

Revista Portuguesa de Gestão & Saúde

Director: Miguel Sousa Neves • e-mail: info@spgsaude.pt • Publicação periódica dirigida a profissionais de saúde • Fevereiro 2012 • N.º 6

Qual o caminho para a Saúde em Portugal?

Miguel Sousa Neves

A Enfermagem faz parte da solução

Bruno Noronha

Germano Couto

Papel do Enfermeiro Chefe na Equipa

Multidisciplinar

Filipa Gramacho

Helena Bernardes

Joana Gramacho

A Influência do Empenhamento Organizacional
e Profissional dos Enfermeiros nas Estratégias de
Resolução de Conflito

Daniela Nascimento Santos



Sumário

- 2 Estatuto Editorial
- 3 Mensagem
Miguel Sousa Neves
- 4 A Enfermagem faz parte da solução
Bruno Noronha
Germano Couto
- 8 Papel do Enfermeiro Chefe
na Equipa Multidisciplinar
Filipa Gramacho
Helena Bernardes
Joana Gramacho
- 12 A Influência do Empenhamiento
Organizacional e Profissional dos
Enfermeiros nas Estratégias de
Resolução de Conflito
Daniela Maria do Nascimento Santos
- 23 Notícias
- 22 Qual o caminho para a Saúde
em Portugal?
Miguel Sousa Neves
- 26 Editoras e Livros
Sites
- 28 Fundação da SPGS
Ficha de Inscrição



FICHA TÉCNICA

REVISTA PORTUGUESA DE
GESTÃO & SAÚDE
Publicação periódica dirigida a profissionais
de saúde • N.º 6 • Fevereiro 2012

DIRECTOR
Miguel Sousa Neves

COORDENAÇÃO
Marinha Abreu

REDACÇÃO, DESIGN E PRODUÇÃO
VFBM Comunicação, Lda.

PROPRIEDADE:
Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
E-mail: info@spgsaude.pt
Site: www.spgsaude.pt

DEPÓSITO LEGAL:
239095/06

REGISTO ICS:
Exclusão de registo prevista no art.º 12,
alínea a, do DR n.º 8/99, de 9 de Junho

PERIODICIDADE:
Quadrimestral

PRÉ-IMPRESSÃO E IMPRESSÃO:
NVV - Novos Suportes Publicitários, Lda.
TIRAGEM:
2.500 exemplares

Estatuto Editorial



A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde (RPGS) é um órgão de informação especializado que tem como objectivo primordial divulgar artigos, estudos e casos na área da Gestão em Saúde. Destina-se a todos os profissionais que desenvolvem a sua actividade no sector da Saúde, desde médicos, enfermeiros, técnicos a directores de serviço, gestores, administradores hospitalares, membros de conselhos de administração de unidades de saúde e a todos os cidadãos interessados nesta temática.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde orienta-se por critérios de rigor e criatividade editorial, sem qualquer dependência de ordem ideológica, política e económica. A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde estabelece as suas opções editoriais sem hierarquias prévias entre os diversos sectores de actividade.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde é responsável apenas perante os leitores, numa relação rigorosa e transparente, autónoma do poder político e independente de poderes particulares.

A Revista Portuguesa de Gestão & Saúde reconhece como seu único limite o espaço privado dos cidadãos e tem como limiar de existência a sua credibilidade pública.

A RPGS adopta como linha editorial a divulgação de conteúdos através de uma arrumação facilmente assimilável pelos leitores, reforçada pela actualidade e continuidade lógica dos diferentes temas abordados.

A produção de artigos, estudos e casos pautar-se-á por uma forte aplicabilidade dos conceitos divulgados.

Na elaboração de conteúdos, os colabora-

dores da RPGS terão em conta os seguintes pressupostos:

- i) Os conhecimentos e os valores do grande público reflectem, de certo modo, a maneira como a informação sobre a Gestão da Saúde é veiculada pelos órgãos de comunicação social;
- ii) A gestão eficiente e eficaz do sector da Saúde obriga a uma intervenção multidisciplinar, na qual os colaboradores da RPGS podem e devem desempenhar um papel de relevo, através da difusão de mensagens que influenciem comportamentos e atitudes;
- iii) Os *mass media* constituem, não raro, o único meio de contacto entre as fontes de informação e alguns grupos populacionais socialmente marginalizados;
- iv) O êxito da colaboração entre os colaboradores da RPGS e as instituições que desenvolvem trabalho na área da Gestão da Saúde depende, antes de mais, da assunção, por parte de todos, de que a mudança de comportamentos e atitudes para a gestão eficiente e eficaz da Saúde é uma batalha comum.

Todo o desempenho da Redacção da RPGS rege-se pela estrita observância da ética da informação e no cumprimento da legislação em vigor, obedecendo desse modo a uma política de privacidade e confidencialidade. Através da Revista Portuguesa de Gestão & Saúde, procurar-se-á ainda manter o leitor actualizado no que respeita a regulamentos, normas, técnicas e ferramentas com impacto directo na gestão dos serviços de saúde. A RPGS estabelece as suas opções editoriais no estrito respeito por elevados padrões de isenção e rigor.

Mensagem



Miguel Sousa Neves
msn@net.sapo.pt

Numa edição dedicada aos enfermeiros – que são peças essenciais no Serviço Nacional de Saúde – gostaria de comentar o alerta feito pelo recém-emposado Bastonário da Ordem dos Enfermeiros: “a crescente emigração de enfermeiros enquanto a Administração Central do Sistema de Saúde lembra que faltarão cerca de 3.500 enfermeiros num estudo efectuado a 50 hospitais”.

Se imaginarmos que faltarão também muitos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Continuados, então teremos uma situação aparentemente paradoxal. A verdade é que as estruturas de saúde estão praticamente falidas e asfixiadas financeiramente, não havendo contratações destes profissionais de saúde mesmo aceitando uma consequente

degradação dos serviços prestados e um custo de formação que só beneficiará outros países que não o nosso.

De qualquer modo, para aqueles que emigram e conseguem emprego condigno noutros países, esta mudança poderá ser uma mais-valia na sua formação pós-graduada e uma fonte inesgotável de oportunidades. Em 1984, quando terminei o Curso de Medicina, fiquei colocado no Hospital de S. João, mas optei por fazer o Ano Comum num país africano e depois arrisquei ir para Inglaterra onde vivi e me especializei. A experiência adquirida nesta minha passagem como emigrante permitiram que crescesse muito como Homem e como Médico e o meu posterior regresso a Portugal acabou por ser um sucesso profissional. Daí que pressinta que esta saída acabará, mais tarde,

por trazer alguns benefícios ao país para além do ganho óbvio que a emigração destes profissionais de saúde lhes trará na sua própria formação.

É bastante provável que esta vaga emigratória também chegue mais rapidamente do que imaginamos aos médicos porque, neste campo específico, continuamos a formar muitos mais profissionais do que aqueles que o país realmente necessita. E se a este factor somarmos uma péssima distribuição pelas especialidades e pelo país, uma nítida falta de bom senso de alguns dos nossos governantes e ainda uma ausência de estratégia clara e objectiva do que queremos para a saúde em Portugal, serão de prever inúmeras e potencialmente graves dificuldades no Serviço Nacional de Saúde.

Miguel Sousa Neves

A Enfermagem faz parte da

Bruno Noronha
Enfermeiro

Autores

Germano Couto
Enfermeiro. Bastonário da Ordem dos Enfermeiros

Este ensaio pretende demonstrar de uma forma clara e sucinta como a falta de aposta nos cuidados de Enfermagem em Portugal não só conduziu à situação actual como se apresenta, no curto e médio prazo, como uma das poucas formas de readaptar as respostas em Saúde sem criar uma profunda ruptura no contrato social que existe entre os Portugueses e o seu Estado. O contrato social vigente até à data em Portugal assentava na premissa que cada um financiava de forma progressiva por via dos impostos um Orçamento de Estado do qual emanavam as verbas para financiamento de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se queria universal e gratuito. Ora, grupos de interesse foram sequestrando, de forma continuada e repetida no tempo estes recursos, alocados por todos, para seu benefício próprio. A sua acção, associada a um Estado impreparado para as exigências do desempenho de diferentes papéis no contexto do sistema de saúde (regulador, financiador, prestador), permitiu a criação de uma indução de procura e de uma dissociação entre cus-

tos, ganhos e processos, que apenas beneficiou estes grupos de pressão.

Para se ter uma ideia do estado actual da situação económico-financeira do SNS atendamos aos factos e constatações de um estudo recente de Ferreira e Teixeira (2011):

- Portugal apresenta um nível comparativamente baixo de despesa pública em saúde *per capita* quando medida em paridades de poder de compra e por comparação com países com sistemas de saúde de características similares ao nosso;
- A despesa pública e privada, *per capita* em saúde em Portugal, em paridade de poder de compra é similar à média da despesa pública nos países da OCDE, o que nos leva a questionar da necessidade da despesa privada em saúde em Portugal para resultados comparáveis;
- Em 2012, a verba de financiamento prevista no Orçamento de Estado para o financiamento do SNS (7.525 M€) é inferior em termos absolutos à de 2006;
- Nos processos de contratualização anuais, a demonstra-

ção de resultados previsionais do conjunto das EPE que tem sido contratualizada nos últimos anos tem previsto resultados líquidos negativos. Ou seja, o Estado, enquanto comprador de serviços, em sede de contratualização com as EPE, reconhece a insuficiência de proveitos;

- Não tem sido possível assegurar os processos de planeamento estratégico das EPE por força de vários constrangimentos, nomeadamente: a dilatação do processo de contratualização, as alterações ao cenário macroeconómico com reflexos ao nível das decisões políticas com impacto na gestão das EPE (plano de estabilidade e crescimento e revisões subsequentes), e a falta de maturidade no desenvolvimento do planeamento estratégico evidenciado por algumas EPE;
- Na opinião da ACSS, o modelo de financiamento hospitalar implementado em 2003 está técnica e economicamente obsoleto, dado que se baseia em técnicas de *clustering* estatisticamente desactualizadas e resulta em grupos de hospitais para

efeitos de financiamento que pouca adesão têm ao seu nível actual de eficiência ou outras características tecnológicas;

- Um estudo de 2010, solicitado pela tutela através da ACSS à Universidade Católica Portuguesa, com o objectivo de avaliar os efeitos da empresarialização nas áreas da produção, qualidade, custos, resultados económicos e eficiência em geral (por comparação com o estatuto SPA), concluiu que, no respeitante às duas primeiras dimensões, o impacto da empresarialização não foi, de modo geral, estatisticamente significativo, e que no tocante às três últimas o impacto não foi, de modo geral, positivo;
- O volume total de dívida do SNS previsto para o final de 2011 superava os 3.000 M€, o que representava 41% da dotação inicial afectada ao SNS no OE de 2012. Caso não sejam implementadas as medidas necessárias os défices

solução



podem mesmo aumentar. A actividade do SNS, para ser financeiramente sustentável, não pode gerar défices sucessivos e/ou tendenciais, o que significa que tem de se conter dentro do financiamento disponível e alocado, em termos orçamentais, às entidades do SNS. É esta mudança de paradigma que preconizamos. Uma mudança que só acontecerá quando as competências dos enfermeiros forem efectivamente majoradas e maximizadas em prol de ganhos em saúde para os cidadãos.

