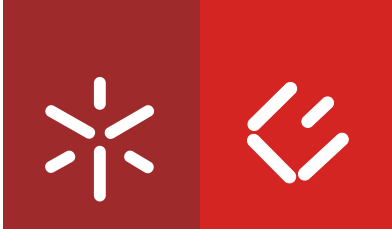


Universidade do Minho
Escola de Economia e Gestão

Maria José Soares Gonçalves Leão

**A influência da gestão hospitalar na
humanização dos cuidados de saúde:
A perspectiva dos profissionais de enfermagem**



Universidade do Minho

Escola de Economia e Gestão

Maria José Soares Gonçalves Leão

**A influência da gestão hospitalar na
humanização dos cuidados de saúde:
A perspectiva dos profissionais de enfermagem**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Administração Pública,
Área de Especialização em Gestão Pública

Trabalho realizado sob orientação da
Professora Doutora Isabel Maria Macedo

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA DISSERTAÇÃO.

Universidade do Minho, ____/____/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que me apoiaram durante esta longa viagem contribuindo para que chegasse a bom porto.

À minha orientadora Professora Doutora Isabel Maria Macedo, quero agradecer toda a disponibilidade que me dispensou ao longo de todas as etapas deste trabalho.

Aos meus filhos, Guilherme e Maria Inês, que estiveram privados da minha atenção e carinho durante esta jornada.

Ao Carlos pela compreensão e paciência.

Aos meus pais, por mais uma vez, me terem dado a força e o apoio incondicional, nesta etapa da minha vida.

Aos amigos, pela amizade e incentivo, com um agradecimento especial ao Pedro Silva.

A todos os entrevistados, um agradecimento profundo pela sua participação que tornou possível a realização deste estudo.

A INFLUENCIA DA GESTÃO HOSPITALAR NA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE: A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

RESUMO

Nos últimos anos o mundo e a sociedade sofreram grandes mudanças tanto humanas como tecnológicas e políticas. Com o surgimento do *New Public Management*, influenciado pelas teorias económicas neoliberais, os Estados, em geral, passaram a assumir um carácter mais regulador, abandonando gradualmente o papel intervencionista. Como consequência, funções chave, até então apenas assumidas pela Administração Pública, foram sendo entregues a organismos privados. Além disso, a adopção e implementação de ferramentas e plataformas de gestão privada pelos organismos público, foi então considerada a principal característica ligada ao *New Public Management*. A principal razão que justifica a expansão das orientações do *New Public Management* assenta no pressuposto da diminuição dos custos, no incremento da qualidade dos serviços prestados e na satisfação dos clientes.

A aplicação dos conceitos do *New Public Management* na área da saúde, em particular nos modelos de gestão, e a sua influência nos cuidados directos aos pacientes, tem gerado um amplo debate relativamente às reais vantagens da sua implementação. Neste estudo, pretende-se analisar e compreender o modo como as orientações decorrentes da gestão hospitalar influenciam a prestação dos cuidados de saúde, com particular ênfase na humanização dos cuidados.

Com este propósito, optou-se por um estudo de natureza qualitativa, no qual se efectuaram entrevistas a profissionais de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes do Centro Hospital de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE. A análise da informação recolhida nas entrevistas forneceu resultados relevantes. Assim, o presente estudo demonstrou que as práticas de gestão hospitalar, derivadas das orientações do NPM, resultaram em desafios no modo em como a prestação dos cuidados e na humanização. Em particular, estes resultados destacaram a Desmotivação, a Pressão crescente e a Sobrecarga de trabalho, como os principais obstáculos a vencer na prestação dos cuidados de saúde. Adicionalmente, o estudo releva o facto de que as práticas actuais de gestão, influenciadas pelos princípios do *New Public Management*, necessitam ser reformuladas para melhor conciliar os objectivos da gestão com a qualidade e humanização dos cuidados

THE INFLUENCE OF HOSPITAL MANAGEMENT IN THE HUMANIZATION OF HEALTH CARE: THE PERSPECTIVE OF NURSING

ABSTRACT

In recent years the world and society have undergone great changes at human, technological and political levels. With the upsurge of the New Public Management, mostly driven by liberal economic theories, the states, in general, assumed a more regulator character while gradually leaving behind its interventionist role. As a consequence, key functions previously undertaken only by public authorities were somehow transferred to private bodies. Moreover, the adoption and implementation of private management tools and frameworks by public bodies was therefore considered as a main feature linked to New Public Management. The main reason justifying the widespread of the NPM principles were based on the assumption that such managerial orientation would increase efficiency, cost reduction, increased quality of service and customer satisfaction.

Applying the concepts of NPM in health care, particularly in management models, and their influence on direct care to patients, has generated a wide debate regarding the real benefits of their implementation. This study seeks to examine the influence that the hospital managerial orientation exerts in the provision of health care, with particular emphasis in the humanization of providing care.

With this purpose in mind, a qualitative methodological approach was adopted by undertaking interviews to the nursing staff of Polyvalent Intensive Care Unit of the Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, EPE. The analysis of the information gathered from the interview process provided valuable and relevant findings. Thus, the present study demonstrated that the hospital managerial principles, derived from NPM orientation, have posed a number of challenges to the way health care is provided and to humanization. In particular, the findings of the study highlight demotivation, increased pressure and work overload as the main obstacles in the provision of healthcare. In addition, the study supports the view that current managerial practices, influenced by *New Public Management* principles, needs to be reframed in order to better conciliate managerial objectives with quality of care and humanization.

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Questões de partida e objectivo do estudo	4
1.2 Motivação para o estudo	5
1.3 Estrutura do documento	5
2. REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 Reforma da administração pública	7
2.2 Nova orientação na gestão pública	9
2.2.1 A Nova Gestão Pública no sector da saúde	11
2.2.2 A influência da Nova Gestão Pública na gestão dos recursos humanos	13
2.2.3 NPM e influência dos recursos humanos na saúde	15
2.2.4 NPM e implicações nos profissionais de enfermagem	16
2.2.5 O NPM e os Imperativos da qualidade - A especificidade da qualidade no sector público	19
2.3 Qualidade no contexto da saúde	23
2.3.1 O paciente: Centro da administração da qualidade	25
2.4 Qualidade na prestação de cuidados de enfermagem	26
2.4.1 Enfermagem	26
2.4.2 Qualidade dos cuidados de enfermagem	28
2.4.3 Enfermagem: A pessoa como centro	29
2.5 Humanização dos cuidados em saúde	30
2.5.1 Humanização dos cuidados de enfermagem	34
2.5.2 Constrangimentos actuais à humanização de cuidados	36
3. METODOLOGIA	39
3.1 A abordagem qualitativa: Considerações gerais	39
3.2 Dimensão exploratória do estudo	41
3.3 Caracterização da Amostra	42
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	45
4.1 Análise qualitativa	45
4.2 Estrutura da Informação	46
4.2.1 Desafios na prestação de cuidados	49
4.2.2 Características do enfermeiro	54
4.2.3 Mudanças provocadas pela NGP	55
4.2.4 Humanização	58
4.2.5 Condições necessárias para a humanização	60
4.2.6 Evolução da humanização	62
4.2.7 Contributos da gestão para a humanização	63

4.3	Análise dos resultados	66
4.3.1	Análise global das categorias	69
4.3.2	Análise por categoria	69
5.	CONCLUSÃO	87
5.1	Síntese dos resultados do estudo	87
5.2	Contributo do estudo	90
5.3	Limitações do estudo	91
5.4	Pistas para futura investigação	92
6.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

Anexos

ANEXO I – Autorização para a realização de entrevistas.....	104
ANEXO II – Guião de entrevistas.....	106

Índice de figuras

Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados por género.	43
Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por habilitação literária.	44
Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por experiência profissional anterior.	44
Gráfico 4 – Distribuição do total de citações pelas categorias.	69
Gráfico 5 – Distribuição das sub-categorias da categoria <i>Desafios na prestação de cuidados</i>	71
Gráfico 6 – Distribuição das sub-categorias específicas da <i>Informatização</i>	74
Gráfico 7 – Distribuição da <i>Escassez de recursos</i> associada aos <i>Desafios na prestação de cuidados</i>	74
Gráfico 8 – Distribuição das sub-categorias relativas à <i>Desmotivação</i> dos profissionais no contexto dos <i>Desafios na prestação de cuidados</i>	75
Gráfico 9 – Distribuição das sub-categorias da categoria <i>Características do enfermeiro</i>	77
Gráfico 10 – Distribuição das respostas pela categoria <i>Mudanças provocadas pela NPM</i>	78
Gráfico 11 – Distribuição das respostas pela categoria <i>Humanização dos cuidados</i>	79
Gráfico 12 – Distribuição das sub-categorias da categoria <i>Condições necessárias para a humanização</i>	81
Gráfico 13 – Distribuição da importância dos recursos disponíveis no contexto das <i>Condições necessárias para a humanização</i>	82

Gráfico 14 – Percepção da <i>Evolução da humanização</i> ao longo dos últimos anos.	83
Gráfico 15 – Distribuição das sub-categorias referidas no <i>Contributo da gestão para a humanização</i>	84

Índice de tabelas

Tabela 1: Guião das entrevistas realizadas.....	40
Tabela 2: Caracterização das categorias agregadoras dos itens abordados nas entrevistas.....	47
Tabela 3: Desagregação da categoria <i>Desafios na prestação de cuidados</i>	49
Tabela 4: Descrição das Características dos enfermeiros.....	54
Tabela 5: Descrição das mudanças provocadas pela Nova Gestão Pública.	56
Tabela 6: Descrição da humanização dos cuidados.....	58
Tabela 7: Condições necessárias para a humanização.....	61
Tabela 8: Evolução da humanização.	63
Tabela 9: Contributos da gestão para a humanização.....	64
Tabela 10: Tabela de frequências das categorias e sub-categorias.	66

Índice de siglas

CSV	"Comma Separated Values" - Formato standard de ficheiro
EPE	Entidade Publica Empresarial
NGP	Nova Gestão Pública
NPM	“New Public Management” = NGP
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico = OECD
REPE	Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
TIC	Tecnologias da Informação e Comunicação
TQM	Gestão da Qualidade Total
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes
WHO	“World Health Organization” – Organização Mundial de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos anos como resposta a pressões políticas, financeiras, sociais e tecnológicas a Administração Pública tem sido alvo de mudanças profundas. Estas mudanças surgiram na sequência de um conjunto de factores, dos quais se destacam a crise do Estado-Providência, a incapacidade dos modelos de gestão em concretizar objectivos de eficiência, a globalização e o crescente desenvolvimento das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) (Carapeto & Fonseca 2005:20). Este contexto propiciou à introdução de reformas na Administração Pública e a uma mudança no papel do Estado passando este a assumir um papel mais regulador em detrimento de um papel de prestador (Simões 2009:26). Assiste-se a uma crescente desintervenção do estado “em que o Estado deixa de ser produtor empresário de serviços públicos, os quais passam a ser dirigidos por empresas privadas ou por organizações não lucrativas” (Simões 2009: 226).

Para a prossecução destas reformas na década de 80 do século passado, os governos, um pouco por toda a Europa, passaram a adoptar uma abordagem gestionária influenciada por uma nova filosofia de gestão designada de *New Public Management* (NPM), Nova Gestão Pública em Português, a qual é a combinação de mecanismos de mercado e de ideias e técnicas de gestão do sector privado (Carapeto & Fonseca 2005:26). Segundo Hood (1991), esta abordagem é caracterizada pela profissionalização da gestão nas organizações públicas, pela explicitação de medidas de desempenho, pelo ênfase no controlo dos resultados e eficiência, pela fragmentação das grandes unidades administrativas, pela competição entre unidades administrativas, pela insistência em estilos e práticas de gestão privada, ênfase numa maior disciplina e parcimónia na utilização de recursos. Assiste-se deste modo, à introdução de uma lógica de mercado na Administração Pública com a conseqüente empresarialização do sector público que surge como forma de controlar a despesa pública e de equilibrar o orçamento. Neste sentido, a preocupação com o desempenho dá lugar a uma preocupação com os resultados.

Esta filosofia orientou uma serie de reformas na Administração Pública que por sua vez conduziram a mudanças nas suas organizações com o intuito de obtenção do aumento da eficiência, eficácia, qualidade e redução de custos de forma a atingir o objectivo de fazer mais com menos. O sector da saúde não ficou alheio a estas tendências, constatando-se em toda a

Europa uma pressão para a melhoria da governação na saúde, verificando-se em alguns países a privatização da gestão ou mesmo a privatização da propriedade. A aplicação de mecanismos tipo mercado nos sistemas públicos conduziu a uma crescente empresarialização da actividade (Busse & Saltman, 2002), a qual no sector público fomenta por seu lado uma nova cultura de gestão focalizada para a obtenção e medição dos resultados. Como consequência, foram adoptadas pelo governo medidas de contenção de gastos e a aplicação de mecanismos de melhoria da eficiência técnica no funcionamento dos serviços de saúde de forma a promover a eficiência económica num quadro de maior disciplina orçamental e de controlo da despesa pública (Simões 2009). Para atingir estes objectivos foram adoptados conceitos de gestão privada que englobam a descentralização, a definição de objectivos mensuráveis, a avaliação do desempenho e a responsabilização (Carvalho 2009:17).

Atendendo aos recursos financeiros que lhes são atribuídos, os hospitais são considerados a peça fundamental no sistema de saúde representando aproximadamente 50% do orçamento da saúde nos países da Europa Ocidental (Simões 2009). Pelo que têm vindo a ser promovidas novas medidas no âmbito da gestão hospitalar. Em Portugal, a partir do ano de 2002 assistiu-se à transformação de alguns hospitais em sociedades anónimas sendo posteriormente transformados em entidades públicas empresariais implementando-se uma nova cultura de gestão empresarial que fomenta a obtenção de melhores resultados no que se refere a eficiência e rentabilidade (Rego 2011:33). Neste contexto, ocorrem mudanças a nível organizacional que se traduzem pelo atendimento a um maior número de pacientes, os quais são “tratados” ao mesmo tempo utilizando a mesma quantidade de recursos, instalações, tecnologia e trabalho (Bolton 2002), ou seja, constata-se um aumento do volume de trabalho o que poderá colocar em causa a qualidade dos serviços prestados.

Estas mudanças ocorridas na Administração Pública promovem também a aproximação ao cidadão observando-se hoje em dia uma “ administração receptiva á cidadania” (Bilhim 2001), criando-se uma nova cultura organizacional na qual as organizações devem estar cada vez orientadas para a obtenção da satisfação dos clientes o que tornou os consumidores hoje em dia cada vez mais exigentes, pelo que “a aposta na qualidade, consequência da lógica de mercado será um imperativo na Administração Pública” (Rego 2011:26).

No contexto da saúde, o grupo profissional de enfermagem é considerado o mais representativo das instituições hospitalares, pelo que este estudo integra a perspectiva deste grupo profissional.

De facto, “a enfermagem constitui um grupo profissional fortemente visado com as alterações e reestruturações ocorridas nas instituições de saúde” (Carvalho 2009). Estes profissionais representam também o “ pessoal da linha da frente” uma vez que passam mais tempo junto do doente e os que têm uma relação mais privilegiada com os utentes devido á proximidade estabelecida durante o exercício profissional. Por sua vez os novos clientes esperam dos profissionais um conhecimento técnico e um atendimento humanizado (Vieira 2005). Por outro lado, um cuidado humanizado pressupõe cuidar de forma personalizada, pois cada ser humano é único pelo que não se aplicam tratamentos padronizados e como tal é necessário tempo, o qual se mostra cada vez mais reduzido. Isto leva os profissionais de enfermagem a depararem-se mediante um paradoxo; por um lado estão submetidos à pressão ditada pelas exigências de uma gestão marcadamente orientada para os resultados e, por outro, aos apelos dos clientes para a satisfação das suas necessidades de uma forma cada vez mais exigente. Estudos efectuados revelaram que esta ambivalência conduz também a um aumento de pressão (Bolton 2002) no trabalho dos enfermeiros que por sua vez se reflecte no nível da qualidade e da produtividade individual e organizacional.

Brunetto & Far-Wharton (2004) defendem que o NPM teve um impacto negativo nas condições de trabalho dos enfermeiros, o que por sua vez teve implicações a nível dos governos na procura de alcançar a eficiência e a eficácia. Se por um lado se conseguiu uma maior eficiência através da redução de custos, por outro lado, obteve-se uma menor eficácia no trabalho dos enfermeiros, os quais viram aumentado o número de doentes a serem tratados e o aumento da incidência de doentes com maior gravidade. Os autores sugerem ainda que, se o governo estiver realmente interessado em conseguir uma gestão mais eficaz dos recursos de saúde, a adopção de um modelo baseado na obtenção de resultados positivos nos pacientes seria provavelmente uma melhor alternativa. Tudo isto leva às seguintes reflexões: Os governos adoptaram a filosofia do NPM para melhorar a eficiência e eficácia mas será que a nível hospitalar isto se verifica na prática? Será que a qualidade de atendimento ao cliente melhorou? Qual a perspectiva dos profissionais de enfermagem? Por outro lado, os profissionais apresentam os seus próprios limites de Pessoa Humana, como refere Horta (1971) “são gente que cuida de gente”. Zaher (2005:504) acrescenta ainda: “Que vínculo estes profissionais de saúde conseguem ter com os seus pacientes se a sociedade pede tempo, pede rapidez? Que vínculo afectivo conseguem os profissionais de enfermagem estabelecer com os pacientes? Estas reflexões serviram de impulso para a realização deste estudo.

Qualidade e humanização não são aspectos indissociáveis (Antunes 2001), por este motivo, este estudo tem como principal objectivo a análise das implicações das medidas preconizadas no âmbito da Nova Gestão Pública na Humanização dos cuidados de saúde, mais concretamente nos cuidados de enfermagem na perspectiva destes profissionais.

1.1 Questões de partida e objectivo do estudo

Qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, uma inquietação, e que, por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado (Fortain 1999).

Tendo em conta que a orientação para o cliente constitui um dos valores justificativos da Nova Gestão Pública, foram aplicados um conjunto de iniciativas para a reestruturação dos serviços visando a obtenção da satisfação das necessidades do cliente. Por sua vez, a Enfermagem e a NGP partilham objectivos similares, ou seja, a procura do aumento da qualidade dos cuidados prestados aos clientes. Contudo a orientação para o consumidor é confrontada, na prática, com os imperativos de aumentar a produtividade e reduzir os custos (Bolton 2002). Para este efeito verificaram-se alterações a nível dos recursos humanos que implicaram desafios para os profissionais que vêm confrontados valores profissionais com valores organizacionais. Por outro lado, no contexto da saúde, as expectativas sociais esperam que os enfermeiros se preocupem, essencialmente com questões de equidade e humanização (Robbisson 1992).

O objectivo do presente trabalho é analisar e compreender o modo como as orientações decorrentes da gestão hospitalar influenciam a prestação dos cuidados de saúde, em particular nas questões relacionadas com a humanização. Pretende-se aferir a perspectiva dos profissionais de enfermagem relativamente à percepção que este grupo profissional tem sobre a prestação dos cuidados de saúde, contextualizada num ambiente organizacional complexo e caracterizado por orientações de gestão decorrentes das ideias preconizadas pela nova gestão pública. “A voz dos profissionais de enfermagem na prática pode ser uma fonte importantíssima de dados que ainda tem de ser plenamente explorada.” (Streubert et al 2002).

Estes factos inspiraram a realização deste estudo, orientado pela procura de respostas para as seguintes questões de investigação:

1. De que modo as ideias associadas ao *New Public Management*, se reflectem actualmente na

prestação dos cuidados de saúde?

2. Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das exigências da nova gestão hospitalar?
3. De que modo os objectivos associados á maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?

1.2 Motivação para o estudo

A elaboração deste trabalho teve como motivação a pertinência actual do tema, perante as alterações provocadas pela reforma da Administração Pública. Estas alterações traduzem-se em mudanças do contexto do trabalho, o que, por sua vez acarreta novos desafios para os profissionais, os quais nem sempre são fáceis de conciliar. O NPM apela, entre outras medidas, à satisfação do cliente. Por sua vez, “a satisfação do doente depende da qualidade dos serviços prestados por todos os profissionais” (Antunes 2001:128). Por outro lado a qualidade dos cuidados no contexto da saúde pressupõe a humanização dos mesmos, a qual, pede aos enfermeiros disponibilidade e empatia (Osswald 2000:6). Para que isto se torne exequível é necessário tempo, e este é, cada vez mais, escasso perante os objectivos de eficiência oriundos também do NPM, os quais, por sua vez podem colidir com os, também preconizados, objectivos de eficácia. Pode-se atender um maior número de doentes, aumentando assim a eficiência, mas com uma menor qualidade dos cuidados diminuindo por sua vez a eficácia (Bruneto & Far-Warton 2004:530; Pollit & Bouchaert 2011:111). Foram estas reflexões que contribuíram para a realização deste estudo.

Por outro lado, na sua actividade profissional como enfermeira, mediante o desconforto diário sentido na sua prestação de cuidados, devido ao facto de não conseguir dar resposta à parte mais humana da profissão derivado do volume de trabalho ao qual tem que dar resposta, a autora sentiu a necessidade de realizar um trabalho que documentasse a realidade actual, dando um contributo adicional no processo de sensibilização dos gestores para a humanização na prestação dos cuidados, para que estes a considerem uma componente fulcral na elaboração de políticas públicas e, especificamente, na gestão da enfermagem.

1.3 Estrutura do documento

E trabalho foi estruturado da seguinte forma:

No ponto 1, é efectuada a Introdução, a qual inclui: a definição do tema, a apresentação das questões de partida e a motivação para a elaboração do estudo.

No ponto 2, é desenvolvida a revisão da literatura aos temas considerados mais pertinentes para a elaboração deste estudo, a qual integra: a Reforma da Administração Pública; A Nova orientação na gestão pública e a influência do “New Public Management”; A influência do “New Public Management” no sector da saúde e nos recursos humanos; O “New Public Management” e os imperativos da Qualidade no sector publico no contexto da saúde, e ainda a Humanização dos cuidados em saúde.

No ponto 3, é apresentada a metodologia adoptada neste estudo, na qual se utilizou uma abordagem qualitativa, utilizando a entrevista como método de recolha de dados.

No ponto 4, é efectuada o estudo das entrevistas, a apresentação da amostra e suas características, análise de conteúdo e discussão e conclusões dos resultados.

No ponto 5, são apresentadas as conclusões finais, os contributos do estudo, limitações do estudo e pistas para futura investigação.

2. REVISÃO DA LITERATURA

A pesquisa documental é uma etapa essencial à exploração de um domínio de investigação. A consulta a diversas fontes documentais não só fornece ao investigador uma ocasião para verificar o estado dos conhecimentos no domínio da investigação a estudar, como também lhe permite alargar o seu campo de conhecimentos, estruturar o problema de investigação e estabelecer ligações entre o seu projecto e os trabalhos de investigação efectuados por outros investigadores (Fortin 1999).

2.1 Reforma da administração pública

O funcionamento da tradicional Administração Pública teve influências quer de origem Napoleónica quer do modelo burocrático de Max Weber. Da influência Francesa herdamos o sistema de carreira através do qual era garantida a neutralidade e estabilidade através de promoções e carreiras mapeados com antecedência. Sendo efectuada a gestão do pessoal a partir de regras e regulamentos aprovados na Assembleia da República através de leis e decretos-lei sendo estes, na sua maior parte, aplicados a todo o serviço civil embora alguns grupos profissionais possuíssem carreiras e remunerações específicas, nos quais estão incluídos, entre outros, médicos e enfermeiros (Corte Real 2008: 209); as designadas “Burocracias Profissionais” de Mintzberg. O modelo Weberiano, surgiu na década de 40 do século passado como resposta ao crescente tamanho e complexidade das organizações. Influenciou o funcionamento da máquina administrativa através da divisão de tarefas baseada numa especialização funcional que estabelece uma hierarquia bem delimitada actuando segundo um conjunto de normas, procedimentos e regulamentos rígidos. Para Weber, o sistema burocrático apresenta como consequência a previsibilidade no funcionamento das complexas organizações como garantia da sua eficiência. No entanto, verificaram-se consequências imprevistas que conduziram á ineficiência e imperfeições. Merton classificou-as de disfunções. A super conformidade com as rotinas e procedimentos levaram a que os meios se transformassem em objectivos; a maior internalização das regras e regulamentos transformaram o funcionário em simples executor dos mesmos o que conduziu a problemas de atendimento ao cliente; a autoridade hierárquica e o obrigatório cumprimento das regras escritas impediram a criatividade e inovação por parte dos funcionários. Estes factores contribuíram para que a burocracia fosse acusada de fechada e “esclerosada”

(Chiavenato 2004). A par de tudo isto, “Confrontados com a evidência de uma Administração Pública desmesuradamente grande e ineficaz nas últimas décadas do século passado todos os governos europeus, independentemente da sua matriz ideológica lançaram programas de modernização na sua administração” (Carapeto & Fonseca 2005:22). Este facto, por sua vez, envolveu a transformação de uma burocracia rígida e a aplicação de várias reformas com o objectivo de alcançar eficiência, efectividade, economia e qualidade em entrega de serviços, tornando a máquina administrativa mais magra e flexível (Sotirakou & Zepou 2004).

São apontadas várias razões para a reforma da Administração Pública: Por um lado o fenómeno da globalização e o desenvolvimento das novas tecnologias (TIC), que levou os estados contemporâneos a serem confrontados com uma multiplicidade complexa de exigências que colocaram em causa a sua capacidade governativa, a qual consiste em “descobrir novas formas de conciliar as conquistas históricas do estado democrático, designadamente o princípio do estado de direito, com as abordagens á modernização da Administração Pública concebidas a partir do chamado *modelo de mercado* dando primazia aos clientes e á economia” (Carapeto & Fonseca 2005: 20). Por outro lado, o crescimento da Administração Pública do Estado Providência, o qual foi criado com o propósito de alcançar o bem-estar social, deu origem a inúmeros fenómenos de ineficiência, que conseqüentemente levou o Estado a substituir o seu papel “intervencionista” de forma a reduzir a produção dos seus serviços de Estado Social por um papel “regulador” cuja actividade principal é a produção de regras (Carapeto & Fonseca 2005:23). Mozzicafredo (2001) aponta os seguintes motivos para as reformas da Administração Pública:

- O peso do Estado providência e o conseqüente aumento das despesas;
- O complexo funcionamento da máquina administrativa;
- Mudanças das expectativas dos clientes e aumento do grau de exigência dos cidadãos;
- Tendências para mudanças na estrutura do Estado, menos centralizada e com uma governação mais flexível e transparente.

Por estas razões vários países com sistemas político-administrativos diferentes, a partir dos anos 80 do século XX adoptaram reformas no sector público (Carapeto & Fonseca 2005: 24). No início da primeira década do novo milénio verificou-se ainda uma maior pressão a nível político para a redução do défice público apelando-se para o aumento da eficiência, para o valor do dinheiro e controle da despesa pública. De forma resumida, a crise do Estado Providência associada á

ineficiência da burocracia e às pressões políticas e económicas conduziram á necessidade da reforma da Administração Pública.

2.2 Nova orientação na gestão pública

Devido aos constrangimentos financeiros e assentando na ideia de que tudo o que é publico é ineficiente, na década de 80 do século passado os governos adoptaram uma abordagem gestionária, a qual valoriza a lógica de mercado: dá primazia à liberalização e à privatização das actividades económicas e sociais, à desregulamentação, à delegação e à devolução de poderes, e instituem-se iniciativas de desburocratização e de aproximação da Administração Pública aos cidadãos através da simplificação de normas e procedimentos administrativos e da redução do peso da administração central (Carapeto & Fonseca 2005:25).

Esta abordagem introduziu também uma nova filosofia de gestão denominada por *New Public Management*, que orientou uma série de reformas na Administração Pública. O NPM surgiu sob influência de ideologias neoliberais num contexto em que a despesa pública crescia a um ritmo superior do crescimento económico. Surge também como reacção contra a tradicional burocracia e uma “gorda” Administração Pública, introduzindo mecanismos de mercado no seio da AP (Pollitt & Bouckaert 2011). Verificaram-se alterações no conceito de Estado com o objectivo de reduzir a despesa pública devido á forte intervenção a nível social (Estado de Providência) e alterações a nível da tradicional forma de organização e gestão do Estado, que funcionava segundo um modelo burocrático que já não se tornava produtivo e eficiente. A definição do NPM pode ser um pouco ambígua, como afirma Pollitt (2007): por um lado trata-se de uma construção retórica e conceptual e, como tal, está sujeita a várias interpretações e reinterpretções ao longo do tempo; por outro, a própria tradução do Inglês para o dialecto local (Pollit 2003), facilita alterações no conceito pelo que se torna necessário estar atento para este fenómeno. No entanto, o autor refere que este movimento pode ser retratado pela profissionalização da gestão; pela orientação para o cliente e pela contribuição para a redução de custos. Trata-se uma teoria geral ou doutrina adoptada para melhorar a eficiência do sector público através da importação de conceitos da gestão privada, de valores e técnicas específicas, incluindo: maior ênfase na performance através da medição de outputs; desagregação das unidades organizacionais; substituição do sistema de carreira por contratualização; introdução de mecanismos de mercado; maior ênfase nos clientes; aplicação de técnicas e instrumentos de melhoria de qualidade como Gestão da Qualidade Total (TQM). Por sua vez, Hood (1991) considera que o *New Public*

Management apresenta sete componentes doutrinários fundamentais:

1. Profissionalização da gestão a qual confere aos gestores mais liberdade para gerir;
2. Necessidade de explicitação de medidas pois considera que é necessária a definição de objectivos para atingir a eficiência;
3. Maior ênfase nos resultados que nos processos;
4. Fragmentação das unidades do sector público conferindo-lhes orçamentos próprios e negociando com cada uma delas;
5. Promover a competição no sector público através de contratos a prazo sendo a chave para baixar os custos e melhorar os standards;
6. Incentivar estilos e praticas de gestão privada tornando deste modo o tradicional serviço público mais flexível nomeadamente no que diz respeito aos salários e duração de contratos;
7. Insistência em fazer mais com menos dinheiro através da redução de custos e da disciplina do trabalho.

Sintetizando, o *New Public Management* promove a eficiência, flexibilidade, qualidade, inovação e satisfação do consumidor (Pollitt 2003). Esta filosofia trata-se de uma “combinação dos mecanismos de mercado, e de ideias e técnicas de gestão do sector privado, pelo que o NPM se refere tanto à reforma institucional (através da introdução de mecanismos de mercado), como á reforma administrativa (através do melhoramento da gestão, tendo como objectivos fundamentais a redução da despesa pública, o reforço da responsabilidade e a satisfação do consumidor)” (Carapeto & Fonseca 2005: 26).

Esta filosofia de gestão foi implementada de forma mais visível na Nova Zelândia, Austrália, Estados Unidos da América, Reino Unido, e em vários países Europeus (Carapeto & Fonseca 2005:26). Portugal sofreu várias reformas na Administração Pública ao longo do século passado devendo-se ao facto de “ter experimentado um espantoso processo de mudança política e de nível de sistema, pelo menos comparado com o maior número de países da OCDE” (Corte Real 2008: 211). Para além deste aspecto, “as pressões e constrangimentos sobre a despesa pública, particularmente devido ao envelhecimento da população, á escassez de recursos devido ás novas exigências europeias e critérios de convergência reconhecidos em Portugal como em outros países Europeus, conduziram á necessidade de repensar sobre o papel do Estado na Administração

Pública” (Corte Real 2008:216).

