prestação dos cuidados. E aí ainda temos uma longa caminhada a fazer...” E7</p> <p>“...eu acho é que para um bom desempenho das funções, cada enfermeiro tem de arranjar a sua</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | <p>Capacidades de mobilizar a equipa</p> <p>Dificuldades sentidas pela equipa</p> <p>Falta de reforços positivos</p> <p>Falta de críticas</p> | <p>própria organização...” E3.</p> <p>“... de acordo com a organização do serviço e a sua estrutura mas sempre tendo em conta o que é mais benéfico para cada enfermeiro desempenhar um bom trabalho...” E3.</p> <p>“... acho que para desempenhar um bom trabalho e o trazer o melhor para o doente eu penso que temos de dar um bocadinho a volta e tentar trabalhar aquilo que tem e que às vezes não tem, para prestarmos os melhores cuidados aos doentes. Passa por cada experiência que cada um teve, da escola, dos sítios onde já trabalhou, cria uma bagagem de tal forma individual que faz com que se preste ou não melhores cuidados...” E3.</p> <p>“...esclarecer quais são as funções da cada um e definir qual é o nosso objectivo e para que é que trabalhamos...” E2.</p> <p>“... seja qual for o nosso campo de trabalho, cada elemento tem de saber qual é o objectivo daquele serviço e a missão do hospital...” E2.</p> <p>“...tentamos mudar isto e aquilo e as respostas passam simplesmente por um não, ou quando vem com uma explicação é a explicação de que não se pode mudar porque é assim há muito tempo. E pronto as coisas ficam por ali...” E8</p> |
|--|---|--|