Além desta dimensão económico-financeira, analisemos igualmente alguns dados constantes do mais recente relatório sobre acessibilidade aos serviços do SNS (Ministério da Saúde, Maio de 2011):

- Em 294 unidades de saúde familiar exerciam funções 2.058 médicos e 2.083 enfermeiros. Nesse mesmo período estavam aprovadas 121 unidades de cuidados continuados de um total de 270 candidaturas. Isto é notório da discriminação a que os cuidados de enfermagem são votados em Portugal, bem como da total incompreensão da natureza destes;
- O cálculo de acessibilidade em termos da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é feito em camas/100.000 habitantes \geq 65 anos de idade, quando devia ser por nível de dependência (ao nível do denominador);
- O resultado do indicador de utilização média nas consultas de saúde infantil, de saúde materna e planeamento familiar – nos cuidados de saúde primários (CSP) – indicam a necessidade de

maior atenção por parte das entidades prestadoras de cuidados (o que se conseguirá através de uma aposta efectiva nas competências dos enfermeiros especialistas nestes domínios);

- As consultas de especialidade hospitalar que apresentam um tempo máximo de resposta garantida abaixo dos 75% são: anestesiologia-dor; angiologia/cirurgia vascular; cirurgia plástica reconstrutiva; dermatovenereologia; endocrinologia-nutrição; estomatologia; gastroenterologia; genética médica; ginecologia; imuno-hemoterapia; neuropediatria; oftalmologia; ortopedia; otorrinolaringologia; reumatologia e urologia. No entanto, os cidadãos que as procuram continuam a necessitar de cuidados de enfermagem em função das limitações que o seu estado de saúde implica, havendo sérias dúvidas que essas necessidades sejam supridas pelo serviço público enquanto não têm acesso aos tratamentos consequentes à consulta hospitalar.

Após uma breve análise destes dados somos levados a considerar que o planeamento e a gestão em Saúde em Portugal têm sido desastrosos e que os responsáveis pelo estado actual do Sistema continuam impunes e muitas das vezes a manter-se em funções. Se assim não fosse, como se explica a evolução do sistema até à insustentabilidade actual?

Consideramos urgente e por um imperativo ético, proceder a algumas mudanças estruturais e processuais no actual sistema de Saúde (com especial ênfase para o SNS) e que o Governo propõe, como, por exemplo:

- Concluir os trabalhos do Plano Nacional de Saúde 2011-2016 como pilar fundamental da reforma do sistema de Saúde, orientado para a qualidade clínica, a prevenção e a promoção de estilos de vida saudáveis, a fim de se obter mais ganhos em saúde da população;
- Transferir, de forma gradual, alguns cuidados actualmente prestados em meio hospitalar para estruturas de proximidade ao nível da RNCCI e dos CSP ou mediante convenções;
- Aproveitar e desenvolver os meios já existentes para instituir uma rede de cuidados paliativos de âmbito nacional;
- Garantir estruturas e mecanismos de acreditação em saúde com vista à certificação e ao reconhecimento público do nível de qualidade atingida nos serviços prestadores de cuidados de saúde;
- Actualizar o modelo de financiamento hospitalar garantindo que os respectivos grupos de financiamento e correspondentes preços permitam maior eficiência;
- Promover uma melhor articulação entre os sectores público, privado e social através do prosseguimento da aposta no desenvolvimento das tecnologias de informação em saúde;
- Criar programas de mobilidade dos recursos humanos que promovam a transferência de recursos entre instituições do SNS e fomentem a capacidade de contratação de profissionais para geografias mais periféricas;
- Insistir na redução dos tempos médios de espera para consultas de especialidade e cirurgias;

- Intensificar e promover a cirurgia ambulatória;
- Incluir Portugal como destino para tratamento de doenças crónicas.

Foi tendo por base o cenário descrito em primeiro lugar e as perspectivas de futuro que o programa do actual Governo permite adivinhar, que elencamos os seguintes eixos políticos, considerados como estruturantes para a Enfermagem Portuguesa:

- A sustentabilidade financeira do SNS, com enfoque nas políticas referentes aos recursos humanos, tecnologias de informação e comunicação e de inovação terapêutica;





- O acesso, a qualidade, a segurança e a proximidade nos cuidados de saúde.

Os enfermeiros devem fazer parte de uma solução que vise garantir a acessibilidade, a equidade e a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, nomeadamente através de:

- Garantia de respostas integradas de qualidade e seguras, sem aumento dos custos. Tal conseguir-se-á pela melhoria da organização e gestão das unidades, adaptando as respostas em saúde às necessidades dos utentes em vez de se criarem necessidades que visam dar resposta a dinâmicas com génese no próprio sistema de saúde;
- Elaboração de políticas de médio e longo prazo que suportem um efectivo planeamento em função dos resultados esperados, orientados para os ganhos em saúde;
- Rentabilização e maximização das competências científicas e técnicas dos enfermeiros. Neste quadro, existem dois domínios onde a intervenção dos enfermeiros se revela prioritária:
 - Gestão da situação das pessoas portadoras de doenças crónicas;
 - Prescrição por enfermeiros, seja no processo da gestão e adesão terapêutica seja no respeitante a dispositivos de suporte técnico.

É preciso mudar o paradigma de prestação de cuidados de Saúde, se queremos que o Serviço Nacional de Saúde seja sustentável. O sistema tem que deixar de se ocupar apenas do “*corpo que cada um tem*” para passar a olhar o cidadão também em função do “*corpo que cada um é*”.

Papel do Enfermeiro Chefe

Filipa Gramacho
Enfermeira Chefe, Serviço Hospital de Dia de Doenças Infecciosas

Autores

Helena Bernardes
Enfermeira Chefe, Serviço de Internamento de Doenças Infecciosas, HSM

Joana Gramacho
Enfermeira Chefe, Unidade de Técnicas de Pneumologia, IPO Lisboa

A Enfermagem tem vindo, ao longo dos tempos, a delinear um percurso de crescimento, actualmente reconhecido por toda a comunidade científica e pela sociedade civil. O enfermeiro desempenha, nos dias de hoje, um papel elementar numa rede de cuidados, que se pretende de excelência. O cuidar da pessoa em situação de doença, envolvendo familiares e pessoas significativas, transmite à pessoa cuidada um profissionalismo orientado para a excelência dos cuidados. Os enfermeiros, enquanto membros de uma equipa multidisciplinar, enfrentam desafios diários, os quais muitas vezes implicam mudanças. Este trabalho em equipa constitui um desafio, que necessita de uma liderança eficaz no sentido da qualidade. O Enfermeiro Chefe desempenha, neste contexto, um importante papel enquanto elemento que motiva e orienta a equipa num determinado sentido e caminho, constituindo-se o líder por excelência deste grupo de profissionais, que juntamente com os Assistentes Operacionais, constituem a equipa de trabalho. Desse modo, este líder constrói o compromisso diário,

partindo de simples acções, gerando progresso e impulso na equipa. As suas atitudes são mais importantes do que as palavras e devem ser coerentes, sendo a comunicação, neste âmbito, uma competência fundamental. Podemos então afirmar que liderar é ter competências na área do relacionamento interpessoal, que permite ao líder motivar a equipa a trabalhar entusiasticamente, visando atingir objectivos comuns, inspirando confiança, segurança e crescimento. É neste contexto que nós encaramos o papel do Enfermeiro Chefe, ao estabelecer influência positiva junto da equipa, incentivando pessoas a serem o melhor que elas podem ser e a desenvolver todo seu potencial.

No entanto, estamos cientes que nem todos os Enfermeiros Chefes são líderes à partida. Para o ser, terão de já ter desenvolvido ou desenvolverem no quotidiano, competências essenciais de liderança, por forma a conquistar a equipa, obtendo deste modo a cooperação desta através de um relacionamento no qual os enfermeiros estejam receptivos ao diálogo e à diversidade de opiniões, levando ao

sucesso das propostas estabelecidas. Para obter bons resultados, o Enfermeiro Chefe deve conquistar o respeito da equipa, tornando-se num exemplo para os demais, quer através das suas atitudes, quer através dos seus conhecimentos. Deverá assim, constituir um elemento de referência a nível da profissão, nas suas diferentes aéreas, técnica, científica e jurídica. Neste sentido, consideramos que saber ouvir e comunicar são das competências mais importantes que um líder pode apresentar.

Tendo como intuito final a excelência e a melhoria dos cuidados, o Enfermeiro Chefe torna-se num elemento fundamental, que através das suas competências de trabalho de equipa, transmite uma maior coerência entre valores e conhecimentos sobre gestão, no sentido de uma liderança positiva, forte, segura, responsável e aberta a discussões construtivas a fim de melhorar o desempenho da própria equipa, através do positivismo, assim como do crescimento individual e colectivo. A capacidade de identificação e compreensão dos problemas, encontrando forma de os solucionar de maneira correcta e

segura, juntamente com a valorização da participação de cada um dos elementos para a construção de um todo, favorece a interactividade da equipa, tornando possível o crescimento de todos.

As relações de poder alertam-nos para a necessidade de rever a nossa postura enquanto líderes no processo de relação com os liderados. Na nossa opinião, a escolha do modelo de liderança adoptado depende directamente da equipa que vamos liderar e do meio envolvente.

Neste sentido, afirmamos que o comportamento dos membros do grupo fornece-nos pertinentes indicações de actuação, assim como nos permite verificar e analisar as expectativas da equipa de enfermagem sobre o Enfermeiro Chefe, donde consideramos a interacção com os liderados de grande importância. Salientamos que atender às

na Equipa Multidisciplinar



expectativas da equipa, muitas vezes, constitui um passo fundamental para posteriormente alcançarmos os resultados desejados pela organização e ir ao encontro da motivação intrínseca de cada elemento, aumentando e melhorando a produtividade individual e do grupo. Nesta etapa, e mais uma vez, a comunicação constitui-se num elemento de suma importância no processo de liderança. Torna-se num recurso fundamental, pois é através deste que o líder transmitirá as suas ideias, sendo que a maneira como se transmite a mensagem, interferirá 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 e auto-realização. Uma das facetas centrais da comunicação é a forma e a

estratégia adoptadas para a transmissão de informações, mas também a capacidade de integrar no processo decisivo, todos os elementos da equipa. Assim, torna-se fundamental compartilhar objectivos, decisões, delegar responsabilidades e delinear resultados que definam com clareza as metas a atingir. O Enfermeiro Chefe, enquanto líder, tem de garantir que os elementos da equipa entendem a importância de construir um plano de trabalho em conjunto, assim como a estratégia a adoptar, transmitindo a sua própria vontade em aprimorar as relações interpessoais e a escuta activa, responsabilizando-se toda a equipa pelos próprios sucessos, fracassos e tomadas de decisão.

Um dos papéis fundamentais do Enfermeiro Chefe numa Organização Hospitalar, muitas vezes centra-se na mudança. Após uma pesquisa, confirmamos o que muitas vezes sentimos, a mudança no ser humano adulto, nem sempre é linear, esbarrando por vezes com obstáculos, facilmente identificáveis, ou não. Uma estratégia que enquanto líderes encontramos, interliga-se com a imaginação e criatividade, onde desafiamos o estabelecido, sem receio de enfrentar o desconhecido por forma a inovar e melhorar.

