

PROCESSOS DE MUDANÇA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

4

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



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

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN: 1647-9440

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

MONOGRAFIA – Nº 4

ISBN: 978-989-97031-4-8

Coordenação: Gabinete de Empreendedorismo da ESENfC

PROCESSOS DE MUDANÇA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA

Pedro Parreira

Rosa Melo

Amélia Castilho

Rogério Vieira

António Amaral

Série Monográfica
Educação e Investigação
em Saúde

4

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

FICHA TÉCNICA

TÍTULO:

PROCESSOS DE MUDANÇA EM ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

EDITOR

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

RESPONSABILIDADE DA SÉRIE MONOGRÁFICA

Manuel Alves Rodrigues

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

Maria da Conceição Bento

Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA DA MONOGRAFIA

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

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

Amélia Castilho, *MS, Professora adjunta na ESEnFC*

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

António Amaral, *MS, Professor coordenador na ESEnFC*

AUTORES:

Ana Luísa Escada Marques Silva

Anabela Pires Carvalho Mateus

Carla Isabel Pires Santos

Carla Pastilha

Cristina Isabel G.S. Fernandes

Jorge Manuel Ferreira Margarida

Susana Vicente

Tiago Simões

SÉRIE MONOGRÁFICA

ISSN 1647-9440

MONOGRAFIA

Número 4

ISBN: 978-989-97031-4-8

DEPÓSITO LEGAL 359604/13

MAQUETIZAÇÃO E REVISÃO FINAL

Patrícia Almeida, *Lic. Jornalismo*

APOIO DOCUMENTAL

Maria Helena Saraiva, *Técnica Especialista Documentação, ESEnFC*

APOIO TÉCNICO

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

GRÁFICA

Tipografia Lousanense, Lda.

ANO DE PUBLICAÇÃO 2013

Índice

Gestão da rede nacional de cuidados continuados integrados – evolução ou inovação?	
Cristina Isabel G. S. Fernandes.....	7
As mudanças organizacionais na saúde	
Jorge Manuel Ferreira Margarido.....	25
A enfermagem nos trilhos da liderança: a arte da possibilidade	
Carla Pastilha.....	35
Gestão de conflitos organizacionais: uma exigência em enfermagem	
Tiago Simões.....	57
Os contributos dos padrões de qualidade nos cuidados de saúde: análise do caso de uma maternidade	
Susana Vicente.....	73
Gestão de conflitos nas equipas de saúde	
Anabela Pires Carvalho Mateus.....	95
Mudança organizacional: uma realidade desejada ou imposta	
Carla Isabel Pires Santos.....	107
Processo de mudança numa organização hospitalar: análise de um caso prático	
Ana Luísa Escada Marques Silva.....	117

Prefácio

As organizações de saúde são caracterizadas por ambientes altamente complexos, dinâmicos, imprevisíveis e sujeitos a grandes mudanças geradoras de conflitos nas equipas de saúde. Para que estas mudanças sejam proficuas torna-se premente que os líderes desenvolvam um conjunto de competências de liderança e utilizem estratégias construtivas de gestão de conflitos através da utilização de uma comunicação assertiva favorecendo a reflexão e a discussão como meios para alcançar o consenso e o compromisso.

Mas para a implementação destas estratégias é fundamental criar condições aos dirigentes no sentido de promover o desenvolvimento de competências de gestão e de liderança para permitir o sucesso das organizações num contexto globalizado e intensamente competitivo requerendo uma gestão eficaz e eficiente.

Neste sentido, a formação pós-graduada em gestão dos serviços de saúde pode ser um excelente contributo para o desenvolvimento das competências de gestão e de liderança dos profissionais de enfermagem.

A presente colectânea de textos centrada nas temáticas da mudança organizacional, da liderança e da gestão de conflitos resultou da análise reflexiva realizada, no âmbito da formação pós graduada de profissionais de saúde, em torno destas temáticas. Esta segunda colectânea tem como objectivo divulgar o conhecimento produzido pelos enfermeiros dando visibilidade ao trabalho desenvolvido, fomentando a partilha e contribuindo para a reflexão sobre estas relevantes temáticas no seio das organizações de saúde.

Rosa Cândida Melo

Gestão da rede nacional de cuidados continuados integrados – evolução ou inovação?

Cristina Isabel G. S. Fernandes

Introdução

O conceito de integralidade que se vive actualmente no sistema de saúde português remete para o conceito de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo-se a interdependência dos intervenientes e as organizações. Face à constatação de que nenhum deles dispõe a totalidade de recursos e competências necessárias para resolver os problemas de saúde de uma população em diversos ciclos da vida, emerge a necessidade, de desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável pelos recursos colectivos.

O novo modelo do sistema de saúde português e particularmente a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, tende a eliminar barreiras de acesso aos diferentes níveis de atenção. Nas diversas reformas, a descentralização e a regionalização mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistências, têm sido activamente estimuladas com base no que se pretende como modelo ideal, que permite aumentar a efectividade e a eficiência dos sistemas.

O desenvolvimento desta temática prende-se com a motivação profissional da autora, tendo sido utilizada como metodologia a pesquisa bibliográfica.

Este artigo tem como objectivo identificar os conceitos fundamentais de gestão e a sua aplicabilidade nas estruturas organizacionais de saúde, bem como, analisar criticamente as respectivas implicações nos novos modelos de gestão da saúde.

A exposição organiza-se em quatro eixos: enquadramento teórico sobre Estruturas Organizacionais e de Rede; breve referência à evolução do Sistema Nacional de Saúde e à gestão do mesmo, enquadramento geral da Rede Nacional de Cuidados Continuados e um último eixo em que se efetua uma análise crítica dos contextos explorados terminando com algumas considerações finais.

Estruturas organizacionais e de rede

A importância das estruturas organizacionais, segundo Parreira (2005), advém da constante mutação da envolvente e do impacto que estas têm nas estruturas internas da organização. Ainda para o mesmo autor, a estrutura poderá funcionar como ferramenta que os administradores podem utilizar para maximizar os recursos e desenvolver acções, através da implementação de estratégias adequadas à nova estrutura, o que facilita a inovação e adaptação.

Mintzberg (1998), citado por Parreira (2005), define estrutura organizacional como todas as formas em que se divide o trabalho e a coordenação do mesmo, referindo que a hierarquia e a comunicação são o modo de estruturação entre os diferentes níveis.

Poderá dizer-se que a estrutura organizacional permite à organização atingir os objectivos, tendo estes como funções a produção de resultados; a adaptação dos indivíduos às organizações e facilitação do desenvolvimento das actividades de tomada de posição.

A análise e avaliação das estruturas organizacionais são efectuadas com base em 3 dimensões: complexidade, formalização e centralização/descentralização, como refere Parreira (2005).

A dimensão da complexidade alude ao grau de diferenciação que existe ou número de unidades estruturais em que se agrupam os membros de uma organização. Quanto à formalização, reporta-nos para o grau de risco que os comportamentos individuais e sociais são regulados, grau de standardização das tarefas desenvolvidas e uso de normas numa organização. A centralização menciona a distribuição do poder na organização, isto é, o grau de delegação na tomada de decisão e a concentração do poder dá-se a nível superior. Por oposição descentralização concentra mais decisão nos níveis inferiores.

Ainda segundo o mesmo autor (2005), para Mintzberg a estrutura organizacional é constituída por 5 partes fundamentais: vértice estratégico, linha hierárquica, tecnoestrutura, equipas de apoio e o centro operacional, que mediante o confronto destes 5 elementos emergem 5 configurações de estruturas: a simples, a divisionada, a burocrática mecanicista, a burocrática profissionalizada e a adocrática. O autor refere ainda que apesar das configurações estruturais de Mintzberg representarem um grande valor preditivo, podem categorizar-se tendo por base outro critério de classificação, do qual resultam 5 abordagens: abordagem funcional, abordagem divisionada, abordagem matricial, abordagem em equipa e abordagem em rede.

Neste artigo dá-se ênfase à abordagem em rede. “A palavra rede é uma representação que tem sido usada como princípio organizativo dominante para explicar como o mundo realmente funciona; e como arquitectura fundamental para os arranjos tecnológicos, sociais e institucionais produzidos pela acção humana” (Chagas, Oliveira e Gomes, 2006, p. 17).

Lima, Silva e Calvosa (2008) apud Castells (1999), refere que para as ciências sociais, o termo “rede” designa um conjunto de pessoas ou organizações interligadas directa ou indirectamente. A intensidade e a frequência da interacção entre os actores sociais são maiores se esses actores forem nós de uma rede, do que se não lhe pertencerem. Para os mesmos autores, uma rede caracteriza-se pela flexibilidade, planificação, controle descentralizado e relações laterais, não comportando centros ou níveis diferentes de poder, pelo que deve haver livre circulação de informações. Todos os seus membros têm que ter acesso a todas as informações que nela circulem pelos canais que os interliguem. Não podem existir circuitos únicos ou reservados.

Actualmente a ligação em redes é sem dúvida a forma mais eficaz de organizar o tempo, a energia, os recursos e as decisões de colaboração a favor de uma causa.

Na actualidade as redes organizacionais encontram-se em grande expansão em função das condições do fomento da globalização e as novas tecnologias de informação e comunicação.

Os autores referem ainda que as redes podem organizar-se em redes inter-organizacionais e intra-organizacionais. As redes inter-organizacionais caracterizam-se pela relação entre as organizações, tendo o ambiente externo e abstracto como pano de fundo para suas interacções. As intra-organizacionais consistem em sistemas de ligação entre pessoas ou actores sociais, dentro das mesmas.

Chagas, Oliveira e Gomes (2006) consideram que para que um processo de construção de redes seja bem sucedido deve obedecer a cinco requisitos: definição do objectivo, qualificação dos intervenientes, sensibilização das organizações, o estabelecimento da visão de futuro e de uma agenda inicial de acções. Estes autores consideram ainda que o processo de gestão da rede desenvolve-se de acordo com as suas estruturas, estratégias e procedimentos elaborados e implementados na fase de construção.

Consideram ainda, que uma rede vive da confiança dos seus parceiros na sua utilidade e, para a adquirir, é necessário demonstrar capacidade de concretizar os planos e atingir os objectivos. Além disso, tendo em conta a importância das relações subjectivas de confiança, é fundamental avaliar a percepção dos utilizadores finais de acções da rede quanto aos resultados obtidos e ao desempenho das lideranças.

Evolução dos serviços de saúde em Portugal

A organização dos serviços de Saúde em Portugal é anterior ao tempo da rainha Santa Isabel e D. Leonor que fundaram as Misericórdias.

Em 1899, o Dr. Ricardo Jorge iniciou a organização dos “Serviços de Saúde e Beneficência Pública” que, foi regulamentada em 1901. Nessa altura a prestação de cuidados de saúde era de índole privada, sendo da responsabilidade do estado apenas a assistência aos pobres (Ministério da Saúde, 2005).

No século XX com a industrialização, desenvolveram-se centros de investigação e novas tecnologias produzindo - benefícios para as populações, proporcionando-lhes mais conhecimentos nos cuidados à sua saúde. As Câmaras Municipais assumiram responsabilidades na defesa sanitária das populações e daí surgiu um esboço dos serviços de saúde em Portugal, ao qual foi dado o nome de “Casa da Saúde”.

Em 1911, foi criada a Direcção Geral da Saúde e em 1946, segundo o Ministério da Saúde (2005), a Lei nº 2011/46 de 2 de Abril, estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde existentes, Hospitais das Misericórdias, Estatais, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados.

Segundo Ferreira (1990), o Ministério da Saúde foi criado em 1958 e em 1962 com o Decreto-Lei nº 44.320 foi criada a Direcção Geral dos Hospitais que instituiu em cada distrito uma Delegação de Saúde. Deste Decreto-Lei saiu ainda o Modelo de Procedimento para a Implementação dos Cuidados Saúde Primários (CSP), defendido no mesmo termo oito anos mais tarde na Conferência de Alma-Ata.

Apenas em 1971, com a “reforma de Gonçalves Ferreira”, surge o primeiro esboço de Serviço Nacional de Saúde (SNS). São então desenvolvidos princípios como: o reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, sendo da responsabilidade do Estado assegurar esse direito, através de uma política unitária de saúde da responsabilidade do Ministério da Saúde; a integração de todas as actividades de saúde e assistência, visando alcançar o melhor rendimento dos recursos utilizados; e a noção de planeamento central e descentralização relativa à execução, promovendo a dinamização dos serviços locais (Ministério da Saúde, 2005).

A partir de 1974 a política de saúde em Portugal passou por alterações radicais, tendo surgido condições políticas e sociais que permitiram, em 1979, a criação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), a partir do qual o

Estado assegura o direito à saúde a todos os cidadãos. É também importante salientar, que o “despacho Arnault”, em 1976 criou condições de acesso aos postos de Previdência Social (que mais tarde dariam lugar à Segurança Social) a todos os cidadãos, independentemente da sua capacidade contributiva.

Na década de noventa é aprovada a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e, através do Decreto-Lei nº 11/93 de 15 de Janeiro é publicado o novo estatuto do SNS, que pela criação de unidades integradas tenta ultrapassar a divisão entre os CSP e diferenciados. As unidades integradas de saúde têm o objectivo de viabilizar a articulação entre grupos personalizados de hospitais e Centros de Saúde (CS). Com o mesmo decreto foi aprovado um novo estatuto do SNS, dando cumprimento ao nº2 da Base XII da Regulamentação da Lei de Bases da Saúde nº 48/90, criando cinco unidades integradas de cuidados de saúde, dividindo-as em sub-regiões de saúde.

Em 1999 estabeleceu-se o regime dos Sistemas Locais de Saúde (SLS), que consistem num conjunto de recursos articulados em complementaridade, organizados segundo critérios geográfico-populacionais, que visam facilitar a participação social, e que conjuntamente com os hospitais e os CS, pretendem promover a racionalização dos recursos e a saúde.

É no prosseguimento desta linha de actuação que são criados os Centros de Responsabilidade Integrada (CRI). Pretende-se que os CRI constituam verdadeiros órgãos de gestão intermédia, que, sem quebrar a unidade de conjunto, sejam dotados de poder decisório, possibilitando-se a desconcentração da tomada de decisão.

Citando Carapinheiro e Page (2001), foi dado um lugar de destaque a estes CSP, chamados “primeira linha de defesa” e alguns anos mais tarde designados por CS. Estes representam o primeiro contacto com o indivíduo, a família e a comunidade.

O documento “Saúde um compromisso – A Estratégia de Saúde para o virar do século (1998-2002)”, publicado em 1999, segue as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) – Copenhagen, 1997. Apresenta uma proposta que se pretende efectivar e que passa por mudanças estruturais referenciadas em dez pontos. Destes, Carapinheiro e Page (2001) salientam dois: 1- A criação de “CS de 3ª Geração” com nova lógica de gestão; 2- A criação de “SLS” em que a orientação vem das “Unidades Funcionais de Saúde”, e integrando um conjunto de recursos locais de saúde organizados em rede (CS, hospitais e privados). Estes sistemas pretendem integrar a saúde no Sistema de Alerta e Resposta Apropriada (SARA).

Assim, o SNS envolve todos os cuidados integrados de saúde, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção e diagnóstico da doença, o tratamento dos doentes e a reabilitação médica e social. O seu objectivo

é a efectivação, por parte do Estado, da responsabilidade que tem na protecção da saúde individual e colectiva. Tem autonomia financeira e administrativa, estrutura-se numa organização desconcentrada e descentralizada, sendo constituído por órgãos com diferentes características que se articulam a nível central, regional e local. Dispõe de serviços prestadores de cuidados primários e serviços prestadores de cuidados secundários, e é apoiado por actividades de ensino que têm em vista a formação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde (Ministério da Saúde 2005),.

Em 2002, com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar (Lei nº 27/2002, de 8 de Novembro), embrenham-se modificações profundas na Lei de Bases da Saúde. Acolhe-se e define-se um novo modelo de gestão hospitalar, aplicável aos estabelecimentos hospitalares que integram a Rede de Prestação de Cuidados de Saúde e dá-se expressão institucional a modelos de gestão de tipo empresarial (EPE).

Verificamos nesta apresentação cronológica, que a reforma continuada do sistema de saúde e, como consequência, a estruturação do SNS têm que ser vista como um processo de melhoria constante de forma a acompanhar a evolução, necessidades e expectativas da sociedade.

A protecção da saúde tem sido um objectivo em todas as civilizações antigas e modernas. Nos tempos mais recentes, pelo menos nos países ocidentais, o aumento da longevidade associada ao isolamento social criou uma vulnerabilidade acrescida principalmente ao nível da população mais idosa.

A favor da actual forma de organização social, os idosos vivem sozinhos sem família que possa prestar-lhe os cuidados de que necessitam; por outro lado, a falta de investimento na recuperação e reinserção social de indivíduos com sequelas, transforma o fim de vida num pesadelo para o próprio e para os cuidadores. Daí que surja a necessidade de analisar e definir os critérios a utilizar na locação de recursos, de forma a garantir a equidade no acesso à saúde e na supressão do sofrimento, impedindo a discriminação no acesso aos cuidados de saúde das populações mais vulneráveis, e investindo na educação para a saúde.

O facto do Estado ter assumido, por inteiro, a responsabilidade dos objectivos e das despesas do SNS, através do Orçamento Geral do Estado, desencadeou falhas no mesmo, como por exemplo, debilidade financeira, ausência de inovação na gestão, falta de transparência entre os interesses públicos e privados, dificuldade de acesso e baixa eficiência (OPSS,2008).

Destes constrangimentos, surge o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que redefiniu a rede de prestação de cuidados de saúde primários, passando a ser constituída por centros de saúde integrados no SNS, pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuida-

dos de saúde primários a utentes do mesmo sistema, nos termos de contratos celebrados, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades.

Em 2004, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, apresentou objectivos estratégicos que podem ser enquadrados nos seguintes princípios: alcançar ganhos de saúde nas distintas fases do ciclo de vida, e atenuar o peso da doença; utilizar instrumentos apropriados que possibilitam a melhoria da gestão e dos recursos do sistema de saúde, e a criação ou aperfeiçoamento de programas nacionais; apostar no desenvolvimento de áreas da gestão do conhecimento e da informação e promover investigação relevante.

Actualmente, estamos perante uma nova reforma do sistema de saúde português ao nível dos cuidados de saúde primários onde se pretende, entre outros objectivos, reconfigurar e autonomizar os centros de saúde e criar Unidades de Saúde Familiar, tendo em vista a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde.

A 22 de Fevereiro de 2008 foi publicado o Decreto-Lei n.º 28/2008 que regulamenta a criação dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES). Estes são definidos como “serviços públicos, com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica”.

Das várias unidades previstas, a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) cumprirá um papel de grande relevância no seio do ACES, pela sua missão de prestação de “cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeiram acompanhamento próximo. Actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família, na implementação de unidades móveis de intervenção” e pela responsabilidade de integrar no seu campo de intervenção as equipas domiciliárias de cuidados continuados integrados e comunitárias de suporte em cuidados paliativos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro).

De acordo com o Relatório de Primavera 2008 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS), prevê-se para esta unidade a exigência de respostas globais, integradas, articuladas e de grande complexidade, pelo que se recomenda a maior atenção na sua concepção e implementação. Deverão ser dotadas do modelo organizacional, recursos humanos e materiais compatíveis com os novos desafios que se colocam aos cuidados de saúde primários no âmbito da intervenção comunitária e das respostas de proximidade aos cidadãos, que se pretendem cada vez mais perto dos locais onde

vivem e trabalham. O mesmo é exigível, também, para a Unidade de Saúde Pública (USP) pelo seu desígnio fundamental ao nível do planeamento em saúde para a área geodemográfica. Os ACES prevêm ainda a existência de unidades de apoio à sua governação como é o caso do Conselho da Comunidade, do Conselho Clínico, da Unidade de Apoio à Gestão e do Gabinete do Cidadão.

Realça-se o facto de, finalmente se perspectivar a existência de uma hierarquia técnica (*i.e.* um conselho clínico) que permitirá a adequada integração das vertentes da gestão clínica (director clínico) e da gestão organizacional.

É de notar também que a autonomia dos ACES é administrativa e que a sua consumação está intimamente relacionada com a existência de um contrato-programa a estabelecer entre o ACES e as Administrações Regionais de Saúde (ARS). Este contrato-programa, resulta de um processo de contratualização, é um salto qualitativo assinalável face ao passado.

Prevê-se que os ACES tragam aos cuidados de saúde primários uma melhor prestação de cuidados, através de uma melhor organização, consolidada numa maior descentralização da decisão e autonomia. Estes agrupamentos são o reavivar dos também legislados centros de saúde de terceira geração já referidos.

A grandeza dos valores apresentados por ACES, seja em termos financeiros, número de unidades assistenciais agrupadas ou número de profissionais, indica que estas novas unidades orgânicas constituir-se-ão como organizações complexas de média ou grande dimensão. Como tal, as competências gestionárias e as ferramentas de apoio à gestão assumem aqui um papel fundamental, daí que devam ser suportadas por uma robusta componente de gestão qualificada, resultante das competências dos seus corpos dirigentes e dos recursos humanos afectos à unidade de apoio à gestão e da qualidade dos seus sistemas de informação.

Em 2007, houve a extinção das Sub-regiões Regionais de Saúde (SRS) correspondentes aos distritos onde se localizam as ARS, no entanto, não se conhece qualquer trabalho de redesenho organizacional que permita transferir, de uma forma tranquila e segura, para os futuros ACES as tarefas hoje desenvolvidas pelas ARS e pelas Sub-regiões de Saúde. Suprimir os ACES da realização local de determinadas tarefas gestionárias e optar por centralizá-las nas ARS, poderá conduzir ainda a um maior afastamento entre a prestação e decisão.

Por outro lado, poderá levar à criação de uma hiper-estrutura regional, que facilmente será absorvida pelas teias da burocratização. Se assim for, se não se acautelar que os ACES sejam providos de competências gestionárias, poder-se-á dizer que as motivações da reforma ficarão por cumprir.

A tarefa de constituição dos ACES é muito complexa, devido ao facto de ter de ocorrer a transferência de competências e do poder de decisão. Por sua vez, o forte impulso na desconcentração da tomada de decisão previsto nos ACES, tem que ser suportado por vigorosos sistemas de informação, formação de dirigentes e criação das competências necessárias na Unidade de Apoio à Gestão, essencial para que esta reforma possa alcançar o êxito pretendido.

Esta reconfiguração estrutural e organizacional coloca o desafio de se estar perante o maior e mais profundo processo de redesenho organizacional da história do SNS.

A reestruturação dos CSP está intimamente relacionada com o sucesso na implementação dos ACES, grande desafio para os próximos anos. No entanto, assistimos a um atraso inquestionável na tradução prática do mesmo.

Gestão do sistema nacional de saúde

A organização das actividades do Estado português, durante muito tempo esteve de acordo com o modelo weberiano de organização, baseado na divisão vertical do trabalho, na distribuição da autoridade ao longo da hierarquia, em que concentra no topo da organização a responsabilidade por todas as acções. As actividades são organizadas de acordo com uma hierarquia de autoridade formal e de acordo com um sistema impessoal de regras, (Araújo [s.d.]).

As organizações de saúde são um sector de grande complexidade, estas para além da sua complexidade, sofrem influência das constantes mudanças em curso nos sistemas de saúde, em que se integram, e que constituem novos desafios com reflexos na sua gestão.

Os gestores destas organizações têm seguramente um dos papéis mais complexos no que diz respeito a cargos executivos, uma vez que exercem funções num contexto de contínuo processo de reforma. Têm que lidar com novas formas de organização e incentivos, onde se dá maior ênfase à saúde centrada no indivíduo, recolha de informação e avaliação de resultados.

É previsível que a evolução dos sistemas de saúde terá impacto nos profissionais de saúde, nomeadamente no que diz respeito aos gestores, que terão de se adaptar às rápidas transformações.

A organização e gestão dos serviços de saúde passam também pelo envolvimento da classe de enfermagem, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2005), para favorecer a concretização de uma política de proximidade ao indivíduo, de cuidados de respostas referenciadas, integradas e de quali-

dade, de promoção de estilos de vida saudáveis, de mais e melhor saúde. É necessário que o SNS seja efectivamente gerido, criando mais valor nos recursos que dispõe, com envolvimento dos profissionais na política do sector, considerando-os essenciais para a garantia dos resultados. Nas acções propostas pela OE no documento “Organização e Gestão dos Serviços de saúde – Participação dos Enfermeiros”, destaca-se a acção que refere a “participação dos enfermeiros no desenvolvimento da Política de Saúde e Gestão de serviços, como parceiros estratégicos ao nível central, regional e local”.

As despesas do sector da saúde são mais do que custos, também são consideradas como investimento.

O novo modelo do SNS procura promover a eficiência através da criação de um mercado que estabelece fronteiras entre o sector público e o privado. Esta reforma do sistema de saúde parte da premissa de que o aumento de prestadores de cuidados de saúde irá criar pressões competitivas, que permitem promover a melhor utilização de recursos, proporcionando melhores cuidados de saúde.

Em 2008, o governo português assumiu a estratégia, a cumprir até 2010, de estruturar o Orçamento de Estado por Programas. Para tal foi criado pelo Ministério das Finanças, o GTIPOP – Grupo de Trabalho para a Implementação Piloto da Orçamentação por Programas (Despacho 4639/2008, de 31 de Janeiro de 2008). A Orçamentação por Programas é uma parte integrante da reforma do processo orçamental. Um dos principais objectivos deste projecto é a mudança de enfoque do orçamento, que tem como principal ambição concretizar a passagem de uma gestão pública centrada nos recursos para uma lógica de resultados/impactos, passando pela definição atempada dos objectivos que estão associados à despesa e respectivos indicadores, que permitirão monitorizar a eficiência, eficácia e qualidade do respectivo programa.

Rede nacional de cuidados continuados integrados

Na Resolução do Conselho de Ministros nº 84/2005, foi criada uma comissão para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde às pessoas Idosas e às pessoas em situação de dependência, cujo principal objectivo, era construir um modelo de intervenção nos Cuidados Continuados Integrados (CCI), modelo este assente em dois pilares fundamentais: integração do SNS e integração do Sistema de Segurança Social.

Foi então que em Junho de 2006 surge a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada, em substituição da Rede Mais,

pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Esta Rede é constituída por unidades e equipas de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social, mas também de cuidados e acções paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. O conceito de CCI não é ainda do âmbito do domínio geral dos profissionais de saúde e população em geral.

Por CCI entende-se “conjunto de intervenções sequenciais de saúde e/ou apoio social, de acção conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e inserção familiar” (Decreto-Lei n.º 101/2006).

As premissas internacionais subjacentes ao desenvolvimento de respostas de CCI podem ser resumidas, da seguinte forma: São necessários melhores serviços de apoio continuado às pessoas em situação hospitalar, é necessário diminuir o internamento desnecessário, o recurso às urgências por falta de acompanhamento continuado e os reinternamentos hospitalares.

A doença ou aparecimento de necessidades de apoio de saúde e ou social, de carácter definitivo ou temporário é vivenciado pelos seres humanos como uma agressão cujas incapacidades se repercutem no contexto sócio-familiar, sendo as famílias confrontadas com novas exigências, para as quais raramente estão preparadas.

A constituição de equipas multidisciplinares da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social é uma prioridade para ir ao encontro das necessidades dos utentes que necessitam de CCI.

A finalidade da RNCCI é garantir a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e necessitem de cuidados de saúde e/ou apoio social.

A RNCCI rege-se pelos seguintes princípios e direitos:

Princípios - Prestação individualizada e humanizada de cuidados; Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede; Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede; Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade; Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados; Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objectivos de funcionalidade e autonomia; Promoção, recuperação contínua ou manutenção da

funcionalidade e da autonomia; Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede; Participação e co-responsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados; Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Direitos - A Rede assenta na garantia do direito da pessoa em situação de dependência: À dignidade; À preservação da identidade; À privacidade; À informação; À não discriminação; À integridade física e moral; Ao exercício da cidadania; Ao consentimento informado das intervenções efectuadas.

A prestação dos CCI é assegurada por: Unidades de Internamento; Unidades de Ambulatório; Equipas Hospitalares; e Equipas Domiciliarias.

São objectivos da RNCCI: Actuar sobre o estado de saúde dos cidadãos que tiveram perda de autonomia; Actuar sobre a capacidade funcional, prevenindo o agravamento.

A coordenação desta Rede é efectuada a nível nacional e organiza-se em dois níveis territoriais de operacionalização: Regional e Local, asseguradas por equipas coordenadoras.

Guerreiro (2006) refere que é intenção do Governo Português que a coordenação da rede seja vertical, homogénea, para todo o país, tendo em conta as reais necessidades de cada região

A implementação deste modelo de intervenção integrada e articulada, ocorreu de forma progressiva através do Projecto de Experiências Piloto que terminou Setembro de 2007. Neste projecto, face aos resultados observados ao nível da grande variabilidade e heterogeneidade foi necessário constatar a importância do nível central na formulação e apoio ao desenvolvimento das estratégias e gestão de inovação, na implementação do modelo e filosofia de CCI.

A coordenação a nível regional é efectuada por 5 Equipas Coordenadoras Regionais (ECR), constituídas por representantes das ARS e Centro Distrital da Segurança Social (CDSS) designados por 3 anos renováveis. É dimensionada em função das necessidades e dos recursos existentes e constituída por profissionais com experiência nas áreas de planeamento e gestão.

São competências das ECR: garantir a equidade no acesso à Rede e adequação dos serviços prestados; promover condições para assegurar padrões de qualidade no funcionamento e cuidados prestados pelas equipas da Rede; articular com a coordenação da Rede a nível nacional e com as Equipas Coordenadoras Locais (ECL); fomentar a articulação dentro da Rede entre os vários parceiros que a integram e com outras entidades que entendam pertinentes para o exercício das suas competências.

A nível local a coordenação faz-se através das Equipas Coordenadoras Locais (ECL), estas equipas são constituídas: no sector da saúde, por um Médico e pelo menos um Enfermeiro; no sector da segurança social: um Assistente Social; e sempre que necessário, um Técnico da Autarquia local.

Estes elementos são designados, consoante as áreas de intervenção, pelo Presidente do Conselho de Administração da ARS, por um período de 3 anos renovável.

Às ECL compete: Assegurar a articulação com as unidades e equipas da Rede ao nível local; Assumir fluxos de referência dos utentes na Rede; Apreçar a avaliação clínica e social e os objectivos terapêuticos, constantes de proposta de admissão elaborada pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) ou pelo Médico, Enfermeiro ou Assistente Social do C.S., de modo a determinar, num período não superior a 48 horas, a admissão numa das unidades ou equipas da Rede. Assegurar, sob autorização prévia da ECR, sempre que excedido o período de internamento máximo, previsto para a unidade ou equipa da Rede e após reavaliação da situação, a continuidade do utente na respectiva unidade ou equipa da Rede. Assegurar, após a alta dos utentes, e consoante os casos, a admissão em outra unidade ou equipa da Rede ou preparação do regresso ao seu domicílio.

A referenciação para a RNCCI deverá conter: avaliação médica; de enfermagem e social; com objectivos de intervenção centrados na pessoa.

Neste contexto, e no domínio da RNCCI, a prestação de cuidados é assegurada por diversas tipologias, designadamente as Unidades de Internamento, dividem-se em Unidades de Convalescença (UC); Unidades de Média Duração E Reabilitação (UMDR); Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM); e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP).

As Unidades de Ambulatório intitulam-se como Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia (UDPA). Existem ainda Equipas Comunitárias de suporte de paliativos (ECSCP) e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), estas últimas que se encontram em grande expansão. O aplicativo informático de monitorização da RNCCI – Gestcare, funciona com ferramenta facilitadora das relações existentes entre os diversos intervenientes.

A introdução de novos modelos de gestão não é uma panaceia que vai por si só resolver os problemas do sistema de saúde português. Importa melhorar a compreensão dos factores económicos relacionados com a saúde e a doença e do impacto económico da melhoria da saúde.

Para uma melhor coordenação, monitorização e avaliação das intervenções, é necessária a designação de um Gestor de Caso, que depende da tipologia de cuidados de que os utentes necessitam, sem prejuízo para os profissionais.

A RNCCI acarreta algumas mudanças no que diz respeito aos Acordos com as diversas instituições com quem faz parcerias, uma vez que os preços alocados têm por base pacotes de serviços que estão a ser constantemente avaliados em ganhos de saúde, qualidade e satisfação dos utentes e profissionais.

A comparticipação dos custos inerentes aos cuidados prestados com base num Plano Individual de Intervenção, para cada utente, é da responsabilidade do SNS, Segurança Social e utentes ou famílias. Guerreiro (2006) refere que a sustentabilidade de um sistema de cuidados continuados faz-se com todas estas contribuições e sem elas não é possível manter o projecto.