No início da primeira década do novo milénio verificou-se ainda uma maior pressão a nível político para a redução do défice público apelando-se para o aumento da eficiência, para o valor do dinheiro e controle da despesa pública. A par disto, o pacto de estabilidade com a União Europeia obrigou ao cumprimento de rígidos e exigentes critérios económicos, financeiros e orçamentais. A par da constatação destes factos, a burocracia foi duramente criticada e considerada lenta e pesada sendo necessária mais eficiência (Corte Real 2008:220).

No entanto, a importação de conceitos de mercado do sector privado para o sector público levanta alguma controvérsia “pesam algumas dificuldades e incongruências resultantes da aplicação de conceitos do sector empresarial à Administração Pública” (Rocha 2006:46). Isto porque nos apresentamos sob duas lógicas de mercado diferentes, o sector privado está orientado para o lucro enquanto o sector público tem como objectivo último servir o cidadão, o “que limita a aplicação linear dos métodos do sector privado pois tem que se obedecer a certos valores como: legalidade, legitimidade, equidade, igualdade” entre outros (Carapeto & Fonseca 2005). Contudo, ainda segundo estes autores, “o entusiasmo com a aplicação dos métodos da gestão privada no sector público deve ser cauteloso, uma vez que uma ideia que teve sucesso no sector privado não significa que seja uma boa ideia no sector público. Não se pode apenas pretender fazer mais com menos criando mercados internos; reduzir o número de empregados é necessário que a Administração Pública se adapte às transformações profundas que têm ocorrido na sociedade global. E para que isso aconteça é necessário investir nas pessoas, mudar o sistema de valores e transformar o modelo de liderança predominante nas organizações públicas”.

2.2.1 A Nova Gestão Pública no sector da saúde

Acompanhando a reforma de toda a Administração Pública a partir do final dos anos 80 do século XX, os governos de muitos países europeus questionaram a estrutura da administração dos seus sistemas de saúde, desenvolvendo-se processos de reforma neste sector (Simões 2009:68). Na base destas reformas encontra-se o envelhecimento da população e o desenvolvimento tecnológico, ambos contribuindo para o aumento crescente dos gastos com a saúde e, por outro lado, o aumento das expectativas e exigências dos cidadãos consumidores de cuidados de saúde. Tudo isto levou á necessidade de grandes reformas com o objectivo de aumentar a eficiência, eficácia e a qualidade dos sistemas de saúde públicos. Contudo, este sector apresenta

características únicas com organizações profissionais complexas, específicas e sensíveis, envolvendo questões éticas e de deontologia profissional.

Segundo Simões (2009), a pressão para a melhoria da saúde que se verificou em praticamente todos os países da Europa, manifestou-se, em alguns países, em processos de descentralização, privatização da gestão ou na privatização da própria propriedade. A utilização de mecanismos tipo mercado no sector público conduziu a uma reconfiguração de todo o sistema que se traduz na empresarialização da actividade. Consequentemente, ocorreu a empresarialização dos hospitais que conduziu á adopção de políticas com orientação para o mercado da saúde e, deste modo, “esta deixa de ser socialmente identificada como um bem colectivo para se institucionalizar crescentemente como um bem comerciável e transaccionável” (Carvalho & Santiago 2008). Em Portugal a Nova Lei da Gestão Hospitalar Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro introduziu novas regras na gestão empresarial (NPM) nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde (Rego 2011: 275). A Lei de Bases da saúde deu desta forma um pequeno impulso para o sector privado; a partir de 2002 as pequenas mudanças incrementais deram origem a processos de reestruturação no sistema alinhados com o NPM (Carvalho 2009:212).

A reforma no sector da saúde assenta em três vectores: a equidade, a eficiência e o aumento da responsabilidade perante o consumidor (OCDE 1994). Estes vão de encontro aos valores do *New Public Management*. Promove-se a separação entre financiador e prestador, e a contratualização passa a desempenhar um papel fundamental no sistema de saúde, sendo as relações hierárquicas substituídas por relações contratuais (Hood 1991). A contratualização é utilizada como forma de introduzir mecanismos de mercado no sistema, encontrando-se relacionada com a eficiência, que é por si só considerada como mecanismo capaz de melhorar o planeamento o desenvolvimento da saúde, da gestão dos cuidados, do desempenho dos prestadores (pois estão sujeitos a uma avaliação do desempenho através do estabelecimento de objectivos prévios) e ainda permitem a descentralização da gestão na medida em que permite aos gestores um poder maior para ir de encontro às necessidades da população. Os sistemas de saúde passam ainda a ser mais responsabilizados no que concerne a questões éticas, profissionais, legais, políticas e financeiras.

Embora as motivações das reformas no sector da saúde tenham surgido no decorrer do controle de custos, alguns autores questionam a eficácia do NPM quando aplicado ao sector da saúde. Para Seedhouse (1995) a reforma de um sistema de saúde, que não é um sistema totalmente comercial,

apresenta desafios específicos, e o controle de custos não é um factor dominante. Quando aplicado ao sector da saúde há quem defenda que a designação de “mercado” tem uma conotação demasiado económica para estar associada a um bem com características tão específicas. Para Pollit & Bouchaert (2011-111) a adopção do NPM, sem dúvida, trouxe ganhos de eficiência mensuráveis; verificaram-se casos de verdadeira melhoria da qualidade e redução de custos. No entanto, estes autores referem que não estão bem documentadas as preocupações sobre as aplicações inadequadas para o complexo de serviços humanos. Neste contexto, alertam para a diferença de significado entre a eficiência e a eficácia. A eficiência diz respeito á relação entre entradas e saídas, enquanto a eficácia está relacionada com os resultados desejados. É perfeitamente possível que uma política de aumento de eficiência diminua a eficácia, e vice-versa. Tomam como exemplo, uma nova abordagem da gestão hospitalar para salas de cirurgia, a qual pode aumentar a taxa de um determinado procedimento cirúrgico (eficiência) mas, em simultâneo, pode-se provocar mais erros médicos e de enfermagem, ou seja, a eficácia das cirurgias falha, porque os resultados clínicos são deteriorados.

O NPM provocou alterações nos hospitais do Sistema Nacional de Saúde, contudo, “a empresarialização dos hospitais e a fuga para o direito privado foram ganhando terreno. O Estado tem mostrado sentir dificuldades na passagem de um Estado Prestador para um Estado Regulador, não conseguindo encontrar os mecanismos técnicos de supervisão que possibilitem acompanhar o desenvolvimento das novas formas de exercício das políticas de saúde” (Simões 2009: 270).

2.2.2 A influência da Nova Gestão Pública na gestão dos recursos humanos

O mercado de trabalho tem vindo a sofrer alterações devido a vários factores, nomeadamente: através da globalização, traduzida pelas práticas do *New Public Management*, a democratização do Estado e da sua administração e, também, pelas práticas de boa governação; através da introdução de novas tecnologias de informação e comunicação; a emergência de uma economia do conhecimento; os factores demográficos com o aumento de reformados; os factores socioculturais como o emprego feminino, o aumento da escolaridade, mobilidade, etc; e ainda dos factores políticos (traduzidos pela actual função reguladora do Estado) que modificaram a natureza e qualidade dos empregos, tornando obsoleta a gestão de recursos humanos na tradicional Administração Pública. Passou-se de uma gestão limitada á aplicação de normas legais e de regulamentos internos, para uma gestão baseada no desenvolvimento das pessoas, na avaliação do desempenho, na gestão de competências, na mobilidade funcional e geográfica, na

formação e valorização pessoal e profissional, no reconhecimento, na responsabilização e na motivação (Carapeto & Fonseca 2005: 214).

A gestão de recursos humanos representa o tema central e estratégico da reforma da Administração Pública. Sendo “estas reformas marcadas pela aproximação da gestão da função pública à do sector privado por uma desconcentração da gestão operacional dos recursos humanos” (Carapeto & Fonseca 2005:212).

Em síntese, e segundo Rocha (2005:14), a gestão de recursos humanos constitui-se, de facto, como o foco central desta reforma que se manifestou em três vectores:

1. Flexibilizações das relações de trabalho, através da aplicação da Lei do Contrato Individual de Trabalho a todos os funcionários que não desempenham funções associadas ao conceito de autoridade;
2. Precarização das relações de trabalho, recorrendo, por sistema, aos contratos a prazo;
3. Criação de um sistema de desempenho individual que tenha implicações na progressão nas carreiras e nas remunerações auferidas.

Ainda segundo Rocha (2007:47), é possível identificar na estratégia do *New Public Management*, três elementos relativamente aos recursos humanos, sendo eles respectivamente:

1. A remodelação do ambiente da função pública;
2. Reforma da cultura organizacional;
3. A reafirmação do controlo político sobre os funcionários.

A primeira estratégia consistiu em limitar o poder da função pública através de programas de privatização, desregulamentação e desintervenção, procurando-se desta forma reduzir o número de funcionários. A segunda estratégia baseou-se no enfraquecimento dos funcionários através da diminuição das remunerações, verificando-se também a reforma da cultura organizacional, substituindo-se os anteriores valores de serviço público por preocupações com a eficiência e a eficácia ao adoptar para o efeito técnicas da gestão empresarial, como a flexibilização nas relações de trabalho. Em suma, passa-se de uma gestão estatutária dos recursos humanos para uma gestão empresarial. Por último, reafirmou-se o controlo político sobre os funcionários através

da diminuição do peso dos sindicatos e através da nomeação política dos cargos da gestão de topo.

Com a reforma dos recursos humanos pretende-se promover uma mudança na cultura organizacional, melhorando o desempenho da organização: reduzir os custos do funcionamento, inovar os serviços e a forma como são produzidos, aumentando a produtividade para tornar as organizações mais competitivas, e melhorar a qualidade dos serviços prestados, uma vez que esta é bastante influenciada pela mobilização e pelo envolvimento das pessoas que trabalham na organização. Torna-se também importante que a organização consiga medir o impacto no cliente, causado pelas suas mudanças organizacionais relativamente á distribuição dos recursos humanos.

2.2.3 NPM e influência dos recursos humanos na saúde

As mudanças verificadas no contexto dos recursos humanos na saúde só podem ser analisadas tendo por referência as restantes medidas para diminuir os custos da prestação de cuidados, contudo, este constitui um dos campos mais controversos e simultaneamente mais pertinentes na análise das reformas (Carvalho 2009:92).

No decorrer da diminuição de custos, “tendo em conta que cerca de metade do orçamento da saúde è consumido com as despesas com o pessoal, impõe-se uma diminuição progressiva na pletora dos funcionários, não podendo o Estado continuar a garantir emprego aos profissionais de saúde” (Antunes 2001), passando a defender-se um sistema mais flexível de administração independente em substituição do modelo burocrático de gestão extremamente pesado, pouco flexível e demasiado centralizador, para estar em condições de satisfazer, em tempo útil, as expectativas legítimas que os cidadãos alimentam em relação ao Serviço. As reformas na Europa têm consistido na substituição do modelo dos profissionais assalariados pelo estado, por modelos de contratualização, o que se traduz por um aumento dos contratos precários, tanto no que se refere a médicos como a enfermeiros (Carvalho 2009:93). Ainda na tentativa de controlar os custos a nível dos recursos humanos, procurou-se diminuir a oferta de médicos, diminuindo o seu sobredimensionamento, e tentou-se aproximar o salário á produtividade, através da avaliação do desempenho dos profissionais. Procura-se também “alterar o comportamento dos profissionais, de forma a alinhá-los com as propostas da Nova Gestão Pública” através: da sensibilização para a utilização racional dos recursos, evitando a duplicação; do aumento da regulação e concentração dos serviços; e da prevenção do crescimento descontrolado. Na prática clínica promove-se a

disciplina na utilização das tecnologias que se revelem mais eficientes. Relativamente à enfermagem, traduz-se pelo aumento da padronização e informatização do trabalho do Cuidar, e no desenvolvimento de processos de qualidade (Carvalho 2009).

2.2.4 NPM e implicações nos profissionais de enfermagem

A adopção do MPM trouxe desvantagens para os profissionais de enfermagem. Um estudo realizado a nível hospitalar por Carvalho & Santiago (2009) em Portugal, demonstrou que os enfermeiros perceberam uma intensificação de trabalho resultante de mudanças de gestão de recursos humanos, causado: pela redução orçamentária para contratação de novos enfermeiros; da introdução de práticas do sector privado; da flexibilidade e mobilidade; dos contratos individuais e precárias condições, que conduziram a uma nova organização do trabalho. Esta sobrecarga de trabalho, que em grande medida não se deve apenas á nova forma como o trabalho foi organizado, mas ao aumento da mudança tecnológica que acelerou a diminuição de tempo de internamento dos utentes (Simões 2009:56), ao permitir o “aumento do número de cirurgias de menor complexidade e a redução de permanência dos doentes no hospital” (Carvalho & Santiago 2009), facto que contribui para o aumento da taxa de ocupação por cama (Willis 2005).

Relativamente á eficiência e eficácia das práticas de enfermagem nos hospitais públicos, Brunetto & Far-Warton (2004) defendem que, com a implementação da NPM, as mudanças verificadas na gestão hospitalar repercutiram-se no trabalho de enfermagem, com o aumento da carga de trabalho. Por um lado, devido á diminuição do rácio enfermeiro/doente, por outro, ao aumento da incidência de doentes mais graves. Sob este ponto de vista, pode-se alegar que o sistema se tornou mais eficiente, visto que passou a atender um maior número de clientes. Contudo é necessário estar alerta para o facto de que, se por um lado o trabalho de enfermagem apresenta uma prestação de cuidados consideradas “rotineiras”, ás quais se pode aplicar um trabalho padronizado, por outro, existem situações extraordinárias que exigem respostas não padronizadas; “caprichos de internamentos de emergência e as complexidades de tratar de doenças humanas não são previsíveis nem sujeitas a controle” (Willis 2005). Isto significa que os enfermeiros apresentam agora menos tempo para avaliar e atender a este tipo de situações, que se pode traduzir numa resposta ao atendimento do cliente menos eficaz.

Needleman & Hassmiller (2009) referem que os enfermeiros, a nível dos recursos humanos, representam o maior grupo profissional, existindo por este motivo uma preocupação maior em

reduzir o número de enfermeiros. No entanto, em estudos realizados constatou-se que o pessoal e a organização da enfermagem hospitalar afectam tanto os custos como a qualidade, verificando-se uma associação entre o pessoal de enfermagem e a melhoria dos resultados com os pacientes. Verificaram também que os custos empregues no pessoal de enfermagem compensam os gastos com complicações das patologias e tempo de permanência hospitalar, o que acontece quando se diminui o rácio de enfermeiro doente. Por estes motivos, torna-se importante que as decisões que influenciam os cuidados de enfermagem sejam baseadas em dados concretos. Blegen, Goode & Reed (1998) foram capazes de demonstrar que a proporção do número de horas dos cuidados de enfermagem prestados é inversamente proporcional á taxa unitária de erros de medicação, taxa de úlceras de pressão, e reclamações do próprio paciente e da família. É importante, para a organização hospitalar, entender que os resultados dos pacientes são sensíveis às intervenções dos enfermeiros, sendo fundamental examinar a relação dos enfermeiros com esses resultados. Por sua vez, a introdução do modelo de gestão do sector privado desenvolve uma grande pressão sobre o pessoal e gestores, Araújo (2005) defende que foram introduzidos novos valores que podem entrar em conflito com os princípios dos profissionais de saúde. Por exemplo, a preocupação com a eficiência económica, e a imposição da limitação de custos, pode colidir com a prestação de cuidados médicos de acordo com determinados princípios deontológicos. A dinâmica que se estabelece entre os gestores e os profissionais é considerada por alguns autores como dicotómica, existindo uma tensão entre o papel do gestor e o papel do profissional; os primeiros têm preocupações de índole organizacional e os segundos têm preocupações de índole profissional. Por outro lado, o aumento da pressão para a Administração Pública funcionar de uma forma mais eficiente, mais económica, e orientada para o cliente, contribuem e aceleram os processos de mudança organizacionais, gerando mais pressão para os profissionais (Scharitzer & Korunka 2000). Actualmente os clientes estão cada vez mais exigentes (devido, por exemplo, ao aumento da utilização das tecnologias, especialmente a Internet, que lhes facilitam o acesso à informação) e consciencializados dos seus direitos, causando uma maior exposição dos enfermeiros a um conflito entre efectuar um cuidado eficiente orientado para o cliente; o qual apresenta expectativas cada vez mais altas, e a intensificação do trabalho causado: pelo acréscimo de tarefas administrativas inerentes ao controle de qualidade, pela complexidade crescente e pela diminuição do rácio enfermeiro/doente (Kirpal 2004). A crescente ênfase na eficiência, redução de custos, políticas de qualidade e, principalmente, a satisfação do cliente trouxe implicações aos profissionais de enfermagem que se vêem obrigados a uma nova adaptação de gestão das suas próprias emoções; “têm que apresentar um rosto sereno e sorridente aos pacientes que se

comportam agora como clientes exigentes” (Bolton 2002). Por vezes, os “Enfermeiros devem-se mostrar sorridentes e aceitar um nível de abuso que seria outrora considerado inaceitável” (Bolton 2002).

Para além de tudo isto, a profissão de enfermagem é considerada uma profissão de risco em que os profissionais estão frequentemente expostos a uma crescente fonte de stress. Turley (2005) identifica causas provocadoras de stress e que podem induzir *Bournout*¹ nos enfermeiros. A natureza crítica do trabalho pode causar, potencialmente, prejuízos aos doentes/clientes (por exemplo, um breve momento de falta de atenção). Para isso, contribuem alguns factores como: a acumulação de turnos ou regresso ao trabalho apenas com 8 horas de intervalo do turno anterior; o descanso inadequado devido ao horário rotativo, o facto de nunca ter hora certa para dormir; trabalhar com agentes infecciosos que podem ser causadores de doenças mortais e que basta uma picada de uma agulha ou um salpico de fluidos orgânicos que podem causar uma infecção; mais doentes para menos enfermeiros, o que implica menor ajuda; desgaste físico causado por cargas físicas elevadas; lidar com pessoas e familiares a sofrer nos limites das necessidades humanas; cuidar de quem está enfermo; expectativas e avaliações injustas; divergências com colegas de trabalho e superiores, e ainda a probabilidade de ser processado.

O Stress representa um conjunto de perturbações psíquicas e fisiológicas, provocadas por agentes diversos, que prejudicam ou impedem a realização normal do trabalho. Quando um indivíduo está exposto a stress, o sistema nervoso estimula a libertação de adrenalina e cortisol preparando o corpo para actuar. Para aqueles que estão continuamente sob stress o corpo activa constantemente o sistema nervoso, levando à exaustão (Miliken et al 2007). Foram desenvolvidos vários estudos científicos no âmbito do stress na área da saúde. Serra (2005) considera os enfermeiros como grupo mais exposto a factores de stress, o que, conseqüentemente acarreta riscos para a própria saúde. A própria Ordem dos Enfermeiros reconhece a enfermagem legalmente como sendo uma profissão de risco conforme consta no REPE (decreto-lei 104/98 de 21 de Abril) art.11º, nº.2 alínea a) “Que a entidade patronal se responsabilize pelo especial risco a que estão sujeitos no decurso da sua actividade profissional”.

Os factores acima mencionados, contribuem para um desgaste físico e psicológico que pode conduzir para o desenvolvimento de *Bournout*. Pinto (2008) refere que tanto o stress como o

¹ Estado de fadiga ou frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida, ou relação que falhou na realização da expectativa esperada (Rainho citando Freudenberg 1974).

Bournout podem trazer consequências quer a nível individual quer a nível organizacional. Por sua vez, o desenvolvimento de *Bournout* nos enfermeiros conduz á diminuição da produtividade, podendo mesmo possibilitar a ocorrência de erros e acidentes de trabalho (Pinto et al 2007), estando em contradição com os objectivos da Nova Gestão Pública.

A Nova Gestão Pública apela à mudança, contudo, esta só se torna possível se ocorrerem mudanças nas concepções, valores e atitudes desses mesmos profissionais, pois os profissionais representam a interface que torna possível que as políticas sejam implementadas. Com a adopção de estilos de gestão empresarial e a insistência em fazer mais com menos dinheiro, provocaram-se alterações comportamentais a nível dos profissionais, os quais foram submetidos a uma maior pressão, sob o propósito de tornar as organizações mais eficazes e eficientes. Os objectivos organizacionais para a redução de custos com o pessoal podem colocar em causa os restantes objectivos de eficácia, produtividade e satisfação do cliente, o que se pode tornar um paradoxo. Por sua vez, a TQM preconiza o envolvimento dos profissionais nos objectivos da organização. Mas o que se verifica na prática? O que dizem os profissionais? Com este estudo pretende-se saber quais as percepções sentidas por este grupo profissional na prática diária e no desempenho da sua profissão.

2.2.5 O NPM e os Imperativos da qualidade - A especificidade da qualidade no sector público

A Administração Pública ao adoptar uma orientação de lógica de mercado é obrigada a fomentar um compromisso com a Qualidade, a qual passou por três fases: Numa primeira fase a preocupação com a qualidade confinava-se ao respeito pelas normas e procedimentos. Numa segunda fase, a partir dos anos 60 do século XX, a qualidade passa a estar ligada á gestão por objectivos, introduzindo-se o conceito de eficácia; traduzido pela ausência de erros e a ligação ao objectivo do serviço. Na terceira fase, a partir da década de 80, a qualidade passa a estar ligada á satisfação do cliente, absorvendo o conceito de gestão de qualidade total (Carapeto & Fonseca 2005:45). Assim, a qualidade passa a adquirir outras dimensões, substituindo as estruturas burocráticas rígidas por modelos organizacionais adaptáveis e flexíveis. Para esta mudança, não é suficiente o empenho dos gestores, exige-se também o envolvimento (*empowerment*) de todos os membros da organização, por forma a que estes sejam motivados para a mudança de cultura de serviço, orientada para a melhoria contínua, inovação e qualidade, possibilitando a concretização dos resultados esperados (Carapeto & Fonseca 2005). A partir dos anos 80, a Qualidade passa a

estar orientada para o cliente, verificando-se mesmo a alteração do conceito de cidadão para o conceito de cliente; “a orientação para o cidadão-cliente é o aspecto nuclear da qualidade. O cidadão é o princípio e o fim da actividade da Administração Pública” (Carapeto & Fonseca 2005:368). A qualidade passa a ser avaliada pelos cidadãos, provocando uma mudança de atitude nas organizações públicas ao instituir-se uma nova cultura de gestão, que envolva todas as pessoas na melhoria dos serviços prestados. Assim, “o *New Public Management* apropria-se do TQM” e a partir desta altura o conceito de Qualidade Total é transferida para a Administração Pública, com o objectivo de melhorar a produtividade dos serviços públicos (Rocha 2006:45). Neves (2002), refere que a aplicação do TQM aos serviços públicos parte do seguinte pressuposto: Os serviços públicos só existem na medida em que têm que servir os cidadãos; os cidadãos e as suas necessidades são a razão, primeira e última, da existência do serviço público. Logo, e nesta medida, compete aos cidadãos avaliarem o desempenho e a qualidade do serviço público. No sector público, a qualidade está inerente aos serviços prestados ao cidadão-cliente em oposição ao fornecimento de produtos. Por esta razão torna-se imperioso abordar as diferenças existentes entre as características de produtos e serviços.

No que se refere à qualidade do produto, esta é avaliada por um conjunto de características que o consumidor espera nele encontrar. No que diz respeito aos serviços, a avaliação da qualidade já não é tão simples, pois estes apresentam características fundamentais, as quais não envolvem apenas a componente técnica mas também a forma como o serviço é prestado. Os serviços são intangíveis, ou seja, são desempenhados e não são objectos, o que significa que geralmente não podem ser medidos ou testados antes da prestação, tornando-se deste modo a sua avaliação subjectiva. Os serviços que implicam perecibilidade, são actividades, séries de actividades ou processos em que a produção e a prestação são simultâneas, ou seja, o serviço esgota-se no acto da prestação pelo que não é possível ser armazenado. Deste modo, a qualidade ocorre durante a interacção entre cliente e quem presta o serviço. Outra característica dos serviços é que estes são heterogéneos; os próprios consumidores apresentam necessidades e prioridades diferentes, o que faz com que a avaliação da qualidade se torne um processo complexo. Portanto, a qualidade dos serviços é o resultado da diferença entre qualidade esperada e qualidade experimentada. O consumidor compara a qualidade técnica á qualidade funcional dependendo da forma como o serviço é prestado; relação interpessoal estabelecida entre o utente e o prestador de serviço (Rocha 2006:26). Acrescenta-se ainda o facto de que “a complexidade em torno da qualidade de um serviço aumenta quando este tem natureza pública”, pois os serviços públicos são diferentes dos

serviços privados. A nível público verifica-se uma “prestação de contas” para com a sociedade enquanto a nível privado esta prestação de contas é apenas devida às partes interessadas (Rego 2011). Desta forma a Qualidade exige uma cultura diferente dos serviços públicos. Uma nova cultura que envolva todas as pessoas na melhoria contínua, ou seja, tanto o cliente interno (empregados) como o cliente externo (o cidadão). “A actividade da organização deve orientar-se para o cidadão antecipando as suas expectativas e com este propósito, trabalhar em conjunto com ele, estabelecendo mecanismos de troca de informação permanente” (Carapeto & Fonseca 2005:368).

Num processo de mudança, em qualquer organização pública, o principal objectivo é aumentar a satisfação dos clientes, e tal só é conseguido através de uma melhoria dos serviços que lhe são prestados. As organizações públicas, para prosseguirem com a sua missão, precisam de encontrar uma forma integrada de funcionamento para que todas as suas acções sejam sistematizadas e direccionadas no sentido de alcançar os objectivos comuns. Para que tudo isto seja conseguido de forma eficaz recorre-se á gestão de processos: “conjunto de operações orientadas para a produção de valor acrescentado” (Carapeto & Fonseca 2005:368). Mezomo (2001:47) refere que se “as empresas quiserem sobreviver com sucesso deverão adoptar um modelo de gestão que privilegie as práticas que agregam valor ao cliente e optimizem o seu próprio desempenho”. A par destas mudanças e reformas ocorridas na Administração Pública, os hospitais, como organizações do sector público, para garantir a sua sobrevivência, foram obrigados a modernizar e a inovar os seus serviços para se tornarem mais produtivos e competitivos, recorrendo a técnicas de qualidade como, a gestão da qualidade total e a reengenharia. O conceito de qualidade actualmente identifica-se com o conceito de Gestão da Qualidade Total (TQM); este conceito foi importante no sector privado e esteve ligado também á reforma da Administração Pública na procura da eficiência e para alcançar a satisfação dos clientes (Rocha 2006:46). “É um conceito holístico que considera a melhoria de todas as actividades e processos organizacionais com o envolvimento de todos. Por isso se afirma que a gestão da qualidade total é ao mesmo tempo uma filosofia e um sistema de gestão; um conjunto de princípios e um conjunto de métodos e instrumentos para gerir a organização na sua globalidade” (Carapeto & Fonseca 2005). Para os gestores torna-se fundamental não apenas o compromisso pessoal com a organização mas também um compromisso de comunicação à organização dos objectivos de qualidade. São condições-chave para o sucesso da implementação da TQM: o envolvimento dos funcionários, conseguido através do trabalho em equipa, tendo presente que a qualidade é apenas possível quando os empregados

colaboram entre si e não concorrem entre si; e através treino e formação profissional de forma a aumentar competências e por sua vez alargar o número de funções (Rocha 2006).

A administração total da qualidade implica que se dê total atenção à dimensão humana da organização e ao factor tempo, visto a qualidade ser produzida pelas pessoas que por sua vez devem ser educadas na nova filosofia, o que exige tempo. A nova filosofia de administração voltada para a melhoria contínua privilegia o trabalho em equipa, a confiança nas pessoas e a sua capacidade produtiva, crescendo ainda a consciência de que as pessoas não conseguem produzir e realizarem-se num ambiente de tensão e condicionadas ao cumprimento de rotinas e processos inadequados ao atendimento de suas necessidades e expectativas. A administração da qualidade total implica uma mudança na cultura organizacional para que as pessoas sigam o mesmo alvo e estejam comprometidas em atingi-lo (Mezomo 2001:53-161).

Assim como a cultura das sociedades influencia o comportamento das pessoas nela inseridas, também nas organizações, neste caso as organizações da saúde, a cultura organizacional influencia o comportamento e a opinião das pessoas da organização. Por este motivo, é de vital importância uma gestão da cultura que transmita os valores da organização aos seus colaboradores para que deste modo eles se identifiquem com a mesma. “De nada servem um excelente conjunto de valores, se os empregados não os sentem espelhados na sua acção diária” (Mendes 2008).

O hospital hoje em dia só apresenta duas opções: ou passar por um processo de reconstrução ou desaparecer pela inutilidade. Oferecer sempre os mesmos serviços e realizá-los da mesma forma é o mesmo que afastar os clientes que pelo contrário devem ser “encantados”. Para sobreviver necessita de uma reengenharia, mas mudar não é suficiente, é necessário definir metas, reavaliar a forma de execução do trabalho, reflectir sobre qual o seu papel na sociedade e saber cumpri-lo com responsabilidade e ética. O hospital deve sentir orgulho dos serviços que presta e deve manifestar um esforço para os melhorar de forma contínua (Mezomo 2001:206). O hospital para ser eficiente não se deve apenas concentrar na redução de custos, na forma de redução de serviços ou de recursos, mas sim na melhoria dos seus processos dando ênfase a uma atenção excelente aos seus clientes, de forma a aumentar a sua satisfação.

2.3 Qualidade no contexto da saúde

A qualidade não se trata de um conceito novo, remonta já há algum tempo. A sua definição também não é simples, uns relacionam a qualidade com os procedimentos, outros com a capacidade de atingir determinados fins e ainda, para outros, significa a excelência de uma organização. Trata-se de um conceito muito complexo, estando relacionada com os objectivos da organização, conformação com os standards, e o envolvimento dos consumidores e dos trabalhadores com a medição de resultados e melhoria contínua (Rocha 2006).

Na sequência da filosofia do *New Public Management*, nas últimas décadas, têm sido implementados programas de modernização da Administração Pública para os quais têm sido adoptadas teorias da qualidade do sector privado. No entanto o sector público apresenta determinadas especificidades que não permitem a aplicação integral dos métodos do sector privado. Enquanto que a nível privado o objectivo é a obtenção do lucro, na Administração Pública o seu objectivo central é servir o cidadão. Acrescentando ainda uma outra condição, a de que as organizações públicas estão submetidas ao cumprimento de programas políticos, condição esta que não lhes confere a mesma autonomia apresentada pelo sector privado. Em suma, tornou-se necessário melhorar a qualidade dos serviços públicos para aumentar a satisfação dos clientes, procedendo-se á substituição das estruturas rígidas, burocráticas e disfuncionais, por modelos organizacionais mais flexíveis.

Existem algumas dificuldades na aplicação de conceitos utilizados na indústria, que utiliza determinados conceitos aplicados a produtos como “defeitos” e “standards”, para a área da saúde, que se refere a pessoas e serviços. Neste sector não temos dois clientes/pacientes iguais, pelo que esta falta de conformidade dificulta medir a qualidade e determinar acções que a possam melhorar (Mezomo 2001:128). Na Administração Pública, como na saúde, a avaliação da qualidade dos serviços vai depender da comparação das expectativas dos clientes antes e depois da recepção do serviço o que significa que a qualidade não vai depender apenas da reacção do consumidor mas também das expectativas do consumidor.