Muitas vezes, esta postura leva-nos a acreditar que o sonho é possível, confiamos na sua concretização, acreditando que o sonho ou a visão constituem a força que inventa o futuro. Pretendemos desta forma ver mais além, expandindo os limites das circunstâncias adversas e das estatísticas, permanecendo firme diante dos obstáculos, chamados de impossibilidades, restrições e

dificuldades. Saliemamos a importância, no entanto, de manter a realidade como pano de fundo desta abordagem.

Igualmente importante é a forma como se transmitem estes desafios à equipa, valorizando conquistas, resultados e o trabalho em equipa. É importante estabelecer um relacionamento fundamentado na credibilidade e na confiança. Há que estimular a perseverança dos membros da equipa no caminho da excelência dos cuidados, competindo ao Enfermeiro Chefe mostrar às pessoas que elas podem chegar à vitória, alcançar os objectivos traçados, se não desistirem perante os obstáculos. O encorajamento é a relação que os líderes estabelecem entre o reconhecimento, a recompensa, o esforço e o desempenho da equipa. Desafios em que acreditamos ser capazes de melhoria são muito mais facilmente ultrapassáveis.

Enquanto líder de uma equipa, o papel do Enfermeiro Chefe vai para além da gestão de recursos humanos. Neste sentido, afirmamos que compete ao Enfermeiro Chefe proporcionar as condições ideais de trabalho, para que a equipa possa oferecer cuidados de excelência à pessoa e família em situação de doença.

Neste sentido, o papel do Enfermeiro Chefe torna-se tão abrangente que podemos afirmar que inclui áreas tão díspares como a gestão de conflitos e a gestão de materiais. Abrangendo estas áreas tão desiguais, acreditamos que só olhando para o seu papel como um todo, o podemos per-

ceber na sua plenitude. Ser Enfermeiro Chefe é deter a capacidade de se afastar do quadro para admirar a pintura num todo, e não a singularidade de cada pincelada.

No que concerne à gestão de materiais, cada vez mais a imensa panóplia informática disponível nas organizações hospitalares vem oferecer respostas mais ou menos ime-



diatas às questões de pedidos de material necessário, assim como aos múltiplos pedidos de arranjo que se tornam fundamentais ao correcto funcionamento dos serviços no seu

dia-a-dia. Permite, desta forma, ao Enfermeiro Chefe uma ideia globalizada dos materiais mais solicitados, das suas quantidades, e por inerência dos custos associados, facto que numa

equidade na tomada de decisões, resolvendo desta forma os conflitos existentes. Ao ser encarado enquanto desafio, olhamos para um conflito com abertura de espírito adequada a uma aprendizagem, onde todos os elementos envolvidos no projecto comum de excelência dos cuidados têm oportunidade de crescer.

Numa organização tão abrangente como uma organização de saúde, o Enfermeiro

garantindo que a informação chega ao seu destino, de uma forma correcta, motivadora e eficaz. É também um elo fundamental entre diversas comissões hospitalares e a equipa, como sendo a Comissão de Controlo de Infecção e a Saúde Ocupacional, realçando deste modo uma preocupação premente com a equipa e o cliente como um todo.

Neste contexto podemos concluir, afirmando que o papel do Enfermeiro Chefe é, na nossa opinião, construído pela própria Enfermagem, tendo como pano de fundo toda uma estrutura organizacional da organização hospitalar. A nossa pretensão para um futuro que desejamos próximo, é que todos os Enfermeiros Chefes do país detenham um espaço estratégico e de referência na equipa multidisciplinar, sendo deste modo facilmente identificados pela sua liderança, trabalho em equipa e valorização dos diferentes saberes.

Para tal acreditamos que o Enfermeiro Chefe deverá estar em sintonia com a realidade, que sofre constantes e aceleradas mudanças, encarando o desafio de assumir o seu papel de agente transformador, tornando-se um líder moderno, aliando o poder da comunicação ao da liderança.

Entendemos ser este um tema complexo que implica uma permanente pesquisa, fundamentando a prática de enfermeiros comprometidos com a qualidade de sua actuação. No entanto, as pesquisas efectuadas, aliadas a toda uma experiência prática, convencem-nos de que é impossível dissociar a comunicação do processo de liderança eficaz, bem como do reflexo destes aspectos nos cuidados de excelência.

conjectura actual da sociedade económica, não poderão ser deixados no esquecimento.

Áreas como a gestão de conflitos, também presentes no dia a dia nas organizações hospitalares, devem ser encaradas como um desafio e não um problema. No entanto, mesmo através do olhar do desafio, é algo que, quando diário, se torna exaustivo, levando muitas vezes a própria equipa ao desequilíbrio. Encarando o Enfermeiro Chefe como um mediador do conflito, este serve de elo de comunicação entre os diversos elementos da equipa multidisciplinar praticando a

Chefe detém ainda um outro papel igualmente fundamental, o de elo de ligação entre o topo e a base da hierarquia hospitalar, querendo com isto mencionar a Direcção de Enfermagem, o Conselho de Administração e os Enfermeiros prestadores de cuidados. Uma decisão, um louvor, uma necessidade de mudança, e toda a informação que a Direcção queira fazer chegar aos seus elementos, o Enfermeiro Chefe poderá sempre servir como elo entre os mesmos, não invalidando a comunicação directa, apenas



Estudo de Investigação em Contexto Hospitalar

A Influência do Empenhamento dos Enfermeiros nas Estratégias

Daniela Maria do Nascimento Santos

Autor

Enfermeira Graduada no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE. Mestre em Gestão dos Serviços de Saúde, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

RESUMO

Actualmente, as instituições hospitalares sofrem um conjunto de alterações estruturais, processuais e políticas bem como a profissão e a carreira de enfermagem. Estas transformações conjuntas interferem no comportamento organizacional dos enfermeiros. O estudo pretende analisar a influência do empenhamento organizacional e profissional dos enfermeiros na adopção de estratégias de resolução de conflitos com a organização de saúde. A investigação quantitativa e exploratória desenvolvida através de questionário reúne uma amostra de 118 enfermeiros dos Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos de hospitais de Lisboa e Porto. As três escalas aplicadas agrupando um total de nove subescalas pretendem avaliar (1) o empenhamento organizacional afectivo, normativo e instrumental; (2) o interesse, desafio e relevância da profissão; (3) as estratégias de resolução de conflitos integrativas, construtivas e competitivas. As hipóteses formuladas no estudo foram analisadas através de medidas de associação linear e de regressão linear múltipla.

Os resultados apontam moderado empenhamento afectivo e instrumental e fraco empenhamento normativo dos enfermeiros relativamente à organização. A profissão de enfermagem revela-se interessante e desafiante para os profissionais embora seja sentida pouca relevância no contexto pessoal e social. Contudo, os enfermeiros demonstram maior empenho profissional do que organizacional. Em situações conflituais com a organização hospitalar os enfermeiros tendem a adoptar estratégias de resolução de conflitos integrativas quando empenhados afectivamente e as estratégias construtivas são determinantes quando os profissionais sentem os desafios da enfermagem. Menos frequentes são as estratégias competitivas não se evidenciando a influência de qualquer uma das duas formas de empenhamento.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem; Empenhamento Organizacional; Empenhamento Profissional; Estratégias de Gestão de Conflito.

INTRODUÇÃO/OBJECTIVOS/ REVISÃO DA LITERATURA

As organizações de saúde embora se distingam pela sua complexidade e características específicas de outras organizações, são similares na gestão do comportamento organizacional dos pro-

fissionais. De algumas décadas a esta parte, diversos autores dedicaram-se ao estudo de variáveis comportamentais como o Empenhamento Organizacional (e.g., Mowday, Porter e Steers, 1979; O'Reilly e Chatman, 1986; Allen e Meyer, 1990), o Em-



Organizacional e Profissional de Resolução de Conflito



três são evidenciadas na literatura como factores importantes para o sucesso e competitividade das organizações.

Mowday *et al.* ⁽¹⁾ denominam o empenhamento organizacional como o nível de intensidade da identificação de um indivíduo e o envolvimento em relação a uma organização particular, enquanto para O'Reilly e Chatman ⁽²⁾ o empenhamento é definido como o laço psicológico que estabelece uma ligação do trabalhador à organização, ao qual Allen e Meyer ⁽³⁾ acrescentam que essa ligação psicológica tem efeitos sobre a sua decisão de continuar a permanecer ou não, na mesma organização. Meyer e Allen concebem três componentes deste constructo que designaram como: afectiva (permanecer na organização por desejo), normativa (permanecer na organização por obrigação) e instrumental ou calculativa (permanecer na organização por necessidade). A componente afectiva de empenhamento pode ser projectada por sentimentos como a lealdade, o afecto, a pertença,

o prazer, a protecção ⁽⁴⁾, a componente instrumental pelos os sacrifícios pessoais envolvidos no abandono da organização e as oportunidades de emprego limitado ⁽⁵⁾ e a componente normativa por uma obrigação moral ⁽⁶⁾. No modelo tridimensional de Allen e Meyer o empenhamento afectivo é o que parece ter consequências mais desejáveis para o comportamento organizacional.

Diversos estudos empíricos demonstram a importância do empenhamento organizacional. Os colaboradores mais empenhados com a organização tendem a desenvolver melhor desempenho, maior investimento profissional, mais comportamentos de cidadania organizacional e menos resistência à mudança ⁽⁷⁾. Especificamente, na classe profissional de enfermagem, a satisfação com a função é a razão mais apontada como determinante do empenhamento organizacional ⁽⁸⁾.

Por outro lado, o empenhamento da organização com os trabalhadores e a percepção dos trabalhadores nesse empenhamento, manifestada pela frequência, intensidade e sinceridade de elogios e incentivos

positivos é um factor influenciador do empenhamento organizacional ⁽⁹⁾. Para Eisenberger *et al.* (1990), os trabalhadores que sentem o empenhamento da organização, tendem a desenvolver um laço emocional positivo em relação à organização.