| | | |
|--|----------------------------|---|
| | <p>construtivas</p> | <p>“... a cultura e a organização do serviço, tudo aquilo que não podemos controlar tem uma influência muito grande...” E9</p> <p>“... nos vários sítios onde trabalhei tive experiências diferentes a nível de chefia e realmente isso reflectia se um pouco no trabalho...”E9</p> <p>“... uma hierarquia excessiva, burocratizada...” E9</p> <p>“... cada vez mais temos é trabalho burocrático...”E9</p> <p>“...antes tinham de facto uma noção muito exacta e precisa das competências de cada um devido a essa proximidade e não deixavam de assegurar à mesma todo o outro processo de chefia. Eu acho que era uma questão de organização...” E9</p> <p>“...uma hierarquização dentro da hierarquização cria competitividade dentro de cada equipa e muitos conflitos... nunca foi uma competição saudável....” E9</p> <p>“...mobilizar as pessoas e motivar a equipa...esse papel é muito importante...” E9</p> <p>“... as pessoas acabam por investir em coisas externas à instituição, fazerem cursos de pós graduação, mestrados, cursos em diferentes hospitais por sentirem que ali falta qualquer coisa. Não existe qualquer tipo de reconhecimento...” E9</p> <p>“... até a nível da formação e investigação, estas horas têm de ser concedidas às pessoas. Não se</p> |
|--|----------------------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>pode partir do princípio que se as pessoas querem investir na formação têm de o fazer em horas livres...” E9</p> <p>“... é como se pertencêssemos todos a um barco e um barco que anda à deriva e que o próprio comandante não quer estar naquele barco acaba por desmotivar o resto da equipa, eu acho que desmotiva muito...”E10</p> <p>“...investe muito na minha formação pessoal. Tenho sido sempre seleccionada para formações fora do serviço como representante do serviço e a própria instituição está-me a dar motivos para continuar a trabalhar...”E10</p> <p>“...Se depois ninguém valoriza isso, nem sequer vale a pena tentar fazer mais nada. Não é no gabinete que as coisas têm valor para o doente...” E8</p> <p>“. considerados todos iguais como equipa de enfermagem, mas no fundo somos todos diferentes, e ninguém dá o devido valor ou mérito ao trabalho individual de cada um...” E8</p> <p>“...estimular e motivar as pessoas...”E4</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>“... tem de haver apoios e haver incentivos. Não tem de ser um incentivo económico, basta ser um reforço positivo. E não existe. E às vezes é o suficiente, e fomentar este espírito. Um espírito de reforços positivos...” E1.</p> <p>“...as chefias podem fomentar mais o convívio entre os elementos. Podem organizar mais jantares de equipa, por exemplo, caminhadas, piqueniques, mas nunca o fazem. São sempre actividades que têm de ser desenvolvidas pelos enfermeiros se quisermos manter este espírito...”E1</p> <p>“... se a pessoa não está motivada com o seu desempenho ou não trabalha por amor à camisola, obviamente que a pessoa nunca terá vontade ou iniciativa de mudar...” E2.</p> <p>“... é muito frustrante porque eu quero trabalhar mas também quero sentir me recompensada e com algum valor...” E2.</p> <p>“... este sentimento é geral, na prestação de cuidados o sentimento é frustrante porque ninguém nos dá valor...” E2.</p> <p>“... actualmente gosto muito de trabalhar neste serviço, mas já me senti mais motivada para investir na organização do mesmo. Quando entrei não pensava em trabalhar noutro lado, agora já pondero mais...” E3.</p> <p>“... tenho laços muito fortes com a instituição e com o serviço que me mantém neste local de trabalho. Neste momento sinto me mais motivada porque demonstra alguma confiança no meu trabalho e que foi um reforço positivo, foi-me dada a hipótese de trabalhar na coordenação que é</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>uma experiência que eu gostava de passar, apesar de adorar a prestação directa de cuidados. É um voto de confiança e isto motiva me imenso....” E3.</p> <p>“... interesse da chefia para com o serviço e para com a equipa, o motivar os trabalhadores e saber o desempenho de cada um de nós...” E3.</p> <p>“... os reforços positivos. Mas isso não existe, e da experiência que eu tenho não existe por falta de interesse. Por desmotivação da própria chefia não motiva os outros...”E3.</p> <p>“... acho que os reforços positivos são muito importantes e na prática o que acontece mais é a culpabilização das pessoas. Ou seja, só se valoriza o que está mal no serviço...” E3.</p> <p>“ ...em vez de nos darem estímulos e continuar e evoluir, e aprofundar outros conhecimentos que possam ser úteis para a nossa parte, para a prestação de cuidados directa ao doente e família, não vejo grandes apoios ...”E4</p> <p>“...O doente e a família valorizam nos mas a chefia não...”E4 “...ser capaz de utilizar o que há de melhor em cada um...”</p> <p>“... e a chefe tem de saber isso para perceber qual é a vocação do elemento e direcciona lo numa área mais especifica e não fazer coisas para as quais já provou que não tem tanta vocação...” E5</p> <p>“... sinto um grande desânimo. O que me salva é a formação, e sempre que posso vou dar formação. Por estas razões, já pedi transferência. Não estou a ser reconhecido profissionalmente...” E5</p> |
|--|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>“...esta “correria” e o não haver tempo para nada desmotiva muito as pessoas...”E6</p> <p>“...e as pessoas que talvez tivessem recursos para investir mais no serviço, como eu por exemplo, não estão para isso porque estamos cansados de toda esta instabilidade. E se eu tentar fazer alguma coisa não tenho apoio...” E6</p> <p>“... anteriormente as chefes poderiam tratar nos com superioridade mas também sabiam dar reforços positivos. Agora não. Não querem saber de nós para nada...”E6</p> <p>“... eu gosto da enfermagem de cabeceira, mas já estive mais motivada do que agora...” E6</p> <p>“... tem de haver uma dose de motivação de acordo com as características de cada um. Se estamos a trabalhar, e não sentimos qualquer tipo de apoio acabamos por desmotivar e não investir tanto no trabalho...”E7</p> <p>“... não existem qualquer tipo de reforços positivos e os elementos de enfermagem não sabem se estão a trabalhar bem ou mal...”E7</p> <p>“... eu sinto apoio no sentido em que ao expor o caso para tentar introduzir uma mudança, disseram que a ideia era muito interessante, mas não podiam fazer nada porque isto já funcionava assim há muito tempo, portanto o apoio é nulo...” E7</p> <p>“... isto aconteceu em diversas situações, e até a chefe dá nos apoio e também concorda mas depois se tentamos fazer mais alguma coisa ela avisa nos que o melhor é não fazermos nada porque a direcção já decidiu e não há nada a fazer...” E7</p> |
|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>Afastamento da prestação directa de cuidados</p> <p>Progressão na carreira de enfermagem implica trabalho burocrático</p> | <p>“ ... a partir daí desmotivei me completamente. Não me apetecia fazer nada de nada. Porque sinto que estou a trabalhar para o boneco...”E7</p> <p>“...e mobilizar todos os elementos da equipa...” E11</p> <p>“...não há qualquer tipo de valorização ou reconhecimento pessoal...”E11</p> <p>“... motivação...é nossa grande parte... sozinha... e dada pelos doentes...” E11</p> <p>“...basicamente, cada vez mais temos é trabalho burocrático.Se é assim, qual é o objectivo do nosso trabalho... não existem objectivos...” E4</p> <p>“... volto a referir da situação do enfermeiro especialista que deverá ter uma função mais produtiva. Porque para elementos que possuem conhecimentos tão específicos, considero que são pouco interventivos na melhoria das nossas condições de trabalho. É quase como se fosse um dado adquirido, a pessoa tira a especialidade e passa para a coordenação, organização do serviço, investigação, direcção de enfermagem. Portanto as pessoas que têm mais formação, todas ficam noutros cargos. E perde se muito para os serviços...”E7</p> <p>“... eu penso que poderiam intercalar mais as suas funções. Ter doentes atribuídos, e manter funções de coordenação mas saber que se pode contar com aquele elemento para situações mais complicadas e específicas, porque tem mais capacidade para fazer isso. Eu penso que a gestão não está bem aproveitada...”E7</p> <p>“...da chefia também tivemos o apoio, mas sempre muito distante e deveriam estar mais</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>presentes. Porque eles sim têm o poder e não são muito activos nestas situações...” E8</p> <p>“...os enfermeiros, quanto mais progredem na carreira mais afastados estão dos doentes e perdem o contacto directo com os restantes elementos de enfermagem...” E9</p> <p>“... delegavam todas as funções que podiam nos outros enfermeiros, acabavam por não ter uma parte activa ou de intervenção directa no serviço...” E9</p> <p>“...isto de certo modo criou uma grande distância entre nós e a chefia porque nos revoltava...”E9</p> <p>“ ...a enfermeira chefe e as coordenadoras não têm uma noção real daquilo que cada enfermeiro de cada serviço faz...” E10</p> <p>“ Se ela fosse falar diariamente falar com os doentes e saber se estavam a ser bem tratados ou não, quais as necessidades que sentiam na prestação de cuidados, ai talvez ela conseguissem perceber que lacuna é que existem e que reforço deveria dar ou não aos enfermeiros...” E10</p> |
|--|--|--|