Para a mesma autora, os esforços públicos da saúde, esforços do Estado em geral, doentes, famílias, seguradoras e de privado são fundamentais, permitindo encontrar um conjunto de mais e melhores respostas.

A RNCCI foi um dos três projectos seleccionados para constituir o projecto-piloto GTIPOP, entre 2009 e 2012, sendo experimentado como um programa plurianual, centrado nos resultados e com metas e objectivos claramente definidos e monitorizados, com finalidade de obter ganhos adicionais em saúde para os portugueses. A utilização de políticas de CCI visa a melhor prestação de cuidados de saúde e apoio social a populações com necessidades específicas e de elevado risco, contribuindo desta forma para uma melhor qualidade de vida.

Ao contribuir para a eficiência dos gastos na saúde, pretende-se encontrar respostas menos dispendiosas, das praticadas na actualidade, limitar o tempo de internamento em unidades hospitalares e combater os elevados custos inerentes ao elevado envelhecimento da população, fenómeno que é cada vez mais eminente na população mundial.

Para cumprir os seus objectivos estratégicos, as acções no âmbito da RNCCI devem ser eficazes, eficientes e com uma aposta significativa na melhoria contínua da qualidade, incluído a formação dos seus intervenientes de forma a atingir o patamar da excelência.

Análise crítica

O envelhecimento da população, resultante das baixas taxas de natalidade e do aumento da longevidade, é um fenómeno já bem conhecido, prevê-se que o número de indivíduos com mais de 65 anos em 2050 aumente cerca de 70%, o que conduzirá certamente a um aumento da procura de cuidados de saúde, diminuição da população activa e aumento das despesas de saúde.

Considero que para sustentar medidas de suporte destes factores será necessário intensificar os estudos de investigação, aumento da intervenção e domínio da saúde pública, de forma a garantir que as acções deliberadas sejam eficazes e eficientes.

O recurso a tecnologias de informação e comunicação devem facilitar os processos de comunicação entre o cidadão e os profissionais que constituem as equipas, assegurando um adequado encaminhamento de cada situação para domicílio ou unidade de internamento.

A coordenação, monitorização e avaliação das intervenções, no âmbito da RNCCI será efectuada com a distribuição de responsabilidades por cada um dos profissionais de saúde, evitando desta forma desperdício de energias humanas e de recursos, criando um Gestor de Caso, como já foi referido. Entenda-se por gestão de caso a dimensão que mobiliza as diversas competências e serviços, de modo a gerir de forma coordenada e coerente os percursos de habilitação/reabilitação dos utentes, maximizando os seus potenciais desenvolvimentos, o que vai ao encontro do modelo dos CCI e da Rede. Preconiza-se que os gestores de caso sejam os profissionais, que por formação específica e disponibilidade, estejam em melhores condições de detectar as reais necessidades dos utentes, planeado e implementando as resposta de que necessitam.

A RNCCI é um modelo integrado que como se pode verificar na contextualização teórica deste artigo, afirma-se como processo que cria e mantém a direcção comum entre intervenientes e organizações, com o propósito de coordenar a sua interdependência, permitindo a cooperação. A perspectiva de sistema integrado na saúde tem como representação nuclear uma rede de cuidados multidimensional, em que se deve aplicar a melhor evidencia disponível e à qual se associa a perícia profissional.

Concordo com Inês Guerreiro quando esta afirma que a RNCCI é um modelo que assenta em dois pilares fundamentais, uma vez que conta com a integração do SNS e Segurança Social, a contribuição dos dois organismos permite reunir esforços para obtenção dos mesmos objectivos.

Partilho da necessidade de acompanhar as mudanças que ocorrem no SNS e nomeadamente na RNCCI, e que será necessário efectuar um maior investimento na formação dos profissionais, para que se vençam as resistências inerentes a qualquer processo de mudança.

Será que se pode afirmar que, apesar da grande evolução que tem ocorrido nos sistemas de saúde, estamos a voltar a premissas anteriores, uma vez que se preconiza o envolvimento das autarquias nos cuidados de saúde, como aconteceu no século XX em que as Câmaras Municipais assumiram responsabilidades na defesa sanitária das populações e daí surgiu um esboço

dos serviços de saúde em Portugal?!, assim como, parcerias com entidades privadas?!

O financiamento dos CCI beneficia de verbas oriundas da RNCCI, entidade responsável pela gestão das mesmas e que são aferidas em função dos resultados obtidos na avaliação dos resultados. Em altura de crise, o controlo e a optimização dos custos são prementes para uma gestão orçamental eficaz. Parece-me que a implementação de um Orçamento de Estado com base em Programas é um projecto bastante interessante e que pode trazer grandes ganhos para a economia portuguesa, uma vez que, deixa de estar centrado nos recursos e passa a estar centrado nos resultados. Cada organismo terá de traçar os seus objectivos e respectivos indicadores, permitindo posterior monitorização da eficácia da despesa, para que se conheçam as áreas que têm maiores despesas, considerando-as como prioritárias em termos de intervenção.

Considerações finais

A crescente percepção de estratégias bem formuladas e adequadamente implementadas constituem factores importantes para que as organizações sejam bem sucedidas. As mudanças que afectam as organizações de saúde têm levado ao aparecimento de modelos que enfrentam essas alterações tanto ao nível organizacional como a nível da sua envolvente. Pode afirmar-se que as organizações estão sempre ao sabor dos factores que determinam a sua reconfiguração.

Para vencer os desafios propostos julga-se necessário monitorizar objectivos a alcançar e resultados obtidos, o trabalho de uma rede pretende organizar esforços isolados em movimentos articulados obtendo um maior potencial de acção.

A gestão de casos preconiza a participação activa do utente no seu processo de auto-cuidado e intervenção do seu cuidador.

O novo paradigma da configuração em rede com preocupações económicas importantes, assenta na gestão por objectivos e indicadores de desempenho, combinando o aumento da confiança e a gestão descentralizada, da qual resulta um acréscimo de ganhos para a saúde da população.

Referências bibliográficas

ARAUJO, Joaquim Filipe – **A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública**. [Em linha]. Minho: Universidade do Minho, [s.d.]. [Consult. 20 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL:[http:// www3.eeg.uminho.pt/riap/neapp/plataforma/modulos/comum/scripts/visitante_download_ficheiro.php5?ficheiro...0](http://www3.eeg.uminho.pt/riap/neapp/plataforma/modulos/comum/scripts/visitante_download_ficheiro.php5?ficheiro...0)>.

CARAPINHEIRO, Graça; PAGE, Paula – As determinantes globais do sistema de saúde português. In: HESPANHA, Pedro; CARAPINHEIRO, Graça – **Risco social e incerteza: pode o estado social recuar mais?** Porto: Afrontamento, 2001. ISBN 9723605716.

CHAGAS, Emilia S. B., OLIVEIRA, M. Carmo G.; GOMES, Suelina Magalhães – **Rede de atenção integral da saúde do trabalhador: a gestão descentrada no estado da Bahia**. [Em linha]. Salvador, 2006. [Consult. 21 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL:[http:// www.scholar.google.pt/scholar?hl=pt](http://www.scholar.google.pt/scholar?hl=pt)>.

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS - **Livro branco: juntos para a saúde**. [Em linha]. Bruxelas, 2007. [Consult. 20 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL:[http:// europa.eu/documents/comm/white_papers/index_pt.htm](http://europa.eu/documents/comm/white_papers/index_pt.htm) - 42k ->.

DECRETO- LEI nº 281/2003. D.R. I Série. 38 (03-11-08) 7492-7499.

DECRETO- LEI nº 60/2003. D.R. I Série. 38 (03-04-01) 2117-2128.

DECRETO- LEI nº 101/2006. D.R. I Série. 109 (06-06-06) 3856-3865.

DECRETO- LEI nº 28/2008. D.R. I Série. 38 (08-02-22) 1182-1189.

DESPACHO nº4639/2008. D.R. II Série. 37 (08-02-21) 6949.

FERREIRA, F. A. Gonçalves – **História dos serviços de saúde em Portugal**. Lisboa: FCG, 1990. ISBN 9723105284.

GUERREIRO, Inês – Cuidados continuados e paliativos-desafios. **Gestão & Saúde**. Lisboa: 2:4 (2006), 21-26.

LIMA, Renata O.; SILVA, Emmanuel P.; CALVOSA, Marcelo V. D. – **A visão de carreira dentro da estrutura organizacional em redes: uma revisão bibliográfica**. Cadernos de Administração. [Em linha]. 1:2 (2008) [Consult. 3 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL:http://www.fsma.edu.br/cadernos/Artigos/V2_artigo06.pdf>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUES DOS SISTEMAS DE SAÚDE – **Sistema de saúde português: riscos e incertezas**. Coimbra: CEISUC, 2008. 270 p.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Organização e gestão dos serviços de saúde: participação dos enfermeiros**. [Em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros [Consult. 3 Jan. 2009]. Disponível em WWW: URL:<http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/uploaded/File/sedeforum/cuidadossaudeprimerios/8/8.pdf>>.

PARREIRA, Pedro Miguel – **As organizações**. Coimbra: Formasau, 2005. 336 p. ISBN 9728485468.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **História do Serviço Nacional de Saúde** [Em linha]. Lisboa: Portal da Saúde, 2005. [Consult. 3 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/>>.

PORTUGAL. Unidade Missão Para Os Cuidados Continuados Integrados – **Apresentação do piloto da orçamentação por programas dos cuidados continuados, presente no OE 2009**. [Em linha]. 2009. [Consult. 27 Fev. 2009]. Disponível em WWW: <URL:<http://www.rncci.min-saude.pt/docs/Apresentacao%20do%20Piloto%20-%20GTIPOP%20Cuidados%20Continuados.pdf>>.

PORTUGAL. Unidade Missão Para os Cuidados Continuados Integrados – **Cuidados continuados integrados nos cuidados de saúde primários**. [Em linha]. Lisboa. [Consult. 23 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL:http://www.mcsp.Ivengine.com/Imags/content/pag_46/cuidados_continuados_integrados.pdf . >.

PORTUGAL. Unidade Missão Para os Cuidados Continuados Integrados – **Orientações gerais de abordagem multidisciplinar e humanização em cuidados continuados integrados**. [Em linha]. Lisboa.[Consult.20 Jan. 2009]. Disponível em WWW: <URL:http://www.rncci.min-saude.pt/docs/ori_2007.pdf >.

PORTUGAL. Unidade Missão Para Os Cuidados Continuados Integrados – **Relatório de monitorização da implementação das experiências piloto da rede nacional de cuidados continuados integrados**. Lisboa: UMCCI. 2007.

RESOLUÇÃO CONSELHO DE MINISTROS nº84/2005. D.R.I Série. 81 (05-04-27) 3200-3201.

SANTANA, Paula – **Acessibilidade e utilização dos serviços de saúde: ensaio metodológico em geografia da saúde**. Coimbra: Comissão de Coordenação da Região Centro, 1993. ISBN 9725690834.

As mudanças organizacionais na saúde

Jorge Manuel Ferreira Margarido

Introdução

A mudança organizacional no sistema de saúde português constitui hoje uma realidade nas organizações de saúde, no entanto como se trata de um processo complexo, nem sempre é realizado de uma forma eficaz. Frequentemente os colaboradores não são envolvidos no processo de mudança, criando-se ambientes de resistência e desconfiança em relação à mudança e ao futuro, podendo levar ao insucesso do processo.

O presente artigo tem como objectivo compreender e descrever as estruturas organizacionais de saúde e os processos de mudança organizacional de forma a ajudar a compreender as mudanças organizacionais a decorrer no sistema de saúde.

Inicialmente o artigo faz uma abordagem aos vários tipos de organização, desenvolvendo mais a estrutura burocrática que é a mais comum nas organizações de saúde. Posteriormente aborda o processo de mudança e as suas dimensões e etapas. Por fim são apresentadas algumas considerações de alguns autores sobre a mudança organizacional no Sistema de Saúde Português.

Conceito de organização

As organizações são um elemento necessário à vida civilizada, influenciando o nosso modo de vida, existindo para servir os indivíduos, condicionando simultaneamente os seus modos de vida, nomeadamente na forma como estes se alimentam, se vestem e como gerem as expectativas, (Parreira, 2005).

Para Fernandez-Rios e Sanches citado por Parreira (2005) a organização é um conjunto de pessoas, entidades sociais, que mediante a divisão funcional, a coordenação e a divisão de responsabilidades, perseguem a realização de uma missão, propósito, objectivo ou meta.

Para Frederico (2006) a organização é um sistema aberto que está em interacção com o meio ambiente e com ele negocia a obtenção dos recursos necessários e é nele que se encontram os seus clientes. A organização cria um poderoso instrumento social, através da coordenação de grande número de acções humanas e da combinação dessas acções com os recursos.

Das várias definições de organização, Shein citado por Frederico (2006) aponta um conjunto de características no sentido de ajudar a compreender e delimitar este conceito, referindo que a organização é:

Um sistema aberto, em constante interacção com o meio, recebendo pessoas, energia, informação, matéria-prima e transformando tudo isto, através do seu funcionamento, em produtos ou serviços que são colocados à disposição do meio;

Um sistema aberto constituído por subsistemas que se encontram em interacção dinâmica entre si e de forma isolada com o meio exterior, tornando-se mutuamente dependentes o que implica que a mudança em qualquer deles afecta os restantes;

Um sistema social com uma cultura individualizada própria com objectivos múltiplos.

Componentes de uma organização

Segundo Mintzberg citado por Teixeira (1998), toda a organização assenta em cinco componentes básicas pelas quais é dividido o trabalho. O núcleo operacional ou centro operacional, representa os operacionais que executam o trabalho básico da organização. A tecnoestrutura constituída pelos analistas, os engenheiros, os contabilistas, os responsáveis pelo planeamento e pela organização e métodos, os quais desenham os sistemas de trabalho dos outros com o objectivo da sua standartização. A logística ou equipas de apoio, constituídas pelo pessoal que tem a seu cargo as funções de apoio (serviços jurídicos, relações públicas e laborais, investigação e desenvolvimento, expediente, etc...).

A linha hierárquica, constituída pelos gestores intermédios, directores funcionais, chefes de serviço, etc., que fazem a ligação do vértice estratégico ao núcleo operacional através da linha hierárquica. O vértice estratégico, constituído pelos gestores de topo (conselhos de administração, de gerência, etc.) e o seu pessoal de apoio (*Staff*).

O mesmo autor, citado por Parreira (2005), através da conjugação dos cinco elementos, conceptualizou cinco configurações estruturais, resultantes

do confronto de forças em diferentes sentidos, conforme a componente dominante. Na estrutura simples, o vértice estratégico é a componente dominante e exerce pressão para a centralização forçando a estrutura para a adoção de uma estrutura simples. Na estrutura divisionária, a linha hierárquica é a componente dominante e exerce pressão para a autonomia forçando a estrutura para a adoção de uma estrutura divisionária. Na estrutura burocrática mecanicista, a tecnoestrutura é a componente dominante e exerce pressão para a standartização, forçando a adoção de uma estrutura mecanicista. Na estrutura adocrática, a logística é a componente dominante e exerce pressão para a colaboração, inovação e tomada de decisão, promovendo a coordenação por ajustamento mútuo, forçando a estrutura à adoção de uma estrutura adocrática. Na estrutura burocrática profissional, o centro operacional é a componente dominante e exerce pressão para a profissionalização forçando à adoção de uma estrutura profissionalizada.

Burocracia profissional

Este tipo de organização combina estandarização com descentralização, pois a padronização dos processos de trabalho são decorrentes de padronização de qualificações. Valoriza a especialização social e as qualificações individuais sendo o centro operacional a componente chave e o mecanismo principal de coordenação (Parreira, 2005). São organizações complexas que dão ênfase à formação, como é o caso de: hospitais, universidades, unidades de pesquisa, etc. que necessitam de pessoal altamente especializado e com elevado controlo sobre o seu próprio trabalho (Teixeira, 1998). A tecnoestrutura é pouco desenvolvida, uma vez que a formação dos profissionais é adquirida fora da organização no sistema de ensino, dando lugar ao desenvolvimento dos serviços de apoio e ao centro operacional, permitindo uma estrutura muito descentralizada, quer na vertical, quer na horizontal, o que implica autonomia individual, grande liberdade dos profissionais mas aliados à vida burocrática assente nos serviços de apoio. É uma organização que dá ênfase à formação, recruta especialistas formados e socializados, exigindo formação profissional bastante elevada e utilização de procedimentos suficientemente estáveis para que as competências possam ser bem definidas e padronizadas (Parreira, 2005).

Para o mesmo autor este tipo de estrutura apresenta vantagens e desvantagens/inconvenientes:

Vantagens: dá atenção ao produto na perspectiva da qualidade e cliente; coloca responsabilidade em níveis mais baixos; exige muita formação e qualificações; melhora a coordenação das actividades funcionais dentro de cada departamento autónomo.

Desvantagens/inconvenientes: pode levar a que o centro operacional perca o sentido da organização e se centre demasiadamente na profissão; propensa a conflitos por via da descentralização e profissionalização e dificuldade na articulação de funções centrais; dificuldade no controlo por parte dos gestores de topo ao nível do recrutamento e selecção de pessoal pela elevada exigência requerida.

Mintzberg, citado por Parreira, (2005) caracteriza as Organizações de Saúde (Hospitais, Centros de Saúde, etc.) como burocracias profissionalizadas, constituídas por profissionais altamente diferenciados dos quais depende a realização das tarefas. Associadas à tecnologia, requer um grande esforço de coordenação e interdependência, onde a responsabilização pela coordenação do trabalho está centrada nos próprios profissionais, sendo a competência profissional e a qualidade da coordenação, determinante da eficácia da organização.

A coordenação do trabalho é conseguida através da estandardização das qualificações, sendo a formação profissional o pilar central e estruturante da organização de saúde, permitindo que os profissionais desenvolvam as suas tarefas com grande independência, coordenadas hierarquicamente por um número reduzido de níveis (pouca definição vertical), sendo o centro operacional a componente mais importante da organização, possibilitando aos profissionais quebrar as regras em prole de uma emergência ou situação deontológica, desafiando constantemente a racionalidade do funcionamento organizacional. Assim estes profissionais vivem em constante paradoxalidade, pois por um lado é-lhes pedido que cumpram regras, estabeleçam relações formais de modo a melhorarem a eficiência, dentro de um quadro de racionalidade, por outro lado, pela complexidade do trabalho a desenvolver, torna-se impossível padronizá-lo, standardizá-lo, sendo necessário liberdade, independência e autonomia (Parreira, 2005). Relativamente a este paradoxo nas organizações de saúde Mintzberg, citado por Parreira (2005), refere que as organizações de saúde são burocracias profissionalizadas vocacionadas para o aperfeiçoamento constante dos processos já existentes, no sentido de dar resposta às necessidades dos utentes que reclamam novos cuidados, levando à necessidade de uma componente de inovação nestas organizações. Mas como as burocracias profissionalizadas não estão vocacionadas para este tipo de desafios originou uma situação paradoxal: por um lado procura dar resposta aos desafios da organização interna, cumprindo os procedimentos, por

outro dar resposta às novas necessidades dos clientes, sendo necessário quebrar com padrões predefinidos por forma a inovar.

Cultura organizacional

É o desenvolvimento de uma cultura organizacional que dá respostas à adaptação externa e à integração interna, permitindo a adaptação às mudanças necessárias e ao desenvolvimento organizacional (Frederico, 2006). Cultura organizacional é a forma apreendida e compartilhada de fazer as coisas numa determinada sociedade e, assenta num conjunto de acções, crenças e valores, que orientam o comportamento dos membros de uma organização (Schermerhorn, Hunt e Osborn citados por Frederico, 2006).

Para Chiavenato (1987) cultura organizacional significa um modo de vida, um sistema de crenças e valores, uma forma aceite de interacção e de relacionamentos típicos de determinada organização. Cultura organizacional é um padrão de pressupostos básicos que um grupo (organização) inventou, descobriu ou desenvolveu, aprendendo a lidar com os seus problemas de adaptação externa e de interligação interna e que têm funcionado suficientemente bem para serem validados e para serem ensinados aos novos membros como o modo correcto de compreender, pensar e sentir em relação a esses problemas (Schein citado por Bilhim, 1996).

A cultura desempenha numerosas funções nas organizações. Primeiro, tem um papel de definição das fronteiras organizacionais, o que permite distinguir uma organização de outra. Segundo, confere sentido de identidade aos membros da organização, terceiro, facilita a criação de empenho com as metas da organização, é um mecanismo de controlo que guia e dá forma às atitudes e comportamentos dos empregados (Bilhim, 1996).

Uma forte cultura pode funcionar como uma força impulsionadora do desenvolvimento e crescimento organizacional, mas também pode tornar-se numa fonte de resistência à mudança dentro da organização, devendo ser considerada tão fundamental como a estrutura e a estratégia, na definição das bases da organização para um elevado desempenho. A cultura organizacional é um factor tão real como a estrutura financeira e tecnológica ou o quadro de pessoal, ela determina que organizações do mesmo ramo com a mesma dimensão e a mesma área de actuação, tenham desempenhos, criatividade, imagem e resultados muito diferentes e assume um papel considerável no caso da mudança organizacional (Frederico, 2006).

Mudança organizacional

Para Jones, citada por Frederico (2006), mudança organizacional é um processo complexo, que pode ser entendido como um caminho pelo qual as organizações passam do estado presente a outro estado desejado, para aumentar a eficácia e a eficiência.

Van de Ven e Poole, citados por Cunha (2006), referem que a mudança constitui um dos temas centrais dos estudos organizacionais, tratando-se de uma área com elevado número de publicações e na qual os paradigmas de análise são diversos. Apesar de muitas investigações na área e do saber acumulado, os processos de mudança continuam a ser difíceis de captar em toda a sua complexidade e de conduzir com eficácia.

Enquanto sistema aberto, a organização é influenciada e procura influenciar as mudanças que ocorrem no ambiente envolvente e com o qual está em interação. Estas mudanças podem posicionar-se a diferentes níveis, como seja, ao nível sócio-político e legal, ao nível tecnológico e de equipamento, e ao nível do comportamento de colaboradores e consumidores. Existem várias classificações de mudanças organizacionais, contudo as mais conhecidas são a mudança planeada ou seja que segue um processo pré-estabelecido e a mudança emergente, espontânea ou não planeada, ou seja, que se desenvolve de forma não prevista (Frederico, 2006).

A mudança como processo planeado corresponde à visão dominante nos estudos organizacionais e na gestão (Van de Ven e Poole citados por Cunha, 2006). É um processo da responsabilidade dos gestores de topo, e a estes compete estruturar, planear e controlar/pilotar a mudança de forma que a organização se torne mais adaptada e mais adaptativa (Weick citado por Cunha, 2006). Visa preparar a organização para se adaptar a mudanças significativas nos seus objectivos, geralmente motivadas por: mudanças ambientais que ameaçam a sua sobrevivência; mudanças ambientais que oferecem novas oportunidades de sucesso e quando a estrutura da organização está a diminuir a capacidade adaptativa às mudanças ambientais. Assim, analisar e rever processos, estratégias e estruturas é fundamental nas organizações, assim como o quadro de profissionais. Pois quando se pensa em mudança organizacional, há tendência para se concentrar em aspectos como o redesenho da estrutura organizacional ou a revisão de procedimentos, subvalorizando-se o impacto das mudanças no principal componente do sistema organizacional: as pessoas. Estas não podem ser simplesmente transferidas de um departamento para outro, têm que ser preparadas para o processo de mu-

dança e envolvidas nesse processo (Frederico, 2006). De acordo com Cunha (2006), para ajudar na condução deste processo, vários modelos de gestão da mudança foram propostos ao longo dos tempos. Em traços gerais, os modelos de gestão planeada da mudança, defendem a existência de um conjunto de três fases principais: preparação, execução e reforço da mudança. A fase de preparação corresponde à identificação do que se pretende com a mudança, quais os objectivos da mudança, identificando o ponto de chegada, apelando a uma visão do futuro de forma a gerar o envolvimento emocional e aumentar a disponibilidade individual para a mudança.

A definição dos objectivos deve ser acompanhada pela criação de um sistema de recompensas capaz de estimular os trabalhadores de forma a criar uma equipa suficientemente poderosa para ultrapassar as resistências decorrentes dos interesses pessoais instalados e da luta política. A execução da mudança consiste na colocação em prática das acções necessárias para alcançar os objectivos estipulados, incluindo a comunicação da visão apelativa do futuro, o empowernment dos colaboradores e o controlo/pilotagem do processo. O reforço da mudança consiste na criação de mecanismos de recompensa (ganhos rápidos) reforçando os comportamentos facilitadores da mudança através da respectiva recompensa, de modo a gerar entusiasmo e a demonstrar que a mudança é um desafio exequível e compensador.

A mudança emergente é aquela que provoca o surgimento de novos padrões organizacionais como consequência da adaptação às contingências locais e na ausência de um plano para lidar com essas contingências (Orlikowski [et. al.], citados por Cunha, 2006). Não contempla um programa previamente planeado, consiste no aparecimento de novos padrões organizativos como consequência da adaptação às contingências, procurando responder aos desafios com os quais a organização vai sendo confrontada (Frederico, 2006). A complexidade das interacções sociais no sistema organizacional torna redutora qualquer tentativa de entender a mudança emergente como um processo redutível à execução das decisões da gestão de topo. Neste sentido a mudança emergente é um processo auto-organizativo e não apenas um processo de gestão da organização (Cunha, 2006).

A mudança tornou-se vital em qualquer tipo de organização, sendo um verdadeiro marco contemporâneo e uma fonte de preocupações dos gestores. Enquanto a mudança planeada, sendo gerida e controlada, obedece à vontade do topo, a mudança emergente resulta das interacções no sistema e não da vontade de quem gere, por esse motivo tende a ser relegada para segundo plano face à mudança planeada. No entanto, a acumulação de mudanças emergentes cria disponibilidade ou propensão para a aceitação da mudança planeada. Ou seja a mudança organizacional, numa perspectiva global, deve

ser entendida como envolvendo uma dimensão planeada e outra emergente (Frederico, 2006).

A mudança organizacional da saúde em Portugal

Para Araújo (2006) o funcionamento das organizações burocráticas e hierárquicas é muitas vezes gerador de disfunções que afectam o seu desempenho. As linhas excessivas de gestão, a falta de transparência e a desresponsabilização, a ausência de incentivos à iniciativa e inovação, o desenvolvimento de uma cultura mais preocupada com os procedimentos do que com o desempenho ou satisfação dos clientes, a ausência de avaliação de resultados, quer em termos de volume de serviço fornecido (output) ou em termos dos resultados do serviço fornecido irá necessariamente conduzir a uma gestão ineficiente sendo estes alguns dos problemas geralmente mencionados na literatura que se debruça sobre o estudo das organizações de saúde.

Segundo Lucas, citado por Lopes (2004), o sistema de Saúde Português cresce mais depressa na despesa que na produtividade, desperdiça recursos, é ineficiente, tem uma qualidade organizacional medíocre, está bloqueado e o seu normal desenvolvimento está profundamente afectado. É necessário uma organização adequada da produção dos cuidados, uma afectação eficiente dos recursos e um processo de permanente avaliação. Em simultâneo exige-se uma sólida formação na área da gestão de unidades de saúde. Nas organizações de saúde o problema não são os custos, mas o desperdício provocado pela “não qualidade” dos processos. Os serviços de saúde não devem gastar menos, reduzindo os serviços, mas devem sim melhorar os processos, de forma a gastar menos fazendo melhor o que fazem (Lopes, 2004). Para o mesmo autor as principais causas da mudança são: por um lado a permanente evolução científica e tecnológica que estamos a viver e que obriga a uma constante adaptação da saúde, por outro lado a vontade do meio político, social e económico.

Embora nem toda a mudança resulte em qualidade, a qualidade supõe uma mudança (Lopes, 2004) e neste sentido é necessário reformular o Serviço Nacional de Saúde e o modelo de gestão das organizações de saúde (Araújo, 2006). Segundo o mesmo autor a nível do SNS a reforma assenta em três vectores principais: racionalidade económica, gestão por objectivos e indicadores de desempenho, e orienta-se fundamentalmente em duas áreas de intervenção: a introdução de métodos de gestão privados nas organizações de saúde e a criação de um quase-mercado através de contratos

programa. A reforma em curso tem como objectivos nucleares de quebrar a hierarquia com o modelo de comando e estabelecer um relacionamento mais flexível. O estado assume-se como um gestor de “mercado”, passando a centralizar com o SNS a prestação dos serviços de saúde, conferindo aos gestores dos serviços maior autonomia e liberdade de decisão sobre o financiamento dos serviços, aumentando a concorrência entre os serviços prestadores de cuidados de saúde de forma a criar pressões competitivas, promovendo uma melhor utilização de recursos e proporcionando melhores serviços para os cidadãos.

Segundo Santos, citado por Lopes (2004), o modelo das organizações de saúde tem que mudar porque: não é visível a sua centralidade no cidadão. Muitas vezes o modelo organizacional assenta em regras e orientações de carácter normativo, que têm como grande objectivo preservar os serviços de factores contingenciais adaptados às necessidades individuais de diversos componentes da organização. por outro lado, os diferentes serviços tendem a organizar-se em função de si próprios. O conceito de cliente interno é ainda mal percebido, decorrendo de estruturas de funcionamento e de articulações pesadas e burocráticas, pouco flexíveis e com dificuldade de adaptação a fatores circunstanciais. Os circuitos de comunicação são pouco eficientes. As responsabilidades estão muitas vezes mal definidas e mal atribuídas.

Em saúde não se pode fazer as coisas porque sempre foi feito assim. É preciso inovar, buscar novos e melhores processos organizacionais, mudar ou redesenhar as estruturas organizacionais e os processos de trabalho, os objectivos, melhorando e avaliando os resultados e a performance em geral, melhorando a qualidade e a satisfação dos clientes (Lopes, 2004). A empresarialização dos Hospitais e a criação de Hospitais SA representou a tentativa de introduzir uma estrutura de gestão na qual se enfatiza o controlo dos custos, produtividade, flexibilidade, autonomia de gestão e a responsabilização pelos resultados (Araújo, 2006).

Conclusão

As novas políticas na saúde constituem novos desafios, quer através da introdução de mudança na estrutura do Sistema Nacional de Saúde, quer nos modelos de gestão com o objectivo de aumentar a qualidade dos serviços prestados e diminuição de custos. O sentido é bom, no entanto, o futuro dirá se é o caminho certo, pois como refere Lopes (2004) nem toda a mudança resulta em qualidade, mas a qualidade supõe sempre uma mudança.

Referências bibliográficas

ARAÚJO, Joaquim Filipe – **A reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública**. [Em linha]. (2005) [Consult. 5 Jan. 2009]. Disponível em [www:<URL: http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225](http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/3225)

BILHIM, João Abreu de Faria – **Teoria organizacional, estruturas e pessoas**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais, 1996.

CHIAVENATO, Idalberto – **Teoria geral da administração**. São Paulo: McGraw-Hill, 1987.

CUNHA, Miguel Pina e – Três dimensões da mudança organizacional. In: GOMES, Jorge F. S.; CUNHA, Miguel Pina e; REGO, Arménio - **Comportamento organizacional e gestão**. Lisboa: Editora RH, 2006. ISBN 9728871058.

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

LOPES, José Carlos – Hospital novo perspectivas futuras. **Hospitalidade**. Telhal. ISSN 0871-0090. nº 263 (Jan. – Mar. 2004), 6-15.

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

TEIXEIRA, Sebastião – **Gestão das organizações**. Lisboa: McGraw-Hill, 1998. ISBN 9727730019.

A enfermagem nos trilhos da liderança: a arte da possibilidade

Carla Pastilha

Introdução

“Apenas no decurso dos últimos 75 anos foram realizados milhares de estudos empíricos e, apesar disso, não se poderá dizer claramente e sem equívoco o que distingue os líderes dos não líderes e, talvez mais importante, o que distingue os líderes eficazes dos líderes ineficazes e as organizações eficazes das não eficazes” (Syroit cit Marques [et. al.], 1996)

A globalização, o incremento no desenvolvimento de novas tecnologias, as alterações demográficas drásticas, as mudanças rápidas e complexas nas economias globais e locais criam novos desafios à liderança. Como serão as organizações e os líderes do futuro?