Em contexto de trabalho, o empenhamento profissional tem sido um fenómeno menos explorado, quer a nível teórico quer empírico, quando comparado com o empenhamento organizacional, registando visibilidade apenas a partir da década de 1980; o conceito profissional torna-se confuso e ambíguo com os conceitos de carreira e ocupacional. Na opinião de Meyer *et al.* (1993) e Irving *et al.* (1997), o constructo empenhamento profissional é constituído pelas mesmas três dimensões do empenhamento organizacional, a afectiva, instrumental e normativa, mas em que a profissão é o cerne do constructo. O empenhamento profissional afectivo eleva-se quando o envolvimento na profissão é uma experiência gratificante, o que se traduz em oportunidades para exercer um trabalho de que se gosta e que permita o desenvolvimento de com-

petências profissionais ⁽¹⁰⁾. Os mesmos autores apontam as características pessoais, as características estruturais, as características do trabalho e as experiências de trabalho, como antecedentes do empenhamento profissional afectivo. O *locus* de controlo e a satisfação no trabalho são antecedentes que se relacionam com o empenhamento profissional afectivo, de forma positiva ⁽¹¹⁾. Como antecedentes positivos do empenhamento profissional instrumental, os investigadores referem o envolvimento e satisfação na função e o apoio organizacional percebido ⁽¹⁰⁾, o *locus* de controlo e a intenção de *turnover* ⁽¹¹⁾. O empenhamento profissional normativo acresce como resultado da internalização das pressões normativas em prosseguir um curso de acção e o receber benefícios que criem um sentido de obrigação em retribuir como exemplo, ser elemento de uma família com profissão particular ou receber ajuda financeira para progredir na carreira ⁽¹⁰⁾. O empenhamento profissional normativo tem antecedentes comuns ao empenhamento profissional instrumental ⁽¹⁰⁾. O empenhamento profissional tem maior relevância nas consequências do empenhamento profissional do que no empenhamento organizacional, em virtude dos trabalhadores poderem criar, influenciar e atingir as suas expectativas profissionais, mais do que as expectativas organizacionais ⁽¹²⁾. Desta forma, o empenhamento profissional parece ser o determinante mais importante e mais forte quando comparado com o empenhamento organizacional ⁽¹³⁾. Mas a conjugação equilibrada entre o empenhamento organizacional e o

empenhamento profissional é o ideal para se obter maiores níveis de desempenho e satisfação no trabalho ⁽¹⁴⁾. No que concerne ao conflito organizacional, este é um fenómeno inerente às pessoas e consequentemente inevitável na vida organizacional do indivíduo e das organizações. A complexidade das organizações e a gestão dos seus processos organizacionais são potenciais geradores de conflito ⁽¹⁵⁾. O conflito organizacional surge na envolvimento de duas ou mais pessoas que trabalham conjuntamente na mesma organização, com valores, crenças, objectivos ou interesses diferentes ⁽¹⁶⁾. As estratégias de gestão de conflitos são reacções individuais à consciencialização da existência de ideias, opiniões ou objectivos diferentes entre as partes envolvidas ^(15, 17). Na gestão de conflitos, os investigadores defensores do modelo contemporâneo salientam a importância de identificar as causas do conflito, de definir estratégias para a sua resolução e defendem as vantagens da existência de um determinado nível de conflito, coexistindo uma gestão do fenómeno, funcional e eficaz ⁽¹⁸⁾. O recurso a estratégias de gestão de conflitos adequadas à situação conflitual estimulam a inovação e criatividade, elevam o desempenho e promovem a qualidade das decisões ⁽¹⁹⁾, devendo por isso ser estimulado ⁽²⁰⁾. O modelo contemporâneo de Thomas (1976) assenta nas di-

mensões 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/integração (assertividade e cooperação), (3)

evitamento (não assertividade e não cooperação), (4) acomodação (não assertividade e cooperação) e (5) compromisso (equilíbrio entre assertividade e cooperação) ⁽²¹⁾. Na resolução de conflitos, o evitamento é o estilo menos utilizado, a competição gera baixos níveis de eficácia e a colaboração é a estratégia mais frequente ⁽¹⁹⁾ já que produz resultados para ambas as partes envolvidas, favorecendo a troca de ideias, a partilha de opiniões, o diálogo aberto e sincero e a aprendizagem con-



junta, resultando em soluções de elevada qualidade ⁽²²⁾. Não existe um estilo definido pelos investigadores que seja amplamente eficaz. Numa situação conflitual, uma estratégia pode mostrar-se eficaz, noutra situação pode tornar-se altamente ineficaz, sendo necessário adequar a melhor estratégia para a sua eficácia ser elevada ⁽¹⁹⁾. Cada estilo apresenta vantagens e desvantagens que devem ser tomadas em conta na escolha da melhor estratégia a adoptar, sendo para isso importante identificar as causas do conflito. O conflito organizacional deve existir, num determinado nível óptimo que corresponde a uma elevada performance de trabalho, gerando mudança e desenvolvimento organizacional, sendo este o desafio dos gestores ⁽¹⁹⁾. O modelo teórico construído neste estudo pretende analisar se o empenhamento organizacional e o empenhamento profissional dos enfermeiros são determinantes nas suas estratégias de resolução de conflitos organizacionais, tendo sido elaboradas as seguintes hipóteses de investigação:

H1 - Os enfermeiros são mais empenhados afectivamente com a organização do que empenhados a nível normativo e instrumental.

H2 - Existe uma associação positiva entre o empenhamento organizacional dos enfermeiros e o seu empenhamento na profissão.

H3 - O empenhamento organizacional dos enfermeiros é um factor explicativo das estratégias de resolução de conflitos.

H4 - O empenhamento profissional dos enfermeiros é um determinante das estratégias de resolução de conflitos com a organização.

H5 - Existem características sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros que influenciam a adopção das diferentes estratégias de resolução de conflitos. Das variáveis sociodemográficas e profissionais que caracterizam a amostra, foram definidas como variáveis independentes de controlo a idade, sexo, região do país, antiguidade, tempo de profissão, tipo de vínculo à instituição e exercício profissional em simultâneo noutra organização de saúde. O empenhamento organizacional e profissional são variáveis independentes e as estratégias de gestão de conflito figuram no modelo como variáveis dependentes.

MATERIAL E MÉTODOS

Com o objectivo de estudar o comportamento organizacional da classe de enfermagem, o trabalho de investigação foi realizado em quatro hospitais centrais do país, localizados em

Lisboa e no Porto, devido à sua complexidade organizacional, e especificamente no Serviço de Urgência (SU) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), serviços altamente dinâmicos. A escolha destes locais reúne um conjunto de características importantes que interferem nas relações organizacionais. O processo de amostragem incluiu um método aleatório simples e conveniência, culminando a amostra em 118 enfermeiros. Dos 133 questionários que foram distribuídos pelos oito serviços hospitalares, foram recolhidos 119 tendo um sido eliminado.

O questionário foi o instrumento de colheita de dados, incorporando três constructos e a caracterização sociodemográfica. O constructo Empenhamento Organizacional foi avaliado pelo modelo adaptado de Allen e Meyer (1997), "**Organizational Commitment**

Questionnaire" (OCQ), por José Luís Nascimento, permitindo medir três dimensões o **Empenhamento Afectivo**, **Empenhamento Normativo** e **Empenhamento Instrumental** (escala tipo Likert de 7 pontos). A avaliação do constructo Empenhamento Profissional foi efectuada pela "**Attitudinal Commitment Scale**" (ACS), adaptada de Jones (2000) pela investigadora, sendo o modelo original de Langford (1979). A escala (tipo Likert de 5 pontos) propõe medir as dimensões *Entusiasmo*, *Satisfação*, *Interesse*, *Desafio*, *Recompensa*, *Relevância da Enfermagem como profissão* e *Identificação com o papel de Enfermeira(o)*. E para avaliar o constructo Estilo de Resolução de Conflitos foi utilizado o questionário "**Estratégias para a Resolução do Conflito**" (ERC) referenciado por Jesuino (2003) adaptado de Thomas (1976). Neste instrumento (escala tipo

Quadro I – Média e Desvio Padrão das variáveis do empenhamento organizacional, empenhamento profissional e estratégias de gestão de conflitos

Empenhamento Organizacional	Média ¹	Desvio Padrão
Empenhamento Afectivo	4,10	1,43
Empenhamento Normativo	3,13	1,18
Empenhamento Instrumental	3,88	1,08
Empenhamento Profissional		
Interesse da Profissão	3,98	0,59
Relevância da Profissão	2,91	0,90
Desafio da Profissão	3,96	0,76
Estratégias de Gestão de Conflito		
Estratégias Integrativas	3,71	0,54
Estratégias Construtivas	3,73	0,59
Estratégias Competitivas	2,82	0,66

¹ Valor médio de acordo com a Escala de Likert para cada variável, sendo de 1 a 7 para o empenhamento organizacional e de 1 a 5 para o empenhamento profissional e estratégias de gestão de conflitos

Likert de 5 pontos) o autor propõe avaliar 5 dimensões: *Colaboração*; *Compromisso*; *Competição*; *Acomodação* e *Evitamento*.

Antes da aplicação dos questionários foi realizado o Pré-Teste. O instrumento do colheita de dados foi entregue e recolhido pessoalmente.

Para avaliar a consistência interna das escalas de cada dimensão foi utilizado o Coeficiente de Alpha de Cronbach. No OCQ, o Empenhamento Afectivo apresentou uma boa consistência interna, Coeficiente de Alpha de Cronbach de .842, uma consistência interna razoável, de .760 para o Empenhamento Normativo e para o Empenhamento Calculativo, valor de .693.

O questionário ACS, originalmente em inglês americano, foi submetido a tradução para português pelo método *translate – translate back* e submetido a Análise Factorial Exploratória das Componentes Principais (AFECPC) com Rotação Varimax.

O teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett, permitiram verificar uma boa relação entre as variáveis, respectivamente .896 e 1094,6 com um nível de significância de 0.000. Foram extraídas três componentes principais e designadas: “**Interesse**” – importância e prazer da profissão de enfermagem para o enfermeiro; “**Relevância da Enfermagem como profissão**” – apreciação e pertinência da enfermagem, numa perspectiva pessoal e social e “**Desafio**”, que pretende traduzir o quanto a enfermagem é aliciante e estimulante para o enfermeiro. As três escalas obtidas apresentaram uma razoável consistência interna sendo o Coeficiente de Alpha de Cronbach para o Interesse de .787, para a Relevância .816 e para o Desafio .766.

A escala ERC, nas suas dimensões, apresentou uma consistência interna baixa, pelo que se realizou também a AFECPC com Rotação Varimax. As variáveis

apresentaram uma média relação entre si, demonstrado pelo KMO de .743 e teste de esfericidade de Bartlett de 1010,8 com um nível de significância de 0.000. Das componentes principais extraídas, foram apuradas três: “**Estratégias Integrativas**” – o enfermeiro tende a ser favorável para a resolução do conflito não o ignorando e reconhecendo-o, no entanto não intervem de forma de activa na resolução do mesmo, assumindo um comportamento na gestão do conflito mais pacífico; “**Estratégias Construtivas**” – comportamentos do enfermeiro que procuram satisfazer os interesses e objectivos próprios e da organização, pretendendo atingir uma solução para o conflito que seja favorável e beneficie tanto os enfermeiros com a instituição de saúde e “**Estratégias Competitivas**” – comportamentos mais persistentes, tentando o enfermeiro atingir apenas os seus objectivos, impondo a sua

solução e ignorando os interesses da organização. A fiabilidade das dimensões revelou-se boa para as Estratégias Integrativas com um coeficiente Alpha de Cronbach de .828 e razoável para as Estratégias Construtivas de .753 e Competitivas de .675. Na selecção das dimensões por AFECPC foi considerada a presença no mínimo de três itens, com saturações factoriais acima de .500, apenas em uma componente.

Para a obtenção dos resultados recorreu-se ao coeficiente de correlação de Pearson a fim de averiguar a associação linear entre as variáveis e ao modelo de regressão linear múltipla para analisar a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes e a variância com as variáveis de controlo.