| | | |
|---|--|---|
| | | |
| <p>PARTICIPAÇÃO DIRECTA NA TOMADA DE DECISÃO</p> | <p>Capacidade de decisão</p> <p>Obstáculos</p> <p>Falta de apoio da chefia</p> | <p>“... neste aspecto, é de valorizar esta capacidade de autonomia ou poder de decisão, não somos meros implementadores da decisão, participamos nela...” E9</p> <p>“ ...a chefia apoia no sentido em que verbalmente diz sempre que é uma boa ideia, e temos que avançar para a frente e apresentar o projecto, mas não mobiliza ninguém...”E1</p> |

| | | |
|--|-----------------------|---|
| | Resistência à mudança | <p>“... a chefia apoia, mas é um apoio de “ boca”, não é um apoio efectivo. No momento para passar à prática e de reunir a equipa e dizer que vamos começar a fazer assim, isso nunca acontece. Deixa tudo um pouco nas mãos dos outros... “E1.</p> <p>“...sente se uma grande resistência por parte dos colegas...”E1.</p> <p>“...eu penso que é mais fácil introduzir a mudança numa equipa mais pequena. As pessoas gradualmente começam a seguir as regras que foram estabelecidas e torna se mais fácil. Numa equipa muito grande a resistência é maior...”E1.</p> <p>“ ...ninguém percebeu porquê, mas pronto é assim que tem de ser feito. As pessoas não são informadas e depois não percebem estas mudanças....” E1.</p> <p>“... outras mudanças que são de uma matriz maior nunca irão ser implementadas porque a chefia nunca dá a ordem final. Espera se que os colegas falem uns com os outros.... Assim, não funciona...” E1</p> <p>“... neste momento sinto que quando quero tomar alguma decisão que vá contra o que está protocolado, eu tento sempre dar a volta de forma a não ferir susceptibilidades e de certa forma dividir o poder com outra pessoa...” E3.</p> <p>“... uma tomada de decisão implica sempre uma mudança, e neste momento a chefia do serviço</p> |
|--|-----------------------|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Falta de informação</p> <p>Desunião na equipa</p> <p>Falta de Liberdade</p> | <p>não está aberta à mudança. Porque mudar também dá trabalho. Neste momento, tomar uma decisão que implique uma grande mudança é muito difícil...” E3</p> <p>“... a falta de comunicação é uma grande falha no nosso serviço...”E4</p> <p>“... quando acontece alguma mudança de uma rotina instituída no serviço ninguém nos informa e depois não sabemos actuar...”E4</p> <p>“... existe uma grande desunião na equipa...” E4</p> <p>“...só tem peso aquilo que é decidido superiormente, porque há decisões que vem de cima e chegam ao pé de nós que somos os principais elementos para implementar esse decisão e só dizem que a partir daquele dia é assim e ponto final. Não temos qualquer tipo de voto na matéria. E se não fizermos assim somos penalizados...” E4</p> <p>“... na instituição existem uma série de normas, protocolos que temos e somos levados a cumprir. Se nestas normas e protocolos temos um espaço de manobra e liberdade para sugerir novas ideias para a melhoria do nosso desempenho, óptimo. Mas isto, nem sempre é possível. A nível individual, depois será de acordo com as características individuais que cada enfermeiro possui para se “desenvelhar” das redes e malhas da organização. Com subtilidade e para nunca ferir susceptibilidades... Com os anos aprendemos estas subtilidades...” E5</p> <p>“... a chefia do serviço está completamente dependente das directoras de enfermagem e não têm qualquer tipo de liberdade de actuação...” E6</p> <p>“...administradores que também exercem muita pressão perante o corpo de enfermagem, mas</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|---|
| | <p>SUGESTÕES</p> <p>Comunicação</p> | <p>sinceramente também não sei muito bem se não será a direcção de enfermagem que também não se sabe impor. E é claro que isto vai ter uma grande repercussão no nosso serviço porque ao fim ao cabo a nossa chefe fica sozinha e sem apoio....”E6</p> <p>“... pessoalmente acho que chefiar é muito difícil, e actualmente cada vez mais porque nesta instituição elas não se conseguem impor...” E6</p> <p>“... a partir do momento que o elemento que está a ser integrado tem de contar como elemento da equipa para se fazer o horário, eu não tenho qualquer tipo de opinião, ou não me é dada a liberdade e o poder de afirmar que aquele elemento ainda não está apto a desempenhar funções sozinho...” E8</p> <p>“... existem situações que não são valorizadas porque a chefia não tem uma participação directa do trabalho que nós realizamos no nosso dia a dia...” E8</p> <p>“...as chefias não lidam pessoalmente com os materiais para fazer um penso ou prestar cuidados de higiene e conforto ao doente mas nós temos o dever e também a obrigação de os informar, em prol do doente. Esta troca de ideias é fundamental para a melhoria da organização do serviço e</p> |
|--|---|---|