Para transferir os conceitos de qualidade para a área da saúde esta deve ser entendida como uma extensão da própria missão da organização que é: “atender e exceder as necessidades e expectativas dos clientes”. Mezomo (2001:72) define Qualidade como “um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização

(empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas dos seus clientes”. Neste contexto são colocados em prática acções de melhoria contínua da qualidade. Esta melhoria contínua da qualidade diz respeito a “um processo organizacional estruturado para envolver as pessoas no planeamento e execução de um fluxo contínuo, ou melhorias nos sistemas, de modo a oferecer cuidados de saúde que atendam e excedam as expectativas dos clientes” (Mezomo 2001).

A qualidade no contexto da saúde torna-se mais sensível, pois a par da componente técnica envolve questões de ética. Existem conflitos entre os profissionais de saúde e as exigências do TQM, devido á existência de uma autonomia profissional e uma cultura hospitalar. Por outro lado, a má qualidade dos serviços de saúde tem implicações para os doentes e para os profissionais de saúde, provocando mais custos (Rocha 2006:112). Isto é reforçado por Sale (1998:44), que defende que os custos da má - qualidade de cuidados são tão ou mais elevados do que os custos de cuidados de boa qualidade”, para além disto, na área da saúde, ao contrario de outras áreas, os erros e enganos de má prática podem trazer problemas por vezes devastadores.

No campo da saúde, prestar cuidados de qualidade implica que todos os intervenientes no processo tenham em consideração a dignidade da pessoa, exigindo competência, dedicação, atenção e apoio de acordo com as necessidades individuais de cada cliente/utente, indiciando que neste âmbito a qualidade está subjacente à humanização. Por sua vez, Graber & Mitcham (2004) consideram que a cultura organizacional pode ser o elemento chave para promover um cuidado humanizado. Devido á importância atribuída a este aspecto, foram criadas inclusivamente comissões de humanização nos hospitais, sendo criada em Portugal a Comissão de Humanização e Qualidade em 1994, pelo Despacho de 16 de Janeiro de 1993 DR II serie, nº 13. Esta considera a qualidade como um objectivo estratégico e define qualidade global como resultado da interacção entre a humanização e a excelência técnica (Ministério da Saúde 1993). Nos serviços de saúde os clientes apresentam características particulares inerentes à Pessoa Humana; que o são. Perante esta condição, torna-se primordial que a organização seja flexível de modo a dar resposta às expectativas dos pacientes que servem, e não apenas a respostas relativas ao diagnóstico e tratamento, mas também á eficiência da rapidez e atenção dos profissionais. Atendendo a este aspecto, com este estudo pretende-se saber qual a importância atribuída á humanização pela actual gestão hospitalar?

2.3.1 O paciente: Centro da administração da qualidade

A Direcção Geral de Saúde refere que se tem que consagrar o primado do cidadão, considerando-o como figura central de todo o Sistema de Saúde e que se tem de Promover a humanização no atendimento a todos os doentes, principalmente aos grupos vulneráveis. O Programa Nacional da Humanização e da Qualidade do Ministério da Saúde 1994 refere ainda que “o Conceito de qualidade total, deverá pressupor afinal, um sistema de prestação de serviços, em que o cidadão, esteja ou não doente, assuma a condição de verdadeiro cliente, o qual deverá sentir-se centro do sistema e constituir-se como elemento da primeira linha das preocupações das entidades prestadoras”. Contudo, por vezes a cultura organizacional dos hospitais nem sempre valoriza o paciente como ser humano livre e portador de sentimentos colocando a rotina e o procedimento como valor supremo. A rotina por sua vez despersonaliza o trabalho e leva a que as pessoas se tornem frias e insensíveis, apenas com a preocupação do cumprimento da sua carga de trabalho. Com a “empresarialização dos hospitais, ao apoiar maior ênfase na gestão empresarial, descentrou a atenção do essencial, o doente e a prestação dos cuidados de saúde, comprometendo a adopção de estratégias de eficiência capazes de responder simultaneamente à necessidade de melhorar desempenhos e conter custos, só exequíveis em contextos de excelência clínica. Hoje em dia uma boa gestão hospitalar deve focar a sua centralidade no doente adquirindo um conjunto de políticas e estratégias baseados na qualidade, de forma a “assegurar uma melhoria contínua no modo como o hospital cuida e trata os seus doentes, na forma como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe são confiados” (Ministério da Saúde 2010). Mezomo (2001) refere que quem trabalha no hospital necessita ter o toque humano da compaixão e do amor, pois ele é capaz de operar milagres mesmo quando as competências técnicas dos profissionais não puderem fazer nada. Estes aspectos não só mostram, como provam, a importância do regresso da humanização ao ambiente hospitalar. A medicina e os cuidados de saúde são actividades humanistas e só quem as vê desta forma tem o direito de as praticar. Independentemente da tecnologia envolvida no diagnóstico e tratamento, o aperto de mão continua a ser fundamental.

Os administradores dos hospitais devem estar conscientes de que a principal função do hospital é servir o doente e deve fazê-lo com competência técnica; relacionamento humano e com ambiente confortável e seguro. Os clientes por seu lado estão cada vez mais exigentes pelo que os hospitais se distinguem não apenas pela tecnologia mas também pela primazia que derem aos seus pacientes. O cliente deveria ser o centro de todo o sistema mas, por vezes, com a extrema

preocupação da redução de custos e preocupações a nível da dinâmica organizacional, é reduzido a “mais um” correndo o risco de ser considerado como “um anónimo passageiro de um serviço colectivo, com título de transporte válido” (Colliére 1989).

2.4 Qualidade na prestação de cuidados de enfermagem

Antes de abordar a qualidade inerente aos cuidados de enfermagem convém fazer referência ao que é a enfermagem para um melhor enquadramento do *ethos* da profissão neste trabalho.

2.4.1 Enfermagem

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, Ministério da Saúde 1996) a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. Este documento declara uma interacção entre o enfermeiro e o utente, a qual se estabelece numa relação de ajuda, como fundamento dos cuidados de enfermagem.

A enfermagem é considerada, por muitos, uma arte e uma ciência. É a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular (Hesbeen 2001). É uma ciência na medida em que se apresenta como o “conhecimento substantivo, específico á disciplina, que foca o processo humano-universo-saúde articulado nas estruturas e teorias de enfermagem” (Barrett 2002).

O Cuidar profissional é efectuado por diferentes profissões, “mas é sempre na enfermagem que o conceito ganha maior expressão” (Carvalho 2009:146). Para Colliére (1989) o cuidar trata-se de um “acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”. Na perspectiva de Watson (2002:73) o cuidar é o foco mais central e unificador da prática de enfermagem, pelo que o papel de enfermagem é, sem dúvida, baseado no cuidar. Este apresenta também um importante contributo humanístico e científico a realizar no campo das ciências

humanas e ciências da saúde ao contrário do modelo biomédico que olha para o ser humano como um conjunto de células, tecidos, órgãos e sistemas (este modelo acarreta inconvenientes para a enfermagem promovendo a “rotinização” e a tecnicidade). A enfermagem olha para o doente de forma holística vendo-o como um todo, e aqui, é importante voltar a referir que o todo é mais do que a soma das partes (Carvalho 2002).

Os cuidados de enfermagem, são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (REPE artigo 4º), e caracterizam-se por terem um fundamento entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade, e ainda por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente (REPE artigo 5º).

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (Conselho de Enfermagem 2001).

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual, família, ou convivente significativo (Conselho de Enfermagem 2001).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Conselho de Enfermagem 2001).

A *humanização* dos cuidados de enfermagem expande-se, pela ética em enfermagem, pela relação entre o doente e o enfermeiro e pelo respeito dos direitos dos doentes (Conselho de Enfermagem, 2001). O estatuto da ordem dos enfermeiros, no artigo 76º contempla o seguinte: “Os enfermeiros são obrigados a exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população devendo adoptar todas as medidas que visem melhorar a qualidade de cuidados e serviços de enfermagem”.

2.4.2 Qualidade dos cuidados de enfermagem

Relativamente á enfermagem sob a perspectiva da qualidade dos serviços, Carvalho (2002) refere que “sendo simultaneamente uma arte e uma ciência, que requer a compreensão e aplicação de conhecimentos próprios, permite aos enfermeiros prestar cuidados de enfermagem que por sua vez conferem um valor acrescentado nos cuidados de saúde de qualidade”. Acrescenta ainda que “numa altura em que o mote é a contenção de custos, ao tentar mostrar o valor acrescentado da enfermagem, o enfermeiro está a promover, não só a si e a profissão que representa, mas acima de tudo, está a proporcionar às unidades de saúde uma utilização de recursos eficaz e eficiente, com ganhos financeiros e cuidados de saúde de qualidade para a população”.

Os enfermeiros como prestadores de cuidados assim como os seus colegas na equipa multidisciplinar, praticam o cuidar em todas as suas dimensões e em toda a sua complexidade. No entanto, os enfermeiros dispõem de alguns “meios muito particulares” que lhes proporcionam uma relação privilegiada que lhes confere momentos muito especiais e de grande proximidade com as pessoas de quem cuidam, e é aqui, que pode ser *acrescentado valor aos cuidados*. Para além do carácter técnico inerente aos cuidados de enfermagem, estes abrangem uma imensidão de “coisas” no meio de “pequenas coisas”. Conferindo-lhes o grau de especialistas das “pequenas coisas”. Não se tratam de pequenos actos mas sim das “pequenas coisas” da vida, aquelas que para uma determinada pessoa, dão sentido á vida e são importantes. E a atenção disponibilizada pelo profissional a essas “pequenas coisas” mostra preocupação com o outro, na sua existência, o que por sua vez transmite bem-estar às pessoas que recorrem ao sistema de cuidados (Hesbeen 2001). Isto porque estas “pequenas coisas” nunca são banais para a pessoa que recebe os cuidados pois estão-lhe inerentes uma grande atenção por parte destes profissionais sendo esta por sua vez uma exigência por parte do seu profissionalismo.

Por outro lado, o artigo 75º no ponto 2 alínea c) do estatuto da ordem dos enfermeiros refere que os enfermeiros têm o direito de “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito do cliente a cuidados de enfermagem de qualidade”(Ministério da Saúde 1998). Contudo Vieira (2007:102) afirma que muitas vezes as condições de trabalho oferecidas aos enfermeiros são deficientes, sobretudo devido á escassez de recursos, que muitas vezes impedem o exercício profissional dentro de padrões de qualidade desejáveis.

2.4.3 Enfermagem: A pessoa como centro

O utente consumidor de cuidados de saúde é antes de tudo pessoa, assim sendo, deve-se ter em atenção que “cada pessoa é um ser complexo que não se reduz ao momento presente, mas trás sempre consigo a sua história e a sua circunstância” (Coelho 2000). Na enfermagem, a pessoa, desde sempre foi o centro de atenção “ na medida que em certos momentos do seu ciclo vital “da concepção até á morte” carece de cuidados que não consegue prestar a si própria, quer devido á fase de desenvolvimento em que se encontra, cujos processos de transição exigem capacidade, conhecimento ou vontade que não possui, quer devido á doença ou enfermidade que a afecta” (Vieira 2007).

Segundo o Conselho de Enfermagem (2001) a pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a auto-determinar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. Toda a pessoa interage com o ambiente: modifica-o e sofre a influência dele durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e da harmonia. Na medida em que cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, podemos atingir um entendimento no qual cada um de nós vivencia um projecto de saúde. A pessoa pode sentir-se saudável quando transforma e integra as alterações da sua vida quotidiana no seu projecto de vida, podendo não ser feita a mesma apreciação desse estado pelo próprio e pelos outros.

A pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são factor importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de se tratar de processos não intencionais, as funções fisiológicas são

influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e, por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa; assim, a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível (Conselho de Enfermagem 2001). Assim sendo, no campo da saúde a pessoa tem direito a cuidados individualizados e personalizados.

A enfermagem e a NPM partilham os mesmos objectivos no que se refere ao cliente; esta última valoriza a orientação para o cliente e a enfermagem está voltada para o Cuidar da Pessoa Humana, perspectivando ambas a satisfação do cliente. Para Antunes (2001) “a satisfação dos doentes está geralmente relacionada com a satisfação dos profissionais”. Contribuindo para a análise desta afirmação, Slatten (2009) analisou o efeito da prática da gestão sobre o funcionário e de que forma esta interfere na qualidade dos serviços. Para o efeito analisou as relações entre as práticas de gestão (através da recompensa e do apoio) de dois tipos de satisfação emocional (positivo e negativo) e a percepção do funcionário na qualidade do serviço. Demonstrou também a importância de os gestores se consciencializarem de que as suas acções provocam emoções nos funcionários e estas por sua vez influenciam a qualidade do serviço que os seus funcionários prestam aos clientes. Os funcionários não são “ilhas emocionais” isoladas e torna-se importante que os gestores compreendam que as emoções e a qualidade do serviço estão interligadas. Por outro lado, a sobrecarga de trabalho e a frustração reflecte-se também a nível de saúde e bem-estar dos profissionais, levando os profissionais a defenderem-se emocionalmente, o que por seu lado pode levar á *desumanização* do cuidado, levando muitas vezes á diminuição da produtividade e diminuição da qualidade (Scott et al 1995-85). Isto é também defendido por Brunetto & Far-Warton (2004), que referem que a produtividade é afectada negativamente por práticas de gestão organizacional que aumentam a sua carga de trabalho e conseqüentemente a insatisfação no trabalho. Douglas (2010) defende ainda que os gestores dos profissionais do Cuidar devem ter em conta a parte emocional dos empregados visto que o desgaste emocional e a fadiga da compaixão representam uma ameaça não apenas para a sua própria saúde mas também para a saúde dos que servem, o que vai influenciar a qualidade dos serviços prestados.

2.5 Humanização dos cuidados em saúde

No actual contexto da saúde, e mais concretamente a nível hospitalar onde a pessoa se encontra num estado de grande vulnerabilidade, a competência técnico-profissional embora importante, por si só mostra-se insuficiente. Por outro lado, num ambiente onde se apela á qualidade como forma

de aumentar a produtividade e competitividade, e tratando-se das organizações de saúde, torna-se imperioso a humanização dos cuidados. Uma organização de saúde exemplar terá um forte foco no fornecimento de cuidados de saúde de qualidade. Por sua vez, a “humanização na área da saúde é uma forma profissional e organizacional de vida que se concentra no paciente e familiares, nas suas necessidades e interesses, por meio de cuidados de saúde de qualidade, empatia, advocacia e dedicação ao serviço dos outros” (Graber; Kilpatrick & Osborne 2009). No contexto da saúde torna-se urgente e indispensável humanizar a prestação de cuidados de saúde. Toda a gente o afirma, as instituições reconhecem a justiça da afirmação, até mesmo os responsáveis políticos o declaram, a própria lei consagra esta noção ao criar Comissões de Humanização nas instituições de saúde em diálogo e articulação com a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde (Osswald 2002:16).

Os gestores das organizações de saúde muitas vezes negligenciam a dimensão humana do cuidado focando-se em processos e programas que contribuem para a eficiência, sucesso financeiro, realizações técnicas e excelência clínica. Contudo, não menos importante do que estes aspectos são os seres humanos que se encontram debilitados, com medo, com dor e precisam de cuidados empáticos e compassivos. O paciente é um ser humano complexo, cuja saúde requer mais do que um bom atendimento clínico. Neste contexto, a dimensão do pessoal de saúde é de suma importância e merece a mesma atenção dos gestores de saúde “Contribui para a humanização todo o profissional de saúde que recusa a rotina, ou seja, o qual não vê no doente apenas alguém que a ele recorre em busca de auxílio mas também uma pessoa inteira, como tal presa de emoções, receios, angústia ou desesperos, pessoa essa, que é a própria razão de ser, a sublime justificação da existência do profissional de saúde” (Osswald 2002).

Num processo de doença, quando a pessoa tem que recorrer aos serviços de um hospital encontra-se numa situação mais vulnerável carregando sentimentos de insegurança e até mesmo de receios e medos pelo que, nesse momento, um olhar nos olhos, uma palavra de conforto ou um gesto afável, se revelam actos de uma grande importância “proporcionando ao doente um sinal inequívoco da qualidade humana da sua vida” (Coelho 2000).

Falar de humanização nos cuidados de saúde é fazer referencia a uma relação humana capaz em toda a prestação de cuidados, sendo esta uma exigência necessária para quem cuida de pessoas (Rodrigues 2003). Humanizar os cuidados de saúde e dessa forma contribuir para a elevação da

qualidade desses mesmos cuidados, deve ser um objectivo a perseguir por todos os profissionais de saúde (Santos 2002).

Como referia Kant, o homem não pode ser tratado por nenhum homem, nem sequer por si próprio, como um simples meio ou instrumento mas sempre como um fim. Por este motivo, o doente nunca deve ser reduzido a uma cama, a um número ou a uma pulseira de identificação. Não se deve considerar o doente como “algo”, mas sim como “alguém” respeitado na sua dignidade e na sua liberdade e que não abdicou de nenhum dos seus direitos apenas por ter assumido a condição de doente” (Osswald 2002). A Humanização dos cuidados tem que ser vista como uma actividade global de toda a organização estendendo-se a todos os membros da organização, incluindo os administradores, para que estes implementem políticas e métodos de organização do trabalho que permitam, e que fomentem, a humanização dos cuidados de saúde pelos profissionais, que são quem lida directamente com o doente.

Em Portugal, a partir de 1982, iniciaram-se as primeiras reflexões acerca da humanização através da Pastoral da Saúde. Surgindo posteriormente as Comissões de Ética, os Códigos Deontológicos do Serviço Público de diferentes profissionais de saúde e as comissões de Humanização em Articulação com a Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde, sendo criada em Portugal (Ministério da Saúde 1993).

Algumas organizações olham para o cliente como objecto de ganho e de sobrevivência, porém outras estão preocupadas em devolver-lhe o respeito como pessoa humana que é (Mezomo 2001:218). “Acabou o tempo de ver em cada pessoa um cliente; chegou a hora de ver em cada cliente uma pessoa” (Jan Carlson citado por Mezomo 2001). Ainda segundo Mezomo (2001: 276) a humanização no hospital significa “tudo o que seja necessário para tornar a instituição adequada á pessoa humana e á salvaguarda dos seus direitos fundamentais. Assim sendo, o hospital humanizado, é aquele que na sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valoriza e respeita a pessoa, colocando-se ao serviço da mesma, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade. A humanização do hospital pressupõe ainda uma política administrativa integrada e permanentemente centralizada no atendimento do paciente, pois o que distingue o hospital de qualquer outra organização é a sua razão de ser; “o paciente/cliente”.

Um ambiente de cuidado humanizado contribui para a satisfação do paciente, para a moral dos

funcionários e até mesmo os resultados nos pacientes. “Os relacionamentos afectivos são importantes na saúde, os gestores dos serviços de saúde devem começar a abraçar um *ethos* e cultura de cuidado e perceber que este é um caminho para alcançar o sucesso profissional e organizacional no seu sentido mais profundo” (Graber 2009).

Nelson (2011) refere que não é habitual considerar o cuidar na análise estrutural e científica das situações. Mas isto pode ser um erro, pois o cuidar pode ter um retorno sobre o investimento que supera todas as outras tecnologias, como a farmacoterapia, entre outros, desenvolvidos até agora para os cuidados de saúde. Hoje em dia cada vez um maior numero de cientistas se debruça sobre este aspecto. Watson (2005) defende ainda que o acto do Cuidar pode eventualmente intervir na cascata de cicatrização interna desencadeando uma cascata de cura nos marcadores bioquímicos do paciente, como por exemplo a diminuição do cortisol, o aumento da oxitocina, o aumento da IgA, etc., o que significa reverter ou interromper o impacto da doença. Para além disto, também permite à pessoa que recebe o cuidado ter acesso a uma porção de pensamento mais complexa do seu cérebro, os lóbulos frontais, levando-o a uma atitude mais optimista em relação á saúde e á vida. Isto pode ainda encaminhar-nos para uma reflexão sobre a contenção de custos uma vez que o toque terapêutico é assim eficaz, pois tem comprovação científica, pode diminuir o recurso a fármacos, a meios de ordem tecnológica e ainda a um eventual encurtamento do tempo de internamento, sendo apenas necessário a criação de condições para os profissionais o poderem aplicar.

É imprescindível que os enfermeiros não só desenvolvam conhecimentos técnico-científicos como também competências relacionais de forma a transformar atitudes meramente técnicas em atitudes verdadeiramente terapêuticas para os doentes (Coelho 2000). A humanização dos cuidados tem que, necessariamente, ser vista como uma actividade global, da instituição enquanto organização, e inevitavelmente de todos os seus membros, enquanto profissionais que directamente lidam com o doente. Cabe aqui, por maioria de razão, parte fundamental aos enfermeiros (Santos 2002).

Porque nos estamos a referir á pessoa humana, a ética está implícita em todos os cuidados prestados ao doente. A própria Constituição da República Portuguesa refere o direito á protecção da saúde e assentam num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. Segundo refere a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, “esta representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos doentes, do pleno respeito

pela sua particular condição e da humanização dos cuidados de saúde, caminho que os doentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado” (Direcção Geral da Saúde 2011). A carta dos direitos e deveres dos doentes contempla dois princípios éticos, o princípio da dignidade humana e o princípio da autonomia. O doente tem direito a ser tratado no respeito pela dignidade humana; devendo este princípio ser respeitado por todos os profissionais envolvidos no processo de prestação de cuidados. Não podendo o doente ser reduzido a um numero ou a um caso ou a uma cama.

Outro princípio subjacente que deve ser respeitado é o direito á autonomia: visto que o doente é um ser livre e que está na posse das suas faculdades, implica a participação do doente no seu próprio processo de tomada de decisão dos cuidados a ele prestados. Relativamente a este princípio a carta refere ainda o seguinte: o doente tem direito a ser informado sobre a sua situação de saúde; o doente tem o direito de obter uma segunda opinião sobre a sua situação de saúde; o doente tem direito a dar ou recusar o seu consentimento, antes de qualquer acto médico ou participação em investigação ou ensino clínico. O doente tem também direito à confidencialidade de toda a informação clínica e elementos identificativos que lhe dizem respeito; o doente tem direito à privacidade na prestação de todo e qualquer acto médico; O doente tem direito ao respeito pelas suas convicções culturais, filosóficas e religiosas.

O quadro legislativo da Saúde estabelece direitos específicos, nomeadamente na Lei de Bases da Saúde (Lei 48/90, de 24 de Agosto) e no estatuto Hospitalar (Decreto-Lei nº 48 357, de 27 de Abril de 1968).

2.5.1 Humanização dos cuidados de enfermagem

Nos dias de hoje a “enfermagem é uma profissão com formação científica e uma prática de expressão humanista. No entanto continua a ser um processo complexo, já que nem sempre os objectivos da ciência e do humanismo personalista se conjugam facilmente” (Vieira 2007:128). Segundo Cabral (2001:16) “aos enfermeiros tem sido exigido uma preparação, cada vez maior, uma aquisição de um corpo de conhecimentos através de métodos científicos, uma actualização constante, com a finalidade de uma prestação mais qualificada de cuidados ou seja uma maior eficácia e eficiência, onde a humanização tem de estar presente, e ser a base da sua intervenção”.

Num estudo efectuado por Vieira (2005) a 755 doentes para identificar representações de cuidados

de enfermagem humanizados, este concluiu que os doentes consideram cuidados humanizados quando os enfermeiros são competentes, comunicam e informam, respeitam a humanidade e são compassivos. Os doentes consideram que os cuidados não são humanizados quando os enfermeiros são incompetentes, discriminam, não informam, e são indiferentes.

A humanização dos cuidados de saúde diz respeito a todos os profissionais de saúde, neste contexto, “cabe aos enfermeiros uma importante e irrecusável tarefa na humanização dos cuidados de saúde, como agentes de primeira linha da humanização, pondo em prática cuidados de saúde mais humanos e, por isso mesmo, de melhor qualidade, ao serviço do outro” (Penelas 2011) conferindo desta forma um valor acrescentado aos serviços de saúde.

O Enfermeiro, no papel de prestador de cuidados de enfermagem, assume um conjunto de competências reconhecidas em Portugal pela Ordem dos enfermeiros. O código deontológico refere-se “a um conjunto articulado e coerente de deveres profissionais cujos autores se comprometem a cumpri-los” (Vieira 2007). Este documento, aprovado em 1991 e Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, indica a forma de agir do enfermeiro, o qual contempla o dever da humanização dos cuidados como refere o artigo 89º, que diz o seguinte: O enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

- a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;
- b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa.

Segundo o artigo 78º do mesmo documento “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação de preservar a dignidade e a liberdade da pessoa humana”. O Artigo 88º acrescenta o seguinte: “A dignidade de cada um exige que seja tratado como pessoa única que é, pelo que o enfermeiro deve procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas de cada pessoa que tem ao seu cuidado” onde está patente que a pessoa tem direito a cuidados personalizados. Contudo o “poder” dos cuidados de enfermagem tanto pode ser “reductor”, sempre que se verifica uma redução das capacidades dos utentes, ou seja, sempre que não seja identificado o que podem ou sabem fazer por si próprios (princípio da autonomia), mas também apresentam um “poder libertador”, sempre que se confere ou aumenta um poder de autonomia

capaz de assegurar resposta às suas próprias necessidades. “Não se pode pretender a primeira situação, mas exigir a segunda” (Collière 2003). Mas para que isto se torne possível é necessário tempo e, por vezes, é mais fácil para um enfermeiro fazer do que esperar que o doente faça. A dimensão do tempo no contexto actual das novas políticas implementadas, apresenta-se cada vez mais escasso por motivos já referidos ao longo desta revisão bibliográfica.

2.5.2 Constrangimentos actuais à humanização de cuidados

No dia-a-dia na prestação de serviços/cuidados a nível hospitalar verificam-se vários episódios de manifestações de solidariedade, mas infelizmente também se constata uma profunda desvalorização do ser humano que muitas vezes não passa de um número, de um caso, quando não de um órgão ou de uma parte anatómica. Nem sempre é respeitada, nem a sua privacidade, nem o seu tempo, nem as suas necessidades de repouso e sono. Por vezes as pessoas que o atendem não o olham nos olhos, não informam, e nem se mostram solidárias, chegando por vezes o doente a ser tratado como se não fosse inteligente, capaz de tomar as suas próprias decisões (Mezomo 2001: 219). Muitas vezes são cometidos actos de desumanização no dia-a-dia, sem muitas vezes os profissionais terem disso percepção. “Quantas vezes o enfermeiro praticou técnicas de enfermagem, sem se dirigir ao utente para lhe explicar a necessidade e o procedimento da mesma; quantas vezes um utente lhe quis falar, e não teve tempo para o ouvir, desculpando-se subtilmente” (Monterroso 2011).

São apontadas várias causas para a desumanização. Indubitavelmente deve-se a um conjunto de mudanças que foram surgindo no exercício das profissões de saúde e á inclusão na malha complexa do tecido social. A entrada em jogo de factores sociais e económicos introduziu terceiros no diálogo, até ai singular, travado entre o profissional de saúde e o doente; e este “passou a ser visto como um anónimo passageiro de um serviço colectivo, com título de transporte válido” (Collière 1989).

Nem sempre o humanizar é possível, nem é realizado o Cuidar, devido a “aspectos como a sobrecarga do trabalho, sobrecarga da responsabilidade diante do sofrimento humano, necessidade de suportabilidade do sofrimento humano, vários pacientes a serem assistidos, poucas condições de trabalho, escassos recursos humanos e de material” (Zaher 2005:508). Muitas vezes as tecnologias captam em demasia a atenção dos profissionais em detrimento de uma maior preocupação com o utente, que é o fim último de qualquer organização de saúde. Correndo-se

assim o risco, ainda de que por vezes de uma forma inconsciente e não intencional, da substituição de uma dimensão fundamental da comunicação entre as pessoas, como é a presença e o contacto físico.

A evolução tecnológica na área da saúde tem sido enorme. Sem dúvida proporcionou benefícios indiscutíveis em termos de cura e de saúde e até de alguma autonomia para os doentes. Muitas vezes tanto os profissionais como os cidadãos acreditam na sua plena capacidade de resolução para todos os problemas, sendo-lhe atribuída uma exagerada importância, desvalorizando a componente humana. Como refere Jesus (2000), “por vezes a tecnologia não é suficiente, pelo contrário provoca naquela pessoa sofrimento desnecessário”. Os cuidados de enfermagem estão presentes em todas as fases do ciclo de vida incluindo ajudar a pessoa a morrer serenamente.

Os conhecimentos acerca da cura e tratamentos evoluíram exponencialmente na segunda metade do século passado. Passando a ser objectivo da medicina o diagnóstico rigoroso da doença e a aplicação de modernas técnicas de intervenção e terapêutica, ficando a pessoa em quem está a ocorrer a doença situada em segundo plano; no limite do esquecimento (Serrão 2006). No entanto, os aspectos relacionais do cuidar não podem nunca ser excluídos no momento da prestação do cuidar, pois a relação é a essência do cuidar e considera o enfermeiro competente aquele que quando cuida tem presentes no máximo do seu potencial as vertentes técnico científica e relacional (Coelho 2000).

As motivações das reformas no sector da saúde surgiram no decorrer do controle de custos. Contudo, alguns autores questionam a eficácia do NPM quando aplicado ao sector da saúde. Seedhouse (1995) defende que a reforma de um sistema de saúde, que não é um sistema totalmente comercial, apresenta desafios específicos e o controle de custos não é um factor dominante. Os imperativos económicos levados a cabo pelo NPM na prestação de cuidados conduziu a tendências *manageristas* para despersonalizar o trabalho com o intuito de o tornar mais rápido e mais barato. Stack (2003) questiona a gestão de recursos humanos consistente com as ideias do NPM quando aplicado ao trabalho do cuidar. Num estudo realizado em 2001 observou que os horários de trabalho eram apertados, devido ao objectivo de economizar tempo e racionalizar a alocação do trabalho. Observou também que o rácio enfermeiro/utentes diminuiu, ao mesmo tempo que aumentou a mobilidade de trabalhadores para os clientes, comprometendo o desenvolvimento de um relacionamento personalizado e terapêutico, um aspecto que é

considerado essencial para o cuidar. Isto é confirmado por Neves (2005), quando refere que o “deficiente rácio de enfermeiros existentes nalgumas situações é um dos factores condicionantes para a humanização dos cuidados”. Os enfermeiros vêem assim aumentado o seu volume de trabalho e, para darem cumprimento às suas tarefas e procedimentos, não lhes resta tempo para a relação com o outro.

Actualmente a gestão dos hospitais está focada na orientação para a eficiência, produtividade e para o lucro. Isto pode não ser considerado disfuncional desde que não sejam suplantados, ou eliminados, o valor do *ethos* e do cuidado humanístico compassivo, caso contrário, os doentes sentir-se-ão negligenciados, não respeitados e insatisfeitos (Garber 2009). Como já foi mencionado anteriormente, actualmente as políticas de qualidade e gestão hospitalar apresentam como objectivo a satisfação do cliente. Contudo a consequente redução dos enfermeiros nos hospitais, decorrente da tentativa de reduzir os seus custos, pode trazer prejuízos para os clientes.