RESULTADOS

Com uma taxa de adesão de 89,4%, a amostra do estudo foi constituída por 118 enfermeiros, sendo a sua distribui-

Quadro 2 – Correlações entre o empenhamento organizacional, empenhamento profissional e estratégias de gestão de conflitos

	Afectivo	Normativo	Instrumental	Interesse	Relevância	Desafio	Estratégias Integrativas	Estratégias Construtivas
Afectivo								
Normativo	,631(**)							
Instrumental	,185(*)	,346(**)						
Interesse	,427(**)	,355(**)	,165					
Relevância	,508(**)	,351(**)	,060	,455(**)				
Desafio	,307(**)	,224(*)	,043	,471(**)	,472(**)			
Estratégias Integrativas	,350(**)	,138	-,132	,223(*)	,229(*)	,157		
Estratégias Construtivas	,285(**)	,137	-,045	,236(*)	,100	,378(**)	,484(**)	
Estratégias Competitivas	-,130	,033	,084	-,042	-,025	-,061	-,040	-,038

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

ção entre Lisboa e Porto muito aproximada, 52,5% e 47,5% respectivamente. Nos serviços hospitalares, o SU destacou-se ligeiramente com 56,8% na amostra e os CI com 43,2%. Os inquiridos foram 78% do sexo feminino e 58,5% solteiros. As idades compreendiam-se entre os 23 e 50 anos, com média de 31,5 anos e desvio padrão de 7,6, moda de 25 anos e o 3º quartil 36 anos. A categoria profissional mais representativa foi enfermeiro generalista (61%) seguindo-se enfermeiro graduado (31,4%). A esmagadora maioria dos enfermeiros eram licenciados (87,3%), existindo ainda 9,3% com grau de bacharelato. O tempo de exercício profissional variou entre menos de um ano e 30 anos, tendo 60,2% até sete anos e 24,6% entre sete e 15 anos de profissão. Relativamente ao tipo de vínculo profissional, 45,8% dos enfermeiros encontrava-se no quadro e 33,1% a contrato sem termo. O estudo evidencia que o empenhamento organizacional dos enfermeiros a nível afectivo e instrumental é moderado ($\bar{x} = 4.10$ e $\bar{x} = 3.88$ respectivamente) enquanto a nível instrumental é fraco ($\bar{x} = 3.13$). A enfermagem revela-se para os enfermeiros como uma profissão de interesse e desafio moderado/alto ($\bar{x} = 3.98$ e $\bar{x} = 3.96$), no entanto a sua relevância como profissão é fraca/moderada ($\bar{x} = 2.91$). Os enfermeiros adoptam moderadamente estratégias de resolução de conflitos integrativas e construtivas ($\bar{x} = 3.71$ e $\bar{x} = 3.73$), enquanto que as estratégias competitivas são fracamente visíveis ($\bar{x} = 3.71$) no comportamento dos profissionais (ver Quadro 1). No quadro 2 podemos obser-

var as correlações existentes entre as diversas dimensões das três variáveis em estudo. Explorando inicialmente as correlações entre as dimensões de cada uma das variáveis, verifica-se que a dimensão afectiva apresenta uma correlação positiva moderada com o empenhamento normativo ($r = .631$) e muita fraca com o empenhamento instrumental ($r = .185$), sendo no entanto estatisticamente significativa para $p < 0.01$ e $p < 0.05$, respectivamente. A relação entre o empenhamento

normativo e o empenhamento instrumental é positiva e fraca ($r = .346$ para $p < 0.01$). Já o empenhamento profissional apresenta uma correlação moderada positiva entre as três variáveis, interesse, relevância e desafio com coeficiente de r Pearson compreendido entre .455 e .472 para $p < 0.01$. Nas estratégias de resolução de conflito apenas as estratégias construtivas se correlacionam positivamente e de forma moderada com as estratégias integrativas ($r = .484$ para $p < 0.01$).

Os resultados sugerem, numa segunda análise, que os profissionais denotam maior empenhamento afectivo quando sentem interesse e relevância pela enfermagem ($r = .427$ e $r = .508$, respectivamente com $p < 0.01$) e mais discretamente quando sentem o desafio da profissão ($r = .307$ com $p < 0.01$). De forma similar mas com menor intensidade de associação, os enfermeiros são mais empenhados por obrigação com a organização quando sentem o interesse, relevância

Quadro 3 – Regressão linear entre o empenhamento organizacional, empenhamento profissional e estratégias de resolução de conflito integrativas

Estratégias Integrativas			
Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Controlo			
Idade	-,342	-,366	-,449
Sexo	-,108	-,091	-,103
Região do país	,018	,081	,133
Tipo de vínculo	,090	,112	,100
Tempo de profissão	,550	,459	,476
Antiguidade	,047	-,009	,074
Exercício noutra instituição	-,104	-,133	-,123
Empenhamento Organizacional			
Afectivo		,373**	,287*
Normativo		,026	-,006
Instrumental		-,206	-,220*
Empenhamento Profissional			
Interesse			,151
Relevância			,115
Desafio			-,032
R ⁽²⁾	,132	,261	,289
ΔR ⁽²⁾		,129	,028
F	2,171*	3,427**	2,936**
ΔF		5,650**	1,223

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

e o desafio da enfermagem ($r=.355$ e $r=.351$ com $p<0.01$, e $r=.224$ com $p<0.05$, respectivamente). A necessidade dos enfermeiros permanecerem na organização não se associa com o empenhamento profissional. Os enfermeiros tendem a adoptar estratégias de gestão de conflitos integrativas quando estabelecem uma relação afectiva com a organização ($r=.350$ com $p<0.01$) e sentem discretamente a intensidade e relevância da enfermagem ($r=.223$ e $r=.229$ para $p<0.05$).

Existe uma inclinação para recorrer às estratégias construtivas quando os enfermeiros sentem mais intensamente os desafios da enfermagem ($r=.378$ com $p<0.01$) e menos o seu interesse e desejo de permanecer na organização ($r=.236$ com $p<0.05$ e $r=.285$ com $p<0.01$). As estratégias competitivas não se relacionam com o empenhamento organizacional ou profissional. O estudo aponta que o empenhamento afectivo dos enfermeiros influencia a presença de

estratégias integrativas para a resolução do conflito ($B=.373$, $p<0.01$, associação linear positiva significativa) e que os enfermeiros com menor empenhamento instrumental ($B=-.220$, $p<0.05$, associação linear negativa significativa) também tendem a adoptar o mesmo tipo de estratégias. Nenhuma variável sociodemográfica isoladamente, nem o empenhamento profissional influenciam a tomada de estratégias integrativas por parte dos enfermeiros em situação conflitual (ver Quadro 3).

Relativamente às estratégias de resolução de conflitos construtivas, estas são adoptadas pelos enfermeiros quando sentem a enfermagem como uma profissão desafiante ($B=.413$, $p<0.01$) e se encontram empenhados afectivamente à organização ($B=.289$, $p<0.05$). Da mesma forma, os enfermeiros que consideram a enfermagem pouco relevante ($B=-.293$, $p<0.05$) perante um conflito organizacional desenvolvem estratégias de resolução construtivas (ver Quadro 4). As estratégias de resolução de conflitos competitivas não são influenciadas nem pelo empenhamento organizacional nem profissional (ver Quadro 5). No que concerne às variáveis sociodemográficas, e como podemos analisar nos quadros 3, 4 e 5, embora possam contribuir para a variância das estratégias de resolução de conflitos integrativas ($R^{(2)}=.132$, $F=2.171$ para $p<0.05$) construtivas ($R^{(2)}=.052$) e competitivas ($R^{(2)}=.033$), não traduzem isoladamente significado estatístico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

A superioridade do empenhamento profissional sobre o organizacional é afirmada por alguns autores^(23,24) e os resultados deste estudo são coincidentes, revelando que o empenhamento organizacional nos enfermeiros inquiridos é moderado a fraco enquanto o empenhamento profissional é alto a moderado. Na causa desta situação poderá estar o maior envolvimento nas funções, o desafio das mesmas e a importância da carreira⁽²⁵⁾ ou mesmo o facto dos trabalhadores poderem criar, influenciar e atingir as suas expectativas profissionais, o que não conseguem numa perspectiva organizacional⁽²⁶⁾.

Quadro 4 – Regressão linear entre empenhamento organizacional, empenhamento profissional e estratégias de resolução de conflito construtivas

Estratégias Construtivas			
Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Controlo			
Idade	,139	,098	,070
Sexo	-,038	-,031	,018
Região do país	-,042	-,002	-,077
Tipo de vínculo	-,060	-,043	-,053
Tempo de profissão	,035	-,015	-,046
Antiguidade	,065	,038	,194
Exercício noutra instituição	-,009	-,021	-,043
Empenhamento Organizacional			
Afectivo		,289*	,219
Normativo		,028	,059
Instrumental		-,110	-,069
Empenhamento Profissional			
Interesse			,059
Relevância			-,293*
Desafio			,413**
$R^{(2)}$,052	,130	,272
$\Delta R^{(2)}$,078	,142
F	,766	1,414	2,644**
ΔF		2,824*	6,000**

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

De acordo com Meyer e Allen ⁽²⁷⁾, os resultados apontam que os enfermeiros demonstram desejo e necessidade moderada de permanecer na organização e uma fraca obrigação de nela permanecerem, o que não permite confirmar HI e contraria os estudos de outros autores que realçam a ligação afectiva dos trabalhadores à organização em relação às outras dimensões ⁽²⁸⁻³⁰⁾. Os enfermeiros parecem exibir um confronto de sentimentos, entre uma moderada ligação emocional à organização transmitida por afecto, prazer e pertença ⁽²⁾ e a necessidade de manter o emprego na mesma organização por falta de alternativas de trabalho noutras instituições, por os benefícios de sair para outras organizações não compensarem a sua saída ou por elevado custo de sacrifício pessoal ⁽³⁾. Acrescem, nos profissionais neste confronto, sentimentos de pouca lealdade e partilha de responsabilidade ⁽³⁾, assim como fraco dever de envolvimento ou sacrifício para com a missão, no atingir dos objectivos e respeito ou aceitação das políticas da instituição para a qual exercem funções ⁽⁶⁾. Neste confronto de sentimentos entre o desejo e a necessidade dos enfermeiros de permanecerem na organização, poderá estar por um lado a percepção de que os objectivos organizacionais são modestamente congruentes com os objectivos pessoais, que o respeito e apoio da organização aos profissionais é moderado, que a organização se esforça em prol da responsabilidade social e poderá existir um reconhecimento parcial da identidade dos enfermeiros com a instituição ⁽²⁸⁾. Por outro lado, os enfermeiros parecem sentir-se insatisfeitos com a organização, podendo

contribuir para esse sentimento o insuficiente respeito e apoio da instituição, as escassas oportunidades de crescimento profissional sem possibilidade de desenvolvimento do potencial dos enfermeiros ⁽²⁸⁾. Para além do mais, os enfermeiros aparentam reconhecer com algum vigor que abandonando a instituição perdem todo o investimento efectuado na organização onde trabalham e que a alternativa de mudar para outra organização é escassa ⁽²⁸⁾. Contrariamente, o empenhamento profissional dos enfer-

meiros é moderado/alto. Os enfermeiros inquiridos sentem que a enfermagem é uma profissão muito interessante, consideram-na muito importante, necessária à sua satisfação e realização pessoal/ profissional, pela qual sentem muito gosto e prazer, não a rejeitando por outra profissão ⁽³¹⁾. Os inquiridos sentem a enfermagem como muito desafiante, caracterizando-a como aliciante e estimulante, e detentora de inúmeros desafios com um papel valioso no mundo do trabalho ⁽³¹⁾. Por outro lado, os enfermeiros pa-

recem ter uma percepção pessoal e social da relevância da enfermagem moderadamente fraca, manifestada pelo respeito, dignidade, recompensa e imagem social da profissão ⁽³¹⁾. O elevado interesse e desafio da enfermagem percebido pelos enfermeiros poderá advir da identificação dos profissionais com os valores e objectivos da enfermagem, da vontade e desejo de exercer a profissão, da intenção de esforço pela mesma ⁽³²⁾, da possibilidade de desenvolvimento de competências ⁽¹⁰⁾, do desenvol-