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Entraves dos superiores hierárquicos</p> | <p>para conseguir chegar a uma excelência dos cuidados. É difícil chegar a esta partilha, mas se houver esforço, e as pessoas precisam de falar mais... haver reuniões e discutir as coisas é muito importante....” E2.</p> <p>“... a comunicação e o diálogo são fundamentais...” E2.</p> <p>“... o essencial é argumentar. No fundo é dar um bocadinho a volta à questão. Primeiro fazer com que a pessoa perceba o porquê da minha maneira de fazer, e depois tentar fazer com que a pessoa decida comigo...”E3.</p> <p>“...há alguma abertura nas ideias, porque a equipa vai tentando introduzir melhorias até a nível físico, mas não temos um apoio de uma superior hierárquica ou de uma administração de enfermagem...” E2.</p> <p>“ ... a partir do momento que entramos na instituição temos vários superiores e existem várias funções, quando entramos temos um chefe orientador, depois temos um chefe de equipa, temos um enfermeiros chefe e depois um enfermeiro supervisor... depois torna se mais difícil alguém que esteja um bocadinho mais abaixo da escala, digamos assim, fazer e impor alguma coisa...” E2</p> <p>“... toda a decisão que queiramos tomar em benefício do doente e da família, se for bem fundamentada, eu acho que é difícil alguém dizer nos que não... no entanto, como nós sabemos, existe uma grande gestão de poderes há nossa volta, que por mais que se tente não conseguimos ultrapassar...” E3.</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|---------------------------------------|--|
| | <p>Mobilização de recursos</p> | <p>“... tem muito a ver connosco, porque tomamos esta situação e não concordamos mas depois para discutir na prática acaba por ser uma voz individual a expor esta situação e não nos unimos. Não falamos uns com os outros. Não existem reuniões formais para falar sobre isto. E quando há é apenas porque aconteceu alguma coisa e a equipa de enfermagem vai ser penalizada...”E7</p> <p>“... nessa altura foi muito gratificante, mesmo para nós e para o pequeno grupo saber que teve um papel determinante na mudança do serviço...” E10</p> <p>“...uma influência com um poder mais informal conseguimos mobilizar toda a equipa para que se comesse então a praticar o método individual. E foi um grande passo, houve muitas críticas, principalmente da parte médica...”E10</p> <p>“... tive apoio verbal da administração, a chefe do serviço considerou que não era a altura ideal para implementar o projecto e ficou numa gaveta.Fi lo à um ano e ainda se mantém na gaveta...”E10</p> <p>“...Tento resolver os problemas de uma forma informal com as pessoas de quem eu mais gosto e depois quando há problemas que eu acho que devam ser comunicados e partilhados tento chegar perto da chefia...” E10</p> <p>“ ... a chefia que tem este poder de mobilização e poder de decisão mas não há esforço para</p> |
|--|---------------------------------------|--|