“Para gerir uma equipa utilize os músculos e a razão. Para liderar de verdade, use também o coração” (Abraham Shashamovitz cit Zander, 2001). No livro *“A Arte da Possibilidade”*, Benjamin Zander (2001), regente da Orquestra Filarmónica de Boston, desde a sua fundação, em 1979, refere que o papel do líder não é conquistar poder, mas empoderar os outros. A partir das suas experiências, explica que um líder é um arquitecto das possibilidades do grupo. A sua missão é explorar estas possibilidades, mergulhando no âmago de cada membro da sua orquestra (equipa) com o propósito que se revele, ou seja, descobrir o talento e o potencial de cada músico (cada elemento da equipa). Observando uma orquestra, encontramos analogias com os nossos locais de trabalho, senão vejamos: seja ela uma orquestra de câmara (formada por poucos membros), uma sinfónica (mantida por uma instituição pública) ou filarmónica (sustentada por recursos privados), é constituída por diversos músicos e variados instrumentos, divididos em vários grupos: cordas, madeiras, metais e percussão, cada qual produzindo isoladamente um som característico, mas todos contribuem para o êxito do resultado final e o produto final é uma “sinfonia”, ou seja, todos emitindo o mesmo som.

Esta analogia conduz-nos à reflexão sobre o líder contemporâneo, o qual já não se configura, simplesmente, como a pessoa responsável pela

execução da instrução que vêm de cima. O seu papel é mais dinâmico e autónomo. A essência do líder está na sua própria autonomia, revela o seu verdadeiro valor, quando age de acordo com as convicções e reflecte nos resultados das suas acções. A liderança carismática que enfatiza a habilidade do líder em comunicar com os seus seguidores motivando-os para a importância das metas de grupo, geralmente conseguindo que as pessoas transcendam seus interesses individuais. Apenas quando todos os líderes de uma organização agirem desta forma, consolidando uma estrutura em que os problemas de todos os sectores são superados, é que a organização poderá responder a um ambiente constantemente em mutação, abrindo um novo caminho, onde ela mesmo se transforma e cresce.

Revisão da literatura: o que é a liderança

É vasta a literatura sobre este tema e a própria definição de liderança, tem variado consoante as correntes e os modelos teóricos podendo mesmo afirmar-se que por vezes é mesmo contraditória, contudo isto não significa que não haja progressos no conhecimento dos processos de liderança (Bilhim, 2004).

Mais do que rever todas as tentativas de conceptualização importa referir aquelas que são mais consensuais entre os vários autores. Assim, para House [et. al.], (1999:184) citado por Cunha [et. al.], (2007:332) liderança é “ a capacidade de um individuo para influenciar, motivar, habilitar outros a contribuírem para a eficácia e sucesso das organizações de que são membros”. Também Hollander (1985) assinala a influência exercida pelo líder perspectivando o alcance de determinados objectivos grupais ou sociais, já para Richards e Greenlaw (1966) o conceito deve encarado como um processo cuja dinâmica depende de aspectos inerentes a quem chefia, aos colaboradores e à natureza específica da situação.

Numa outra perspectiva, Schein (1970) refere a importância de um “contrato psicológico” que se fundamenta nas contrapartidas que os membros do grupo esperam obter ao seguirem as ideias de alguém que se assume com responsabilidades de decisão.

Ainda duas outras definições. Yukl (1998:5) considera o líder, como um membro de um grupo ou organização capaz de influenciar a visão e a motivação das pessoas para alcançar os objectivos, a escolha de objectivos e estratégias, estabelecer relações de confiança, de desenvolvimento de com-

petências e cooperação. Barrow (1977) pelo sentido lato e consensual, explica a liderança como um processo comportamental, tendo em vista influenciar indivíduos ou grupos no sentido de alcançarem os objectivos definidos. Esta definição abrange um conjunto de aspectos inerentes ao tema tais como, os processos de tomada de decisão, as técnicas e estratégias motivacionais, o tipo e a frequência de comportamentos de feedback, o relacionamento interpessoal, as políticas e estratégias de planeamento e orientação do grupo para atingir o rendimento desejado e, por fim, as regras e as normas que estabelecem o funcionamento e o relacionamento dentro da equipa.

Em geral as definições explicam a liderança como um papel em que alguém dentro do grupo se especializa. Existe um consenso acerca do exercício da liderança ser encarado em função do contexto social de referência, isto é, a existência de um acordo prévio sobre a importância e interesse desse desígnio, tanto no seio do grupo como no meio envolvente. Portanto a liderança, envolve não só uma forte ligação psicológica e emocional entre o líder e os elementos do grupo, como possui (ou deve possuir) princípios éticos e morais socialmente admissíveis, expressos pela cultura organizacional bem como pelos valores e ideais defendidos (Cunha [et. al.], 2007)

Todavia, parece igualmente importante, compreender os motivos pelos quais as pessoas “obedecem” ou aderem às orientações de determinado indivíduo, como consegue este condicionar o comportamento das outras pessoas? Como salientam, Andrews e Field (1998) a liderança só pode ser percebida, na medida em que conseguirmos compreender, como as pessoas percebem e avaliam o poder exercido pelos que ocupam posições de poder. A razão para a eficácia das interações estabelecidas entre ambos pode explicar-se pelo facto de se estabelecer o referido “contrato psicológico”, onde fica mais ou menos implícito que se os membros do grupo/organização aceitarem as directivas propostas vão ser recompensados sob a forma de remunerações, regalias ou privilégios. Não obstante estes factores promotores da eficácia, existem simultaneamente, aspectos negativos que condicionam o exercício da liderança, têm sido referidas, fundamentalmente, as características pessoais dos líderes ou gestores como podendo contribuir para um mau funcionamento dos grupos de trabalho.

Na tentativa de explicar um conjunto de problemas de personalidade de quem exerce funções de poder, Kets de Vries e Miller (1997) propuseram o conceito de “liderança patológica”, problemas esses, que surgem, por exemplo, pela necessidade de se proceder de acordo com a pressão social, o que pode levar a que se tomem as decisões esperadas em vez das decisões correctas ou, pelos aspectos individuais com um elevado traço de narcisismo

conduzindo a uma grande necessidade de poder e prestígio, uma tendência para a manipulação e o engano nas relações interpessoais. Também se podem verificar inabilidades ou incapacidades ao nível da comunicação, falta de empatia ou fraca preparação para a negociação ou gestão de conflitos. Os mesmos autores referem a solidão do comando que se pode definir como uma perda de contacto com a realidade e com os problemas dos outros, o medo do sucesso, que nasce da grande exposição social inerente às funções que desempenham (Kets de Vries, 1997; Krantz, 1996).

Em suma, estes aspectos negativos devem merecer a mesma atenção por parte dos investigadores cujo foco tem sido, sobretudo os aspectos positivos da liderança já que uma má liderança pode conduzir à má tomada de decisões, perda de recursos e aumento de custos, surgimento de emoções negativas e frustrações (Palmer, 1994; Washbush e Clements, 1999).

Pertinente é a questão de não confundir o estatuto de líder com outros papéis sociais ou profissionais, vulgarmente designados por gestor, director ou chefe, nestes casos, os profissionais podem exercer um conjunto de funções próprias dos líderes (planificação e organização das tarefas, definição e estabelecimento de horários) mas a diferença reside no facto do líder realizar todas estas tarefas em paralelo com a responsabilidade de promover e implementar uma determinada “filosofia” no grupo que o distingue de todos os outros (Crespo e Balaguer, 1994). Cabe ao líder definir, juntamente com a equipa, os objectivos e as metas a atingir (razão da sua existência) e depois assegurar os meios necessários para transformar uma determinada ideologia em produtos e resultados concretos (Weinberg e Gould, 1995).

Contudo, a questão da liderança é muito controversa, desde logo, pela confusão com a gestão. Isso percebe-se pela utilização indiscriminada dos termos líder, gestor, chefe, administrador, responsável, supervisor, pelo que, para uma melhor clarificação dos diferentes papéis associados à figura dos líderes e gestores, a Figura 1 apresenta uma síntese das características e objectivos que ambos pretendem atingir.

Gestores	Líderes
<p>Preocupam-se em administrar</p> <p>Utilizam estratégias de controlo para conseguir a realização das tarefas pelos funcionários.</p> <p>Funcionam numa visão a curto prazo (dia-a-dia).</p> <p>Questionam o “como” e o “quando” das tarefas a levar a cabo.</p> <p>Tendem a imitar e a reproduzir as normas e procedimento</p> <p>Aceitam o “status quo” predominante na organização</p> <p>Funcionam numa base de “transacções” com os funcionários, através de reforços, punições e apelando ao poder formal nas relações de trabalho.</p>	<p>Preocupam-se em inovar e desenvolver.</p> <p>Procuram envolver os funcionários nos objectivos a atingir, atribuindo-lhes poder, visão estratégica e inspiração no trabalho.</p> <p>Funcionam numa perspectiva a longo prazo, planeando estratégias e “tácticas” de desenvolvimento</p> <p>Questionam “o quê” e o “porquê” das tarefas, de modo a poder alterar o que está Estabelecido.</p> <p>Procuram inovar para novas formas de execução de trabalho.</p> <p>Desafiam as normas e o estabelecido</p> <p>Funcionam numa base “transformacional”, introduzindo alterações nos valores, atitudes e comportamentos dos funcionários, servindo-se do seu próprio exemplo pessoal e dos conhecimentos adquiridos.</p>

(Fonte: Bennis, 1989; Conger e Kanun, 1998; Hughes, Ginnett e Curphy, 1999)

Figura 1 - Principais tarefas e objectivos do líder e do gestor

Liderança: evolução do conceito

A vasta literatura sobre liderança assenta em múltiplas investigações e modelos explicativos que permitem observar diferentes orientações e influências, neste sentido, verificam-se três paradigmas principais na conceptualização da liderança centrados em diferentes aspectos: nos traços de personalidade, no comportamento assumido pelo líder e nas variáveis situacionais que influenciam a eficácia da liderança (Vecchio, 1995). Em relação aos traços da personalidade o objectivo é tentar identificar e caracterizar os atributos pessoais dos que exercem posições de chefia, de forma a estabelecer os padrões de personalidade que distinguem os líderes dos que não o são. Nos paradigmas centrados no comportamento do líder, o foco de interesse centra-se na análise daquilo que os responsáveis fazem no normal desenrolar das suas funções, procurando-se determinar os comportamentos que mais se relacionam com a eficácia obtida. Por último, segue-se uma lógica mais

contingencial, valorizando a observação dos factores ambientais que podem condicionar decisivamente a liderança.

Contudo, nos últimos anos assistiu-se a um novo movimento, centrado no carisma e na capacidade transformacional dos líderes na relação com os colaboradores, havendo a necessidade de integrar aspectos comportamentais e traços de personalidade assim como o tipo de interacções que se estabelecem entre todos os membros do grupo/organização (Rego, 1998).

Assim numa tentativa de criar alguma sistematização, de forma a distinguir o líder do não líder, Bilhim (2004) agrupou as diversas abordagens em quatro grandes conjuntos de teorias: dos traços de personalidade do líder, comportamentalistas, da contingência e as implícitas de liderança.

A abordagem dos traços da personalidade do líder

Os primeiros 40 anos do século XX foram profícuos em estudos centrados nas características pessoais dos líderes, no sentido de tentar encontrar o tipo de atributos que os diferenciavam das pessoas lideradas e, simultaneamente, aquilo que os distinguiam entre si, de acordo com o grau de eficácia alcançada. A este respeito, Sorenson (2001) assinala a era das teorias do grande homem, com um forte pendor na compreensão de como eram os líderes enquanto indivíduos, estudando-se não a liderança mas sim as lideranças.

Alguns autores referem a existência de alguns traços de personalidade apontados como indispensáveis para alcançar o sucesso: aspectos físicos (energia, aparência, estatura e peso), traços intelectuais (uma inteligência acima da média, um elevado poder de persuasão, elevados níveis de motivação, uma boa memória e uma invulgar intuição), traços sociais (habilidades interpessoais e administrativas) e traços relacionados com a tarefa (persistência, iniciativa). Desta teoria emerge, a visão que os líderes já nascem como tal, para Jesuíno (1996) esta visão é a mais divulgada.

Não obstante a importância dos factores pessoais na compreensão do fenómeno da liderança, há que relacioná-los com o que é exigido a quem lidera em determinado momento e local (Northouse, 1997), e isto implica uma nova perspectiva da compreensão do tema, não como algo passivo – tem ou não tem traços de líder – mas como a eficácia obtida com algo mais dinâmico e interactivo.

A abordagem comportamental

A génese desta abordagem deve-se aos estudos efectuados, quase em simultâneo, pelas equipas de investigação das universidades de Ohio e de Michigan e remontam aos anos 50. Emergiram destes estudos duas categorias de respostas dadas pelos sujeitos (comportamentos): uma mais orientada para a tarefa (estruturação) e outra mais vocacionada para o bem-estar das pessoas (consideração). A primeira deve ser entendida como o grau em que o líder concebe e estrutura o seu trabalho e o dos subordinados, tendo presente a consecução dos objectivos definidos, já a segunda, é percebida como o tipo de relacionamento que é estabelecido pelo líder com os colaboradores, estabelecendo-se as relações baseadas no respeito, na confiança mútua e numa maior sensibilidade para perceber e aceitar os sentimentos dos outros. (Northouse, 1997)

Outros resultados emergiram destes estudos, tais com o modelo da liderança participativa de Tannenbaum e Schmidt (1958) citado por Cunha [et. al.], (2007), que estabelece relação, no exercício da liderança, entre a directiva até à participativa (isto é, até onde o líder envolve os colaboradores na tomada de decisão). Os autores afirmam que o líder tem sempre a opção de tornar mais ou menos negociada a decisão. Assim, a forma como exerce o poder e o grau de liberdade concedido aos colaboradores vão influenciar o seu estilo de liderança no sentido da negociação e abertura às ideias dos outros.

Da conjugação destes estudos, com orientação para a tarefa, orientação para as pessoas e a liderança participativa, Cunha [et. al.], (2007: 348) salienta a origem das Teorias Universais, das quais se destacam a abordagem de Likert que descreve quatro sistemas de liderança típicos: autocrático explorador, autocrático benevolente, consultivo e democrático/ participativo. Na lógica desta abordagem, a eficácia no sentido da satisfação dos colaboradores e na produtividade cresce em paralelo com a mudança dos sistemas autocráticos (caracterizado pela desconfiança nas relações Top/Down, decisões centralizadas no topo e motivação assente no medo e nas ameaças) para os sistemas participativos (caracteriza-se na total confiança nas relações, descentralização das decisões, assente essencialmente nas recompensas, na participação, no envolvimento e na comunicação em todos os sentidos).

Do cruzamento destes estudos nasce o modelo de Blake e Mouton (1978), conhecido por Grid Gerencial. Os autores estabeleceram um programa de treino de gestores baseando-se nas duas orientações descritas, formulando cinco estilos de liderança que resultavam da maior ou menor

preocupação com as tarefas e com as pessoas. Assim, no estilo de gestão autoritário/tarefa enfatiza-se a eficiência na realização das tarefas, visando estruturar o trabalho de modo a fazer-se sentir o menos possível a influência da iniciativa individual dos membros do grupo, forte orientação para as tarefas. O estilo simpático preconiza exactamente o oposto, isto é, o responsável direcciona a sua atenção para a satisfação das necessidades individuais dos outros de modo a construir um ambiente de trabalho amigável e positivo, forte orientação para o relacionamento. O estilo *laissez-faire*, ou estilo anémico, descreve um superior hierárquico que procura fazer o menos possível em ambas as dimensões, organizando as tarefas até um ponto em que seja possível executá-las e a sua preocupação com as pessoas vai no sentido de manter o indispensável ambiente de funcionalidade entre todos. A quarta possibilidade, refere-se ao estilo intermédio ou equilibrado que se identifica por uma conduta de conciliação entre aquilo que é necessário fazer para se conseguir uma boa eficácia na execução das tarefas e a manutenção de um bom ambiente de trabalho. Por último, o gestor de equipa, ou integrador refere-se a uma liderança centrada numa grande interdependência entre alcançar os objectivos organizacionais e a construção de um relacionamento baseado na confiança e no respeito entre todos, pressupondo-se que a motivação no trabalho resulta de um forte comprometimento para com os objectivos definidos.

No entanto este modelo parece não estar esgotado pelas inúmeras potencialidades, neste sentido várias taxonomias têm sido propostas nomeadamente as 14 categorias propostas por Yukl (1987), que em pesquisas posteriores, têm-se provado a pertinência para a compreensão da eficácia dos líderes.

A abordagem contingencial /situacional

Das exigências colocadas pelo contexto onde o líder exerce as funções surgiu a necessidade de repensar o estudo da liderança: nasce esta abordagem. Isto não significa, contudo, que os contributos fornecidos pelos movimentos centrados no estudo da personalidade e dos comportamentos fossem irrelevantes, mas apenas, o facto de ambos serem incompletos na forma como entendiam o tema. Assim, ser líder não se resume a uma questão sobre aquilo que é ou aquilo que faz, mas é sobretudo, uma questão de que tipos de pessoas fazem parte do grupo; que tipo de tarefas devem ser efectuadas e em que contexto estão integrados todos os membros do grupo/organização.

A este respeito, resume Fielder cit por Cunha [et. al.], (2007: 350),

“... a liderança de grupos e organizações é uma interacção complexa entre o indivíduo e o ambiente social e a tarefa. A liderança é uma transacção continua entre uma pessoa investida de posição de autoridade e o ambiente social. O modo como o estilo, a capacidade e o background do líder contribuem para o desempenho é fortemente contingente do controlo e da influência que a situação concita”

Como afirmam Ivancevich e Matteson (1999) tanto a abordagem dos traços como a comportamental não explicam a interacção entre as pessoas (líder e liderados), as tarefas a realizar e as circunstâncias externas onde funcionam as organizações.

Assim, tendo presentes estes aspectos, os estudos procuraram satisfazer dois grandes objectivos. Por um lado, analisaram as variáveis condicionadoras da eficácia da liderança e, por outro, formularam indicações sobre os estilos de acção mais adequados face a cada uma das situações colocadas a quem exerce o poder (Rego, 1997).

O modelo contingencial

Esta proposta desenvolvida por Fiedler (1967, 1971) defende que a eficácia e o sucesso da liderança dependem de uma consonância entre três elementos: o estilo de liderança, os constrangimentos colocados pelo contexto (grau de estruturação da tarefa) e o desempenho do grupo. Em termos práticos, preconiza-se que os líderes centrados na realização das tarefas serão particularmente eficazes nos dois pólos da situação: as favoráveis e as desfavoráveis. Ou seja, em ambientes difíceis alguém que seja directivo e que forneça instruções exactas sobre aquilo que deve ser feito, enquanto no outro extremo (tarefas bem definidas, poder do líder aceite por todos e bom relacionamento entre as pessoas) será também este responsável que terá todas as hipóteses de ter êxito pois todos valorizam a realização do trabalho, podendo a partir daí dedicar uma maior atenção ao bem-estar dos outros. Para a liderança centrada no desenvolvimento de um ambiente agradável no seio do grupo foi preconizada uma maior eficácia em condições moderadamente favoráveis, onde as tarefas não estão totalmente determinadas e o tipo de relacionamento também não está ainda estabelecido, sendo mais indicado alguém que privilegie as relações interpessoais como forma de ajudar a clarificar e melhorar estes aspectos.

O modelo situacional de liderança

O modelo desenvolvido por Hersey e Blanchard (1969) foi baseado nos estilos de liderança formulados pelos estudos de Ohio, tendo como contributo verdadeiramente original a chamada de atenção para a necessidade das acções dos líderes se encaixarem nos diferentes níveis de maturidade dos membros do grupo (Vecchio, 1995). Esta variável maturidade refere-se à capacidade dos trabalhadores traçarem objectivos difíceis, mas realistas, bem como a disponibilidade para assumirem as responsabilidades pelas metas traçadas, podendo dividir-se em duas componentes fundamentais: a maturidade no cargo (competência, conhecimentos, experiência para executar a função) e maturidade psicológica (autoconfiança, motivação e empenhamento pela concretização das funções designadas (Hersey e Blanchard, 1977, 1988).

O modelo normativo da tomada de decisão

Este modelo desenvolvido inicialmente nos anos 70 por Vroom e Yetton cit por Cunha [et. al.], (2007), procura relacionar o estilo de liderança com a participação dos subordinados nas estratégias de acção. A ideia que o norteia assenta em cinco possibilidades de actuação do líder, que variam de acordo com o grau de abertura às ideias e sugestões dos membros do grupo: decisão autocrática (pura) – o líder escolhe as opções sem auscultar os outros; decisão autocrática mitigada – existe a preocupação em obter opiniões mas a decisão continua a ser tomada de forma individual; o consultivo – o líder que partilha as dificuldades com os elementos do grupo, recolhendo eventuais sugestões sobre o problema em causa, no entanto, o líder acaba por assumir sozinho a melhor estratégia a seguir, que pode ou não reflectir aquilo que foi formulado pelos colaboradores; o quarto cenário é caracterizado por um processo de auscultação mais intencional, implicando a reunião com os membros do grupo, apresentando-se o problema a resolver e criando-se sinergias entre os vários pontos de vista. No entanto, uma vez mais, será sempre o líder a escolher a solução que, tal como na anterior, poderá ou não ir de encontro àquilo que foi abordado em conjunto. Finalmente, a decisão em grupo identifica uma maior utilização das potencialidades inerentes às resoluções partilhadas, pois o responsável junta os seus colaboradores, explica o problema em causa e procura dirigir a discussão de modo a que todos possam

expor os seus pontos de vista, evitando sempre impor a sua visão da situação. Neste caso, a orientação a seguir já resulta de um processo de consenso entre todos, entrando-se assim na dimensão verdadeiramente participativa da tomada de decisão.

A revisão deste modelo por Vroom e Jago cit. Cunha [et. al.], (2007), acrescentou às cinco possibilidades de decisão, oito questões a responder pelos gestores de modo a adoptarem o estilo correcto de decisão. Estas opções de resposta podem, de forma mais sintética, ser enquadradas em três grandes categorias: a qualidade da decisão, o grau de aceitação da decisão final e o tempo da decisão.

Em síntese, sublinhamos que o princípio fundamental desta teoria assenta em que a eficácia do líder deriva da sua capacidade de se adaptar ou reagir a determinada situação.

Retorno às teorias do carisma

Max Weber já definira carisma, como forma de influenciar os subordinados, assente não na tradição ou na autoridade formal, mas nas percepções dos seguidores de que o líder está dotado de excepcionais qualidades.

As teorias em torno deste tema são inúmeras, no entanto, a de Klein e House cit. por Cunha [et. al.], (2007) é uma das mais emblemáticas ao considerar que o carisma resulta da conjugação de três factores: uma faísca (o líder com os seus atributos e comportamentos carismáticos), o material inflamável (os seguidores estão receptivos e disponíveis ao carisma) e o oxigénio (o ambiente carismático, habitualmente caracterizado pelo desencantamento vigente ou pela percepção de crise). A combustão ocorre apenas na presença dos três.

Nesta linha, surge o líder carismático como aquele que promove o empenhamento dos seus seguidores e os conduz a ultrapassar os próprios interesses em prol dos interesses da organização, conseguindo alcançar grandes mudanças e elevados desempenhos, promovendo revoluções, renovando paradigmas, e evocando sonhos. Drucker (2007) identificou os pressupostos necessários para ser um líder carismático: confiança, altruísmo, integridade e dedicação. Conger e Kamungo(1987) acrescentam: autoconfiança, visão, capacidade para comunicar a visão, fortes convicções sobre a visão, comportamento algo fora das normas, reconhecimento como agente de mudança e sensibilidade à envolvente. Bennis (1997) identifica quatro competências

em comum: forte visão, capacidade de comunicá-la de forma clara e, consequentemente, de levar à adesão dos colaboradores; mostram consistência na sua visão; conhecem as suas forças e tiram proveito delas. Ainda segundo Quinn (1996) citado por Cunha [et. al.], (2007), os líderes assumem quatro papéis contrastantes: o visionário (preocupado com a inovação e o futuro), o motivador (ligado aos membros da equipa de trabalho, dá prioridade ao interior da organização preferindo a flexibilidade e os valores da organização – novas metas e aspirações), o analisador (concentrado na eficiência das operações) e o supervisor (preocupado com a performance, orientado para o exterior da organização). Destes quatro papéis os primeiros dois são transformacionais e os últimos transacionais. Poderemos então afirmar que a liderança transformacional é melhor percebida pelos liderados quando comparada com a liderança transaccional?

Na perspectiva de Bass, o criador da teoria da liderança transformacional, citado por Cunha [et. al.], (2007) a liderança transaccional envolve a atribuição de recompensas aos colaboradores em troca da sua subordinação, a segunda é definida em termos dos efeitos sobre os colaboradores, estes sentem confiança, admiração, lealdade e respeito pelo líder dispondo-se a colaborar ou seja, Liderança transformacional – é o tipo de liderança que se refere ao processo de influenciar as grandes mudanças nas atitudes e comportamentos dos membros da organização e a criação de comprometimento com a missão e os objectivos da organização e a Liderança transaccional – é o tipo de liderança que, para fazer as coisas, se baseia na relação líder-subordinados. O líder transaccional dirige e motiva os seus subordinados na direcção dos objectivos estabelecidos, clarificando os papéis e exigências da tarefa.

Psicólogos como House (1990) defendem a necessidade da existência, cada vez em maior número, de líderes transformacionais, defendendo por isso a teoria da liderança carismática. Para o autor o carisma é definido como “a influência exercida ao nível das orientações normativas dos subordinados, do envolvimento emocional com o líder e do desempenho dos subordinados devidos ao verdadeiro comportamento do líder”.

No entanto não é isenta de aspectos negativos, Drucker (2007) salienta a possibilidade dos líderes carismáticos se tornarem demasiado egoístas. Enquanto Collins (2007) assinala a importância de atributos como a modéstia, humildade, calma, reserva.

Liderança e enfermagem

Após esta incursão pelos aspectos teóricos da liderança, e perante o exposto, impõem-se algumas questões: e a enfermagem? Quais os requisitos de Liderança na Enfermagem? Em que medida a liderança explica os melhores ou piores desempenhos das equipas? O que tem sido investigado com relação à liderança no contexto da enfermagem? Quais os resultados em contextos de trabalho? Conhecer os resultados dos trabalhos centrados no tema da liderança, pode contribuir para melhorar o desempenho diário do enfermeiro. Esse é o foco deste artigo.

A questão da liderança tem tido um papel importante nas organizações de saúde passando de um modelo hierarquizado e tradicional para um trabalho mais flexível, em equipa, com departamentos com maior autonomia, assentes numa relação de poder e confiança mútua constituindo-se a enfermagem parte fundamental desta estrutura organizacional enquanto elemento central da equipa que privilegia os interesses colectivos e cujo objectivos são a maior satisfação dos interesses do cliente (Gaidzinski, 2004)

Também Cunha (2002) assinala a liderança como uma ferramenta essencial para o enfermeiro enquanto coordenador de equipas, a par com a necessidade de desenvolvimento de novas habilidades, conhecimentos e domínio no uso das tecnologias emergentes.

Não obstante a transformação social que vivenciamos, a tecnologia ainda não substituiu a necessidade de orientar pessoas para alcançarem objectivos e metas. O bem mais precioso de qualquer organização continua a ser o capital humano. O enfermeiro tem na sua essência o contacto com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, seja na gestão das equipas, na resolução de conflitos, na prática da equidade na tomada de decisões, norteados -se pela lei e pela ética do exercício profissional, orientando novas condutas, procurando a participação dos seus pares na construção de programas e projectos. Enfim, o líder serve de inspiração para que hajam seguidores dispostos a trilhar os seus caminhos. Assim, o enfermeiro será o líder e não o chefe.

Significado de liderança

Das muitas definições e concepções podemos inferir que, em termos gerais a liderança é a capacidade de influenciar pessoas, com o objectivo de

alcançar metas . Essa influência pode ser formal, como a conferida por um alto cargo na organização, no qual a pessoa pode assumir um papel de liderança apenas em função do cargo que ocupa, ou pode emergir naturalmente de dentro de um grupo (Robbins,2002)

Como já foi referido a liderança é tida como uma das principais competências a ser desenvolvida pelo enfermeiro, já que inserido na equipa deverá estar apto a assumir posições de liderança. Nesse contexto, o líder é envolvido pelo compromisso, responsabilidade, empatia, capacidade para tomar decisões, comunicação e gestão de forma efectiva e eficaz, melhorando a qualidade do serviço e respondendo às expectativas da organização (Peres, 2006).

Nesse sentido, Simões (2003) descreve a liderança como o encontro de diferentes pessoas e profissionais no trabalho em equipa, desafiando o enfermeiro a desenvolver competências no saber ouvir, saber relacionar-se com seus liderados, perspectivando que sejam aliados no processo de cuidar, conduzindo à autonomia profissional dentro da instituição.

Habilidades essenciais para o exercício da liderança

Na perspectiva de Fernandes [et. al.], (2003) os enfermeiros não se devem confinar ao saber técnico ou teórico para o desenvolvimento do exercício de liderança. As suas competências residem na capacidade de identificar, mobilizar e pôr em prática os conhecimentos científicos pertinentes relacionando-os com as situações concretas que nem sempre são abordadas nos livros.

A arte da comunicação e da gestão da comunicação parecem ser uma competência fundamental, para a liderança, pois é um meio para a obtenção de relações profissionais e pessoais mais significativas, com maior auto conhecimento e aceitação das diferenças.

Concordamos com Balsanelli e Cunha (2006) quando referem a comunicação, como um elemento de suma importância no processo de liderar do enfermeiro. Os mesmos autores acrescentam que o modo como acontece a transmissão de mensagens influenciará no resultado desejado.

A comunicação visa provocar mudanças esperadas no comportamento dos indivíduos, através do desenvolvimento de atitudes positivas em relação ao próprio desempenho, que culmina com a satisfação profissional. Sob esse aspecto, a comunicação está no núcleo da liderança, uma vez que a liderança é um relacionamento interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas para mudança.

“Liderança é a influência interpessoal exercida numa situação e dirigida através do processo de comunicação humana à consecução de um ou diversos objectivos específicos”. (Tannenbaum,1970, in Chiavenato, 1984:433).

Exercício da liderança

Na enfermagem, a liderança é habitualmente desempenhada pelo enfermeiro-chefe que, de acordo com o desenho de funções, actua na área de gestão de cuidados, de gestão de recursos humanos e materiais, detém o poder formal ou legítimo. Todavia, o que se vai verificando nos nossos contextos laborais, é que nem sempre o chefe é detentor das características necessárias, pois um líder não é necessariamente aquele que é chefe, imposto pela hierarquia com um estatuto socioprofissional mais elevado. Este deveria emergir, ser aceite e reconhecido pelo grupo, mas embora exista distinção entre os conceitos de liderança e chefia, na enfermagem, por vezes, ou quase sempre, estas posições sobrepõem-se.

Desejar um desempenho eficaz do enfermeiro, como líder da equipa de enfermagem, pressupõe a busca constante de comportamentos, conhecimentos e do desenvolvimento de competências essenciais para a liderança, as quais envolvem qualidades pessoais, habilidades interpessoais e o conhecimento do contexto organizacional. Actualmente exige-se ao enfermeiro que possua uma cultura de rapidez, domínio dos conhecimentos, espírito de equipa, saber comunicar, estar disposto a aprender sempre, encontrar formas criativas e inovadoras de produzir, ser ético e estético. Na opinião de Bion, apresentada por Cunha, Rego e Cabral-Cardoso (2007: 207), “o líder torna-se centro de um culto, o qual não resulta apenas das qualificações do líder, mas também da necessidade do grupo encontrar um líder que satisfaça as suas necessidades”. Está identificado que a relação entre líderes e subordinados tem particular impacto na vida organizacional.

Eficácia da liderança

A liderança, entendida como um processo dinâmico, vem sofrendo alterações e adaptações contextuais, sendo que será importante trabalhar algumas das principais características que permitam a sua eficácia. Assim, um

líder pode ter inúmeras características: ser activo ou passivo, ser assertivo ou agressivo, interessado ou desinvestido, dominador ou negligente. Seja ele, como for, as suas características afectam as relações com os liderados e, conseqüentemente, o desempenho destes nas tarefas. Para Cunha [et. al.], (2007) existem, então, alguns aspectos que devemos considerar, no que diz respeito ao comportamento de liderança eficaz. Estas são algumas das características comportamentais, apresentadas em dois grupos: aspectos favorecedores e aspectos impeditivos da boa liderança. Deverão ser tomadas em conta na interacção com o grupo, enquanto coordenador: a justiça, honestidade, modo como lida com as emoções, assertividade, elogiar e repreender, o auto conhecimento, a motivação, a confiança,. Ser capaz de transformar os desejos em acções concretas e definidas, partilhar os méritos. No segundo grupo: incapacidade para organizar detalhes, falta de disponibilidade para fazer o que pede aos outros para fazerem, expectativas de reconhecimento (pagamento) pelo que sabe em vez de que pelo que realiza, medo de competição, ausência de criatividade, síndrome do eu, excesso de confiança e deslealdade.