3. METODOLOGIA

As opções metodológicas são essencialmente determinadas pelo tipo de problema em estudo, e pelos objectivos da investigação. Assim sendo, para dar resposta às questões de investigação enunciadas neste estudo, a metodologia qualitativa apresenta-se como a opção mais adequada.

3.1 A abordagem qualitativa: Considerações gerais

Segundo Fortain (2009), o investigador emprega o método de investigação qualitativa com o objectivo de obter a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo, contudo a consecução de alguns objectivos apenas será viável na avaliação do contexto das experiências vividas. Por outro lado, alguns autores Streubert & Carpenter (2002) referem o seguinte: “devido ao facto de existir pouca literatura em estudos relacionados com a administração em enfermagem que utilizem uma abordagem qualitativa, este é um domínio que necessita de mais investigação e é uma área rica em temas importantes de investigação”. Como se pretende a obtenção da descrição das vivências e das experiências humanas relativas à prática profissional do dia a dia dos enfermeiros, relativamente às condições de trabalho actuais e, de que modo, estas interagem com a humanização dos cuidados, optou-se por um estudo descritivo- exploratório.

Na abordagem qualitativa, a entrevista é, por excelência, o instrumento de recolha da informação mais difundido e utilizado pelos investigadores, na medida em que permite uma interlocução directa entre os actores sociais envolvidos nesta acção (Carvalho 2009:499). Segundo Fortain (2009:375) a entrevista trata-se de um modo particular de comunicação verbal, que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objectivo de colher dados relativos às questões de investigação formuladas. Para (Quivy & Champenhoudt 2008) este método de colheita de dados permite a obtenção de informações e elementos de reflexão muito ricos e matizados. Permite ainda colher informações junto dos participantes relativas aos factos, às ideias, aos comportamentos, às preferências, aos sentimentos e às atitudes, tornando a informação mais completa (Fortain 1999).

Sendo este método frequentemente utilizado nos estudos exploratórios descritivos (Fortain 2009), optou-se pela realização de entrevista como método de recolha de dados neste estudo. A

entrevista dirigida ou uniformizada é a que requer o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenvolvimento, a análise e a interpretação da medida. Por sua vez, a entrevista não dirigida é utilizada principalmente nos estudos exploratórios, quando o entrevistador quer compreender o significado de um fenómeno na perspectiva dos participantes.

A recolha de dados foi efectuada através de entrevistas semi-dirigidas, utilizando questões abertas dando liberdade de resposta, uma vez que se pretende fornecer ao entrevistado a ocasião de exprimir os seus sentimentos e opiniões sobre o tema em estudo.

As questões para as entrevistas foram elaboradas para dar resposta às questões de partida, tendo em consideração a informação pretendida e os aspectos desenvolvidos no âmbito da revisão da literatura. O Guião da entrevista encontra-se a seguir descrito, referindo-se a informação pretendida com cada pergunta.

Tabela 1: Guião das entrevistas realizadas.		
Tópicos	Questão	Informação pretendida
Desafios na prestação dos cuidados associados ao NPM	1-Tendo por base a sua experiência neste hospital, quais os principais desafios/dificuldades que enfrenta diariamente na prestação de cuidados?	Dar resposta á primeira questão de partida: “De que modo as ideias associadas ao “New Public Management”, se reflectem actualmente na prestação dos cuidados de saúde?”
Características do enfermeiro	2- Na sua opinião, quais devem ser as principais características/ qualidades de um enfermeiro?	Caracterização das competências do enfermeiro consideradas de maior valor pelos próprios profissionais.
Mudanças decorrentes da Nova Gestão	3- Nos últimos anos têm sido implementadas mudanças na gestão e conseqüentemente no funcionamento dos hospitais. Na sua opinião o que é que mudou na prestação de cuidados de enfermagem? 3.1- Recorda-se de algum episódio que traduza efeito positivo dessas mudanças na prestação de cuidados? 3.2-Recorda-se de algum episódio que traduza um	Auscultar a percepção dos enfermeiros sobre as novas medidas de gestão adoptadas. Dar resposta à segunda questão de partida: “Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das exigências da nova gestão hospitalar?”.

	efeito negativo dessas mudanças na prestação de cuidados?	
Humanização dos cuidados	4- Para si em que consiste a humanização de cuidados de saúde?	Caracterizar humanização.
Condições necessárias para humanização dos cuidados	5-Na sua opinião, quais as condições necessárias para a humanização dos cuidados de saúde?	Perceber, na óptica dos enfermeiros, quais as condições actuais necessárias, para permitir a humanização dos cuidados.
Evolução da humanização	5.1- Como avalia a evolução da humanização de cuidados neste últimos anos?	Dar resposta à terceira questão de partida: “De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?”.
Aspectos a melhorar pela gestão para permitir a humanização dos cuidados	6- Que aspectos da gestão devem ser melhorados de modo a permitir uma maior humanização na prestação de cuidados de saúde?	Sugestões dos enfermeiros de medidas organizacionais para melhorar a humanização.
Fonte: Elaboração própria.		

3.2 Dimensão exploratória do estudo

Numa fase inicial do estudo, efectuaram-se entrevistas exploratórias com o objectivo de aferir a pertinência da temática em análise e verificar a clareza das questões que constituíam o guião das entrevistas. Neste processo, foram efectuadas algumas correcções e ajustamentos no guião definitivo. A realização destas entrevistas permitiu também ao entrevistador adquirir uma maior familiaridade na condução das entrevistas.

Foi seleccionado para o estudo o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, Espinho E.P.E. que actualmente é constituído por três unidades instaladas no Concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, passando a EPE no ano de 2007 conforme aprovado pelo Decreto-Lei nº 50-A/2007 de 28 de Fevereiro (Ministério da Saúde 2007). A escolha desta instituição hospitalar residiu no facto de permitir uma melhor acessibilidade de colheita de dados pelo investigador aliada ao facto de representar um dos principais complexos assistenciais do Norte do país.

Os entrevistados foram seleccionados entre os enfermeiros do Centro hospitalar de Vila Nova de Gaia da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), no período de Julho a Agosto do

ano de 2012. Com a finalidade de reduzir eventuais enviesamentos no processo de recolha de dados, foi efectuada uma amostragem aleatória na selecção dos entrevistados de modo a garantir a validade interna do estudo. O Serviço da UCIP da referida instituição hospitalar é constituído por 34 enfermeiros na prestação de cuidados directos, tendo sido efectuadas 16 (dezassex) entrevistas (número atingido por saturação das respostas).

No momento prévio às entrevistas foi efectuado o pedido de autorização ao Exmo. Senhor Director do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, o qual concedeu a autorização para a realização das mesmas na Unidade de Cuidados Intensivos do Referido Centro Hospitalar. A comunicação da autorização para a realização do estudo, foi enviada ao responsável do Departamento de Formação e ao chefe de enfermagem do serviço onde seria realizado o estudo.

No momento da realização das entrevistas foi obtido o consentimento informado dos participantes e a permissão para a gravação das entrevistas, tendo sido assegurada aos participantes a garantia e confidencialidade da informação. O processo de recolha de dados incidiu nas experiências dos participantes no seu local de trabalho e terminou por saturação das respostas. Após a realização das entrevistas, foram efectuadas as transcrições do verbatim e, o processo de análise de conteúdo foi efectuado com o recurso ao software informático *Dedoose* (<http://www.dedoose.com>).

3.3 Caracterização da Amostra

Neste estudo foram efectuadas dezasseis entrevistas a profissionais do CHVNG, tendo sido estes caracterizados com base nas seguintes variáveis sócio-demográficas:

- Ano de nascimento;
- Género;
- Habilitações literárias;
- Experiência profissional.

Nos gráficos seguintes apresentam-se as distribuições das variáveis sócio-demográficas relativas aos entrevistados. É interessante verificar que o género feminino continua a ser preponderante na classe dos enfermeiros (gráfico 1) e que a consciencialização pela necessidade de formação contínua e valorização profissional já está estabelecida, como demonstra o facto de a maioria dos

respondentes possuir já pós-graduação (gráfico 2).

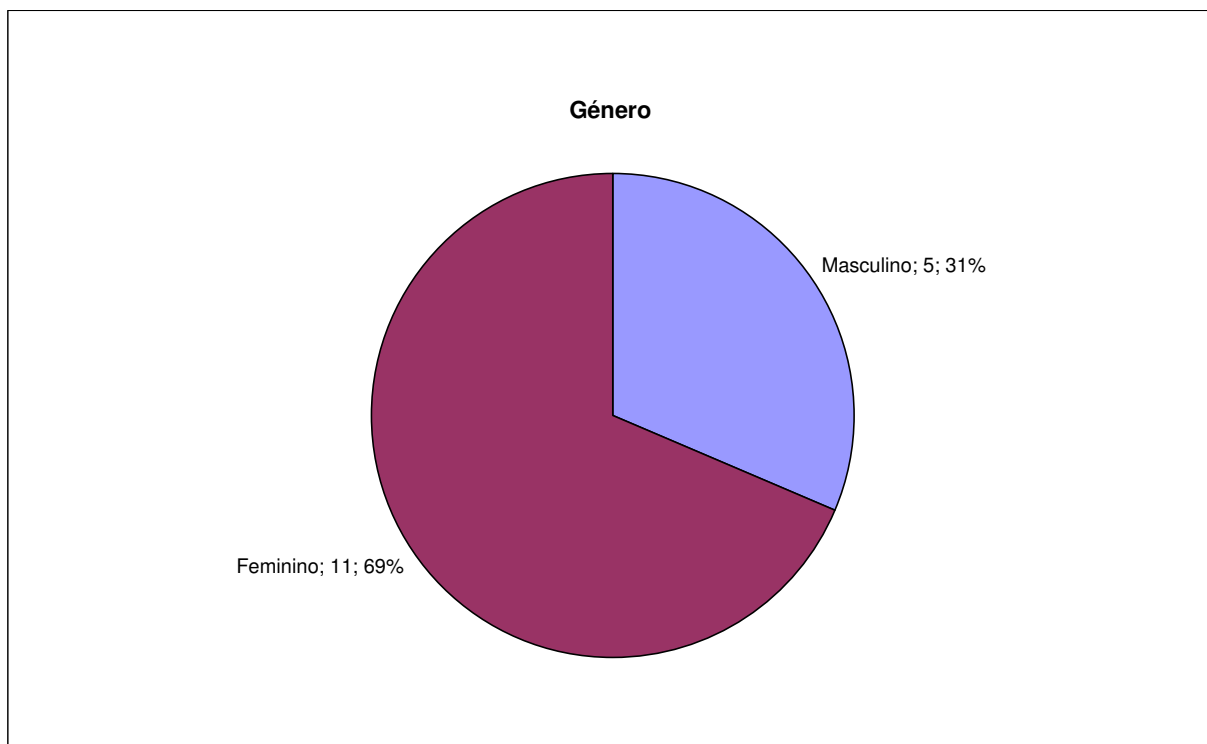


Gráfico 1 – Distribuição dos entrevistados por género.

Outro dado interessante que se pode observar é o facto de uma grande maioria (63%) já ter trabalhado em organizações privadas (gráfico 3) anteriormente (e/ou simultaneamente). Isto demonstra a alteração política que se tem acentuado ao longo da última década em Portugal, período em que houve um crescimento exponencial da oferta privada de cuidados de saúde, situação entregue apenas ao Estado anteriormente. Ainda relativamente a este indicador da Experiência profissional anterior, o facto de o segundo grupo mais numeroso pertencer a elementos que sempre trabalharam na organização, demonstra que a cultura de Administração Pública do passado (“do emprego para a vida”) ainda se faz notar. Esta observação é importante porque ajuda a perceber que este tipo de transformações de políticas de gestão tem que ser planeadas no longo-prazo.

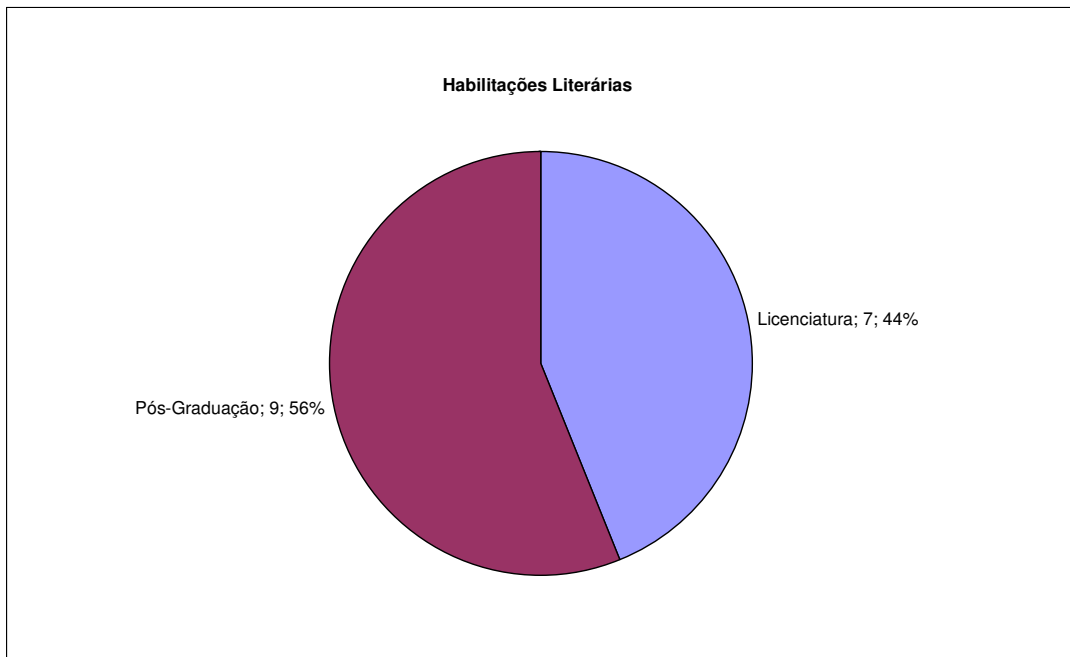


Gráfico 2 – Distribuição dos entrevistados por habilitação literária.

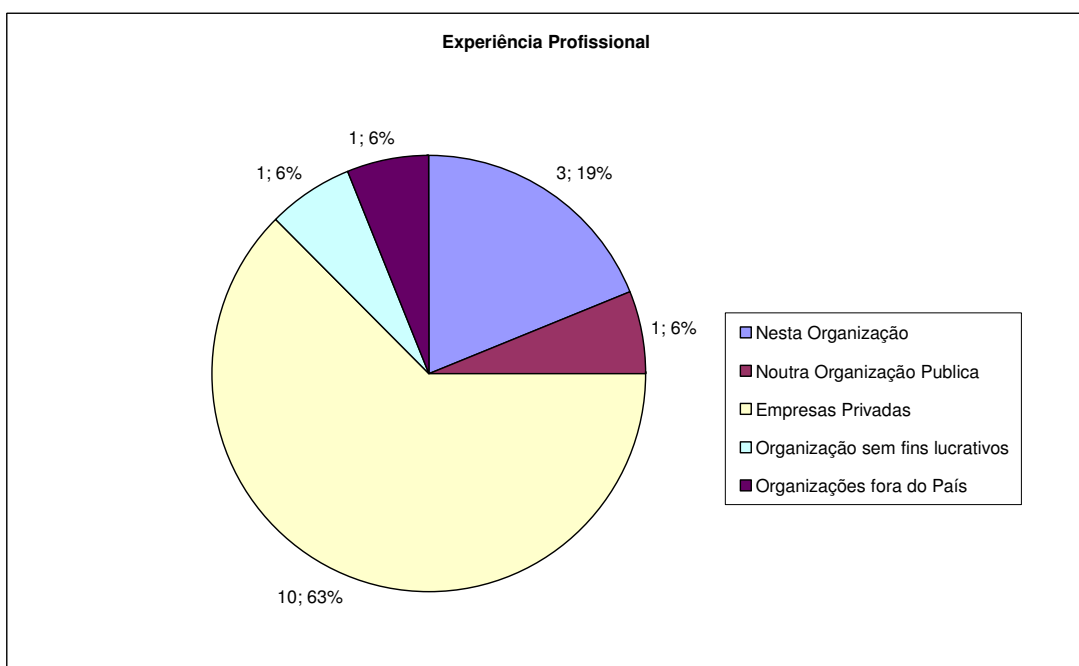


Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados por experiência profissional anterior.

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 *Análise qualitativa*

A metodologia definida para este estudo assenta na análise qualitativa das entrevistas efectuadas. Uma análise deste tipo exige a caracterização de padrões nas respostas que ajudem, e limitem a subjectividade, nas conclusões retiradas, tendo sempre presente as questões de partida.

Efectuaram-se dezasseis entrevistas de seis perguntas cada, resultando num universo de análise de cento e doze itens ($16 \times 6 = 96$). Sendo este volume de informação razoável, considerou-se que o tratamento manual, além de bastante consumidor de tempo, era muito susceptível a erros de quantificação e tratamento dos padrões a analisar. Assim, o processo de análise de conteúdo foi efectuado com o recurso ao software *Dedoose*.

Depois de alguma pesquisa junto de colegas, professores e na Internet, encontraram-se duas, nas quais as características descritas para o respectivo produto obedeciam às condições exigidas: Dedoose (<http://www.dedoose.com>) e MAXQDA (<http://www.maxqda.com>). Sendo o MAXQDA uma aplicação específica para ambientes Microsoft Windows, optou-se pelo Dedoose por funcionar em ambiente Web, sendo assim mais flexível na sua utilização em qualquer computador (Ms-Windows, Machintosh ou Unix). Além de permitir quantificar a intensidade e significado das respostas dadas, as principais vantagens encontradas no Dedoose podem-se resumir no seguinte:

- Multiplataforma;
- Armazenamento dos dados na Web, sendo possível aceder ao trabalho de qualquer computador em qualquer lugar com acesso à Internet, e com cópias de segurança garantidas no caso de bloqueio do computador;
- Interface com o utilizador bastante intuitivo;
- Facilidade na classificação e estruturação das entrevistas;
- Ferramentas de análise gráfica e tabular;
- Possibilidade de exportação de dados para formato standard de dados CSV;
- Licença de utilização mensal, que o torna bastante competitivo com as restantes opções.

No entanto, também se encontraram limitações no que concerne à exportação directa dos gráficos

proprietários do **Dedoose**, o que exigiu a sua elaboração em Ms-Excel; conseguida através da exportação dos dados quantitativos da aplicação.

4.2 Estrutura da Informação

A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Este tem um papel fundamental, não se limitando a contar o que lhe contaram, mas “interpretando” essa narração produzindo categorias indispensáveis à compreensão dos fenómenos. Deste modo a análise qualitativa, reúne e resume, sob a forma narrativa, os dados não numéricos. A análise dos dados recolhidos durante as entrevistas consiste essencialmente em proceder a uma análise de conteúdo a qual, segundo Guerra (2006) se trata de uma técnica de tratamento da informação e não de um método, utilizando o procedimento normal da investigação: o confronto entre um quadro de referência do investigador e o material empírico recolhido. O trabalho analítico inicia-se por um exame contínuo e aprofundado do material recolhido, para depois construir os conceitos. O centro da análise é a categorização accionada por uma narração.

Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram padrões de respostas relevantes os quais foram agrupados em sete categorias: **“Desafios na prestação de cuidados”**, **“Características do enfermeiro”**, **“Mudanças provocadas pela gestão”**, **“Humanização dos cuidados”**, **“Condições necessárias para a humanização dos cuidados de saúde”**, **“Evolução da humanização”** e **“Contributos da gestão para a humanização dos cuidados”**. Estas, para além de permitirem responder directamente às questões de partida, permitem também aferir características fundamentais associadas à enfermagem e à sua gestão e, principalmente, a sua relação com a humanização dos cuidados de saúde.

Tendo em consideração os objectivos preconizados na primeira questão de partida *“De que modo as ideias associadas ao NPM se reflectem actualmente na prestação dos cuidados de saúde?”*, a análise de conteúdo efectuada permitiu identificar a seguinte categoria: **Desafios na prestação de cuidados**, a qual apresenta padrões de resposta distintivos.

No âmbito dos objectivos preconizados pela segunda questão de partida *“Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das exigências da nova gestão hospitalar?”*, a análise de conteúdo efectuada permitiu identificar a seguinte categoria: **Mudanças provocadas pela**

Gestão, a qual apresenta padrões de resposta distintivos.

No que diz respeito aos objectivos preconizados pela terceira questão de partida “*De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?*”, a análise de conteúdo efectuada permitiu identificar as seguintes categorias: **Condições para a humanização dos cuidados, Evolução da humanização e Humanização dos cuidados**, as quais apresentam padrões de resposta distintivos.

Na tabela 2 é efectuada a relação entre as questões de partida, as questões da entrevista e a categoria associada.

Tabela 2: Caracterização das categorias agregadoras dos itens abordados nas entrevistas.		
<u>Questão de partida</u>	<u>Questão da entrevista</u>	<u>Categoria</u>
De que modo as ideias associadas ao NPM se reflectem actualmente na prestação dos cuidados de saúde?	1-Tendo por base a sua experiencia neste hospital, quais os principais desafios/dificuldades que enfrenta diariamente na prestação de cuidados?	Desafios na prestação de cuidados
Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das exigências da nova gestão hospitalar?	3- Nos últimos anos têm sido implementadas mudanças na gestão e consequentemente no funcionamento dos hospitais. Na sua opinião o que é que mudou na prestação de cuidados de enfermagem? 3.1- Recorda-se de algum episódio que traduza efeito positivo dessas mudanças na prestação de cuidados? 3.2-Recorda-se de algum episódio que traduza um efeito negativo dessas mudanças na prestação de cuidados?	Mudanças provocadas pela Nova Gestão

De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?	4- Para si em que consiste a humanização de cuidados de saúde?	Humanização dos cuidados
	5-Na sua opinião, quais as condições necessárias para a humanização dos cuidados de saúde?	Condições para a humanização dos cuidados
	5.1- Como avalia a evolução da humanização de cuidados neste últimos anos?	Evolução da humanização
	6- Que aspectos da gestão devem ser melhorados de modo a permitir uma maior humanização na prestação de cuidados de saúde?	Contributos da gestão para a humanização dos cuidados

Depois da análise de conteúdo efectuada às entrevistas, subdividiram-se as categorias em sub-categorias consideradas pertinentes na análise subjacente ao presente estudo. A definição destas categorias e sub-categorias foi consequência de uma análise bastante detalhada de cada uma das entrevistas e obedeceram a um critério de interpretação das respostas menos objectivas por parte da autora. O número extenso de sub-categorias definidas foi resultado do objectivo primário deste trabalho de diminuir ao máximo a subjectividade da autora na classificação das respostas; tarefa sempre difícil em trabalhos de análise qualitativa.

A análise efectuada incidirá sobre estas categorias e respectivas sub-categorias (algumas delas também subdivididas como se poderá observar a partir das tabelas seguintes). As tabelas seguintes deste capítulo identificam, por categoria, as sub-categorias (e sub-categorias destas quando existentes) e explicam o seu significado, seleccionando-se também um excerto representativo de cada uma dessas categorias e sub-categorias (a seguir a cada excerto existe um código constituído por dois números que permite referenciar o mesmo na aplicação Dedoose).

4.2.1 Desafios na prestação de cuidados

Esta categoria decorre da percepção dos profissionais entrevistados sobre as consequências da implementação do “New Public Management” e de como estas se reflectem actualmente na prestação dos cuidados de saúde. Também responde directamente à primeira questão de partida: “*De que modo as ideias associadas ao NPM se reflectem actualmente nos cuidados de saúde?*”. O seguinte excerto aborda os dois contextos, antes e pós NPM, referindo as dificuldades actuais: “*Actualmente as principais dificuldades com que me deparo relacionam-se com uma maior solicitação que eu antigamente não sentia por parte de tudo, tanto de colegas de médicos como de nível superior como dos próprios doentes relacionado com o tipo de doentes que hoje em dia encontramos. Além disso tudo, há toda uma série de situações que antigamente não eram atendidas nos recursos das pessoas, nos recursos humanos, recursos materiais que hoje em dia há uma maior atenção para esse facto o que transforma um bocadinho o nosso dia a dia e dificulta o nosso turno. Acabamos por ter que fazer algumas coisas que antigamente não fazíamos, e sobra-nos menos tempo para fazer algumas coisas*” (16-698)².

4.2.1.1 Sub-categorias

Tabela 3: Desagregação da categoria <i>Desafios na prestação de cuidados</i> .		
<u>Desafios na prestação de cuidados</u>		
Sub-categorias	Sub-sub-categorias	Descrição
Informatização		Informatização dos registos de enfermagem.
	Despersonalização dos cuidados	Despersonalização dos cuidados como consequência da utilização informática. “ <i>Veio roubar e acho que veio despersonalizar os cuidados. E mesmo o profissional, porque nós não passamos de um login, somos um número mecanográfico, entramos no sistema e mais nada</i> ” (4975-5156).
	Maior consumo de	A utilização informática despende mais tempo aos

² Código de referencia da citação na aplicação Dedoose, utilizada para tratamento e análise das entrevistas.

	tempo	profissionais. <i>“Consome muito, muito...O que não te permite tanto tempo junto dos doentes como é obvio e prestar cuidados da mesma forma...Com qualidade” (1815-1990).</i>
Cansaço		Desgaste físico e emocional. <i>“Houve um aumento do trabalho que eu, como já referi antes, notei. Notei muito em termos de cansaço por que isso prejudica porque por si só trabalhar por turnos já é cansativo e às vezes não estamos com a mesma disposição” (1898-2118).</i>
Desmotivação		Falta de motivação.
	Baixa remuneração	Os profissionais consideram que são mal remunerados. <i>“Mas é assim, a ausência dos bónus que tínhamos, ate subsídio de férias, subsídio de natal, redução dos vencimentos, tudo isso levou a que o enfermeiro ficasse desmotivado, há uma maior desmotivação na nossa classe” (3228-3613).</i>
	Falta de valorização profissional	Os profissionais consideram que não são reconhecidos pelo seu trabalho. <i>“A principal dificuldade é o reconhecimento da nossa profissão, o reconhecimento da nossa individualidade, da nossa autonomia é o principal desafio no dia a dia que eu sinto. O reconhecimento de todas as partes de todas as classes profissionais mesmo da enfermagem incluindo os doentes” (14-694).</i>
Escassez de		Falta de recursos necessários para a prestação de

recursos		<p>cuidados.</p> <p><i>“O que mudou basicamente foi que exigem melhores cuidados com menos recursos. Quer em termos, às vezes, materiais mas também em recursos humanos. Exigem que tu trates dos mesmos doentes, ou até mais, mas com menos pessoas a cuidar desse doente. Isso depois acaba por haver uma selecção natural, não é?” (1273-1573).</i></p>
	Escassez de recursos materiais	Diminuição de recursos materiais.
	Escassez de recursos humanos	Diminuição de recursos humanos.
Falta de tempo		<p>Falta de tempo para o cumprimento das tarefas ou para estabelecer o relacionamento enfermeiro/doente.</p> <p><i>“É mesmo isso... é o correr do dia-a-dia em que nós não temos tempo para estar realmente com o doente com calma, prestar todos os cuidados técnicos, humanos, poder sair da beira dele sentindo que fizemos um bom trabalho e que ele melhorou um pouco. Temos que andar sempre a correr. Basicamente não temos tempo para parar e reflectir se... até ajustar o nosso plano de trabalho, que faz parte do dia-a-dia o nosso plano de trabalho, e ajustar, é dizer – “olhe, este senhor, se calhar, precisava de estar ali 10 minutos a cuidar dele. Não só a dar-lhe medicação, não só a fazer um penso ou ir com ele fazer um exame.” – Ele precisa de alguém que esteja ao lado dele e um enfermeiro é isso, não é?” (2188-3156).</i></p>

<p>Má organização do trabalho</p>		<p>Gestão deficiente dos recursos e falta de coordenação de actividades entre relação médico/enfermeiro e superiores.</p> <p><i>“Também outro dos desafios, muitas vezes, é querer fazer um penso e não teres material, é querer uma terapêutica e não a teres e necessitates de andares a telefonar, de andares a envolver terceiros, coisas que não dependem de ti e que muitas vezes é urgente e não está uma pessoa disponível para porque também está ocupada a fazer outra coisa. Acho que é desorganização” (846-1362).</i></p>
<p>Pressão</p>		<p>O aumento da pressão para a Administração Pública funcionar de uma forma mais eficiente, mais económica e orientada para o cliente, trouxe mudanças organizacionais o que vieram gerar mais pressão para os profissionais.</p> <p><i>“E temos uma responsabilidade muito grande. Além da pressão natural da profissão, que já é grande, não é? Porque tratamos de pessoas, temos a pressão da evolução, ou seja da evolução como profissional porque também tendo mais anos de profissão exige de ti mais, provavelmente saberás mais. E a pressão também da gestão, de que apesar de tu teres um doente que precisa de mais cuidados, tu tens que fazer tudo na mesma hora e com a mesma capacidade, não é?” (6401-6855).</i></p>
<p>Relações interdisciplinares</p>		<p>Relacionamento difícil entre a equipa multidisciplinar.</p> <p><i>“Relativamente às pessoas com quem trabalho, sinto, às vezes, alguma dificuldade de comunicação,</i></p>

		<i>de abertura, porque noto, às vezes, alguma falta de comunicação, alguma falta de respeito, alguma falta de tolerância, e isso repercute-se no bem estar no trabalho, na forma como as pessoas lidam umas com as outras e acaba por também ter alguma influência sobre o doente” (394-761).</i>
Sobrecarga horária		<p>Maior número de horas de trabalho.</p> <p><i>“Olha, uma das grandes mudanças que se calhar eu sofri, que notei ao longo do tempo, foi o aumento de horas de trabalho. Houve uns anos que trabalhei 35 horas, outros que trabalhei 40 e por aí” (1705-1897).</i></p>
Sobrecarga de trabalho		<p>Excesso de trabalho, traduzido por um maior numero de tarefas.</p> <p><i>“O aumento da carga de trabalho, portanto, o rácio enfermeiro/doente, no nosso serviço não se nota isso, continua o mesmo, embora estamos cá menos enfermeiros, quer dizer, o rácio não alterou, não é? Continua a ser o mesmo rácio, mas embora aumentando a carga de trabalho, aumento o número de complicações, não é? Investe-se mais nos doentes, daí que se aplique mais técnicas, não é? Daí que a prestação de cuidados de enfermagem está diferente, está muito mais exigente” (856-1358).</i></p>
Acompanhamento da evolução científica		<p>Dificuldade à adaptação constante à evolução científica e tecnológica e limitações económicas que dificultam a formação extra.</p> <p><i>“No meu caso, por exemplo, nós temos mais doentes de neurocirurgia, de trauma, são doentes novos que exigem conhecimentos e nós não temos</i></p>

		<i>formação que nos dê esses conhecimentos, não temos suporte financeiro para poder ir tirar um curso, para podermos prestar melhores cuidados e, no entanto, continuamos a ser pressionados porque temos que saber e na nossa profissão nós cuidamos de pessoas, não é?” (6001-6400).</i>
Fonte: Elaboração própria.		