| | | |
|---|--|---|
| | <p>Falta de articulação</p> | <p>manter esta continuidade de trabalho...” E11</p> <p>“ ... esta resistência à mudança por parte da equipa e o não se investir mais em certos aspectos penso que não é por falta de tempo, mas sim por falta de disponibilidade e de mobilização das pessoas...” E11</p> <p>“...os enfermeiros poderiam ser mais indignados e insistir mais em determinadas situações... poderíamos ir um pouco mais além... e as coisas iam se solidificando...” E11</p> |
| <p>INTEGRAÇÃO DE ELEMENTOS NOVOS</p> | <p>Papel do integrador Elemento de referência</p> | <p>“...considero que o papel do integrador é muito importante para que o novo elemento aprenda as coisas correctamente e dê o salto profissional. O integrador é fundamental nesta etapa...” E2.</p> <p>“... nas integrações a chefe tem o papel fulcral de dar a conhecer estes objectivos aos elementos novos e atribuir integradores com competência e capacidade profissional para integrar....” E2.</p> <p>“... depois haver uma maior continuidade, ou seja, trabalhar durante algum tempo com as</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>“...acho que uma das características principais é o dar tempo à pessoa para se adaptar...” E7</p> <p>“...importante que o novo elemento seja acompanhado pela mesma pessoa, ter alguém como referência...” E7</p> <p>“...a estabelecer mais confiança entre os dois se mantiverem uma maior estabilidade...” E7</p> <p>“...manterem se um x de tempo em cada especialidade, para haver maior consolidação dos conhecimentos...” E7</p> <p>“... penso que os elementos mais novos têm de estar mais tempo na mesma especialidade para consolidarem bem os conhecimentos naquela área, e às vezes isso não acontece...” E7</p> <p>“... andamos a saltitar de um lado para o outro... e depois em termos de produtividade e rendimento torna se mais fraco e é visível na organização do serviço...” E7</p> <p>“... já participei em várias integrações de colegas novos e alunos de enfermagem. Eu acho que o serviço tem condições para, mas a organização é que não...” E8</p> <p>“... isto é grave, porque começa um novo elemento de enfermagem a trabalhar que ainda não está apto e que irá contribuir para passar uma imagem insegura...” E8</p> <p>“... não existe uma uniformidade nas integrações, cada um faz como entende ser melhor...” E8</p> <p>“... não nos sentamos a falar frente a frente e a discutir os objectivos que já foram alcançados ou não. São conversas paralelas que não levam a nada, apenas levam a atritos e a confusões entre os colegas...” E8</p> <p>“ E não é falta de tempo, é uma falta de disponibilidade o que acaba por se reflectir numa falta</p> |
|--|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>de investimento no futuro...” E8</p> <p>“... considero que é fundamental existir uma reunião formal nas integrações porque senão a informação perde se. Infelizmente, o que acontece são conversas informais. Não existe qualquer tipo de avaliação...”E8</p> <p>“... as integrações para pessoas recém formadas considero que têm de se mais prolongadas o que será uma mais valia para o serviço...”E9</p> <p>“... e acho fundamental conhecer se os outros serviços do hospital, se ficarmos despertos para isso conseguimos ter uma melhor articulação de variadas especialidades e contribuir para uma melhoria dos cuidados...” E9</p> <p>“... era feita uma avaliação formal. Sabíamos quem estava apto a desenvolver ou não determinada actividade, e onde era preciso mais apoio..” E9</p> <p>“... critérios claros daquilo que o enfermeiro integrador tinha de fazer, e o que era esperado por quem estava a ser integrado...”E9</p> <p>“...eu participo nas integrações de colegas novos e as coisas já não funcionam da mesma forma. Porque cada um adopta a sua forma para integrar...” E9</p> <p>“.... o que eu defendo é uma relação de grande proximidade entre os elementos para saber com veracidade o que cada um já sabe fazer ou não...” E9</p> |
|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>“...tem de existir uma proximidade entre os elementos e critérios claros para as funções de cada um...” E9</p> <p>“... já integrei cinco novos colegas e ao inicio digo que me sentia muito honrada e com uma disponibilidade enorme para integrar e fazer com que a pessoa se sentisse bem. Não só que se sentisse bem como profissional mas como... era como se pertencesse no seio que era a nossa família que era aquela equipa forte...” E10</p> <p>“... depois o que aconteceu foi que as enfermeiras mais antigas foram se reformando e começaram a entrar cinco, seis enfermeiros novos de uma vez só. Então num espaço de um ano o nosso serviço foi invadido por uma quantidade que eu acho até excessiva de enfermeiros com pouca formação académica e pouca prática...” E10</p> <p>“... há quatro anos atrás os enfermeiros que concorriam para a instituição... iam porque gostavam daquela área e porque queriam saber mais, o que se assiste agora é que os enfermeiros vão para esta instituição porque é uma mais valia em termos de ordenado, porque precisam de enfermeiros... porque porque e porque... mas nada porque é a paixão de trabalhar naquela área...” E10</p> <p>“... a insegurança daquele elemento acaba por passar para o doente, para os colegas, e para a equipa médica.... a equipa de enfermagem depois não é valorizada...” E11</p> |
|--|--|---|