Quadro 5 – Regressão linear entre o empenhamento organizacional, empenhamento profissional e estratégias de resolução de conflito competitivas

Estratégias Competitivas			
Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Controlo			
Idade	,043	,049	,049
Sexo	,041	,041	,031
Região do país	,018	-,019	,012
Tipo de vínculo	,454	,014	,016
Tempo de profissão	-,611	-,545	-,544
Antiguidade	-,006	,471	,455
Exercício noutra instituição	,069	,090	,100
Empenhamento Organizacional			
Afectivo		-,262	-,261
Normativo		,197	,187
Instrumental		,051	,045
Empenhamento Profissional			
Interesse			-,022
Relevância			,093
Desafio			-,075
R ⁽²⁾	,033	,068	,075
ΔR ⁽²⁾		,035	,007
F	,494	,725	,597
ΔF		1,255	,228

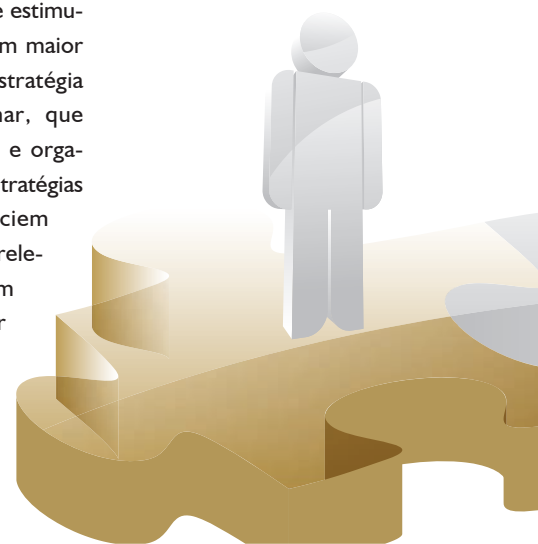
vimento de tarefas complexas e desafiantes, da autonomia e responsabilidade das funções, da perspectiva de desenvolvimento da profissão no âmbito da formação, gestão e investigação ⁽³³⁾. Enquanto a relevância pessoal sentida pelos enfermeiros inquiridos pode estar relacionada com a própria desvalorização do seu papel como elemento social cujo trabalho não é atribuído valor, a relevância social poder ser devida ao carácter de invisibilidade associado à profissão em virtude dos enfermeiros ainda não terem afirmado os seus efeitos socioeconómicos no trabalho ⁽³³⁾. A falta de reconhecimento sentida pelos enfermeiros poderá por em causa a imagem social percebida, o que não significa a verdadeira relevância social da profissão de enfermagem ⁽³³⁾.

Destaca-se, no estudo, a associação moderada entre o empenhamento afectivo e o interesse, relevância e desafio da enfermagem. Os resultados podem ter fundamento na percepção dos enfermeiros de que os objectivos e valores da enfermagem tendem a ser congruentes com os objectivos e valores organizacionais, bem como a proximidade entre a identificação profissional e a organizacional e os papéis profissionais e organizacionais. O desejo dos enfermeiros permanecerem na organização poderá estar relacionado com a vontade e sacrifício de exercerem a enfermagem na actual instituição. O moderado apoio e reconhecimento da organização pelos enfermeiros poderá ser percebido como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento profissional, através do investimento nas suas funções e formação especializada no

âmbito da enfermagem. Possivelmente, os factores anteriormente referidos conjuntamente com a possível participação nas decisões dos processos organizacionais inerentes à enfermagem lançam desafios aliciantes aos enfermeiros, tornando a sua profissão mais interessante e importante. O respeito pela profissão, as recompensas e a imagem social são os factores que se associam mais marcadamente com o desejo de permanecer na organização. Tal significa que se a organização reconhecer e recompensar os enfermeiros, demonstrando a sua importância no contexto organizacional e evidenciando esse facto socialmente, os enfermeiros estabeleceram uma elevada ligação afectiva à organização. Por outro lado, os sentimentos de responsabilidade, lealdade e obrigação para com a organização, mesmo sendo fracos, encontram-se no estudo relacionados com a importância, desafio e relevância da enfermagem. É possível que boas experiências de socialização organizacional sejam vividas pelos enfermeiros, no contexto do seu trabalho, elevando o interesse pela profissão, o desafio das suas funções e a apreciação pela enfermagem. O estudo não permite aceitar H2, o empenhamento instrumental não se associa com nenhuma dimensão do empenhamento profissional. As hipóteses 3 e 4 testam a influência do empenhamento organizacional e profissional na adopção das estratégias de gestão de conflitos, indiciando os resultados que não é possível rejeitar H3 e H4, pois verificou-se a existência de determinantes para as estratégias de gestão de conflitos integrativas e construtivas, embora não se tenham encontrado antecedentes para

as estratégias competitivas. Os preditores das estratégias integrativas são o empenhamento instrumental e com maior destaque o empenhamento afectivo. Tal resultado conclui que as estratégias integrativas são determinadas quando os enfermeiros são mais empenhados afectivamente com a organização. A capacidade preditiva estabelecida pelo empenhamento instrumental sobre as estratégias integrativas é inversa, ou seja, as estratégias integrativas são geradas quanto menor for o empenhamento instrumental. Embora se verifique uma fraca associação com o interesse e relevância da enfermagem, o empenhamento profissional não constitui antecedente das estratégias integrativas. As estratégias construtivas tal como se associam com o empenhamento afectivo, também são explicadas pela dimensão afectiva que constitui antecedente do estilo de gestão de conflitos. No entanto, salienta-se o desafio do empenhamento profissional como o factor mais determinante na relação causal, em que o desafio da enfermagem gera nos enfermeiros a adopção de estratégias de gestão de conflitos construtivas e como se encontram associados quanto mais aliciante e estimulante for a enfermagem maior a inclinação para a estratégia do tipo ganhar-ganhar, que beneficia enfermeiros e organização. Embora as estratégias construtivas se associem com o interesse, é a relevância da enfermagem que constitui factor explicativo, mas de forma inversa. Assim, os resultados concluem que a fraca apreciação e pertinência sentida

pela enfermagem é geradora de estratégias construtivas, o que de facto é compreensível. Face às estratégias competitivas, independentemente do nível do empenhamento afectivo, normativo e instrumental dos enfermeiros, bem como o seu interesse, desafio e relevância sentidos pela profissão, estes não constituem factores preditores para solucionar os conflitos com a organização de forma competitiva. Embora tivesse sido expectável no estudo que indivíduos com elevado empenhamento instrumental pudessem adoptar estratégias de competição como forma de verem os seus objectivos e interesses concretizados já que não teriam a possibilidade de mudar de emprego por falta de alternativas ou não ser compensatório, isso não se verifica. Do mesmo modo, relativamente ao interesse, desafio e relevância da profissão, foi expectável que constituíssem antecedentes das estratégias competitivas. Tal como as estratégias competitivas não têm associação com as dimensões do empenhamento organizacional e profissional, também não se verifica a capacidade preditiva das duas formas de empenhamento. Tal facto, po-



derá estar associado a factores de personalidade, cultura de equipa ou organizacional, valores profissionais.

Por fim rejeita-se H5 porque os resultados não reconhecem nenhuma das variáveis sociodemográficas e profissionais dos enfermeiros como determinantes das estratégias de gestão de conflitos construtivas, integrativas ou competitivas. Apesar de, no seu conjunto e especialmente nas estratégias integrativas, todas as variáveis contribuírem para a variância, esta não é significativa. Embora o sexo possa inferir na escolha das estratégias para solucionar os conflitos e tendencialmente estratégias

de compromisso, em virtude de as mulheres socialmente serem mais harmoniosas⁽³⁴⁾, tal facto não se comprova neste estudo, especialmente quando a amostra do grupo é maioritariamente constituída por enfermeiras. A idade, o tempo de exercício profissional e a antiguidade no serviço relacionam-se fracamente com os conflitos organizacionais. Porém, no estudo não se verificou a influência dessas variáveis na forma dos enfermeiros resolverem os seus conflitos organizacionais, bem como a região do país.

Na sequência do modelo teórico desenvolvido, que parece ser inovador em Portugal, os resultados permitem apontar mais dois novos antecedentes do conflito organizacional. O empenhamento organizacional na sua dimensão afectiva e ins-

trumental e o empenhamento profissional na vertente do desafio e relevância constituem-se como factores preditores das estratégias de resolução de conflitos integrativas e construtivas. Assim, espera-se que este estudo possa contribuir para uma profunda reflexão da importância do comportamento organizacional nas três áreas focadas visando o aperfeiçoamento das políticas de gestão de recursos humanos hospitalares. Para concluir, as organizações de saúde devem promover intervenções que aumentem a ligação afectiva dos enfermeiros à organização, bem como o reforço do interesse e desafio sentido pela classe de enfermagem. Porém, a grande mudança deve ser inerente à relevância da enfermagem, com intervenção das organizações de

saúde mas também das outras organizações de enfermagem e profissionais para melhorar e enaltecer a imagem social da profissão. As organizações de saúde, para além de promoverem as duas formas de empenhamento, devem igualmente desenvolver estratégias de resolução de conflitos mais construtivas e benéficas, não só para a organização mas também visando a satisfação dos colaboradores, pois como diz Serrano (2001), a mudança é o motor do progresso, mas na sua causa está inevitavelmente o conflito.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Mowday, R.; Porter, L. & Steers, R. (1979). The measurement of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 14, 224-247.
- 2 - O'Reilly C. & Chatman, J. (1986). Organizational commitment and psychological attachment: the effects of compliance, identification and internalization on prosocial behavior. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 492-499.
- 3 - Allen, N. & Meyer, J. (1996). Affective, continuance, and normative commitment to the organization: an examination of construct validity. *Journal of Vocational Behavior*, 49, 252-276.
- 4 - Jaros, S., Jermier, J., Koehler, J. & Sincich, T. (1993). Effects of continuance, affective, and moral commitment on the withdrawal process: an evaluation of eight structural equation models. *Academy of Management Journal*, 36 (5), 951-995.
- 5 - McGee, G. & Ford, R. (1987). Two (or more) dimensions of organizational commitment: reexamination of the affective and continuance commitment scales. *Journal of Applied Psychology*, 72, 638-642.
- 6 - Wiener, Y. (1982). Commitment in organizations: a normative view. *Academy of Management Review*, 7, 418-428.
- 7 - Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. e Cardoso, C. (2004). Manual de comportamento organizacional e gestão. Lisboa: Editora RH.
- 8 - McNeese-Smith, D. (2001). A nursing shortage: building organiza-



Sites

Sugestões



Ordem dos Enfermeiros

www.ordemenfermeiros.pt

“O novo site pretende aprofundar o espaço de partilha entre a Ordem dos Enfermeiros, os seus membros e a sociedade em geral que os sites anteriores promoveram desde 2001. Pretende-se que este espaço seja uma via privilegiada para dar a conhecer a Ordem e as suas actividades, bem como facilitar o acesso, por parte dos membros e do público em geral, a informação pertinente sobre Enfermagem e saúde.”