4.2.2 Características do enfermeiro

A categoria *Características do enfermeiro* decorre da caracterização das competências do enfermeiro consideradas de maior valor pelos próprios profissionais. O seguinte excerto resume algumas destas características: “*Obvio que a nível técnico o enfermeiro tem que ser exímio mas acima de tudo acho que um bom enfermeiro traduz-se pela sua humanização pela pessoa que é, transmissão de paz serenidade ao doente, aos colegas para um bom funcionamento da equipa, e a solidariedade também entre a equipa de forma a proporcionar um bom ambiente.*” (648-969).

4.2.2.1 – Sub-categorias

Tabela 4: Descrição das Características dos enfermeiros.	
<u>Características dos enfermeiros</u>	
<i>Sub-categoria</i>	<i>Descrição</i>
Competência	Apresentar conhecimento científico e técnico. <i>“As principais características e qualidades... Acho que primeiro, isto é uma redundância, mas o enfermeiro tem de ser bom teoricamente. Tem de saber o que está a fazer, perceber os diferentes domínios, seja ventilação, seja monitorização, seja as diferentes patologias. Isso acho que tem de ser transversal a todos. Tem de ser bom tecnicamente, se possível ir-se aprimorando” (1804-3832).</i>
Relação de ajuda	Estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança, que permita o apoio e a ajuda a quem dela necessita. <i>“A capacidade de ser empático e a nível relacional a atenção de olhar para o</i>

	<i>doente como um todo” (1380-1930).</i>
Ser humano	<p>Ser bondoso e compassivo.</p> <p><i>“Eu acho que um enfermeiro mais do que qualidades técnicas que temos que ter obviamente, para podermos exercer a nossa profissão, temos que ser humanos, temos que ser... não sei, ter algo especial que nos diferencia dos outros para lidarmos com as pessoas. Ser humanos, ser tolerantes, trabalhar com calma para ouvir os doentes. Às vezes abstraímos-nos até um bocadinho do nosso lado pessoal para estarmos o melhor possível, para que isso não se transmita para as outras pessoas. Mas, sobretudo, a palavra que me ocorre é a palavra sermos humanos” (1149-1692).</i></p>
Capacidade de gerir situações	<p>Capacidade de estabelecer prioridades e de improviso.</p> <p><i>“É importante que saibamos definir prioridades, muitas das vezes, eu sei que os cuidados de higiene e conforto a um doente são muito importantes, muitas das vezes até pode ser mesmo prioritário entre muitas coisas, mas às vezes para assegurar a vida, não é? E acho que o enfermeiro deve saber definir prioridade” (6962-3274).</i></p>
Bom relacionamento	<p>Bom relacionamento com os restantes membros da equipa multidisciplinar.</p> <p><i>“É importante a flexibilidade e o permitir a comunicação entre as várias classes, porque eu acho que o enfermeiro acaba por estar ali também no meio de... entre médicos, e entre auxiliares, e entre administrativos, eu acho que ele acaba por ser aquela ponte de ligação, acho que é um pouco isso” (1017-1547).</i></p>
Fonte: Elaboração própria.	

4.2.3 Mudanças provocadas pela NGP

Esta categoria surge da necessidade de classificar a problemática das alterações introduzidas pela NGP e as novas exigências da Gestão Hospitalar, respondendo directamente à segunda questão de partida: *“Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das exigências da nova gestão hospitalar?”*. O seguinte excerto é o mais objectivo relativamente a esta categoria ao efectuar uma comparação com o passado e as exigências actuais: *“Algo que eu tenho notado que se tem agravado nos últimos tempos, é cada vez uma maior exigência em termos de carga de*

trabalho para cada vez menos pessoas a executar, o que cada vez vai diminuindo por sua vez mais a qualidade e vai aumentar mais os gastos, ao contrário do que seria suposto, e isso talvez seja o que as políticas quisessem fazer.” (11-357).

4.2.3.1 Sub-categorias

Tabela 5: Descrição das mudanças provocadas pela Nova Gestão Pública.

<u>Mudanças provocadas pela Nova Gestão Pública</u>	
<i>Sub-categoria</i>	<i>Descrição</i>
Priorização às técnicas e tarefas	<p>Prestação de cuidados baseada na preocupação de cumprir com a execução das tarefas que estão atribuídas, em detrimento da parte relacional.</p> <p><i>“Centralizam a sua actividade e a sua prestação quase em tarefas e não na pessoa, e eu tenho que prestar cuidados de higiene, eu tenho que fazer pensos eu tenho que ver os cateteres, eu tenho que aspirar o doente, eu tenho que posicionar o doente, mas eu não tenho a pessoa como o centro, eu tenho estas coisas para fazer mas não tendo em conta aquela pessoa” (13990-143479).</i></p>
Diminuição da qualidade dos cuidados	<p>Esta diminuição da qualidade dos cuidados é atribuída à percepção dos profissionais devido à sobrecarga de trabalho, desmotivação e escassez de recursos.</p> <p><i>“As dificuldades têm a ver com o aumento da carga de trabalho, que eu acho que na minha perspectiva prejudicou a qualidade dos cuidados” (11-146).</i></p> <p><i>“Acho que diminuiu a qualidade, vejo pelo nosso serviço, mas como dizia anteriormente acho que é mesmo pela motivação. Acho que resume tudo. E também por nossa culpa porque acho que apesar de não estarmos motivados os doentes não têm culpa” (514-753).</i></p> <p><i>“Depois todas as mudanças que implicam também a restrição de meios ao dispor, todas as mudanças que implicam menos recursos para que possamos prestar cuidados que também se reflectem quanto a mim</i></p>

	<i>significativamente na qualidade de cuidados que são prestados” (2240-2543).</i>
Aumento dos custos	<p>Este aumento de custos ocorre como consequência da escassez dos recursos, o que vai ter como consequência complicações nos doentes que vai significar um gasto não intencionado.</p> <p><i>“Por isso eu só vejo desvantagens em termos de políticas porque isto vai dar mais custos, vai dar tempos no internamento maiores, vai resultar em doentes com outcomes muito piores, com mais encargos para o estado porque vão sair mais débeis, com necessidade de reabilitação e outros motivos. Há mais gastos em termos de antibioterapia, com tudo o que isso acarreta, com multiresistências” (1073-1793).</i></p>
Flexibilidade de horários	<p>Não cumprimento do número de horas semanal.</p> <p><i>“Em termos da mudança destas políticas, é esta flexibilidade de horários, não haver respeito pelos contratos efectuados pelos trabalhadores, é o abuso de horas em determinados meses, outros que não é preciso e vais para casa e isso reflecte-se na forma como estamos no trabalho” (4506-4781).</i></p>
Orientação económica	<p>Orientação para o valor do dinheiro.</p> <p><i>“Assim genericamente, se calhar, aquilo que toda a gente acha. É muito importante o dinheiro agora, é muito importante poupar, portanto, não se olha muitas vezes à qualidade, o que importa é fazer com o menor custo, não é?” (16226-1644).</i></p>
Melhoria na qualidade da informação	<p>Melhor rigor e uniformidade nos registos de enfermagem.</p> <p><i>“Eu acho que o efeito positivo é mesmo o rigor, a uniformidade e utilização dos dados” (4022-4108).</i></p>
Consciencialização para os gastos	<p>Os profissionais começaram a ter mais consciência para evitar o desperdício.</p> <p><i>“É assim os cortes orçamentais levaram a que se calhar a que houvesse um despertar da necessidade das pessoas racionalizarem os seus actos</i></p>

	<i>não é, ou seja, a racionalizar os seus actos de maneira a diminuir os custos a tentar pensar bem se é necessário gastar determinadas coisas com aquele doente portanto é o efeito positivo que eu de imediato reconheço” (1541-1895).</i>
Fonte: Elaboração própria.	

4.2.4 Humanização

Esta categoria emerge da caracterização efectuada pelos entrevistados sobre a humanização dos cuidados e permite assim definir este conceito no contexto dos cuidados de saúde, contribuindo para uma especificação mais precisa desta característica presente na terceira questão de partida: “*De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?*”. O seguinte excerto poderia ser utilizado como uma das definições possíveis de “Humanização dos cuidados”: “*A humanização de cuidados consiste em não olhar para o doente só como aspectos técnicos, mecânicos digamos assim, mas olhar para a pessoa em si. Ver que está ali um ser humano, ver que está ali uma pessoa que tem uma família lá fora que está a sofrer tanto como ele, uma pessoa que tem problemas, que está ali se calhar preocupado com alguma coisa, que pode estar com dor, que pode ter um sem número de coisas à volta que não só aquela patologia da qual se está a queixar, e que devemos tratar da melhor maneira possível porque é um igual a nós e podemos estar nós ali naquele lugar.*” (5286-5868).

4.2.4.1 Sub-categorias

Tabela 6: Descrição da humanização dos cuidados.	
<u>Humanização dos cuidados</u>	
<i>Sub-categoria</i>	<i>Descrição</i>
A pessoa como centro	O doente é considerado como figura central de todo o Sistema de Saúde. <i>“Eu acho que a humanização é transversal a tudo isto, ou seja, eu não consigo prestar cuidados humanizados, entre aspas, se não tiver em conta que o meu objecto de cuidados é a pessoa, primeira coisa, não é nem a hipertensão nem o penso, é a pessoa, e por isso tenho de ter em conta nessa pessoas quais são os seus conhecimentos por um lado, a sua capacidade de decidir, por outro, em relação àquilo que lhe é oferecido em termos de cuidados, e por outro lado</i>

	<p><i>criar uma relação que facilite o esclarecimento de dúvidas, a informação mais esclarecida possível, não é? Mas parte-se sempre do considerar a pessoa como o meu objecto de cuidados porque só assim é que eu consigo manter a dignidade, a privacidade, todas essas questões éticas que partem do facto de ser uma pessoa, o meu objecto de cuidados, e não uma máquina ou outra coisa qualquer. Só assim é que posso manter a humanização dos cuidados” (7689-8587).</i></p>
Comunicação	<p>Comunicação enfermeiro/doente, enfermeiro/família.</p> <p>“Relativamente á humanização, eu acho que consiste numa boa comunicação entre enfermeiro/doente, enfermeiro/família, enfermeiro/restante equipa multidisciplinar” (1874-2504).</p>
Cuidar holístico	<p>Olhar para o doente de forma holística vendo-o como um todo.</p> <p>“É assim, eu acho que a humanização de cuidados é assim, é vermos o doente como um todo, não nos esquecermos que é um ser bio-psico-social” (6041-6659).</p>
Empatia	<p>È a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, sentir os seus sentimentos, estar na sua situação ver através dos seus olhos.</p> <p>“Eu acho que aqui entra um bocadinho naquilo que se tinha falado um bocadinho acima nas principais características/qualidades de um enfermeiro e porque eu já tinha dito, nós não tratamos de folhas nem de papéis, tratamos de pessoas, portanto, temos que nos lembrar que é de pessoas que estamos a tratar. Isto, a humanização, é poder sentir aquilo que o doente sente ou poder imaginar, termos essa capacidade de podermos-nos pôr na pele e tentar compreender quais são as preocupações do doente” (18653-19829).</p>
Tornar humano	<p>Enfatizar valores humanos e éticos.</p> <p>“Humanização consiste neste último tópico que acabei de falar, deixarmos de ser números, nós profissionais e nós doentes, até porque os papéis invertem: hoje profissional, amanhã doente. Sobretudo, acho que passa muito por aí, pensarmos nos valores humanos, pensarmos nas pessoas, ainda que em paralelo com números porque são importantes” (5169-5718).</p>

<p>Envolvimento da família</p>	<p>Envolver a família na prestação de cuidados ao doente.</p> <p><i>“Mas humanizar é a gente conseguir exactamente fazer ao outro... ou colocando-nos no lugar dele, é tentar ser o mais racionais e humanos, tentar ser empático com o doente. Até com a própria família... a gente às vezes descarta a família e a família é muito importante no tratamento do doente e acho que isso é mesmo humanizar e conseguir envolver toda a gente no processo de cuidar do doente” (6275-6861).</i></p>
<p>Advogado do doente</p>	<p>Defender o doente como ele o faria se pudesse, se tivesse conhecimentos e vontade.</p> <p><i>“Outra coisa em termos de humanização, acho também muito importante defendermos o doente, e falo defender o doente muitas vezes até do médico. Acho que muitas vezes nós temos que olhar para o doente como se fosse, e é assim que ele é, como se fosse nosso, a nossa responsabilidade, e defendê-lo, e se alguma coisa não está bem, se nós não concordamos com o plano terapêutico, se nós não concordamos com as medidas que vão ser tomadas, se nós sabemos fundamentar e sabemos o que estamos a dizer.” (116660-12778).</i></p>
<p>Proporcionar uma morte digna</p>	<p>Ajudar a morrer com dignidade.</p> <p><i>“Às vezes, não estamos a dar uma morte digna às pessoas quando acho que já devíamos ter parado antes, não sei, já há cortes nuns lados mas noutros há gastos a mais porque não há bom senso.” (3976-4163).</i></p>
<p>Fonte: Elaboração própria.</p>	

4.2.5 Condições necessárias para a humanização

Esta categoria reflecte as condições consideradas necessárias, pelos profissionais entrevistados, para que seja possível imprimir humanização à prestação de cuidados. Apresenta-se também como um reforço no detalhe da resposta à terceira questão de partida: *“De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?”*. O seguinte excerto traduz uma das opiniões mais enfáticas neste sentido: *“Aumento dos recursos tanto a nível físico, material como a nível dos profissionais, uma maior comunicação entre as equipas de enfermagem, médicos assistentes operacionais e acho que também a maior valorização por parte dos teus colegas e dos teus superiores hierárquicos.” (2519-2790).*

4.2.5.1 Sub-categorias

Tabela 7: Condições necessárias para a humanização.

<u>Condições necessárias para a humanização</u>		
<i>Sub-categoria</i>	<i>Sub-sub-categoria</i>	<i>Descrição</i>
Recursos disponíveis		Recursos necessários para a humanização.
	Recursos humanos disponíveis	Recursos humanos necessários para se poder humanizar os cuidados. <i>“Por exemplo, no nosso caso acho que era importante mais um enfermeiro, eu acho importante. E agora como o tipo de doentes que está a mudar e tudo, a nossa carga de trabalho aumentou bastante e tu tens de fazer o teu trabalho da mesma maneira e nem sempre consegues, eu acho que em termos de qualidade pioramos muito” (3570-3886).</i>
	Recursos materiais disponíveis	Recursos materiais disponíveis para se poder humanizar os cuidados. <i>“As condições necessárias tempo, recursos humanos, recursos materiais, acho que isso são as condições necessárias passa exactamente por aí, se isso se calhar for optimizado haverá mais tempo para os doentes e não só para a doença do doente” (5067-5307).</i>
Bom ambiente de trabalho		Bom relacionamento entre as varias equipas multidisciplinares e os superiores. <i>“Muita comunicação acima de tudo, entre as diferentes classes, o saber ouvir, o saber escutar, são condições extremamente importantes” (3031-3164).</i>
Motivação		Os profissionais estarem motivados para o trabalho que

dos profissionais		<p>lhes compete.</p> <p><i>“Exactamente! E depois é assim, o facto de sermos reconhecidos pelo esforço ajudava a que nós estivéssemos mais optimistas e fizéssemos as coisas de maneira diferente, com mais satisfação. Agora ninguém nos reconhecesse, por muito bom que tu sejas, as pessoas não reconhecem o teu trabalho” (4296-4583).</i></p>
Sensibilização dos profissionais		<p>Vontade dos profissionais para humanizar.</p> <p><i>“Eu acho que é essencialmente vontade dos profissionais de saúde, essencialmente é os profissionais estarem consciencializados que a humanização é fundamental e o tempo que as pessoas têm para dedicar ao doente, embora eu ache que não havendo tempo e havendo vontade tudo se consegue. Mas é essencialmente os profissionais terem a noção de que a humanização realmente é fundamental para a qualidade dos cuidados e que se consegue muita colaboração até dos doentes havendo este tipo de interacção” (2872-3367).</i></p>
Tempo disponível		<p>Tempo disponível para possibilitar a humanização.</p> <p><i>“As condições? Se tivéssemos mais tempo para nos dedicar ao doente, não é” (2544-2617).</i></p>
<p>Fonte: Elaboração própria.</p>		

4.2.6 Evolução da humanização

Esta categoria decorre da avaliação da humanização de cuidados nestes últimos anos, efectuada pelos entrevistados. É a que permitiu retirar respostas quantitativas devido ao seu carácter binário (Positiva/Negativa). Neste sentido, contribui também para responder à terceira questão de partida: *“De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?”*. O excerto seguinte faz uma apreciação negativa da evolução e relaciona-a directamente com o facto de os hospitais terem passado a EPE (empresarialização), i.e., passaram a implementar as medidas preconizadas na NGP: *“Eu acho que apesar de haver uma crescente preocupação, cada vez se falar mais em humanização e de*

facto, em determinados aspectos, haver alguns avanços acho que tem vindo a agravar porque hoje em dia, e os hospitais passaram a EPE's, passaram a ser gestores, estar à frente e o que importa são realmente números, e se no nosso serviço, que o rácio se manteve, pode ter havido um aumento da carga de trabalho mas o rácio manteve-se e nós conseguimos estar mais ou menos da mesma forma, há muitos sítios que certamente não conseguem porque são poucas pessoas a trabalhar para muitos doentes e têm de andar a correr e não prestam os cuidados mais adequados aos doentes.” (7477-8143).

4.2.6.1 Sub-categorias

Tabela 8: Evolução da humanização.	
<u>Evolução da humanização</u>	
<i>Sub-categoria</i>	<i>Descrição</i>
Negativa	A percepção da evolução da humanização ao longo do tempo foi negativa. <i>“Acho que está a progredir de uma forma negativa, de uma forma muito negativa.” (16894-16972).</i>
Positiva	A percepção da evolução da humanização ao longo do tempo foi positiva. <i>“Acho favorável. Apesar de tudo eu acho que nós prestamos cuidados mais humanizados do que anteriormente. Anteriormente havia uma distância muito grande entre os profissionais e o doente e agora acho que não. As pessoas já vão tendo sensibilidade para conversar um bocadinho com o doente, perceber os problemas deles, “bom dia”, “boa tarde”, “sou o enfermeiro tal”, “estou aqui para o ajudar”, “estou aqui para cuidar”. Apesar desta amálgama de informatização, de necessidades que os enfermeiros têm da parte burocrática, eu acho que eles continuam interessados em humanizar” (3380-3954).</i>

Fonte: Elaboração própria.

4.2.7 Contributos da gestão para a humanização

Esta categoria decorre das sugestões, efectuadas pelos profissionais entrevistados, de medidas organizacionais que permitiriam melhorar a humanização dos cuidados de saúde. Contribui também para aferir a relação entre a eficiência e a humanização presente na terceira questão de

partida: “De que modo os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?”

Não se evidencia nenhum excerto nesta categoria por se considerar que todos eram pertinentes.

4.2.7.1 Sub-categorias

Tabela 9: Contributos da gestão para a humanização	
<u>Contributos da gestão para a humanização</u>	
<i>Sub-categoria</i>	<i>Descrição</i>
Adequar recursos humanos	<p>Aumento do rácio enfermeiro/doente.</p> <p><i>“Olha, neste momento, face ao índice de carga de trabalho, haver um maior número de profissionais por turno, não só de enfermagem mas também nas outras áreas, mesmo profissionais indirectos ao serviço, seja para fazer exames de diagnóstico, etc., que, por vezes, essa falta vem desumanizar porque vem obrigar os profissionais a fazer tudo muito rápido sem dar atenção ao doente que por vezes está a falar e a gente quase que é obrigado a ignorar porque senão não atende a resposta.” (9737-10216).</i></p>
Envolvimento dos trabalhadores	<p>Envolver os profissionais na organização.</p> <p><i>“Exactamente! Porque se nós formos incluídos no processo de decisão na política da empresa; porque infelizmente é uma empresa que se fala, não devia ser, mas é; é óbvio que eu não posso ter um mesmo peso que um diretor numa política, mas pelo menos há formas inteligentes das chefias incluírem. Mas não é feito esse esforço, as chefias fecham-se em gabinetes, todas, desde lá de cima até cá abaixo, e não partilham, não informam, não nos tentam incluir nas políticas em que querem” (25033-25512).</i></p>
Formação	<p>Os gestores proporcionarem formação aos profissionais de forma a estarem mais despertos para a humanização.</p> <p><i>“Formar mais as pessoas ou inculir-lhes este sentido. Vejo muitas formações no meu serviço meramente técnicas, não vejo grande investimento nesta área.</i></p>

	<i>Percebo que não são assuntos fáceis de abordar mas não deixam de ser importantes” (14148-1438).</i>
Comissão de humanização mais interventiva	<p>Tornar as acções da comissão de humanização mais visíveis no terreno.</p> <p><i>“Contrariamente a outras comissões no hospital come sendo a comissão de infecção. Que são dinâmicas, que realmente existem e que fazem alguma coisa. Relativamente à humanização não noto, mas se calhar o problema pode ser meu, não sei. Se calhar há outras pessoas no serviço que se calhar notam isso, mas duvido porque nem sequer é algo que não é falado, não é...Não é transmitido. Enquanto que quando há algum efeito que se note, enquanto noutras comissões se nota o efeito, nota-se a presença dela. Então, seria também haver uma maior interligação com a comissão já que existe, não é? Exactamente! Mais activa se calhar. Pode ser realmente activa se calhar até noutros serviços, sem ser nos cuidados intensivo” (5137-6184).</i></p>
Motivar os profissionais	<p>Criar formas de motivar os profissionais.</p> <p><i>“Pronto, é assim, olha, se for em termos, por exemplo, a desmotivação, como motivar um profissional?” (11436-11535).</i></p>
Melhorar sistema informático	<p>De forma a permitir mais rapidez na utilização.</p> <p><i>“Sei que temos de ter vários programas informativos, haver algum que fosse melhor ainda, não sei se é possível, para que os registos fossem mais rápidos mas com a mesma precisão, com a mesma eficácia e que nos permitisse estar mais tempo junto do doente e da prestação do cuidado directo” (9463-9751).</i></p>
Melhorar a estrutura física	<p>De forma a proporcionar mais conforto ao doente.</p> <p><i>“Olha, se calhar começava até pelas estruturas físicas, não é? Por exemplo, pensando numa enfermaria como é que se consegue ter qualidades, pensar em humanização nas condições físicas que o nosso hospital por exemplo tem? Portanto, começaria até por mudar a estrutura física. Nas enfermarias, não é? Melhorando até o conforto. A pessoa sentindo-se mais confortável, internada mas mais confortada, sentindo um ambiente mais familiar. Por exemplo, começava pela estrutura física. Que também não ajuda.” (4617-5115).</i></p>
Sensibilização	Os órgãos de topo estarem sensibilizados para incluírem a humanização na

dos cargos de gestão	gestão. <i>“Eu acho que essencialmente a gestão tem de estar desperta para isto, tem que mostrar interesse em que a humanização é importante, porque a gestão é o rosto do serviço. Se a gestão não mostra que a humanização é importante, que o tecnicismo acima da humanização, claro que quem está na prestação vai desenvolver essa apetência para o tecnicismo. Pronto, pode até ser avaliado nas perspectivas... os objectivos da instituição são importantes, os objectivos do serviço também muito importante, e a gestão está alerta de que isto é importante e demonstrar realmente vontade em que haja humanização” (3966-4556).</i>
Fonte: Elaboração própria.	

4.3 Análise dos resultados

A análise global dos dados recolhidos está em consonância com a literatura existente relativa ao tema da humanização dos cuidados de saúde, no entanto, nota-se a influência do momento sócio-político-económico actual, nomeadamente na enfatização dos aspectos económicos sobre os humanos. A constatação da existência desta variável colateral ao estudo constituiu um desafio acrescido na classificação das respostas porque as dificuldades conjunturais que se vivem actualmente influenciam negativamente a perspectiva dos profissionais de enfermagem. Assim, foi necessário avaliar com maior detalhe cada uma das respostas para se poder aferir com maior precisão o peso conjuntural e obter um resultado mais em conformidade com o que realmente pensam estes profissionais sobre os itens sob estudo deste trabalho – a humanização dos cuidados.

A análise efectuada é de cariz acentuadamente qualitativo sendo por isso desprezadas as pequenas diferenças quantitativas existentes entre os vários indicadores (sub-categorias) seleccionadas. Em primeiro lugar é realizada uma análise mais agregada ao nível da categoria e depois para cada item dentro de cada categoria.

Tabela 10: Tabela de frequências das categorias e sub-categorias.			
#	Categoria	Frequência	Peso relativo
100	Desafios na prestação de cuidados	98	32,9%
110	Informatização	8	2,7%

111	Despersonalização dos cuidados	3	1,0%
112	Maior consumo de tempo	5	1,7%
120	Cansaço	9	3,0%
130	<i>Desmotivação</i>	15	5,0%
131	Baixa remuneração	8	2,7%
132	Falta de valorização profissional	7	2,3%
140	<i>Escassez de recursos</i>	13	4,4%
141	Escassez de recursos materiais	6	2,0%
142	Escassez recursos humanos	7	2,3%
150	Falta de tempo	9	3,0%
160	Má organização do trabalho	7	2,3%
170	Pressão	6	2,0%
180	Relações interdisciplinares	8	2,7%
190	Sobrecarga horária	4	1,3%
194	Sobrecarga de trabalho	13	4,4%
196	Acompanhamento da evolução científica	5	1,7%
200	Características do enfermeiro	40	13,4%
210	Competência	11	3,7%
220	Relação de ajuda	11	3,7%
230	Ser Humano	9	3,0%
240	Capacidade de gerir situações	2	0,7%
250	Bom relacionamento	7	2,3%
300	Mudanças provocadas pela Nova Gestão	36	12,1%
310	Prioridade às técnicas e tarefas	11	3,7%
320	Diminuição da qualidade dos cuidados	12	4,0%
330	Aumento dos custos	2	0,7%
340	Flexibilidade de horários	2	0,7%
350	Orientação económica	3	1,0%
360	Melhoria na qualidade da informação	3	1,0%
370	Consciencialização para os gastos	3	1,0%
400	Humanização dos cuidados	41	13,8%
410	A Pessoa como “centro”	8	2,7%
420	Comunicação	5	1,7%
430	Cuidar holístico	7	2,3%
440	Empatia	6	2,0%
450	Tornar humano	5	1,7%

460	Envolvimento da família	6	2,0%
470	Advogado do doente	1	0,3%
480	Proporcionar uma Morte digna	3	1,0%
500	Condições necessárias para a humanização	30	10,1%
510	<i>Recursos disponíveis</i>	9	3,0%
511	Recursos humanos disponíveis	7	2,3%
512	Recursos materiais disponíveis	2	0,7%
520	Bom ambiente de trabalho	4	1,3%
530	Motivação dos profissionais	5	1,7%
540	Sensibilização dos profissionais	3	1,0%
550	Tempo disponível	9	3,0%
600	Evolução da humanização	16	5,4%
610	Negativa	14	4,7%
620	Positiva	2	0,7%
700	Contributos da gestão para humanização	38	12,8%
710	Adequar os recursos humanos	10	3,4%
720	Envolvimento dos trabalhadores	9	3,0%
730	Formação	4	1,3%
740	Comissão de humanização mais interventiva	2	0,7%
750	Motivar os profissionais	6	2,0%
760	Melhorar o Sistema Informático	1	0,3%
770	Melhorar estrutura física	1	0,3%
780	Sensibilização dos cargos de gestão	5	1,7%

Fonte: Elaboração própria.

Na tabela 10 a coluna das “Frequências” corresponde ao número de entrevistados que referiram a sub-categoria correspondente. A frequência das Categorias corresponde ao somatório das suas sub-categorias ligadas. O mesmo acontece às sub-categorias que contêm sub-sub-categorias. A coluna “Peso relativo” corresponde ao peso do item dentro do universo total de 298 (duzentos e noventa e oito) citações.

Para melhor evidenciar os resultados escolheram-se gráficos do tipo “torta” onde se podem observar tanto a frequência como o peso relativo das citações.

4.3.1 Análise global das categorias

Da observação do gráfico 4 constata-se facilmente que a maioria dos entrevistados (33%) realçou a categoria dos “Desafios na prestação de cuidados”, obtendo este indicador mais do dobro das referências do que o segundo mais citado, demonstrando as dificuldades sentidas com a implementação do NPM a consciencialização dos profissionais para os pressupostos necessários para uma correcta implementação da NPM.

Também sobressai nesta análise (gráfico 4) a **Evolução da humanização** como o indicador menos referido (5%), no entanto, este resultado deve-se ao cariz mais objectivo da pergunta. Assim sendo, este valor reflecte apenas uma citação por cada entrevistado (um total de 16). As restantes categorias apresentam um equilíbrio entre as citações. Como as categorias foram definidas em função das questões de partida, este equilíbrio no número de citações reflecte a correcta selecção das mesmas na identificação das hipóteses para comprovar a tese.

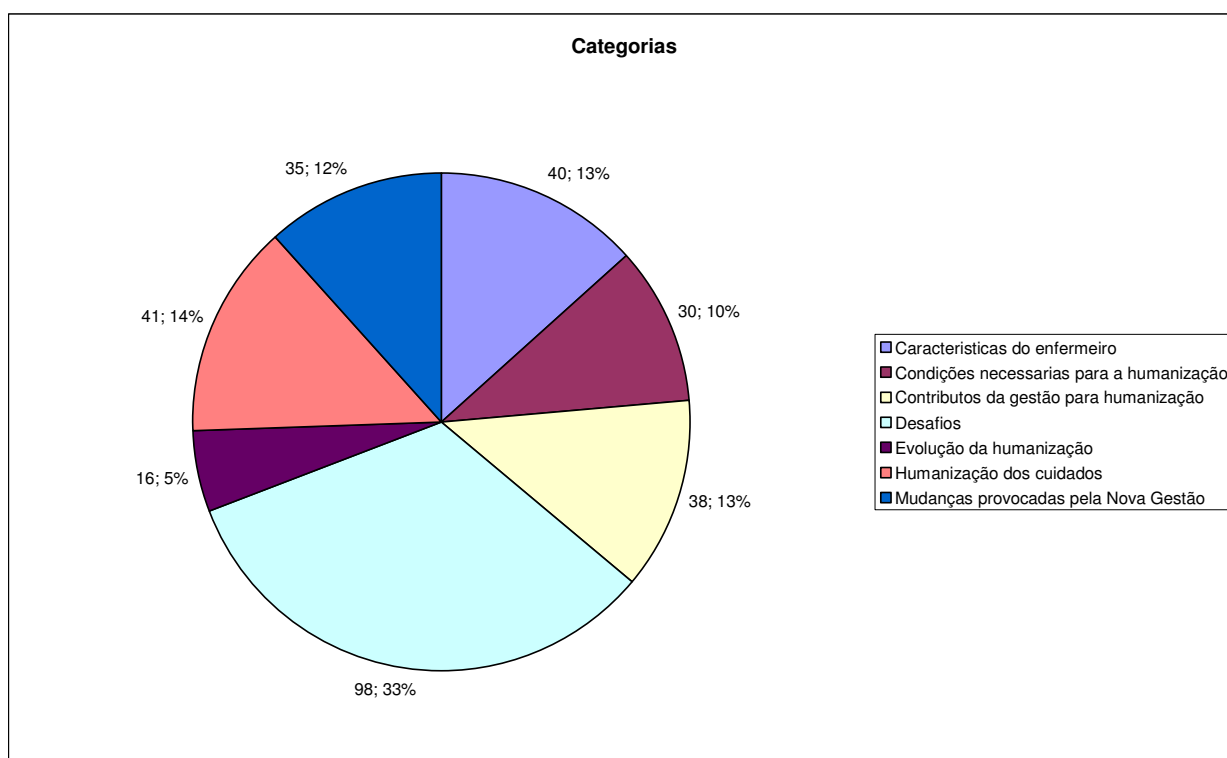


Gráfico 4 – Distribuição do total de citações pelas categorias.