| | | |
|---|------------------------------------|--|
| | | <p>“ ... esta rotatividade não ajuda em nada porque desvaloriza o que estamos a tentar passar...” E11</p> <p>“... as equipas estão saturadas e não têm reconhecimento ou o devido valor de fazer as integrações...” E11</p> <p>“ ... a direcção de enfermagem também não aparenta grande preocupação neste aspecto... o que importa são os números... se funciona bem ou mal, não querem saber...” E11</p> |
| <p>RELAÇÕES FORMAIS/ INFORMAIS</p> | <p>Ambiente de trabalho</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| | <p>Hierarquização nas equipas</p> | <p>“... actualmente a equipa é demasiado jovem e somos muito novos para gerir. Eu acho que a organização não passa só pela chefia, todos nós podemos levar um serviço um pouco mais à frente, mas somos muito novos para conseguir gerir um serviço tão complicado porque tem imensas especialidades e somos novos para assumir essa responsabilidade...”E3.</p> <p>“... esta união está um pouco posta em causa...”E2.</p> <p>“... é uma equipa muito jovem e praticamente mais de 50% da equipa tem menos de um ano de casa...” E2.</p> <p>“...é uma diferença muito grande de atitudes, a nossa carreira é diferente, as nossas funções são diferentes, houve muitas alterações, e as características das gerações mais recentes originam certos conflitos na maneira de estar e de agir profissionalmente...” E2.</p> <p>“... Gradualmente vamos subindo e avançando numa escala de poder, que já tínhamos falado inicialmente. É uma hierarquia que se estabelece, e que se vai adquirindo com a experiência, conhecimentos e depois também depende das características individuais de cada um...” E2.</p> <p>“... Quem está na chefia, quem é supervisora de enfermagem, quem está na direcção de enfermagem... quer dizer... isto aqui há todo um fio condutor. As pessoas conhecem se sabem como é que isto funciona e sabem aquilo que devem fazer para ninguém pisar os calos umas das outras. È assim. A hierarquia funciona assim. Ninguém tenta entrar em conflito directo com ninguém...” E4</p> <p>“... quando o conflito é entre duas pessoas não é preciso envolver terceiros, podemos resolver</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|-------------------------|--|
| | <p>SUGESTÕES</p> | <p>“... Existem imprevistos, e é necessário que seja delegado esse poder a alguém que seja capaz de assumir essa responsabilidade. Para manter o bom funcionamento do serviço...”E2.</p> <p>“...o primeiro passo é sempre o saber quais são as dificuldades que a equipa está a sentir e fazer um diagnóstico da situação...” E2.</p> <p>“...acho muito importante haver reuniões, existir comunicação entre a equipa, chefes e colaboradores e até chegar à administração de enfermagem...” E2.</p> <p>“ ... a comunicação é muito importante entre os vários elementos e só dessa comunicação é que podem surgir várias soluções...” E2.</p> <p>“...nos reuníssemos, as pessoas partilhavam ideias e sentiam que não eram as únicas a ter aquela dificuldade, e não ficavam tão retraídas e com tanto medo...” E4</p> <p>“... deveria haver uma reunião dentro de cada equipa para saber e falar sobre uma situação que não tivesse ficado bem resolvida...” E4</p> <p>“... se soubermos comunicar, vamos a todo lado.... nunca tive nenhum atrito ou conflito, temos de saber comunicar uns com os outros...” E5</p> <p>“...acredito que hajam relações informais que possam levar a outro tipo de trabalho. E isto assim</p> |
|--|-------------------------|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>é prejudicial. Porque depois leva a uma falta de imparcialidade na distribuição das tarefas pelos vários enfermeiros...” E6</p> <p>“... as chefes são chefes mas acima delas ainda há outras, e muitas vezes não fazem aquilo que querem mas aquilo que lhes é imposto e mas elas têm de saber transmitir isso. E saber lidar com os enfermeiros que estão imediatamente abaixo, numa relação de chefia mas também ao mesmo tempo de igualdade. Existir uma empatia. E respeito...” E6</p> <p>“... agora não se estabelecem relações profissionais, ou seja, passa a existir uma banalidade nas relações com as pessoas em que não se distingue as funções de cada um e que ao fim ao cabo depois ninguém assume a responsabilidade de nada. E isto assim é um deixa andar.... E não vamos a lado nenhum...” E6</p> <p>“... A equipa é jovem, eu sinto falta das minhas colegas mais antigas e não tenho motivação para investir em mais nada...”E6</p> <p>“ a equipa de enfermagem é muito jovem e não sabem muito bem o que podem ou não fazer. Têm de se encaminhados. Não existe estabilidade para eles, porque o sistema de trabalho é por contratos...” E6</p> <p>“ a equipa não está tão unida...”E7</p> <p>“ ...os recém formados têm uma atitude muito individualista, mais renitente em ouvir os conselhos dos mais velhos... não conseguem gerir situações de urgência e estabelecer prioridades e o ajudar o outro nestas situações...”E7</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>“... há uma grande perda de informação porque são muitas pessoas a falar do mesmo e depois criam se situações de stress e conflitos que prejudicam o nosso trabalho...” E8</p> <p>“...penso que temos um bom espírito de equipa e bom ambiente de trabalho...”E8</p> <p>“... actualmente a equipa é muito jovem; e temos um trabalho mais independente e individual. E isto pode levar a alguns erros que passa muito por este individualismo...” E8</p> <p>Tenho relações informais naquela equipa muito fortes, o que é um dos motivos que me prendem ao serviço. Tenho amigos que além de colegas são amigos. E bons amigos. E8</p> <p>“... a informação é dada por pessoas com poder informal e esse poder de influência passa por dar o feedback daquilo que acham, daquilo que vêem nas passagens de turno, daquilo que ouvem e que nem sempre correspondem à verdade...”E9</p> <p>“... porque da experiência que fui tendo havia muitos chefes que tinham o feedback do trabalho dos enfermeiros, muitas vezes, era por informações colaterais dadas por outros colegas. E era uma informação enviesada, não era situações que tinham constatado mas fornecidas por terceiros....”E9</p> <p>“... há muitas pessoas que têm uma relação privilegiada com a chefia, e quando o chefe não está</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>muito disponível para estas situações acaba por pedir a informação a dois ou três elementos numa equipa de 40 elementos, e são sempre os mesmos a serem ouvidos...”E9</p> <p>“...existe um desfasamento de linguagem de quem chefia e de quem presta os cuidados e acaba por não haver uma uniformidade nos serviços...” E9</p> <p>“...fi lo por amor à camisola porque gostava do trabalho em equipa, era uma equipa forte, as relações que se estabeleciam lá dentro eram relações muito fortes quase familiares e as relações que se estabeleciam com o doente também o eram...” E10</p> <p>“... e às vezes nem tem a ver com a opinião de quem está a integrar, tem a ver com a opinião é de quem detêm esse poder informal sobre a chefia...” E10</p> <p>“... a informação é dada por pessoas com esse poder informal e esse poder de influência que lhe vão dando o feedback daquilo que acham, daquilo que vêem nas passagens de turno, daquilo que ouvem e que nem sempre correspondem à verdade...” E10</p> <p>... poder partilhado...” E10</p> <p>“... essa parcialidade é fomentada por pessoas que detêm o poder informal...” E10</p> <p>“...há pessoas que por várias questões, de afinidade, de egoísmo, de vaidade, não sei... há pessoas que se tentam sobrepor a outras e que têm um poder informal muito forte e que têm um poder de influência muito forte sobre a chefia, sobre as chefes de equipa...” E10</p> <p>“... a equipa era muito unida e mais madura... era saudável e eu tinha muita segurança nisso...”</p> |
|--|--|--|