Estilos de liderança exercidos pelos enfermeiros

Abordamos de seguida alguns dos estilos de liderança em enfermagem que mais se observam nas nossas organizações de saúde.

Segundo o modelo de Hersey e Blanchard (2002) a Liderança Situacional baseia-se numa relação entre o grau de orientação e a direcção que o líder oferece: maior motivação para a tarefa ou maior motivação para o relacionamento e o nível de desenvoltura ou maturidade dos subordinados no desempenho de uma tarefa, função ou objectivo específico. A motivação para a tarefa é definida como, em que medida o líder dirige as pessoas, dizendo-lhes o que fazer, quando, onde e como fazê-lo. Isto é, estabelece-lhes objectivos e define os seus papéis. Já a motivação para o relacionamento consiste na medida em que o líder se empenha em comunicar com as pessoas, dando-lhes apoio, estímulo e reforços positivos. Significa ouvir activamente as pessoas e estimular os seus esforços. A disponibilidade e a capacidade das pessoas para assumir a responsabilidade de dirigir o seu próprio comportamento relaciona-se com o conceito de maturidade. Assim, temos os quatro estilos de liderança propostos por este modelo: dirigir (E1), persuadir (E2), participar (E3) e delegar (E4).

Neste sentido, alguns autores, têm referido que o estilo mais utilizado tem sido o persuadir (E2) e em segundo, o partilhar (E3).

Já em outros contextos, como na relação entre os enfermeiros e os auxiliares de acção médica, Galvão e Trevizan (1997), em estudos comparativos sobre estilo de liderança exercido pelos enfermeiros, num serviço de cirurgia, encontraram os estilos E2 (persuadir) ou E1 (dirigir) como predominantes, enquanto numa unidade de emergência observaram-se os estilos E3 (participar) e E4 (delegar). Depreende-se assim, que não existe um estilo de liderança predominante uma vez que as equipas e as situações são diferentes.

O Grid Gerencial de Blake e Mouton (1987) propõe a sua teoria de estilo de liderança (abordagem comportamental) em duas dimensões: orientação para produção e orientação para as pessoas. Os testes propostos são representados por duas escalas de nove pontos que indicam os graus de interesse por essas duas dimensões verificando-se que há 81 combinações possíveis entre as orientações para produção e pessoas. Dentre essas, esta teoria determina a identidade de cinco estilos essenciais: orientação máxima para a produção com a orientação mínima para as pessoas; orientação mínima para a produção e a orientação máxima para as pessoas; orientação mínima tanto para a produção como para as pessoas; orientação mediana para a produção e para as pessoas; orientação máxima para a produção e para as pessoas. Assim Trevizan [et. al.], (2001), nos seus trabalhos que analisaram as expectativas da equipa de enfermagem sobre a liderança do enfermeiro e o comportamento ideal deste, à luz desta teoria, foram unânimes em referir o estilo - orientação máxima para a produção e para as pessoas - como o mais relevante. Tal facto explica a necessidade de atender às expectativas da equipa de enfermagem para posteriormente alcançar os resultados desejados pela organização.

Referir ainda, que a Liderança Comportamental é aquela que propõe comportamentos específicos que diferenciam os líderes dos liderados, podendo ser orientados para as tarefas ou para as pessoas propondo vários estilos: autoritário, democrático e laissez-faire, etc.

Na década de 80 emergiu uma nova perspectiva de liderança, que se diferencia pelas ideias de gestão pelo simbólico, envolvendo a Liderança Transformacional (Azevedo, 2002).

Este estilo de liderança surgiu como nova tendência nas organizações de saúde, por ser considerada o paradigma da mudança pós-moderna. Essa liderança é definida como um estilo de liderança voltada para a qualidade da atenção à saúde prestada pela enfermagem, sobretudo na gestão, na educação e nas práticas diárias (Neto, 2000)

Assim, o líder transformacional move-se pela paixão por um ideal, inspira e motiva os seus liderados a transcender seus próprios interesses para o bem da organização, alterando a sua visão, ajudando-os a reflectir

nos problemas em termos das soluções. O líder transformacional conhece a cultura e os valores da organização, valoriza a criatividade e a inovação e estimula para a mudança.

Importa ainda reflectir numa última questão, a liderança transcultural, já que vivemos na era da globalização, e hoje os líderes lidam com pessoas de diferentes culturas e em contextos de grande diversidade racial, étnica, sexual que fazem emergir novas competências e comportamentos pertinentes. Acontece cada vez mais frequentemente, nas equipas multidisciplinares dos hospitais, existirem enfermeiros, médicos e outros profissionais estrangeiros, a cuidar de clientes também com culturas muito distintas, exigindo um repensar cultural das questões de liderança.

Reflexões finais

Como se verificou não há definições consensuais sobre o conceito de liderança logo não existe o líder, nem tampouco o modelo de liderança! O líder do século XXI terá exigências complexas; assim é imprescindível que ele tenha firmeza, capacidade de pensar estrategicamente, astúcia, orientação, fé em determinados princípios fundamentais do comportamento humano e que saiba empregar o poder para a eficiência e para o bem maior. Desejar a excelência, antes de tudo, é liderar sabiamente utilizando os recursos disponíveis e incentivando a todos que estão envolvidos no processo, visando sempre a continuidade e inovação dos mesmos.

Não existem fórmulas mágicas para se gerir um grupo de pessoas, os estilos de liderança devem ser analisados à luz da triangulação: ambiente organizacional e cultura organizacional, seus participantes e os ambientes interno e externo. Cada estilo apresenta peculiaridades que levam a problemas comunicacionais diversos, não existindo uma regra de ouro para a excelência comunicacional.

Também não há um caminho único para a compreensão dos traços, características, comportamentos e competências dos líderes eficazes. A enfermagem é uma profissão complexa que está constantemente sujeita a processos de mudança, o que exige dos seus líderes novas competências, que levem à melhoria da qualidade dos cuidados, à realização dos objectivos organizacionais e também à satisfação dos profissionais. As organizações devem investir na formação de lideranças, incentivando e implementando programas de coaching e promover acções de Benchmarking. Devem ser,

também, discutidas de forma despreconceituosa, questões como meritocracia, reconhecimento, prêmios, gestão de conflitos e negociação individual ou colectiva por metas ou objectivos, incentivos à inovação e ao empreendedorismo, como apoiar experiências e estimular a criatividade individual e colectiva bem questionar a forma como os líderes são “seleccionados”... Não menos importante, a questão da comunicação. Melhorar estratégias da comunicação em todos os sentidos contribuirá, seguramente, para a existência de melhores lideranças logo de melhores serviços, com maior qualidade, onde todos os stakeholders envolvidos tenham um maior grau de satisfação. Ainda, uma palavra para as escolas de enfermagem, a formação proporcionada é suficiente para o enfermeiro assumir a liderança requerida, posteriormente, nas equipas que vier a integrar? E por último, os enfermeiros, enquanto agentes da mudança, devem procurar aperfeiçoar-se enquanto líderes (seja qual for o seu lugar na hierarquia), aliando conhecimento técnico-científico e habilidades pessoais para liderar, correspondendo às expectativas da organização e da equipa, proporcionando uma prática mais crítica, reflexiva e participativa.

Como é habitual em qualquer construção científica, cada publicação acrescenta uma pedra ao edifício conceptual, sem que nenhuma delas detenha a palavra final ou mesmo a condição de abranger todo o sentido do que seja liderança, fica, portanto, a porta aberta a outros artigos de reflexão.

Referências bibliográficas

ANDREWS, J. P.; FIELD, R. H. G. – Regrounding the concept of leadership. **Leadership & Organization Development Journal**. 19:3 (1998), 128-136.

AZEVEDO, Creuza da Silva – Liderança e processos intersubjetivos em organizações públicas de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. [Em linha] (2004). [Consult.06 Junho 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200014&lng=en&nrm=iso>.

BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. – Liderança no contexto da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm.USP**. 40:1 (2006) 117-122.Set. [Em linha], (2006) [Consult. 1 de Junho 2010]. Disponível em: WWW: <URL: http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/227.pdf>.

BENNIS, W. – **A invenção de uma vida: reflexões sobre liderança e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora Campus.1996.

BILHIM, João Abreu de Faria – **Teoria organizacional, estruturas e pessoas**. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 2004.

CHIAVENATO, Idalberto – **Administração de empresas: uma abordagem contingencial**. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill, 1994. 765p. ISBN 108534603073

CONGER, J. ;KANUNGO, R. – **Charismatic leadership in organizations**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

CRESPO, M.; BALAGUER, I. – Las relaciones entre el deportista y el entrenador. In BALAGUER, I. – **Entrenamiento psicológico en el deporte: principios e aplicaciones**. Valência: Albatros Educación, 1994.

CUNHA, A. M. C. A. – Gestão em enfermagem: novos rumos. **O Mundo da Saúde**. São Paulo. 26:2 (2002), 309-314.

CUNHA, M.; REGO, A. – **Liderar**. Lisboa: D. Quixote, 2009. 280 p. ISBN 9789722038652.

CUNHA, M.; REGO, A.; CABRAL, C. – **Tempos modernos: uma história das organizações e da gestão**. Lisboa: Edições Sílabo, 2007. 544p. ISBN 9789726184614.

CUNHA, Miguel Pina [[et. al.],.] – **Manual de comportamento organizacional e gestão**. 6ª ed. revista e aumentada, Lisboa: Editora RH, 2006. 1038 p. ISBN 9789728871161.

DROUILLARD,S.E.; KLEINER, B.H. – Good leadership. **Management Development Review**. 9:5 (1996), 30-33. ISSN:0962-2519.

- DRUKER, P; PASCHEK, P. – **As virtudes cardeais de um líder**. Lisboa: Gestão Plus, 2007.
- GAIDZINSKI R.; PERES, H.C.; FERNANDES, M.F.P. – Liderança: aprendizado contínuo no gerenciamento em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. [Em linha] (2006). [Consult.31Maio 2010] 2004. Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200009>.
- HERSEY, Paul; BLANCHARD, K.H. – **Management of organizational behaviour: utilizing human resources**. 7th ed: New Jersey: Prentice-Hall, 1996. ISBN 9780132617697.
- HERSEY, Paul; BLANCHARD, K.H. – **Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional**. 8ª ed. São Paulo: EPU, 2002. 430 p. ISBN 108512660406.
- HIGA, E.; TREVISAN, M. – Os estilos de liderança idealizados pelos enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. [Em linha]: 13:1 (2005). [Consult. 5 Junho 2010] Disponível em WWW:< URL:http://www.scielo.br/>.
- HOGAN, R.; CURPHY, G.J.; HOGAN,J. – What we know about leadership: Effectiveness and personality. **American Psychologist**. ISSN 0003-066x. 6 (1994) 493-504.
- HOLLANDER, E. P. – Leadership and power. In: LINDZEY, G.; ARONSON, E. – **Handbook of social psychology**. New York: Random Hous,1985.
- HOUSE, R.J. – Weber and the neo-charismatic leadership paradigm: a response to beyer. **Leadership Quarterly**. ISSN 1048-9843. 10 (1999), 563-574.
- IVANCEVICH, J. M.; MATTESON, M. T.– **Organizational behavior and management**. 5ª ed. New York: McGraw-Hill,1999.
- JESUÍNO, J.C. – **Processos de liderança**. Lisboa: Livros Horizonte, 1996.
- KETS de VRIES, M.F. R.– A mística da liderança. **Comportamento Organizacional e Gestão**. 4:1 (1998), 97-116.
- MARQUES, Carlos Alves; CUNHA, Miguel Pina (coords.) – **Comportamento organizacional e gestão de empresas**. Lisboa: Dom Quixote, 1996.
- NETO, D. L. – Liderança transformacional: a arte de administrar com inteligência emocional. **Administr Nursing**. [Em linha] (2000). [Consult.31Maio 2010] Disponível em WWW:< URL:http://www.ibict.br>.
- NORTHOUSE, P. G. – **Leadership: theory and practice**. London: Sage, 1997. 435 p. ISBN 9781412974882.
- PALMER, P.J. – Leading from within: out of the shadows, into the light. In: CONGER, J.A. – **Spirit at work: discovering the spirituality in leadership**. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

PERES, M.A; TRENDÓ; H.M.C. – Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** [Em linha]. 15:3 (2006) 483-91.[Consult.31Maio 2010] Disponível em WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext...>.

REGO, Arménio – **Liderança nas organizações: teoria e prática.** Aveiro: Universidade de Aveiro, 1998.

ROBBINS, Stephen P. – **Comportamento organizacional.** 9ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002. 560 p. ISBN 8576050021.

SANTOS, I.; OLIVEIRA, S.R.M.; BITTENCOURT, C. – Gerência do processo de trabalho em enfermagem: liderança da enfermagem em unidades hospitalares. **Texto Contexto Enferm.** [Em linha] (2006). [Consult. 02 Junho de 2010] Disponível em: WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000400015&script=sci_arttext>.

SCHEIN, E. – **Organization psychology.** New York: Prentice-Hall, 1970.

SIMÕES, A.L.A.; NEIDE, F. – O desafio da liderança para o enfermeiro. **Rev. Latino-Americana Enfermagem.** [em linha] (2003). [Consult. 10 Junho de 2010] Disponível em: WWW: <URL:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-1692003000500002>.

VECCHIO, R.P. – Situational leadership theory: an examination of prescriptive theory. In: Vecchio, R.P. – **Leadership: understanding the dynamics of power and influence in organizations.** Indiana: University of Notre Dame Press, 1997.

WASHBUSH, J.B; CLEMENTS, C. – The two faces of leadership. **Career Development International.** 4:3 (1999), 146-148.

WEINBERG, R.; GOULD, D. – **Foundations of sport and exercise psychology.** Champaign, IL: Human Kinetics, 1995.

YUKL, G. – **Leadership in organizations.** 4th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1998.

BENJAMIN, B.; ZANDER, R.S. – **A arte da possibilidade.** 11ª ed. Campus: Elsevier, 2001. 208 p. ISBN 8535207538.

Gestão de conflitos organizacionais: uma exigência em enfermagem

Tiago Simões

Introdução

Os conflitos fazem parte do processo de evolução dos seres humanos. Existem desde o início da Humanidade e ocorrem em qualquer sistema familiar, social, político ou organizacional (Nascimento e Sayed, 2002).

Em relação à vida organizacional, todos os aspectos que exijam interação e coordenação de esforços tendem para a acção, representando um forte potencial de conflito. Neste sentido, o conflito é visto como um fenómeno inevitável resultante das relações entre indivíduos do mesmo grupo, entre grupos, entre diferentes níveis organizacionais ou entre organizações (Deutsh, 2003; Katz e Kahn, 1978 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

A questão dos conflitos tem sido abordada pela literatura ao longo do tempo e considerada como variável em diversos estudos empíricos que têm permitido alterar a forma como são encarados. De facto, se antigamente o conflito organizacional era visto de forma negativa, considerado como indesejado e prejudicial à organização. Actualmente, fruto da evolução, tem vindo a ser considerado um fenómeno natural e fundamental para o desenvolvimento das organizações, por representar uma fonte de novas ideias e originar discussões abertas sobre determinados assuntos, permitindo a exploração de diferentes pontos de vista, interesses e valores (Nascimento e Sayed, 2002).

No entanto, e de acordo com (Nascimento e Sayed, 2002), se os conflitos não são necessariamente aspectos negativos nas organizações, a forma como lidamos com eles pode originar algumas reacções negativas. Deste modo, a gestão de conflitos “consiste exactamente na escolha e implementação das estratégias mais adequadas para se lidar com cada tipo de situação”.

No que concerne à Enfermagem, a gestão de conflitos assume particular importância uma vez que os enfermeiros em situação de tensão e conflito, enquanto profissionais responsáveis que cuidam de doentes em diversas áreas, devem ser capazes de actuar em harmonia e de forma integrada, visando a

segurança do doente, a eficiência dos cuidados, a manutenção das boas relações humanas e o profissionalismo (Saraiva, 2009).

Em Portugal poucos estudos têm sido feitos no campo dos conflitos organizacionais (McIntyre, 2007). Contudo, existe informação que carece ser sistematizada, recorrendo a pesquisa bibliográfica, de modo a constituir um documento que contribua para uma eficaz gestão de conflitos no quotidiano do exercício da profissão de enfermagem.

Este artigo apresenta-se estruturado em 6 partes abordando os conceitos de conflito e conflito organizacional, a natureza do conflito, os diferentes tipos, o processo conflitual, respectivas consequências bem como algumas estratégias de intervenção recomendadas para a gestão de conflitos a nível organizacional. Por último apresenta-se um contributo para a melhoria das relações intragrupais no exercício da profissão de enfermagem através de uma reflexão pessoal.

Definição dos conceitos de conflito e conflito organizacional

Na literatura encontra-se uma multiplicidade de definições de conflito convergentes quanto ao sentido conceptual do fenómeno, tendo sido definido por diferentes autores como:

A percepção da divergência de interesses ou a crença de que os desejos actuais das partes não podem ser atingidos em simultâneo (Pruitt e Rubin, 1986 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005 e McIntyre, 2007);

Uma luta - baseada em valores e pretensões aos escassos poder e recursos, cujo objectivo do oponente consiste em neutralizar, magoar ou eliminar os seus rivais (Coser, 1968 apud McIntyre, 2007); entre indivíduos por um resultado favorável individual, que sendo atingido impossibilita os restantes de terem êxito, originando hostilidades (Likert e Likert, 1980 apud Santos, 2008);

Um processo - que ocorre quando pelo menos uma das partes envolvidas numa interacção toma consciência da existência de discrepâncias e/ou desejos incompatíveis e irreconciliáveis entre as partes (Boulding, 1963 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005); que se inicia quando uma das partes percebe que a outra parte a afectou, ou irá afectar, negativamente (Thomas, 1976 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005); no qual é desenvolvido um esforço propositado de A de forma a eliminar os esforços de B para atingir um deter-

minado objectivo através de algum tipo de bloqueio que resulta na frustração de B (Robbins, 1996 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005); que tem início quando um indivíduo ou grupo se sente afectado negativamente por outro indivíduo ou grupo (De Dreu, 1997 apud Santos, 2008); que é interactivo e se manifesta por incompatibilidades, desacordos ou dissonâncias dentro ou entre indivíduos, grupos e organizações (Rahim, 2001 apud Santos, 2008);

Um encontro de duas ou mais linhas de força, com direcções convergentes, mas em sentidos opostos, de que resulta a necessidade de uma gestão eficaz da situação, de modo a que se retire algo de positivo dela (Serrano e Rodriguez, 1993 apud McIntyre, 2007);

A existência de actividades incompatíveis, ou seja, quando a presença de uma acção inibe, obstrui, interfere ou de algum modo torna a outra acção menos eficaz. (Deutsch, 2003 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005);

De modo mais sintético, qualquer forma de oposição ou interacção antagonica entre dois ou mais indivíduos (Megginson [et. al.], 1986 apud Santos, 2008).

As organizações são ambientes empresariais nas quais os indivíduos trabalham e vivem a maior parte do seu tempo, ou mesmo das suas vidas, dando algo de si mesmos e esperando algo em troca, a curto ou longo prazo. Distinguem-se dos outros sistemas sociais pelo seu alto nível de planeamento e consequente controlo através de pressões ambientais, valores, expectativas comuns e especialmente regras, cuja violação implica penalidades (Chiavenato, 2005).

Neste sentido, os conflitos organizacionais podem ser definidos como uma situação que envolve duas ou mais pessoas que trabalham numa organização comum e que possuem crenças, valores e objectivos diferentes, que influenciam o trabalho conjunto e/ou afectem o ambiente de trabalho (Jameson, 1999 apud Santos, 2008).

A natureza do conflito

O início do processo conflitual pode ter inúmeros antecedentes, categorizados de diferentes modos por diversos autores, que importam diferenciar de modo a facilitar a sua compreensão (Jameson, 1999 apud Santos, 2008).

Os conflitos podem ser devidos à complexidade organizacional, posturas agressivas, fracos desempenhos, personalidades incompatíveis, favoritismos, escassez de recursos, diferentes objectivos, diferenciação funcional

e hierárquica, barreiras comunicacionais, estilos de liderança, entre outros (Cunha [et. al.], 2004 apud Santos, 2008).

Nascimento e Sayed (2002) citam como possíveis causas de conflito a experiência de frustração de uma ou ambas as partes; diferenças de personalidade; metas diferentes e diferenças em termos de informações e percepções.

Para Saraiva (2009) as principais fontes de conflito são factores psicológicos, mal-entendidos, falha na comunicação, conflitos de personalidade e diferenças de valores.

Santos (2008) menciona que, de acordo com diferentes autores, a causa do conflito pode ser:

- devida aos contrários: (conflitos individuais/colectivos, conflitos de pares/subordinados, conflitos de solução construtiva/solução destrutiva); à natureza (conflitos inerentes a valores, factos, métodos) e às causas (condições sociais e organização, divergências intelectuais) (Fustier, 1982);

- baseada na importância de valores para cada uma das partes envolvidas: o conflito cognitivo (origem na divergência da avaliação cognitiva de factos empíricos ou factuais); o conflito de objectivos e interesses (causas relacionadas com a divergência de resultados desejados) e o conflito normativo (motivos inerentes a expectativas sobre o comportamento) (Thomas, 1992);

- relativa aos objectivos e ideologias (objectivos, padrões, ideais diferentes) e ao território (esfera de influência do individuo) (Handy, 1993);

- inerente aos recursos (advêm do acesso e distribuição de recursos escassos); de natureza intelectual (radicam da compreensão de factos ou dados) e avaliativa (resultam das divergências no gosto, tendências, valores) (De Dreu [et. al.], 1999);

- de conteúdo (o motivo do conflito), relacional (relação existente entre as partes envolvidas no conflito) e situacional (condições organizacionais em que surge o conflito) (Jameson, 1999);

As categorias apresentadas não são estanques, podendo um conflito conter componentes das diferentes dimensões (Santos, 2008).

No que concerne ao conflito organizacional, a principal fonte de conflito pode derivar da existência de vários graus de autonomia funcional, de tal forma que uma parte da organização é independente das outras na satisfação das suas necessidades.

Particularizando, no que diz respeito à Enfermagem, as principais áreas de conflito residem em comportamentos hostis, stress, exaustão física e mental, espaço limitado, autoridade do médico e diferença de crenças e valores (Saraiva, 2009). Para além destes motivos, a própria estrutura da organização pode consistir na principal causa de conflitos organizacionais, tendo em conta que a competência do executivo para proceder a mudanças e minimizar

o conflito é extremamente importante para o sucesso da organização (Matos, 1986 apud Santos, 2008).

Os tipos de conflito

Os conflitos podem assumir diferente tipologia consoante os agentes envolvidos. De acordo com Dimas, Lourenço e Miguez (2005) podem ser intraindividuais – relativos a ambivalência e dilemas individuais – ou interindividuais – no qual se incluem os grupos e organizações. Partindo da perspectiva interindividual, os conflitos podem ser intragrupais ou intergrupais (Megginson [et. al.], 1986 apud Santos, 2008), intraorganizacional ou interorganizacional (Kolasa, 1978 apud Santos, 2008) ou então entre a organização e os clientes (Blau e Scott, 1977 apud Santos, 2008).

No entanto, como refere Cunha [et. al.], (2004) os níveis do conflito não são estanques podendo-se conjugar entre si (por ex., conflitos intergrupais podem ser simultaneamente intraorganizacionais) (Santos, 2008).

O processo conflitual

O conflito é um processo que se desenvolve devido a antecedentes ou causas, e que exhibe uma sequência de etapas, tal como têm procurado explicar vários modelos do processo conflitual, similares para a maioria dos autores.

A perspectiva processual “Latente, Percebido, Sentido, Manifesto e Concretizado” tem sido defendida por autores como Pondy (1967) e Thomas (1992) apud Santos (2008) ou Nascimento e Sayed (2002) embora possa assumir designações diferentes e etapas ou estágios conjuntos.

Tem início com a percepção de que uma das partes foi afectada negativamente pela outra (Latente). Posteriormente, desencadeiam-se pensamentos e emoções devido ao facto da percepção inicial atingir os seus próprios interesses (Percebido), originando uma resposta ao oponente que exhibe um comportamento como forma de gerir o conflito sentido (Sentido). Em resposta a esse comportamento, o oponente desencadeia os seus pensamentos e emoções e manifesta o seu comportamento (Manifesto). Surgem um conjunto de interações que se desenvolvem ciclicamente e que só terminam quando

o ciclo se interrompe e gera um resultado (Concretizado). Esse resultado tem influência numa próxima situação entre as mesmas partes.

Para Robbins (2002) o processo conflitual decorre em 4 etapas: Oposição potencial, Cognição e Personalização, Comportamento e Consequências (Santos, 2008).

De acordo com Thomas (1992) o conflito pode ainda sofrer um agravamento progressivo, decorrente das alterações do nível e intensidade do conflito entre as partes oponentes, e que contempla 3 fases: Racionalidade e Controlo; Rompimento de relações; Agressão e Destruição (Santos, 2008).

Este agravamento decorre, para Nascimento e Sayed (2002), em 9 níveis:

1-Discussão: É o início do conflito, habitualmente racional, aberta e objectiva;

2-Debate: Fazem-se generalizações e procuram-se demonstrar padrões de comportamento. Diminui a objectividade;

3-Façanhas: Falta de confiança no caminho ou alternativa escolhida pela outra parte;

4-Imagens fixas: Estabelecem-se imagens preconcebidas em relação à outra parte;

5-Loss of face (“cara no chão”): Teimosia com o intuito de que a outra parte se retire;

6-Estratégias: Surgem ameaças e evidenciam-se punições. Comunicação em risco;

7-Falta de humanidade: Comportamentos destrutivos, desprovidos de sentimentos;

8-Ataque de nervos: A única preocupação consiste em auto preservar-se e proteger-se e a principal motivação em preparar-se para atacar e ser atacado;

9-Ataques generalizados: Resta apenas a retirada de uma parte ou a derrota de ambas.

Este modelo pode ser aplicado a qualquer tipo de conflitos.

As consequências do conflito

O final do processo conflitual gera um resultado que pode ser benéfico para ambas as partes envolvidas, somente para uma ou mesmo prejudicial para ambas (Caetano e Vala, 2002; Rahim, 1991 apud McIntyre, 2007). Numa abordagem tradicional, Deutsh (1973) enumerou um conjunto de con-

sequências negativas habitualmente associadas aos conflitos: a comunicação no grupo torna-se ineficaz (não utilização dos canais de comunicação ou utilização para intimidar); a solução do conflito é sentida como uma questão de força, levando os intervenientes a uma luta interna pelo poder; aumenta a sensibilidade às diferenças e diminui a consciência das semelhanças, produzindo-se juízos que deterioram as relações e ameaçam a coesão do grupo (Dimas Lourenço e Miguez, 2005). No que diz respeito aos efeitos negativos e disfuncionais é ainda descrito que geram baixa produtividade, um clima paranóico, a diminuição do empenho profissional, impasses e atrasos no processo de decisão, distúrbios na comunicação, aumento do absentismo e do turnover, destruição da moral dos grupos, entre outros (Cunha [et. al.], 2004 apud Santos, 2008; Moreira e Cunha, 2007).

Contrariando esta abordagem, Dimas, Lourenço e Miguez (2005:107) referem que “estimular a emergência de conflitos nos grupos de trabalho melhora a qualidade das decisões, evita a perda de eficácia provocada pela convergência de perspectivas e facilita o encontrar de soluções que integrem os vários interesses das partes envolvidas”, tal como afirmam os autores De Dreu (1997), Putman (1997), Turner e Pratkains (1994) e Fischer (1997). A este respeito, Cunha [et. al.]. (2004) referem como efeitos positivos e funcionais, benéficos para a organização, a clarificação de assuntos, o reconhecimento de problemas ignorados, novas abordagens ao problema, a indução de motivação, o incremento da coesão e identidade grupal, o libertar de tensões e facilitar a inovação, mudança e adaptação, entre outros (Santos, 2008).

Na sequência do resultado do conflito, podem surgir sentimentos de ansiedade, frustração, satisfação, vitória ou derrota, podendo estar na origem de novos conflitos e novas estratégias comportamentais (Cunha [et. al.], 2004 apud Santos, 2008).

Em suma, os conflitos podem manifestar-se benéficos ou prejudiciais para o grupo, dependendo do seu impacto do momento temporal em que surgem, das suas características e do modo como são vividos e geridos (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Estratégias de intervenção na gestão de conflitos

Na gestão de conflitos, os investigadores defensores do modelo contemporâneo, salientam a importância de identificar as causas do conflito e de definir estratégias para a sua gestão. De facto, tanto são diversos os estilos de conflitos nas organizações quanto os modos de se lidar com eles, desde

a simples negação até ao seu diagnóstico, enfrentamento e proposta de resolução adequada.

As estratégias de gestão de conflitos, de um ponto de vista interpessoal, podem ser definidas como as reacções individuais à consciencialização da existência de ideias, opiniões ou objectivos diferentes entre as partes envolvidas numa interacção que podem gerar níveis elevados de tensão (Deutsch, 1973; Pruitt e Rubin, 1986 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005). A nível intragrupal traduzem-se no conjunto de respostas dos membros de um grupo com vista a reduzir ou solucionar determinado conflito (DeChurch e Marks, 2001 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

As estratégias de resolução ou gestão de conflitos inserem-se na denominada negociação conflitual. O termo “Negociação” define-se como uma posição de tomada de decisão conjunta entre duas ou mais partes que decidem distribuir entre si recursos limitados (Neale e Bazerman, 1990; Thomson, 1998 apud Santos, 2008) e definir ou redefinir a sua interdependência (Walton e McKersie, 1965 apud McIntyre, 2007). Pode ser, também, definida como “a via que uma sociedade livre e responsável tem para harmonizar as necessidades, por vezes, antagónicas, dos elementos de uma organização” (Almeida, 1995 apud Saraiva, 2009:27).

No que se refere à negociação conflitual, podemos ainda distinguir a negociação distributiva e a negociação integrativa. A negociação distributiva assemelha-se a um “jogo de soma nula” em que ambas as partes procuram a melhor solução tendo ganhos mas também perdas para interesses totalmente opostos. Na negociação integrativa, os interesses de ambas as partes são comuns ou complementares o que permite objectivos totalmente satisfeitos e ganhos para ambas as partes. Este tipo de negociação caracteriza-se por “jogos de soma não nula”, em que embora com níveis de ganhos diferentes, quando uma parte aumenta os ganhos a outra pode também aumentar, não existindo prejuízo da parte oposta (Santos, 2008).

Para uma eficaz resolução dos conflitos é necessário que ambas as partes esclareçam as suas percepções; se focalizem em necessidades individuais e grupais; construam um poder positivo e partilhado; sejam capazes de olhar para o futuro e, em seguida, aprender com o passado; desenvolvam passos para a acção ser efectivada e estabeleçam acordos de benefícios mútuos. É ainda importante que saibam comunicar, ouvir e perguntar e que definam um estilo a adoptar (Nascimento e Sayed, 2002).

Existem vários estilos de comportamento com os quais uma pessoa, ou grupo, pode lidar com o conflito (Caetano e Vala, 2002 apud McIntyre,

2007). A conceptualização das estratégias de gestão de conflitos assume uma perspectiva unidimensional ou uma perspectiva bidimensional, consoante a relação e número de estilos ou estratégias constituintes do modelo de gestão (Santos, 2008).

Até aos anos 60 as estratégias de gestão de conflitos foram conceptualizadas numa lógica unidimensional. O primeiro modelo de gestão de conflitos criado por Deutsh (1949) assumia dois estilos completamente opostos, o Estilo Cooperativo e o Estilo Competitivo, opondo as estratégias de cooperação às estratégias de competição ou às estratégias conflituais (Santos, 2008). Denominado por “jogos de soma negativa” ou “jogos de soma zero”, o estilo competitivo origina um resultado totalmente positivo para uma das partes, em detrimento da outra parte em que o resultado é o oposto, sendo totalmente negativo, não existindo estilos de comportamento ou resultados intermédios (Rahim, 2001 apud Santos, 2008).

Mais recentemente adoptaram-se modelos bidimensionais, cujas intervenções estratégicas variam de acordo com as respectivas dimensões, tais como a preocupação com as relações vs. preocupação com os objectivos individuais ou a orientação para os resultados do próprios vs. orientação para os resultados do outro (Thomas, 1992 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Os modelos bidimensionais de estratégias de gestão de conflitos originam um conjunto de intenções estratégicas em funções do cruzamento de duas dimensões, que assumem designações diferentes conforme os investigadores, mas que no entanto se reportam a ideias similares (Thomas, 1992 apud Santos, 2008).