Associação Portuguesa de Enfermeiros

www.apenfermeiros.com

“A Associação Portuguesa de Enfermeiros é uma organização de âmbito Nacional que tem por finalidade: defender os valores sociais, culturais, éticos, técnicos e humanos da profissão de enfermagem, visando participar na melhoria dos cuidados de enfermagem aos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – a todos os clientes independentemente da raça, religião, cor, opinião política ou condição socioeconómica.”

tional commitment among nurses. *Journal of Healthcare Management*, 46 (3), 173-186.

9 - Eisenberger, R., Fasolo, P. & Davis-LaMastro, V. (1990). Perceived organizational support and employee diligence, commitment, and innovation. *Journal of Applied Psychology*, 75 (1), 51-59.

10 - Meyer, J., Allen, N. & Smith, C. (1993). Commitment to organizations and occupations: Extension and test of a three component conceptualisation. *Journal of Applied Psychology*, 78 (4), 538-551.

11 - Irving, G., Coleman, D. & Cooper, C. (1997). Further assessments of a three-component model of occupational commitment: generability and differences across occupations. *Journal of Applied Psychology*, 82 (3), 444-452.

12 - Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: a comparison of three models. *Human Relations*, 53 (3), 387-417.

13 - Randall, D., Fedor, D. & Longenecker, C. (1990). The behavioral expression of organizational commitment. *Journal of Vocational Behavior*, 36, 210-224.

14 - Baugh, S. & Roberts, R. (1994). Professional and organizational commitment among engineers: conflicting or complementing? *IEEE Transactions on Engineering Management*, 41, 108-114.

15 - Deutsch, M. (2003). Cooperation and Conflict: a personal perspective on the history of the social psychology study of conflict resolution. In M. West, D. Tjosvold e K. Smith (Eds.), *International Handbook of Organizational Teamwork and Cooperative Working*. Chichester: John Wiley e Sons, Ltd.

16 - Jameson, J. (1999). Toward a comprehensive model for the assessment and management of intraorganizational conflict: developing the framework. *International Journal of Conflict Management*, 3 (10), 268-294.

17 - - Pruitt, D. & Rubin, J. (1986). *Social conflict: escalation, stalemate and settlement*. New York: Random House.

18 - Thomas, K. (1992). Conflict and negotiation processes in Organizations. In *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

19 - Rahim, M. (2003). *Rahim Organizational Conflict Inventories* – Experimental Edition. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

20 - Robbins, S. (2002). *Comprometimento Organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.

21 - Thomas, K. (1976). Conflict and Conflict Management. In M. Dunnette (Ed.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Chicago: RandMcNally.

22 - Cunha, M., Rego, A., Cunha, R. e Cardoso, C. (2004). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. Lisboa: Editora RH.

23 - Aranya, N. & Ferris, K (1983). Organizational - Professional conflict among U.S. and Israeli professional accountants. *Journal of Social Psychology*, 119, 153-161.

24 - Wallace, J. (1993). Professional and organizational commitment: compatible or incompatible?. *Journal of Vocational Behavior*, 42, 333-349.

25 - Randall, D. & O'Driscoll, M. (1997). Affective versus calculative commitment: human resource implications. *The Journal of Social Psychology*, 137 (5), 606-617.

26 - Cohen, A. (2000). The relationship between commitment forms and work outcomes: a comparison of three models. *Human Relations*, 53 (3), 387-417.

27 - Allen, N. & Meyer, J. (1990). The measurement and antecedents of affective, continuance and normative commitment to the organization. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 1-18.

28 - Meyer, J. & Allen, N. (1997). *Commitment in the workplace*. London: Sage Publications.

29 - Rego, A., Cunha, M. e Souto, S. (2005). Espiritualidade nas organizações e empenhamento organizacional: Um estudo empírico. *Working Papers in Management G6/05*, Universidade de Aveiro.

30 - Frederico, M. (2007). *Empenhamento Organizacional de profissionais de saúde em hospitais com diferentes modelos de gestão*. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, 2, 6-13.

31 - Jones, J. (2000). *The Impact of Hospital Mergers on Organizational Culture, Organizational Commitment, Professional Commitment, Job Satisfaction, and Intent to Turnover on registered Professional Nurses on Medical-Surgical Hospital Units*. Tese de Doutoramento em Filosofia, State University of New York at Buffalo.

32 - Morrow, P. & Wirth, R. (1989). Work commitment among salaried professionals. *Journal of Vocational Behavior*, 34, 40-56.

33 - Collière, M (1999). *Promover a Vida – Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

34 - Valentine, P. (2001). A gender perspective on conflict management strategies of nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 33 (1), 69-74.

■ Um quarto da despesa em saúde já é paga pelos doentes

“OCDE alerta para a necessidade de estudar o impacto a longo prazo das políticas de saúde.

Quando falamos em gastos com a saúde, sobretudo em cortes de custos, é preciso analisar qual o impacto das medidas políticas a médio e longo prazo. “Que consequências terão as medidas de incentivo ao uso de genéricos no futuro? Os preços baixarão? Até que ponto a redução de profissionais de saúde que está a acontecer nos países da OCDE afectará os cuidados de saúde prestados aos doentes?”.

As perguntas foram colocadas por Divya Srivastava, economista da

OCDE, e são dúvidas que se impõem numa altura em que a despesa em saúde cresce a um ritmo duas vezes superior à criação de riqueza dos países. “Uma grande percentagem da economia está a ser canalizada para gastos com saúde”, afirmou Divya Srivastava. Por isso, “temos de compreender como é que esse dinheiro está a ser gasto e recolher dados para compreender o que está a acontecer com a despesa”, diz a economista. [...]”

Fonte: *Económico*, 29 de Janeiro de 2012

■ Ministro garante renovação de contratos a enfermeiros

“O ministro da Saúde garantiu neste sábado que nenhum enfermeiro dos centros de saúde será despedido e que os contratos já foram renovados, mas o bastonário da ordem afirmou que a situação ainda não está completamente resolvida.

Em declarações aos jornalistas,

à saída da cerimónia de tomada de posse dos novos órgãos dirigentes da Ordem dos Enfermeiros, Paulo Macedo disse que nenhum enfermeiro contratado a prestar serviços nos cuidados de saúde primários será despedido e garantiu que os contratos já foram renovados.

O bastonário da Ordem dos Enfermeiros agora empossado, por seu lado, afirmou que o ministro tem estado a fazer um esforço para conseguir resolver a situação, mas garantiu que o problema ainda não está resolvido, principalmente na zona norte do país.

De acordo com Germano Couto, há “uma situação de grande precariedade” nos centros de saúde, mas disse desconhecer ao certo quantos serão os enfermeiros que correm o risco de perder o seu emprego. [...]”

Fonte: *Público*,

28 de Janeiro de 2012

■ Prescrição electrónica de medicamentos aumentou 30%

“A prescrição de medicamentos por via electrónica aumentou globalmente cerca de 30% em 2011, e já representa a quase totalidade de receitas no sector público, mas foi a medicina privada que teve maior crescimento, rondando os 50%.

Os dados constam de um relatório do Ministério da Saúde, datado de 24 de Janeiro, sobre a “Monitorização da Prescrição de Medicamentos de Ambulatório” entre Fevereiro e Novembro de 2011, a que a agência Lusa teve acesso. [...]”

Fonte: *Público*, 30 de Janeiro de 2012

■ Fraude e corrupção na Saúde chega aos 500 milhões de euros

“A PJ vai incrementar as investigações preventivas aos casos de fraude e corrupção à volta de médicos e técnicos do Serviço

Nacional de Saúde. Em Portugal, a fraude no sector pode valer quase 500 milhões de euros, de acordo com estimativas do

ministro da tutela. [...]”

Fonte: *Jornal de Notícias*,

26 de Janeiro de 2012

■ Dez enfermeiros por dia estão a sair do país

“O novo bastonário da Ordem dos Enfermeiros denunciou, esta quarta-feira, que mais de 1.700 enfermeiros emigraram no ano passado e que só nas primeiras três semanas deste ano 200 destes profissionais solicitaram declarações para sair do país.

Segundo o bastonário, estão inscritos na Ordem 64.500 enfermeiros, embora alguns não estejam a exercer, seja por estarem no

estrangeiro ou em fase de aposentação. Mas o que mais preocupa o responsável é a “enorme vaga de emigração” de enfermeiros, o que se verifica pelo número de declarações de habilitações solicitadas à ordem para efeitos de emigração e que revelam que no ano anterior emigraram cinco enfermeiros por dia.”

Fonte: *Jornal de Notícias*, 8 de Fevereiro de 2012

Qual o caminho para a

Miguel Sousa Neves

Médico e Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde

Autor

No passado dia 1 de Fevereiro o Ministro da Saúde anunciou no Parlamento que solicitou uma Auditoria aos dez maiores hospitais portugueses. Informou também que os três mil milhões de dívida poderiam pôr em risco o fornecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao afectar postos de trabalho em empresas fornecedoras do SNS e toda a cadeia de valor da saúde.

O actual Ministro da Saúde é um gestor de excepção que veio para a Saúde num pressuposto de missão porque tinha uma excelente carreira completamente fora do âmbito da saúde e imaginaria com certeza que iria fazer parte de um governo estabelecido no pior cenário económico desde 1974. Sem qualquer experiência neste sector tão específico e de vital importância para a sociedade portuguesa, o Ministro foi escolhido para colocar alguma ordem nas contas caóticas do SNS.

Durante muito tempo se pensou que o orçamento para a Saúde seria inesgotável e que haveria sempre uma verba extra para colmatar um buraco aqui ou ali. Muitos dirigentes das

estruturas de saúde foram escolhidos única e exclusivamente com base no cartão partidário ou em simpatias políticas e/ou pessoais sem que se pensasse no currículo profissional que melhor se adaptaria a funções tão delicadas. Os próprios profissionais de saúde também, na maioria dos casos, não tinham a noção dos custos na área de diagnóstico e tratamento que iam prescrevendo assim como foram sempre olhando para as últimas tecnologias e medicamentos inovadores sem terem uma verdadeira noção do custo para o país. A própria população portuguesa, não sentindo no próprio bolso os custos da saúde que provinham directamente do Orçamento do Estado, estava convencida que para a Saúde haveria sempre dinheiro e que os cuidados a serem prestados tinham que estar à sua disposição logo ali ao virar da esquina. A partir do momento em que o país entrou em falência técnica pela dívida gigantesca que tem e por não ser capaz de se financiar nos mercados como habitualmente e teve que recorrer a um empréstimo excepcional com obrigações extremamente rigorosas, todos começámos a

sentir que iríamos empobrecer. Mais ainda, fomos apercebendo que estruturas tão vitais como a Saúde e Educação poderiam vir a ser afectadas de forma negativa.