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--|
| | | <p>E11</p> <p>“ ... conseguimos criar uma equipa muito forte e coesa...” E11</p> <p>“... atribuímos entre nós próprios um poder informal porque existia confiança entre nós...” E11</p> <p>“... agora os elementos da equipa estão ligados mas de um modo mais “superficial”...” E11</p> |
| <p>AUTONOMIA DA EQUIPA</p> | <p>Conhecimentos</p> | <p>“... estamos a perder domínio profissional e competências. Não nos é autorizado realizar ensinos, isto é inconcebível. As outras profissões estão a ganhar domínio e nós estamos a deixar...” E1</p> <p>“... o que eu noto é que cada vez mais perdemos mais poder em relação aquilo que já conseguimos alcançar e que é nosso...a nível de ensinos e actividades para recuperação após um período de doença, parece que estamos a perder gradualmente essa função na nossa profissão...”E4</p> |

| | | |
|--|----------------------------------|---|
| | <p>DESUNIÃO DA CLASSE</p> | <p>“... nós somos pouco unidos, é uma classe muito desunida...” E1</p> <p>“... a enfermagem não está unida. Todos nós trabalhamos para um fim, mas infelizmente não estamos todos juntos para esse fim...” E3.</p> <p>“... a equipa médica é extremamente unida, quando acontece alguma coisa na sua profissão tentam manter as suas convicções e unem se com unhas e dentes. Na enfermagem isto não acontece. Nós batalhámos sempre e sempre para a enfermagem ser valorizada mas não temos coragem para nos unir...” E3.</p> <p>“... a enfermagem não vai para a frente porque não nos unimos. Considero que a ordem também não nos ajuda, a bastonária não nos tem defendido. Mas eu tenho fé.... O facto de não nos unirmos também passa muito pela nossa desmotivação.”E3.</p> <p>“... considero que os enfermeiros não estão num posto mais alto por isso mesmo, não somos uma classe nada unida...” E5</p> <p>“... eu penso que uma das causas para esta desunião é o factor económico em termos individuais. O duplo ou triplo...é uma situação terrível. Eu penso que é uma das grandes causas da nossa desunião...” E5</p> <p>“... o grande problema da enfermagem é sermos um grande grupo de mulheres, porque infelizmente as mulheres nunca se vão dar bem...” E3.</p> |
|--|----------------------------------|---|