De acordo com Santos (2008) o primeiro modelo bidimensional foi criado por Blake e Mouton (1964) e distinguia as dimensões “Preocupação com as pessoas” e “Preocupação com a produção”. Este modelo concebia cinco estilos de gestão de conflitos: (1) Retirada (negar o actual ou potencial desacordo), (2) “Corte de Arestas” (ênfatisar os pontos fortes e minimizar as diferenças), (3) “Uso da Força” (situação perdedor/ganhador, beneficiando uma parte à custa da outra), (4) Compromisso (soluções aceitáveis para ambas as partes, com satisfação mútua), (5) Solução do Problema (confrontação entre ambas as partes, concebendo a melhor solução, em que as partes estão motivadas em que todos ganhem).

De modo semelhante Thomas (1976) desenvolveu o seu modelo de gestão de conflitos, com base nas dimensões “Assertividade” e “Cooperação”, em que a assertividade é o grau em que cada uma das partes tenta satisfazer os seus próprios interesses e a cooperação é o grau em que cada uma das partes se preocupa activamente com os interesses da outra parte. Destas duas dimensões surgem cinco intenções estratégicas de gestão de conflitos:

(1) Competição (assertividade e não cooperação), (2) Colaboração (assertividade e cooperação), (3) Evitamento (não assertividade e não cooperação), (4) Acomodação (não assertividade e cooperação) e (5) Compromisso (equilíbrio entre assertividade e cooperação) (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

O modelo de Rahim e Bonoma (1979) é semelhante ao de Thomas (1976), porém as designações diferem denominando-se por “Preocupação consigo” e “Preocupação com os outros”. A primeira traduz o grau em que cada uma das partes procura satisfazer os seus objectivos e a segunda traduz o grau em que cada uma das partes procura satisfazer os objectivos da outra parte, criando os cinco estilos de gestão de conflitos: (1) Dominação, (2) Integração, (3) Evitamento, (4) Acomodação e (5) Compromisso (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

O estilo Dominação ou Competição, é identificado como uma estratégia “ganhar – perder”, em que o atingir dos objectivos de uma parte é mais relevante que os objectivos da outra parte, ignorando os interesses da parte oponente, assim uma das partes tenta satisfazer os seus interesses sacrificando a outra. Nesta situação é difícil encontrar uma solução partilhada, pois não existe flexibilidade (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005). De acordo com Santos (2008), Rahim [et. al.], (1992) referem que a dominação é o estilo mais utilizado quando as questões inerentes são triviais, se esperam respostas rápidas ou quando acções de menor importância necessitam de ser implementadas. Ainda de acordo com a mesma autora (2008), Monteiro e Hospital (2000) referem que a ameaça e a persuasão são as principais tácticas utilizadas pelas partes envolvidas.

Na estratégia Integração ou Colaboração, a resolução do conflito é do tipo “ganhar – ganhar”, em que as partes envolvidas desejam satisfazer totalmente os interesses de ambas. Para Prein (1976) esta estratégia engloba duas fases essenciais: fase de confrontação e fase de resolução do problema (Santos, 2008). Na primeira os membros do grupo esclarecem abertamente as divergências existentes e procuram as causas que estão na base do conflito para que, na fase de resolução se encontre uma solução consensual para o problema. Este estilo revela uma grande preocupação com os interesses próprios e dos outros, bem como abertura, troca de informação e análise das diferenças de modo a que, assumindo-se como resolutores activos do problema e não como oponentes ou adversários, se consiga atingir uma solução efectiva que traduza um ganho conjunto. Para Rahim (1992) este estilo pode ser utilizado nas questões estratégicas relacionadas com objectivos, políticas, planeamentos, entre outros (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

A estratégia de Evitamento está associada a um comportamento de negação ou fuga da situação conflitual em que não existe interesse em satis-

fazer os seus interesses, nem os interesses da parte oponente. Este estilo pode também ser a forma de adiar a solução do problema. A utilização desta estratégia está relacionada com questões táticas de menor importância ou com efeitos de disfunções no confronto com o oponente, em que as consequências são maiores do que os benefícios da resolução do problema (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

O estilo Acomodação caracteriza-se por minimizar as diferenças entre as partes e maximizar os pontos comuns de forma a satisfazer os objectivos da parte oponente. Esta estratégia pressupõe um sacrifício da parte acomodada em prol da outra parte, em virtude de negligenciar os seus interesses. É ainda uma estratégia susceptível de ocorrer quando uma parte acredita poder estar errada e a outra estar correcta ou como forma de troca (desta vez cede uma parte, desejando que da próxima vez ceda a outra parte) (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Por último, a estratégia Compromisso traduz-se na procura de uma solução de meio-termo para o conflito, ou seja, mutuamente aceitável pelas partes envolvidas desde que abduquem ambas de algo, num acto de “dar e receber”. O estilo decorre da eliminação das divergências, troca de concessões ou da procura de um equilíbrio dos objectivos de ambas as partes. Este estilo pode ser utilizado nas questões negociais estratégicas devendo os seus limites de utilização serem definidos a fim de evitar disfunções (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Tanto na estratégia de compromisso como na de colaboração se podem recorrer às táticas “expandir o bolo” (elevar os recursos para aumentar a probabilidade de atingir os objectivos de ambas as partes), trocar informação (dar e obter toda a informação acerca dos interesses de ambas as partes) e fazer promessas para resolver o conflito com benefícios para ambas as partes envolventes (Monteiro e Hospital, 2000 apud Santos, 2008).

As estratégias de gestão de conflitos têm como objectivo manter níveis razoáveis de conflito, de forma a estimular processos organizacionais como a criatividade e aprendizagem organizacional (Robbins, 2002 apud Santos, 2008). No entanto não existe um estilo definido pelos investigadores que seja amplamente eficaz, pois uma estratégia pode mostrar-se eficaz numa situação conflitual e tornar-se altamente ineficaz noutra. Em função de cada conflito é necessário adequar a melhor estratégia para a sua eficácia ser elevada já que cada estilo apresenta vantagens e desvantagens, que devem ser tomadas em conta (Rahim [et. al.], 1992; Thomas, 1992 apud Santos, 2008).

Deste modo, o desenvolvimento dos estudos de investigação acerca das estratégias de gestão de conflitos revela a integração/colaboração como a

estratégia mais frequente e o evitamento como o estilo menos utilizado na resolução de conflitos interpessoais (Rahim e Buntzman, 1989 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Para Cunha [et. al.], (2004) a conduta de colaboração numa situação conflitual é a melhor estratégia, uma vez que favorece ambas as partes envolvidas, estimulando a criatividade, favorecendo a troca de ideias, a partilha de opiniões, o diálogo aberto e sincero e a aprendizagem conjunta, resultando em soluções de elevada qualidade. Acrescenta ainda o mesmo autor (2004) que a estratégia de colaboração minimiza o risco de conflitos futuros, enquanto estratégias de compromisso podem criar novo conflito por somente atingir níveis intermédios de satisfação de ambas as partes. Por outro lado, estratégias de domínio/competição traduzem-se em reduzidos níveis de eficácia de gestão de conflitos (Santos, 2008).

As conclusões referem ser mais frequentes as estratégias de gestão de conflitos que traduzem maior preocupação com os interesses dos outros, e por isso, estilos de integração ou acomodação, em oposição a estilos que indicam uma baixa preocupação, como o evitamento e competição, cujos níveis de eficácia são inferiores (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Apesar das abordagens anteriores partirem do pressuposto que numa situação de conflito os sujeitos envolvidos no conflito utilizam exclusivamente uma das estratégias de gestão, nos últimos anos a investigação tem tornado crescente uma perspectiva mais complexa e inovadora que preconiza existir maior eficácia na resolução de conflitos quando utilizadas combinações dos diferentes tipos de gestão. Segundo estudos realizados, “a utilização combinada das estratégias integração, domínio e compromisso constitui um dos padrões de resposta mais eficazes na resolução dos conflitos” (Munduante, [et. al.], 1999 e Van de Vliert [et. al.], 1997 apud Dimas, Lourenço e Miguez, 2005:112).

A orientação do comportamento por determinadas estratégias ou estilos de gestão de conflitos, pelo indivíduo ou grupo está relacionada com determinados factores.

Cunha [et. al.], (2004) apontam a personalidade, os factores culturais, as experiências em situações de conflito, as expectativas, a relação com o oponente, as características da situação, as crenças acerca da independência, as capacidades cognitivas, as intenções e comportamentos da contraparte, como variáveis que influenciam as orientações estratégicas ou comportamentos dos indivíduos em situações de conflito, mas que na realidade pode não coincidir com a estratégia efectivamente adoptada (Santos, 2008). Isto significa que é importante distinguir as estratégias de gestão de conflitos adopta-

das por uma das partes da orientação ou inclinação do indivíduo na situação conflitual e ainda da solução efectivamente conseguida para a resolução do conflito (Santos, 2008).

Contributo Pessoal

O interesse pelo comportamento humano nas organizações de saúde tem para mim particular interesse pela relevância que tem na actividade profissional que exerço. A profissão de enfermagem é exercida num contexto organizacional e, por esse motivo, é sujeita a situações complexas que, quando mal geridas, podem originar conflitos.

No hospital, como noutras organizações, verifico que as pessoas se agrupam em função de alguns interesses comuns ou pela partilha de valores e modos de pensar. No entanto, mesmo quando ocorre essa identidade, não há como evitar conflitos pela simples razão de que a competição constitui o cerne da condição humana e é naturalmente cultivada e estimulada, por exemplo através das avaliações de desempenho. Ainda relativo às avaliações de desempenho constato que, ao recompensarem os elementos que colaboram para a tranquilidade dos seus postos de trabalho e punirem os que com a geração de conflitos contribuem para o desequilíbrio e confrontação, fazem com que se eliminem ou escondam os conflitos (Moreira e Cunha, 2007).

Para além disso o facto das organizações de saúde manifestarem a necessidade de contenção de custos e aludirem à redução ou reestruturação dos quadros de pessoal parece contribuir para aumentar os conflitos.

Da minha experiência pessoal, verifico que os conflitos são frequentes e ocorrem entre pares, na relação enfermeiro-cliente ou em relação à equipa multidisciplinar.

Os conflitos entre pares são essencialmente intelectuais, relacionando-se com o modo como cada um considera ser adequada a realização de determinado procedimento ou relativos à organização do trabalho (aspectos funcionais como escalas mensais ou mapa de férias). Os conflitos relacionais na esfera enfermeiro-cliente apresentam como principal causa a exaustão dos profissionais ou a notória escassez de recursos humanos, que impossibilita uma disponibilidade tão imediata dos enfermeiros quanto os clientes desejam. Relativamente a outros grupos profissionais existem conflitos quando se tornam indefinidos os limites dos campos de competência de cada um ou quando se delegam funções.

Grande parte dos conflitos por mim observados surgem por diferenças de opinião, personalidades incompatíveis, diferenciação funcional e hierárquica, barreiras comunicacionais e estilos de liderança, tal como referem Cunha [et. al.], (2004) apud Santos, 2008.

Normalmente os conflitos entre colegas seguem as etapas “Latente, Percebido, Sentido, Manifesto e Concretizado” ou “Oposição potencial, Cognição e Personalização, Comportamento e Consequências” e envolvem a fase de “Racionalidade e Controlo”. Raramente se verifica o “Rompimento de relações” ou a “Agressão e Destruição”. Quanto aos níveis a que se desenvolvem observam-se habitualmente os primeiros 4 a 5 níveis dos 9 identificados: Discussão, Debate, Façanhas, Imagens fixas e Loss of face.

Uma vez que os estilos de abordagens mais utilizados consistem no de dominação/competição e de evitamento, os conflitos têm, habitualmente, como consequência o resultado “ganha-perde”.

Os conflitos mais graves que observei resultaram entre cargos hierárquicos diferentes, devidos a défices comunicacionais aliados a estilos de liderança autoritários. Foram situações em que se atingiram níveis de ataques de nervos e ataques generalizados e das quais resultou, em situações seguintes, a adopção de comportamentos de evitamento com o intuito de adiar os problemas.

Ao lidar com conflitos, o enfermeiro deve possuir competências desenvolvidas em contexto de ensino ou desenvolvimento profissional, tal como o permite a unidade curricular em que este trabalho se insere. Neste sentido e para terminar, julgo ser vantajoso para os enfermeiros e para a afirmação da profissão o desenvolvimento de conhecimentos acerca do processo de gestão de conflitos, de modo a que se consigam obter resultados vantajosos para os intervenientes, através da adopção de estratégias de compromisso ou negociação integrativa.

Conclusão

Neste artigo evidenciaram-se os processos conflituais enquanto aspeto inerente aos indivíduos e essenciais para o desenvolvimento de qualquer sistema organizacional.

O impacto que os conflitos têm ao nível da produtividade individual, grupal e organizacional, bem como a forma como influenciam os níveis de satisfação dos membros das equipas/grupos de trabalho são apontados como razões do interesse crescente das Ciências Organizacionais pelo cam-

po de estudo dos conflitos organizacionais (Dimas, Lourenço e Miguez, 2005).

Os defensores da abordagem contemporânea do conflito, referem ser funcional um nível moderado de conflito para a melhoria das decisões do grupo, para aumentar a cooperação entre grupos, elevar a performance e permitir o desenvolvimento das organizações (Moreira e Cunha, 2007; Santos, 2008).

O conflito organizacional, embora inevitável, exige, no entanto, que se conheçam e discernam as suas causas para que possa ser gerido eficazmente, eliminando as suas consequências nefastas e maximizando os seus efeitos funcionais (Santos, 2008).

Da bibliografia e experiência pessoal verifica-se que as causas do conflito não se restringem apenas a questões relacionadas com o trabalho ou com a estrutura organizacional mas também a diferenças individuais, diversos níveis de competência interpessoal ou diferentes visões do mundo (Nascimento e Sayed, 2002).

Entre as pessoas há semelhanças e diferenças e é nas diferenças que estão as fontes conflituosas. A gestão do conflito organizacional consiste em escolher e implementar as estratégias de resolução de conflitos adequadas a cada tipo de conflito, de modo a que se proporcionem oportunidades de crescimento mútuo (Santos, 2008; Nascimento e Sayed, 2002). Contudo, só é possível criar uma visão partilhada se houver previamente a manifestação de visões pessoais através do diálogo e do saber escutar.

Pelo exposto, parece ser imprescindível que as empresas, e em particular as chefias das equipas de enfermagem, incentivem os seus colaboradores a apresentarem os seus pontos de vista através do diálogo autêntico que promova o respeito mútuo e a exposição dos valores pessoais por meio de uma comunicação objectiva, com valorização dos pontos de acordo, firmeza nas convicções, abertura ao outro e, essencialmente, com clareza de linguagem. Esta, parece apresentar-se como a melhor estratégia, geradora de confiança e cooperação entre as partes envolvidas no processo conflitual, trazendo benefício para o doente.

Referências bibliográficas

CHIAVENATO, Ildeberto – **Comportamento organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

DIMAS, I; LOURENÇO, P.; MIGUEZ, J. – Conflitos e desenvolvimento nos grupos e equipas de trabalho: uma abordagem integrada. **Psychologica**. Coimbra. ISSN 0871-4657. Nº 38 (2005), 103-119.

MCINTYRE, S. – Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: estratégias individuais negociais. **Análise Psicológica**. [Em linha]. 25:2 (2007) 295-305. Disponível em WWW:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a09.pdf>>.

MOREIRA, R.; CUNHA, P. – Efeitos do conflito nas organizações: ameaça ou contributo para o desenvolvimento organizacional? **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. [Em linha]. 4 (2007) 152-161. Disponível em WWW:<URL: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/443/1/152-161FCHS04-9.pdf>>.

NASCIMENTO, E.; SAYED, K. – Administração de conflitos. In: **Fae Business School**; Associação Franciscana de Ensino Senhor Bom Jesus - Gestão do Capital Humano. [Em linha]. 2002. Disponível em WWW:<URL: http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/gestao/capital_humano.pdf>.

SANTOS, D. - **A influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros nas estratégias de resolução de conflito**. Tese de mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Lisboa: ISCTE, 2008. Disponível em WWW:<URL: http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1001/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o_A%20influencia%20do%20empenhamento%20organizacional%20e%20profissional%20dos%20enfermeiros%20na%20gest%c3%a3od.pdf>.

SARAIVA, Dora Maria Ricardo Fonseca – Estratégias de negociação de conflitos aplicadas à enfermagem. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6796. Nº 244 (2009), 26-30.

Os contributos dos padrões de qualidade nos cuidados de saúde: análise do caso de uma maternidade

Susana Vicente

Introdução

Temos vindo a observar grandes alterações na forma como a saúde tem sido percebida ao longo dos tempos, o que tem implicado mudanças na gestão de cuidados.

A evolução nos cuidados de saúde tem ocorrido no sentido de se centrar cada vez mais no cliente e na família como foco de atenção. Neste sentido, como forma de responder às necessidades manifestadas pelos clientes, os aspectos qualitativos da prestação de cuidados têm ganho cada vez mais importância, culminando na criação de comissões, tais como a de Humanização, Qualidade e de Ética.

Actualmente, os padrões de qualidade tendem a constituir um alicerce da saúde, pese embora a racionalização de recursos que se observa em muitas instituições, em nome da competitividade emergente (Monteiro, 2003).

Este artigo tem como principal objectivo identificar as vantagens da implementação de padrões de qualidade nos cuidados de saúde, nomeadamente, nas maternidades. Pretende-se fazer uma abordagem das principais mudanças no contexto da saúde, bem como da necessidade e vantagens da implementação de sistemas de qualidade, de forma a responder eficaz e eficientemente às necessidades das famílias, terminando com um contributo analítico acerca de possíveis mudanças qualitativas nos cuidados prestados numa maternidade.

Os cuidados de saúde em Portugal

A forma como a saúde é vista varia consoante a época e os valores de cada sociedade na qual se inserem os profissionais de saúde, o que tem

levado a que o tipo de cuidados prestados e a gestão dos mesmos também tenha variado ao longo dos tempos.

No séc. XV havia tantos albergues que D. João II, achou por bem criar um hospital único, dar-lhe um regulamento e pagar a um físico e a um boticário para que se assegurassem dos cuidados, assim nasceu o Hospital de Todos os Santos, que viria a ser destruído em 1755 pelo terramoto de Lisboa. Tal como as misericórdias, este era gerido pelas ordens religiosas, sendo que a única oferta significativa do estado consistia na formação em Medicina.

Em 1837, foi aprovado o Regulamento de Saúde Pública e em 1844-45 foram publicadas duas leis da saúde que tinham como finalidade organizar os Serviços de Saúde, passando então a haver provedores de saúde nos distritos, vice-provedores de saúde nos concelhos (cargos desempenhados por médicos, em ambos os casos) e comissários da saúde nas paróquias, cujas funções eram atribuídas aos regedores. Verifica-se portanto, que até esta altura, os princípios básicos que sustentavam os cuidados de saúde prestados eram os da caridade cristã e da consciência pessoal em ajudar o próximo.

Em 1901, é criada a Direção Geral de Saúde e Beneficência.

A partir dos anos 20, particularmente no período pós-guerra, o evoluir das tecnologias e o aumento de conhecimentos produz um benefício global na medicina e subsequentemente na vida das populações. O estado começa a intervir mais na área de saúde pública, surgindo cada vez mais mútuas de trabalhadores que, a troco de descontos, passam a ter direito a serviços de saúde.

Os serviços de saúde em Portugal são reorganizados em 1971, pelo decreto-lei nº413/71, tendo como base uma filosofia inovadora por considerar prioritárias as acções preventivas de doença e promotoras da saúde. A política de saúde consagrada neste diploma visa garantir o direito à saúde. Da revolução (25 de Abril 1974), até aos nossos dias, houve um desenvolvimento da saúde pública, centrada nos cuidados primários, com a criação dos Planos de Vacinação e Médicos de família, tendo sido construídos vários hospitais do estado e além de ter sido proclamado na constituição o direito à saúde para todos, sendo tendencialmente gratuito. Foi em 1978, com o “Despacho Arnaut”¹, que é garantida, pela primeira vez, a universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde e a comparticipação medicamentosa.

Em relação ao conceito de saúde, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu-o como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doença, imprimindo já nesta altura a preocupação com as condições ambientais e sanitárias, de nutrição, habita-

1 “Despacho Arnaut” - Despacho ministerial publicado em Diário da República, II Série, de 29 de Julho de 1978. Abre o acesso aos serviços médico-sociais a todos os cidadãos (antecede o SNS). a Lei 56/79 de 15 de Set. cria o SNS.

ção, emprego e condições socioeconómicas, no fundo com as condições que permitem obter ganhos em saúde (André, 2009).

Mais tarde, nos anos 80, a OMS dá uma visão social da saúde, promulgada na Carta de Ottawa, em 1986, um primeiro passo para que na década de 90 se ganhe consciência da importância da existência de políticas de saúde apropriadas a par de políticas que visem reduzir os níveis de pobreza e de desigualdade social de uma sociedade. Neste percurso, surgiu o DL n.º 54/92, de 11 de Abril, que veio estabelecer o regime de taxas moderadoras para o acesso aos serviços de urgência, às consultas e a meios complementares de diagnóstico e terapêutica em regime de ambulatório, implementando também as isenções de pagamento para quem se inserisse nos critérios estabelecidos para esse efeito. Ainda nesta perspectiva, emerge o conceito das determinantes sociais da saúde, referindo-se a um conjunto de variáveis de cariz social que influencia o estado de saúde do indivíduo, tais como a escala social, o stress, os primeiros anos de vida, a exclusão social, entre outros (André, 2009), que nos permitem obter alguns indicadores de saúde, podendo adequar as políticas de saúde e os cuidados prestados em função dos mesmos.

Verifica-se assim, uma evolução conceptual em que o doente passou a ser visto como o alvo central dos cuidados, nascendo o interesse pelos factores que influenciam o seu estado de saúde. Fica para trás a visão do utente como uma peça nos cuidados de saúde, integra-se a família, enquanto sistema de apoio do utente, como objecto de cuidados. À medida que a esperança média de vida foi aumentando e a morbilidade a foi acompanhando, a necessidade de aceder aos cuidados de saúde foi sendo cada vez maior, pelo que o conhecimento das necessidades não só do cliente mas da família, enquanto sistema de apoio, passou a fazer cada vez mais sentido, para uma prestação de cuidados mais eficaz e satisfatória para a população e para os profissionais.

Princípios que regem a prestação de cuidados

Nas sociedades modernas, torna-se inevitável a intervenção do governo de forma a estabelecer princípios que orientem um sistema de saúde no sentido de garantir uma melhor distribuição de recursos, a efectividade e eficiência da sua utilização, bem como a qualidade dos cuidados.

A natureza pública da prestação de cuidados de saúde e a baixa flexibilidade na procura dos mesmos, torna obrigatória a existência de seguros

de saúde (públicos, privados ou mistos). Assim, para que a saúde continue a ser um bem, um direito, é fundamental que exista regulamentação forte, garantindo que os seus princípios se concretizem, pois os elevados custos, graças também aos avanços tecnológicos, não permitem uma equidade no acesso, sendo uma constatação prática que deixou de ser possível à maioria das famílias assegurarem por si só, os custos da saúde. Nesse sentido, a Carta dos direitos e deveres dos utentes, consagrada na Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64º, vem pronunciar-se sobre alguns princípios a respeitar tanto por parte do sistema de saúde e profissionais, como por parte dos utentes. De forma genérica define que todos os cidadãos têm direito à protecção da saúde (através de um sistema de saúde tendencialmente gratuito e pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho) e o dever de a defender e promover.

Para assegurar o direito à protecção da saúde, o Estado é incumbido entre outros aspectos de disciplinar e fiscalizar as formas empresariais e privadas da medicina, articulando-as com o serviço nacional de saúde, de forma a assegurar, nas instituições de saúde públicas e privadas, adequados padrões de eficiência e de qualidade. Na mesma carta, é referido que os utentes têm direito a: escolher o serviço e agentes prestadores, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização; a decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei bem como a ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito; a ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados e a ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado; a receber, se o desejarem, assistência religiosa; a reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos; a constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses e que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

Por outro lado, os utentes devem, entre outros aspectos, utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas, procurando conhecer e respeitar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos bem como colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação de saúde.

Como se constata, de há uns anos a esta parte, associado ao direito à saúde que se confere aos utentes, preconiza-se o dever de cada um, de tomar decisões que influenciem a sua saúde, para que os serviços de saúde existam tendencialmente para todos, mas onde cada um é responsável pela promoção da sua saúde, devendo racionalizar os serviços de saúde que utiliza. Por outro lado, cabe aos profissionais de saúde racionalizar os gastos com os cuidados que tem que prestar.

As mudanças a nível da gestão hospitalar que têm vindo a ocorrer, essencialmente desde o final da década de 90/início do século XXI, têm reforçado, cada vez mais, essa necessidade. É nesta política de gestão competitiva, como designa Monteiro (2003) onde impera a contenção económica, que se torna por vezes difícil responder eficazmente, à satisfação dos clientes através da implementação de processos de qualidade. Esta perspectiva é bem patente em Portugal, onde se verifica um dos mais baixos números de enfermeiros por habitante, apesar da tendência crescente (Comité de Protecção Social da Comissão da União Europeia, 2005).

Qualidade aplicada à saúde: que contributos?

Tal como os cuidados de saúde, a qualidade tem passado por várias fases, na forma como é perspectivada, tendo evoluído no sentido de constituir uma resposta às necessidades dos clientes, sendo em simultâneo, uma mais valia para as instituições. Começou por existir através da inspecção (fase em que se inspeccionava os produtos acabados, procedendo a uma auditoria), passou-se para o controlo estatístico da qualidade, progredindo-se posteriormente para a garantia da qualidade até ao ponto em que a qualidade é vista como uma estratégia competitiva (Carapeto e Fonseca, 2006). Actualmente pode dizer-se, que caminhamos para o paradigma da qualidade total, em que, de acordo com os mesmos autores, se exerce uma gestão centrada nas pessoas, na satisfação do cliente, sendo que para tal, se aposta na definição de objectivos ligados ao processo e não ao resultado e no trabalho de equipa como forma de promover a melhoria contínua, não só em relação ao produto como à forma como o serviço é prestado ao cliente.

Como já foi referido, para a área de saúde em geral, foi essencialmente a partir dos finais dos anos 80, início da década de 90, que surgiu a maior preocupação em adequar os cuidados às necessidades da população, descen-
trando-os das perspectivas dos profissionais. É também a partir dessa altura que se fala aberta e globalmente de qualidade, como pressuposto da excelência na prestação de um serviço (Dray, 1995).

Nos dias de hoje, é claro para todos, que a implementação de sistemas de qualidade de produtos e serviços se tornou um imperativo, como resposta estratégica a estes tempos de competição em que vivemos, estando esta perspectiva associada à necessidade de mudança e inovação. Drucker (1987), corrobora esta ideia ao afirmar que a inovação é uma ferramenta importante para os dirigentes das instituições através da qual se vê na mudança, uma oportunidade de melhorar os serviços.

Na enfermagem sempre existiu, de alguma forma, um controlo informal da qualidade dos cuidados prestados, através da tentativa constante de cumprir literalmente os procedimentos aconselhados em cada situação, acreditando-se que era essa a melhor forma de atingir os resultados desejados. Com o surgir do processo de enfermagem, este grupo de profissionais desenvolveu, desde logo, na década de 70, um sistema que permitisse a avaliação das acções praticadas (Adami, 2000), sendo uma forma de conferir a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, ao longo dos tempos, o termo qualidade não tem sido muito fácil de definir objectivamente, havendo várias definições, de diversos autores.

De acordo com o glossário da qualidade da EOQ, citado por Pinto [et. al.], (2006), podemos definir o conceito em questão como o conjunto de características de determinado produto ou serviço, que define a sua aptidão para satisfazer as necessidades dos clientes. Daqui se infere que deverá ser, justamente o cliente, quem em última análise procederá à avaliação dos produtos e serviços, tanto numa fase de implementação como numa perspectiva de manter os níveis de qualidade de determinado produto ou serviço. Para Ribeiro [et. al.], (s.d), esta filosofia implica uma visão partilhada por todos, baseada em valores como os de solidariedade, de integridade e de competência técnica, humana e conceptual. Exige também uma liderança com capacidade de mobilizar a equipa, definir claramente as prioridades do serviço e a fixação de objectivos de qualidade, claros, precisos, realistas e mensuráveis, promovendo a implementação de sistemas de trabalho que respeitem o que é importante para os beneficiários, através da auscultação sobre o grau de satisfação dos utentes e profissionais. Assim, para os mesmos autores, a qualidade deve ser entendida como o produto final de uma cadeia ou rede de trabalho, onde actuam diversos prestadores, com diversos níveis de formação, mas em que todos eles contribuem para o resultado final.

No mesmo sentido, Spall e Roberts (1993) citados por Frederico e Leitão (1999), referem que a qualidade nos cuidados existe quando as necessidades dos clientes são satisfeitas, através da elevada qualidade dos serviços que lhes são prestados, o que implica o empenho e envolvimento de todos os profissionais, a todos os níveis. Pereira (1995), citado pelos mesmos autores

(p.183), é mais explícito, afirmando que a qualidade dos cuidados é inerente a “... eficácia, efectividade, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação, qualidade técnico-científica, continuidade, coordenação dos cuidados e relacionamento do profissional com o utente/comunidade.”

Em suma, o conceito de qualidade tem sido um conceito evolutivo, determinado por um conjunto de características e em função de critérios próprios, onde se incluem o beneficiário dos cuidados (cliente), o profissional, o estabelecimento de saúde com a sua estrutura e a sociedade.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade na saúde está assumida formalmente, quer por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN), quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde. Essa necessidade foi identificada pela OMS Europa, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, Meta 31, e pelo Conselho da Europa na sua recomendação 17/79 do Conselho de Ministros, referindo-o como um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua. Na mesma perspectiva, a Carta da Qualidade (2004) defende que o conceito de qualidade deve estar presente na prestação de cuidados como uma filosofia, como parte integrante de um processo, até mesmo da cultura organizacional e não como uma meta a atingir, uma vez que a necessidades diferentes hão-de corresponder sempre, novos pressupostos onde basear a actuação.

A própria Ordem dos Enfermeiros (2005), define como acção prioritária, a promoção e implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, onde o exercício profissional dos enfermeiros não deve ser negligenciado ou camuflado nos esforços para obter qualidade em saúde. No entanto, apesar de já existirem algumas definições de qualidade nos cuidados e de haver alguns programas de certificação de qualidade nos cuidados, ainda não estão implementados, de uma forma global, no serviço nacional de saúde, pelo que a necessidade de debater este assunto, continua vigente.

No sector público, apesar de todas as directrizes já referidas, não tem sido muito fácil implementar os sistemas de qualidade, devido a um conjunto de características próprias destes serviços, tais como: os valores pre-valecentes, a necessária prestação de contas, as relações com o público, as cadeias de serviço longas e complexas e os constrangimentos legais, financeiros e políticos (Carapeto e Fonseca, 2006).

Também para Pinto [et. al.], (2006), a mudança cultural e o envolvimento das chefias, elementos sempre necessários à implementação de siste-

mas de qualidade mas nem sempre constatados, levam a que no sector público, a dificuldade de prestar serviços com qualidade seja maior. Actualmente, a realidade vai mudando e os próprios profissionais sentem a necessidade de prestar serviços de excelência, o que auxilia a implementação destes sistemas, claramente vantajosos para todos os intervenientes no processo.

Para Cardoso (1998), o método de avaliação da qualidade dos cuidados hospitalares de enfermagem tem trazido vantagens, na medida em que permite perceber, objectivamente, se os cuidados prestados (o tipo e a forma) em determinada situação são os que foram planeados inicialmente, sendo que em qualquer serviço e com qualquer profissional de enfermagem, em situações idênticas, o utente receberá os mesmos cuidados. Desta forma, a detecção de erros e procedimentos inadequados está facilitada, sendo possível a implementação de medidas correctivas que previnam a possibilidade de se verificarem atitudes menos adequadas no futuro.

Para Ribeiro [et. al.], (s.d.), a qualidade deve ser implementada nos cuidados de saúde por diversas razões: as de ordem social (pela cada vez maior exigência e criação de expectativas por parte dos clientes), ética (exigência ao nível de formação e conhecimentos), profissional (desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma cultura da qualidade na saúde).