4.3.2 Análise por categoria

Nesta secção é efectuada uma análise detalhada para cada categoria e para cada sub-categoria citada dentro desta, comparando os respectivos pesos relativos.

4.3.2.1 Desafios na prestação de cuidados

O gráfico 5 tem como sub-categorias mais citadas a **Desmotivação** (15 citações em 16 possíveis) representando este o item mais paradigmático relativamente à conjuntura actual. O seguinte excerto das entrevistas, confirma-o: *“Agora, sim, é difícil não escapar a falar sobre a conjuntura, sobre o estado actual, trabalhamos em equipa, trabalhamos com outros profissionais, revemos nessas pessoas ou revemos falta de motivação, as pessoas já andam entristecidas, mas isso também é um mal do país também, não é? E isso também se vê nos dias de hoje, a vontade, a motivação com que as pessoas vêm trabalhar, se calhar não se sentem tão motivadas, se calhar não têm tanta vontade, se calhar sentem que estão, que fazem ou que têm uma profissão de demasiado risco e uma profissão que exige muito, com muitas responsabilidades, e que não vêm isso nem reconhecido remuneratoriamente, que é muito importante, nem reconhecido na sociedade, claro, está directamente proporcional também à qualidade com que nós remunerados, isso é muito importante, não é?”* (4290-5432). Motivar os profissionais para novas metodologias de gestão não é fácil quando se lhes exige trabalhar mais por menos. Seguem-se a **Sobrecarga de trabalho** e a **Escassez de recursos** como os itens mais referidos. Aqui é de salientar que estas duas sub-categorias associadas à **Sobrecarga horária** são a causa de outro Desafio mencionado, a **Falta de tempo**, que pode levar á desumanização: *“É mesmo isso... é o correr do dia-a-dia em que nós não temos tempo para estar realmente com o doente com calma, prestar todos os cuidados técnicos, humanos, poder sair da beira dele sentindo que fizemos um bom trabalho e que ele melhorou um pouco. Temos que andar sempre a correr. Basicamente não temos tempo para parar e reflectir se... até ajustar o nosso plano de trabalho, que faz parte do dia-a-dia o nosso plano de trabalho, e ajustar, é dizer – “olhe, este senhor, se calhar, precisava de estar ali 10 minutos a cuidar dele. Não só a dar-lhe medicação, não só a fazer um penso ou ir com ele fazer um exame.” - Ele precisa de alguém que esteja ao lado dele e um enfermeiro é isso, não é? Enquanto, o que eu costumo dizer: o médico acaba por ser mais técnico, o enfermeiro acaba por envolver também a parte humana do doente, não é?”* (2188-3156). Isto também é defendido por Monterroso (2011) quem refere: “Quantas vezes o enfermeiro praticou técnicas de enfermagem, sem se dirigir ao utente para lhe explicar a necessidade e o procedimento da mesma; quantas vezes um utente lhe quis falar, e não teve tempo para o ouvir, desculpando-se subtilmente”. Por sua vez a **Informatização** pode contribuir para exacerbar ainda mais esta falta de tempo como também será detalhado mais á frente.

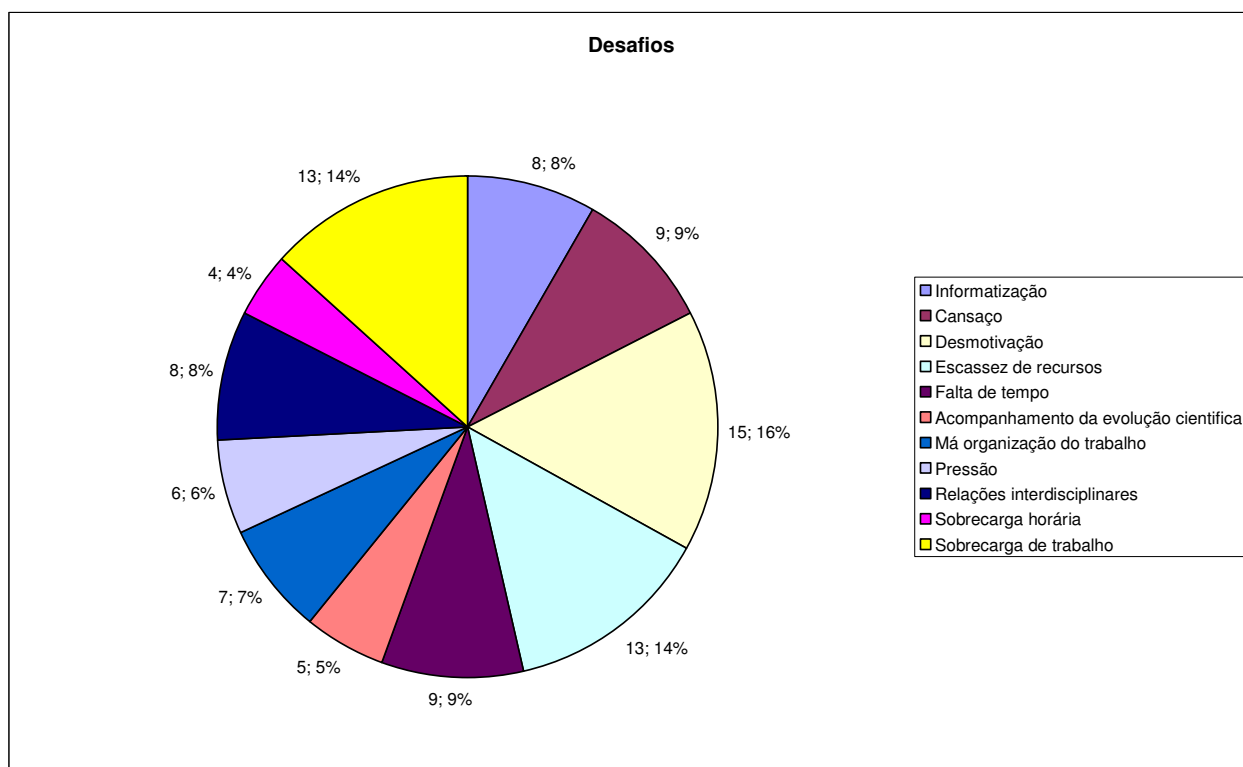


Gráfico 5 – Distribuição das sub-categorias da categoria *Desafios na prestação de cuidados*.

O **Cansaço** e **Pressão** estão bem patentes no seguinte excerto: “*Eu acho que os desafios são vários e a vários níveis. Se falarmos primeiro um bocadinho a um nível individual eu as vezes posso te referir um bocadinho de cansaço e desmotivação pessoal por excesso de horas de trabalho, às vezes alguma pressão e às vezes sinto uma dificuldade comigo própria em lidar com o cansaço e sei que devia estar melhor, mais tolerante, e às vezes não estou.*” (11-393). Embora possam ser causados pela **Sobrecarga de trabalho** e pela **Sobrecarga horária**, consequentes da adopção de estilos de gestão empresarial e insistência em fazer mais com menos dinheiro, implicaram alterações comportamentais a nível dos profissionais, os quais foram submetidos a uma maior pressão, sob o propósito de tornar as organizações mais eficazes e eficientes (Brunetto & Far-Wharton 2004), também podem simultaneamente ser desencadeados por factores inerentes à própria profissão, como refere Turley (2005), a “natureza crítica do trabalho pode causar prejuízos aos doentes/clientes causados por um breve momento de falta de atenção. Para isso contribuem alguns factores como, a acumulação de turnos ou regresso ao trabalho apenas com 8 horas de intervalo do turno anterior; o descanso inadequado devido ao horário rotativo, o facto de nunca ter hora certa para dormir; trabalhar com agentes infecciosos que podem ser causadores de doenças mortais e que basta uma picada de uma agulha ou um salpico de fluidos orgânicos que podem causar uma infecção; cada vez mais doentes para menos enfermeiros, o que, por sua vez, implica menos ajuda; desgaste físico causado por cargas físicas elevadas; lidar com pessoas e

familiares a sofrer nos limites das necessidades humanas; cuidar de quem está enfermo; expectativas e avaliações injustas; divergências com colegas de trabalho e superiores e ainda a probabilidade de ser processado”. Tudo isto pode trazer efeitos indesejados para os doentes o que vai contra o preconizado pela Nova Gestão Pública relativamente á satisfação do cliente. Podem também conduzir os enfermeiros a situações de *Bornout*: “*Acho que, neste momento, passa-se muito por processos de Bournout, de cansaço, muitas vezes de intolerância à profissão*” (10254-10786). Segundo Leiter et al (1998), Bornout, caracteriza-se por um síndrome de exaustão emocional e pela despersonalização e diminuição da realização pessoal. Relativamente à exaustão emocional esta por sua vez caracteriza-se pela falta de energia, acompanhada de um sentimento de desgaste e esgotamento emocional, a despersonalização surge como resposta impessoal, fria, distanciada e desumanizada face aos utentes (Maslach et al 1993).

Relativamente ao **Acompanhamento da evolução científica**, deve-se ao facto de se exigir aos enfermeiros uma melhor preparação, uma aquisição de um corpo de conhecimentos através de métodos científicos, uma actualização constante, com a finalidade de uma prestação mais qualificada no sentido de atingir uma maior eficácia e eficiência, onde a humanização tem de estar presente, e ser a base da sua intervenção (Cabral 2001:16). No entanto, consideram isto como um desafio, por um lado aliado à própria dificuldade em acompanhar a rapidez da evolução tecnológica e científica, e por outro devido á **Escassa remuneração** que coloca em causa esta aquisição de conhecimentos, acrescentando ainda que esta é também uma das causas da **Desmotivação** que será detalhado mais adiante. O excerto seguinte abrange este tópico: “*Se calhar também proporcionar ao enfermeiro formação, por exemplo, que eu acho que é muito importante, porque hoje em dia nós não temos suporte financeiro para poder tirar cursos, formações, ir a congressos, não é? Não temos! Por isso, das duas, uma: ou eramos aumentados em termos de vencimento ou então têm que nos dar formação, que eu acho que também está a reduzir, não é?*” (5444-6001).

Desta categoria (gráfico 5) pode concluir-se que as sub-categorias referidas estão de acordo com as alterações observadas nos recursos humanos na saúde para diminuir a contenção de custos da prestação de cuidados “o que constitui um dos campos mais controverso, e simultaneamente mais pertinente, na análise das reformas” (Carvalho 2009:92). A adopção do NPM trouxe desvantagens para os profissionais de enfermagem, os quais perceberam uma intensificação de trabalho resultante de mudanças de gestão de recursos humanos devido á redução orçamentária para

contratação de novos enfermeiros; da introdução de práticas do sector privado; da flexibilidade, mobilidade; dos contratos individuais de trabalho e precárias condições de trabalho que conduziram a uma nova organização do trabalho (Carvalho & Santiago 2009).

As sub-categorias **Relações interdisciplinares** e **Má organização do trabalho** estarão associadas ao Clima Organizacional mas também podem estar relacionados com factores internos ao serviço, podendo estes serem considerados um factor de enviesamento ao estudo.

A informatização do trabalho do Cuidar surge da tentativa do controlo dos custos, estendendo-se à tentativa de alterar o comportamento dos profissionais de forma a alinhá-los com as propostas da Nova Gestão Pública de modo a influenciar a utilização racional de recursos, sendo-lhe como um desafio às praticas clínicas (Carvalho 2009:94). A informática é hoje uma das ferramentas fulcrais em qualquer actividade profissional e social. Para as tarefas de Gestão é mesmo imprescindível. No entanto, verifica-se ainda que a relação custo/benefício associada não está totalmente assimilada por quem tem a obrigação de alimentar os sistemas de informação; introduzir a informação de baixo nível. No gráfico 6, os 62% dos entrevistados que referiram o **Maior consumo de tempo**, confirmam que ainda existe um caminho por percorrer no sentido de melhorar a eficiência desta tarefa. Os restantes 38% que referem a **Despersonalização dos cuidados** como outra sub-categoria adicional, têm implícito também a falta de tempo para a tarefa de actualização dos sistemas de informação. Assim, pode-se concluir que dos 8% que referiram a **Informatização** como um **Desafio na prestação de cuidados**, todos se estavam a referir ao “Consumo de tempo” desta actividade: *“isso também nos trouxe algumas complicações. Nomeadamente em termos materiais há um maior controlo de registo que antigamente não era efectuado mesmo a nível superior aquilo que é contabilizado não se traduz no cuidado directo com o doente mas tem de ser efectuado. Isso tira-nos algum tempo que se calhar...acabamos por fazer aquilo que é mais importante, isso não duvido, mas não fazemos da mesma forma e às vezes há algumas coisas, que eu saio com a sensação do meu turno que podia ter feito de forma diferente. Fiz o que realmente foi importante para o doente, para a vida do doente mas para a atenção ao doente não faço.”* (1005-1682). A automação das tarefas é de facto um desafio a vencer porque será, talvez, a única possibilidade de mitigar o problema da influência do factor económico na Prestação dos Cuidados; o tempo poupado com a burocracia poderá ser utilizado nas tarefas humanísticas.

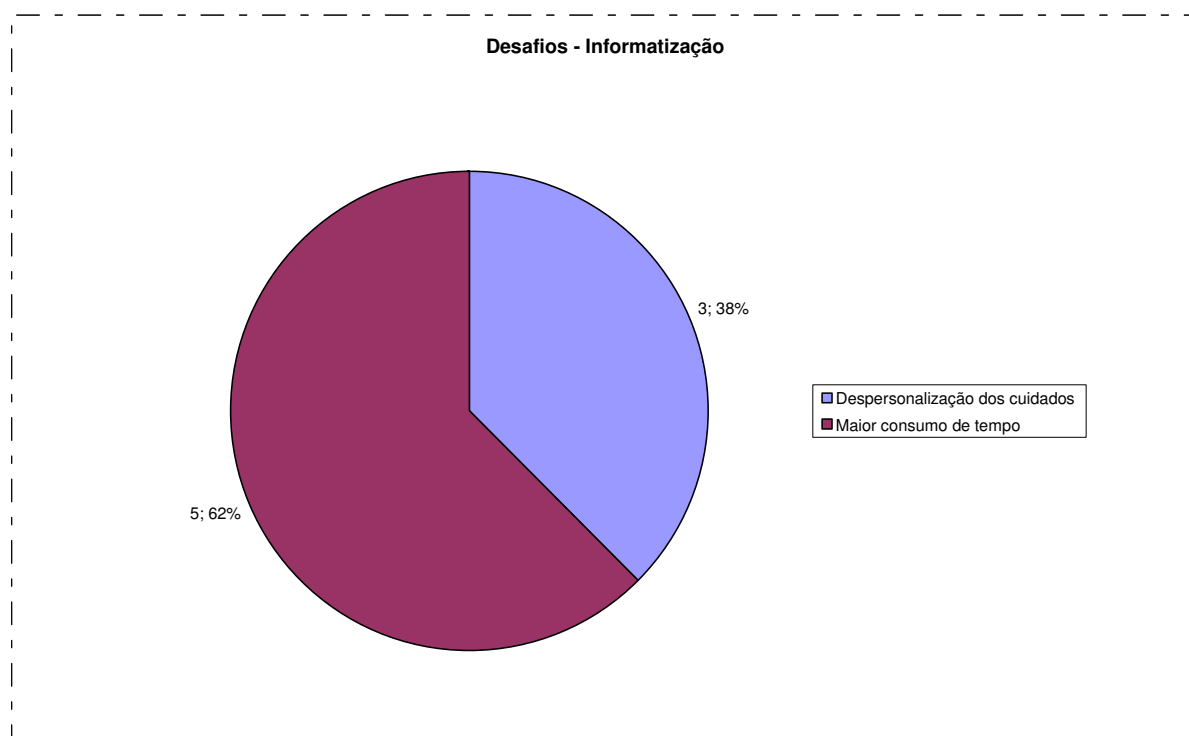


Gráfico 6 – Distribuição das sub-categorias específicas da *Informatização*.

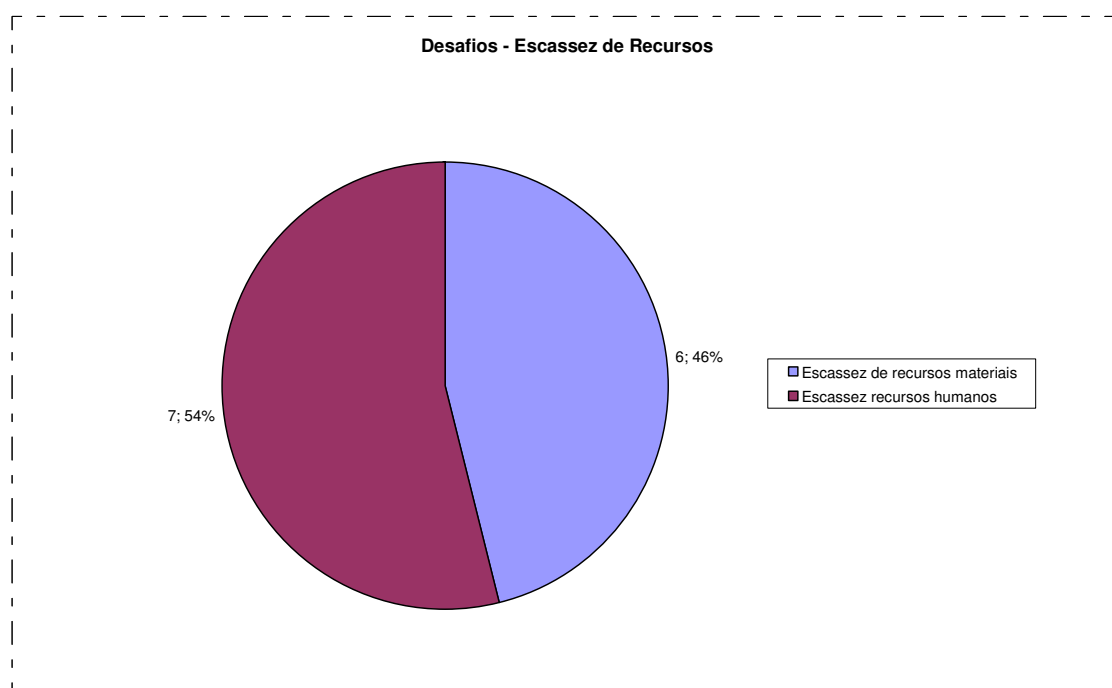


Gráfico 7 – Distribuição da *Escassez de recursos* associada aos *Desafios na prestação de cuidados*.

O gráfico 7 apresenta a distribuição da sub-categoria **Escassez de recursos** entre os **Humanos** e os **Materiais**. Quando o tema está relacionado com os desafios da NPM na prestação de cuidados de saúde, compreende-se que a componente humana se sobreponha à material pelo cariz

eminentemente personalizado destes cuidados.

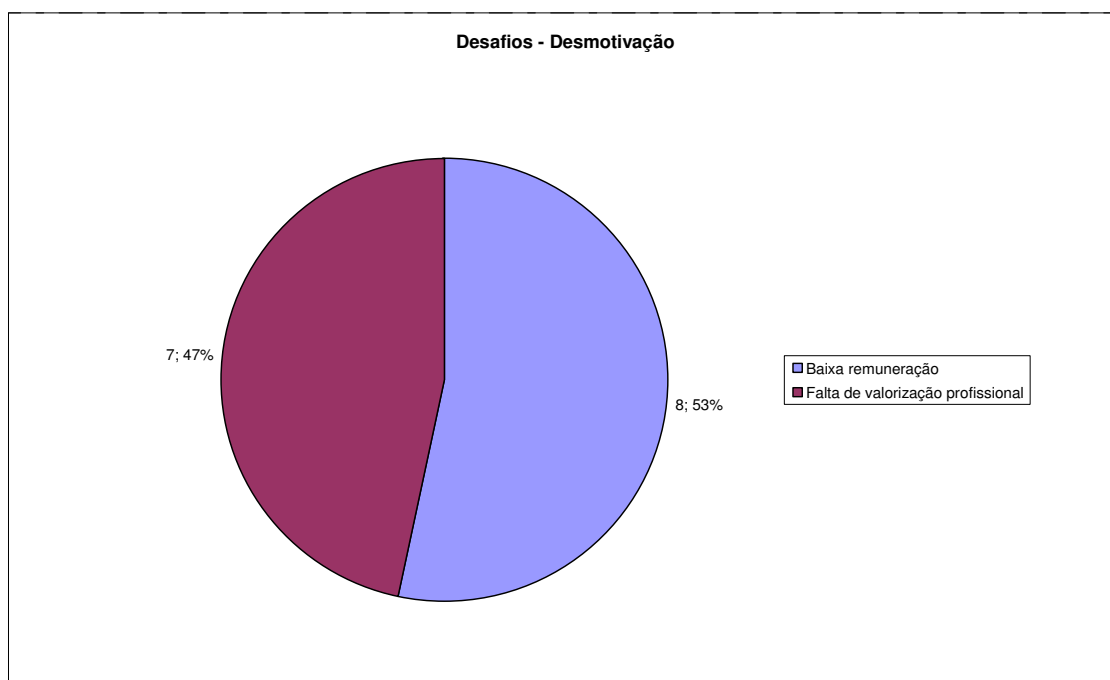


Gráfico 8 – Distribuição das sub-categorias relativas à Desmotivação dos profissionais no contexto dos Desafios na prestação de cuidados.

Estes resultados referem-se á motivação, contudo, definir este conceito não é tarefa fácil (Rocha 2007:77). A palavra motivação deriva do latim “motivus”, que se refere a movimento e descreve o desejo de alcançar altas performances (Man 2006:35). A motivação é um fenómeno complexo, não puramente individual, mas que resulta da interacção entre os indivíduos e as variáveis situacionais (Rocha 2007:77). Os indivíduos podem ser motivados por factores extrínsecos; os quais dizem respeito ao ambiente de trabalho, incluindo salários, benefícios, condições físicas de trabalho, a supervisão, políticas e procedimentos e por factores intrínsecos; os quais não estão associados a uma recompensa aparente para além da actividade em si mas sim associados a factores no contexto de trabalho como a realização pessoal, o reconhecimento, o trabalho em si, a responsabilidade e as possibilidades de progressão e crescimento (Christensen 2002:2).

Nesta categoria (*Desafios na prestação de cuidados*) a grande maioria dos entrevistados (93,75%) – 15 em 16 entrevistados - referiram a **Desmotivação** como um desafio a vencer (gráfico 5). Destes, 53% consideram a **Baixa remuneração** o principal factor e 47% a **Falta de valorização profissional** (gráfico 8). Daqui pode concluir-se que o factor remuneratório (principalmente quando comparado com as restantes classes intervenientes no sistema nacional de saúde) é, de facto, a principal causa. A **Falta de valorização profissional** referenciada tem na sua génese a

Baixa remuneração: *“Mas não tenho, depois, o retorno, quer em termos de valorização quer em termos de remuneração e isso talvez seja o maior problema, e que eu sinto que não é só meu, também do resto da equipa com quem trabalho.”* (438-647).

Rocha (2007:88) toca neste ponto da desmotivação; no que se refere às políticas adoptadas pelos recursos humanos, estas estão profundamente relacionadas com o nível de motivação dos funcionários, “a adopção do *managerialismo* como suporte da Administração Pública tem-se traduzido na Desmotivação generalizada do funcionalismo público”. Ainda segundo este autor, as principais alterações em termos de gestão de recursos humanos reportaram-se à flexibilidade de fixação de salários e na implementação de um novo sistema de avaliação de desempenho entre outras. No entanto a motivação “É uma condição necessária à satisfação no trabalho e ao desempenho” (Fonseca, 2009:8), mais concretamente no contexto da saúde e na prestação de cuidados de enfermagem, os quais são caracterizados por actividades que exigem alta interdependência, a motivação surge como aspecto fundamental na procura de maior eficiência e consequentemente na maior qualidade de assistência prestada, aliada á satisfação dos trabalhadores (Pereira & Fávero 2001).

4.3.2.2 Características do enfermeiro

As respostas relativas a esta categoria reflectem o carácter científico e relacional que compõem a profissão de enfermagem. Coelho (2000) refere ser imprescindível que os enfermeiros não só desenvolvam conhecimentos técnico-científicos caracterizados aqui pela **Competência**, como também competências relacionais de forma a transformar atitudes meramente técnicas em atitudes verdadeiramente terapêuticas para os doentes. Sendo atribuído um peso maior á componente relacional, ao referirem a **Relação de ajuda** que se caracteriza por “estabelecer e manter uma comunicação terapêutica interpessoal, num clima de confiança, que permita o apoio e a ajuda a quem dela necessita” (Pacheco 2002:129). A sub-categoria **Ser humano**, por definição, é a pedra angular da edificação da Humanização: “Quem trabalha no hospital necessita ter o toque humano da compaixão e do amor, pois ele é capaz de operar milagres mesmo quando as competências técnicas dos profissionais não puderem fazer nada” (Mezomo 2001); e ainda devido ao enfermeiro ter a capacidade de estabelecer um **Bom relacionamento** com os restantes membros da equipa multidisciplinar o que vai de encontro ao mencionado no Código Deontológico dos enfermeiros no Artigo 90º alínea b), dos deveres para com a profissão que refere o seguinte: “Consciente de que a sua acção se repercute em toda a profissão, o enfermeiro assume o dever de Ser solidário com os outros membros da profissão em ordem à elevação do nível profissional”.

No gráfico 9 verifica-se um equilíbrio relativo em todas estas características com excepção da **Capacidade de gerir situações**, que foi menos referida, no entanto, está relacionada com a necessidade de estabelecer prioridades no tratamento ao doente, também ele essencial á profissão.

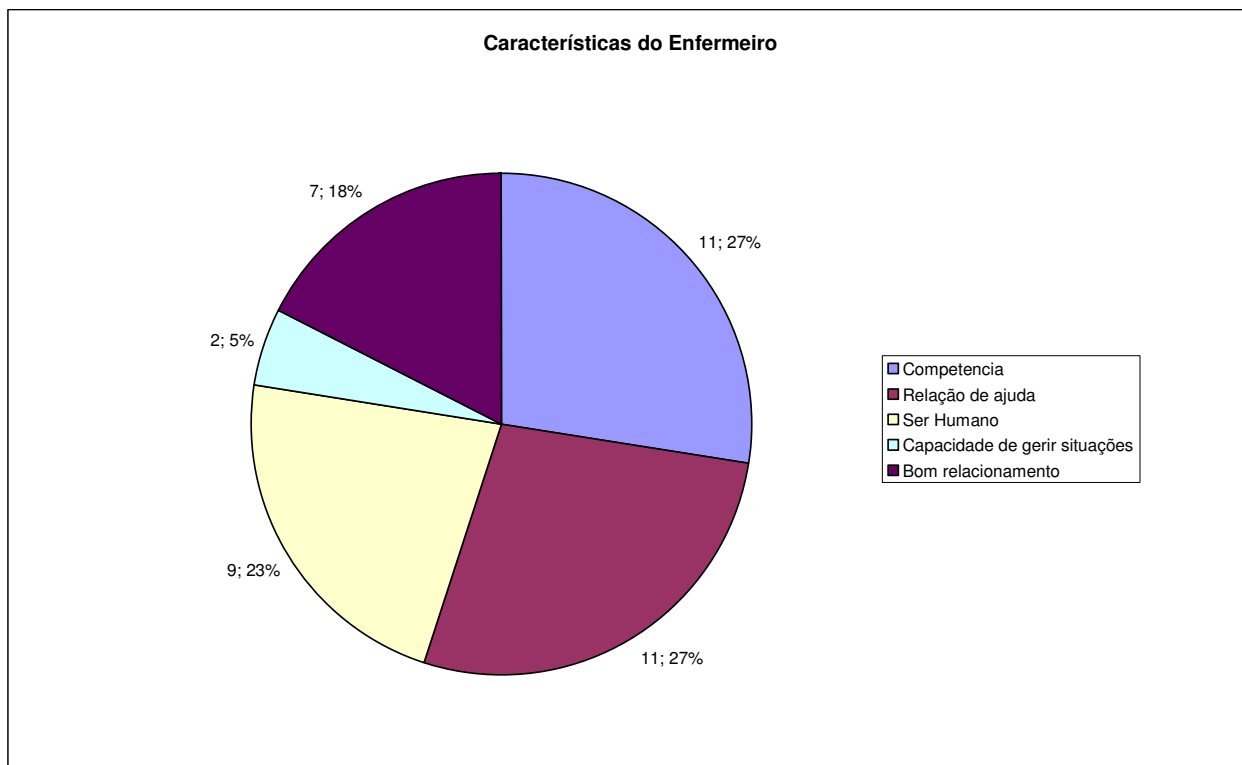


Gráfico 9 – Distribuição das sub-categorias da categoria *Características do enfermeiro*.

4.3.2.3 Mudanças Provocadas pela Nova Gestão

Da observação do gráfico 10 sobressai imediatamente o facto de os respondentes considerarem antagónicos os objectivos da NPM e da Humanização dos Cuidados de Saúde. Cerca de 1/3 (33%) das citações caíram sobre a **Diminuição da qualidade**, a qual, de acordo com as respostas, é atribuída à **Desmotivação, Escassez de recursos, Sobrecarga de trabalho, Cansaço e Falta de tempo**: “*Por exemplo, isto que eu acabei de dizer, ao diminuírem o pessoal, nós temos uma carga horária muito maior, possivelmente estamos mais cansados, se calhar não prestamos os cuidados, se calhar prestamos da mesma forma, se calhar não com tanta qualidade nem com tanto tempo que se calhar o exigiria e realmente, se houvesse mais pessoal, as pessoas já tinham mais tempo para reflectir, para trabalhar*” (4514-4956). Como demonstraram (Blegen, Goode & Reed 1998), “a proporção de horas de cuidado corresponde inversamente às taxas de unidade de erros de medicação, quedas e taxas de úlcera de pressão e reclamações do paciente e familiares que podem reflectir na qualidade dos cuidados de enfermagem”.

Neves (2005) aponta ainda que o “deficiente ratio de enfermeiros existentes nalgumas situações é um dos factores condicionantes para a humanização dos cuidados”. Os enfermeiros vêm assim aumentado o seu volume de trabalho e para darem cumprimento às suas tarefas e procedimentos, não lhes restando tempo para a relação com o “outro”. Esta última referência de Neves (2005) representa o 1/3 restante nesta categoria (gráfico 10), relativo à **Priorização das técnicas e tarefas**, a qual por sua vez, está relacionada à **Falta de Tempo**: “*Talvez conseguíssemos não ser tão tecnicistas mas ligarmo-nos também à outra parte, a parte humana, coisa que muitas vezes não conseguimos. Noto que sou completamente tecnicista. Devido à falta de tempo, faço as rotinas, o que está estipulado nas rotinas, o que está estipulado nos protocolos e depois a outra parte fica...*” (2618-3320). Assim, esta sub-categoria é considerada incompatível com a Humanização. Neste sentido também, Sale (1998:44) defende que os custos da má qualidade de cuidados são tão ou mais elevados do que os custos de cuidados de boa qualidade.