| | | |
|--|--|---|
| | <p>INSTABILIDADE PROFISSIONAL</p> | <p>“... houve uma altura que a enfermagem deu um grande pulo, porque as pessoas estavam motivadas.... Agora ninguém acredita que isto vai mudar... pelo governo, e por situações que se passam e nos transcendem... e as pessoas acreditam que vai mudar mas para pior.... Neste momento andamos à deriva. Considero que dentro de cada serviço, as pessoas não têm as suas funções muito bem definidas e isso não contribui para o investimento do serviço...” E3.</p> <p>“... penso que a equipa de enfermagem está a sofrer uma grande mutação, ainda não percebi muito bem o rumo que estamos a tomar... se iremos prestar melhores cuidados de enfermagem ou se vamos entrar num caminho de maior descuido e desleixo profissional... negligência talvez seja um termo muito forte, mas de desresponsabilização. Estamos num momento muito crítico e difícil de gerir....” E1</p> <p>“... eu acho que ninguém defende os nossos interesses. As mudanças políticas, a alteração constante da carreira de enfermagem. Actualmente não temos qualquer tipo de carreira. Não temos nada. Para os novos enfermeiros contratados não há uma carreira estruturada, ainda. Não há nada....” E4</p> |
| | <p>ACOMODAÇÃO</p> | <p>“... Infelizmente, acho que a equipa de enfermagem está a perder muita autonomia...” E1</p> <p>“... nós também nos acomodamos, é verdade...”E4</p> <p>“... quando alguém lança uma ideia nova, as pessoas não querem saber e não se estão para</p> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>chatear..” . E4</p> <p>“... a pessoa prefere deixarem as coisas seguirem como sempre foram porque sabe que se tenta fazer alguma coisa nova mas as outras não gostam, não há qualquer tipo de hipótese. Aquilo morre ali na altura...” E4</p> <p>“... estou naquela fase em que não vai valer a pena continuar a batalhar e a batalhar porque tenho a certeza absoluta que não vou conseguir absolutamente nada. E então, já não vale a pena investir. E isto porque sei mesmo que não conseguir nada, não é por ser preguiçoso ou deixar as coisas andarem, não é nada disso. Não vamos conseguir resolver rigorosamente nada e não vamos passar da cepa torta...” E5</p> <p>“... não tomam isto como uma sugestão que possa ser útil para a melhoria do doente. Tomam isto como um atentado ao poder que eles têm, e isto é péssimo...” E4</p> <p>“ ... toda uma hierarquização que quer queira ou não, existe, e o facto de elementos muito novos quererem ascender ao poder sem terem capacidades para tal, não nos vai levar a lado nenhum...”E6</p> |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>“... os médicos são difíceis no trato... e se tentarmos mudar alguma coisa ou falar com a chefia para isso, é difícil... é muito complicado... elas não conseguem fazer nada...” E6</p> <p>“ ... nós não temos autonomia para administrar um medicamento sem indicação médica mas podíamos formular protocolos. Temos um protocolo em que podemos intervir logo e o doente não precisa de estar à espera...” E7</p> <p>“...não existe qualquer tipo de interesse em mudar seja o que for. Não existe iniciativa para nada. A culpa começa por ser nossa, porque para estas coisas e para introduzir alguma mudança podemos começar por nós e por conversas informais. Se não nos unirmos e não falarmos nada muda...” E7</p> <p>“... nós podemos fazer uma proposta à equipa médica e dizem nos logo que não. Mas se tomarmos determinadas atitudes e medidas em que toda a equipa de enfermagem acaba por fazer e temos resultados positivos a equipa médica acabará por aceitar, nem que seja parcialmente. Eu sinto resistência pela equipa médica mas acho que nós não somos suficientemente unidos e não falamos entre nós...”E7</p> <p>“... eu acho que poderíamos fazer mais alguma coisa. Mas em equipa e não sozinha...”E7</p> <p>“... as representações sociais que existem no nosso meio condicionam muito esta situação. Mesmo que sejam pessoas e doentes diferenciados, a noção que existe é que o detentor do conhecimento é o médico. E o enfermeiro vai realizar aquilo que o médico diz e manda...”E8</p> <p>“... e depois a culpa também é nossa. Temos de ser mais interventivos e fazer ver a nossa</p> |
|--|--|---|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>posição, lutar pelos nossos direitos...”E7</p> <p>“... Falta nos muitos conhecimentos, e tudo começa na escola, nos estágios... a enfermagem abrange muitas áreas e é impossível saber tudo. Actualmente estamos a diminuir as áreas de actuação, porque agora existem os fisioterapeutas, terapias da fala, exercícios de mobilização, e outras áreas que estão a ficar cada vez mais específicas e nós não sabemos muito bem o que podemos ou não fazer...” E8</p> <p>“ Começamos a trabalhar sem as bases bem consolidadas. E infelizmente, o que acontece muito é que como somos muito novos quando acabamos o curso vamos trabalhar em vários sítios ao mesmo tempo e depois temos conhecimentos todos baralhados e confusos...”E8</p> <p>“... já tentei introduzir vários projectos, mas infelizmente dizem me que esse tipo de trabalho já está a ser desenvolvido... implica que está arquivado numa secretária há 5 anos ou ainda mais tempo e nada é feito. Depois tudo tem de passar pela aprovação da administração de enfermagem...e leva ainda mais tempo...” E8</p> <p>“...penso que a ideia da vassalagem e da submissão está a mudar um pouco, mas falta muito o conhecimento para a tal argumentação e fundamentação perante as outras profissões...” E8</p> <p>“... temos protocolos estabelecidos com a equipa médica que nos permite uma grande autonomia na nossa intervenção....”E9</p> |
|--|--|---|

“... e de haver uma boa articulação com os restantes profissionais, como os fisioterapeutas e restantes técnicos de saúde. Tudo isto é muito bom, e permite nos desenvolver várias actividades e projectos...” E9

“... a partir do momento em que os elementos de enfermagem progridem na carreira deixam de assumir funções na prestação directa de cuidados. Isto é completamente prejudicial à evolução da nossa profissão, lidam apenas com situações muito burocráticas...” E9

“... delegar da função da chefe para outras coordenadoras que por tentarem ascender ao poder ou não sei... por simples personalidade e maneira de ser... ah... não nos defendem tanto perante a equipa médica. E nesse sentido tornam se mais dependentes da classe médica, porque não há uma valorização daquilo que a gente faz bem perante os outros...” E10

“...É uma coisa cultural e que se vai construindo. Tu não podes impor a tua formação aos outros. Pode haver argumentos mas a decisão final vai ser sempre dos médicos. A maior parte das vezes nós sabemos que aquele tratamento não é eficaz e dizemos isso ao médico mas não podemos fazer braço de ferro com ele, porque senão o doente será sempre prejudicado. Não podemos comprar uma briga com a parte médica..” E10

“Teve de ser assim porque no confronto directo a maior parte das vezes perde o enfermeiro...” E10

“ ... saber argumentar...” E11

“ o conhecimento é fundamental...” E11

“ ... para desenvolver a nossa autonomia temos de saber e saber argumentar...” E11

“... temos dois superiores que não estão de acordo e que impossibilita o avanço do projecto... não sabemos ao concreto quem tem mais peso e quem toma a decisão final...” E11

“... tem de existir de uma parte superior que tenha o comando...” E11