O que nunca imaginámos é que o buraco financeiro na saúde e no país fosse de uma enormidade tal que poderia pôr em causa tudo o que foi sendo alcançado nas últimas décadas. O fecho tão contestado de algumas urgências há alguns anos atrás passou a ser olhado como uma gota na enormidade de acções que o actual Ministro terá que tomar para tentar evitar o descalabro generalizado nos cuidados de saúde.

A par de uma avaliação séria e rápida dos custos de financiamento de cada estrutura de saúde, especialmente das maiores e mais gastadoras, com o estabelecimento **rigoroso** de programas de reajustamento numa base realista de custo-benefício e custo-efectividade e de se conseguir um *plafond* financeiro mínimo que permita fazer pagamentos de curto prazo a fornecedores, será necessário reformular as equipas directivas de muitas instituições para afastar os incom-

petentes e escolher pessoas capazes, experientes no sector da saúde, com espírito de missão e que acreditem nos pressupostos do governo neste domínio.

O Governo e o Ministro da Saúde terão que saber explicar muito bem os cortes profundos



Saúde em Portugal?

e as mudanças radicais que irão operar no sector da Saúde.

E por fim, mais que tudo, terão que definir um rumo, um caminho, uma ideia geral, um projecto para a SAÚDE EM PORTUGAL. Enquanto se vão apagando fogos onde eles exis-

tem, vai ser preciso ter uma equipa a trabalhar num programa sério, honesto e realista que diga, primeiro que tudo, que tipo de saúde queremos, que tipo de apoios terão as populações e que financiamento será necessário para o caminho que se irá projectando.

As parceiras público-privadas serão de manter, incentivar ou pura e simplesmente eliminar logo que possível? Os valores que estão a ser pagos a essas empresas pelos actos médico-cirúrgicos terão que ser reajustados à realidade porque em muitos casos eles estão sobrevalorizados porque foram estabelecidos com base em históricos de desperdício e mau

funcionamento das instituições. O Plano Nacional de Saúde e os resultados das várias comissões que vão avaliando o funcionamento dos estabelecimentos hospitalares vão ser postos em prática sem restrições nem alterações de última hora?

A constituição de mais unidades de saúde familiar (USF) fará parte do programa de futuro? Que incentivos serão estabelecidos e que tipo de controlo nos resultados? Qual o tipo de salvaguardas para os casos mais complexos e potencialmente mais dispendiosos? Como incentivar USF em áreas mais pobres e desfavorecidas onde não há uma cultura de prevenção de saúde?

Que lugar para os profissionais de saúde, especialmente médicos, no seu local de trabalho e nos órgãos decisores das Instituições? Como cativar aqueles que trabalham para o SNS para que eles sintam que podem vestir a camisola do Serviço Nacional de Saúde num momento extremamente difícil para todos? Que incentivos para os que produzam com maior eficácia e eficiência? Será que teremos que reduzir cada vez mais o número de administradores/gestores que, não percebendo das

especificidades desta área tão sensível, abundam pelo SNS?

E o sector social que produz trabalho e resultados no sector da Saúde por um preço muito mais baixo do que aquilo que é pago no sector público vai continuar a ser menosprezado? Como poderemos aproveitar estes recursos que estão muito próximos das populações e que actuam em várias vertentes em simultâneo, todas elas essenciais ao bem-estar dos portugueses? Será dada oportunidade ao sector privado para alargar a sua área de influência numa base de sã e leal concorrência?

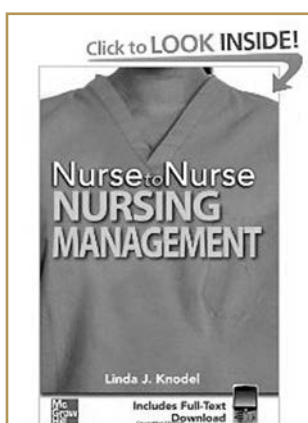
E, por último, será que poderemos caminhar de uma vez por todas e sem ambiguidades para uma situação de **livre escolha** em que o paciente poderá vir a escolher onde quer ser tratado? Neste caso, os portugueses assumirão a responsabilidade directa do seu destino na saúde e as instituições terão que se tornar ainda mais eficientes para poderem cativar o seu público. E enquanto os melhores serão beneficiados, os piores deixarão aos poucos de poder existir num sistema onde, até agora, é difícil poder distinguir o que é bom daquilo que não serve.



Editoras e Livros

Editora

Wook, Porto editora



Livro: Nurse To Nurse: Nursing Management

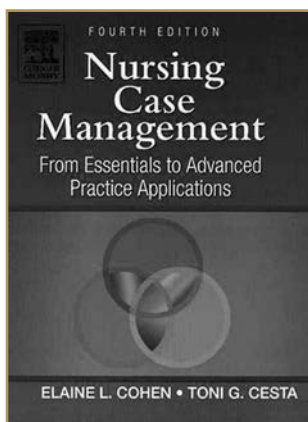
De: Linda Knodel

Edição/reimpressão: 2010

Sinopse

“Real-world solutions to nurse management issues

Unlike other books on the subject, *Nurse to Nurse: Nursing Management* goes beyond theory and academic discussion to provide real-world solutions to the management problems nurse managers face today. Written by a Chief Nursing Officer with two decades of hands-on experience, this portable, and user-friendly text includes real-life case studies and algorithms to assist the decision-making process.”



Livro: Nursing Case Management

De: Toni G. Cesta, Elaine Cohen

Edição/reimpressão: 2004

Sinopse

“Offers coverage of nursing case management - from theoretical background and historical perspective to practical applications. This book focuses on the implementation of various case management models used throughout the United States and abroad. It includes such topics as the impact of public policy on health care.”

Sites



Nursing World – American Nurses Association

www.nursingworld.org/FunctionalMenuCategories/AboutANA

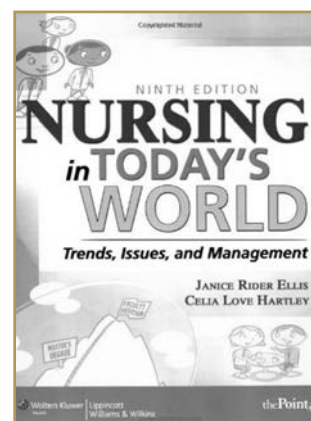
“The American Nurses Association (ANA) is the only full-service professional organization representing the interests of the nation’s 3.1 million registered nurses through its constituent member nurses associations and its organizational affiliates. The ANA advances the nursing profession by fostering high standards of nursing practice, promoting the rights of nurses in the workplace, projecting a positive and realistic view of nursing, and by lobbying the Congress and regulatory agencies on health care issues affecting nurses and the public.”

Livro: Nursing In Today'S World

De: Celia Love Hartley, Janice Rider Ellis
Edição/reimpressão: 2007

Sinopse

“Presents the concepts underlying professional nursing along with contemporary issues affecting the profession, including educational preparation, health care finance, legal responsibilities, and ethics/bioethics.”



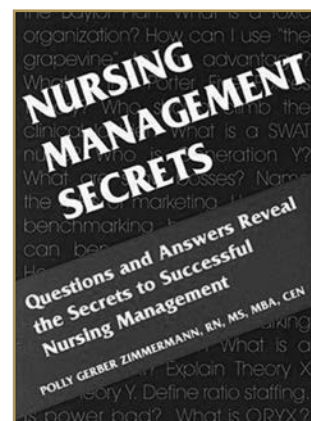
Livro: Nursing Management Secrets

De: Polly Gerber Zimmermann

Edição: 2002

Sinopse

“This overview of key areas that a nurse manager needs to know in order to manage effectively provides practical tips from the authors' experience and expertise. New ideas are presented for handling age-old problems as well as for dealing with emerging issues.”



Sugestões

Associação Nacional de Controlo de Infecção

www.anci.pt

“Em 15 de Março de 2007 foi fundada a Associação Nacional de Controlo de Infecção – ANCI que pretende ser uma associação de referência na abordagem das infecções relacionadas com os cuidados de saúde. Desejamos que o nosso desempenho seja fruto de uma conjugação entre os recursos disponíveis, em termos de informação clínica e recursos humanos e materiais, e com as melhores evidências científicas conhecidas, com uma actualização constante, contínua e com o compromisso da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Pretendemos que esta associação possa ser um meio para que todos os grupos profissionais ofereçam os seus conhecimentos para o enriquecimento das práticas de todos os que nos procurem. Só assim poderemos atingir os objectivos a que nos propomos.”



Fundação da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS)

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde (SPGS) foi criada por iniciativa de um grupo de médicos com formação específica em Gestão de Unidades de Saúde e que sentem que os médicos devem assumir um papel de liderança no processo de gestão da saúde em Portugal.

A Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde foi registada em cartório a 19 de Maio de 2004. A primeira Assembleia-Geral decorreu a 17 de Julho de 2004 no Auditório da Secção Regional Sul da Ordem dos Médicos (OM). Contou com a presença do senhor Bastonário e do senhor Presidente da Sec-

ção Regional da OM e teve o apoio expresso dos presidentes das Secções Regionais da Ordem e de 128 associados fundadores. Foi eleita uma lista por decisão unânime dessa Assembleia tendo como Presidente da Direcção o Dr. Miguel Sousa Neves, Presidente da Mesa da Assembleia-Geral o Professor Dr. Rui Moreno e Presidente do Conselho Fiscal o Professor Dr. João Westwood*.

A Direcção eleita teve como objectivo primário criar as condições necessárias para que a Associação pudesse desenvolver na plenitude o seu objectivo

primário que é **“ser um palco privilegiado de discussão de todos os assuntos que tenham a ver com a gestão da saúde em Portugal”**.

Em 2007, o Dr. Miguel Sousa Neves apresentou a sua demissão do cargo de Presidente da Direcção da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde para que um ambicioso projecto de autoria do Presidente da Assembleia-Geral fosse concretizado e que visava o alargamento da Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde ao Brasil.

Infelizmente e por motivos diversos, a Sociedade Portuguesa

de Gestão de Saúde ficou quase que inactiva e sem que fosse concretizado qualquer projecto. Por sentir que a Sociedade Portuguesa de Gestão de Saúde pode ser útil aos agentes que actuam na área da Saúde em Portugal, o Dr. Miguel Sousa Neves, com o apoio de alguns colegas, convocou uma Assembleia-Geral Extraordinária que decorreu no passado dia 6 de Março de 2011 onde foi reconduzida a Direcção existente em 2007.

* O Professor Dr. João Westwood veio a falecer subitamente, em 18 de Fevereiro de 2005.

A SPGS teve a sua constituição publicada em Diário da República de 19 de Agosto de 2004, série III.

SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde

Sede Provisória:
Avenida Cidade de Montgeron, 212
4490-402 Póvoa de Varzim
Email: info@spgsaude.pt
Fax: 252 688 939

Inscrição para Associado Efectivo*

Nome _____

Local/Locais de trabalho e cargos que desempenha _____

Endereço para contacto _____

Telefone/Telemóvel _____

E-mail _____

Observações _____

Assinatura _____

Data ____/____/____

* Quota anual de 50€

www.spgsaude.pt



SPGS
Sociedade Portuguesa
de Gestão de Saúde