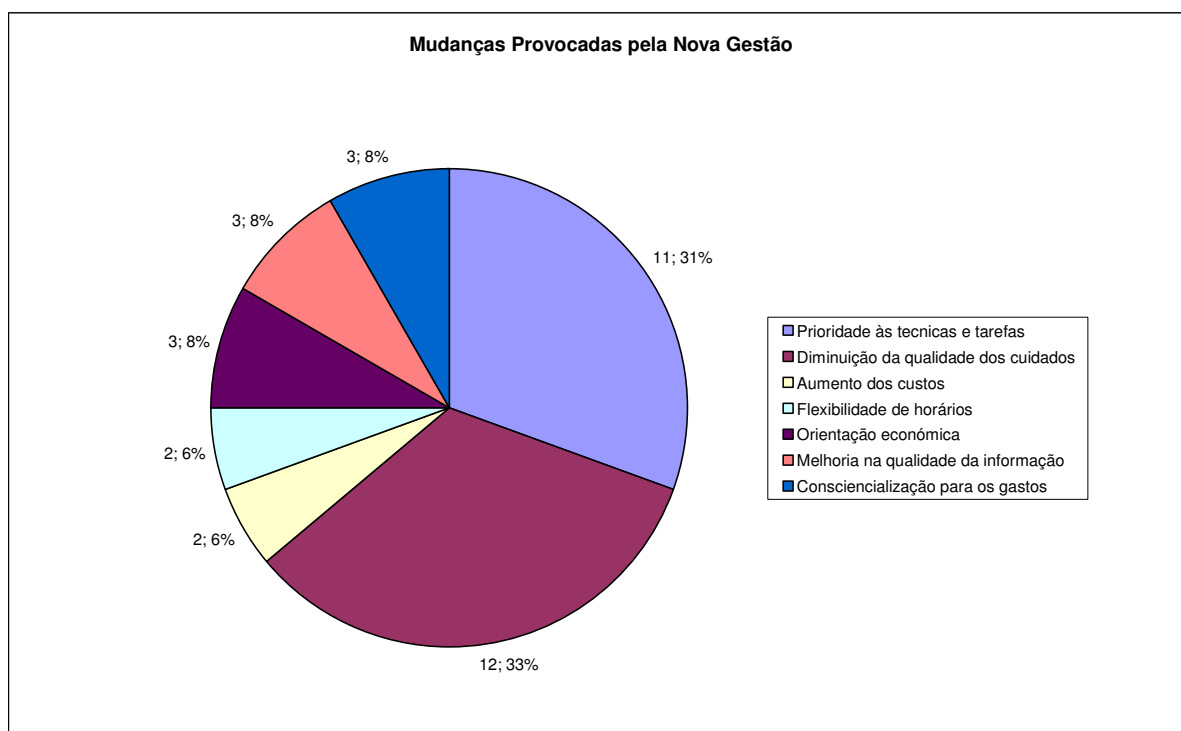


Gráfico 10 – Distribuição das respostas pela categoria *Mudanças provocadas pela NPM*.

Para além disto, na área da saúde, ao contrário de outras, os erros e enganos de má prática podem trazer problemas por vezes devastadores, o que pode levar ao **Aumento dos custos**: “*só vejo desvantagens em termos de políticas porque isto vai dar mais custos, vai dar tempos no internamento maiores, vai resultar em doentes com outcomes muito piores, com mais encargos*”

para o estado porque vão sair mais débeis, com necessidade de reabilitação e outros motivos. Há mais gastos em termos de antibioterapia, com tudo o que isso acarreta, com multirresistências, por isso não posso estar mais descontente com as políticas de gestão que têm sido aplicadas.” (1073-1793).

Relativamente às restantes sub-categorias observa-se (gráfico 10), aproximadamente, um empate técnico no número de citações. No entanto, apenas duas indiciam aspectos positivos como são a **Consciencialização para os gastos** e a **Melhoria na qualidade da informação**. A **Flexibilidade de horários** foi referida como aspecto positivo por apenas um terço destas citações, podendo assim ser considerado, também, como negativo.

4.3.2.4 Humanização dos cuidados

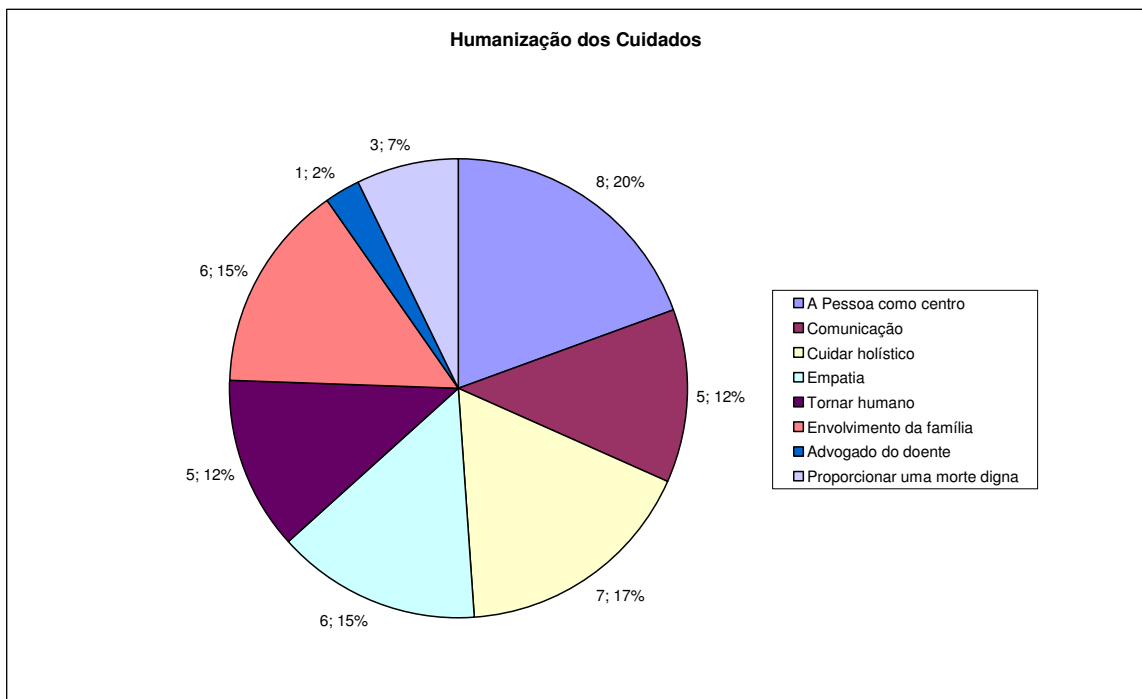


Gráfico 11 – Distribuição das respostas pela categoria *Humanização dos cuidados*.

Esta categoria reflecte uma questão directamente relacionada com o objectivo do estudo, identificando características cruciais da própria humanização. Não é surpreendente que nesta categoria as sub-categorias mais citadas tenham sentidos muito latos como **A pessoa como centro** e o **Cuidar holístico** (gráfico 11). Relativamente á primeira, é uma condição com a qual Nightingale sonhou – uma enfermagem que colocasse o utente, a pessoa que sofre, no centro das atenções (Carvalho 2002:256). O Programa Nacional da Humanização e da Qualidade do

Ministério da Saúde de 1994 refere ainda o seguinte: “O Conceito de qualidade total, deverá pressupor afinal, um sistema de prestação de serviços, em que o cidadão, esteja ou não doente, assuma a condição de verdadeiro cliente, o qual deverá sentir-se centro do sistema e constituir-se como elemento da primeira linha das preocupações das entidades prestadoras”. Relativamente ao **Cuidar holístico** é indispensável para a humanização dos cuidados de enfermagem uma atitude que tenha uma perspectiva holística da pessoa (Coelho 2000:175). O primeiro reflecte o pilar subjacente à Humanização (a pessoa antes de tudo), e o segundo a necessidade de garantir as condições para alcançar o primeiro.

Depois temos duas sub-categorias relacionais (gráfico 11), a **Empatia** e o **Envolvimento da família** que, considerando a margem de tolerância deste estudo se podem considerar ao mesmo nível da **Comunicação**, relativamente à qual Carvalho (1996) considera que a enfermagem não pode ser potencialmente desumanizante, porque está sempre em condições de por à prova um meio extraordinário como a comunicação, que está na pessoa e se cultiva. Na relação terapêutica enfermeiro/doente está implícita a comunicação verbal e a comunicação não verbal, estando presente a forma como se fala, como se olha e como se toca no doente. A comunicação é o factor fundamental de humanização mas, por falta de tempo, formação e de sensibilização, nem sempre desenvolvem a comunicação informal com o utente e com a família (Carvalho 2000:176). Relativamente ao **Tornar humano** aqui está subjacente o facto de respeitar o doente como pessoa humana, com todos os seus deveres e direitos o que vem abrangido no artigo 3º no ponto 1 na declaração universal sobre bioética e direitos humanos onde se lê: “A dignidade humana, os direitos humanos e as liberdades fundamentais devem ser plenamente respeitadas”.

Constata-se que as referencias se encontram próximas com a excepção de caber ao enfermeiro o lugar de **Advogado do doente**, que vai de encontro à teoria de Virginea Henderson – cabe ao enfermeiro atender o indivíduo, doente ou são, na execução daquelas actividades que ele realizaria por si mesmo, se tivesse a força, vontade ou conhecimentos necessários (Moreira et al 2005:53) e **Proporcionar uma morte digna**. Por morte digna entende-se como aquela que ocorre sem sofrimento, ou pelo menos, com o menor sofrimento possível (Deodato 2006): “se considerarmos a morte como a última etapa da vida e só entendemos esta com a dignidade que lhe é inerente, então até ao final, a vida humana realiza-se com dignidade. Assim consideramos que proporcionar uma morte serena, com o menor sofrimento possível, em que a pessoa se mantém inserida no seu meio familiar ou, pelo menos, não afastado dele, constitui uma exigência ética”.

Estas duas sub-categorias, que objectivamente devem fazer parte de qualquer processo de humanização de cuidados, abarcam temas delicados nem sempre bem interpretados, e aceites, tanto pela sociedade como pela gestão de topo.

4.3.2.5 Condições necessárias para a humanização

Da observação do gráfico 12 ressaltam as sub-categorias, **Recursos disponíveis** e **Tempo disponível**, que vão mais uma vez de encontro aos **Desafios na prestação de cuidados** referidos, com 60% das citações, e são representativos das principais despesas de qualquer organização, evidenciando assim, e uma vez mais, a dificuldade, senão mesmo impossibilidade, de compatibilizar o factor económico com o humano. A opinião dos respondentes deste estudo vai no sentido de que, sem o factor económico não é possível garantir a qualidade do factor humano.

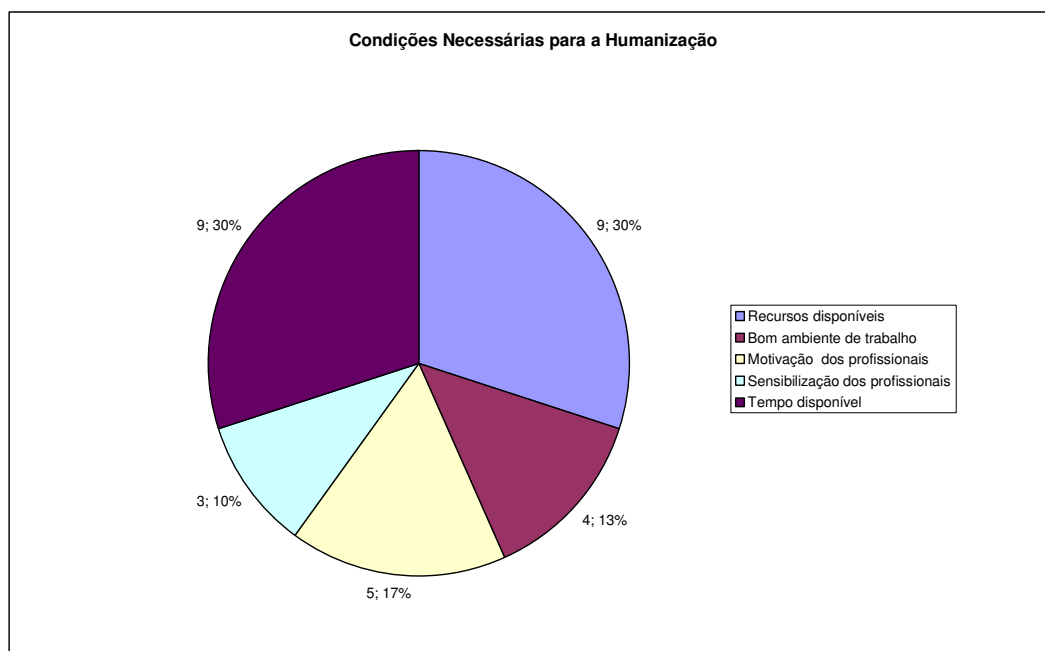


Gráfico 12 – Distribuição das sub-categorias da categoria *Condições necessárias para a humanização*.

Em segundo lugar (considerando as duas primeiras como umas), é citada a **Motivação dos profissionais** como outra sub-categoria central do processo. Se avaliarmos as causas para a **Desmotivação**, já citada na categoria **Desafios na prestação de cuidados**, concluímos que a principal será, também, o factor económico e conjuntural. Juntando esta sub-categoria aos dois primeiros verificamos que mais de $\frac{3}{4}$ das condições necessárias estão associadas à parte económica.

Como sub-categorias relevantes aparecem também (gráfico 12) a **Sensibilização dos profissionais**, ou seja, a humanização passa também pela vontade e sensibilidade dos profissionais, condição esta imprescindível (sem esta condição, mesmo que sejam reunidas todas as condições anteriores esta não se torna possível) e o **Bom ambiente de trabalho** (com cerca de ¼ das citações) que está relacionado com o clima organizacional. Consta-se assim que, apesar do peso esperado do factor económico, os profissionais estão conscientes que o caminho para a Humanização dos Cuidados passa também, sem dúvida, por estas condições de carácter relacional.

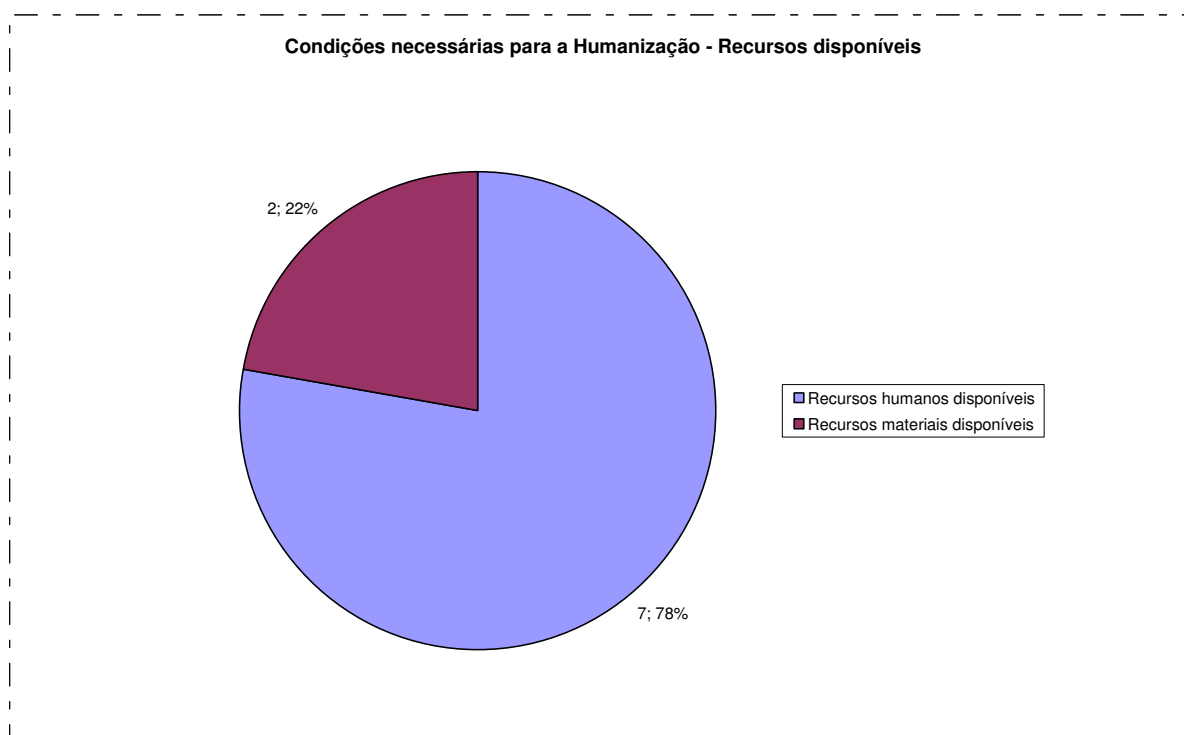


Gráfico 13 – Distribuição da importância dos recursos disponíveis no contexto das *Condições necessárias para a humanização*.

A sub-categoria **Recursos disponíveis** foi a mais citada pelos entrevistados como sendo primordial para a humanização dos cuidados quando confrontados com as condições para a alcançar. Nesta sub-categoria é sempre importante verificar a distribuição entre recursos humanos e materiais. O gráfico 13 reflecte a importância do factor humano nesta questão; 78% indicaram-no. É interessante também confrontar este resultado com o obtido com uma sub-categoria semelhante mas no contexto dos **Desafios na prestação de cuidados**. Nesta categoria o factor humano é de facto predominante; na outra (**Desafios na prestação de cuidados**) existe um equilíbrio nas citações. Ou seja, a consciência da importância do factor “tempo humano disponível” está assimilada, bem como do modo como o obter: melhor produtividade os recursos

materiais.

4.3.2.6 Evolução da humanização

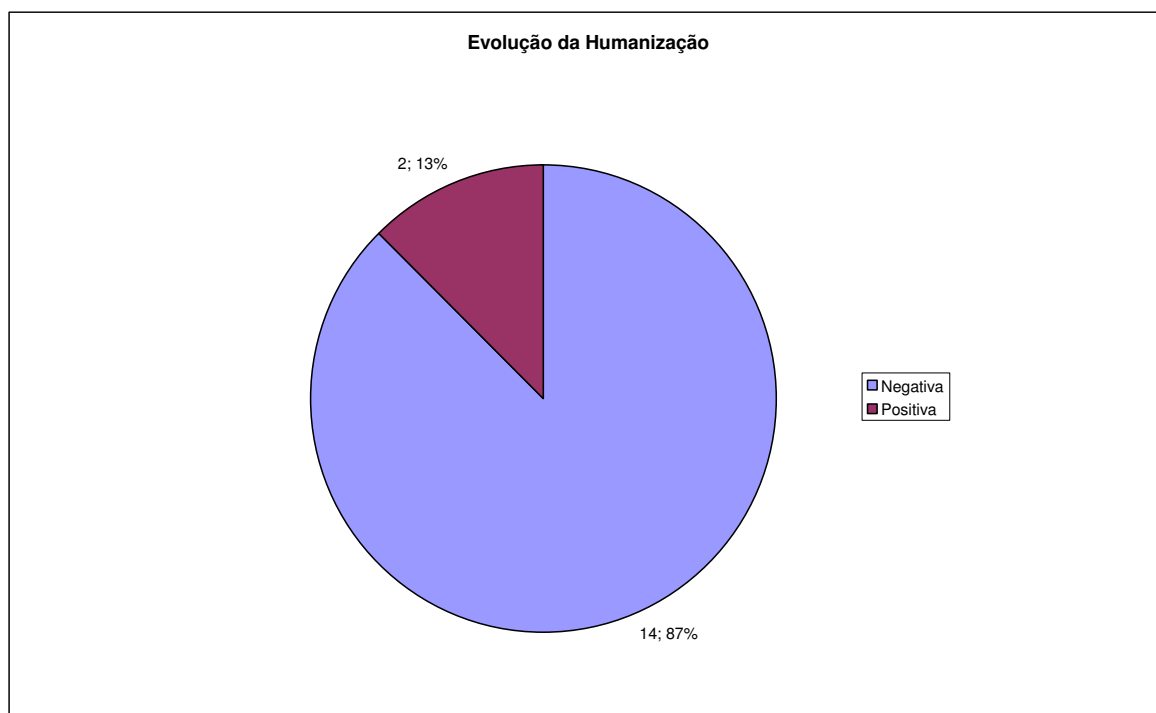


Gráfico 14 – Percepção da *Evolução da humanização* ao longo dos últimos anos.

O gráfico 14 parece reflectir o factor conjuntural da economia dos últimos anos e a influência da austeridade no modo como se observa a parte humana dos serviços da Administração Pública; a esmagadora maioria dos entrevistados considerou que a evolução é negativa (87%). Apesar de este factor conjuntural parecer a causa mais evidente, não se podem descurar outros factores como:

- Descoordenação na implementação das novas medidas de gestão;
- Menor sensibilização dos cargos gerentes para a humanização dos cuidados;
- Inadaptação dos profissionais às novas metodologias e falta de seguimento da gestão;
- Menor formação dos profissionais de enfermagem em temas relacionados com a humanização.

Esta categoria é a mais objectiva de todas e pretende ajudar a entender qual a percepção dos profissionais quando confrontados com uma pergunta mais directa, onde se pretendia uma resposta binária, que transmitisse a primeira opinião; sem reflexão previa.

4.3.2.7 Contributos da gestão para a humanização

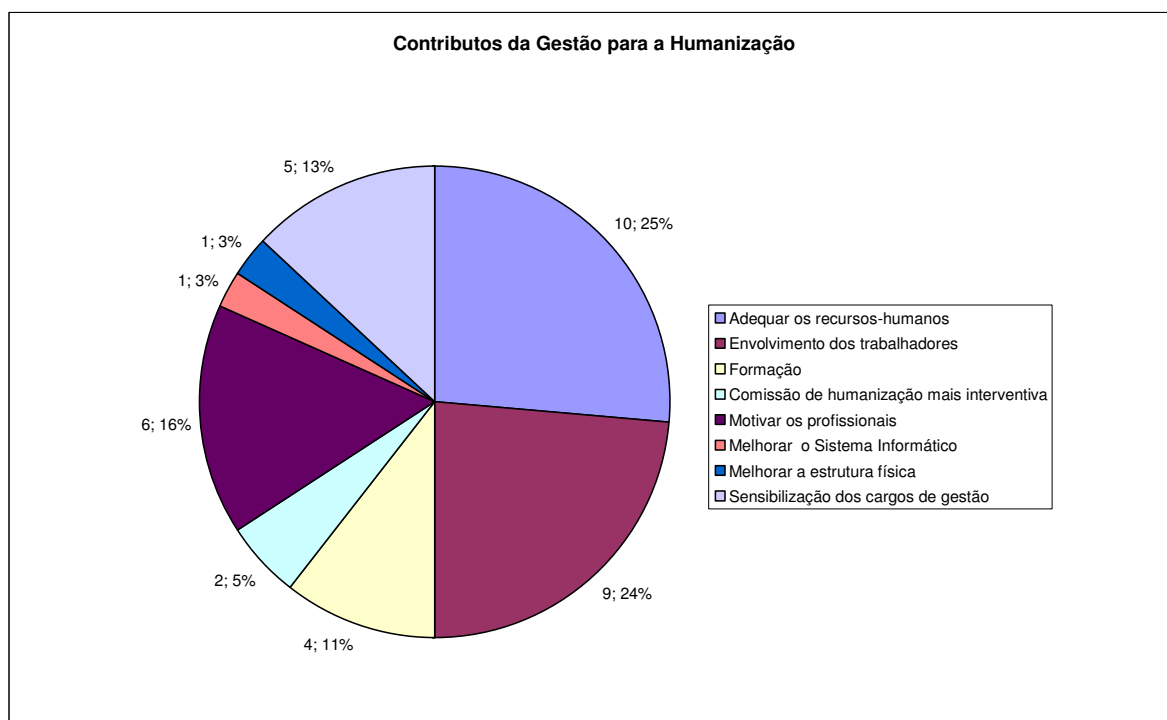


Gráfico 15 – Distribuição das sub-categorias referidas no *Contributo da gestão para a humanização*.

O gráfico 15 permite retirar algumas conclusões interessantes, perfeitamente adequadas e que demonstram clarividência, sobre as características fundamentais da gestão de topo. O **Adequar os recursos-humanos** disponíveis vai de encontro ao que refere Mezomo (2001:280): “competente igualmente à administração do hospital possibilitar a humanização, através de um quadro de pessoal adequado às necessidades de atendimento. Um hospital que não dispensa de um quadro de pessoal suficiente tecnicamente e humanamente qualificado, não pode pensar em humanização”; o **Envolvimento dos trabalhadores**: “*Porque se nós formos incluídos no processo de decisão na política da empresa; porque infelizmente é uma empresa que se fala, não devia ser, mas é; é óbvio que eu não posso ter um mesmo peso que um director numa política, mas pelo menos há formas inteligentes das chefias incluírem. Mas não é feito esse esforço, as chefias fecham-se em gabinetes, todas, desde lá de cima até cá abaixo, e não partilham, não informam, não nos tentam incluir nas políticas em que querem.*” (25033-25512). Esta é considerada a condição chave para a implementação da TQM através do trabalho em equipa; tendo presente que a qualidade é apenas possível quando os empregados colaboram entre si e não concorrem entre si; e através do treino e formação profissional de forma a aumentar competências e por sua vez alargar o número de funções (Rocha 2006).

A sub-categoria **Sensibilização dos gestores** pode ser constatada no seguinte excerto: *“Eu acho que essencialmente a gestão tem de estar desperta para isto, tem que mostrar interesse em que a humanização é importante, porque a gestão é o rosto do serviço. Se a gestão não mostra que a humanização é importante, que o tecnicismo acima da humanização, claro que quem está na prestação vai desenvolver essa apetência para o tecnicismo. Pronto, pode até ser avaliado nas perspectivas... os objectivos da instituição são importantes, os objectivos do serviço também muito importante, e a gestão está alerta de que isto é importante e demonstrar realmente vontade em que haja humanização”* (3966-4556). Kilpatrick (2009) observa que a liderança humanista eficaz da saúde envolve duas grandes realizações. Uma delas é a criação de uma cultura positiva de relações humanas em que os funcionários estejam envolvidos e se sintam valorizados. Em segundo lugar, defende que a administração tem um papel claro na criação e apoio a programas especificamente orientados para o cuidado crescente e para a compaixão entre todos os membros da equipa. Embora possa parecer simplista para alguns leitores, estes dois pontos muitas vezes são esquecidos por aqueles que planeiam mudança de cultura organizacional orientada para a humanização. Refere também que a liderança nas organizações de saúde é um pouco semelhante à liderança de outras organizações, no entanto, a saúde difere da maioria das indústrias e empresas de serviços pois possui um carácter humanista, pelo que a liderança deve permitir e auxiliar os colaboradores a prestar cuidados de forma humana.

Outra sub-categoria que volta a ser referida é a de **Motivar os profissionais**. Este factor é transversal a quase todas as categorias definidas e parece revelar um sentimento de desvalorização da classe dos enfermeiros. Aqui, e uma vez mais, os aspectos da relação entre a responsabilidade e a remuneração da classe parecem revelar-se. Citando novamente Kilpatrick (2009), “a liderança deve fomentar uma cultura positiva de relações humanas em que os funcionários se sintam satisfeitos com os seus empregos e motivados e capacitados para cuidar dos seus pacientes. Devendo ser incentivados através de treino e programas de apoio para que os funcionários prestem cuidados humanistas, isto é, com amor, empatia, apoio, atenção, consideração e respeito pelos pacientes. Devendo também premiar atitudes e comportamentos que reflectam compaixão e carinho”. Aqui está subjacente também a **Formação**, no entanto, nestes resultados do estudo esta não é apenas referida como ferramenta necessária para a humanização mas também surge como forma de colmatar o desafio: **Acompanhamento da evolução científica**. Estas últimas referências vão de encontro ao defendido por Rocha (2007:77); “Sem querer ser reducionista, a resposta à falta de rendimento consiste na formação e na motivação”. Esta categoria engloba

ainda as seguintes sugestões:

- Tornar a **Comissão de humanização mais interventiva**, a qual foi criada conforme o disposto na Lei Estatuto dos hospitais E.P.E. Anexo II ao Decreto-Lei nº 233/2005, de 29 de Dezembro no Artigo 21º, Comissões de apoio técnico, no ponto 1: “As comissões de apoio técnico são órgãos de carácter consultivo que têm por função colaborar com o conselho de administração, por sua iniciativa ou a pedido daquele, nas matérias da sua competência; no ponto 2: “Em cada hospital E. P. E. São imperativamente constituídas as seguintes comissões: b) Humanização e qualidade de serviços”;
- **Melhorar a estrutura física**, defendida também por alguns autores como factor a considerar para a humanização. Outra sub-categoria relevante, apesar de menos citado, é a necessidade da existência de um sistema informático adequado às necessidades;
- **Melhoria do sistema informático**, revelando que o esforço solicitado aos profissionais para a sua operação não se traduz em benefícios visíveis para a sua actividade. O sistema informático é uma ferramenta valiosa para a Gestão de Topo mas, não raramente, devido ao seu mau desenho, inadequação de funcionalidades, desaproveitamento por falta de formação dos utilizadores, fraca infra-estrutura tecnológica, etc., esta torna-se um fardo para quem está obrigado a alimenta-lo. Segundo Amaral et al (2005:143), “apesar da forte evolução das tecnologias da informação, continuamos a assistir a grandes dificuldades por parte das organizações em garantir o sucesso dos Sistemas de informação; compreende-se que, neste quadro, não deveriam existir projectos de implementação de novas aplicações informáticas, mas apenas projectos de melhoria dos processos da organização, com suporte em aplicações informáticas.” Este facto é confirmado pela sua referência, também, efectuada na categoria **Desafios na prestação de cuidados** relativamente ao **Maior consumo de tempo com a informatização**.

5. CONCLUSÃO

5.1 Síntese dos resultados do estudo

No sector público em Portugal, assim como nos restantes países desenvolvidos, sob a égide do NPM, têm sido efectuadas esforços no sentido de tornar a Administração Pública mais eficiente, e mais orientada para o cidadão. No contexto específico da saúde, a gestão das instituições hospitalares tem sofrido uma reestruturação profunda com o objectivo de introduzir mais eficiência, mais qualidade, diminuição dos custos e satisfação do cliente. Esta orientação para o consumidor constitui um dos valores mais justificativos, e mais utilizados pela NPM (Carvalho 2009:70). A enfermagem partilha este mesmo conceito, como é referenciado pelo Conselho de Enfermagem (2001) “na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”.

O objectivo deste trabalho consiste na análise e compreensão do modo como as orientações de correntes da gestão hospitalar influenciam a prestação dos cuidados de saúde de enfermagem, em particular relacionadas com a humanização, segundo a perspectiva destes profissionais. Neste contexto, o presente estudo foi orientado pela procura de respostas às seguintes questões de partida.

Primeira questão de partida:

De que modo as ideias associadas ao ‘New Public Management’, se reflectem actualmente na prestação dos cuidados de saúde?

Adoptando uma abordagem de natureza qualitativa, a análise de conteúdo efectuada às respostas dos entrevistados permitiu concluir que as ideias associadas ao NPM se traduziram na **Desmotivação e Sobrecarga de trabalho** dos profissionais, e na **Escassez de recursos**. Esta conclusão pode, no entanto, ter outras causas, que não as “ideias associadas” ao NPM, mas factores conjunturais de austeridade anormal.