O próprio Governo, através do Plano Nacional de Saúde, identifica a necessidade de se melhorar a qualidade em diferentes áreas do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente no que se refere à melhoria dos indicadores que permitem uma avaliação mais rigorosa da qualidade das prestações de cuidados de saúde e da sua organização. Para concretizar estes pressupostos, o Governo visa adoptar as seguintes medidas: implementar uma Carta de Ética que promova a responsabilidade e profissionalismo individual e institucional, o rigor de boas práticas, a transparência, a solidariedade e o respeito pelos utentes; promover a melhoria contínua da qualidade, através do desenvolvimento do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, do Programa Nacional de Qualificação de Centros de Saúde, do Programa Nacional de Auditoria Clínica e do desenvolvimento de normas nacionais de orientação e gestão clínica; promover a segurança dos doentes, através de uma efectiva gestão dos riscos, da qualidade da prescrição médica e da prevenção e luta contra a infecção, o erro profissional, a insegurança de locais e práticas e através da revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos e ainda, promover a formação dos quadros em gestão, planeamento estratégico, de sustentabilidade e liderança. Em resposta a este plano, surgiram alguns programas e projectos de desenvolvimento orientados

para a melhoria da qualidade organizacional e da prática clínica que foram adotados pelas instituições de saúde, quer no âmbito dos cuidados de saúde primários, quer no âmbito hospitalar e que se baseiam nalguns modelos de qualidade.

Modelos de qualidade

Um Sistema da Qualidade engloba a estrutura da organização, responsabilidade, actividade, recursos e acontecimentos que, em conjunto, proporcionam procedimentos e métodos organizados de implementação, de forma a garantir a capacidade da organização em satisfazer os requisitos da Qualidade, as necessidades dos clientes ou outros, como por exemplo as disposições legais (Carapeto e Fonseca, 2006).

Qualquer organização possui o seu sistema da Qualidade, de forma mais ou menos explícita, com mais ou menos registos, suportado em metodologias mais ou menos adequadas. A qualidade existe em todas as organizações, precisa é de ser constantemente melhorada. Assim, criar sistemas de qualidade em saúde é uma acção prioritária. Torna-se necessário desenvolver modelos que conduzam à avaliação e definição de medidas operacionais sobre a qualidade.

De acordo com Pinto [et. al.], (2006), existem várias ferramentas da qualidade que devem ser implementadas numa organização. São elas: fluxograma (modo gráfico que permite a representação e visualização do processo), registo e análise de dados (registos pré definidos dos procedimentos a realizar, permitindo uma análise mais fiável), diagramas de causa-efeito (forma de registo bastante eficaz que permite identificar as causas que estão na origem de determinado efeito ou resultado que se pretende melhorar), diagrama de Pareto, histograma (medida estatística que permite identificar a variabilidade de determinado aspecto do serviço, permitindo que se estabeleçam regras para o reduzir ou controlar), carta de controlo e diagrama de dispersão (permite identificar a relação entre duas variáveis e assim implementar medidas que potenciem ou minimizem esse efeito). Para além destas ferramentas úteis, existem modelos de qualidade que, a serem implementados e se tiverem em conta os dados que se podem colher com essas ferramentas, se traduzem em produtos e/ou serviços de excelência.

Em Portugal, surgiram algumas metodologias que vêm sendo adoptadas em maior ou menor grau, conforme a área onde se pretendam aplicar. Abordam-se aqui apenas os modelos mais utilizados: o Modelo de Excelência de

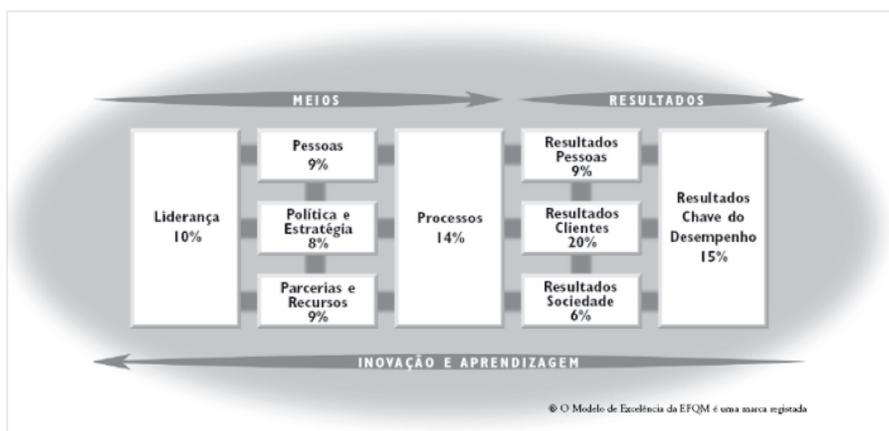
EFQM (European Foundation for Quality Management), a ISO9001:2000; a Join Comission International Accreditation, Kings Fund ou HQS e Moniquor.

O Modelo de Excelência de EFQM (European Foundation for Quality Management)

Este modelo (Figura 1) foi lançado em 1991, conjuntamente com o primeiro Prémio Europeu de Qualidade, preconizando que, indiferentemente do sector, tamanho, estrutura ou maturidade das organizações, para que estas tenham sucesso, necessitam de estabelecer um sistema de gestão apropriado.

É um modelo que dá especial relevância à liderança de uma organização, reconhecendo que dela dependem os resultados obtidos, uma vez que um líder deve ser capaz de implementar e praticar políticas e estratégias que englobem pessoas, parcerias, recursos e processos, influenciando assim o desempenho dos profissionais, a satisfação dos clientes, pessoas e sociedade. Assim, de acordo com Carapeto e Fonseca (2006), divide-se em critérios relativos aos meios e outros relativos aos resultados, acreditando que os primeiros são tão importantes como os últimos para a obtenção de qualidade.

Foi neste modelo que se baseou o Sistema Português de Qualidade – PEX (prémio de excelência), em 1995, por ser o mais completo (Pinto [et. al.], 2006).



Fonte: Revista da Qualidade em Saúde, nº5, 2001, p.38.

Figura 1 – Modelo de Excelência Organizacional da European Foundation for Quality Management (EFQM)

As Normas ISO (International Standard Organization)

As normas ISO são as que estão mais associadas à noção de gestão de qualidade total, principalmente na Europa. Consistem num conjunto de orientações consensuais a nível internacional que dão indicações às organizações que pretendam implementar Sistemas de Gestão de Qualidade, de acordo com oito princípios muito semelhantes aos encontrados em outros modelos, como o EFQM: focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem da gestão como um sistema, melhoria contínua, decisões baseadas em factos e estabelecimento de relações mutuamente benéficas com fornecedores. Significa isto, que estamos perante um conjunto de práticas pré-definidas que se podem aplicar a qualquer organização, dando referência do que fazer para cumprir os princípios da Gestão da Qualidade e como prevenir não conformidades com a norma (Pinto [et. al.], 2006).

De acordo com os mesmos autores, este conjunto é composto pelas normas ISO 9000, que descrevem os fundamentos de sistemas de Gestão da Qualidade e especificam a terminologia que lhes é aplicável; ISO 9001 que especificam os requisitos de gestão da qualidade a utilizar para demonstrar a capacidade da organização para fornecer produtos que satisfaçam tantos os requisitos dos seus clientes, como os regulamentos aplicáveis e ISO 9004 que fornecem as linhas de orientação para a melhoria da eficácia e de eficiência e, por via delas, da melhoria do desempenho da organização.

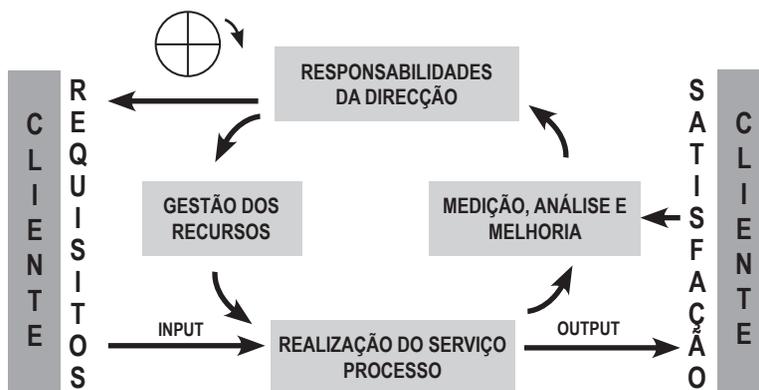
É um modelo que fomenta a abordagem por processos, tendo em vista o desenvolvimento, implementação e aumento da eficácia de um sistema de gestão da qualidade, para aumentar a satisfação do cliente.

A monitorização da satisfação do cliente requer avaliação da informação relativamente à percepção, por parte deste, quanto à organização ter ido ao encontro dos seus requisitos e prevê também auditorias ao sistema de qualidade, para que a organização possa sempre saber se domina ou não o processo da gestão da qualidade, podendo obter um certificado de conformidade às normas se essa auditoria for realizada por uma empresa independente de certificação da qualidade (Carapeto e Fonseca, 2006).

De acordo com os mesmos autores, estas normas internacionais focam, cada uma delas, aspectos distintos da organização com vista à melhoria da qualidade dos serviços. Funcionam como o requisito mínimo de certificação mas não garantem, só por si, a existência de qualidade no serviço.

Actualmente, nas organizações mais evoluídas opta-se por estratégias de qualidade globais (Figura 2), dando origem à designada Gestão da Quali-

dade Total, como estratégia de melhoria contínua abordando todas as áreas e pessoas da organização (Pinto [et. al.], 2006).



Fonte: Revista da Qualidade em Saúde, nº5, 2001, p.38.

Figura 2 – Processo de melhoria contínua da qualidade

Kings Found ou KF - HQS (Healthcare Quality Service)

Tal como os outros métodos, também este tem como missão o desenvolvimento e melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, centrando-se principalmente nos cuidados hospitalares. Fornece-lhes uma abordagem multiprofissional através da mobilização de todos os intervenientes dos cuidados de saúde, num esforço de revisão do desempenho e melhoria, através de parâmetros consensuais e explícitos.

Este modelo, para além de ter grande simplicidade de aplicação, promove a comparação face a um conjunto de padrões e critérios nacionais distribuídos por um conjunto de secções, onde se incluem a Gestão Institucional, a gestão dos recursos, os direitos e as necessidades dos pacientes, o percurso do paciente e serviços específicos.

Este sistema tem ainda a vantagem de ser estimulante e constituir um desafio à mudança a todos os níveis de organização hospitalar, realçando a gestão de recursos, e contribuindo para o envolvimento multidisciplinar e para o reconhecimento de boa prática. Como meta, contribui para a melhoria contínua da organização hospitalar (Correia e Machado, s.d.).

Moniquor

É um processo estruturado de identificação, análise e solução de problemas, que permite uma revisão contínua e sistemática dos processos que integram o universo da prestação de cuidados de saúde, potenciando cuidados mais efectivos e eficientes e maior satisfação dos profissionais que prestam esses cuidados. A aplicação deste instrumento consubstancia-se na avaliação e monitorização do nível de desempenho por áreas, verificação de variações nesse mesmo desempenho e identificação das áreas prioritárias onde é possível introduzir melhorias. A metodologia é conhecida: a avaliação é feita por uma Comissão de Avaliação que integra, no mínimo, três elementos de diferentes grupos profissionais. A avaliação é feita individualmente por cada elemento, sendo o resultado final obtido por consenso.

Tem sido, por excelência, o método mais adoptado pelos centros de saúde, sendo através dele que se monitoriza a qualidade organizacional dos centros de saúde.

A Joint Comission International Accreditation

Este modelo traduz-se por uma entidade acreditadora, constituída por peritos que avaliam a conformidade do funcionamento de um serviço com um conjunto de padrões agrupados em várias formas. Os serviços de saúde comprometem-se a implementar um conjunto de procedimentos definidos pela JCI e ao fim do intervalo de tempo acordado, são auditados por uma equipa da JCI, que confere ou não a acreditação com a duração de 3 anos. Findo esse tempo, o processo deve ser recomeçado.

Após a análise de cada modelo, constata-se que todos têm como objectivo a avaliação baseada em evidências, procurando explicitar todos os procedimentos a realizar, não só para os tornar mais claros para todos os profissionais prestadores de cuidados, como para quem audita os serviços. Verifica-se também que todos têm como pressuposto que haja um envolvimento e compromisso por parte das lideranças dos serviços para colocar em prática todos os critérios do sistema de qualidade, pois só assim se atingirá o objectivo comum, embora seja o EFQM que melhor explicita este facto.

Todos consistem numa oportunidade de promover e partilhar boas práticas entre uma equipa de profissionais, promovendo também a motivação e o empenho de cada um.

Qualidade dos cuidados nas maternidades: um contributo analítico

No contexto actual de saúde e de gestão de cuidados em que, por um lado, as exigências do cliente aumentaram e, por outro, aumentou o controlo na eficiência e eficácia dos procedimentos, como forma de controlar os custos e responder com qualidade às necessidades dos clientes, torna-se fundamental reequacionar o que fazemos e como fazemos, para que se possa perceber quando e onde devem ser introduzidas medidas que promovam a alteração das trajectórias de desempenho.

Para prestar cuidados com qualidade é importante percebermos qual a missão do serviço e compreender quais os objectivos que devem nortear a nossa conduta, não esquecendo de avaliar, sistematicamente, as necessidades manifestadas pelos clientes/famílias, alvo da nossa prestação de cuidados.

Tendo em conta os oito princípios da qualidade já abordados (focalização no cliente, liderança, envolvimento das pessoas, abordagem por processos, abordagem da gestão como um sistema, melhoria contínua, decisões baseadas em factos e estabelecimento de relações mutuamente benéficas com fornecedores) e alguns indicadores de qualidade dos cuidados, tais como o sistema de informação CIPE, quando bem aplicado, são deixadas algumas opiniões de funcionamento de uma maternidade, bem como algumas sugestões de melhoria de cuidados.

Actualmente, uma das preocupações dos enfermeiros nas maternidades, consiste em promover e garantir a melhoria contínua dos cuidados prestados à grávida/parturiente/puérpera, recém-nascido e família, no sentido de os acolher e esclarecer o melhor possível, reduzindo os seus níveis de ansiedade, comprovadamente antagonistas de uma vivência plena do processo de parentalidade e de vinculação pais-filho; perceber o contexto psicológico e emocional de cada grávida, verificando a sua postura em relação à vivência da fase de trabalho de parto e parto; avaliar as necessidades do casal em termos de conhecimentos relativamente ao processo de indução e normal progressão de trabalho de parto; promover a amamentação, esclarecer quanto aos primeiros cuidados prestados ao recém-nascido e aos cuidados a prestar pelos pais. Enfim, promover-se uma vivência saudável da gravidez, que em grande parte poderia ser mais acompanhada se se oferecesse a realização de cursos de preparação para o parto nos hospitais e centros de saúde. Em termos legais estes deveriam ser oferecidos pelos serviços públicos de saúde mas, em abono da verdade se diga, raramente isso acontece.

Para que se consigam implementar estes aspectos e, de acordo com o que foi descrito anteriormente, torna-se fundamental, ter líderes (desde a direcção do hospital, à supervisão até à chefia) que promovam a motivação dos seus elementos, implicando-os nas necessidades do serviço.

Numa postura de busca constante de melhoria da qualidade dos cuidados, deve, em minha opinião, fazer-se uma avaliação real dos problemas que vão decorrendo da prestação de cuidados, com a equipa, envolvendo-a nesta problemática, e pedindo a sua colaboração na identificação de objectivos de melhoria.

Os objectivos estipulados anualmente, devem ser do conhecimento de todos os elementos, para que todos possam colaborar na implementação das medidas necessárias para os alcançar.

A partir da identificação das necessidades devem ser elaboradas normas que visem a sistematização de procedimentos, sem no entanto, querer com isto dizer, a aniquilação da flexibilidade, bom senso e/ou criatividade de cada elemento. Essas normas devem ser revistas periodicamente, de modo a criar-se uma oportunidade de alterar os procedimentos que já não respondam completamente às necessidades dos clientes/famílias e/ou à realidade do serviço.

Tal como refere Dray (1995, citando Juran, 1992), quando se pretende melhorar a produtividade, deve-se incidir na melhoria de qualidade através da melhoria de processos. O mesmo autor deixa um exemplo de uma metodologia a utilizar neste sentido, designada por ciclo de melhorias, o qual é composto por cinco etapas:

1 – Compreender o processo (discutir a missão, as necessidades do cliente);

2 – Eliminar erros (testar e aperfeiçoar os procedimentos com base na qualidade);

3 – Remover folgas (continuar a tentar identificar problemas, procedendo aos ajustes necessários);

4 – Reduzir a variação (procurar, em termos estatísticos, algum padrão nos dados que nos informe sobre as etapas de um procedimento, padronizando-o);

5 – Planeamento da melhoria contínua, através da sistemática verificação de resultados, de modo a uma contínua avaliação e refinação do processo, voltando à fase de compreensão do mesmo sempre que se verifiquem novos procedimentos, novas necessidades.

Nesse contexto, a determinação ou avaliação sistemática das necessidades e nível de satisfação dos clientes reveste-se de grande importância, pois constitui um dado que quando cruzado com os dados que se retirem da prestação de cuidados, nos permite aferir a fiabilidade dos mesmos e detec-

tar possíveis falhas ou desajustes. Esta avaliação pode ser feita com base em questionários simples e rápidos de preencher, que podem ser administrados aquando da alta da cliente, de cada serviço (bloco de partos, obstetrícia, neonatologia), devendo ser devolvido em envelope fechado e colocado pela própria num contentor que exista para o efeito, de forma a não haver oportunidade para constrangimentos, caso haja uma opinião menos favorável. A este nível, devo dizer, com algum regozijo que, na maternidade onde exerço funções, o livro amarelo, apresenta mais parabenizações do que reclamações. No entanto, como não existem dados objectivos em relação ao grau de satisfação das utentes, não posso afirmar com certeza, que este seja um sinal de uma prestação de cuidados eficaz e eficiente.

Phaneuf (1995) citada por Melo (2005) refere que as queixas dos clientes se referem, essencialmente, ao facto dos profissionais de saúde demonstrarem pouca atenção e disponibilidade e pouca sensibilidade para com o seu sofrimento. Referem sentir-se objecto de cuidados sem poder de decisão (Velez, 1997 citado por Melo, 2005). Ao elaborarmos o diagnóstico de necessidades, temos a oportunidade de perceber o que tem que mudar nos serviços, quando existem sinais evidentes de pouca satisfação em relação a algum aspecto da prestação de cuidados.

Mas se tudo isto parece evidente, se a qualidade nos cuidados não sendo um assunto antigo, já tem os seus critérios bem definidos, o que faz com que os serviços falhem?

Nas maternidades, tendem a existir variados protocolos médicos (acerca do tipo e quantidade de medicação a administrar em determinada situação), no entanto, no que respeita às intervenções autónomas de enfermagem, a essência do que fazemos, observam-se poucas evidências da sua realização nos registos efectuados. Falo, por exemplo, do tempo disponibilizado para esclarecimentos sobre a gravidez, essencialmente no internamento de grávidas ou na sala de urgência; da disponibilidade que se oferece durante o trabalho de parto, a esclarecer dúvidas, a tentar reduzir ansiedades; nos ensinamentos realizados no pós-parto imediato, em relação à amamentação, os registos acerca do recém-nascido, se mamou ou não, que raramente se especifica, os ensinamentos que foram realizados (sinais de boa pega, posicionamentos correctos, situações que podem ocorrer durante o processo de amamentação e como proceder, informação prestada acerca do cantinho da amamentação); quais as dúvidas apresentadas pela mãe/casal, a postura da mãe em relação ao recém-nascido e as características do processo de vinculação.

Também é minha percepção ser pouco frequente registar-se as características do recém-nascido ao fim de duas horas de vida, informação importante, caso se verifique alguma alteração ao padrão normal nas primeiras

horas ou dias. É exactamente na base do que é percepção de cada um, que muitas vezes funcionamos, o que não constitui critério de qualidade. É certo que muita desta informação pode ser e é, sem dúvida, transmitida oralmente, mas o registo, a evidência escrita do que foi feito, não existe. Na maioria das vezes, a falta de procedimentos escritos, não permite uma sistematização e formalização dos procedimentos que contribuiriam para uma melhoria geral na qualidade do serviço prestado, ou até para investigação que contribuiriam certamente, para a melhoria da imagem da enfermagem, quer no meio hospitalar, quer na sociedade.

A corroborar esta necessidade, Paris e Tavares (s.d), também referem que com a crescente necessidade da população aceder aos cuidados de saúde, torna-se emergente que os profissionais sistematizem a sua actuação, pelo que a criação de normas deve inserir-se no processo de qualidade, sendo fundamental para se atingir esse fim.

Tomando como exemplo o ciclo de melhoria apresentado anteriormente, as normas criadas num serviço, podem incluir-se nas estratégias a implementar para eliminar o erro e reduzir a variação no mesmo procedimento.

Paris e Tavares (s.d), bem como Mason (1988), definem norma como um nível de prestação de cuidados desejável, definido pela própria profissão, tendo como características o facto de ser executável, observável e mensurável, através da utilização de critérios.

As mesmas autoras, citando Nunes (1999), fazem referência a três tipos de normas: de procedimento (as que descrevem detalhada e sequencialmente o procedimento a realizar, com o objectivo de uniformizar a prestação da equipa, facilitando a integração de novos elementos); de actuação profissional, de desempenho ou de competência (as que se reportam à actuação desejável dos enfermeiros, em termos de prestação de cuidados e com base nas quais, estes são avaliados em cada triénio) e de qualidade (as que reflectem o nível de desempenho aprovado pelos profissionais e pela população-alvo dos cuidados, permitindo nessa base, identificar possíveis desvios, vistos como prejudiciais à qualidade dos cuidados prestados).

Seguindo as mesmas autoras, com as quais concordo, a implementação de normas torna-se essencial para uma prestação de cuidados adequada, eficaz e de qualidade, permitindo auditorias internas e externas que contribuam para a melhoria da qualidade.

Ainda assim, não bastará criar normas, pois um outro problema que me parece comum na prestação de cuidados, é a falta de monitorização das normas existentes. Muitas vezes criam-se as ditas normas mas depois ou não se praticam ou não se evidencia o seu cumprimento sob a forma de registo,

documentando a intervenção. Não existe, portanto, avaliação dos procedimentos realizados, o que torna inútil a existência de uma norma, pois sem indicadores que os evidenciem, não sabemos da sua utilização e/ou desatualização, advertindo para a necessidade de mudança.

Sendo que cada vez mais, os registos adquirem forma de defesa dos profissionais, estes devem ser explícitos, evidenciando o tipo de cuidados prestados em determinada situação e em que contextos de trabalho foram prestados. Por outro lado, só com registos que coloquem em evidência os cuidados prestados, podemos falar de qualidade já que todo o sistema de qualidade assenta no pressuposto de sistematizar procedimentos, tornando-os claros e objectivos.

Os sistemas de informação, como a CIPE devem estar amplamente difundidos, uma vez que se aplicam a todos os contextos da prestação de cuidados. Devem constituir prática em qualquer serviço de saúde pelos dados da prestação de cuidados que possibilita analisar, permitindo uma avaliação mais célere e sistemática dos cuidados prestados, avaliando adequadamente os ganhos efectivos em saúde.

Neste sentido, Simões e Simões (2007) afirmam que os registos são, de facto, uma ferramenta de peso para a enfermagem, não só em termos legais, mas também para a continuidade dos cuidados e manutenção da qualidade dos mesmos, para a gestão, formação e investigação em enfermagem, contribuindo para a qualidade e satisfação quer de quem presta cuidados, quer de quem os recebe. No entanto, à semelhança do descrito para as normas e de acordo com os mesmos autores, também se verifica que nem sempre os registos de enfermagem efectuados reflectem os cuidados prestados.

Nos tempos actuais, com as manifestas exigências da sociedade, o enfermeiro não pode basear a sua actividade na “rotina”. Só conseguirá ter uma actuação válida se a basear em dados científicos, concretos, organizados e registados (Simões e Simões, 2007). Outro aspecto de grande importância a ter em consideração, é a necessidade de proceder a acções de sensibilização/formação, com o intuito, de criar as competências internas que este processo exige, envolvendo toda a equipa, consciencializando cada elemento da necessidade de se implicar em cada situação, ressaltando sempre a importância de todos os elementos para uma prestação de cuidados eficaz.

Neste momento, existe uma maior consciencialização por parte dos utentes, profissionais do sector e público em geral, que impõe uma mudança na forma como as situações devem ser abordadas. A partilha de experiências e a prática reflexiva promovem, indubitavelmente, a excelência da prática da enfermagem.

Neste contexto e corroborando o que tem sido afirmado, a Ordem dos Enfermeiros (2005) preconizou a criação de uma bolsa de formadores na área da qualidade e sistemas de informação em enfermagem, na proporção de 1 enfermeiro formador para 100 enfermeiros prestadores de cuidados, o que me pareceu de extrema importância para consciencializar a classe em questão, da relevância da sua actividade, quer por constituírem um pilar importante nas organizações de saúde, quer pelo contributo imprescindível que dão para a melhoria dos indicadores de saúde da população portuguesa.

Conclusão

A excelência do exercício profissional, não acontece por acidente, exigindo compromisso e dedicação. É um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2005). De facto, a qualidade não se passa a praticar por decreto. Para se implementar um sistema de avaliação de qualidade, não basta alguém ou alguns elementos de uma instituição ou de um Governo, perceberem a sua vantagem. Todos os profissionais da saúde de cada instituição, têm de se envolver no processo e garantir a qualidade dos cuidados que prestam. Mas, para que tal aconteça, é necessário que os gestores das instituições de saúde tenham em conta aspectos como a existência de dotações seguras e modelos de liderança capazes de enfrentar a mudança que se prevê necessária, para que se modifiquem comportamentos e haja va-lorização dos que investem nos processos da melhoria da qualidade e a redução dos custos relacionados com o erro.

Este trabalho deve ser visto como uma “ponta de um iceberg” no que diz respeito ao projecto que é necessário realizar para a correcta implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Tendo em atenção este aspecto, propõe-se como trabalhos futuros, uma análise mais aprofundada do plano de acção nas maternidades, apresentando mais medidas a inserir na prática dos cuidados e abordando formas de as implementar.

Referências bibliográficas

ADAMI, N. – Melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo. ISSN 0103-2100. 13:número especial, parte I. (2000)190-196.

ANDRÉ, Mário Rui – A crise de equidade e o imperativo das determinantes sociais da saúde. **Cidade Solidária**. ISSN 0874-2952. 12:21 (2009), 72-79.

CARAPETO, António Carlos; FONSECA, Fátima – **Administração pública, modernização, qualidade e inovação**. 2ª ed. rev. corrigida. Lisboa: Edições Sílabo, 2006.429 p. ISBN 9726184231.

CARDOSO, Filomena – A prestação de cuidados e a gestão de serviços, que perspectivas? **Informar**. Porto. Nº 15 (1998), 28-30.

COMISSÃO DA UNIÃO EUROPEIA – Comité de Protecção Social, Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração. Relatório preliminar. Lisboa: Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2005.

CORREIA, J.; MACHADO, P. – **Auto-avaliação, segundo as normas do College of American Pathologists, de um laboratório de anatomia patológica**. [s.d.]. [Em linha]. [Consult. 4 de Junho 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://ruicorreia.no.sapo.pt/index_ficheiros/projecto.htm>.

DRAY, A.– **O desafio da qualidade na administração pública**. Lousã: Caminho, 1995.

DRUCKER, Peter – **Inovação e espírito empreendedor**. Rio de Janeiro: Difusão Cultural, 1987.

FERREIRA, M.; SANTOS, M.; BATISTA, M. – **Carta da qualidade,2004**. [Em linha]. [Consult. 20 de Maio de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sg.min-edu.pt/docs/carta_qualidade.pdf>.

FREDERICO, Maria Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 1999. 153 p. ISBN 9728485093.

MASON, E. – **Normas de calidad de enfermeria, metodos de elaboracion**. Barcelona: Doyma, 1988.

MELO, Rosa Cândida – Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda-estudo com estudantes de enfermagem. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. 2:1 (2005), 63-71.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – **Carta dos direitos e deveres dos utentes**. [s.d.]. [Em linha]. [Consult. 1 de Junho 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.google.pt/search?hl=pt PT&q=carta+dos+direitos+e+deveres+dos+utentes&aq=2&aq=g7&aql=&oq=carta+dos+direitos+e+deveres+&gs_rfai>.

MONTEIRO, B. – A gestão da qualidade e a divisão do trabalho da saúde. **Ciência e Técnica**. N° 50 (2003), 17-22.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – 2005 [Em linha]. [Consult. 20 de Maio de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relat%C3%B3rio%20de%20Avalia%C3%A7%C3%A3o%20Global_PQqualidade_2007.pdf>.

PARIS, A.; TAVARES, A. – **Normas: melhoria contínua da qualidade de cuidados**. [s.l.]: [s. n.], [s.d.].

PINTO, C. [[et. al.],] – **Fundamentos de gestão**. Lisboa: Presença, 2006. 312 p. ISBN 9722336541.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Constituição da República Portuguesa**, 2005. [Em linha]. [Consult. 28 de Maio de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/Constituicao.htm>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **História do Serviço Nacional de Saúde**, 2010. [Em linha]. [Consult. 28 de Maio de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.

RIBEIRO, O. [et. al.] – **Qualidade dos cuidados de saúde**. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, [s.d.]. [Em linha]. [Consult. 20 de Maio de 2010]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>.

SIMÕES, Cláudia Maria; SIMÕES, João Filipe – Avaliação inicial de enfermagem em linguagem CIPE® segundo as necessidades humanas fundamentais. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0823. 2:4 (2007), 9-23.

Gestão de conflitos nas equipas de saúde

Anabela Pires Carvalho Mateus

Introdução

Os conflitos fazem parte do processo de evolução e são necessários para o desenvolvimento e crescimento de qualquer sistema, seja ele familiar, social, político ou organizacional.

Até há bem pouco tempo a ausência de conflitos era encarada como expressão de bom ambiente, boas relações, e como sinal de competência. Hoje em dia, o conflito é visto como fonte de novas ideias, podendo levar a discussões sobre determinados assuntos, permitindo a expressão e exploração de diferentes pontos de vista, interesses e valores.

Nas equipas de saúde trabalham profissionais muito diferenciados, com personalidades e formas de pensar diferentes, surgindo muitas vezes vários tipos de conflito, que interferem com o funcionamento dessas equipas e consequentemente com a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Morais (2002 p.24) refere que “ a enfermagem é por excelência uma profissão de trabalho em equipa multi e interdisciplinar”. Esta característica entre outras, induz situações de conflito, sendo necessária a gestão de conflitos na profissão de enfermagem.

Deste modo para que os conflitos possam ser superados, torna-se necessário saber lidar com eles. Contudo, a maior parte das pessoas não sabe como geri-las. Para conseguir gerir uma situação conflituosa, para além de ser necessário ter alguma sensibilidade, deverão ser utilizadas algumas estratégias com o objectivo de chegar a um resultado que agrade às partes envolvidas. Estes procedimentos não constituem regras a aplicar em todas as situações, devendo ser considerados como princípios a ter em conta e aplicados de acordo com o bom senso.

A gestão de conflitos tende a crescer de importância dentro das organizações, na medida em que, os conflitos que não são resolvidos ou são mal resolvidos, podem levar a uma redução da produtividade e rentabilidade. No Hospital enquanto organização, a má gestão dos conflitos entre equipas vai-se traduzir em cuidados de saúde deficitários e níveis baixos de satisfação dos clientes.

Conflito – conceito e evolução

O ser humano desde que nasce está integrado num sistema de inter-relações, alimentando a existência de conflitos. Esses conflitos podem ser de ideias, de valores, de convicções, de estilos e de padrões.

Convém esclarecer que conflito é diferente de problema. Num conflito desenvolve-se uma atitude de hostilidade, exigindo partes em confronto, enquanto que num problema há um conjunto de pessoas que trabalham em conjunto, desenvolvendo uma atitude de aproximação (Almeida, 1995).

Definindo agora conflito, poderemos dizer que não existe uma definição simples, na medida em que vários autores apresentam diferentes perspectivas com enfoque em diferentes dimensões. De acordo com Serrano e Rodrigues, citado por McIntyre (2007, p.297), “conflito é um encontro entre duas ou mais linhas de força, com direcções convergentes, mas em sentidos opostos, resultando deste encontro a necessidade de uma gestão eficaz da situação, de modo a ser retirado algo positivo dela”. Já para De Dreu, citado por Pereira e Gomes (2007, p.2) conflito é um “processo que se inicia quando um indivíduo ou grupo se sente negativamente afectado por outra pessoa ou grupo”. Outra perspectiva é a de Pruitt e Rubin, citado por McIntyre (2007, p.297), que definem o conflito como “uma divergência de interesses ou da crença em que as aspirações das partes não podem ser atingidas simultaneamente”.

A palavra conflito normalmente é conotada em sentido depreciativo. Esta ideia não é recente, provém de há muitos anos, das teorias de gestão clássicas (Taylor, Fayol e Weber). Segundo Salgado Velo, citado por McIntyre (2007), estes autores defendiam que, em qualquer organização bem dirigida não existia conflito e que a sua eficácia seria alcançada por meio da cooperação e da ausência de conflito. Também a maior parte dos profissionais viam o conflito de forma negativa, como resultado da acção e do comportamento de pessoas indesejáveis, associado à agressividade e ao confronto físico e verbal (Nascimento e El Sayed, s.d.). Esta perspectiva começou a mudar na segunda metade do século XX, com os seguidores da escola das relações humanas que consideraram o conflito como natural, por vezes positivo e que poderá favorecer o grupo e o desenvolvimento das organizações. Hoje em dia, o conflito é visto como positivo e segundo Tjosvold, citado por McIntyre (2007), “o conflito está mais associado a uma maior inovação e a relações interpessoais mais eficazes”.

Deste modo, sendo o conflito um fenómeno incontornável, torna-se pertinente desenvolvermos capacidades para lidar com esta situação e geri-lo

de tal modo que as suas potenciais vantagens sejam aproveitadas e os seus efeitos negativos sejam eliminados.

Níveis e tipos de conflitos

O conflito pode ocorrer a vários níveis: ao nível individual, grupal, entre funções, organizacional e ambiental (Ferreira, Neves e Caetano, citado por McIntyre, 2007). Também de acordo com Pereira e Gomes (2007) os conflitos podem ser classificados em conflitos intrapessoais, interpessoais e organizacionais.

Conflitos intrapessoais: quando ocorrem dentro do próprio indivíduo, normalmente associados a conflitos de ideias, pensamentos, emoções e valores.

Conflitos Interpessoais: quando surgem entre indivíduos pelas suas diferenças individuais (valores, crenças, atitudes, idades e experiências), pela limitação dos recursos e a sua distribuição equitativa e pela diferenciação de papéis.

Conflitos organizacionais: quando ocorrem dentro das organizações, sendo as suas razões diversas, incluindo as relações de trabalho (empregado/empregador), a competição (por escassez de recursos), a interdependência (encadeamento de diversas pessoas na realização de determinadas tarefas), a diferenciação (elevada especialização nas funções, estabelecendo cada grupo a sua própria cultura e achando que os outros grupos são menos competentes), entre outros.

O conflito é um elemento importante, no qual a sua identificação pode facilitar a escolha do método mais adequado para a sua resolução. Torna-se necessário conhecê-lo, saber qual a sua amplitude e como estamos preparados para lidar com ele. De acordo com Nascimento e El Sayed (s.d.), os vários tipos de conflito são:

Conflito latente: não há por parte dos elementos envolvidos uma clara consciência da sua existência. Não é declarado e por vezes não necessitam de ser trabalhados.

Conflito percebido: os elementos envolvidos percebem a existência do conflito, mas não há ainda manifestações abertas do mesmo.

Conflito sentido: atinge ambas as partes, os elementos envolvidos têm consciência do conflito e já existe manifestação (emoção) deste.

Conflito manifesto: atinge ambas as partes, já é percebido por terceiros e pode interferir na dinâmica da organização.

Situações susceptíveis de provocar conflitos

Nas organizações existem situações de risco susceptíveis de causar conflito. Na base desta susceptibilidade podem estar: a interdependência de funções, a indefinição de regras, a interdependência de recursos, sistemas de recompensa competitivos e a mudança (Almeida, 1995).

Interdependência de funções: sempre que o trabalho de uma pessoa depende do trabalho de outra, há uma grande probabilidade de mais cedo ou mais tarde surgirem conflitos. Esta situação é agravada se não estiverem definidas as regras de relacionamento, se houver discrepância na percepção da missão da empresa e se houver um grande número de actividades, num dado grupo, que possam vir a ser influenciadas por outros e possam afectar terceiros.

Indefinição de regras: quando existem situações ambíguas, há a probabilidade de serem interpretadas de forma diferente pelas partes envolvidas, devido à falta de objectividade na decisão. Os conflitos resultantes da falta de estruturação surgem quando há tarefas para as quais não se sabe muito de quem é a obrigação de as realizar. Nesta situação cabe ao líder o dever de ser directivo, evitando a eclosão dos conflitos, pois se as situações estiverem estruturadas, as pessoas mesmo não concordando com a solução, não personalizam o conflito.

Interdependência de recursos: se existir escassez de recursos rapidamente se geram conflitos, principalmente se estes são interdependentes. Deve existir objectividade na distribuição dos recursos e na definição da sua utilização. As decisões devem ter por base factos quantificados, claros e devidamente explicados, evitando a aura do secretismo que potencia o conflito.

Sistemas de recompensa competitivos: o conflito agudiza-se quando existe este sistema de recompensas, pois para uma das partes ganhar a outra tem que perder ou deixar de ganhar. Pode assim criar-se uma situação de competição, em que uma das partes boicota o desempenho da outra. A forma mais correcta será criar um esquema de prémios que possa aumentar a competitividade de forma saudável.

Mudança: as situações em que se pretende mudança são normalmente geradoras de conflito. A mudança implica a passagem de um conjunto de relações já consolidadas, que requerem um nível mínimo de energia para que se possam manter, para um novo estado, o qual é necessário fornecer muita energia para que ele se consolide com o estado anterior. A mudança é sempre dolorosa, mesmo sendo para alcançar benefícios.

No que respeita às equipas de saúde, La Mónica (1994), citando Edmunds, aponta vários factores de causas possíveis de conflito, são elas: a especialização, os papéis multitarefas, a interdependência de papéis, a confusão de tarefas, a diferenciação, a escassez de recursos, a mudança, a recompensa e por último mas não menos importante os problemas de comunicação.

Escalada do conflito e suas consequências/resultados

O conflito não é um processo estático e quando não é gerido de início vai aumentando gradualmente numa escalada. Esta ocorre quando há mudança no nível e intensidade do conflito e reflecte-se no aumento de quantidade de temas em disputa, na hostilidade crescente, no recurso a objectivos e exigências mais ambiciosas, no uso crescente de táticas coercivas, no empobrecimento dos níveis de confiança mútua e na rigidez das posições. Segundo Thomas, citado por Pereira e Gomes (2007), os níveis de escalada do conflito podem ser:

Racionalidade e controlo: as partes têm consciência das tensões, mas tentam controlá-las de modo racional, ainda adoptam algum comportamento cooperativo.

Rompimento da relação: a relação entre as partes passa a ser principal fonte da tensão, dando lugar á desconfiança e ao desrespeito mútuo. Cada parte não “arranja” maneira de resolver o problema conjuntamente, encarando a outra como um obstáculo.

Agressão e destruição: a destruição mútua é o desejo que predomina e cada parte encara a outra como não tendo dignidade e credibilidade. Adoptam estratégias irracionais e qualquer proposta de resolução positiva é encarada negativamente.

Toda a situação de conflito termina com resultados, que atingem quer a organização quer as próprias pessoas nele envolvidas. Apesar da aceitação do conflito como inerente à dinâmica das organizações, há que ter em conta que os seus efeitos podem ser positivos ou negativos. Positivos se originarem criatividade e mudança, negativos se resultarem em perda de atenção no trabalho, sensação de stress e de frustração, falta de comunicação e consequentemente menor produtividade.

Segundo Almeida (1995), os resultados possíveis para os intervenientes numa situação de conflito são: ganho/perda, perda/perda e ganho/ganho. Na situação de ganho/ perda, há uma parte do conflito que atinge os objectivos pretendidos, impedindo que a outra parte os atinja. Relativamente à

perda /perda, ambas as partes cedem uma à outra e o resultado alcançado não coincide com o desejo de nenhuma delas. Não encontram solução para o problema que originou o conflito, mas cada um insiste na defesa dos seus interesses, ignorando os valores e interesses do outro. Por último o ganho/ganho, é o resultado desejável em qualquer situação de conflito em que ambas as partes atingem os objectivos e nenhuma sente que perdeu. Há todo um aproveitamento do potencial empreendido de ambas as partes, sendo esta uma das grandes vantagens deste resultado.

Estratégias para resolução de conflitos

No passado, a estrutura unidimensional servia para conceptualizar as intenções estratégicas. Segundo Thomas (1992) citado por Cunha [et. al.], (2003), a lógica da estrutura unidimensional foi a forma adoptada até meados dos anos 60 pelos teóricos para conceptualizar as intenções estratégicas.

Mais recentemente esta estrutura unidimensional foi substituída por uma lógica bidimensional: a assertividade e a cooperação, caracterizadas da intenção estratégica. Dado tratar-se de dimensões ortogonais é então possível identificar um conjunto de cinco intenções de actuação estratégica: evitamento (não assertividade e não cooperação); acomodação (não assertividade e cooperação); competitividade (assertividade e não cooperação); compromisso (um misto de assertividade e de cooperação) e colaboração (assertividade e cooperação).

Evitamento

O evitamento é uma intenção estratégica caracterizada por não ser tomada qualquer posição no problema e em que o resultado é o impasse. Segundo Robbins (1999), uma pessoa ao reconhecer a existência de um conflito, deseja evitá-lo ou suprimi-lo.

Esta intenção estratégica é apropriada para a resolução de assuntos triviais, quando os contextos impossibilitam a caracterização dos interesses das partes ou quando é necessário tempo para obter informação, reflectir e delinear acções. Por outro lado, ela não se ajusta quando os problemas são difíceis e graves ou quando o assunto carece de solução urgente.

Acomodação

Caracteriza-se por uma das partes em conflito considerar mais os interesses da outra parte do que os seus próprios interesses. Tratando-se, por exemplo, de um conflito de objectivos, acomodar-se traduz o encontrar de uma solução que satisfaça os objectivos da outra parte, sacrificando os próprios.

Segundo Cunha [et. al.], 2003, (p.441), esta intenção estratégica “consiste na tentativa de disponibilidade para satisfazer os interesses do outro, negligenciando os próprios. Isso pode representar um desejo de alcançar os objectivos da contraparte sacrificando os seus”.

Trata-se de uma estratégia que pode ser apropriada quando se pretende obter, mais tarde, algo em troca (cedendo agora e reivindicando mais tarde), quando manter a harmonia e bom relacionamento é importante ou quando se parte de uma posição de inferioridade. Assim, ela não está indicada quando a outra parte não actua de modo ético ou quando a outra parte assume uma postura dominadora, tirando proveito da acomodação.

Competição/ dominação

A competição caracteriza-se por uma elevada preocupação em satisfazer os interesses próprios e reduzida atenção aos interesses da outra parte. Portanto, “reflecte a tentativa de satisfazer os interesses próprios sem a consideração dos interesses do outro” (Cunha [et. al.], 2003, (p.441).

Este tipo de orientação pode ser adequada em situações em que o assunto é de reduzida importância, quando o prazo limite está prestes a expirar ou uma solução impopular se torna necessária.

Do mesmo modo, o seu uso é inapropriado quando o ambiente é aberto e participativo, quando o assunto é complexo ou as partes possuem idêntico poder, podendo a competição gerar impasse ou escalada.

Compromisso

Este tipo de estratégia permite que exista um compromisso entre o que pretendemos e o que os outros desejam. Segundo Robbins (1999, p.277), “no compromisso não há um vencedor ou um perdedor claro”.

Desta forma, esta estratégia representa a tentativa de satisfazer, moderada mas incompletamente os interesses de ambas as partes. Podendo daí resultar a busca parcial de uma meta/objectivo, a procura de um acordo parcial para um julgamento/ideia/opinião ou a aceitação parcial da culpa.

Neste caso, devemos ter presente que a existência de um acordo é preferível a este não existir, e que não devemos levar a nossa posição avante quando sabemos, à priori, que não é possível ganhar.

Esta estratégia justifica-se quando as partes tem objectivos antagónicos ou mutuamente exclusivos, quando as partes detêm poderes equilibrados e o consenso não é expectável, quando é necessária uma solução para um problema complexo ou existem prazos apertados para se encontrar uma solução ou ainda quando os nossos objectivos são moderadamente importantes e podem ser satisfeitos por um acordo parcial. Não se deve utilizar este método, quando a outra parte é mais poderosa ou quando o problema é complexo e exige uma abordagem colaborativa.

Colaboração

Esta estratégia surge quando ambas as partes em conflito desejam satisfazer totalmente os seus interesses. Para Cunha [et. al.], 2003, (p.441), a “colaboração consiste na tentativa de satisfazer completamente os interesses de ambas as partes. Isso pode significar a tentativa de obtenção de uma solução ‘ganha-ganha’ que permita a ambas as partes o alcance completo dos seus objectivos...”.

Esta estratégia é utilizada quando é necessária uma solução de longo prazo, quando os assuntos são complexos, têm incompreensões, equívocos e mal-entendidos, quando se pretende melhorar as relações de trabalho, a motivação e o empenhamento, quando se requerem soluções criativas para os problemas ou quando é necessário dar o exemplo.

Por fim, podemos dizer que este método não se adequa quando o tempo disponível é escasso, sendo necessário uma decisão urgente ou quando a contraparte actua competitivamente.

Negociação na gestão de conflitos

Negociar é um processo em que os intervenientes, com objectivos comuns ou divergentes, usam para apresentar e discutir propostas, de modo

a atingirem um acordo. Segundo Gil (1994, p.141), “negociação é a procura comum de regulação das divergências”. Já para Ferreira [et. al.], 2001, (p.523), “negociar consiste numa reconciliação de diferenças por duas ou mais partes em conflito, caracterizadas por algum grau de interdependência, por procurarem reverter a seu favor o máximo resultado do ajustamento das diferenças e por acreditarem que é necessário ou possível um acordo”.

Podemos considerar que é um processo sequencial, dado que as partes envolvidas apresentam à outra parte, propostas e contra propostas. Durante todo este processo é necessário haver troca de informação, flexibilidade, confiança e responsabilidade, só assim se consegue chegar a um verdadeiro acordo.

Todo o processo negocial é composto por um conjunto de etapas. A primeira serve para cada uma das partes clarificar os objectivos que pretendem alcançar. A etapa seguinte dá primordial importância à avaliação das intenções. Seguidamente inicia-se a etapa das concessões e das contrapropostas em que, nomeadamente e segundo Ferreira [et. al.], (2001), se podem fazer e receber contrapropostas, interromper a negociação e construir um acordo, terminando com a sua formalização e com o assegurar da sua implementação. Finalmente, o resultado negocial leva a que se verifique se os objectivos de cada uma das partes foram atingidos e qual o tipo de relacionamento obtido.

Podemos então dizer que a negociação pode ser uma estratégia útil a adoptar para uma resolução criativa de conflitos.

Considerações finais

O conflito num grupo pode ser expresso por um aumento das críticas, implicâncias ou discussões entre membros da equipa, fazendo com que exista a possibilidade de uma diminuição na produtividade e qualidade de trabalho. A área da saúde é também exemplo disso.

Na realidade, as equipas de saúde são constituídas por múltiplos profissionais com especializações diferentes, criando “silos” e existindo cada vez mais uma interacção e comunicação deficitária entre eles. Paralelamente, as diferentes interpretações do mesmo facto, a subjectividade de várias situações quotidianas e as várias facetas do comportamento humano, são outros factores que alteram o equilíbrio das equipas, e que podem gerar conflitos. A forma como vemos e sentimos os problemas e experiências é um dado único que só ao indivíduo pertence. Cada pessoa tem a sua sociabilização, assente em crenças e valores, concepções e percepções próprias.

As relações profissionais entre enfermeiros e outros grupos profissionais da saúde, por vezes são confusas e capazes de gerar conflito, principalmente se existirem objectos antagónicos de cada grupo profissional. Na minha perspectiva as situações geradoras de conflito numa equipa multidisciplinar, só serão resolvidas se após a situação, estas forem debatidas entre as partes envolvidas e servirem como experiência adquirida para futuras situações conflituosas.

Diariamente, as equipas de saúde enfrentam situações geradoras de elevados níveis de stress. Quando tal acontece com frequência, ou se mantido por longo período de tempo, leva ao surgimento de conflitos. Mas se por um lado o conflito é fonte de desentendimento e de desacordo, por outro pode ser um estímulo para se inovar e fazer evoluir as organizações.

Parece-me que num conflito a reconciliação exige uma negociação, com uma comunicação eficaz, onde se dialoga, se explica e se entra em acordo sobre regras, objectivos e resultados que se pretendem atingir. Considero também que geralmente, encontrar formas criativas e construtivas para resolver os conflitos acarreta mudanças desejáveis, devendo ser focalizadas nas causas da discordância e não nas características da personalidade, tentando alcançar soluções aceitáveis para todos os intervenientes.

Quando surgem na equipa de saúde conflitos, eles devem ser geridos segundo os princípios de liderança democrática e participativa e não pela subalternização de uns em relação a outros. É importante existir uma estrutura hierárquica eficiente, cuja competência e confiança sejam meritariamente reconhecidas no quadro superior hierárquico. O estatuto social e a capacidade de influenciar positivamente os outros são duas vertentes que levam, em muitas situações, à gestão e resolução construtiva de conflitos.

O principal objectivo da resolução de conflitos deve ser o de encontrar uma solução vencedora para todas as partes e geradora de eficácia, não esquecendo que para uma mesma situação, podem existir várias hipóteses de resolução.

Assim, e para terminar, é de salientar que os conflitos nas equipas de saúde podem e devem ter consequências positivas. Tudo depende da sua condução e resolução.

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Fernando Neves – **Psicologia para gestores: comportamentos de sucesso nas organizações**. Lisboa: McGraw-Hill, 1995. ISBN 9728298013.

CUNHA, Miguel Pina [[et. al.],.] – **Manual de comportamento organizacional e gestão**. 2ª ed. Lisboa: RH, 2003. ISBN 972988238X.

FERREIRA, J. M. Carvalho [[et. al.],.] – **Manual de psicossociologia das organizações**. Lisboa: McGraw-Hill, 2001. ISBN 9727731058.

GIL, António Carlos – **Administração de recursos humanos: um enfoque profissional**. São Paulo: Atlas, 1994. ISBN 8522411344.

LA MÓNICA, Elaine Lynne – **Dirección y administracion en enfermaria: un enfoque práctico**. Barcelona: Doyma, 1994. ISBN 848174025X.

McINTYRE, Scott Elmes – Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: estratégias individuais negociais. **Análise psicológica**. [Em linha] (2007). 295-305 [Consult. 15 Junho 2010]. Disponível em: WWW<URL:http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v25n2/v25n2a09.pdf.> .

MORAIS, Ana Maria Martins – Gestão de conflitos. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 172 (2002) 24-29.

NASCIMENTO, Eunice M.;EL SAYED, Kassem M. – **Administração de conflitos**. [Em linha]. [Consult.15 Junho 2010]. Disponível em : WWW<URL:http://www.scribd.com/doc/563878/ADMINISTRACAO-DE-CONFLITOS-Eunice-Maria-Nascimento>.

PEREIRA, Jorge Manuel F.; GOMES, Bruno Miguel F. – **Gestão de conflitos**. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra. [Em linha] 2007. [Consult. 15 Junho 2010]. Disponível em: WWW<URL:http://prof.santana-e-silva.pt/gestao_de_empresas/trabalhos_06_07/ppt/Gest%C3%A3o%20de%20Conflitos.pdf>.

ROBBINS, Stephen P. – **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1999.

Mudança organizacional: uma realidade desejada ou imposta

Carla Isabel Pires Santos

Introdução

Os avanços tecnológicos, a globalização e a informatização visam contribuir para que as organizações se adaptem, garantindo a sua competitividade e a sua sobrevivência no mercado (Seldin, Rainho e Caulliraux, 2003).

Segundo Bressan (s.d.) esta transformação vertiginosa que impera nas organizações do fim do milénio, exige destas mais do que capacidade organizacional para se adaptar às novas estruturas, “é preciso desenvolver uma capacidade contínua de adaptação e mudança” (Robbins, 1999:407), ou seja, as mudanças do ambiente externo exigem da organização a capacidade contínua de resposta rápida e eficaz a estas transformações.

Nesta linha de pensamento, para Prahalad e Hamel (1995) citado por Mamede, (s.d.), a competição para o futuro exige que se desenvolva uma visão estratégica de dentro para fora, repensando toda a organização para que ela se possa tornar apta a inovar e a dominar as oportunidades que surgem constantemente.

Ora esta inovação esta intimamente relacionada com o factor humano, requerendo assim que se entenda a cultura organizacional e a sua consequente influência como factor facilitador/obstaculizador do processo de mudança.

Assim, pareceu-me relevante realizar uma breve abordagem dos conceitos de cultura organizacional e de mudança organizacional, para assim, melhor entender a forma como estes estão relacionados, conseguindo posteriormente realizar a minha reflexão individual acerca destas temáticas.

Cultura Organizacional

Para Mamede (s.d.), a cultura consiste na maneira como as pessoas organizaram as suas experiências, por forma a permitir-lhes um processo con-

tínuo de aprendizagem e estruturação pessoal, tendo como principal objetivo, a sua sobrevivência.

Numa outra perspectiva, Schein citado por Fleury (1991), define cultura organizacional como o conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa, e que funcionaram bem para serem considerados válidos e ensinados a novos membros, como a forma correcta de perceber, pensar e sentir, e agir em relação a esses problemas.

Segundo Pettigrew, (1985) citado por Pereira, (2000) as organizações são instituições sociais com culturas e histórias próprias, sendo que as possibilidades e as limitações da mudança em qualquer organização são de alguma forma influenciadas pela história, pelas atitudes, pelos relacionamentos entre os grupos e pela mobilização para a mudança.

A noção de cultura organizacional é um importante conceito a ser usado na administração hospitalar, pois permite à organização de saúde encontrar a sua identidade colectiva, possibilitando a criação de mecanismos eficientes de comunicação, para fornecer aos seus membros os significados que eles precisam para contribuir com a performance organizacional. A reflexão e a discussão sobre a cultura hospitalar pode ajudar as instituições de saúde, como elemento estratégico, a pensarem sobre a sua administração, pois a preocupação com a cultura nasce associada, tanto às necessidades de aperfeiçoar o desenvolvimento dos processos num hospital, como às relações de poder e ao confronto de interesses dentro dessa organização (Senhoras, 2007).

Segundo Seldin, Rainho e Caulliraux, (2003), os principais elementos formais que compõem a cultura organizacional são: a missão, a visão, as políticas, os procedimentos, as regras e as normas. Por outro lado, os componentes informais são as manifestações de valores compartilhados pelos membros da organização, como sejam, os artefactos, os símbolos, as cerimónias, as histórias e os mitos.

Numa outra perspectiva, para Schein (1986) citado por Mamede (s.d.), a análise da cultura organizacional pode ser realizada em três níveis de profundidade, que são: os artefactos, os valores compartilhados e as pressuposições básicas.

Os artefactos são facilmente percebidos pelo ambiente externo, e são compostos pelos métodos de trabalho, histórias, símbolos, heróis, cerimónias e rituais. Este é muitas vezes difícil de decifrar, pois pode ser observado mas apenas pode significar algo para um determinado grupo.

Os valores compartilhados, são considerados como o núcleo da cultura organizacional e podem ajudar a transformar as actividades de rotina

em acções importantes que irão caracterizar a organização. Estes valores poderão ser uma vantagem competitiva se fizerem uma ligação do que é importante para a organização e para a sociedade.

As pressuposições básicas são mais profundas e referem-se às verdades implícitas inerentes às organizações formadas a partir das experiências vividas em conjunto.

Na visão de Sathe (1985) citado por Mamede (s.d.), este faz uma comparação da cultura com um iceberg, assinalando os diferentes níveis de cultura. Aos aspectos da cultura que são mais aparentes, atribuiu o nome de cultura manifestada, como a ponta do iceberg. Estes contêm os elementos mais facilmente observáveis como os comportamentos, a linguagem, e a tecnologia. Embora esta cultura manifestada seja facilmente acessível, ela apenas permite um entendimento parcial da cultura.

A observação do iceberg imerso revela-nos um significado mais profundo da cultura, a que Sathe chama do nível dos valores expressos, representando a forma como as pessoas daquela cultura explicam o nível manifestado.

A base do iceberg representa o nível das premissas básicas, que são os fundamentos da cultura, as ideias compartilhadas, as crenças sobre o mundo e a sociedade, que guiam os pensamentos e acções das pessoas.

Os elementos abaixo da linha de água são difíceis de serem observados, mas são os mais importantes para o entendimento da cultura, uma vez que são eles o fundamento da cultura organizacional. Este autor refere ainda, que os elementos acima da linha de água são fáceis de mudar, enquanto que os submersos são resistentes à mudança.

Mudança Organizacional

Até à década de 70, a ideia de mudança estava apenas centrada na alteração de organogramas, na criação, modificação ou extinção de cargos e/ou funções. Depois desta altura, surge uma nova abordagem, que vai tomando forma, salientando uma necessidade de mudança nos valores comuns e nas crenças dos grupos, para a obtenção de resultados. As mudanças organizacionais passam então a ser vistas como processos que contribuem para a melhoria contínua, permitindo um aumento da qualidade total e dos processos relacionados com a produtividade (Seldin, Rainho e Caulliriaux, 2003). Ainda segundo os mesmos autores, o processo de mudança é um processo

dito “natural”, pois admite que toda a organização está constantemente sujeita a forças desestabilizadoras para alcançar o estado actual. O psicólogo Lewin (1947) desenvolveu a teoria do campo de força para conseguir explicar a desestabilização do estado actual de uma organização e a consequente mudança. Segundo ele existe sempre um equilíbrio entre forças provocadoras de mudança e forças de resistência a ela. As forças provocadoras de mudança são aquelas que impulsionam a mudança, tendem a iniciar um processo de transformação e alimentam-no. Por outro lado, as forças de resistência à mudança actuam no sentido de diminuir ou impedir as forças provocadoras de mudança. Quando a força desestabilizadora é maior do que a resistência a ela, a inércia organizacional é vencida e acontece a mudança organizacional desejada, caso contrário, quando a força de resistência é superior à força impulsionadora de mudança a organização permanece inalterada.

Numa perspectiva de clarificar o conceito, Bruno e Faria (2000), mudança organizacional, é qualquer alteração, planeada ou não, ocorrida na organização, decorrente de factores internos e/ou externos à organização que traz algum impacto nos resultados e/ou nas relações entre as pessoas no trabalho.

Robbins (1999) ressalta seis aspectos específicos que actuam como desencadeadores de mudança: a natureza da força do trabalho, a tecnologia, os choques económicos, a concorrência, as tendências sociais e a política mundial. Esses aspectos estariam presentes no quotidiano organizacional de forma mais ou menos marcada em determinados momentos, mas constantemente exerceriam pressão sobre a organização.

A existência de um objecto de transformação é fundamental, não faz sentido falar de mudança sem a referência ao objecto, é necessário identificar a mudança a alcançar, tentar responder à questão “o quê?” (Bilhim, 1996).

Segundo a perspectiva de Schein em 1987, partindo do modelo teórico sobre mudança proposto por Kurt Lewin, constrói uma versão modificada, explicando os mecanismos que actuariam em cada uma das fases propostas por Lewin (Ferreira, 2001).

Num modelo composto por três estádios, o primeiro estádio ou descongelamento (unfreezing), ocorre quando comportamentos e atitudes começam a ser encarados como inaceitáveis, tornando óbvia a necessidade de mudança, sendo rapidamente entendida e aceite. O segundo estádio, envolve a mudança para outro nível e tem como objectivo procurar e estabelecer novas respostas aos problemas e novos modelos de comportamento; pode incluir a mudança de valores e cultura, ou seja, ocorre quando há descoberta e adopção de novas atitudes, valores e comportamentos, promovidos através de processos de identificação e de interiorização; nesta fase as novas ideias e práticas são in-

teriorizadas de modo a que as pessoas passem a pensar e a agir de acordo com o novo modelo. O terceiro estágio ou recongelamento (*refreezing*), ocorre quando novos comportamentos são estabelecidos e passam a ser aceites como regra, significando a incorporação do novo padrão de comportamento através de mecanismos de suporte e de reforço, assumindo-se como uma nova norma (o aprendido é integrado na prática) (Ferriera, 2001).

Segundo Kaufman (1971) citado por Seldin, Rainho e Caulliraux (2003), a mudança organizacional pode tomar diversas direcções, mas é sempre confrontada com forças intensas, que a colocam em causa e que restringem a capacidade das organizações de reagirem a novas condições. Este autor descreve os vários factores que dentro das organizações resistem à mudança, são eles: os factores “estabilizantes”, que resultam da familiaridade com os padrões existentes na organização; a “oposição à mudança” que pode ser demonstrada por parte de grupos dentro da organização, com motivações individuais e egoístas; e por último a “incapacidade para a mudança”, em que são as próprias organizações que criam bloqueios que impedem a capacidade de mudar.

Muitas vezes, a resistência à mudança é “cultivada” pelas próprias organizações, uma vez que as pessoas são admitidas, para desempenhar um determinado número de tarefas e que se aceitam como eficazes (Borges, 2006).

Ainda no que se refere à resistência à mudança, para Pereira (1995), ela é característica comum a todos os mecanismos para lidar com as mudanças, ou com as perdas que elas proporcionam e afirma, que “...a estabilidade é conhecida, não traz surpresas, não ameaça. A mudança traz o inesperado, a surpresa, o desafio, o movimento. Mesmo quando a expectativa da mudança é favorável, quem nos garante, a priori, que ela seguirá os caminhos traçados? Daí a angústia, o medo e a fuga” (p.116).

No entanto, a mudança é importante e possível, sendo necessário desenvolver estratégias adequadas. Estas estratégias baseiam-se essencialmente em demonstrar que a mudança é útil, estando associada a um processo com várias etapas gerador de motivação, para anular as resistências encontradas (Seldin, Rainho e Caulliraux, 2003).

Podemos assim, e segundo Rego e Cunha (2002), definir dois tipos de mudança organizacional, que a mim me pareceram importantes de referir, a mudança planeada e a mudança emergente.

A mudança planeada baseia-se na ideia de que a mudança é conduzida segundo um processo que está previamente estabelecido. Sendo a mudança vista como uma responsabilidade das entidades de topo, compete a estas conduzi-la.

Esta mudança planeada, consagra três fases principais. A fase de preparação, que corresponde à identificação do ponto de chegada, responder à questão “o que se pretende mudar?”. Pretende-se uma correcta e concreta identificação dos objectivos da mudança, assim como a consciencialização por parte dos membros da organização de que ela é necessária. A fase da implementação da mudança consiste na colocação em prática das acções necessárias para atingir os objectivos delineados na fase anterior. Esta fase inclui a comunicação da visão, a afectação dos recursos, a clarificação das responsabilidades, o apoio aos colaboradores em momentos de descrença, o empowerment dos colaboradores e o controlo do processo. E por último, a fase do reforço da mudança que passa pela criação e divulgação dos ganhos, pela constatação dos resultados positivos, que vai gerar entusiasmo e transmitir a ideia de que a mudança é um desafio compensador.

A verdade é que por vezes esta mudança planeada, apesar de vantajosa, nem sempre é de fácil implementação, pois por um lado, a informação pode ser distribuída assimetricamente pelas diferentes partes da organização, e por outro lado, todos aqueles que se sentem prejudicados pela mudança tenderão a resistir-lhe.

A mudança emergente diz respeito à mudança que se desenrola de uma forma não prevista, como resposta a problemas e especificidades locais. É um processo que surge como resposta ao ambiente em que está inserido e não depende da vontade de quem gere a organização ou de um programa pré-estabelecido. Este tipo de mudança é resultante das interacções do sistema e não da vontade dos gestores, embora a acumulação de mudanças emergentes crie disponibilidade para a mais fácil aceitação da mudança planeada.

A mudança emergente é sensível às particularidades do contexto. É produzida localmente como resposta às necessidades específicas, e não como consequência de planos abstractos dos topos. Cria espaços para a improvisação, para o controlo dos danos e para o aproveitamento de oportunidades, permitindo a expressão individual.

Este tipo de mudança está sempre presente na organização, pode ser aproveitada por esta, pois pode haver preferências em assumir o controlo do processo de mudança, não valorizando as pequenas acções que se vão desenrolando localmente (Rego e Cunha, 2002).

Para concluir, Weick e Quinn (1999) salientam que, “a mudança nunca começa porque ela nunca pára” (p.381), portanto, é um processo constante e o ideal seria denominá-lo de “mudando” ao invés de mudança, para dar essa ideia de processo contínuo.

Análise reflexiva

Actualmente, observamos com frequência mudanças nas organizações, que visam responder às ameaças, desafios e oportunidades do meio que as envolve. As organizações desenrolam essas mudanças com o objectivo de melhorar o seu desempenho e a sua permanência no mundo competitivo.