Na área da saúde, prestar cuidados de qualidade implica que todos os intervenientes no processo tenham em consideração a dignidade da pessoa. Este facto exige competência, dedicação, atenção

e apoio de acordo com as necessidades individuais de cada cliente/utente. Neste âmbito, a qualidade está subjacente à humanização, e esta, traz os seguintes **Desafios na prestação de cuidados**, que foram assinalados pelos entrevistados:

- A **Desmotivação**, que estará relacionada principalmente com a **Escassa remuneração**, reflecte a redução de custos preconizada pelo NPM;
- A **Sobrecarga de trabalho**, que é consequência da **Escassez de recursos humanos** e que se traduz na **Falta de tempo** para o qual contribui também um **Maior consumo de tempo com a informatização**.

Segunda questão de partida:

Qual a percepção dos profissionais de enfermagem acerca das exigências da nova gestão hospitalar?

Os profissionais entrevistados consideraram que as exigências da nova gestão hospitalar conduziram a uma diminuição da qualidade dos cuidados, devido à prioridade na execução de técnicas e tarefas em detrimento das competências relacionais, consideradas necessárias para transformar atitudes meramente técnicas em meramente terapêuticas para os doentes, como observado através das **Características do enfermeiro** mencionadas pelos entrevistados. Estes, consideram ainda que as medidas preconizadas pela NPM levam à “*taylorização* do trabalho de enfermagem” (Carvalho 2009), o que conduz à **Diminuição da qualidade dos cuidados** e á **Priorização ás técnicas e tarefas** de enfermagem, o que se revela contrário ao exercício da profissão de enfermagem. Esta, segundo os entrevistados, contempla a competência técnica, **Relação de ajuda** para com os doentes, **Bom relacionamento** para com os restantes membros da equipa e o **Ser humano**; o que também é defendido pelo Conselho de Enfermagem (2011): “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”.

A análise efectuada revela que certas medidas preconizadas pela NPM, não parecem promover a humanização dos cuidados. Esta constatação é reforçada pelo Conselho de Enfermagem (2001) quando refere que “a humanização dos cuidados de enfermagem expande-se, pela ética em enfermagem, pela relação entre o doente e o enfermeiro e pelo respeito dos direitos dos doentes”, estando em conformidade com os resultados obtidos.

Terceira questão de partida:

De que modo os objectivos associados á maximização da eficiência dos serviços interfere na humanização dos cuidados de saúde?

Pelas respostas obtidas relativas à **Evolução da humanização**, das quais 87% das citações analisadas revelam que a evolução foi negativa, conclui-se que os objectivos associados à maximização da eficiência dos serviços conduziram a uma diminuição da humanização dos cuidados. Os entrevistados consideram que a humanização dos cuidados, deve assentar no seguinte:

- A Pessoa como ‘centro’ na prestação de cuidados;
- Envolvimento da família;
- Comunicação;
- Tornar humano;
- Cuidar holístico e
- Contribuir para uma Morte digna.

No entanto, pelo observado nas **Condições necessárias para a humanização**, o **Tempo e Recursos disponíveis** são exíguos, e outros factores, como o **Bom ambiente de trabalho** (confirmando-se assim também como um desafio nas *Relações interdisciplinares*), a **Motivação e Sensibilização dos profissionais**, não estão no nível considerado razoável para cumprir estas condições.

Esta constatação da diminuição da humanização dos cuidados está em consonância com a literatura como se pode verificar em Scott et al (1995-85) quando afirma que “a sobrecarga de trabalho e a frustração reflecte-se também a nível de saúde e bem-estar dos profissionais, levando os profissionais a defenderem-se emocionalmente, o que por seu lado pode levar á desumanização do cuidado”, e em Zaher (2005:506) que indica que “nem sempre o humanizar se torna possível, nem o cuidar é realizado, aspectos como a sobrecarga de trabalho, sobrecarga de responsabilidade diante o sofrimento humano (necessidade de superar o sofrimento de terceiros), vários pacientes a ser assistidos, poucas condições de trabalho, escassos recursos humanos e de material, aliados a questões sociais político-económicas, são factores desumanizadores ou de não-cuidado”.

Para colmatar esta tendência de regressão na humanização, são sugeridas algumas medidas a serem tomadas pela gestão para contribuírem na humanização dos cuidados, tais como:

- A **Adequação dos recursos humanos** e o **Melhorar a estrutura física**. No entanto estas implicam um aumento de custos relacionados com a contratação de pessoal e com melhorias do espaço físico. Outras sugestões, como a **Formação**, o tornar a **Comissão de humanização mais interventiva** (porque actualmente a sua existência não se faz notar), e **Melhorar o sistema informático** (de forma a reduzir o tempo gasto na sua operação e, assim, aplicá-lo nas tarefas mais humanizantes), não se traduzem em aumento de custos se as medidas de organização procedimental e eficiência do NPM estiverem implementadas correctamente;
- **Motivar os profissionais**. Aqui é de salientar que não prevalece apenas a condição económica, na categoria “Contribuições da gestão para a humanização”, a sub-categoria **Envolvimento dos trabalhadores** reflecte a existência de outras condições referidas nas entrevistas, tais como, “a existência de uma maior proximidade entre a gestão de topo e os profissionais” e a necessidade de a “gestão ouvir mais frequentemente os profissionais”.

Estas medidas, se bem planeadas, não implicam custos avultados e contribuiriam para aumentar a motivação dos profissionais e, conseqüentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, para que isto seja exequível é indispensável a **Sensibilização dos gestores**. A liderança em saúde, por natureza, tem que ser humanista, para prestar um atendimento de superior qualidade, e de excelência técnica, de modo a evitar que o doente “passe a ser visto como um anónimo passageiro de um serviço colectivo, com título de transporte válido” (Collière 1989).

5.2 Contributo do estudo

O trabalho desenvolvido proporciona um aumento do conhecimento aos gestores de topo sobre a influência das novas medidas de gestão no modo de prestação de cuidados de saúde e como estas se reflectem na humanização dos cuidados, sob a perspectiva dos profissionais. Assim será uma ferramenta adicional, valiosa, na ajuda à tomada de decisões. A última categoria analisada (Contribuições da gestão para a humanização) fornece sugestões dos colaboradores que podem ser utilizadas pelos cargos de gestão para promoverem a humanização e conseqüentemente a qualidade dos cuidados prestados, como é preconizado pela NGP, especialmente na orientação para a satisfação dos clientes/utentes e colaboradores. Esta é ademais a condição necessária à modernização da Administração Pública para tornar as instituições mais produtivas e, nas concorrenciais, mais competitivas.

Para os profissionais de enfermagem é uma ferramenta adicional porque lhes proporcionará um entendimento mais abrangente relativamente às perspectivas de outros colegas e a sua conformidade, ou não, com o que diversos estudiosos já escreveram sobre o tema. A constatação de que afinal as dificuldades sentidas são partilhadas por outros colegas, ajuda na motivação pessoal e colectiva ao animar iniciativas que promovam a discussão dos assuntos com o objectivo de ultrapassar as dificuldades sentidas. Destas iniciativas poderão sair também estratégias planeadas de optimização dos recursos e mitigação das dificuldades, nomeadamente no modo de comunicação com a gestão de topo.

Para os profissionais da área da saúde em geral (médicos, assistentes, etc.) contribuirá também o conhecimento das novas políticas de gestão implementadas, ou em vias de implementação, as suas vantagens, os seus desafios e as principais dificuldades identificadas e sugestões para a sua mitigação. Em organizações de razoável dimensão, como os hospitais públicos, nem sempre as novas medidas de gestão adoptadas são comunicadas de modo suficientemente claro aos profissionais encarregados de as levar a cabo, criando suspeitas injustificadas sobre os seus verdadeiros motivos. Este trabalho será com certeza um contributo precioso para ultrapassar esta lacuna da comunicação.

Para os utentes este trabalho traduzir-se-á na melhoria dos cuidados de saúde que receberão, porque é esse o objectivo máximo deste estudo e todos os contributos na identificação das deficiências e dificuldades dos serviços prestados e sugestões para a sua inovação, eliminação de tarefas desnecessárias, optimização de recursos e melhoria contínua de todo o sistema, garantirão ao utente uma maior probabilidade de que os seus efeitos sejam sentidos na prática.

5.3 Limitações do estudo

Uma das principais limitações do presente estudo decorre da impossibilidade de generalização das conclusões obtidas no estudo para o universo dos hospitais a nível Nacional, dado este ter incidido apenas num único serviço e num único hospital e a aplicação das medidas da NGP não terem carácter fixo nem uniforme, o que permite que cada E.P.E. faça a sua própria gestão.

Outra dificuldade sentida prende-se com a actual conjuntura socioeconómica de austeridade generalizada, tanto a nível nacional como europeu, no momento em que foi efectuada a recolha de dados (entrevistas), e que pôde enviesar os resultados obtidos. Este factor será mais visível nos

resultados relativos à Desmotivação evidenciada, o que reflectir-se-á a nível nacional, mas que não está directamente ligada à NGP (objecto deste trabalho), embora continue a estar presente no contexto político. Conhecendo a existência desta variável conjuntural será sensato admitir que as sub-categorias avaliadas negativamente estejam empoladas face à realidade.

A inexperiência na metodologia qualitativa reflectiu-se no processo de categorização, que envolve técnicas de grande complexidade e que exigiriam mais tempo na sua total assimilação. Alguns aspectos referidos pelos entrevistados poderiam também ter sido tratados numa maior agregação de sub-categorias. No entanto, a classificação e estruturação da informação tem de ser adaptada ao objectivo específico a alcançar, o qual, tem interpretação subjectiva.

5.4 Pistas para futura investigação

Neste trabalho efectuou-se uma investigação a dezasseis profissionais pertencentes a um único serviço (UCIP) e a uma única organização. Seria interessante analisar o mesmo tema em outros serviços e em diversas organizações ligadas à saúde para comparar sub-categorias específicas e avaliar a influência das estratégias de gestão na evolução destas sub-categorias.

Devido às inúmeras variáveis, observadas durante este estudo, que influenciam a qualidade dos cuidados de saúde, e especificamente da humanização dos mesmos, e que são de difícil correlação, a existência de estudos específicos sobre conjuntos restritos de variáveis, tanto de gestão como de execução, levaria seguramente a análises mais conclusivas sobre a influência directa da mexida em variáveis específicas de gestão nas variáveis relativas à execução dos cuidados.

No estudo observou-se também que o factor emocional, como a Desmotivação, tem um peso significativo no modo como os cuidados são exercidos. Assim, um estudo específico nesta área, que permita concluir quais os factores principais de motivação e/ou desmotivação ajudaria na identificação das medidas correctas a implementar pela gestão, tanto no curto como no longo-prazo, facilitando o planeamento e, com certeza, o controlo dos custos.

Outros estudos que se poderão levar a cabo estariam relacionados com a análise directa de certas variáveis referidas pelos entrevistados, como por exemplo a “Sobrecarga de trabalho” e a “Formação”, e a sua influência na humanização dos cuidados. Analisar qual a percentagem de

acréscimo no investimento em recursos (tanto humanos como materiais) é necessária para se atingir um determinado aumento no “valor” da humanização.

A análise da humanização sobre a perspectiva do utente (cliente) seria também um estudo importante para avaliar os parâmetros considerados mais relevantes para quem recebe os cuidados. Este estudo poderia ocorrer em duas fases distintas: durante o recebimento dos cuidados e depois da “alta” hospitalar. A análise destas duas fases daria pistas concretas sob a maneira como o utente encara a questão da humanização.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amaral, L., Magalhães, R., Morais, C.C., Serrano, A., Zorrinho, C. (2005), *Sistemas de Informação Organizacionais*, Edições Sílabo, Lisboa.

Antunes, Manuel J. (2001), *A doença na saúde – Serviço Nacional de Saúde: Ineficiência e desperdício*, 4ª Edição Quetzal Editores. Lisboa.

Araújo, J. (2005), *A Reforma do Serviço Nacional de Saúde: o novo contexto de gestão pública*, Universidade do Minho. Núcleo de estudos em Administração e Políticas Públicas.

Barrett, E.A.M. (2002), What is nursing science?, *Nursing Science Quarterly*, nº15 pp.51-60.

Bilhim, J. (2001). *Gerir a Administração Pública como uma empresa – Reforma do Estado e Administração Pública gestonária*, Instituto Superior de ciências Sociais e Politicas. Lisboa.

Blegen, M.A., Goode, C.J., & Reed, L. (1998), Nurse staffing and patient outcomes, *Nursing Research*, 47 (1), pp.43-50.

Bolton, S. (2002), Consumer as King in the NHS, *International Journal of Public Sector Management* 5.2: pp.129-139. U.K.

Brunetto, Yvonne & Far-Wharton, R. (2004), A case study Examining the Impact of Public-Sector Nurse's Perception of Workplace Autonomy on their Job Satisfaction, *International Journal of Management & Organisational Behaviour*, Volume 8, Nº 5

Busse, R, e Saltman (2002), *Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice, Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*, Open University Press, Buckingham, 2002.

Cabral, D. (2001), Humanizar: Entre o Projecto de Vida e o Dever Profissional, *Revista Informar* nº 24 pp. 14-18.

- Carapeto, C. e Fonseca, F. (2005), *Administração Pública: modernização, qualidade e inovação*, Lisboa, Edições Sílabo.
- Carvalho, F. (2002), *Revista Servir* Vol nº50, Nº5 Set/ Out 2002 pp254-256.
- Carvalho, M. (2009), *Nova Gestão Pública e Reformas da Saúde – O Profissionalismo Numa Encruzilhada*, Lisboa: Edições Sílabo
- Carvalho, M., Santiago, R. (2009), *Gender as a 'strategic action' New Public Management and the professionalization of nursing in Portugal*, Equal Opportunities International Vol. 28 nº 7, pp. 609-622 International.
- Carvalho, M., Santiago, R. (2008). *VI Congresso Português de Sociologia. (Re)formas da burocracia: A nova Gestão Publica e a organização hospitalar*. Junho 2008.
- Chiavenato, I. (2004), *Introdução á Teoria Geral da Administração*, Editora Campus.
- Christensen, P. (2002), *Motivational strategies for public managers: The budgetary belt-tightening precipitated by the recession has placed renewed emphasis on the importance of employee motivation*, Government Finance Review. Government Finance Officers Association, April 1st, Vol. 18, 2.
- Coelho, M. (2000), *Revista Servir* Vol. nº 48 Nº4 Julho/Agosto pp172-177.
- Collière, M. (1989) *Promover a vida da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa.
- Collière, M. (2003), *Cuidar... A Primeira Arte da Vida*, Lusociência, Loures.
- Conselho de Enfermagem (2001), *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*, Ordem dos enfermeiros.
- Corte Real, I. (2008), *Public management reform in Portugal: successes and failures*, *International Journal of Public Sector Management* Vol. 21 nº 2, pp. 205-229.
- Deodato, S. (2006), *Final de vida*, *VI Seminário do Conselho Jurisdicional*, Ordem dos Enfermeiros, Nº 20 Janeiro 2006.

Direcção Geral de Saúde (2011), *Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde*, <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>. (Consultado em Abril 2012).

Douglas, K. (2010), When Caring Stops, Staffing Doesn't Really Matter, *Nursing Economics*, November-December, Vol. 28, Nº 6 pp.415-419.

Fonseca, M. (2009), *Contribuição dos Factores Motivacionais para a Satisfação no Trabalho*, Lisboa: ISCTE, (Dissertação de Mestrado).

Fortin, M. (1999), *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*, Lusociência, Loures.

Fortin, M. (2009), *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, Lusociência, Loures.

Foster, M., Beardon, S., Whittle, S., Edmonston, J. (1993), *Caring for more than health*, Managing Service Quality; March, 3, 3; ABI/INFORM Complete pp.15

Graber, D. (2009), *Organizational and Individual Perspectives on Caring in Hospitals*, Spring 2009. Vol. 31, 4 pp. 517-537

Graber, D., & Mitcham, M. (2004), Compassionate clinicians: Taking patient care beyond the ordinary, *Holistic Nursing Practice*. 18(2), 87-94.

Graber; Kilpatrick; Osborne (2009), Introduction to the symposium-humanism and health care management, *Journal of Health and Human Services Administration*, Spring, Source Volume: 31, Source Issue: 4, United States.

Guerra, I. (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e formas de uso*, Princípia, Cascais

Hesbeen, W. (2000), *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*, Edições Lusociência, Camarate.

Hesbeen, W. (2001), *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do Cuidar*, Edições Lusociência, Camarate.

- Hood, C. (1991), *A Public management for all seasons*, Public administration, Spring Vol.69 pp. 3-19.
- Horta, W. (1971), *Processo de Enfermagem*, Editora Pedagógica e Universitária S. Paulo.
- Jesus, E. (2000), *Revista Servir*, Vol nº48, Nº 5 Set/Out, pp. 221-226.
- Kilpatrick, A. (2009), Humanistic Leadership in healthcare, *Journal of Health and Human Services Administration*, Spring, Source Volume: 31 Source Issue: 4. United States.
- Kirpal, S. (2004), *Work identities of nurses: Between caring and efficiency demands*, Career Development International. Vol 9, nº 3, pp.274-304.
- Leiter, M., Maslach, C (1998), *Bournout. Encyclopedia of Mental Health*, vol.1, pp. 347-357.
- Lopes, J. (2007), Reengenharia na saúde, *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Ano 17, nº 218, Fevereiro, pp. 37-48.
- Mann, G. (2006), *A Motive To Serve: Public Service Motivation in Human Resource Management and the Role of PSM in the Nonprofit Sector*, Public Personnel Management, Spring, Vol. 1, pp. 33-48.
- Marques, M. (1999), *Desintervenção do Estado, Privatização e Regulação de Serviços Públicos*, Economia & Prospectiva, Vol. II, nº ¾, Out.98/Mar 99, pp. 133-158.
- Maslach, C., Schaufeli, W.(1993), Historical and conceptual development of bournout. In: *Professional bournout*. Taylor & Fancis, Washington. Pp.1-16.
- Mendes, R. (2008), Nursing. Uma Visão sobre a Cultura nas Instituições de Saúde na saúde, *Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Ano 18, nº 233, Maio, pp. 29-36.
- Mezomo, J. C. (2001), *Gestão da Qualidade na Saúde*, Princípios Básicos S.P.
- Miliken, T., Clements, P., Tilman, H. (2007), The Impact of Stress Management on Nurse Productivity and Retention, CNE series, *Nursing Economics*, July/August, Vol.25, Nº 4, pp. 203-210.

- Ministério da saúde (1990), Lei de Bases da Saúde nº 48/90, “D.R.I Série”, 24 de Agosto 1990.
- Ministério da saúde (1993), Diário da República, II série, nº 13, de 16 de Janeiro de 1993.
- Ministério da Saúde (1996), REPE, Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro (Com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril)
- Ministério da Saúde (1998), Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril, Estatuto da Ordem dos enfermeiros.
- Ministério da Saúde (2002), Lei da Gestão Hospitalar, nº 27 de 8 de Novembro.
- Ministério da Saúde (2005), Estatuto dos hospitais E.P.E., Anexo II ao Decreto-Lei nº 233 de 29 de Dezembro.
- Ministério da Saúde (2007), Decreto-Lei nº 50 – A/2007, de 28 de Fevereiro.
- Ministério da Saúde (2009), Decreto-Lei nº 11/2009 de 16 de Setembro, Código Deontológico dos Enfermeiros.
- Ministério da saúde (2010), Organização Interna e a Governação dos Hospitais, Junho.
- Mintzberg, H. (2004), Estrutura e Dinâmica das Organizações, Publicações D. Quixote, Lisboa.
- Monterroso, L. (2011), O Olhar dos Alunos Finalistas em Enfermagem sobre a Humanização dos Cuidados de Saúde, Nursing - Revista de Formação contínua em Enfermagem, Ano 23, nº 275, Novembro, pp. 20-25.
- Moreira, I., Lessa M., Silva, M. (2005), Uma perspectiva Histórica sobre o Cuidado, *Revista Sinais Vitais*, nº 58, pág. 47 a 54.
- Mozzicafreddo, J. (2001), *Modernização da Administração Pública e Poder Politico*. In Mozzicafreddo, J.& Gomes, J.S. (org). *Administração e Política: Perspectivas de reforma da Administração Pública na Europa e nos Estados Unidos*, Oeiras: Celta.
- Needleman, J., Hassmiller, S. (2009), Improving Hospital Quality and efficiency: Real-

World Results, *Health Affairs* 28, nº 4, pp. 625-633, California.

Nelson, J. W. (2011), Measuring Caring – The Next Frontier In Understanding Workforce Performance and Patient Outcomes, *Nursing Economics*, July-August, Vol. 29, Nº 4.

Neves, J. (2002), A Gestão da Qualidade Total no Sector da Administração Pública, *Recursos-humanos Magazine*, Julho/Agosto, pp. 34-50.

Neves, L. G. (2005), Alguns constrangimentos actuais à humanização, *Informar, revista de formação contínua em enfermagem*, ANO XI Nº 35, publicação semestral, Julho/Dezembro, pp. 23-28.

OCDE (1994), *The reform of health care systems: A review of seventeen OECD countries*, Paris.

OCDE (1998), *OECD Health Data 98: Comparação de sistemas de saúde de 29 países*, OCDE e CREDES, Paris.

OCDE (2001), *OCDE Health Data: Comparação de sistemas de saúde de 29 países*, OCDE e CREDES, Paris.

OPSS - Observatório Português do Sistema de Saúde (2001), *Conhecer os caminhos da saúde: relatório de Primavera*, OPSS, Lisboa.

Ordem dos enfermeiros (2009), Código Deontológico do enfermeiro (Inserido no Estatuto da OE), re-publicado como anexo pela Lei nº111 de 16 de Setembro.

Osswald, W. (2002), Humanização, ética, solidariedade, *Cadernos de Bioética*, Edição centros de Estudos de Bioética, Nº29 Ano XII, Agosto, pp. 15-20.

Pacheco, S. (2002), *Cuidar a pessoa em fase terminal - Perspectiva ética*, 1ª edição, Lusociência, Loures.

Penelas, L. (2011), Humanização de cuidados que realidade?, *Nursing- Revista de Formação Contínua em enfermagem*, Ano 23, nº 268, Abril, pp. 30-32.

Pereira, L. (2003), Qualidade: Ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde, *Qualidade em saúde*, Nº 7. Junho, pp. 3-8.

- Pereira, M., Fávero, N. (2001), A motivação no trabalho da equipa de enfermagem, *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Julho, 9 (4): 7 -12
- Pinto, A. (2008), Bournout versus stress investigações em profissionais, *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Ano 20, nº 240, Dezembro, pp. 8-10.
- Pinto, A., Saraiva D., Santos R. (2007), Bournout: Um Desafio à Saúde dos Enfermeiros, *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, Ano 17, nº 228, Dezembro, pp. 12-15.
- Pires, A. (2007), *Sistemas de Gestão de Qualidade*, Edições Sílabo, 3ª edição. Lisboa.
- Pollit, C. (2003), *The Essential Public Manager*, Open University Press, Philadelphia, PA.
- Pollitt, C. (2007), *The New Public Management: An Overview of Its Current Status*, Public Management Institute, Katholieke Universiteit Leuven, August.
- Pollitt, C., Bouchaert, G. (2011), *Public Management Reform, A comparative analysis New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, 3ª edition, Oxford.
- Quivy, R., Champenhoudt, L. (2008), *Manual de investigação em ciências sociais*, 5ª Edição, Gradiva, Lisboa.
- Rainho, C. (2005), Síndrome de bournout em enfermeiros: aplicação do questionário breve de bournout, *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, nº 205 Ano 16 Dezembro pp. 7-11.
- Rego, G. (2011), *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos – Uma aplicação ao sector da saúde*, Editora Vida económica, Agosto, Porto.
- REPE (1996), Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril.
- Robinson, J. (1992), Introduction: Beginning the study of nursing policy, J. Robinson, A. Gray & R. Elkan (Eds.), Policy issues in nursing (pp. 1-8), Milton Keynes, Open University Press, Philadelphia.
- Rocha, J. (2006), *Gestão da Qualidade - Aplicação aos serviços Públicos*, Escolar Editora,

Lisboa.

Rocha, J. (2007), “Gestão de Recursos Humanos na Administração Pública”, 2ª Edição, Escolar Editora.

Rocha, J. (2005), *Quadro Geral da Evolução de Recursos Humanos na Administração Pública*, NEAPP – Comunicações em Conferências, Instituto Superior de Contabilidade e Administração de Lisboa, <http://hdl.handle.net/1822/2902>.

Rodrigues, E. (2003), O outro na perspectiva do cuidar, *Boletim do hospital de são Marcos*, ANO XIX (no2), pp.95-101, Braga.

Rodrigues, I. (2011), Modelos de Gestão e Valor Acrescentado dos Cuidados de Enfermagem, *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem* – Ano 23, nº 274, Outubro, pp. 18-21.

Sale, D. (1998), *Garantía da Qualidade nos Cuidados de Saúde: Para os profissionais da equipa de saúde*, Principia, Publicações Universitárias e Científicas, Lisboa.

Santos, J. (2002), *Parceria nos Cuidados – Uma metodologia de trabalho centrada no doente*, Edições Universidade Fernando Pessoa.

Scharitzer, D., Korunka, C. (2000), New Public Management: evaluating the success of total quality management and change management interventions in public services from the employees’ and customers’ perspectives, *Total Quality Management*, Vol. 11, nº 7, pp. S941.

Scott, R., Aiken, L. , Mechanic, D. and Moravcsik, J. (1995), *Organizational Aspects of Caring*, *The Milbank Quarterly*, 73 (1): 77-95.

Seedhouse, D. (Ed.) (1995), *Reforming HealthCare The Philosophy and Practice of International Health Reform*, J. Wiley and Sons, Chichester.

Serapioni, M. (2000), Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias de integração, *Ciência e Saúde Colectiva*, Janeiro – Março, Vol. 5, número 001, Rio de Janeiro.

- Serra, A. (2005), *O Stress na vida de todos os dias*, Ed. Autor, Coimbra.
- Serrão, D. (2006), A Pessoa Humana e o direito a Cuidados de Saúde, *Revista bimestral de ciência e investigação em saúde*, Nº 2 Nov/Dez.
- Simões, J. (2009), *Retrato Politico da Saúde. Dependência do Percurso da Inovação em Saúde: Da Ideologia ao Desempenho*, Edições Almedina S.A.
- Slatten, T. (2009), The Effect of managerial practice on employee-perceived service quality, *Managing Service Quality*, Vol.19, nº 4. pp. 431-455.
- Sotirakou, T., Zeppou, M. (2004), *The 'MATE' model: a strategic Knowledge management technique on the Chessboard of public sector administration Management Decision*, 42, ½; ABI/INFORM Global, pp. 69
- Stack, S. (2001), *Flexibility and Caring Labour: From Grand Theories to Personal Experience*, PhD thesis, University of South Australia.
- Streubert, H., Carpenter, D. (2002), *Investigação Qualitativa em Enfermagem, Avançando o Imperativo Humanista*, Lusociência, Loures.
- Turley, L. (2005), *Stressed out? Relieve the pressure here!*, Retrieved May 29, 2007, from <http://carenurse.com/stress/>
- UNESCO (2005), *33ª Sessão da Conferencia Geral da UNESCO*, Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos.
- Vieira, M. (2005), Representações da Humanização de Cuidados de enfermagem, *Informar - Revista de formação contínua em enfermagem*, ANO XI, nº 35, publicações semestral, Julho/Dezembro, pp. 17-22.
- Vieira, M. (2007), *Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência*, Universidade Católica.
- Watson, J. (2002), *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*, Edições Lusociência, Camarate.
- WHO (1946), *Constitution of the World Health Organization*, Basic Documents, WHO,

Genebra.

Willis, E. (2005), The variable impact of New Public Management and Budget Cuts on the Work Intensification of Nurses and Doctors in one Public Hospital in South Australia Between 1994 and 2000, *Australian Bulletin of Labour*, vol. 31, nº 3, ABI/INFORM Complete pp. 255.

Zaher, V. (2005), *Administração Hospitalar: instrumentos para a gestão profissional*, São Paulo: Centro Universitário São Camilo, Edições Loyola.

ANEXO I – Autorização para a realização de entrevistas

De: **Belmiro Manuel Rocha** <belmiro@chvng.min-saude.pt>

Data: 14 de junho de 2012 22:31

Assunto: FW: Pedido de Autorização para elaboração de entrevistas no âmbito do Mestrado em Administração Publica Universidade do Minho

Para: Maria José Leão <zeleao1@gmail.com>

Cc: Isabel Macedo <imacedo@eeg.uminho.pt>, Ugiurgencia <Ugiurgencia@chvng.min-saude.pt>, Amélia Nogueira Rodrigues <arodrigues@chvng.min-saude.pt>, Júlio Alberto Sampaio <jsampaio@chvng.min-saude.pt>

Cara Colega

Autorizado

Deve entregar um exemplar do trabalho final ao Dep. Formação e á Direcção de Enfermagem.

Atenciosamente

Belmiro Rocha



Belmiro Manuel Pereira da Rocha

Vogal do Conselho de Administração

Enfermeiro Director

Email belmiro@chvng.min-saude.pt

Tel. +351 22 786 51 00 Ext. 11505

Fax +351 22 783 02 09

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, E.P.E.

Rua Conceição Fernandes, s/n

4434-502 Vila Nova de Gaia

www.chvng.min-saude.pt

De: Maria José Leão [mailto:zeleao1@gmail.com]

Enviada: quinta-feira, 14 de Junho de 2012 22:28

Para: Belmiro Manuel Rocha

Cc: Isabel Macedo

Assunto: Pedido de Autorização para elaboração de entrevistas no âmbito do Mestrado em Administração Publica Universidade do Minho

Exmo. Sr. Director de Enfermagem do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho E.P.E,

Eu, Maria José Soares Gonçalves Leão enfermeira graduada do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho E.P.E. a exercer funções no serviço Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, conforme indicação do Sr. Director, junto envio o Pedido de Autorização efectuado pela minha Orientadora de Mestrado Professora Doutora Isabel Macedo, para a realização da parte empírica do trabalho de investigação no âmbito do Mestrado em Administração Pública da

Tese de mestrado

Maria José Leão

Universidade do Minho, no serviço referido.

Envio também o guião das entrevistas exploratórias.

Atenciosamente,

Maria José Soares Gonçalves Leão

ANEXO II – Guião de entrevistas

1-Tendo por base a sua experiência neste hospital, quais os principais desafios/dificuldades que enfrenta diariamente na prestação de cuidados?

2- Na sua opinião, quais devem ser as principais características/ qualidades de um enfermeiro?

3- Nos últimos anos têm sido implementadas mudanças na gestão e conseqüentemente no funcionamento dos hospitais. Na sua opinião o que é que mudou na prestação de cuidados de enfermagem?

3.1- Recorda-se de algum episódio que traduza efeito positivo dessas mudanças na prestação de cuidados?

3.2-Recorda-se de algum episódio que traduza um efeito negativo dessas mudanças na prestação de cuidados?

4- Para si em que consiste a humanização de cuidados de saúde?

5-Na sua opinião, quais as condições necessárias para a humanização dos cuidados de saúde?

5.1- Como avalia a evolução da humanização de cuidados neste últimos anos?

6- Que aspectos da gestão devem ser melhorados de modo a permitir uma maior humanização na prestação de cuidados de saúde?