Quanto ao sector da saúde, as presentes reformas surgem como resposta a uma necessidade clara de melhorar a qualidade, o acesso, e reforçar a ideia de uma filosofia centrada no cliente. Assim, as várias medidas a que assistimos por parte do Ministério da Saúde, e que têm como objectivo melhorar a eficiência e o controlo da despesa pública, suscitaram a aplicação de um conjunto de mudanças que alteraram em grande parte o funcionamento e gestão dos hospitais. Na realidade, verificaram-se modificações ao nível da função dos recursos humanos, ao nível do recrutamento e mobilidade interna, ao nível da avaliação de desempenho, da formação, da estrutura salarial e do plano de incentivos.

Estas alterações, não apenas legislativas, nas instituições hospitalares implicam mudanças nas estruturas, no modelo administrativo, nos sistemas de informação, nas tecnologias, e nas normas, implicando mudanças nos valores dominantes.

É exigido hoje uma maior racionalidade na gestão dos sistemas de saúde, bem como um aumento da qualidade da prestação dos cuidados. Cada vez mais, os cidadãos reclamam direitos, procurando-se nos sistemas de saúde eficiência e eficácia.

Nos nossos hospitais, a cultura inscrita nas profissões de saúde, continua avessa à mudança, por medo do desconhecido e pela insegurança que determina, valorizando a manutenção dos pressupostos que no passado funcionaram, apesar de obsoletos. Todos estes factores podem ser vistos como uma barreira à mudança. Daí que, uma cultura forte pode tornar-se tão rígida, que dificulta a implementação das mudanças necessárias.

A cultura organizacional pode também criar conflitos dentro da própria organização, pois as subculturas geradas podem ser tão fortes que distanciam o subgrupo da organização.

Será certamente mais fácil ajustar as manifestações de cultura, do que tentar modificar o núcleo de crenças e pressupostos básicos de uma organização. Se as mudanças forem realizadas de forma progressiva e clara, serão de mais fácil aceitação por parte da organização, podendo contribuir para a implementação de uma nova cultura.

Notoriamente, os aspectos culturais da organização contribuem para a resistência à mudança, dado que a cultura é uma forma de identidade organizacional, aprovando ou não o processo de mudança. Naturalmente as pessoas tendem a resistir, a questão essencial está em como lidar com esta resistência e se esta pode impedir a implementação de mudança, de forma a que possa ser gerido e aceite por todos. Como nos diz Bilhim (1996), o processo de mudança pode ser facilitado se for conhecido o responsável pelo processo, o que se pretende efectivamente mudar e porquê, qual e equipa que dá apoio, quais os planos para a mudança e qual a sua dinâmica, bem como o método de avaliação e o conhecimentos dos resultados dessa mudança.

Parece-me também importante usar uma metodologia participativa, envolvente, motivadora, que ponha e facilite a entrada de todos no processo de mudança, no sentido de se efectivar essa mudança e de esta trazer benefícios à organização. Deve também procurar desenvolver-se uma mentalidade de mudança, de inovação e renovação, numa sociedade que está em permanente mudança, pois só assim será possível continuar a obter resultados.

Se as mudanças planeadas, forem percebidas e aceites por todos como necessárias e como favorecedoras de uma melhor prestação de cuidados, com maiores graus de satisfação para os doentes e com ganhos evidentes em saúde, a implementação dessa mudança será facilitada e as resistências serão menores

Concordando com Rego e Cunha (2002), ao considerar que, se o topo das organizações valorizasse mais e soubesse aproveitar melhor as pequenas mudanças emergentes que vão ocorrendo na organização, a sua vitalidade seria maior, bem como a motivação dos trabalhadores, podendo e devendo esta mudança emergente ser um complemento para a mudança planeada, controlada pelos gestores.

Muitas das nossas organizações hospitalares alcançaram um status, que não querem perder, e as perspectivas de mudança e de correr riscos, assusta-as.

Precisaremos assim de verdadeiros líderes, que se conheçam a si próprios, que tenham visão, que se envolvam nos processos de mudança, que estabeleçam metas e estratégias claras, que motivem as equipas para que estes processos de mudança se concretizem. Líderes que sejam capazes de criar novas culturas e capazes de se adaptarem à cultura já existente, gerindo adequadamente estes processos de transformação são necessários. Não basta levar os outros a fazer, é necessário levá-los a querer fazer. Envolve-os a trabalharem com vontade e entusiasmo.

Se a mudança for antecipada e se for possível desenvolver uma liderança efectiva, com visão estratégica, que vá além do contexto individual, será possível a mudança, com revoluções tecnológicas, com o surgimento

de novos níveis de competência e motivação internas, e ainda pode tornar a organização influenciadora ou modelo para outras.

Estaremos nós, futuros enfermeiros especialistas, dispostos à mudança e preparados para assumir riscos, adotando um papel fundamental neste processo de transformação das nossas organizações, não nos deixando contaminar por processos de acomodação? Seremos capazes de ser nós próprios os impulsionadores da mudança, os motivadores e os exemplos para uma equipa? Estaremos capazes de assumir responsabilidades como agentes efetivos de mudança para que as nossas organizações hospitalares não caiam em rotinas pré determinadas, e se movam em princípios do passado? Desejamos ficar sossegados no “nosso canto”, sem que ninguém altere os nossos hábitos, participando na mudança se essa for imposta por outros? Estaremos nós capazes de abandonar a cultura do “vai-se fazendo” no nosso dia-a-dia, do comodismo, para passarmos a planejar e a dar continuidade aos nossos cuidados, sendo capazes de ajudar a planejar as mudanças emergentes, antecipando e preparando as mudanças planeadas, permitindo a sua melhor aceitação e colaboração, por parte de todos?

Acredito que mudar é gerar, é criar novas oportunidades, é tentar melhorar a prestação dos nossos cuidados. É óbvio que a mudança também implica sacrifício e está cercada de incertezas, mas pode levar a um outro mundo cheio de riqueza, mas para isso é necessário alterar muitos hábitos, atitudes, crenças e valores. Negando esta necessidade de mudança e negando as novas oportunidades estamos a criar resistências à mudança.

E para terminar, quanto mais nos educamos, mais longe chegaremos. E, quanto mais longe chegarmos, melhor será nossa percepção. Isso nos fará ficar cada vez mais perto de nós mesmos e de nossos semelhantes.

Referências bibliográficas

BILHIM, João A.F. – **Teoria organizacional: estruturas e pessoas**. Lisboa. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 1996.

BORGES, B. – **Mudança organizacional**. [Em linha], 2006. Disponível em WWW:<URL: [BRESSAN, C.L.– **Mudança organizacional: uma visão gerencial**. \[Em linha\]. Disponível em WWW:<URL:\[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art_cie/art_25.pdf\]\(http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/art_cie/art_25.pdf\)>.](http://www.google.pt/#hl=ptPT&source=hp&q=mudan%C3%A7a+organizacional&rlz=1R2SKPB_ptPTPT363&aq=f&aqi=g10&aql=&oq=&gs_rfai=&fp=ff88f863b93859d7>.</p></div><div data-bbox=)

FERREIRA, J. M. C., NEVES, J., CAETANO, A. – **Manual de psicossociologia das organizações**. Lisboa: McGraw-Hill, 2001.

FLEURY, Maria T. L.; FISCHER, R. M. – **Cultura e poder nas organizações**. Rio de Janeiro: Atlas, 1991.

MAMEDE, A.A.C. – **A influência da cultura organizacional nos processos de mudança**. [Em linha]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/4AD4782E13B055CB03256EF600506F48/\\$File/NT00090F7A.pdf](http://www.biblioteca.sebrae.com.br/bds/BDS.nsf/4AD4782E13B055CB03256EF600506F48/$File/NT00090F7A.pdf)>.

PEREIRA, M.F. – Mudanças estratégicas em organizações hospitalares: uma abordagem contextual e processual. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. 40.3 (2000) 83-96.

PEREIRA, M. L. J. de B. – Modelos de mudança nas organizações brasileiras: uma análise crítica. **Reengenharia ou readministração**. (1994), 108-159.

REGO, A.; CUNHA, M.P. – **As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente**. Lisboa. 2002. Disponível em WWW:<URL:<http://fesrvsd.fe.unl.pt/WPFEUNL/WP2002/wp407.pdf>

ROBBINS, S. P. – **Comportamento organizacional**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

SELDIN, R.; RAINHO, M.A.F.; CAULLIRAUX, H.M. – **O papel da cultura organizacional na implementação de sistemas integrados de gestão: uma abordagem sobre resistência a mudanças**. XXIII ENEGEP – Ouro Preto. Outubro 2003. Disponível em WWW:<URL:<http://www.gpi.ufrj.br/pdfs/artigos/Seldin,%20Ferruccio,%20Caulliriaux%20-%20Papela%20da%20Cultura%20Organizacional%20na%20Implantacao%20de%20SIGs%20-%20XXIII%20ENEGEP%20-%202003.pdf>>.

SENHORAS, E.M. – A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação, de comunicação e aprendizagem. **Revista Electrónica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**. Rio de Janeiro. 1:1 (2007) 45-55. Disponível em WWW:<URL:<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/45/55>>.

WEICK, K.E.; QUINN, R. E. – Organizational change and development. **Annual Review of Psychology**. Nº 50 (1999), 361-386,

Processo de mudança numa organização hospitalar: análise de um caso prático

Ana Luísa Escada Marques Silva

Introdução

A mudança no seio das organizações é uma constante no contexto actual. Em termos práticos, mudar implica alterar regras ou hábitos, e isso acarreta ansiedade e receio por parte de quem vai operar a mudança. Uma organização é sustentada por forças que a mantêm em equilíbrio, e a alteração do peso destas forças, pode levar ao desequilíbrio. A resistência à mudança por parte dos indivíduos que compõem a organização pode influenciar este equilíbrio. Neste sentido, é necessário implementar processos de mudança, procurando evitar situações de resistência.

O caso particular das organizações de saúde é emblemático. Trata-se de organizações complexas, com algumas vicissitudes que as diferenciam de outras.

A mudança pode ser planeada ou emergente, mas sempre orientada pelo líder ou gestor. Perante comportamentos de resistência à mudança, caberá ao líder intervir no sentido de criar condições para evitar esta situação.

À luz de alguns conceitos relacionados com a mudança, será exposto e analisado um caso verificado no seio de uma equipa multidisciplinar numa organização de saúde. Pretende-se verificar quais os procedimentos de preparação para a mudança, os comportamentos gerados nos indivíduos, e o que poderá ser controlado para evitar a resistência à mudança.

Mudança organizacional

Quando se fala em mudança, pensa-se imediatamente em passar ou transitar de uma situação ou de uma determinada condição para outra. “A mudança é uma viagem, uma passagem, uma virada que é tão animadora

quanto ameaçante” (Messina, 2001, p. 228). Assim, mudar implica desnaturalização ou distanciamento dos hábitos que nos caracterizam. Mudar implica também alterar as regras ou o regime pelo qual organizamos a nossa vida. Para muitos cientistas sociais, a mudança está aliada ao conflito e à ordem.

Na maioria dos casos, a mudança acontece e é imposta aos indivíduos. Em regra, as mudanças que ocorrem nas organizações são de carácter tecnológico. Estas revestem-se sempre de algum risco, em função da grande preocupação com novas tecnologias por parte de quem as vai ter de operar. Muitas vezes requerem uma nova forma de trabalhar e de pensar, o que gera insegurança (Bernardo, 2005).

O processo de implementação de uma mudança, nomeadamente se falamos em inovações tecnológicas, é sempre acompanhado de algumas dificuldades. São vários os factores que podem interferir com este processo, e assim influenciar o seu sucesso. O factor humano e cultural surge como um dos que possui maior peso de influência. É importante que a gestão tenha um conhecimento aprofundado dos aspectos culturais da organização, para assim poder identificar os processos que dificultam a implementação da mudança. De acordo com Seldin, Rainho e Caulliriaux (2003), os componentes culturais podem dividir-se em formais e informais. Os componentes formais incluem aspectos específicos da organização, tais como a missão, a visão, as políticas, procedimentos e regras. Por seu lado, os componentes informais estão patentes nos símbolos ou nas cerimónias de uma organização.

Para Vasconcelos e Vasconcelos (2000) a mudança organizacional é vista como uma crise não regressiva, superada pela consolidação de um novo sistema social, criando novos hábitos. Pode inferir-se daqui, que a mudança gera contradições: apesar de haver uma ruptura parcial com os hábitos do antigo sistema, é a eles que se recorre para elaborar o novo. No caso da mudança organizacional, os sujeitos precisam desenvolver estratégias adaptativas que correspondam à nova situação, recorrendo às antigas práticas sociais ou criando novas formas de interacção. A incapacidade de criar um novo sistema, ou anomia, é muitas vezes fruto de uma mudança radical na estrutura de poder, levando frequentemente ao fracasso dos programas de mudança organizacional.

As organizações podem ser vistas como sistemas em equilíbrio quase estacionário, mantidos por forças opostas, de igual intensidade. Seldin, Rainho e Caulliriaux (2003), afirmam que numa fase de mudança nas organizações, há que considerar e compreender as forças de pressão para a mudança que estão envolvidas. Só assim, é possível reconhecer e analisar se a força desestabilizadora é maior do que a resistência que se cria contra a mudança. Os mesmos autores referem também que as organizações possuem

um instinto natural de “sobrevivência”, sentindo a necessidade de encontrar mecanismos para dar resposta às pressões que se criam numa situação de implementação de mudança.

Shein, citado por Lima, Carrieri e Pimentel (2007), realça a importância das organizações estarem preparadas para mudanças, devendo para isso desenvolver flexibilidade e capacidades para enfrentar novos desafios que vão surgindo. Estas capacidades, segundo o autor, encontram-se nos recursos humanos da organização.

Mudança planeada e emergente

De acordo com Cunha e Rego (2002), a ideia de que a mudança é um processo planeado, tem na base uma visão teleológica, que considera esta como uma responsabilidade dos gestores. É a eles que cabe a condução do processo de mudança, de modo a que a organização se ajuste, sem penalizar outros futuros ajustamentos. Os mesmos autores consideram assim que, os gestores têm a função de descongelar um estado A (correspondente ao estado actual da organização), e posteriormente, recongelar num estado superior ao estado inicial. A mudança pode ser implementada de forma planeada, ou pode surgir a partir dos desafios com os quais a organização se vai deparando (mudança emergente).

São vários os modelos de gestão da mudança planeada que têm sido propostos, mas de um modo geral trata-se de um processo que inclui três fases essenciais. Numa primeira fase (fase de preparação), é feita a identificação do que se pretende alcançar com a mudança. São enumerados os objectivos que se pretendem atingir, sendo crucial ter uma visão do futuro, e que esta seja suficientemente apelativa para os membros da organização, procurando o seu envolvimento emocional. Numa segunda fase (fase de implementação), são colocadas em prática as acções necessárias para alcançar os objectivos inicialmente traçados, através da comunicação da visão, dos recursos envolvidos, a atribuição de responsabilidades, o apoio aos membros envolvidos e o empowerment. Já numa terceira fase (fase do reforço da mudança), ocorre a divulgação dos ganhos rápidos obtidos, mesmo que sejam pequenos. Isto poderá gerar entusiasmo e fomentar o sentimento de que o desafio inicialmente proposto está a ser atingido. Apesar de planeada, este tipo de mudança nem sempre consegue ser implementado, e uma das razões para tal pode ser o facto de haver discrepância entre as informações disponibilizadas aos diferentes membros da organização (Cunha e Rego, 2002).

A mudança emergente consiste no aparecimento de um novo padrão, na sequência da adaptação “forçada” às novas circunstâncias, perante a inexistência de um plano previamente elaborado. Weick, citado por Cunha e Rego (2002), diz que esta faceta emergente da mudança apresenta algumas razões para que lhe seja dedicada pouca atenção. Entre elas destacam-se a complexidade que lhe está inerente, o seu carácter imprevisível, e o facto de não ser controlada pela gestão. Parece importante referir que, apesar disto, a mudança emergente está presente na vida organizacional, podendo ser bem ou mal aproveitada por quem está responsável pela gestão.

Resistência à mudança

Como já foi referido anteriormente, a mudança organizacional é um processo complexo. Lima, Carrieri e Pimentel (2007) reforçam esta ideia, acrescentando que ela corresponde a uma alteração de um determinado estado de aspectos internos da organização, com vista a um novo comportamento colectivo. Ela envolve sempre o indivíduo e o seu meio, logo é importante controlar este processo, e daí que a gestão tenha um papel de destaque. Ter a ideia de que os pressupostos não são mais validados pela realidade actual, é o que leva à mudança.

Mas este processo gera ansiedade, culpa e perda de autoconfiança, é doloroso. Todas as mudanças provocam este tipo de sentimentos porque põem em causa uma das necessidades mais fortes dos seres humanos: a necessidade de segurança/estabilidade e auto-estima.

Quando se implementa um processo de mudança numa organização, verificam-se variações no comportamento dos indivíduos. A grande maioria segue um conjunto de estereótipos já estudados e classificados por vários autores.

Bernardo (2005) sugere classificar os comportamentos de resistência à mudança, explicitada da seguinte forma:

Resistência activa: o indivíduo provoca erros ou danos de forma deliberada, numa tentativa de sabotar o processo; a resistência à mudança é expressa directamente.

Retraimento pessoal: o indivíduo diminui o seu ritmo de trabalho, com o objectivo de atrasar e prejudicar o processo; a resistência, neste caso, não é tão clara.

Resistência passiva: o indivíduo segue as normas, mas protesta frequentemente e dificulta a aprendizagem, de forma inconsciente; não faz sabotagem, mas também não colabora.

Indiferença: o indivíduo reage com apatia e perda de interesse pelo trabalho; faz o que lhe é exigido, mas sem protestar.

Resignação passiva: o indivíduo aceita a mudança, mas colabora apenas quando é pressionado.

Cooperação voluntária: o indivíduo colabora de forma entusiástica e apoia incondicionalmente, pois sente confiança na mudança.

Quanto às razões que levam a que os indivíduos resistam à mudança, elas podem ser de ordem variada. Maurer, citado por Lima, Carrieri e Pimentel (2007), considera que as pessoas têm inclinação para resistir a novas ideias, se acreditarem que estas podem ser prejudiciais. Outros autores destacam ainda outras razões como: o desejo de não perder algo que é valioso, a incompreensão sobre o motivo da mudança ou a crença de que esta não faz sentido. Watson, também citado pelos mesmos autores, diz que a razão mais comum é o hábito, seguida da persistência em manter comportamentos anteriores, como um padrão.

No que toca a mudanças dentro de uma organização, a inovação tecnológica está sempre em risco de produzir resistência. Isto porque, geralmente, geram grandes índices de preocupação com novas informações, e com alterações na maneira de trabalhar e de pensar (Bernardo, 2005).

Como minimizar a resistência à mudança?

Se o objectivo é minimizar a resistência à mudança, é importante falar do papel de destaque que o agente de mudança assume. Senge, citado por Seldin, Rainho e Caulliraux (2003), salienta que o agente/líder não tem o papel de conduzir as pessoas para a mudança, mas sim de criar um ambiente na organização que inspire e suporte a imaginação e a iniciativa que existe em todos os níveis. Bernardo (2005) reforça esta ideia, acrescentando um conjunto de factores ideais para a manutenção e preparação para a mudança: clima de coesão; motivação e satisfação; elevado grau de conhecimento sobre o assunto; confiança; gestão participativa e activa; crescimento e expansão.

Qualquer organização, num processo de mudança, deverá ter constituído uma equipa de implementação. Caberá a esta equipa fornecer condições para que a mudança aconteça. São eles os detentores das ideias e das sugestões de mudança, mas não têm o poder para fazer com que ela aconteça. Contudo, são eles que legitimam a mudança. O alvo da mudança ou usuário final, poderá sempre recorrer a esta equipa para esclarecer dúvidas ou colocar questões.

Outra estratégia que poderá ajudar a minimizar a resistência, passa por mostrar a perfeição na mudança. Para tal, é imprescindível ter um plano de comunicação que permita explicar com clareza e detalhe o cenário obtido com a mudança, e o cenário que resulta da não mudança. Se isto não for feito correctamente, as pessoas poderão tirar conclusões distorcidas dos objectivos, influenciadas pelo medo e pela ansiedade face ao futuro. É também importante que as pessoas sejam convencidas de que a mudança condiz com a actualização. Para isso, é importante explicar-lhes os benefícios da mudança, a nível individual e da organização.

Análise de um caso prático numa organização de saúde

O caso prático a ser analisado diz respeito à implementação de uma mudança de carácter tecnológico, numa instituição de saúde, e as formas de resistência encontradas no seio de uma equipa de enfermagem. Antes de mais, importa fazer uma breve abordagem às organizações de saúde, e como elas se distinguem das restantes organizações.

As organizações de saúde contêm algumas especificidades, que as tornam particularmente sensíveis à introdução de inovações. Para começar, são estruturas de carácter complexo essencialmente por possuírem equipas multidisciplinares com alto grau de autonomia, e onde se utiliza tecnologia de ponta. Mintzberg, citado por Júnior e Vieira (2002), considera a organização hospitalar uma burocracia profissional do ponto de vista estrutural, onde há uma padronização de habilidades. Estas habilidades profissionais, sendo adquiridas fora do hospital em cursos profissionalizantes, conferem autonomia e independência da gestão. Esta condição acaba por enfraquecer a vinculação com a organização, e assim, promover altos níveis de resistência à mudança. Nogueira, citado pelos autores atrás referenciados, acrescenta a existência de múltiplos interesses como mais um factor de resistência à mudança: os interesses dos clientes, dos vários profissionais, dos fabricantes, da gestão em conformidade com o governo, etc.

Tendo em conta tudo o que foi dito até aqui, e que poderá justificar a situação prática, passemos a analisá-la. Com a inovação tecnológica, e com o intuito de criar uma linguagem comum na enfermagem, surgiu a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A situação a analisar diz respeito à implementação dos registos de enfermagem através da versão CIPE informatizada, num determinado serviço de um hospital público central.

Como foi referido anteriormente, a implementação de mudanças de carácter tecnológico, é normalmente mais difícil de ser aceite pelos indivíduos. Este caso não foi excepção. Os profissionais de enfermagem, ao saber que teriam de abandonar os registos escritos no processo clínico de cada doente, retaliaram mesmo antes de se iniciar a implementação. A questão não era nova, até porque este seria o segundo serviço do Hospital a ter esta nova metodologia de registo, e até onde se sabia, funcionava bem. As razões mais invocadas para a retaliação estavam relacionadas com o manipular do computador; o medo de serem sobrecarregados em trabalho e tempo; receio de passarem mais tempo ao computador do que a prestar cuidados de modo efectivo; medo de não conseguirem e se sentirem ultrapassados, etc. De destacar que a maioria das pessoas que referiam estes receios, eram as que tinham idades compreendidas entre os 40 e 60 anos de idade. Os membros mais novos da equipa, por se sentirem mais à vontade com os computadores, não demonstraram tanta resistência.

A mudança foi planeada, e deste modo, antes de se passar ao aplicativo informático propriamente dito, foram organizadas pequenas reuniões. Assim, o grupo de enfermeiros foi subdividido em pequenos grupos, aos quais foram agendados encontros mensais. Nesses encontros era debatida a linguagem CIPE, e a adaptação desta às especificidades do serviço (focos de atenção, diagnósticos e intervenções de enfermagem). Previamente havia sido constituído um grupo (pode ser designada a equipa de implementação), que tinha mais formação nesta área. Assim, em cada reunião de discussão, estava presente um membro desta equipa para poder esclarecer as dúvidas, orientar o processo, e actualizar os membros sobre possíveis alterações ao plano inicial.

Numa segunda fase, os grupos começaram a ter contacto com o aplicativo informático, ou seja, realizar os registos em linguagem CIPE, mas através do computador. Esta foi sem dúvida, a fase mais difícil, e onde se começaram a verificar mais resistências. As pessoas foram confrontadas com um computador. Não parece nada de especial, mas existiam muitas pessoas que não tinham por hábito lidar com eles, e outras que nunca tinham precisado deles e esperavam nunca vir a precisar. O descontentamento cresceu. Aliado ao facto de algumas pessoas não saberem manipular um computador, juntou-se a dificuldade em integrar a nova forma de registo de enfermagem, uma linguagem diferente da que é leccionada a nível académico. Mas por enquanto, assistia-se a uma fase de treino em sala, e não em contexto real.

Numa terceira fase, iniciou-se a realização de registos em duplicado. Significa isto que, ao enfermeiro era exigido que continuasse a fazer os registos no processo clínico, mas também, e como forma de treino, os duplicasse no aplicativo informático. Os médicos haviam sido também instruídos a fa-

zer os registos e a consultá-los através do aplicativo. Além do mais, e como o aplicativo o permitia, foram instruídos a fazer as prescrições médicas através do mesmo, evitando que o enfermeiro as transcrevesse do processo escrito para o processo informatizado. Seria o ideal, até porque o enfermeiro, ao transcrever as prescrições para o processo informatizado do doente, ficava com o seu nome registado como se tivesse sido ele quem efectivamente fez a prescrição. Deste modo, seriam também evitados os erros de prescrição, pois seria apenas uma pessoa a prescrever, sem necessidade de duplicar. Mas esta situação não se verificou, e acarretou mais resistências.

Os profissionais de enfermagem consideravam que estavam a ser sobrecarregados ao terem de fazer duplicação de registos. Os profissionais médicos, por seu lado, achavam o sistema informático desnecessário e recusavam fazer a prescrição em duplicado. Então começou a verificar-se um descontentamento no seio da equipa de enfermagem, porque achavam que os médicos também tinham de aprender a fazer os registos e prescrições, tal como os enfermeiros o tinham feito. Consta-se assim, a existência de conflitos de interesses no seio de uma equipa multidisciplinar com alto grau de autonomia e interdependência.

Quando se passou efectivamente a fazer os registos em sistema informático, puderam verificar-se os comportamentos de resistência à mudança, alguns dos quais, enumerados anteriormente neste artigo. Houve comportamentos de resistência activa, pelo menos num caso, em que a pessoa fazia mal os registos, de forma deliberada, para assim dar a entender que não conseguia, e que o sistema não funcionava correctamente. Houve também casos de retraimento pessoal, em que a pessoa “inventava” muitas actividades e cuidados desnecessários, com o intuito de atrasar os registos, e assim dar a entender ao grupo que a mudança pretendida não era funcional nem compatível com aquele serviço.

Neste período inicial de registos feitos exclusivamente em aplicativo informático, muitas foram as resistências. Algumas pessoas saíam muito tarde do serviço, porque não conseguiam conciliar os cuidados com os registos: umas vezes com razões para tal, outras vezes por provocarem a situação. Outras pessoas resistiram a aprender e atrasaram o processo, porque recusavam serem elas a fazer os registos, pedindo aos colegas mais novos que os fizessem por elas. Noutros casos, pessoas que não sabiam nada de computadores, surpreenderam-se a elas mesmas, porque aprenderam, naturalmente com algumas dificuldades, e conseguiram integrar a nova metodologia. Em relação à questão da resistência levantada pela equipa médica, as coisas mudaram lentamente. De forma gradual, a grande maioria dos médicos começou a utilizar o aplicativo, algumas vezes pressionados pelos próprios enfermeiros

que pediam para que se fizesse a prescrição on-line. Outras vezes, eram os próprios médicos a pedir ajuda aos enfermeiros sobre como fazerem as prescrições no aplicativo.

A exposição desta situação, leva à conclusão de que é importante planear a mudança. Se os objectivos forem dados a conhecer aos indivíduos envolvidos, se eles próprios forem integrados no processo de mudança, e se lhes for dado tempo de adaptação à nova realidade, o nível de adesão será maior, e menores as resistências levantadas. Haverá sempre resistências, quer pela alteração de hábitos ou padrões, quer pelo receio sem fundamento. Pela análise do caso exposto, parece ser importante referir de que o ideal é ter equipas heterogéneas no que respeita ao estrato etário, fomentando assim a partilha e o espírito de entreatajuda entre os que estão mais à vontade com novas tecnologias, e outros que não se sintam tão à vontade. A idade das pessoas não é critério absoluto. Ela apenas pode indicar que a pessoa tenha mais hábitos enraizados e que, por isso, seja mais difícil de aderir à mudança.

A complexidade das organizações de saúde traz ao de cima também alguma rivalidade entre equipa médica e de enfermagem. Neste caso, a questão invocada por alguns enfermeiros era a “mudança que era exigida aos enfermeiros, e não aos médicos”.

Após este período de mudança, a situação verificada é diferente. Actualmente, a maioria dos profissionais daquela equipa (médicos e enfermeiros) reconhece os benefícios que o aplicativo trouxe: simplificação de registos, uniformização da linguagem utilizada, menos consumo de tempo e facilidades na consulta das informações. A maioria dos médicos já faz prescrições on-line, e consulta sem dificuldades o processo informatizado.

Conclusão

A mudança é um processo complexo que depende em muito das características das organizações e dos indivíduos que a compõem. Quando se trata de mudanças de carácter tecnológico, as dificuldades aumentam, aumentando assim a resistência dos indivíduos. Ao medo e ansiedade, juntam-se o receio de se sentir ultrapassado ou de não conseguir lidar com as inovações.

As organizações hospitalares são complexas e diferentes de qualquer outra organização. Possuem equipas multidisciplinares, com diferentes graus de autonomia, e interesses próprios. Cada grupo profissional possui habilidades próprias, adquiridas em contexto académico próprio. Por vezes, verificam-se rivalidades entre grupos profissionais, nomeadamente entre enfer-

meiros e médicos. Todos estes factores contribuem para o aumento dos níveis de resistência à mudança.

O ser humano possui capacidades das quais desconfia e teme, e isso leva a que resista à mudança, mesmo quando ela é planeada e dada a conhecer aos envolvidos. A desconfiança leva a que se desenvolvam comportamentos de resistência. Mas, após um período de adaptação, os indivíduos acabam por conseguir operar a mudança, e constatar que afinal ela traz aspectos positivos ao seu trabalho.

Na minha opinião, é importante ter equipas com diferentes estratos etários, onde se possam partilhar saberes oriundos da experiência pessoal de cada um, e fomentar o espírito de entreaajuda entre os membros. Não se deve ter uma atitude de desconfiança à partida, só porque nos falam de inovações e alterações. É importante haver um período de adaptação, para que as pessoas envolvidas possam lidar com os aspectos práticos da mudança, e assim, poder questionar a sua pertinência ou até propor outra metodologia. Só assim se consegue inovar, não só porque todos o fazem, mas porque traz vantagens reais e efectivas ao grupo que as vai operar.

Referências bibliográficas

BERNARDO, Cláudio Gonçalves – **A resistência a mudanças em uma organização: uma análise à luz do processo controle integrado de mudanças do PMBOK3**. [Em linha]. Rio de Janeiro: PUCRJ, 2005. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.pucrs.campus2.br/~ursula/pm3.pdf>.

CUNHA, Miguel Pina; REGO, Arménio – **As duas faces da mudança organizacional: planeada e emergente**. [Em linha] 2002. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://fesrvsd.fe.unl.pt/WPFEUNL/WP2002/wp407.pdf>.

JÚNIOR, Garibaldi; VIEIRA, Marcelo – Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceptuais. **Ciências Saúde Colectiva**. São Paulo. ISSN 1413-8123. 7:2 (2002) 325-334.

LIMA, Marcelo; CARRIERI, Alexandre; PIMENTEL, Thiago – Resistência à mudança gerada pela implementação de sistemas de gestão integrada (ERP): um estudo de caso. **Revista Gestão e Planejamento**. [Em linha]. 8:1 (2007) 89-105. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/viewFile/258/635>.

MESSINA, Graciela – Mudança e inovação educacional: notas para reflexão. **Caderno de Pesquisa**. [Em linha]. S. Paulo. 114 (2001) 225-233. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742001000300010&script=sci_arttext&tlng=es>. ISSN 0100-1574.

SELDIN, Renata; RAINHO, Maria Alice Ferruccio; CAULLIRAUX, Heitor Mansur – **O papel da cultura organizacional na implantação de sistemas integrados de gestão: uma abordagem sobre resistência a mudanças**. XXIII ENEGEP. [Em linha]. Ouro Preto. 2003. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.gpi.ufrj.br/pdfs/artigos/Seldin,%20Ferruccio,%20Caulliroux%20200%20Papal%20da%20Cultura%20Organizacional%20na%20Implantacao%20de%20SIGs%20%20VI%20SIMPOI%20-%202003.pdf>.

VASCONCELOS, Isabella; VASCONCELOS, Flávio Carvalho – **Identidade e mudança: o passado como ativo estratégico**. [Em linha]. 2000. [Consult. 20 Maio 2010]. Disponível em: WWW:<URL: www.abrad.org.br/eneo2000-52.pdf>.

Referência

REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

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



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



UNIVERSIDADE SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA

gabinete.de
empreendedorismo



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA